Moçambique

Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA)

Relatório de Indicadores Básicos

Poderá obter informações adicionais sobre o inquérito junto do INS, Av. Eduardo Mondlane, n.º 1008, 2º andar, C. Postal 264, Cidade de Maputo, Moçambique, Telefax: +258-21-431103/311038, E-mail: ins.direccao@misau.gov.mz.

Poderá obter informações adicionais sobre o inquérito e o Programa DHS junto do ICF International, 530 Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850, Estados Unidos da América (Telefone: +1-301-407-6500; Fax: +1-301-407-6501; E-mail: info@DHSprogram.com; Internet: www.DHSprogram.com).

Estilo recomendado para referências:

ÍNDICE

LISTA DE QUADROS E FIGURAS .................................................................................................................. v
APRESENTAÇÃO ............................................................................................................................................ vii
1 INTRODUÇÃO ...................................................................................................................................... 1
2 IMPLEMENTAÇÃO DO INQUÉRITO ........................................................................................................ 3
  2.1 Concepção da amostra ............................................................................................................... 3
  2.2 Questionários ............................................................................................................................. 4
  2.3 Testagem de anemia, malária e HIV .......................................................................................... 5
  2.4 Pré-teste ..................................................................................................................................... 7
  2.5 Formação do pessoal de campo .................................................................................................. 7
  2.6 Trabalho de campo ..................................................................................................................... 8
  2.7 Processamento de dados............................................................................................................. 9
3 RESULTADOS ........................................................................................................................................ 11
  3.1 Taxas de resposta ..................................................................................................................... 11
  3.2 Características sociodemográficas dos homens e mulheres entrevistados ............................... 11
  3.3 Fecundidade .............................................................................................................................. 13
  3.4 Gravidez e maternidade na adolescência ...................................................................................... 14
  3.5 Preferências de fecundidade ...................................................................................................... 15
  3.6 Planeamento familiar ................................................................................................................... 16
    3.6.1 Uso actual de métodos contraceptivos por características selecionadas ................................ 16
  3.7 Necessidade e procura de planeamento familiar .......................................................................... 20
  3.8 Saúde materna ............................................................................................................................ 22
    3.8.1 Consultas pré-natais ........................................................................................................... 23
    3.8.2 Assistência ao parto ........................................................................................................... 24
  3.9 Saúde da criança .......................................................................................................................... 25
    3.9.1 Vacinação das crianças ...................................................................................................... 25
    3.9.2 Infecções respiratórias agudas e diarreia ........................................................................... 30
  3.10 Malária ......................................................................................................................................... 31
    3.10.1 Posse de redes mosquiteiras ............................................................................................ 32
    3.10.2 Uso de medicamentos antimaláricos durante a gravidez ...................................................... 36
    3.10.3 Prevalência, diagnóstico e tratamento imediato de crianças com febre ................................. 37
    3.10.4 Prevalência da malária em crianças dos 6 aos 59 meses ................................................... 39
  3.11 Prevalência da anemia nas crianças ............................................................................................ 40
  3.12 Conhecimentos, atitudes e comportamentos em relação ao HIV e SIDA ................................. 41
    3.12.1 Conhecimento abrangente sobre o HIV entre os jovens de 15-24 anos e na população de 15-49 anos ................................................................................................................ 43
    3.12.2 Múltiplos parceiros sexuais ............................................................................................... 48
  3.13 Cobertura de serviços de testagem de HIV ............................................................................. 50
  3.14 Circuncisão Masculina .................................................................................................................. 54
REFERÊNCIAS ............................................................................................................................................... 57
<table>
<thead>
<tr>
<th>LISTA DE QUADROS E FIGURAS</th>
</tr>
</thead>
</table>

| Quadro 1 | Resultado da entrevista do agregado familiar e entrevista individual ................................................. | 11 |
| Quadro 2 | Características dos homens e mulheres entrevistados .............................................................................. | 12 |
| Quadro 3 | Fecundidade actual .................................................................................................................................. | 13 |
| Quadro 4 | Gravidez e maternidade na adolescência .................................................................................................. | 15 |
| Quadro 5 | Preferências de fecundidade por número de filhos e filhas sobreviventes ............................................. | 16 |
| Quadro 6.1 | Uso actual de métodos contraceptivos por características seleccionadas .................................................. | 17 |
| Quadro 6.2 | Uso actual de métodos contraceptivos por características seleccionadas .................................................. | 19 |
| Quadro 7.1 | Necessidade e demanda de planeamento familiar entre as mulheres actualmente casadas ....................... | 21 |
| Quadro 7.2 | Necessidade e demanda de planeamento familiar entre as mulheres não casadas e sexualmente activas .......... | 22 |
| Quadro 8 | Indicadores de consultas maternas ........................................................................................................... | 24 |
| Quadro 9.1 | Vacinação por características seleccionadas ............................................................................................ | 27 |
| Quadro 9.2 | Vacinação por fonte de informação .......................................................................................................... | 28 |
| Quadro 9.3 | Vacinação por características seleccionadas (PCV) .................................................................................. | 29 |
| Quadro 10 | Tratamento dos sintomas de IRA e da diarreia .......................................................................................... | 31 |
| Quadro 11 | Posse de redes tratadas com insecticida pelos agregados familiares ...................................................... | 32 |
| Quadro 12 | Uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticida por crianças e mulheres grávidas ............................. | 35 |
| Quadro 13 | Uso de tratamento intermitente preventivo (TIP) pelas mulheres durante a gravidez ................................. | 36 |
| Quadro 14 | Prevalência reportada, diagnóstico e tratamento imediato de crianças com febre ..................................... | 38 |
| Quadro 15 | Prevalência da malária em crianças ......................................................................................................... | 39 |
| Quadro 16 | Anemia entre as crianças ........................................................................................................................... | 40 |
| Quadro 17 | Conhecimento de métodos para prevenir o HIV ...................................................................................... | 42 |
| Quadro 18.1 | Conhecimento abrangente sobre a prevenção de HIV entre os jovens ....................................................... | 44 |
| Quadro 18.2 | Conhecimento abrangente sobre a prevenção de HIV entre homens e mulheres de 15-49 anos .................. | 46 |
| Quadro 19.1 | Parceiros sexuais múltiplos nos últimos 12 meses: Mulheres ................................................................. | 49 |
| Quadro 19.2 | Parceiras sexuais múltiplas nos últimos 12 meses: Homens .................................................................. | 50 |
| Quadro 20.1 | Cobertura de teste de HIV antes da entrevista: Mulheres ....................................................................... | 52 |
| Quadro 20.2 | Cobertura de teste de HIV antes da entrevista: Homens ........................................................................ | 53 |
| Quadro 21 | Circuncisão masculina .............................................................................................................................. | 55 |

