

MOÇAMBIQUE
Inquérito
Demográfico
e de Saúde
2011

Relatório
Preliminar

Instituto Nacional de Estatística
Ministério da Saúde
Maputo, Moçambique

MOÇAMBIQUE

Inquérito Demográfico e de Saúde 2011

RELATÓRIO PRELIMINAR

Instituto Nacional de Estatística
Ministério da Saúde
Maputo, Moçambique

MEASURE DHS/ICF International
(Assistência Técnica)

Março, 2012



O Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) em Moçambique faz parte dum programa internacional de inquéritos (MEASURE DHS) desenvolvido pelo ICF International através de um contrato com a USAID, com o propósito de apoiar aos governos e instituições privadas dos países em desenvolvimento na realização de inquéritos nacionais por amostragem, nas áreas de população e saúde.

O Programa MEASURE DHS tem por objectivo:

- Subsidiar a formulação de políticas e implementação de programas nas áreas de população e saúde;
- Aumentar a base internacional de dados sobre população e saúde para acompanhamento e avaliação;
- Aprimorar metodologia de inquérito por amostragem, e
- Consolidar, na área de inquérito, a capacidade técnica da instituição executora no país participante do Programa.

O Programa DHS teve início em 1984 e, desde então, já foram realizados inquéritos em mais de 70 países da América Latina, Caribe, África, Ásia e Leste Europeu.

Informações adicionais sobre o Programa MEASURE DHS o IDS podem ser obtidas no seguintes endereços:

Instituto Nacional de Estatística
Avenida 24 de Julho, Nº 1989
Caixa Postal 493
Maputo – Mozambique
Telefone: (258) 21 356 700
Fax: (258) 21 327 927
Internet: www.ine.gov.mz

Ministério da Saúde
Avenida Salvador Allende
C.P. 264, Maputo, Moçambique
Telefone: (2581) 42.71.31/4
Fax: (2581) 30.21.03

ICF International/MEASURE DHS program
11785 Beltsville Drive, Suite 300
Calverton, MD 20705, U.S.A.
Telefone: (301) 572-0200
Fax: (301) 572-0999
Internet: www.measuredhs.com

CONTEÚDOS

QUADROS E GRÁFICOS.....	iv
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Metodologia	1
1.2 Taxa de resposta.....	2
2 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ENTREVISTADA.....	3
3 FECUNDIDADE	5
3.1 Fecundidade Actual.....	5
3.2 Tendências da Fecundidade	5
3.3 Desejo de ter mais filhos.....	6
4 CONTRACEPÇÃO.....	8
5 MORTALIDADE INFANTO-JUVENIL.....	9
5.1 Níveis e Tendências da mortalidade infantil e infanto-juvenil.....	9
6 SAÚDE MATERNO-INFANTIL	11
6.1 Assistência Pré-natal e ao Parto	11
6.2 Vacinação.....	13
7 TRATAMENTO DAS DOENÇAS INFECCIOSAS	16
7.1 Introdução	16
7.2 Tratamento das doenças infecciosas	16
7.3 Infecções respiratórias agudas.....	16
7.4 Febre	16
7.5 Diarreia	16
8 AMAMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO.....	18
8.1 Condição de amamentação por idade.....	18
8.2 Estado Nutricional das crianças	19
8.2 Prevalência de anemia entre crianças e mulheres	20
9 INDICADORES DA MALÁRIA.....	22
9.1 Posse de redes mosquiteiras	22
9.2 Uso de redes mosquiteiras pelas crianças e pelas mulheres grávidas.....	22
9.3 Pulverização intra-domiciária com insecticida de acção residual (PID)	22
9.4 Uso de medicamentos antimaláricos durante a gravidez.....	23
9.5 Prevalência e tratamento atempado de febre em crianças	23
10 HIV E COMPORTAMENTO SEXUAL	25
10.1 Conhecimento do HIV	25
10.2 Conhecimento sobre a prevenção do HIV.....	25
10.3 Parceiros sexuais múltiplos.....	27
11 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	30
REFERÊNCIAS	32

QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 1	Resultados de entrevistas de agregados familiares e de indivíduos	2
Quadro 2	Características sociodemográficas dos entrevistados.....	3
Quadro 3	Fecundidade actual.....	5
Quadro 4	Intenções Reprodutivas por número de filhos vivos	6
Quadro 5	Uso actual de métodos contraceptivos por características sociodemográficas.....	8
Quadro 6	Mortalidade infantil e infanto-juvenil	9
Quadro 7	Indicadores de cuidados da saúde materna	11
Quadro 8	Vacinação por características sociodemográficas	14
Quadro 9	Tratamento de infecções respiratórias agudas, febre e diarreia.....	17
Quadro 10	Estado de amamentação por idade	18
Quadro 11	Estado nutricional das crianças	20
Quadro 12	Anemia entre as crianças e mulheres	21
Quadro 13	Indicadores de Malária.....	24
Quadro 14	Conhecimento de HIV/SIDA	25
Quadro 15	Conhecimentos sobre métodos de prevenção de HIV: Mulheres e homens.....	26
Quadro 16.1	Parceiros sexuais múltiplos nos últimos 12 meses: Mulheres.....	27
Quadro 16.2	Parceiros sexuais múltiplos nos últimos 12 meses: Homens.....	29
Quadro 17	Violência conjugal	31
Gráfico 1	Evolução das taxas de fecundidade por idade, 1992-2011.....	6
Gráfico 2	Evolução das taxas de mortalidade infantil segundo inquéritos IDS de 1997, 2003 e 2011	10
Gráfico 3	Assistência Pré-natal por Profissional de Saúde, por Área de Residência e Província, Moçambique, 2003 e 2011.....	12
Gráfico 4	Assistência ao Parto por Profissional de Saúde, Por Área de Residência e Província, Moçambique, 2003 e 2011.....	13
Gráfico 5	Cobertura Vacinal dada em qualquer momento de crianças entre 12-23 meses de idade, 1997, 2003 e 2011.....	15

1 INTRODUÇÃO

Este relatório apresenta os resultados preliminares do terceiro Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS 2011) de Moçambique, realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em parceria com o Ministério da Saúde (MISAU) e o Centro de Investigações em Saúde de Manhica (CISM), financiado pela USAID e com apoio técnico da Macro Internacional Inc. O IDS 2011, faz parte do programa mundial de Inquéritos Demográficos e de Saúde (DHS), actualmente na sua sexta fase de execução, e em Moçambique se realizou pela terceira vez.

Estes inquéritos são realizados na base duma amostra de representatividade nacional, provincial e por área de residência (urbana e rural) de mulheres de 15 a 49 anos e estão desenhados para administrar informações sobre fecundidade, saúde materna e infantil e características socioeconómicas da população entrevistada. Na área da fecundidade, as informações recolhidas permitem avaliar os níveis e tendências da fecundidade, conhecimento e uso de métodos contraceptivos, amamentação e outros determinantes próximos desta variável demográfica, como a proporção de mulheres casadas e/ou em união e duração da amenorreia pós-parto. Investiga, ainda, intenções reprodutivas e necessidades não satisfeitas relacionadas com o planeamento familiar.

Na área de saúde materna e infantil, recolhem informações sobre mortalidade materna, DTS/SIDA, gravidez, assistência pré-natal e ao parto. A nível da saúde da criança, os dados recolhidos permitem determinar taxas e tendências da mortalidade infanto-juvenil, como também analisar os seus determinantes socioeconómicos, uma vez que são investigadas as principais causas de doenças predominantes na infância (diarreia e infecções respiratórias), imunização e estado nutricional.

O inquérito regista, ainda, características socioeconómicas da população entrevistada, como: a educação; acesso aos meios de comunicação; ocupação; religião; condições da habitação em relação a acesso a água, saneamento, electricidade, bens duráveis, número de divisões e material predominante na construção de habitação.

Para além destes tópicos tradicionalmente investigados neste tipo de inquéritos, nesta nova fase foram incluídos novos tópicos, tais como, violência doméstica, prevalência de malária e anemia nas mulheres de idades reprodutivas e nas crianças menores de 5 anos.

Além do inquérito sobre a população feminina foi também feita uma sub-amostra de 30% dos agregados familiares seleccionados com objectivo de entrevistar a população masculina, a fim de avaliar conhecimento, atitudes e práticas relacionadas com o planeamento familiar, intenções reprodutivas, conhecimento e comportamento sexual face ao HIV/SIDA.

Por último, há que salientar que o Instituto Nacional de Estatística, e seus parceiros, enquanto está escrevendo o relatório principal, decidiram apresentar o resumo dos principais resultados encontrados nesta investigação. Espera-se que o relatório final venha a ser publicado no mês de Agosto deste ano.

Informações adicionais do IDS 2011 pode ser obtidas no Instituto Nacional de Estatística; sito na Avenida 24 de Julho, nº 1989, Telefone: +258 21 356700; E-mail: info@ine.gov.mz; Web: <http://www.ine.gov.mz>. Aspectos relacionados com o programa MEASURE DHS deverá ser obtidos a partir de ICF International, 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705, USA; Telefone: 301-572-0200, Fax: 301-572-0999, E-mail: info@measuredhs.com, Web: <http://www.measuredhs.com>.

1.1 Metodologia

Para recolha de dados, adoptou-se metodologia de entrevistas aos agregados familiares, previamente seleccionados, aplicando-se três tipos de questionários: i) Questionário de Agregados Familiares, que recolheu dados gerais dos membros de agregados familiares e as características da habitação; ii) Questionário de Mulheres recolheu informação sobre a fecundidade, saúde materna e infantil, atitudes em relação ao HIV/SIDA, violência doméstica e

prevalência de malária e anemia; e iii) Questionário de Homens, que recolheu informação sobre conhecimento, atitudes e práticas relacionadas com o planeamento familiar, intenções reprodutivas, conhecimento e comportamento sexual face ao HIV/SIDA e violência doméstica.

1.2 Taxa de resposta

O Quadro 1 mostra resultados de entrevistas de indivíduos e de agregados familiares seleccionados, encontrados e entrevistados. No inquérito, previa-se entrevistar 13,964 agregados familiares, destes foram encontrados 13,951 e dos quais, 13,919 foram entrevistados, correspondendo a uma taxa de resposta de 99.8%.

No que respeita às entrevistas individuais de mulheres de 15-49 anos, esperava-se entrevistar 13,871 mulheres, destas foram entrevistadas 13,745 mulheres, representando uma taxa de resposta de 99.1%, sendo mais elevada da área rural, 99.4%, do que da urbana, 98.6%. Dos homens de 15-64 anos, esperava-se entrevistar 4,130 homens e foram entrevistados 4,035 homens, representando uma taxa de resposta de 97.7%.

Quadro 1 Resultados de entrevistas de agregados familiares e de indivíduos			
Número de agregados familiares, número de entrevistados e taxas de respostas, segundo área de residência (casos não ponderados), Moçambique 2011			
Resultado	Residência		Total
	Urbana	Rural	
Entrevistas de agregados familiares			
Agregados seleccionados	5,118	8,846	13,964
Agregados ocupados	5,110	8,841	13,951
Agregados entrevistados	5,092	8,827	13,919
Taxas de resposta dos agregados familiares ¹	99.6	99.8	99.8
Entrevistas das mulheres de 15-49			
Número de mulheres elegíveis	5,885	7,986	13,871
Número de mulheres elegíveis entrevistadas	5,804	7,941	13,745
Taxa de resposta das mulheres elegíveis ²	98.6	99.4	99.1
Entrevista de homens de 15-54[59]			
Número de homens elegíveis	1,838	2,292	4,130
Número de homens elegíveis entrevistados	1,769	2,266	4,035
Taxa de resposta de homens elegíveis ²	96.2	98.9	97.7

¹ Agregados familiares entrevistados/Agregados familiares ocupados

² Respondentes entrevistados/Respondentes elegíveis

2 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ENTREVISTADA

A caracterização da população entrevistada é importante pelo facto de permitir a contextualização dos dados que serão apresentados nos capítulos seguintes. O Quadro 2 apresenta a distribuição percentual de mulheres e de homens entrevistados, segundo a idade, religião, língua, estado civil, área de residência, nível de escolaridade, estado civil e província.

Quanto a distribuição da população entrevistada por idade, os resultados mostram uma tendência aceitável, pois não apresenta irregularidades assinaláveis. Aproximadamente 30% da população entrevistada tanto nas mulheres e assim como nos homens, professam a religião Católica, seguido da Islâmica, Zione e Evangélica/Pentecostal. Nota-se que a maioria dos entrevistados é casada ou vive em união marital, 68% entre as mulheres e 61% entre os homens.

Quadro 2. Características sociodemográficas dos entrevistados

Distribuição percentual de mulheres e homens de 15-49 anos por características sociodemográficas, Moçambique 2011

Características sociodemográficas	Mulheres			Homens		
	Percentagem ponderada	Casos ponderados	Casos não ponderados	Percentagem ponderada	Casos ponderados	Casos não ponderados
Idade						
15-19	22.3	3,061	3,065	25.2	884	887
20-24	17.9	2,454	2,468	18.1	635	636
25-29	16.6	2,275	2,340	15.6	547	560
30-34	14.5	1,997	1,975	13.3	468	471
35-39	12.4	1,698	1,691	13.0	455	429
40-44	8.4	1,159	1,156	7.5	264	279
45-49	8.0	1,101	1,050	7.4	259	252
Religião						
Católica	29.1	3,994	3,481	30.9	1,085	997
Islâmica	17.6	2,421	2,017	19.4	682	584
Zion/Sião	17.6	2,422	2,990	11.3	398	477
Evangélica/Pentecostal	17.6	2,419	2,675	13.5	474	511
Anglicana	1.1	149	171	0.8	28	26
Sem religião	9.4	1,293	1,321	17.6	619	665
Protestante	5.4	739	680	4.2	146	154
Outra	2.2	299	396	2.2	76	92
Sem informação	0.1	9	14	0.1	3	8
Estado Civil						
Solteiro(a)	18.3	2,514	2,852	34.4	1,209	1,299
Casado(a)	44.6	6,136	5,373	46.3	1,628	1,322
União Marital	23.2	3,195	3,583	14.6	513	695
Divorciado/separado(a)	10.1	1,383	1,367	4.0	140	176
Viúvo(a)	3.8	516	570	0.6	22	22
Área de Residência						
Urbana	34.7	4,773	5,804	37.6	1,319	1,572
Rural	65.3	8,972	7,941	62.4	2,193	1,942
Província						
Niassa	4.9	671	901	4.9	172	235
Cabo Delgado	7.4	1,012	1,073	9.8	344	379
Nampula	14.0	1,926	980	15.5	544	299
Zambézia	18.4	2,532	1,330	18.9	664	358
Tete	11.7	1,608	1,126	12.6	442	338
Manica	6.9	951	1,174	7.0	245	307
Sofala	10.3	1,412	1,615	9.7	340	404
Inhambane	6.3	872	1,139	3.8	132	173
Gaza	5.9	813	1,259	3.9	136	202
Maputo província	7.7	1,061	1,424	7.7	272	387
Maputo cidade	6.5	888	1,724	6.3	222	432
Nível de escolaridade						
Nenhum	31.2	4,293	3,773	12.8	450	405
Primário	50.2	6,906	6,774	57.7	2,025	1,871
Secundário +	17.2	2,362	2,943	26.9	946	1,101
Superior	1.3	185	255	2.6	90	137
Total 15-49	100.0	13,745	13,745	100.0	3,512	3,514
Homens 50-64	na	na	na	na	523	521
Total 15-64	na	na	na	na	4,035	4,035

Nota: As categorias de educação, refere-se aos níveis de educação mais elevado frequentado, mesmo que o nível não tenha sido concluído.
na = Não aplicável

Por área de residência, quase 35% das entrevistadas e 38% dos entrevistados vivem em áreas urbanas. As províncias de Zambézia, Nampula, Tete e Manica, são as que tiveram número elevado de entrevistados, em conjunto congregam mais de 54%. A distribuição de entrevistados segundo nível de educação, mostra que 50% nas mulheres e 57.7% nos homens frequentaram nível primário e quase 19% de mulheres e 39.5% de homens frequentaram o ensino secundário ou mais.

3 FECUNDIDADE

Neste capítulo analisa-se a fecundidade actual, estimada através das taxas gerais e específicas de fecundidade. As estimativas da fecundidade baseiam-se nas histórias reprodutivas relatadas pelas mulheres de 15-49 anos de idade entrevistadas durante o inquérito. Com base nas histórias de nascimentos estimou-se a fecundidade retrospectiva, baseada no número de filhos nascidos vivos, e a fecundidade actual, baseada nas taxas de fecundidade por idade.

3.1 Fecundidade Actual

A fecundidade actual é observada através das taxas de fecundidade por idade (TFI), as taxas globais de fecundidade (TGF), também conhecidas como índices sintéticos de fecundidade (ISF), as taxas de fecundidade gerais (TFG) e as taxas brutas de natalidade (TBN). As taxas de fecundidade por idade fornecem o padrão etário da fecundidade, enquanto o índice sintético de fecundidade refere-se a uma quantidade hipotética de número médio de crianças nascidas vivas por mulher em idade fértil, admitindo que as mulheres estariam submetidas às taxas de fecundidade observadas no momento do inquérito.

As medidas de fecundidade apresentadas nesta secção abrangem ao período de três anos antes da realização do inquérito, refirindo-se aproximadamente aos anos calendário 2008-2011, pelo que os resultados obtidos estão centrados ao ano 2010.¹ Este período de referência abrange um número suficiente de nascimentos para fornecer estimativas confiáveis e actuais.

O Quadro 3 apresenta as taxas fecundidade por idade, segundo área de residência. Este quadro demonstra um padrão demográfico de alta natalidade. O ISF para o total do País é de 5.9, o que pode interpretar-se como o número médio de filhos que as mulheres moçambicanas vão ter durante toda a vida reprodutiva se os níveis de fecundidade por idade permanecerem constantes. Com um ISF de 6.6, a fecundidade é muito mais alta no meio rural do que no meio urbano, onde o ISF é de 4.5. Isto significa também que as mulheres nas áreas rurais têm em média duas crianças mais do que as mulheres das áreas urbanas.

3.2 Tendências da Fecundidade

O Gráfico 1 mostra as taxas de fecundidade por idade durante três períodos, obtidas a partir de dos inquéritos anteriores e os resultados do IDS 2011. Duma forma geral, observa-se que, além de ser alta, a fecundidade ficou praticamente invariável nas últimas duas décadas e os dados recentes sugerem uma tendência de aumentar. Assim, as taxas de globais de fecundidade registadas nos inquéritos IDS de 1997, 2003 e 2011 são de 5.6, 5.5 e 5.9, respectivamente. O incremento da fecundidade parece se produzir especialmente na faixa etária de 25 a 39 anos.

Quadro 3 Fecundidade actual

Taxas específicas de fecundidade, taxa global de fecundidade, taxa geral de fecundidade, e a taxa bruta de natalidade para os três anos antes do inquérito, por área de residência, Moçambique 2011

Grupo de idade	Área de residência		Total
	Urbana	Rural	
15-19	141	183	167
20-24	220	290	264
25-29	198	280	251
30-34	163	238	214
35-39	124	189	168
40-44	40	103	84
45-49	19	43	36
TGF (15-49)	4.5	6.6	5.9
TFG	163	227	205
TBN	37.4	43.4	41.6

Notas: As taxas específicas de fecundidade são por cada 1,000 mulheres. As taxas do grupo etário 45-49 podem ser parciais devido aos valores truncados. As taxas referem-se ao período de 1 a 36 meses antes da entrevista.

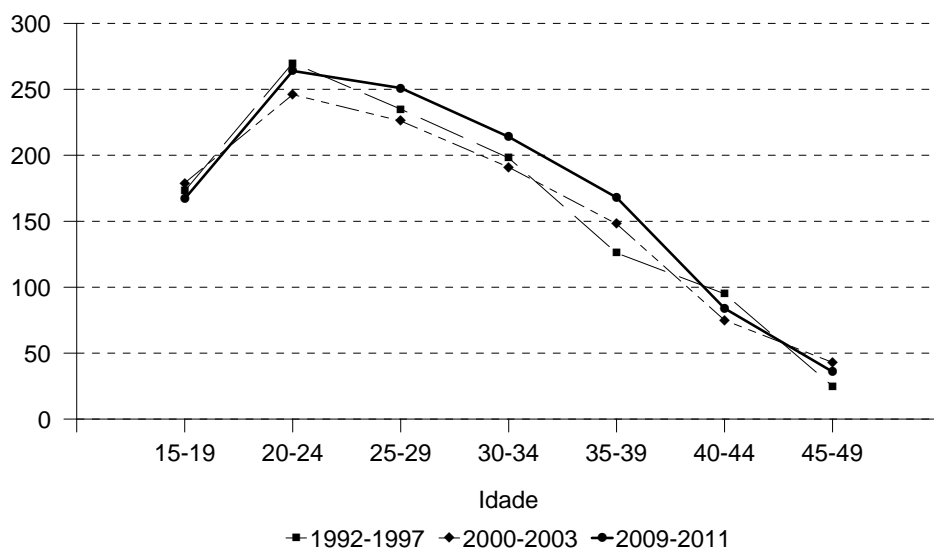
TGF: Taxa Global da Fecundidade, número de filhos por cada mulher

TFG: Taxa de Fecundidade Geral, número de filhos em cada 1,000 mulheres da idade entre 15-44

TBN: Taxa Bruta de Natalidade, número de nascimentos em cada 1,000 pessoas

¹ O trabalho de campo decorreu entre Abril e Novembro de 2011

Gráfico 1 Evolução das taxas de fecundidade por idade, 1992-2011



Moçambique IDS 2011

3.3 Desejo de ter mais filhos

Para avaliar o desejo de ter filhos, perguntou-se as inquiridas se queriam mais filhos ou se preferiam não ter mais filhos. As que declaravam o desejo de ter mais filhos, perguntou-se-lhes quanto tempo queriam esperar antes do nascimento de outro filho. Estas perguntas foram adaptadas para os casos em que as entrevistadas ainda não tinham filhos e para as mulheres que se encontrava grávidas no momento da entrevista. O Quadro 4 mostra a distribuição percentual das mulheres actualmente casadas ou em união marital, por número de filhos vivos, segundo intenção de ter ou não ter mais filhos.

Quadro 4 Intenções Reprodutivas por número de filhos vivos

Distribuição percentual das mulheres actualmente casadas/unidas de 15-49 anos por desejo de ter filhos, segundo número de filhos vivos, Moçambique 2011

Desejo de ter filhos	Número de filhos vivos ¹							Total
	0	1	2	3	4	5	6+	
Ter o outro logo ²	84.5	42.1	34.3	29.8	20.5	19.2	14.3	32.9
Ter o outro mais tarde ³	3.6	40.1	33.2	26.0	27.9	17.6	11.9	25.4
Ter o outro, mas indecisa quando	2.7	4.1	3.7	3.2	2.7	2.5	1.1	2.9
Indecisa	0.8	3.5	6.6	6.4	6.6	7.0	5.9	5.4
Não quer ter mais filhos	1.1	6.4	18.1	30.1	38.3	46.0	59.4	28.2
Esterilizada ⁴	0.0	0.0	0.1	0.4	0.5	0.3	0.3	0.2
Declarou-se estéril	7.3	3.8	3.9	4.2	3.5	7.3	7.2	5.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número de mulheres	790	1,780	1,652	1,480	1,276	955	1,398	9,332

¹ O número de filhos vivos inclui gravidez actual

² Deseja o próximo nascimento dentro de 2 anos

³ Deseja esperar o próximo nascimento para 2 ou mais anos

⁴ Inclui a esterilização masculina e feminina

Nota-se que 85% das mulheres que ainda não tiveram filhos, afirmam querer ter um filho imediatamente e 4% afirmam querer ter um filho, mas preferem esperar dois ou mais anos antes de tê-lo. Apenas 1% das mulheres sem filhos dizem que não querem ter filhos. A proporção de mulheres que declararam não querer mais crianças incrementa rapidamente à medida que aumenta o número de crianças vivas, de 6% entre mulheres com uma criança

para 59% entre as que têm 6 ou mais filhos. Paralelamente, a proporção de mulheres que gostariam de ter um filho imediatamente diminui de 42% entre mulheres com uma só criança até 14% entre as que já têm seis ou mais filhos nascidos vivos.

Nota-se também que quase a metade das mulheres que já têm quatro filhos vivos afirmam que querem ter mais filhos, 21% delas querem um filho imediatamente e 29% preferem esperar antes de ter mais outro filho. O desejo de ter uma família numerosa explica em parte a elevada fecundidade que caracteriza a população moçambicana.

4 CONTRACEPÇÃO

Este capítulo descreve a utilização actual de métodos contraceptivos. O Quadro 5 apresenta a proporção de mulheres casadas ou unidas maritalmente que afirmaram estar usando métodos contraceptivos no momento do inquérito, por características sócio-demográficas seleccionadas e segundo método utilizado. O uso de contraceptivos é muito maior em áreas urbanas: 21% das mulheres urbanas usam algum método contraceptivo moderno, comparado com 7% das mulheres rurais. Como é de esperar, os níveis mais elevados de uso registam-se na Cidade de Maputo e na Província de Maputo: 35% e 33%, das mulheres casadas afirmaram usar algum contraceptivo moderno, respectivamente. Os níveis mais baixos de uso encontram-se nas províncias de Cabo Delgado (3%), Zambézia (5%) e Nampula (5%).

O uso de contraceptivos aumenta consideravelmente com a elevação do nível de escolaridade. Entre mulheres com nível secundário e mais, 31% usam um contraceptivo moderno, comparado com apenas 5% das mulheres não instruídas.

Os contraceptivos mais comumente utilizados são a pílula e as injeções, ambas utilizadas por 5% das mulheres em união. Os métodos de planificação familiar permanentes ou de longa duração, praticamente não são utilizados em Moçambique, isto é, quase nenhuma das entrevistadas usam esterilização ou implantes.

Quadro 5 Uso actual de métodos contraceptivos por características sociodemográficas

Percentagem de mulheres actualmente casadas de 15-49 anos por uso actual de métodos contraceptivos, segundo características sociodemográficas, Moçambique 2011

Características seleccionadas	Métodos modernos											Métodos tradicionais			Não está usando nenhum método	Total	Número de mulheres				
	Algum método	Algum método moderno	Esterilização feminina	Esterilização masculina	Pílula	DIU	Injeções	Implantes	Pre-servativo masculino	Pre-servativo feminino	MAA	Outro	Algum método tradicional	Abstinência periódica				Coito interrompido			
Idade																					
15-19	5.9	5.8	0.0	2.5	0.1	1.5	0.0	1.6	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	94.1	100.0	1,136	
20-24	11.7	11.4	0.0	5.3	0.0	4.7	0.1	1.3	0.1	0.0	0.0	0.3	0.1	0.2	0.0	0.0	88.3	100.0	1,804		
25-29	14.5	14.4	0.1	6.4	0.2	6.4	0.0	1.1	0.1	0.2	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	85.5	100.0	1,788		
30-34	14.4	13.9	0.2	4.7	0.4	7.1	0.0	1.1	0.1	0.3	0.0	0.5	0.3	0.0	0.2	0.0	85.6	100.0	1,594		
35-39	12.9	12.7	0.3	4.8	0.2	6.0	0.0	1.1	0.0	0.3	0.0	0.3	0.0	0.0	0.2	0.2	87.1	100.0	1,349		
40-44	10.0	9.4	0.9	3.0	0.2	4.5	0.0	0.4	0.0	0.3	0.1	0.6	0.1	0.0	0.5	0.0	90.0	100.0	905		
45-49	6.9	6.6	0.5	2.0	0.0	3.7	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.1	0.2	0.0	93.1	100.0	755		
Área de residência																					
Urbana	21.6	21.1	0.6	8.5	0.4	8.3	0.0	2.9	0.2	0.2	0.0	0.5	0.2	0.2	0.1	0.0	78.4	100.0	2,754		
Rural	7.4	7.2	0.1	2.8	0.0	3.8	0.0	0.3	0.0	0.2	0.0	0.2	0.1	0.0	0.1	0.0	92.6	100.0	6,578		
Províncias																					
Niassa	12.2	11.2	0.0	4.8	0.0	5.8	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	1.0	0.6	0.0	0.5	0.0	87.8	100.0	508		
Cabo Delgado	3.1	3.1	0.0	1.9	0.0	0.9	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	96.9	100.0	780		
Nampula	5.0	5.0	0.1	1.0	0.1	3.2	0.0	0.5	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	95.0	100.0	1,410		
Zambézia	4.7	4.6	0.0	1.2	0.1	2.7	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	95.3	100.0	1,863		
Tete	15.3	15.1	0.0	5.7	0.1	9.2	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.2	0.0	84.7	100.0	1,122		
Manica	13.2	12.5	0.0	4.4	0.0	7.0	0.0	1.2	0.0	0.0	0.0	0.7	0.3	0.0	0.4	0.0	86.8	100.0	665		
Sofala	8.4	8.0	0.2	2.7	0.0	3.1	0.0	0.4	0.0	1.6	0.0	0.5	0.3	0.1	0.1	0.0	91.6	100.0	940		
Inhambane	12.4	12.0	0.1	6.6	0.3	4.5	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.4	0.0	87.6	100.0	555		
Gaza	18.3	18.2	0.5	8.1	0.1	8.2	0.0	1.2	0.2	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	81.7	100.0	496		
Maputo província	33.6	32.8	1.4	14.0	0.5	11.3	0.0	5.1	0.2	0.3	0.0	0.8	0.3	0.4	0.1	0.0	66.4	100.0	589		
Maputo cidade	35.9	35.1	1.5	17.1	1.1	8.8	0.0	6.3	0.0	0.0	0.2	0.8	0.0	0.3	0.4	0.0	64.1	100.0	404		
Nível de escolaridade																					
Nenhum	5.5	5.3	0.0	1.9	0.0	3.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.2	0.1	0.0	0.1	0.0	94.5	100.0	3,366		
Primário	11.3	11.0	0.2	3.9	0.1	6.0	0.0	0.7	0.0	0.1	0.0	0.3	0.1	0.1	0.1	0.0	88.7	100.0	4,852		
Secundário +	31.9	31.2	0.9	15.1	0.9	7.7	0.0	6.0	0.4	0.1	0.1	0.7	0.3	0.3	0.1	0.0	68.1	100.0	1,113		
Número de filhos vivos																					
0	1.5	1.3	0.0	0.5	0.0	0.3	0.0	0.4	0.1	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	98.5	100.0	1,081		
1-2	12.7	12.5	0.0	5.7	0.1	4.2	0.0	2.1	0.1	0.1	0.0	0.3	0.1	0.2	0.0	0.0	87.3	100.0	3,369		
3-4	14.1	13.9	0.5	5.7	0.3	6.5	0.0	0.8	0.0	0.2	0.0	0.2	0.1	0.0	0.1	0.0	85.9	100.0	2,673		
5+	11.9	11.4	0.3	3.4	0.0	7.2	0.0	0.2	0.0	0.3	0.0	0.5	0.2	0.0	0.3	0.0	88.1	100.0	2,208		
Total	11.6	11.3	0.2	4.5	0.1	5.1	0.0	1.1	0.1	0.2	0.0	0.3	0.1	0.1	0.1	0.1	88.4	100.0	9,332		