| Figura 1 | Tendência da taxa global de fecundidade de 1997 a 2015 ........................................................................ | 14 |
| Figura 2 | Tendência da necessidade de planeamento familiar satisfeita e não satisfeita por métodos modernos e percentagem da demanda satisfeita por métodos modernos ........................................ | 22 |
| Figura 3 | Percentagem da população de facto do agregado familiar com acesso a uma RTI no agregado familiar .................. | 22 |
| Figura 4 | Tendência no conhecimento de uso do preservativo e limitação de relações sexuais a um único parceiro não infectado, 2009 a 2015 .................................................. | 33 |
| Figura 5 | Tendência da percentagem de homens e mulheres que fizeram o teste de HIV e receberam os resultados, 2009 a 2015 .................................................. | 43 |
O presente relatório de Indicadores Básicos do Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA apresenta informações sobre o conhecimento, atitudes e comportamentos em relação ao HIV e SIDA, a prevalência da malária e de indicadores básicos de saúde da mulher e da criança. Estas informações são relevantes por constituírem a base para a definição de programas e estratégias de saúde a nível do governo. Por outro lado, as informações contidas neste relatório permitem-nos, na qualidade de Ministério da Saúde, medir o progresso e a concretização dos objectivos definidos no quinquénio anterior e perspectivar as metas do objectivo de desenvolvimento sustentável a serem avaliadas no final do mandato do actual governo.

O IMASIDA 2015 é fruto de um esforço coordenado entre as diferentes instituições nacionais e internacionais sob a liderança do Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Saúde (INS), em colaboração com o Instituto Nacional de Estatística (INE), e contou com o apoio técnico e financeiro do Governo de Moçambique, Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA (CNCS), Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) através da ICF International, Centro de Controlo de Doenças dos Estados Unidos da América (CDC) através do PEPFAR/CoAg INS-CDC, Fundo Global, Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas Para a Infância (UNICEF), Aliança Internacional Para a Saúde/Universidade de Washington (HAI/UW) e Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP).

Agradecemos a todas as instituições nacionais e internacionais que apoiaram a realização do presente inquérito e não pouparam esforços para manter os altos padrões de qualidade internacional das informações produzidas.
INTRODUÇÃO

Em Moçambique, os Inquéritos de Saúde têm assumido uma importância cada vez maior por constituírem uma das fontes mais fidedignas de informação sobre a saúde, principalmente no que se refere à desagregação geográfica e à análise por características seleccionadas da população. Por este motivo, os resultados destes inquéritos têm sido amplamente divulgados mediante variadas formas de difusão.

O Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA (IMASIDA 2015) em Moçambique foi realizado no âmbito do programa de Inquéritos Demográficos e de Saúde (DHS Program) e vem no seguimento de outros inquéritos anteriores, com o objectivo de determinar a prevalência do HIV e SIDA e malária, bem como outros indicadores de saúde da mulher e da criança no país. O inquérito foi concebido para fornecer dados a nível nacional, provincial e por áreas de residência (urbanas e rurais) e outras características seleccionadas.

Este relatório de indicadores básicos de Imunização, Malária e HIV/SIDA fornece informações sobre as mudanças e tendências de alguns indicadores de saúde nos últimos cinco anos, tais como a fecundidade; gravidez e maternidade na adolescência; preferências de fecundidade; planeamento familiar; consultas pré-natais; assistência ao parto; vacinação de crianças; infecções respiratórias agudas e diarreia; posse e uso de redes mosquiteiras; tratamento de crianças com febre; prevalência da malária e anemia nas crianças; conhecimento, atitudes e comportamentos em relação ao HIV/SIDA; e cobertura de serviços de testagem de HIV.

Em comparação com os inquéritos anteriores, neste último foram introduzidas algumas alterações aos instrumentos de recolha de dados, bem como aos aspectos logísticos e operacionais, tais como a incorporação de técnicos de saúde nas equipas de campo e a digitação no terreno e envio de dados em tempo real ao nível central e a segunda digitação e edição ao nível central, cujo objectivo era assegurar a qualidade e a consistência dos dados. As informações sobre a prevalência e incidência do HIV e a imunização das crianças ao tétano e à hepatite B só estarão disponíveis no relatório final, uma vez que a testagem laboratorial das amostras de sangue de adultos e crianças ainda não foi finalizada.
IMPLEMENTAÇÃO DO INQUÉRITO

A planificação do Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA (IMASIDA 2015) teve início em 2013, com o objetivo de estruturar o marco institucional e operacional e a relação com os potenciais doadores que o apoiaram técnica e financeiramente. Em Outubro de 2014, foi oficializada a realização do inquérito através da assinatura do memorando de entendimento entre as Instituições Parceiras de Implementação do IMASIDA 2015. A partir desse momento, formou-se o Grupo de Apoio Técnico, composto por técnicos de onze instituições governamentais e não-governamentais e agências de cooperação internacional, que deu início ao processo de revisão dos instrumentos do inquérito (questionários, formulários, manuais e procedimentos operacionais padrão) e à incorporação de novas perguntas e variáveis de interesse para a saúde pública. Todos os processos de concepção, revisão e aprovação dos instrumentos do inquérito foram coordenados pelo INS e contou com a participação do INE.

O pré-teste para validação dos conteúdos dos questionários e outros instrumentos do inquérito foi realizado no período entre 14 de Abril e 11 de Maio de 2014, a formação e capacitação do pessoal de campo foram realizadas no período entre 13 de Abril e 10 de Maio de 2015, a recolha de dados decorreu entre 8 de Junho e 20 de Setembro de 2015 e a fase de recuperação das ausências entre 12 de Outubro e 31 de Dezembro de 2015.


Este relatório contém os resultados dos indicadores básicos e a sua análise é puramente descritiva. Os resultados mais detalhados de cada tema serão apresentados no relatório final. Uma vez publicado o Relatório Final do IMASIDA 2015, a base de dados estará disponível para todos os que manifestarem interesse em analisar os dados de maneira mais aprofundada, mediante os termos definidos no memorando de entendimento do inquérito. Os estudos mais aprofundados poderão apoiar a busca de explicações das mudanças nos níveis e tendências dos indicadores de saúde analisados neste inquérito, bem como de novos temas de investigação a serem considerados em futuros inquéritos.

2.1 CONCEPÇÃO DA AMOSTRA

A amostra do IMASIDA foi definida com base nos resultados do 3º Recenseamento Geral da População e Habitação (RGPH) de Moçambique, conduzido pelo Instituto Nacional de Estatística, em 2007, e garante a representatividade a nível nacional, provincial, urbano e rural. Foram seguidas três etapas na concepção da amostra. Na primeira, a amostra foi estratificada por província e por área urbana/rural e, em seguida, foram selecionadas 307 unidades primárias de amostragem, mediante uma selecção sistemática de igual probabilidade. Na segunda etapa, foi selecionada uma área de enumeração (AE) de cada uma das 307 unidades primárias de amostragem com probabilidade proporcional ao tamanho das AEs, resultando numa seleção de 134 AEs nas zonas urbanas e 173 AE nas zonas rurais. Na terceira etapa, todos os agregados familiares (AF) foram enumerados em cada uma das 307 AE.

A listagem foi conduzida de forma sistemática, usando fichas especialmente concebidas para o efeito. A lista completa dos agregados familiares foi usada para selecionar os 24 agregados familiares elegíveis para as entrevistas em cada AE nas zonas urbanas e rurais, respectivamente. Com base nesse procedimento, foram seleccionados para o inquérito 7 368 agregados familiares.
Todos os homens e mulheres de 15-59 anos, residentes habituais ou visitantes que passaram a noite anterior à entrevista nos agregados familiares selecionados, foram elegíveis para a entrevista individual e para a recolha de amostra de sangue para posterior testagem do HIV. Adicionalmente, todas as crianças de 6-59 meses, residentes habituais ou visitantes que passaram a noite anterior à entrevista no agregado familiar selecionado, foram elegíveis para a recolha de sangue para posterior testagem da anemia, malária, HIV e biomarcadores em resposta à imunização ao tétano e à hepatite B viral.

2.2 QUESTIONÁRIOS

No IMASIDA, foram usados quatro questionários: um questionário para agregados familiares; um questionário individual para mulheres jovens e adultas de 15-59 anos; um questionário individual para homens jovens e adultos de 15-59 anos e um questionário de biometria para homens e mulheres de 15-59 anos. Os quatro questionários foram posteriormente apurados com base nas constatações do pré-teste do inquérito, realizado entre 14 de Abril e 11 de Maio de 2014.

O primeiro questionário aplicado no campo foi o dos agregados familiares, que permitiu identificar todas as pessoas residentes e os visitantes que passaram a noite anterior à entrevista nos agregados familiares selecionados, bem como as pessoas a serem entrevistadas. O segundo questionário usado foi o das mulheres elegíveis (15-59 anos) com o qual foram recolhidas informações sobre vários temas relacionados com a saúde da mulher, nomeadamente, comportamentos reprodutivos, conhecimento sobre o HIV e SIDA, malária, imunização, factores de risco para o HIV, violência em função do género e outros temas de interesse. O mesmo questionário foi usado para recolher informações sobre anemia, malária e imunização de crianças com idade entre 6 e 59 meses. O terceiro questionário aplicado foi o dos homens de 15-59 anos. Este questionário continha os mesmos tópicos que o questionário para mulheres, excluindo as secções sobre a saúde da mulher e da criança. O quarto questionário aplicado foi o de biometria com o qual recolhemos informações sobre a amostra de sangue e testagem para HIV no domicílio e ao nível central, para homens e mulheres de 15-59 anos.

Questionário para agregados familiares: O questionário para agregados familiares foi aplicado aos agregados selecionados. Além de permitir a seleção dos homens e mulheres de 15-59 anos elegíveis para o questionário individual, este questionário permitiu a obtenção de informações sobre as características dos membros e do agregado familiar.

O questionário para agregados familiares tinha o seguinte conteúdo:

- Residência habitual
- Relação de parentesco com o chefe do agregado familiar
- Sexo, idade e residência de cada membro do agregado familiar
- Estado de sobrevida e residência dos pais biológicos dos inquiridos menores de 18 anos de idade
- Educação e frequência escolar dos membros do agregado familiar com idade igual ou superior a 5 anos
- Características ou tipo de habitação do agregado familiar
- Para as crianças de 6-59 meses, testagem de anemia e malária em casa e recolha de sangue para testagem de HIV e imunização ao tétano e à hepatite B viral.
Questionário individual para mulheres: O questionário individual para mulheres foi aplicado a todas as mulheres elegíveis e continha as seguintes seções:

- Secção 1. Características sociodemográficas
- Secção 2. Reprodução (historial de nascimentos)
- Secção 3. Saúde das crianças
- Secção 4. Imunização das crianças
- Secção 5. Estado civil e actividade sexual
- Secção 6. Conhecimento sobre o HIV e SIDA
- Secção 7. Testagem de HIV/SIDA e Malária
- Secção 8. Contracepção e outros aspectos da saúde
- Secção 9. Ocupação das mulheres
- Secção 10. Violência doméstica (aplicado a uma mulher por agregado familiar).

Questionário individual para homens: O questionário individual para homens foi aplicado a todos os homens elegíveis e continha as seguintes secções:

- Secção 1. Características sociodemográficas
- Secção 2. Reprodução
- Secção 3 Estado civil e actividade sexual
- Secção 4. Conhecimento sobre o HIV e SIDA
- Secção 5. Testagem de HIV e SIDA
- Secção 6. Outros aspectos da saúde
- Secção 7. Emprego e gênero
- Secção 8. Violência doméstica (aplicado a um homem por agregado familiar).

Questionário de biomarcadores: O questionário de biometria foi usado para recolher dados de todos os membros de 15-59 anos e consistiu na recolha de amostra de sangue para a testagem de HIV no Laboratório de Serologia do INS, testagem rápida de HIV e contagem de células T CD4 no agregado no campo.

2.3 TESTAGEM DE ANEMIA, MALÁRIA E HIV

Testagem de anemia nas crianças: O IMASIDA 2015 incluiu igualmente o teste para a determinação do estado de hemoglobina nas crianças de 6-59 meses. Este teste foi feito mediante a medição da quantidade de hemoglobina no sangue, através do uso do HemoCue Hb 201+. Para garantir a qualidade das medições, os técnicos de saúde receberam treinos teóricos e práticos no uso deste equipamento e na execução correta da recolha de amostras de sangue para a realização do teste com o HemoCue Hb 201+.

Antes da recolha de amostras de sangue para a testagem de anemia, foi solicitado o consentimento informado dos pais ou adultos responsáveis pelas crianças de 6-59 meses. De todas as crianças cujos pais ou encarregados de educação deram o seu consentimento informado, foi recolhido um volume aproximado
de 0,5 ml de sangue num tubo minicolecotor contendo K3EDTA, através de uma picada no dedo (ou no calcanhar em crianças de 6-11 meses) e a hemoglobina foi analisada usando uma microcuveta do HemoCue Hb 201+. Uma vez concluída a testagem de anemia, os resultados foram comunicados verbalmente e por escrito aos pais e/ou encarregados de educação das crianças. Para as crianças com um nível de hemoglobina inferior a 7,0 g/dl (anemia grave de acordo com os critérios do CDC; 1998), os pais ou encarregados de educação receberam uma guia de transferência para a unidade sanitária mais próxima do agregado familiar para tratamento e acompanhamento.