Nota: Se utilizar mais de um método, nesta tabulação se considera apenas o método mais eficiente.
MAA = Método de Amenorreia por Amamentação

5 MORTALIDADE INFANTO-JUVENIL

5.1 Níveis e Tendências da mortalidade infantil e infanto-juvenil

A análise dos níveis e tendências da mortalidade infantil e na infância aqui apresentada baseia-se na informação sobre a história completa de nascimentos recolhida nas mulheres de 15 a 49 anos entrevistadas durante o inquérito. Perguntou-se à cada mulher o número total de filhos que ela teve em toda sua vida, isto é, o número de filhos e filhas que viviam com ela, e aqueles que residiam noutra lugar e os que já faleceram. Se o filho já tinha falecido perguntou-se qual era a idade no momento da morte. A informação assim recolhida permitiu calcular directamente para períodos determinados, os seguintes indicadores:

- *Mortalidade neo-natal (NN)*: probabilidade de morrer durante o primeiro mês, ou entre 0 e 30 dias de idade;
- *Mortalidade pós-neonatal (PNN)*: probabilidade de morrer depois do primeiro mês de vida, porém antes de completar o primeiro aniversário, ou entre 1 e 11 meses de idade
- *Mortalidade infantil (${}_1q_0$)*: probabilidade de morrer durante o primeiro ano de vida, ou entre 0 e 11 meses de idade;
- *Mortalidade pós-infantil (${}_4q_1$)*: probabilidade de morrer entre o primeiro e o quinto aniversário, ou entre 12 e 59 meses de idade
- *Mortalidade infanto-juvenil (${}_5q_0$)*: probabilidade de morrer antes de completar cinco anos de vida, ou entre 0 e 59 meses de idade.

O Quadro 6 representa as taxas de mortalidade neonatal, pós-neonatal, infantil, pós-infantil e infanto-juvenil, para três períodos quinquenais que precederam ao inquérito, o que permite ver retrospectivamente as tendências de mortalidade nos últimos 15 anos. Nota-se uma tendência descendente contínua durante os três quinquénios precedentes. Do período 1996-2001 ao período 2006-2011, isto é, de 10 a 14 anos antes a 0 a 4 anos antes de inquérito, a mortalidade infantil diminuiu de 106‰ a 64‰. Durante esse período a queda na mortalidade infanto-juvenil foi de 158‰ a 97‰.

Quadro 6. Mortalidade infantil e infanto-juvenil

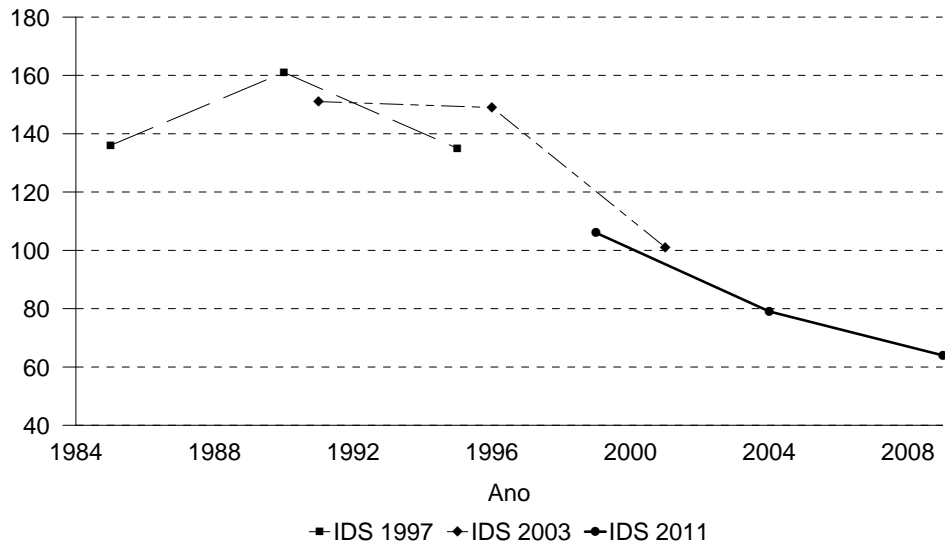
Taxas de mortalidade neonatal, pós neonatal, infantil, pós-infantil e infanto-juvenil para períodos quinquenais anteriores ao inquérito, Moçambique 2011

Anos anteriores ao inquérito	Mortalidade neonatal (NN)	Mortalidade pós-neonatal (PNN) ¹	Mortalidade infantil (${}_1q_0$)	Mortalidade pós-infantil (${}_4q_1$)	Mortalidade infanto-juvenil (${}_5q_0$)
0-4	30	34	64	35	97
5-9	34	45	79	46	122
10-14	49	57	106	59	158

¹ Calculado como a diferença entre as taxas de mortalidade infantil e a mortalidade neonatal.

O Gráfico 2 mostra a tendência da mortalidade infantil segundo os três inquéritos IDS realizados em Moçambique em 1997, 2003 e 2011. Nota-se uma grande coerência nas taxas obtidas nos três inquéritos, que revelam uma queda contínua das taxas de mortalidade, ao redor de 140‰ aos inícios da década de 1980 até 64‰ nos fins da primeira década do 2000.

Gráfico 2 Evolução das taxas de mortalidade infantil segundo inquéritos IDS de 1997, 2003 e 2011



Moçambique IDS 2011

6 SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Este capítulo apresenta dados muito importantes para a saúde da mulher e de criança, nomeadamente, assistência pré-natal e ao parto, vacinação e doenças que ocorrem na infância, como diarreia e infecções respiratórias agudas. O IDS 2011 recolheu estas informações de todos os nascidos vivos desde Janeiro de 2006, um período que corresponde aproximadamente cinco anos antes do inquérito.

O acompanhamento pré-natal foi definido de acordo com o número de visitas pré-natais, o estágio em que se encontrava a gravidez a quando da primeira visita e o número de doses da vacina antitetânica. O atendimento ao parto, por sua vez, foi definido segundo o tipo de profissional de saúde que assistiu ao nascimento e o local onde ocorreu.

Por sua vez, os dados sobre a prevalência, tratamento e contacto com os serviços de saúde, das crianças que tiveram diarreia e infecção respiratória aguda (IRA), podem apoiar na avaliação do impacto dos programas de saúde destinados ao combate dessas doenças.

6.1 Assistência Pré-natal e ao Parto

Segundo as normas do Ministério da Saúde, uma mulher é considerada como tendo sido assistida por serviços pré-natais durante a gravidez, quando ela comparecer a cinco consultas no decurso da gravidez. Além do número de consultas pré-natais, é importante também o estágio em que se encontrava a gravidez quando a mulher se apresentou na primeira consulta; assim, ela deve acontecer no terceiro mês da gestação.

O Quadro 7 apresenta percentagem das mulheres que tiveram assistência pré-natal e ao parto por pessoal de saúde, durante os cinco anos que antecedem o inquérito e percentagem das que receberam a vacina contra o tétano durante a gravidez. Os dados mostram que 91% de mulheres que tiveram nascimentos nos últimos cinco anos antes

Quadro 7 Indicadores de cuidados da saúde materna

Entre as mulheres de 15-49 anos que tiveram nascimento vivo nos últimos 5 anos antes do inquérito, percentagem que recebeu cuidados pré-natais a partir do pessoal especializado nos últimos cinco nascimentos vivos e percentagem destes últimos cinco nascimentos vivos que foram protegidos contra tétano neonatal, e entre todos nascimentos vivos ocorridos durante os últimos cinco anos antes do inquérito, percentagem assistida por pessoal especializado e percentagem de partos ocorridos nas unidades sanitárias, por características sociodemográficas, Moçambique 2011

Características sociodemográficas	Percentagem com assistência pré-natal a partir de gente especializado de saúde ¹	Percentagem entre os últimos cinco nascidos vivos que foram protegidos contra tétano neonatal ²	Número de mulheres	Percentagem de partos assistidos por gente especializado de saúde ¹	Percentagem de partos ocorridos nas unidades sanitárias
Idade da mãe ao nascimento					
<20	92.4	67.0	1,485	61.3	2,316
20-34	91.3	67.8	5,073	54.5	7,643
35+	85.9	63.2	1,316	44.3	1,746
Área de residência					
Urbana	96.3	76.1	2,323	80.3	3,241
Rural	88.2	63.0	5,551	44.3	8,463
Provincia					
Niassa	89.9	77.8	461	60.3	688
Cabo Delgado	96.1	65.4	643	35.6	963
Nampula	92.9	75.5	1,150	55.3	1,747
Zambézia	73.7	51.7	1,515	26.4	2,443
Tete	90.1	50.8	1,037	51.7	1,526
Manica	99.2	70.4	583	74.0	861
Sofala	95.2	81.4	750	71.1	1,152
Inhambane	96.4	75.1	437	59.4	634
Gaza	96.6	65.0	447	71.1	623
Maputo provincia	99.0	78.6	511	84.0	652
Maputo cidade	97.4	78.5	340	90.8	417
Nível de escolaridade da mãe					
Nenhum	85.5	61.5	2,791	39.6	4,342
Primário	92.2	67.2	4,016	56.9	6,040
Secundário +	98.2	79.5	1,067	90.7	1,322
Total	90.6	66.9	7,874	54.3	11,704

¹ Pessoal especializado incluem médicos, enfermeiros, parteiras, ou parteiras auxiliares tradicionais

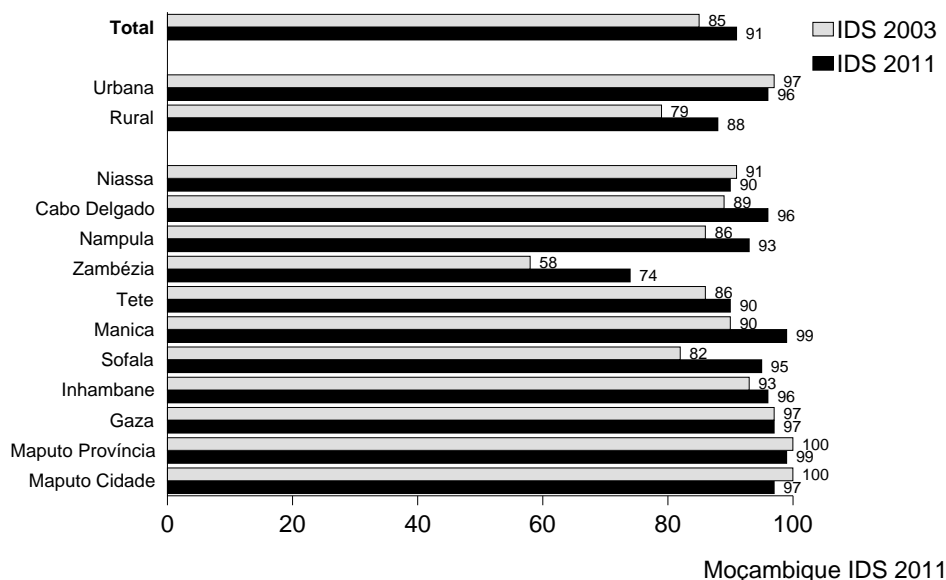
² Incluem mães com duas injeções durante a gravidez dos últimos nascidos vivos, ou duas ou mais injeções (a última ocorrida durante 3 anos do último nascido vivo), ou três ou mais injeções (a última durante 5 anos do último nascido vivo), ou quatro injeções (a última durante dez anos do último nascido vivo), ou cinco ou mais injeções a qualquer momento antes do último nascido vivo

do inquérito tiveram o atendimento pré-natal, sendo a área urbana a que apresenta percentagem elevada que rural, 96% e 88%, respectivamente. A nível de províncias, quase todas se encontram com uma cobertura dos serviços pré-natais acima de 90%, exceptuando a de Zambézia, cuja cobertura está abaixo de 80%. Por nível de educação, a cobertura tende elevar-se a medida que o nível educacional avança.