**Testagem de malária nas crianças:** O teste de malária em crianças de 6-59 meses foi realizado mediante o teste rápido SD BIOLINE Malaria Ag Pf e Pv, fabricado na Coreia do Sul. Foi usada a mesma amostra de sangue recolhida para a testagem de anemia. Os resultados foram também comunicados verbalmente e por escrito aos encarregados de educação das crianças. As crianças que foram diagnosticadas como tendo malária não grave e que não receberam tratamento nas quatro semanas antes da entrevista foram tratadas no domicílio, com medicamentos antimaláricos à base de artemisina, de acordo com as normas de tratamento da malária em Moçambique (2011)¹. Para as crianças diagnosticadas com malária grave, os pais ou encarregados de educação receberam uma guia de transferência para a unidade sanitária mais próxima do agregado familiar para tratamento e acompanhamento.

Adicionalmente, todos os agregados familiares nos quais foi efectuada a testagem de anemia e/ou malária receberam uma brochura com as explicações das causas e os modos de prevenção da anemia e malária.

**Aconselhamento, testagem de HIV e contagem de CD4 no domicílio para jovens e adultos:** A todos os participantes de 15-59 anos que quisessem voluntariamente saber o seu estado serológico era oferecido aconselhamento antes e depois da testagem no domicílio, facultado por uma equipa de técnicos/conselheiros de saúde devidamente treinados. Para esta testagem, foi usado o sangue recolhido no tubo minicolecotor com anticoagulante K3EDTA e seguiu-se o algoritmo da testagem rápida para o HIV em vigor no país. Este algoritmo é composto por dois testes rápidos, nomeadamente: Determine HIV-1/2 (Alere Medical, Japão), usado como teste de rastreio e Uni-Gold HIV-1/2 (Trinity Biotech, Irlanda), utilizado como teste confirmatório. Estes testes foram administrados de forma sequencial. A testagem domiciliar foi antecedida de um processo de aconselhamento pré-testagem. Para cada participante que aceitou fazer a testagem de HIV, foi inicialmente realizado o teste Determine HIV-1/2. Os participantes com resultado seronegativo no teste de rastreio foram classificados como sendo HIV negativos. Aos participantes cujo teste de rastreio foi positivo foi efectuada a segunda testagem através do teste confirmatório Uni-Gold HIV. Os que apresentaram resultados seropositivos nos dois testes foram classificados como sendo HIV positivos. Para todos os participantes que apresentaram resultados discordantes repetiu-se imediatamente o algoritmo de testagem. Aos indivíduos com resultado HIV positivo foi feita a contagem das células TCD4+ usando o PIMA (um aparelho *point-of-care*) e os resultados foram registados no formulário de biomarcadores e numa ficha de referência. Para os participantes que se declararam HIV positivos antes da entrevista, não foi feita a re-testagem para HIV.

Todos os participantes com resultado HIV positivo e/ou discordante receberam aconselhamento e uma ficha de referencimento para a unidade sanitária mais próxima, de modo a estabelecerem contacto com os serviços de saúde necessários.

**Testagem centralizada de HIV e imunização ao tétano e à hepatite B nas crianças:** Uma vez concluída a testagem de anemia e malária, foi usado o sangue recolhido remanescente para a preparação de uma amostra de sangue seco em papel de filtro (DBS). Cada DBS foi constituído por cinco gotas de sangue e feito para todas as crianças de 6-59 meses, cujos pais ou encarregados de educação deram consentimento informado. Durante o período de recolha de dados e ao longo da noite, as amostras de sangue seco em

---

¹ Tratamento da malária não complicada: artemeter lumefantrina; alternativa: artesunato e amodiaquina, quinina oral.
DBS foram conservadas em tigelas herméticas para a devida secagem. Nas primeiras horas do dia seguinte, as amostras foram embaladas em papel vegetal e transferidas para sacos de plástico hermeticamente fechados (Ziplocs), com algumas saquetas de sílica gel (dessecantes) para absorver a humidade e um cartão indicador de humidade. A cada 15 dias, as amostras de sangue eram enviadas para o Laboratório de Serologia, INS em Maputo, onde foram conservadas a uma temperatura de -80º C para posterior testagem de HIV e anticorpos contra o Tétano e a Hepatite B viral.

Testagem centralizada de HIV nos jovens e adultos²: A todos os homens e mulheres de 15-59 anos elegíveis foi solicitado o consentimento informado para o uso de sangue recolhido remanescente, com vista à preparação de amostra em DBS a ser posteriormente usada para a testagem centralizada de HIV.

Para a obtenção do consentimento informado, os conselheiros/técnicos de saúde devidamente treinados explicavam os procedimentos do inquérito e as precauções que seriam tomadas para garantir a confidencialidade dos dados e posteriormente efectuavam a colheita de uma amostra de aproximadamente 1,0 ml de sangue, por meio de uma picada no dedo feita com uma lanceta automática, esterilizada e descartável. As amostras de sangue eram recolhidas num tubo minicolector com anticoagulante K3EDTA e, em seguida, eram preparadas duas amostras de sangue seco em papel de filtro (Dried Blood Spots-DBS). Em cada papel de filtro foi colada uma etiqueta com um código de barras individual. As etiquetas iguais e com o mesmo código de barras individual foram coladas no questionário de biomarcadores e na ficha de transmissão de amostras em DBS usada para o controlo de qualidade. Durante a noite, as amostras de sangue seco em papel de filtro foram conservadas em tigelas herméticas para a devida secagem. Nas primeiras horas do dia seguinte, as amostras foram embaladas em papel vegetal e transferidas para sacos de plástico hermeticamente fechados (Ziplocs) com algumas saquetas de sílica gel (dessecantes) para absorver a humidade e um cartão indicador de humidade. Estas amostras em papel de filtro devidamente embaladas eram enviadas para o INS de 15 em 15 dias, onde eram conservadas em congeladores a uma temperatura de -80º C para posterior testagem de HIV.

2.4 PRÉ-TESTE

O pré-teste do IMASIDA 2015 decorreu através de uma formação teórica em sala de aula e prática em campo, com vista a avaliar e validar: (i) o material didático e a metodologia de ensino e aprendizagem para a formação geral do pessoal que estaria envolvido no trabalho de campo, (ii) os conteúdos dos questionários do inquérito, e (iii) a capacidade logística para a implementação no terreno. Esta actividade teve uma duração de quatro semanas. A fase prática do pré-teste realizou-se durante duas semanas em áreas que não foram seleccionadas na amostra do IMASIDA 2015 e que não estavam perto das áreas selecionadas para o inquérito. Foram entrevistados 96 agregados familiares, 193 mulheres e 71 homens com idade entre os 15 e os 59 anos.

O pré-teste ajudou a identificar as dificuldades na compreensão de algumas perguntas, entender a lógica das respostas e rever o preenchimento, saltos e filtros nos questionários. Além disso, o pré-teste permitiu identificar perguntas difíceis de formular pelos inquiridores e difíceis de responder pelos inquiridos e analisar a estratégia de trabalho, composição das equipas, responsabilidades do pessoal no terreno e tempo requerido pelos inquiridores e técnicos de saúde para concluir as várias actividades no terreno. Além disso, o pré-teste incluiu igualmente formação para a listagem dos conglomerados e uso do material e equipamento cartográfico durante o trabalho de campo.