Quanto a vacinação contra tétano, as percentagens continuam baixas, pois a nacional foi de 67%, sendo mais elevada na área urbana que rural e a nível de províncias, os extremos são Maputo Cidade e Província, ambas com quase 79% da cobertura da vacina contra tétano e as províncias de Zambézia e Tete, com coberturas abaixo de 60%.

Assistência pré-natal tem aumento, situando-se acima de 90% no IDS 2011 na maioria das províncias, menos a Província de Zambézia e área rural, onde as percentagens estão abaixo da média nacional (Veja-se o Gráfico 3).

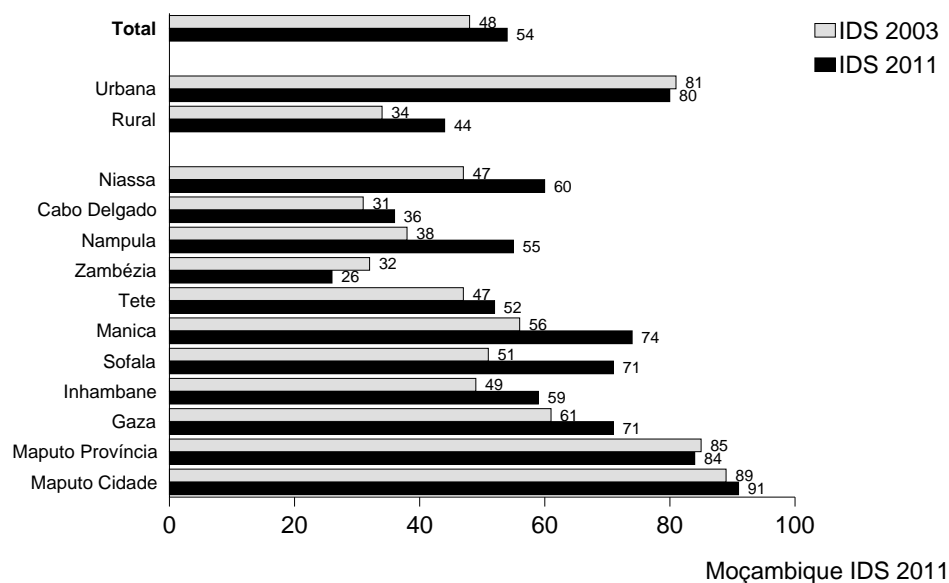
Gráfico 3 Assistência Pré-natal por Profissional de Saúde, por Área de Residência e Província, Moçambique, 2003 e 2011



As percentagens de partos atendidos por pessoal de saúde especializado continuam baixas, assim, a percentagem é de 54% a nível nacional e por área de residência, a rural é a que tem menor, 44%, contra os 80% da urbana. As províncias de Zambézia com 26% e Cabo Delgado com 36%, são as com mais baixas coberturas de partos assistidos por agente de saúde e no outro extremo se encontra Maputo Cidade e Província, com 91% e 84%, respectivamente. A percentagem de partos assistidos por pessoal de saúde varia com o nível de educação da mãe e é mais elevado quando a mãe tiver elevado nível de escolaridade.

Apesar das coberturas de partos institucionais serem ainda baixas, nota-se no entanto que, as percentagens tendem aumentar ao longo de tempo. Por exemplo, a nível nacional, a percentagem foi de 47% em 2003 e passou para 54% em 2011. Como mostra o Gráfico 4, quase em todas as províncias houve aumento de partos atendidos por pessoal de saúde.

Gráfico 4 Assistência ao Parto por Profissional de Saúde, Por Área de Residência e Província, Moçambique, 2003 e 2011



6.2 Vacinação

Durante o inquérito, a todas as crianças nascidas vivas desde Janeiro 2006, recolheu-se a informação sobre a cobertura do programa de vacinação. De acordo com o programa de vacinação, promovido pelo Ministério de Saúde, uma criança é considerada completamente imunizada, quando tiver recebido as seguintes vacinas: BCG, sarampo e três doses das vacinas da tríplice e pólio.

A informação sobre cobertura da vacinação foi recolhida utilizando dois procedimentos, através do cartão de vacinação e informação fornecida pela mãe. Assim, quando a mãe tivesse o cartão de vacinação da criança, este era a principal fonte de informação, e por isso, a inquiridora, copiava toda informação directamente a partir do cartão. Na ausência do cartão, pediu-se à mãe para que tentasse lembrar se a criança tinha recebido a BCG, pólio e tríplice, inclusive o número de doses, e a vacina de sarampo, neste caso não se pediu à mãe para dizer as datas em que a criança foi vacinada.

O Quadro 8 apresenta a percentagem de crianças de 12 a 23 meses que foram vacinadas até a data do inquérito, e a percentagem com cartão de vacinação, por características seleccionadas. Esta informação permite dar alguma ideia do grau de alcance do programa de vacinação nos diversos grupos da população. Os dados apontam que no país, 64% das crianças receberam todas as vacinas, sendo mais elevada na área urbana, com 75% e menor na rural, 60%. A nível de províncias, Maputo província, com 88%, Sofala, 78%, são as que se destacam e enquanto, a Província de Zambézia, é que tem menor percentagem das crianças que receberam todas as vacinas, abaixo de 50%.

Quanto a cobertura de BCG, os resultados indicam um nível de 91% a nível nacional, tendo a área urbana com maior cobertura (quase 95%) que a rural, com quase 90%. No que diz respeito as províncias, nota-se que a maior parte tem uma cobertura da BCG acima de 90%, exceptuando as de Zambézia, Tete e Nampula, que ainda não atingiram os 90% de cobertura.

Os níveis de cobertura das primeiras doses de DPT1 e Polio1 é de 91%, maior para área urbana que na rural. Na maior parte de províncias, a cobertura destas vacinas ultrapassam os 90%, e mais uma vez excepto as províncias de Zambézia e Tete, cujas percentagens estão abaixo de 90%.

Quadro 8 Vacinação por características sociodemográficas

Percentagem de crianças entre 12-23 meses de idade que receberam vacinas específicas a um tempo atrás antes do inquérito (segundo informação fornecida pelo cartão ou pela mãe), e a percentagem com cartão de vacinação, por características sociodemográficas, Moçambique 2011

Características sociodemográficas	BCG	DPT 1	DPT 2	DPT 3	Pólio 0	Pólio 1	Pólio 2	Pólio 3	Sarampo	Todas as vacinais básicas ²	Nenhuma vacina	Percentagem com cartão de vacinação	Número de crianças
Sexo													
Masculino	90.3	91.0	86.0	76.2	83.8	91.1	85.3	73.1	81.2	63.5	5.0	83.3	1,137
Feminino	92.0	91.6	86.1	76.1	85.4	92.5	86.1	73.4	81.7	64.6	4.5	82.8	1,187
Área de residência													
Urbana	94.7	96.0	92.1	86.3	92.0	95.3	91.5	79.6	91.6	75.0	2.4	80.6	632
Rural	89.8	89.5	83.8	72.4	81.8	90.5	83.6	70.9	77.7	60.0	5.6	84.0	1,692
Província													
Niassa	92.6	91.8	86.6	82.6	87.8	94.9	89.0	83.3	87.7	76.9	4.9	87.3	138
Cabo Delgado	95.1	94.5	87.2	68.1	92.1	97.1	89.0	76.3	80.6	58.8	0.9	89.7	189
Nampula	88.4	92.4	86.7	75.1	81.0	91.2	85.2	69.2	83.4	66.3	3.9	83.8	323
Zambézia	84.0	82.5	73.9	60.3	70.0	84.1	73.1	56.8	71.5	47.3	10.7	73.9	518
Tete	88.7	88.9	84.7	79.9	78.6	87.2	84.2	72.0	75.8	58.0	6.4	80.2	286
Manica	97.0	94.6	88.9	76.6	95.6	95.1	89.7	77.2	80.3	64.6	1.3	89.4	185
Sofala	95.3	95.1	91.6	85.3	92.8	95.9	92.3	85.1	87.4	78.4	2.8	93.0	224
Inhambane	96.2	98.6	98.2	81.8	94.6	98.9	93.2	76.6	86.4	64.7	0.8	80.4	130
Gaza	92.7	92.6	91.6	89.0	90.4	94.9	90.4	85.9	85.6	76.3	4.1	85.8	124
Maputo província	99.4	100.0	97.2	96.7	99.0	100.0	100.0	90.9	98.1	87.9	0.0	85.6	120
Maputo cidade	96.4	98.3	95.5	90.1	95.2	95.4	92.8	80.7	95.4	76.7	1.7	80.5	87
Nível de escolaridade da mãe													
Nenhum	88.4	88.1	81.9	71.5	80.9	89.1	82.5	69.5	74.9	58.1	7.0	83.0	808
Primário	92.3	92.5	87.5	76.9	85.0	93.1	86.4	74.3	82.8	65.2	3.7	84.7	1,217
Secundário +	93.8	95.1	91.4	85.6	93.0	93.9	91.5	79.2	93.7	75.4	3.2	76.6	299
Total	91.1	91.3	86.1	76.2	84.6	91.8	85.7	73.2	81.5	64.1	4.8	83.1	2,325

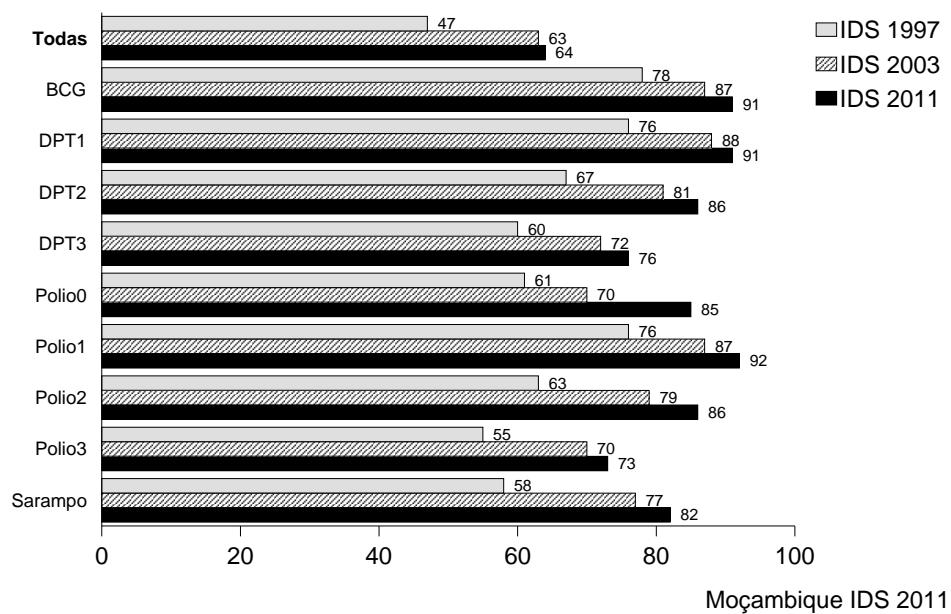
¹ Pólio 0 é a vacina de Pólio dada ao nascer

² BCG, Sarampo, e três doses de DPT e vacina de Pólio excluindo a vacina de Pólio dada ao nascer

Quase 82% de crianças receberam a vacinação contra o Sarampo, e a cobertura dessa vacina é mais elevada na área urbana, com 92%, contra os 78% da área rural; e por províncias, a cobertura atingiu mais de 90% em Maputo Província e Cidade, enquanto as províncias de Tete e Zambézia, estão abaixo de 80%.

O Gráfico 5 mostra evolução da cobertura da vacinação das crianças de 12-23 meses ocorrido a qualquer momento antes da realização dos inquéritos. Como se pode notar, de ano para ano, tem-se melhorado a cobertura do programa de vacinação. Entretanto, há que notar, a evolução da percentagem das crianças que receberam todas vacinas tem sido muito lenta, pois no IDS 1997, esta foi de 47%, passando para 63% em 2003 e 65% no IDS 2011. Por outro lado, há que referir que, quanto a cobertura das vacinas específicas, a situação tem sido diferente. Assim, por exemplo, o gráfico mostra que as vacinas DPT1, Pólio, 1, BCG, têm conhecido uma evolução celerada, tendo atingido o nível de 90% no IDS 2011.

Gráfico 5 Cobertura Vacinal dada em qualquer momento de crianças entre 12-23 meses de idade, 1997, 2003 e 2011



7 TRATAMENTO DAS DOENÇAS INFECCIOSAS

7.1 Introdução

Além das informações sobre atenção pré-natal e vacinações, o inquérito IDS 2011 recolheu dados relativos à ocorrência das doenças infecciosas mais comuns e mais letais nas crianças pequenas, isto é, infecções respiratórias agudas (IRA), diarreia e febre. A febre é o principal sintoma da malária nas crianças menores de cinco anos, embora esta possa ocorrer na incidência de muitas outras patologias. O atraso no início do tratamento das crianças pode ter consequências fatais, particularmente nos casos de infecção severa, e por esta razão se recomenda que em caso de febre o tratamento comece dentro das 24 horas do início da febre.

7.2 Tratamento das doenças infecciosas

A prevalência das doenças é baseada nas declarações das mães para um período de referência de duas semanas antes da entrevista. Por exemplo, as crianças foram atribuídas infecções respiratórias agudas se a mãe declarava que as crianças tinham tido tosse e quando estavam com tosse respiravam mais rápido que habitual ou tinha dificuldades para respirar. A prevalência da diarreia e da febre foram também baseados nas declarações das mães.

7.3 Infecções respiratórias agudas

Em um pouco mais da metade dos casos (52%) das crianças que tiveram sintomas de IRA foram encaminhadas a um estabelecimento sanitário ou a um profissional da saúde para consulta ou na procura dum tratamento. A proporção das crianças que foram encaminhadas na procura de tratamento é significativamente maior nas áreas urbana (64% contra 47%). Igualmente, a proporção é significativamente maior nas crianças de mães instruídas: 62% entre as crianças cujas mães alcançaram nível primário ou nível secundário, comparado com 33% das crianças de mães não instruídas.

7.4 Febre

Em geral, 60% das crianças com febre foram encaminhadas a um estabelecimento sanitário ou a um profissional da saúde para consulta ou na procura de tratamento. A proporção é maior em áreas urbanas (71% contra 55%) e entre as crianças de mães mais escolarizada. Assim, um pouco mais da metade das crianças de mães não instruídas (53%) foram encaminhadas a um estabelecimento sanitário, comparado com 62% crianças de mães que alcançaram nível primário e 72% das crianças de mães que alcançaram nível secundário ou mais.

No que respeita a distribuição geográfica, os níveis mais elevados de tratamento para as crianças com febre observam-se nas províncias de Nampula e de Sofala (84% e 75%, respectivamente) e os níveis mais baixos dão-se nas províncias de Cabo Delgado e Tete (34% e 48%, respectivamente).

7.5 Diarreia

A desidratação por causa da diarreia constitui ainda uma das importantes causas da mortalidade infantil e das crianças, e por isso o Programa de Controle de Doenças Diarreicas tem desenvolvido um programa para diminuição da morbi-mortalidade por esta doença baseando no aumento da ingestão de líquidos e a utilização da Terapêutica de Rehidratação Oral (TRO), quer com os pacotes de Sais de Rehidratação Oral (SRO), quer com a preparação de misturas caseiras apropriadas.

Entre as crianças que tiveram diarreia nas duas semanas precedentes à entrevista, 59% foram encaminhadas a um estabelecimento sanitário ou a um profissional da saúde para consulta ou na procura de tratamento, e 55% usaram pacotes de sais de rehidratação oral (SRO). A utilização de SRO é maior nas áreas urbanas (65% comparado com 50% em áreas rurais) e nas crianças de mães mais escolarizadas. Observa-se que entre as crianças de mães não instruídas 48% receberam SRO, comparado com 57% das crianças com mães que têm formação primária e 72% das crianças cujas mães que alcançaram nível secundário ou superior.

Quadro 9 Tratamento de infecções respiratórias agudas, febre e diarreia

Entre as crianças menores de cinco anos que tiveram sintomas de infecção respiratória aguda (IRA) ou tiveram febre durante duas semanas antes do inquérito, percentagem dos que tiveram aconselhamento ou tratamento na unidade sanitária ou por agente de saúde, e entre as crianças menores de cinco anos que tiveram diarreia durante as últimas duas semanas antes do inquérito, percentagem dos que tiveram aconselhamento ou tratamento na unidade sanitária ou por agente de saúde, percentagem dos que receberam o líquido feito a partir de pacotes do sal de rehidratação oral (SRO) ou líquido de SRO já preparado, e percentagem que receberam a terapia de rehidratação oral (TRO), por características sociodemográficas, Moçambique 2011

Características sociodemográficas	Crianças com sintomas de IRA ¹		Crianças com febre		Crianças com diarreia			
	Percentagem dos que receberam aconselhamento ou tratamento na unidade sanitária ou agente de saúde ²	Número com IRA	Percentagem dos que receberam aconselhamento ou tratamento na unidade sanitária ou agente de saúde ²	Número com febre	Percentagem dos que receberam aconselhamento ou tratamento na unidade sanitária ou agente de saúde ²	Percentagem que receberam líquido ou pacote de SRO	Percentagem que recebeu TRO ³	Número com diarreia
Idade em meses								
<6	*	15	59.8	97	61.8	28.9	34.0	63
6-11	(48.3)	29	68.3	213	58.7	53.5	59.7	235
12-23	(58.4)	44	57.2	399	59.7	61.6	66.8	429
24-35	(46.2)	34	55.1	309	66.3	56.3	67.5	182
36-47	*	20	57.3	241	50.2	49.6	58.9	173
48-59	(51.7)	24	58.6	198	51.9	53.6	55.6	123
Sexo								
Masculino	51.5	85	57.9	747	59.7	51.9	59.8	631
Feminino	53.1	81	59.7	709	57.1	58.3	63.4	575
Área de residência								
Urbana	64.4	50	72.6	388	66.9	65.3	69.8	366
Rural	47.0	115	53.7	1,069	54.8	50.4	57.9	839
Provincia								
Niassa	*	8	50.8	75	64.6	86.2	88.5	70
Cabo Delgado	*	14	33.9	136	31.0	25.0	(33.3)	38
Nampula	*	22	84.3	213	75.8	62.8	65.7	171
Zambézia	*	30	49.6	369	53.9	39.4	56.0	312
Tete	*	16	48.0	175	44.1	37.2	37.6	189
Manica	*	21	55.8	100	50.7	73.8	74.3	78
Sofala	*	17	75.4	175	71.2	73.6	78.1	154
Inhambane	*	4	60.5	50	58.6	57.4	(76.4)	27
Gaza	*	14	69.8	63	70.7	70.2	72.9	66
Maputo província	*	12	59.4	62	48.6	54.0	56.7	60
Maputo cidade	*	8	67.3	39	64.4	66.9	69.1	38
Nível de escolaridade da mãe								
Nenhum	33.0	57	50.1	507	48.3	47.6	59.7	442
Primário	62.3	84	61.7	802	63.5	56.5	59.7	629
Secundário +	(62.8)	25	72.4	148	67.9	72.1	76.1	134
Total	52.3	166	58.8	1,457	58.5	55.0	61.5	1,205

¹ Sintomas de IRA (tosse acompanhado de curta, rápida respiração relacionado com peito e /ou dificuldade de respiração relacionada com peito) são considerados como aproximação de pneumonia

² Excluem a farmácia, loja, e praticante tradicional

³ TRO inclui líquido preparado partir de pacotes de sal de rehidratação oral (SRO), líquido preparado de SRO, e líquidos caseiros recomendados

Nota: Percentagens precedidas por parênteses são baseadas em 25 a 49 casos não ponderados.

Percentagens baseadas em menos de 25 casos não ponderados não são apresentadas e são designadas com asterisco ***

8 AMAMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

8.1 Condição de amamentação por idade

O aleitamento materno exclusivo de todas as crianças até 6 meses de vida e a sua continuação da amamentação pelo menos dois anos é uma acção fundamental que beneficia a saúde do bebé e da mãe. O leite materno é o alimento mais completo para os primeiros meses de vida das crianças, pois ele contém não só nutrientes necessários, mas também, os anticorpos da mãe, o que fortalece o sistema imunológico da criança.

Existem casos que demonstraram que quanto mais leite materno exclusivo (sem qualquer complemento alimentar, nem mesmo água) uma criança recebe, menor é o risco de morrer por doenças diarreicas e outras infecções.

O Quadro 10 refere-se a distribuição percentual de crianças vivas menores de três anos que vivem com as suas mães por estado de amamentação, segundo a idade. O quadro em causa revela que em Moçambique, entre crianças menores de três anos de idade, 94% foram amamentadas durante pelo menos um ano. Contudo, entre as crianças que deveriam ser exclusivamente amamentadas (as crianças menores de 6 meses), apenas 41% tiveram amamentação exclusiva.

Quadro 10 Estado de amamentação por idade

Distribuição percentual de crianças menores de dois anos que vivem com suas mães, por estado de amamentação e percentagem das que são actualmente amamentadas; e percentagem de todas as crianças menores de dois anos que usam beberão, segundo idades em meses, Moçambique 2011

Idade em meses	Distribuição percentual de crianças menores de dois anos que vivem com suas mães por estado de amamentação							Total	Percentagem das actualmente amamentadas	Número de crianças menores de dois anos	Percentagem das que utilizam beberão	Número de todas crianças menores de dois anos
	Não amamentadas	Exclusivamente amamentadas	Amamentadas e dando somente água	Amamentadas e consumindo líquidos diferente de leite ¹	Amamentadas e consumindo outro tipo de leite	Amamentadas e consumindo alimentos complementares						
0-1	3.4	58.1	10.3	10.1	1.2	17.0	100.0	96.6	342	16.0	352	
2-3	2.7	44.3	15.8	7.3	6.1	23.9	100.0	97.3	395	24.5	408	
4-5	1.7	24.3	17.8	3.2	1.9	51.1	100.0	98.3	419	47.9	421	
6-8	4.2	7.5	5.7	2.4	0.5	79.7	100.0	95.8	599	65.9	614	
9-11	5.5	2.5	3.2	1.1	0.0	87.7	100.0	94.5	643	77.1	650	
12-17	13.1	1.5	2.1	0.8	0.0	82.5	100.0	86.9	1,232	79.8	1,271	
18-23	39.1	1.7	0.4	0.2	0.0	58.6	100.0	60.9	988	79.7	1,054	
0-3	3.0	50.7	13.2	8.6	3.8	20.7	100.0	97.0	737	20.5	761	
0-5	2.5	41.1	14.9	6.6	3.1	31.7	100.0	97.5	1,156	30.3	1,182	
6-9	4.5	6.4	5.1	2.3	0.4	81.4	100.0	95.5	809	68.0	827	
12-15	9.4	1.9	2.3	1.3	0.0	85.2	100.0	90.6	823	78.1	845	
12-23	24.7	1.5	1.3	0.6	0.0	71.9	100.0	75.3	2,221	79.8	2,325	
20-23	48.5	1.2	0.5	0.2	0.0	49.6	100.0	51.5	618	80.7	664	

Nota: Estado de amamentação refere-se ao período de "24-horas" (ontem e a noite passada). As crianças classificadas como estando a serem amamentadas e consumindo simples água, não consumiram nem líquidos ou suplementos sólidos. As categorias não amamentadas, exclusivamente amamentadas, amamentadas e consumindo simples água, não líquidos diferente de leite, outro tipo de leite, e alimentos complementares (sólidos e semi-sólidos) são hierárquicos e mutuamente exclusivas, e as suas percentagens somam 100 por cento. Assim, as crianças que receberam leite materno e líquidos diferentes de leite e que não receberam outro leite e não receberam alimentos complementares são classificadas na categoria de líquidos diferente de leite, mesmo que tenham recebido simples água. Todas as crianças que receberam alimentos complementares são classificadas na categoria das que foram também amamentadas.

¹ Líquidos diferentes de leite, incluem simples sumos, ou outros líquidos.

O aleitamento materno exclusivo varia na razão inversa da idade da criança. Assim, as crianças de 0-1 mês apresentam a proporção mais elevada (58%). Contudo, crianças que deviam ser amamentadas exclusivamente (de 4-5 meses), cerca de uma em cada quatro é que cumprem com as recomendações de aleitamento exclusivo. Os resultados do quadro em análise também revelam que metade (50%) das crianças de cerca de 2 anos de idade foram amamentadas, embora não seja na condição de amamentação exclusiva.

8.2 Estado Nutricional das crianças

Para avaliação do estado nutricional das crianças recorreu-se ao uso de medidas antropométricas relacionadas com a idade da criança, nomeadamente, altura por idade (A/I), peso por altura (P/A) e peso por idade (P/I). O estado nutricional é um excelente indicador de qualidade de vida da população no seu todo ou de um determinado segmento populacional. A avaliação do estado nutricional é uma etapa basilar no estudo de uma criança, pois permite-nos ver se o crescimento está se afastando ou não do padrão esperado.

Os indicadores do estado nutricional são expressos em unidades de Desvio Padrão (Z-scores) a partir da mediana da população padrão². A relação entre altura e idade (A/I) ou o índice A/I é um indicador que reflecte uma situação de desnutrição passada. O Quadro 11 apresenta a percentagem de crianças menores de 5 anos classificadas por estado de subnutrição de acordo com os índices de altura para a idade, peso para a altura e peso para a idade por grupos de idade, segundo as características socioeconómicas seleccionadas.

Em Moçambique, 43% das crianças menores de 5 anos têm altura baixa para a sua idade, e são classificadas como sendo crianças que sofrem de subnutrição crónica e 6% sofrem de subnutrição aguda o que significa que apresentam baixo peso para a altura que ostentam.

A subnutrição crónica varia na razão directa da idade, exceptuando nas crianças de mais de três anos onde regista uma descida considerável dos seus valores. Assim, ela tem os seus valores mínimos nas crianças menores de 6 meses (27%) e cresce até atingir o pico nas crianças dos 24 a 35 meses (49%). As crianças menores de 5 anos residentes nas áreas rurais, são mais propensas à subnutrição crónica do que as das áreas urbanas, numa proporção de 35% e 46%, respectivamente.

As províncias da região norte de Moçambique são as que registaram valores mais elevados de crianças que são consideradas baixinhas (altura baixa) em relação à sua idade, sendo a província de Nampula a que se evidencia com 55%. Em contrapartida, as províncias da região sul com excepção da província de Inhambane, apresentam as proporções menos elevadas, onde se destacam Maputo Cidade e Maputo Província ambas com 23% de crianças baixinhas.

As crianças menores de 5 anos cujas mães têm o nível secundário ou mais registaram proporções menores de crianças na condição de subnutrição crónica (26%). Em contrapartida, para as mães que não têm nenhum nível e as de nível primário observaram proporções mais elevadas (47 e 43%).

Quinze por cento de crianças apresentam insuficiência de peso e 4% estão num nível muito baixo de peso para sua idade. As crianças de 24-35 e 36-47 meses, são as que registaram as cifras menos elevadas de baixo peso em relação a idade (ambas 14%). Ao nível das províncias, as de Cabo Delgado e Zambézia são as que mais crianças de baixo peso em função da idade rubricaram (21% para ambas).

² A população de referência utilizada neste relatório é o padrão da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2006.