2.5 FORMAÇÃO DO PESSOAL DE CAMPO

Para a recolha de dados do IMASIDA 2015, foram realizadas duas formações: a primeira, em Agosto de 2014 que, por razões operacionais, não foi possível iniciar com a fase de recolha de dados.

² Para jovens nunca casados de 15-17 anos, o consentimento informado foi primeiro obtido aos seus pais ou encarregados de educação, seguido do consentimento informado dos próprios jovens.
tendo sido adiada para o ano 2015. Devido ao intervalo de tempo entre a primeira formação e a data de início da recolha de dados que tinha sido definida para o primeiro semestre de 2015, foi decidido por consenso e recomendação técnica realizar a segunda formação entre 13 de Abril a 10 de Maio de 2015. Na formação do pessoal de campo, os primeiros cinco dias foram dedicados à introdução dos objectivos, metodologia do inquérito e formação em aspectos éticos e boas práticas clínicas na investigação envolvendo seres humanos. Em seguida, os formandos foram divididos em três turmas, de acordo com as diferentes áreas de acção no processo de recolha de dados: (i) entrevistas, (ii) colheita de amostra de sangue e testagem, e (iii) digitação de dados. A formação dos 11 supervisores de campo e 100 inquiridores foi facilitada por técnicos do INS e INE com larga experiência na área de concepção, formação e implementação de inquéritos de saúde. A formação dos 50 conselheiros (técnicos de saúde) foi facilitada por técnicos do INS, Direcção Nacional de Assistência Médica e Direcção Nacional de Saúde Pública com larga experiência na área de colheita e acondicionamento de amostras de sangue, testagem comunitária de HIV e SIDA e referenciamento. Por último, a formação dos 25 digitadores do campo e 12 digitadores centrais foi facilitada por um consultor técnico da ICF International, com apoio do técnico de gestão de dados do INS. No geral, todas as formações tiveram o apoio e acompanhamento técnico dos Consultores Técnicos da ICF International, CDC Moçambique e Aliança Internacional para Saúde (HAI).

A formação tinha como objectivo oferecer formação no domínio e implementação dos instrumentos e procedimentos de recolha de dados sociodemográficos e amostras de sangue. Esta formação foi complementada por uma prática de campo nas comunidades junto das áreas não selecionadas na amostra do IMASIDA e não entrevistadas na fase do pré-teste: nestas áreas de enumeração, foram entrevistados 296 agregados familiares (AF), 345 mulheres e 245 homens de 15-59 anos.

2.6 TRABALHO DE CAMPO

A informação cartográfica dos agregados familiares selecionados foi obtida com base no último Censo da População e Habitação de 2007. Durante o Censo Geral da População e Habitação, foi realizada uma actualização cartográfica dos limites das áreas de enumeração e do número de agregados familiares nelas residentes. Em 2007, o INE desenvolveu um sistema de informação geográfica que inclui mapas com base em fotografias e áreas que identificam as fronteiras e fornece os nomes da maioria das estradas e pontos de referência, que foi útil para identificar os limites das áreas da amostra durante a operação de listagem.

A listagem foi a primeira operação do trabalho de campo que consistiu em visitar cada um dos conglomerados selecionados e, em seguida, fazer a descrição de cada estrutura, incluindo os nomes dos chefes dos agregados familiares presentes na estrutura residencial, através do mapa de localização do conglomerado, bem como dos croquis das estruturas residenciais do conglomerado. Foi preparada uma lista completa de todos os agregados familiares encontrados no conglomerado e atribuído um número de série de 1 até n, ao conjunto dos agregados ocupados. Em seguida, com base em instrumentos recomendados, cada controlador fez a selecção aleatória dos agregados familiares para as entrevistas e a sua atribuição a cada inquiridor.

O trabalho de campo para a recolha de dados ocorreu entre 8 de Junho e 31 de Dezembro de 2015. Foi levado a cabo por 25 equipas, incluindo técnicos centrais numa primeira fase. Das 11 províncias, oito tinham duas equipas e três tinham três equipas, consoante o tamanho da população e a prevalência do HIV e SIDA. O roteiro foi elaborado pelo INE, de acordo com os critérios de amostragem. Cada província tinha um supervisor responsável pela garantia de qualidade do inquérito.

Cada equipa foi constituída por um controlador, um inquiridor, duas inquiridoras, um digitador de campo e dois técnicos de saúde (conselheiros) responsáveis pelo processo de testagem, recolha de amostra

3 As Províncias de Nampula, Zambézia e Gaza tinham três equipas devido ao tamanho da amostra e à dispersão das AEs
de sangue, referenciamento e tratamento da malária. Para facilitar a recolha de dados, foram atribuídas a cada equipa duas viaturas com motoristas das Direcções Provinciais de Saúde para o transporte do pessoal e material para as áreas seleccionadas.

A actividade de recolha de dados foi precedida da actividade de mobilização social (MBS) nas 307 áreas de enumeração (AE) seleccionadas para o IMASIDA 2015. A equipa nacional de mobilização social foi constituída por 307 activistas residentes nas áreas seleccionadas para o inquérito, juntamente com as autoridades e líderes locais, que tinham uma função de apoiar a orientação das equipas de campo, e os supervisores centrais e provinciais, cuja responsabilidade era garantir o cumprimento de todos os princípios de mobilização em massa ou focalizada/porta a porta por parte dos activistas.

Durante as actividades de recolha de dados, foram aplicados vários níveis de controlo de qualidade. O primeiro foi ao nível de identificação das AEs e consistiu na verificação do mapa de referência que descrevia a localização geográfica e os limites da AE criada pelo Censo de 2007; verificação dos croquis, instrumento que os inquiridores usavam como referência para localizar os agregados familiares seleccionados; e confirmação da AE ao nível central, com recurso a computadores equipados com um sistema de GPS e on-line, o que ajudou na identificação do ponto central de cada área de enumeração com uma margem de erro de 10 metros do centro da área de enumeração. O segundo nível de controlo de qualidade consistiu na verificação dos questionários pela controladora da equipa e o digitador de campo, após o preenchimento pelo inquiridor; verificação de inconsistências e seguimentos dos filtros através da programação feita no programa CsPro no processo de digitação de campo; e dupla digitação e análise crítica ao nível central (Digitação central).

2.7 PROCESSAMENTO DE DADOS

Durante todo o processo de tratamento de dados, foram aplicados procedimentos padrão do Programa DHS para inquéritos CAFE\(^4\). A introdução do CAFÉ no IMASIDA 2015 garantiu o início da edição dos questionários em campo, através do uso de um computador portátil. Depois de preencherem os questionários em papel e concluírem todas as entrevistas no agregado familiar, os inquiridores e técnicos de saúde entregavam os questionários ao digitador de campo. O digitador de campo, em conjunto com a controladora de equipa, revia os questionários e, em seguida, fazia a digitação dos mesmos no programa Census and Survey Process (CsPro) versão 4.0. Este processo de digitação em campo permitiu a deteção de inconsistências ou omissões nos questionários, bem como a correção dos mesmos ainda no terreno, com a presença da equipa no conglomerado.

Terminado o processo de digitação em campo de todos os questionários, o digitador de campo enviava os dados para o nível central, através do Sistema de Transmissão de Ficheiros por Internet (IFSS). Paralelamente à transferência de dados via IFSS, cada equipa de campo enviava todos os questionários em papel para o nível central (INS). Ao nível central, uma equipa de recepcionistas e digitadores encarregavam-se da recepção dos questionários em papel e iniciavam a segunda ronda de digitação e correção de inconsistências. Estas tarefas foram realizadas por três recepcionistas e 12 digitadores centrais. No final, todos os questionários foram duplamente digitados.

A verificação de inconsistências nos dados foi feita através da comparação entre a primeira digitação (feita em campo) e a segunda digitação (feita ao nível central). Este foi um processo contínuo, o que permitiu que todas as inconsistências fossem corrigidas. Para além do controlo de inconsistências, foi igualmente feita a digitação crítica de todos questionários preenchidos nas 307 AE. Este processo consistia na revisão exaustiva de inconsistências produzidas pelo programa de entrada de dados (CsPro).

---

\(^4\) Em inglês, CAFE é a sigla para “Computer Assisted Field Editing”, o que significa edição de questionários feita em campo por computador.
Com base no CsPro ao nível de servidor central, foram produzidos relatórios semanais que serviram de controlo para a verificação de consistências nas respostas às perguntas dos questionários. Foi dada ênfase à verificação das inconsistências nas perguntas relacionadas com datas, intervalos de tempo e idades, com referência ao manual de edição secundária adaptado para Moçambique, no qual constam as possíveis soluções para os erros ou inconsistências identificados.

Todo o pessoal envolvido no processo de digitação possuía experiência em processos de digitação de dados de inquéritos complexos como o IMASIDA 2015. Inicialmente, este pessoal foi formado para o preenchimento de questionários e, posteriormente, para os aspectos relacionados com a digitação, verificação e edição de dados.
RESULTADOS

3.1 TAXAS DE RESPOSTA

O Quadro 1 é apresentado o número de agregados familiares selecionados, presentes e entrevistados, incluindo o total de homens e mulheres elegíveis que responderam à entrevista, e as taxas de resposta para o IMASIDA 2015. Durante o inquérito, foram selecionados 7368 agregados familiares, 7342 dos quais encontravam-se presentes e destes, 7169 aceitaram fazer a entrevista do agregado familiar, o que resultou numa taxa de resposta de 98 porcento.

Nos agregados entrevistados, foram identificadas 8204 mulheres elegíveis de 15-59 anos para a entrevista individual para mulheres, das quais 7749 foram entrevistadas, resultando numa taxa de resposta de 95 porcento (taxa de resposta de 92 porcento nas áreas urbanas e 97 porcento nas áreas rurais). Em relação aos homens, foram identificados 6139 homens elegíveis de 15-59 anos e 5283 foram entrevistados com sucesso. Isto corresponde a uma taxa de resposta de 86 porcento, sendo 81 porcento nas áreas urbanas e 92 porcento nas áreas rurais.

3.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS HOMENS E MULHERES ENTREVISTADOS

Os questionários individuais para homens e mulheres possuem questões que permitiram recolher informações sociodemográficas das pessoas entrevistadas, nomeadamente a idade, sexo, estado civil, religião, província, área de residência, entre outras.

O Quadro 2 apresenta os valores e percentagens ponderados e não ponderados de homens e mulheres de 15-49 anos que foram entrevistados, por características sociodemográficas selecionadas. Foram entrevistados 4724 homens e 6915 mulheres de 15-49 anos.

Em termos de estrutura etária, o Quadro 2 ilustra uma população jovem: tanto para as mulheres, como para os homens, a maior parte dos entrevistados tem menos de 30 anos (58 porcento das mulheres e 57 porcento dos homens).
A maior parte dos homens e mulheres entrevistados declarou ser de religião católica (30 porcento e 31 porcento respectivamente), religião seguida da islâmica (com 19 porcento das mulheres entrevistadas e 20 porcento dos homens entrevistados).

Dois terços (66 porcento) das mulheres e 62 porcento dos homens afirmaram serem casados e/ou viverem em união de facto. No entanto, um terço dos homens entrevistados afirmaram nunca terem casado (33 porcento) e 13 porcento das mulheres afirmaram estarem divorciadas.
A maioria dos homens e mulheres entrevistados reside nas áreas rurais (das mulheres, 65 porcento em áreas rurais em comparação com 35 porcento em áreas urbanas; dos homens, 60 porcento residem em áreas rurais e 40 porcento residem em áreas urbanas). Por província, a maior parte dos homens e mulheres reside em Nampula (21 porcento das mulheres e 22 porcento dos homens).

Em relação ao nível de escolaridade, 26 porcento das mulheres e 10 porcento dos homens afirmaram não ter instrução. Mais de metade dos entrevistados frequentou o ensino primário (51 porcento das mulheres e 54 porcento dos homens) e uma pequena proporção frequentou o ensino superior (2 porcento mulheres e 3 porcento homens).

3.3 FECUNDIDADE

Para obter dados de fecundidade, as mulheres entrevistadas responderam a uma série de perguntas sobre o número total de filhos e filhas nascidos-vivos que tiveram em toda a sua vida. Para assegurar que todas as crianças fossem declaradas, foram colocadas em separado perguntas sobre os filhos e filhas que vivem em casa, os que vivem fora de casa e os que faleceram. Logo, para todas as crianças que nasceram a partir de Janeiro de 2010, registou-se o histórico dos nascimentos que incluía o sexo, data de nascimento e estado de sobrevivência da criança. Também foram recolhidas informações sobre a idade da morte para os filhos e filhas já falecidos.

O Quadro 3 apresenta as taxas de fecundidade por grupos quinquenais de idade para os três anos anteriores à entrevista. As taxas específicas e a taxa global de fecundidade são calculadas directamente dos dados obtidos no histórico de nascimentos. A soma das taxas específicas de fecundidade, conhecida como a taxa global de fecundidade (TGF), é uma medida que resume o nível de fecundidade no país. A TGF é interpretada como sendo o número total de filhos e filhas, nascidos-vivos, por mulher ao fim da sua vida reprodutiva, se as mulheres são expostas às taxas de fecundidade actuais. A taxa global de fecundidade em Moçambique é de 5,3: mais alta na área rural (6,1) quando comparada com a área urbana (3,6).