Quadro 11 Estado nutricional das crianças

Percentagem de crianças menores de cinco anos classificadas como malnutridas, segundo três índices antropométricos do estado nutricional: Altura por idade, peso por altura, e peso por idade, segundo características sociodemográficas, Moçambique 2011

Características sociodemográficas	Altura por idade ¹			Peso por altura				Peso por idade				Número de crianças
	Percentagem abaixo de -3 DP	Percentagem abaixo de -2 DP ²	Valor médio de Z (DP)	Percentagem abaixo de -3 DP	Percentagem abaixo de -2 DP ²	Percentagem abaixo de +2 DP	Valor médio de Z (DP)	Percentagem abaixo de -3 DP	Percentagem abaixo de -2 DP ²	Percentagem abaixo de +2 DP	Valor médio de Z (DP)	
Idade em meses												
<6	12.8	27.6	(1.1)	4.3	10.5	18.0	0.3	6.8	15.3	2.0	(0.7)	1,012
6-8	13.6	29.1	(1.0)	2.2	10.2	8.7	0.0	4.6	16.6	1.6	(0.7)	538
9-11	16.6	34.6	(1.3)	2.7	9.1	7.4	(0.1)	6.3	17.5	1.5	(0.8)	604
12-17	18.6	44.0	(1.6)	4.5	10.1	7.3	(0.1)	6.6	16.7	0.9	(0.9)	1,192
18-23	26.0	48.1	(1.9)	2.4	6.4	6.1	0.1	3.6	16.4	0.6	(0.9)	969
24-35	22.9	49.3	(1.9)	2.2	5.3	7.6	0.3	3.5	13.6	0.5	(0.8)	1,954
36-47	22.8	47.0	(1.9)	0.5	2.1	5.0	0.3	3.3	13.6	0.3	(0.9)	2,095
48-59	17.0	41.6	(1.8)	1.0	3.3	4.5	0.2	2.1	14.5	0.1	(1.0)	1,949
Sexo												
Masculino	21.5	44.7	(1.8)	2.5	6.4	7.5	0.2	5.0	16.6	0.7	(0.9)	5,140
Feminino	17.9	40.5	(1.6)	1.8	5.4	7.2	0.2	3.2	13.3	0.6	(0.8)	5,173
Área de residência												
Urbana	15.4	35.0	(1.4)	1.4	3.8	8.2	0.3	2.7	9.8	1.5	(0.6)	2,859
Rural	21.3	45.5	(1.8)	2.4	6.7	7.1	0.1	4.6	16.9	0.4	(1.0)	7,455
Província												
Niassa	24.1	46.8	(1.8)	1.3	3.8	6.9	0.2	5.1	18.2	1.0	(0.9)	634
Cabo Delgado	26.7	52.7	(2.1)	1.5	5.6	6.3	0.1	6.4	20.6	0.4	(1.1)	879
Nampula	30.0	55.3	(2.1)	3.0	6.5	8.9	0.3	4.5	15.5	0.2	(1.0)	1,560
Zambézia	21.0	45.2	(1.7)	4.2	9.4	4.6	(0.2)	5.9	21.3	0.5	(1.1)	2,080
Tete	19.3	44.2	(1.7)	1.7	5.6	6.7	0.1	4.1	17.0	0.2	(0.9)	1,342
Manica	18.2	41.9	(1.6)	2.5	6.7	10.3	0.2	2.5	10.8	0.8	(0.8)	671
Sofala	14.8	35.7	(1.4)	1.6	7.4	7.4	0.1	3.2	11.3	0.9	(0.8)	1,082
Inhambane	15.8	36.0	(1.6)	0.5	2.2	10.8	0.6	1.2	6.9	1.4	(0.5)	576
Gaza	8.5	26.8	(1.3)	0.3	1.0	7.0	0.5	1.8	6.3	1.4	(0.4)	559
Maputo província	6.0	22.7	(1.2)	0.5	2.1	9.5	0.5	1.7	7.4	0.9	(0.3)	576
Maputo cidade	7.4	23.2	(1.0)	0.6	2.2	8.6	0.6	2.4	5.4	2.8	(0.2)	354
Nível de escolaridade da mãe³												
Nenhum	23.4	47.0	(1.8)	2.6	7.2	6.8	0.1	5.9	18.7	0.5	(1.0)	3,600
Primário	19.2	43.0	(1.7)	2.2	5.8	7.4	0.2	3.5	14.2	0.5	(0.9)	4,884
Secundário +	8.8	26.9	(1.1)	0.8	3.5	9.8	0.4	1.1	6.2	2.1	(0.4)	1,049
Sem informação	36.7	49.3	(1.8)	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	26.8	0.0	(1.0)	8
Estado das entrevistas das mães												
Entrevistadas	19.7	42.9	(1.7)	2.1	6.0	7.4	0.2	4.2	15.0	0.7	(0.9)	9,386
Não entrevistadas, mas estavam no agregado familiar	17.7	34.0	(1.4)	5.2	13.1	7.4	(0.1)	2.7	18.9	0.0	(0.9)	155
Não entrevistadas, mas não estavam no agregado familiar ⁴	20.7	41.0	(1.7)	1.7	3.7	6.7	0.3	3.5	13.6	0.9	(0.8)	773
Total	19.7	42.6	(1.7)	2.1	5.9	7.4	0.2	4.1	14.9	0.7	(0.9)	10,313

Notas: Quadro está baseado nas crianças que estiveram nos agregados familiares na noite anterior da entrevista. Cada índice expressa-se em unidades de desvio padrão (DP) da mediana de OMS do Padrão de Crescimento da Criança adoptado em 2006. Estes índices não são comparáveis com os baseados classificação utilizada anteriormente, isto é, a referência de 1977 NCHS/CDC/WHO. O quadro baseia-se em crianças com datas de nascimento válidas (meses e anos) medições de altura e peso também válidas.

¹ Para crianças menores de dois anos e de menos de 85 cm mediu-se o comprimento; para as outras crianças mediu-se altura.

² Incluem crianças que estão abaixo de -3 desvios padrões (DP) a partir da média da população padrão da OMS

³ Para as mulheres não entrevistadas, a informação foi tirada a partir do Questionário de Agregado Familiar. Excluem-se as crianças cujas mães que não estão no Questionário de Agregado Familiar.

⁴ Incluem crianças cujas mães já faleceram

8.2 Prevalência de anemia entre crianças e mulheres

Um pouco mais de dois terços (69%) de crianças de 6-59 meses tem anemia. As crianças das áreas rurais são as mais susceptíveis de ter anemia, numa proporção de 72% contra 60% da sua contraparte urbana. As províncias de Cabo Delgado, Nampula e Zambézia apresentam proporções de crianças com anemia acima da média nacional, sendo esta última província com 79%. Por seu turno, Maputo Província com 52% é a que apresenta as cifras mais baixas de crianças com anemia no País.

Das crianças com anemia, a maior proporção possui anemia classificada moderada (39%). Entretanto, um pouco mais de um quarto (26%) registou a anemia leve e 4% tem anemia severa. É importante notar que tanto a anemia moderada como anemia severa é mais elevada nas crianças da área rural. Situação contrária é observada no tocante a anemia leve, onde as proporções das duas áreas de residência são muito próximas (27% para a área urbana e 26% para área rural).

Cinquenta e quatro por cento das mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) têm anemia, sendo mais pronunciada na área rural que na urbana, com 55% e 52%, respectivamente. A província de Zambézia ostenta o valor mais elevado de mulheres com anemia (62%) e por seu turno a província de Niassa é a que observou a menor proporção de mulheres com anemia (41%).

Por ordem de importância percentual, a anemia do tipo leve é a que se situa em grande relevo (39%), seguida de anemia moderada e anemia severa, com 14 e 1%, respectivamente. A anemia leve é mais pronunciada entre as mulheres da área urbana do que nas da rural (36 e 40%, respectivamente). Os outros tipos de anemia revelaram não existir diferenças assinaláveis de proporções no respeitante a área de residência.

Quadro 12 Anemia entre as crianças e mulheres					
Percentagem de crianças de 6-59 meses de idade e mulheres de 15-49 anos classificadas como tendo anemia, por características sociodemográficas, Moçambique 2011					
Características seleccionadas	Percentagem com anemia				Número
	Qualquer tipo de anemia	Anemia leve	Anemia moderada	Anemia grave	
CRIANÇAS					
Área de residência					
Urbana	59.7	27.2	30.4	2.2	1,334
Rural	72.0	25.7	41.6	4.6	3,555
Província					
Niassa	64.0	23.6	36.6	3.8	306
Cabo Delgado	75.9	23.0	47.4	5.5	390
Nampula	72.6	27.1	40.7	4.7	751
Zambézia	79.2	22.6	48.7	7.9	1,031
Tete	67.6	28.6	37.6	1.4	602
Manica	67.5	26.0	36.8	4.7	358
Sofala	62.6	29.2	32.2	1.2	517
Inhambane	62.1	29.2	31.8	1.2	249
Gaza	58.9	24.3	32.5	2.1	244
Maputo província	51.7	30.0	20.9	0.8	276
Maputo cidade	54.5	28.0	25.2	1.4	166
Total	68.7	26.1	38.6	4.0	4,888
MULHERES					
Área de residência					
Urbana	51.8	35.8	14.5	1.5	4,648
Rural	55.1	40.1	13.7	1.3	8,923
Província					
Niassa	41.2	31.5	8.3	1.3	652
Cabo Delgado	61.1	40.1	19.1	1.9	1,003
Nampula	51.5	42.7	8.0	0.7	1,923
Zambézia	61.6	43.0	16.3	2.3	2,488
Tete	53.6	38.9	14.1	0.7	1,600
Manica	42.6	30.2	11.6	0.7	947
Sofala	58.0	41.0	14.9	2.0	1,403
Inhambane	56.8	42.5	13.8	0.5	858
Gaza	49.4	32.3	16.1	1.0	799
Maputo província	51.8	33.2	16.6	2.0	1,040
Maputo cidade	48.7	33.5	14.2	1.0	858
Total	53.9	38.6	13.9	1.4	13,571

Nota: O quadro baseia-se nas crianças e mulheres que passaram a noite antes da entrevista no agregado familiar. A prevalência de anemia, baseada nos níveis de hemoglobina, é ajustada com altitude (crianças e mulheres) e fumo de tabaco (mulheres) utilizando as fórmulas do Centro de Controlo de Doenças dos EUA (CDC, 1998). Mulheres e crianças com <7.0 g/dl de hemoglobina são classificadas como tendo tido anemia severa e mulheres e crianças com 7.0-9.9 g/dl tem anemia moderada, e mulheres não grávidas com 10.0-11.9 g/dl e crianças e mulheres grávidas com 10.0-10.9 g/dl tem anemia leve.

9 INDICADORES DA MALÁRIA

O IDS 2011 recolheu informações sobre os meios de prevenção contra a malária por meio da pulverização, posse e utilização de redes mosquiteiras tratadas com insecticida (MTI), o uso do tratamento intermitente preventivo (TIP) durante a gravidez, bem como a prevalência e tratamento de febres em crianças menores de cinco anos. Para avaliar a prevalência da malária e da anemia nas crianças entre 6-59 meses de idade foram recolhidas amostras de sangue para a testagem de malária através do uso de testes rápidos de diagnóstico (TRD) e a leitura de lâminas por gota espessa. Os indicadores chave relativos à malária estão compilados no Quadro 13.

9.1 Posse de redes mosquiteiras

As redes mosquiteiras tratadas com insecticida (MTIs) podem ser redes comuns, impregnadas de insecticida ou as que a fibra da rede foi saturada com insecticida no momento do fabrico. O questionário de agregados familiares do IDS 2011 inseriu uma serie de perguntas referentes à posse, tipo, marca, e estado das redes mosquiteiras, além de perguntas sobre o uso durante a noite precedente à entrevista. A marca e o histórico do tratamento obtidos dos respondentes foram utilizados para classificar as redes mosquiteiras como tratadas ou não tratadas.

O Quadro 13 mostra a percentagem dos agregados com pelo menos uma rede mosquiteira de qualquer tipo e tratada com insecticida (MTI). Os dados mostram que 57% dos agregados possuem pelo menos uma rede mosquiteira, tratada ou não, e 28% dos agregados tem pelo menos um MTI. A posse de redes mosquiteiras é ligeiramente superior nas áreas urbanas.

9.2 Uso de redes mosquiteiras pelas crianças e pelas mulheres grávidas

As crianças pequenas são muito mais vulneráveis à malária e as mulheres grávidas têm dois ou três vezes maior risco de contrair malária grave do que as não grávidas, e a anemia associada a malária é comum. Por isso, o IDS 2011 questionou sobre o uso de redes mosquiteiras pelas crianças e as mulheres grávidas durante a noite antes da entrevista. No total, 39% das crianças dormiram debaixo de uma rede mosquiteira de qualquer tipo e 18% dormiram de baixo de um MTI. De novo, a situação se mostra um pouco melhor nas áreas urbanas, onde 21% das crianças dormiram debaixo dum MTI, comparado com 16% das crianças em meio rural. Nos agregados familiares que possuem pelo menos um MTI, um pouco mais da metade das crianças dormem debaixo de uma rede mosquiteira deste tipo.

Quanto as mulheres grávidas, 37% delas dormiram debaixo duma rede mosquiteira de qualquer tipo e 20% dormiram debaixo dum MTI, mas as diferenças segundo o tipo de residência são significativas. Em áreas urbanas 51% das mulheres grávidas dormiram de baixo duma rede mosquiteira, comparado com 32% das mulheres de áreas rurais.

9.3 Pulverização intra-domiciliária com insecticida de acção residual (PID)

A pulverização intra-domiciliária com insecticida de acção residual consiste na fumigação nas paredes interiores das habitações para interromper a transmissão da malária, matando as fêmeas adultas de mosquitos. Para obter informações da extensão do uso deste programa, os agregados familiares visitados foram interrogados para saber se técnicos especializados haviam pulverizado suas residências contra mosquitos durante o período de 12 meses anteriores à entrevista.

Em todo País, 19% das habitações foram sujeitas á pulverização intra-domiciliaria durante os 12 meses anteriores ao inquérito. A percentagem de agregados cujas residências foram pulverizadas é de 30% em áreas urbanas e 13% em áreas rurais. Um terço das crianças e das mulheres grávidas dormiram protegidas da malária, seja por ter dormido debaixo duma MTI ou numa casa fumigada. As diferenças segundo lugar residência são

substanciais: 29% das crianças e das mulheres grávidas dormiram protegidas da malária utilizando a uma MTI ou dormiram em casas que tiveram fumigação PID, comparado com mais de 45% em meio urbano.

9.4 Uso de medicamentos antimaláricos durante a gravidez

A profilaxia ou tratamento intermitente preventivo (TIP) com Sulfadoxina Pirimetamina (SP) pode aliviar as consequências nefastas da malária nas mulheres infectadas durante a gravidez. Para obter informações sobre o uso de antimaláricos durante a gravidez, as mulheres que tiveram os seus partos durante os dois anos antes do inquérito foram questionadas se haviam tomado algum medicamento durante a gravidez para evitar que elas contraíssem a malária; em caso afirmativo, procurou-se saber o tipo de medicamentos que foi tomado. Também foram inquiridas se os medicamentos recebidos faziam parte das consultas dos cuidados pré-natais. As mulheres que receberam SP/Fansidar numa consulta pré-natal foram consideradas como tendo recebido TIP.

No total, 42% das mulheres que tiveram o seu último nascimento nos dois anos antes do inquérito tomaram medicamentos antimaláricos durante a gravidez, 54% em área urbana e 37% em área rural. A proporção de mulheres que receberam pelo menos duas doses de SP/Fansidar e com pelo menos uma dose feita durante uma visita de cuidados pré-natais é de 19%, sendo 26% em área urbana e 16% na rural.

9.5 Prevalência e tratamento atempado de febre em crianças

A febre é principal sintoma da malária nas crianças menores de cinco anos, embora esta possa ocorrer na incidência de muitas outras patologias. O atraso no início do tratamento das crianças pode ter consequências fatais, particularmente nos casos de infecção severa, e por esta razão se recomenda que em caso de febre o tratamento com antimaláricos em combinação com artemisinina (ACT) comece dentro das 24 horas do início da febre. O IDS 2011 procurou saber junto das mães das crianças menores de cinco e que tiveram febre nas duas semanas antes do inquérito, se estas tinham ido a consulta e se for o caso que medidas foram tomadas para tratar a febre e quanto tempo depois do início das febres o medicamento foi dado.

Treze por cento das crianças tiveram febre durante as duas semanas precedentes ao inquérito, proporção praticamente igual independentemente da área de residência. Das crianças com febre, 30% receberam algum tipo de antimalárico, 7% receberam SP/Fansidar e 17% receberam Coartem, o medicamento antimalárico em combinação com artemisinina recomendado para o tratamento da malária nas crianças.

Quinze por cento das crianças que tiveram febre nas duas semanas antes da entrevista receberam Coartem (ACT) no mesmo dia ou dias depois que começou a febre, 11% na área urbana e 16% na rural.

Quadro 13 Indicadores de Malária

Posse e uso de redes mosquiteiras, tratamento preventivo da malária durante a gravidez, e tratamento de crianças com febre através de medicamentos antimaláricos, por área de residência, Moçambique 2011

Indicadores da malária	Área de residência					
	Urbana		Rural		Total	
	Porcentagem	Número	Porcentagem	Número	Porcentagem	Número
Redes mosquiteiras						
Porcentagem de agregados familiares com pelo menos uma rede mosquiteira (tratada ou não)	65.0	4,181	53.6	9,738	57.0	13,919
Porcentagem de agregados familiares com pelo menos uma rede mosquiteira tratada por insecticida (ITN) ¹	31.7	4,181	27.0	9,738	28.4	13,919
Porcentagem de crianças menores de 5 anos que dormiram em baixo duma rede mosquiteira tratada ou não durante a noite antes do inquérito	49.0	3,043	35.3	7,842	39.1	10,885
Porcentagem de crianças menores de cinco anos que dormiram debaixo duma rede mosquiteira tratada com insecticida (ITN) na noite antes do inquérito ¹	20.5	3,043	16.4	7,842	17.5	10,885
Porcentagem de crianças menores de cinco anos que dormiram debaixo duma rede (ITN) na noite passada nos agregados familiares com pelo menos uma MTI	56.2	1,108	51.4	2,497	52.9	3,605
Porcentagem de mulheres grávidas de 15-49 anos de idade que dormiram debaixo duma rede mosquiteira tratada ou não na noite antes do inquérito	51.2	375	31.6	1,075	36.7	1,450
Porcentagem de mulheres grávidas de 15-49 anos de idade que dormiram debaixo duma rede tratada (ITN) ¹ na noite antes do inquérito	28.9	375	16.2	1,075	19.5	1,450
Porcentagem de mulheres grávidas de 15-49 anos de idade que dormiram debaixo duma rede (ITN) na noite passada nos agregados familiares com rede tratada ¹	67.6	160	51.8	336	56.9	496
Fumigação com insecticida de efeito residual (IRS)						
Porcentagem de agregados familiares que foram fumigados com insecticida de efeito residual casa nos últimos 12 meses	30.4	4,181	13.4	9,738	18.5	13,919
Porcentagem de crianças menores de cinco anos que na noite passada dormiram debaixo de redes mosquiteiras tratadas (MTI) ou em agregados familiares que foram fumigados nos últimos 12 meses ¹	46.7	3,043	29.0	7,842	34.0	10,885
Porcentagem de mulheres grávidas que na noite passada dormiram debaixo de redes mosquiteiras tratadas (MTI) ou em agregados familiares que foram fumigados nos últimos 12 meses ¹	47.6	375	28.6	1,075	33.5	1,450
Tratamento preventivo da malária durante a gravidez						
Entre os últimos nascimentos ocorridos durante dois anos antes do inquérito, percentagem dos quais as mães tomaram medicamentos para prevenir a malária durante a gravidez	53.9	1,372	36.7	3,541	41.5	4,913
Entre os últimos nascimentos ocorridos durante dois anos, percentagem dos quais as mães tomaram duas ou mais doses de SP/Fansidar durante a gravidez e receberam pelos menos uma dose durante uma visita de cuidado pré-natal ²	25.7	1,372	15.8	3,541	18.6	4,913
Tratamento de febre						
Porcentagem de crianças menores de 5 anos com febre durante as duas semanas anteriores ao inquérito.	12.8	3,029	13.7	7,805	13.4	10,835
Entre as crianças de cinco anos que tiveram febre durante duas semanas antes do inquérito, percentagem que tomou um antimalárico						
Qualquer antimalárico	24.8	387	31.7	1,070	29.9	1,457
SP/Fansidar	6.1	387	7.5	1,070	7.1	1,457
Cloroquina	1.2	387	0.7	1,070	0.8	1,457
Amodiaquina	0.9	387	0.5	1,070	0.6	1,457
Quinina	1.9	387	2.8	1,070	2.5	1,457
Terapia combinada com base de Artemisinina	0.6	387	0.6	1,070	0.6	1,457
Coartem	12.7	387	19.0	1,070	17.3	1,457
Outro antimalárico	2.0	387	1.1	1,070	1.4	1,457
Entre as crianças menores de cinco anos que tiveram febre durante as últimas duas semanas antes do inquérito, percentagem das que tomaram no mesmo dia/dia seguinte depois de terem tido febre:						
Qualquer antimalárico	19.9	387	23.1	1,070	22.2	1,457
SP/Fansidar	4.9	387	5.1	1,070	5.1	1,457
Cloroquina	0.7	387	0.0	1,070	0.2	1,457
Amodiaquina	0.2	387	0.5	1,070	0.4	1,457
Quinina	0.9	387	0.5	1,070	0.6	1,457
Terapia combinada com base de Artemisinina	0.6	387	0.5	1,070	0.5	1,457
Coartem	11.2	387	16.2	1,070	14.8	1,457
Outro antimalárico	1.6	387	0.4	1,070	0.7	1,457

¹ Rede mosquiteira tratada com insecticida (ITN) é uma rede permanente que não requer qualquer tratamento, é rede pré-tratada obtida durante os últimos 12 meses ou a rede que foi mergulhada na insecticida durante os últimos 12 meses

² TIP: Tratamento Intermittente Preventivo durante a gravidez é um tratamento preventivo com duas ou mais doses de SP/Fansidar

10 HIV E COMPORTAMENTO SEXUAL

10.1 Conhecimento do HIV

Praticamente todos os moçambicanos já ouviram falar do HIV/SIDA. Nota-se no Quadro 14 que 98% das mulheres e 100% dos homens afirmam ter ouvido falar dessa doença, e mesmo entre as mulheres sem escolaridades e residentes em áreas rurais mais de 95% dos respondentes conhecem o HIV/SIDA. É preciso notar que já no inquérito IDS 2003 observou-se um conhecimento generalizado sobre o HIV/SIDA entre os moçambicanos. Perto de 100% das mulheres e dos homens entrevistados nesse estudo afirmaram ter ouvido falar HIV (Instituto Nacional de Estatística, Ministério da Saúde e ORC/Macro. 2005).

Quadro 14 Conhecimento de HIV/SIDA				
Porcentagem de mulheres e homens de 15-49 anos que ouviram falar de HIV/SIDA, segundo características sociodemográficas, Moçambique 2011				
Características sociodemográficas	Mulheres		Homens	
	Ouviu falar de HIV/SIDA	Número de mulheres	Ouviu falar de HIV/SIDA	Número de homens
Idade				
15-24	97.5	5,515	99.8	1,519
15-19	97.3	3,061	99.6	884
20-24	97.7	2,454	100.0	635
25-29	98.3	2,275	100.0	547
30-39	97.4	3,695	99.6	923
40-49	97.9	2,260	100.0	522
Estado civil				
Solteiro	97.3	2,514	99.6	1,209
Já teve relações sexuais	98.5	1,453	99.8	868
Nunca teve relações sexuais	95.8	1,060	98.9	341
Casada/união marital	97.9	9,332	99.9	2,141
Divorciada/separada/viúva	96.8	1,900	100.0	162
Área de residência				
Urbana	99.0	4,773	99.9	1,319
Rural	96.9	8,972	99.7	2,193
Província				
Niassa	90.1	671	98.2	172
Cabo Delgado	98.3	1,012	100.0	344
Nampula	92.9	1,926	100.0	544
Zambézia	99.7	2,532	100.0	664
Tete	97.7	1,608	100.0	442
Manica	99.4	951	100.0	245
Sofala	98.3	1,412	99.9	340
Inhambane	99.8	872	99.2	132
Gaza	97.1	813	99.6	136
Maputo província	99.9	1,061	99.3	272
Maputo cidade	99.9	888	99.8	222
Nível de escolaridade				
Nenhum	95.7	4,293	99.4	450
Primário	98.2	6,906	99.8	2,025
Secundário +	99.5	2,547	100.0	1,037
Total 15-49	97.6	13,745	99.8	3,512
Homens 50-64	na	0	99.6	523
Total 15-64	na	0	99.8	4,035

na = Não aplicável

10.2 Conhecimento sobre a prevenção do HIV

O Quadro 15 mostra a proporção de pessoas que conhecem as duas maneiras de prevenir o HIV, a saber a utilização de preservativos e tendo um só parceiro sexual, não infectado. Nota-se que, em termos gerais, o conhecimento dos métodos de prevenção é maior entre os homens. Setenta e nove por cento dos homens de 15 a 49 anos afirmam que é possível prevenir a infecção do SIDA usando preservativo todas as vezes que mantiver relações sexuais, e 90% afirmam que pode se reduzir o risco de infecção tendo só um parceiro sexual. Entre as mulheres

nessa faixa etária estas proporções são respectivamente de 59% e 70%. Setenta e quatro por cento dos homens mencionam ambas formas de prevenção, comparado com 52% das mulheres.

O conhecimento sobre a prevenção do HIV aumenta visivelmente com o nível de escolaridade. Assim, 46% das mulheres não instruídas mencionaram as duas maneiras de prevenção do HIV, comparado com 50% das mulheres com formação primária e 66% das que alcançaram nível secundário e mais. Entre os homens, as percentagens que conhecem as duas maneiras de prevenção são de 52%, 74% e 85% segundo que eles sejam não instruídos, tenham alcançado nível primário ou secundário e mais, respectivamente.

Quadro 15 Conhecimentos sobre métodos de prevenção de HIV: Mulheres e homens

Percentagem de mulheres e homens de 15-49 anos de idade que, em resposta a uma questão directa, afirmaram que as pessoas podem reduzir o risco de infecção por HIV mediante o uso do preservativo sempre que tiverem relações sexuais, tendo um único parceiro sexual que não esteja infectado por HIV e que não tenha outros parceiros sexuais; a segundo características sociodemográficas, Moçambique 2011

Características sociodemográficas	Mulheres				Homens			
	Percentagem das que afirmaram que o HIV pode ser prevenido:			Número de mulheres	Percentagem dos que afirmaram que o HIV pode ser prevenido:			Número de homens
	Mediante o uso do preservativo ¹	Limitando os parceiros sexuais a um único parceiro, não infectado ²	Mediante o uso do preservativo e limitando os parceiros sexuais a um único parceiro, não infectado ^{1,2}		Mediante o uso do preservativo ¹	Limitando os parceiros sexuais a um único parceiro, não infectado ²	Mediante o uso do preservativo e limitando os parceiros sexuais a um único parceiro, não infectado ^{1,2}	
Idade								
15-24	58.1	68.4	50.1	5,515	82.4	90.6	77.2	1,519
15-19	55.5	64.6	47.3	3,061	81.3	88.9	74.9	884
20-24	61.2	73.0	53.6	2,454	83.9	93.0	80.4	635
25-29	62.5	74.7	55.8	2,275	81.3	90.3	77.9	547
30-39	59.5	70.4	52.4	3,695	75.4	89.1	71.8	923
40-49	57.3	69.3	50.3	2,260	71.1	86.2	67.3	522
Estado civil								
Solteiro	59.3	67.4	50.7	2,514	81.0	89.2	75.2	1,209
Já teve relações sexuais	66.9	75.9	59.0	1,453	81.8	90.5	77.1	868
Nunca teve relações sexuais	48.8	55.7	39.3	1,060	79.0	85.9	70.3	341
Casada/união marital	58.5	69.9	51.2	9,332	77.9	90.1	74.5	2,141
Divorciada/separada/viúva	61.5	74.6	55.3	1,900	71.5	84.3	66.9	162
Área de residência								
Urbana	68.8	78.9	62.1	4,773	84.9	90.9	79.5	1,319
Rural	53.9	65.4	46.1	8,972	75.0	88.6	71.3	2,193
Provincia								
Niassa	82.3	85.5	80.1	671	90.7	93.6	88.7	172
Cabo Delgado	61.2	61.4	50.2	1,012	24.0	62.5	19.7	344
Nampula	57.7	59.0	49.5	1,926	86.1	97.2	84.5	544
Zambézia	49.7	73.6	45.0	2,532	84.8	96.7	82.3	664
Tete	34.7	42.6	24.0	1,608	81.2	94.1	77.8	442
Manica	55.6	86.5	52.0	951	95.4	97.7	94.5	245
Sofala	64.4	76.2	56.6	1,412	76.1	88.4	70.3	340
Inhambane	65.5	77.6	58.1	872	66.2	68.7	54.0	132
Gaza	60.8	70.9	51.0	813	87.6	82.6	75.1	136
Maputo província	82.5	84.6	74.8	1,061	91.0	90.0	83.3	272
Maputo cidade	72.4	79.5	64.6	888	85.1	87.6	78.0	222
Nível de escolaridade								
Nenhum	53.7	64.5	46.3	4,293	55.8	78.8	51.6	450
Primário	57.5	68.6	49.7	6,906	78.4	89.9	74.2	2,025
Secundário +	72.2	83.6	66.2	2,547	89.2	93.5	84.7	1,037
Total 15-49	59.1	70.1	51.7	13,745	78.7	89.5	74.4	3,512
Homens 50-64	na	na	na	0	71.2	87.9	66.9	523
Total 15-64	-	-	-	0	77.7	89.3	73.4	4,035

na = Não aplicável

¹ Mediante o uso de preservativo em todas as relações sexuais

² Parceiro sexual que não tenha outros parceiros

10.3 Parceiros sexuais múltiplos

O IDS 2011 incluiu várias perguntas para capturar informação sobre os últimos três parceiros sexuais dos inquiridos durante os 12 meses precedentes ao inquérito, para avaliar o comportamento sexual recente e particularmente para estabelecer a existência de parceiros sexuais múltiplos. Os indivíduos que mantêm relações sexuais com parceiros múltiplos estão mais expostos à infecção de HIV.