**Quadro 3 - Fecundidade actual**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Faixa etária</th>
<th>Urbano</th>
<th>Rural</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>15-19</td>
<td>134</td>
<td>230</td>
<td>194</td>
</tr>
<tr>
<td>20-24</td>
<td>178</td>
<td>263</td>
<td>230</td>
</tr>
<tr>
<td>25-29</td>
<td>166</td>
<td>253</td>
<td>222</td>
</tr>
<tr>
<td>30-34</td>
<td>134</td>
<td>198</td>
<td>177</td>
</tr>
<tr>
<td>35-39</td>
<td>69</td>
<td>155</td>
<td>130</td>
</tr>
<tr>
<td>40-44</td>
<td>32</td>
<td>88</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>45-49</td>
<td>11</td>
<td>37</td>
<td>28</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Taxa Global de Fecundidade (15-49)**

| Taxa Geral de Fecundidade | 136 |
| Taxa Bruta de Natalidade | 30,8 |

**Notas:**
- As taxas específicas de fecundidade por idade são expressas por 1,000 mulheres. As taxas para a faixa etária de 45-49 anos podem ter uma margem de erro devido ao truncamento. As taxas são para o período de 1-36 meses antes da entrevista.
- Taxa global de fecundidade: expressa em nascimentos por mulher
- Taxa geral de fecundidade: expressa em nascimentos por 1.000 mulheres de 15-44 anos
- Taxa bruta de natalidade: expressa em nascimentos por 1.000 habitantes

**Taxa Global de Fecundidade (15-49):**

| 6,1 |

A taxa global de fecundidade expressa em nascimentos por 1.000 habitantes é 3,6.
Há já bastante tempo que a procriação precoce tem merecido atenção especial do governo moçambicano. Sendo assim, tanto a gravidez precoce como os abortos frequentemente associados à gravidez indesejada têm graves consequências sociais e de saúde. Em termos de saúde, as mães adolescentes são mais susceptíveis de sofrerem complicações durante o parto, o que pode levar a complicações graves e até mesmo à morte das grávidas, assim como a dos seus bebês. Por outro lado, um início precoce da maternidade reduz, muitas vezes, as oportunidades educativas e laborais das mulheres e está associado a maiores níveis de fecundidade.

O Quadro 4 apresenta a percentagem de mulheres de 15-19 anos que tiveram um filho nado-vivo ou que estiveram grávidas pela primeira vez e a percentagem das que começaram a maternidade, segundo características selecionadas. Ao nível nacional, quase metade das mulheres de 15-19 anos teve uma criança nada-viva ou estiveram grávidas pela primeira vez. Do total (46 porcento), 38 porcento das mulheres adolescentes tiveram uma criança nada-viva e oito porcento estavam grávidas pela primeira vez no momento da entrevista. Além disso, observa-se que no momento da entrevista, 14 porcento das mulheres de 15-19 se engravidaram antes dos 15 anos e 44 porcento antes dos 17 anos. A percentagem de mulheres que alguma vez se engravidaram é menor nas áreas urbanas (27 porcento) do que nas áreas rurais (46 porcento). Em relação às províncias, verifica-se uma grande variabilidade nas percentagens, tendo a cidade de Maputo (18 porcento) registado a menor percentagem de mulheres que alguma vez se engravidaram, e a província de Cabo Delgado a maior (65 porcento). Em relação à escolaridade da mulher, a percentagem de mulheres que alguma vez se engravidaram é duas vezes superior entre as mulheres sem instrução (64 porcento), em comparação com as mulheres com o nível de escolaridade secundário (31 porcento).
Quadro 4  Gravidez e maternidade na adolescência.
Percentagem de mulheres de 15-19 anos que tiveram uma criança nascida viva ou que estão grávidas pela primeira vez e percentagem de mulheres que começaram a maternidade, por características selecionadas, Moçambique IMASIDA 2015

<table>
<thead>
<tr>
<th>Característica</th>
<th>Tiveram uma criança nascida viva</th>
<th>Estão grávidas pela primeira vez</th>
<th>Percentagem alguma vez grávida</th>
<th>Número de mulheres</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Idade</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>9,6</td>
<td>4,7</td>
<td>14,3</td>
<td>267</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>21,5</td>
<td>7,8</td>
<td>29,4</td>
<td>281</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>31,4</td>
<td>12,3</td>
<td>43,7</td>
<td>234</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>46,8</td>
<td>7,2</td>
<td>57,1</td>
<td>373</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>67,0</td>
<td>9,0</td>
<td>76,0</td>
<td>339</td>
</tr>
<tr>
<td>Residência</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Urbano</td>
<td>26,8</td>
<td>8,2</td>
<td>35,0</td>
<td>593</td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>45,9</td>
<td>8,0</td>
<td>54,0</td>
<td>901</td>
</tr>
<tr>
<td>Provincia</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Niassa</td>
<td>47,6</td>
<td>13,7</td>
<td>61,3</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>Cabo Delgado</td>
<td>55,6</td>
<td>9,3</td>
<td>64,9</td>
<td>147</td>
</tr>
<tr>
<td>Nampula</td>
<td>44,2</td>
<td>15,8</td>
<td>60,0</td>
<td>291</td>
</tr>
<tr>
<td>Zambezia</td>
<td>38,6</td>
<td>7,8</td>
<td>46,4</td>
<td>166</td>
</tr>
<tr>
<td>Tete</td>
<td>42,1</td>
<td>3,7</td>
<td>45,8</td>
<td>98</td>
</tr>
<tr>
<td>Manica</td>
<td>40,5</td>
<td>3,6</td>
<td>44,1</td>
<td>125</td>
</tr>
<tr>
<td>Sofala</td>
<td>31,8</td>
<td>5,6</td>
<td>37,5</td>
<td>148</td>
</tr>
<tr>
<td>Inhambane</td>
<td>38,1</td>
<td>5,0</td>
<td>43,2</td>
<td>106</td>
</tr>
<tr>
<td>Gaza</td>
<td>34,5</td>
<td>6,4</td>
<td>41,0</td>
<td>140</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Província</td>
<td>20,6</td>
<td>5,3</td>
<td>25,8</td>
<td>83</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Cidade</td>
<td>15,3</td>
<td>2,3</td>
<td>17,6</td>
<td>115</td>
</tr>
<tr>
<td>Nível de escolaridade</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nenhum</td>
<td>55,2</td>
<td>8,6</td>
<td>63,8</td>
<td>168</td>
</tr>
<tr>
<td>Primário</td>
<td>43,5</td>
<td>9,5</td>
<td>53,0</td>
<td>804</td>
</tr>
<tr>
<td>Secundário</td>
<td>25,4</td>
<td>5,8</td>
<td>31,2</td>
<td>514</td>
</tr>
<tr>
<td>Superior</td>
<td>*</td>
<td>*</td>
<td>*</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Quintil de riqueza</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mais baixo</td>
<td>47,5</td>
<td>13,9</td>
<td>61,4</td>
<td>257</td>
</tr>
<tr>
<td>Segundo</td>
<td>48,8</td>
<td>10,3</td>
<td>59,2</td>
<td>260</td>
</tr>
<tr>
<td>Médio</td>
<td>45,1</td>
<td>7,0</td>
<td>52,1</td>
<td>251</td>
</tr>
<tr>
<td>Quarto</td>
<td>37,9</td>
<td>7,3</td>
<td>45,2</td>
<td>324</td>
</tr>
<tr>
<td>Mais elevado</td>
<td>21,9</td>
<td>4,2</td>
<td>26,0</td>
<td>402</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>38,3</td>
<td>8,1</td>
<td>46,4</td>
<td>1,494</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nota: Um asterisco indica que a percentagem baseia-se em menos de 25 casos não ponderados, portanto a percentagem foi suprimida.