O Quadro 16.1 mostra que da totalidade de mulheres em idade fértil, 3% afirmam terem tido mais de um parceiro sexual nos 12 meses anteriores, proporção igual foi encontrada em 2009 no INSIDA³. A proporção de mulheres que reportam parceiros múltiplos aumenta ligeiramente com a idade de 2.7% das mulheres de 15 a 19 anos até 3.6% entre as de 25 a 29 anos, baixa novamente depois dessa faixa etária até 2.8% nas idades de 30 a 39 anos e a 1.5% nas idades de 40 a 49 anos.

Quadro 16.1 Parceiros sexuais múltiplos nos últimos 12 meses: Mulheres

Percentagem de mulheres de 15-49 anos que tiveram relações sexuais com mais de um parceiro e; entre as que tiveram mais de um parceiro sexual nos últimos 12 meses, percentagem das que reportaram o uso do preservativo na última relação sexual e; o número médio de parceiros sexuais durante a vida, para mulheres que já tiveram relações sexuais, por características sociodemográficas, Moçambique 2011

Características sociodemográficas	Entre todas as mulheres:		Entre mulheres que tiveram 2+ parceiros nos últimos 12 meses:		Entre mulheres que já tiveram relações sexuais ¹ :	
	Percentagem das que tiveram 2+ parceiros nos últimos 12 meses	Número de mulheres	Percentagem das que reportam o uso de preservativo na última relação sexual	Número de mulheres	Número médio de parceiros sexuais em toda a vida	Número de mulheres
Idade						
15-24	2.9	5,515	38.3	162	2.2	4,430
15-19	2.7	3,061	42.5	81	1.8	2,026
20-24	3.3	2,454	34.1	80	2.5	2,404
25-29	3.6	2,275	40.5	81	2.9	2,243
30-39	2.8	3,695	16.8	103	3.0	3,655
40-49	1.5	2,260	(12.8)	34	2.9	2,224
Marital status						
Nunca casou	4.2	2,514	64.3	105	2.4	1,436
Casada/vive maritalmente	1.8	9,332	11.5	172	2.5	9,255
Divorciada/separada/viúva	5.5	1,900	28.2	104	3.5	1,861
Área de residência						
Urbana	4.7	4,773	45.3	222	3.0	4,271
Rural	1.8	8,972	10.1	159	2.5	8,281
Província						
Niassa	1.3	671	*	8	2.5	634
Cabo Delgado	8.6	1,012	4.4	87	5.9	981
Nampula	3.2	1,926	(8.8)	61	2.4	1,787
Zambézia	0.8	2,532	*	20	2.2	2,363
Tete	0.5	1,608	*	8	1.9	1,401
Manica	1.6	951	*	15	1.7	844
Sofala	2.2	1,412	(42.8)	31	2.5	1,225
Inhambane	3.2	872	(16.2)	28	3.4	823
Gaza	1.7	813	*	14	2.1	751
Maputo província	5.8	1,061	50.0	62	2.8	970
Maputo cidade	5.2	888	60.3	46	3.0	774
Nível de escolaridade						
Sem escolaridade	1.5	4,293	2.9	66	2.6	4,165
Primário	2.7	6,906	20.3	184	2.6	6,212
Secundário +	5.1	2,547	59.1	131	3.0	2,175
Total	2.8	13,745	30.6	381	2.7	12,552

¹ A média foi calculada excluindo as inquiridas que deram resposta não numérica

³ Instituto Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Estatística e ICF Macro, 2010, Quadro 6.13.1

Como poderia se esperar, a proporção de mulheres que reportam parceiros múltiplos é menor entre as mulheres em união conjugal (1.8%), é maior entre as solteiras (4.2%) e ainda maior entre as que sofreram uma dissolução marital, seja por viuvez, separação ou divórcio (5.5%).

Os parceiros múltiplos são mais frequentes entre as mulheres que residem na área urbana que entre as rurais (4% e 2%, respectivamente) e a proporção de mulheres com mais de um parceiro sexual aumenta com o nível de instrução, de 1.5% entre as mulheres não escolarizadas, 2.7% entre as que alcançaram o nível primário e de 5.1% entre as que alcançaram o nível secundário e mais.

Do ponto de vista da distribuição geográfica, a proporção mais elevada de mulheres com múltiplos parceiros dá-se em Cabo Delgado, onde 9% das mulheres reportaram ter tido dois ou mais parceiros sexuais nos 12 meses anteriores.

O número médio de parceiros sexuais entre as mulheres que já iniciaram a actividade sexual é de 2.7 e, em termos gerais, os valores se mantêm perto desta media independentemente das características socioeconómicas da mulher. No entanto, observa-se que em Cabo Delgado o número médio de parceiros sexuais é mais de duas vezes mais elevado que a media nacional.

Em termos gerais, os homens tendem frequentemente a reportar mais parceiras sexuais múltiplas e ao mesmo tempo um maior número de parceiras sexuais. O Quadro 16.2 mostra que 30% dos homens de 15 a 49 anos reportaram ter tido duas ou mais parceiras sexuais nos 12 meses anteriores ao inquérito, comparado com 3% das mulheres. A proporção de homens que reportam parceiras múltiplas é menor entre os adolescentes (18%) mas atinge 36% na faixa etária de 20 a 24 anos e matem-se ao redor de um terço nos outros grupos de idade.

Como se observou no caso das mulheres, nos homens os que sofreram uma dissolução marital por viuvez, separação ou divórcio, frequentemente reportam ter tido múltiplas parceiras sexuais: 40% deles, comparado com 32% dos homens em união marital e 25% dos homens que nunca casaram.

Também como se observou no caso das mulheres, uma grande proporção de homens da província de Cabo Delgado reportam ter tido parceiras múltiplas. Nesta província e na província de Niassa, a proporção de homens que reportam ter tido duas ou mais parceiras sexuais é de 71% e 53%, respectivamente.

No que respeita o número médio de parceiras sexuais, nota-se que os homens de Niassa reportam ter tido em média 24 parceiras sexuais. O número médio de parceiros sexuais é de 13 na província de Maputo, 10 em Gaza, 9 em Cabo Delgado e 8 na cidade de Maputo.

O nível de instrução ou tipo de residência não parece influenciar o comportamento dos homens quanto ao número de parceiras sexuais ou a manter parceiras sexuais múltiplas.

Quadro 16.2 Parceiros sexuais múltiplos nos últimos 12 meses: Homens

Percentagem de homens de 15-49 anos que tiveram relações sexuais com mais de um parceiro e; entre as que tiveram mais de um parceiro sexual nos últimos 12 meses, percentagem das que reportaram o uso do preservativo na última relação sexual e; o número médio de parceiros sexuais durante a vida, para mulheres que já tiveram relações sexuais, por características sociodemográficas, Moçambique 2011

Características sociodemográficas	Entre todos os homens:		Entre homens que tiveram 2+ parceiros nos últimos 12 meses:		Entre homens que já tiveram relações sexuais ¹ :	
	Percentagem das que tiveram 2+ parceiros nos últimos 12 meses	Número de homens	Percentagem das que reportam o uso de preservativo na última relação sexual	Número de mulheres	Número médio de parceiros sexuais em toda a vida	Número de homens
Idade						
15-24	25.3	1,519	40.8	384	4.8	1,148
15-19	17.9	884	43.5	158	3.5	552
20-24	35.6	635	38.9	226	5.9	596
25-29	34.7	547	27.5	190	7.8	490
30-39	34.4	923	13.5	318	9.6	799
40-49	27.8	522	8.8	145	11.0	424
Marital status						
Nunca casou	24.5	1,209	53.0	296	4.9	834
Casado/vive maritalmente	31.6	2,141	13.6	676	8.5	1,894
Divorciado/separado/viúvo	39.8	162	24.6	65	10.8	133
Área de residência						
Urbana	31.7	1,319	44.3	418	8.9	1,098
Rural	28.2	2,193	12.8	618	6.7	1,762
Província						
Niassa	53.1	172	17.2	91	23.6	154
Cabo Delgado	70.7	344	2.9	243	8.8	128
Nampula	14.6	544	(9.7)	79	5.6	507
Zambézia	15.3	664	28.8	101	4.9	574
Tete	17.6	442	20.9	78	4.0	387
Manica	36.1	245	37.9	88	6.3	214
Sofala	29.8	340	30.9	101	7.1	274
Inhambane	21.8	132	(37.3)	29	7.1	79
Gaza	39.2	136	25.7	53	9.5	115
Maputo província	35.6	272	54.6	97	12.7	243
Maputo cidade	34.1	222	61.8	76	8.4	185
Nível de escolaridade						
Sem escolaridade	37.2	450	3.4	167	6.8	329
Primário	25.3	2,025	17.4	513	7.0	1,644
Secundário +	34.4	1,037	47.6	356	8.9	888
Total 15-49	29.5	3,512	25.5	1,037	7.6	2,860
Homens 50-64	22.3	523	3.1	116	11.3	449
Total 15-64	28.6	4,035	23.3	1,153	8.1	3,309

¹ A média foi calculada excluindo as inquiridas que deram resposta não numérica

11 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

O inquérito IDS 2011 incluiu um módulo de violência com mais de trinta perguntas desenhadas para capturar a experiência de violência doméstica e extra-doméstica das pessoas inquiridas. Estas perguntas procuram saber as experiências de violência física bem como experiências de violência sexual ou emocional. Para proteger a privacidade das pessoas inquiridas e a confidencialidade da entrevista, somente uma pessoa foi seleccionada por agregado familiar para responder às perguntas de violência, mesmo se houvesse duas ou mais pessoas elegíveis no agregado familiar. O módulo de violência administrou-se tanto às mulheres como aos homens.

O Quadro 17 mostra as proporções de respondentes que afirmam ter sido vítimas de violência conjugal alguma vez na vida e durante os 12 meses precedentes ao inquérito. Como era de esperar, uma maior proporção de mulheres que de homens reporta ter sofrido de violência doméstica: 32% das mulheres afirmam ter sofrido deste tipo de violência alguma vez comparado com 12% dos homens. Quanto a violência recente, 26% das mulheres e 8% dos homens reportam ter sido vítimas de violência conjugal nos 12 meses anteriores ao inquérito.

Observando as mulheres, nota-se que a prevalência da violência conjugal mantém-se mais ou menos igual, independentemente da idade, estado civil o nível de instrução da mulher, sendo uma excepção a província de Niassa, onde 16% das mulheres reportam ter sido vítimas de violência conjugal, o que representa a metade da média nacional.

No caso dos homens, nota-se que uma maior proporção de homens divorciados ou separados, residentes nas áreas urbana e os mais escolarizados tendem a reportar terem sido vítimas de violência. Assim, 13% dos homens divorciados ou separados afirmam ter sofrido de violência conjugal durante os 12 meses anteriores, comparado com 8% dos homens casados; 14% dos homens que alcançaram o nível secundário ou superior reportam violência conjugal, comparado com 8% dos homens não instruídos.

Do ponto de vista da distribuição geográfica, a maior prevalência de violência conjugal contra os homens se observa na província de Cabo Delgado, onde 28% dos homens reportam ter sofrido deste tipo de violência alguma vez e 20% reportam ter sido vítimas nos 12 meses anteriores. Na cidade de Maputo a prevalência de violência contra os homens é também elevada: 19% dos homens reportam ter sofrido deste tipo de violência alguma vez e 16% reportam ter sido vítimas nos 12 meses anteriores.

Quadro 17 Violência conjugal

Percentagem de mulheres e homens de 15-49 anos alguma vez casados ou em união marital que já sofreram de violência conjugal alguma vez e durante os 12 meses anteriores ao inquérito, segundo características demográficas, Moçambique 2011

Características sociodemográficas	Mulheres			Homens		
	Alguma vez ¹	Nos 12 meses anteriores	Número de mulheres	Alguma vez ¹	Nos 12 meses anteriores	Número de homens
Idade						
15-24	28.9	26.1	1,689	5.5	5.3	319
15-19	22.2	21.3	613	1.3	1.3	59
20-24	32.7	28.8	1,077	6.5	6.2	260
25-29	33.4	27.7	1,037	10.8	9.1	335
30-39	33.8	27.4	1,798	13.2	9.1	662
40-49	29.7	21.6	1,085	14.0	8.9	392
Estado civil						
Casada(o)/vive maritalmente	30.0	25.6	4,659	10.7	7.9	1,581
Divorciada(o)/separada(o)/viúva(o)	38.8	27.5	952	20.9	14.4	126
Area de residência						
Urbana	35.7	28.9	1,722	14.0	10.4	540
Rural	29.6	24.6	3,888	10.3	7.4	1,167
Províncias						
Niassa	16.1	16.1	304	9.0	9.0	94
Cabo Delgado	32.2	23.9	454	27.5	19.9	197
Nampula	35.2	34.0	885	3.4	2.6	329
Zambezia	28.9	26.5	1,087	10.3	6.7	303
Tete	27.7	25.7	650	13.5	9.6	213
Manica	33.6	32.6	385	6.1	5.8	117
Sofala	36.0	23.9	557	12.9	7.7	132
Inhambane	32.7	25.5	342	6.9	6.9	60
Gaza	35.1	20.7	297	4.8	2.9	64
Maputo província	33.9	21.0	375	13.3	8.4	116
Maputo cidade	33.4	20.8	274	18.9	15.7	82
Nível de escolaridade						
Nenhum	28.8	23.4	2,032	12.4	8.0	267
Primário	33.5	27.9	2,851	9.5	6.7	1,048
Secundário +	31.0	25.6	728	16.0	12.9	393
Total 15-49	31.5	25.9	5,610	11.5	8.3	1,708
Homens 50-64	-	-	0	11.1	7.2	392
Total 15-64	-	-	0	11.4	8.1	2,100

¹ A categoria "Alguma vez" inclui as pessoas que reportaram ocorrências de violência conjugal nos 12 meses anteriores.

REFERÊNCIAS

Centers for Disease Control and Prevention. 1998. Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 47 (RR-3): 1-29.

Instituto Nacional de Estatística, Ministério da Saúde e ORC/Macro. 2005. *Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2003*. Calverton, Maryland, EUA: INE, MISAU e ORC/Macro.

Instituto Nacional de Saúde (INS), Instituto Nacional de Estatística (INE), e ICF Macro. 2010. *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique 2009*. Calverton, Maryland, EUA: INS, INE e ICF Macro.

WHO Multicentre Growth Reference Study Group. 2006. *WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development*. Geneva. World Health Organization.