3.5 PREFERÊNCIAS DE FECUNDIDADE

No que diz respeito à saúde pública, é importante conhecer o número de mulheres que desejam espaçar ou terminar a procriação, já que isto permite desenvolver e implementar estratégias que melhor se adequam às condutas e preferências das pessoas no âmbito reprodutivo. No IMASIDA 2015, perguntou-se às mulheres se desejavam ter mais filhos ou filhas e, em caso afirmativo, foram questionadas sobre o tempo desejado para ter o próximo filho ou filha (ou para as mulheres sem filhos ou filhas, o tempo desejado para ter o primeiro filho ou filha).

O Quadro 5 apresenta a distribuição percentual de mulheres de 15-49 anos actualmente casadas, por preferências de fecundidade, segundo o número de filhos e filhas sobreviventes. O mesmo Quadro mostra que 22 porcento das mulheres desejam ter outro filho brevemente (em menos de dois anos), 32 porcento desejam ter outro filho mais tarde (em dois anos ou mais) e 26 porcento das mulheres não desejam ter mais filhos.

A preferência de fecundidade está relacionada com o número de filhos e filhas sobreviventes. Observou-se que 80 porcento das mulheres sem filhos desejam ter um filho ou filha brevemente, em comparação com sete porcento de mulheres com seis ou mais filhos. No geral, quanto mais filhos a mulher tiver, maior a probabilidade de não querer ter mais filhos.
### 3.6 PLANEAMENTO FAMILIAR

Os métodos contraceptivos têm sido desenvolvidos e utilizados de forma única ou combinada para assegurar a efectividade de um programa de planeamento familiar (PF). O PF refere-se a um esforço consciente por parte da mulher ou de um casal para não ter mais filhos e filhas ou aumentar o intervalo de tempo entre os nascimentos através do recurso a métodos contraceptivos. No IMASIDA 2015, as mulheres foram questionadas se, na altura da entrevista, se encontravam a usar algum método contraceptivo e quais. Além disso, foram questionadas se alguma vez recorreram ou tentaram recorrer a algum método para adiar ou prevenir a gravidez e que método seguiram.

Os métodos contraceptivos são classificados em dois grupos: 1) métodos modernos e 2) métodos tradicionais. Os métodos contraceptivos modernos incluem a esterilização feminina, esterilização masculina, a pílula, dispositivo intra-uterino (DIU), injeções contraceptivas, implantes, preservativo feminino, preservativo masculino, método de amenorreia lactacional (MAL) e métodos de dias fixos (MDF). Métodos como o ritmo e o coito interrompido são definidos como tradicionais.

#### 3.6.1 Uso actual de métodos contraceptivos por características seleccionadas

O Quadro 6.1 apresenta a distribuição percentual de mulheres de 15-49 anos actualmente casadas por método contraceptivo usado actualmente, segundo características seleccionadas. Do total das mulheres de 15-49 anos actualmente casadas, 27 porcento recorrem a algum método de planeamento familiar. Ao desagregar este resultado, observa-se que 25 porcento das mulheres usam um método moderno e apenas dois porcento usam um método tradicional.

Das mulheres de 15-49 anos actualmente casadas que usam um método moderno, o mais utilizado é a injeção contraceptiva (13 porcento), seguido da pílula e implantes (seis e dois porcento, respectivamente). A proporção de mulheres que usam um método contraceptivo moderno varia em função da área de residência, sendo mais alta no meio urbano (34 porcento) do que no meio rural (22 porcento).

O uso de um método contraceptivo moderno tem uma relação directa com a idade da mulher, atingindo o pico entre as mulheres de 30-34 anos (32 porcento) e uma redução nas mulheres de 15-19 anos e 45-49 anos (ambas com 14 porcento). Por sua vez, o uso de um método contraceptivo moderno aumenta em função do nível de instrução e quintil de riqueza, sendo 18 porcento nas mulheres sem instrução e 46 porcento nas mulheres com nível de escolaridade superior e, 17 porcento nas mulheres do quintil de riqueza mais baixo e 43 porcento nas mulheres do quintil mais elevado.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Característica</th>
<th>Algum método moderno</th>
<th>Algum método tradicional</th>
<th>Não usa actualmente</th>
<th>Total</th>
<th>Nº de mulheres</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Idade</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15-19</td>
<td>15,4</td>
<td>14,1</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>4,5</td>
</tr>
<tr>
<td>20-24</td>
<td>27,1</td>
<td>26,3</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>6,9</td>
</tr>
<tr>
<td>25-29</td>
<td>30,4</td>
<td>28,2</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>7,2</td>
</tr>
<tr>
<td>30-34</td>
<td>33,5</td>
<td>31,8</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>8,4</td>
</tr>
<tr>
<td>35-39</td>
<td>31,2</td>
<td>28,4</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>7,0</td>
</tr>
<tr>
<td>40-44</td>
<td>31,4</td>
<td>29,3</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>5,1</td>
</tr>
<tr>
<td>45-49</td>
<td>16,3</td>
<td>18,0</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>3,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Residência</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Urbano</td>
<td>36,6</td>
<td>34,3</td>
<td>0,5</td>
<td>0,1</td>
<td>1,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>23,1</td>
<td>21,5</td>
<td>0,1</td>
<td>0,0</td>
<td>0,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Província</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Niassa</td>
<td>21,9</td>
<td>21,6</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>4,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Cabo Delgado</td>
<td>20,2</td>
<td>19,9</td>
<td>0,3</td>
<td>0,0</td>
<td>5,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Nampula</td>
<td>26,1</td>
<td>21,8</td>
<td>0,2</td>
<td>0,0</td>
<td>10,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Zambézia</td>
<td>18,0</td>
<td>17,8</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>3,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Tete</td>
<td>29,8</td>
<td>29,4</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>5,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Manica</td>
<td>18,1</td>
<td>18,1</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>4,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Sofala</td>
<td>14,7</td>
<td>14,4</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>2,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Inhambane</td>
<td>34,1</td>
<td>33,8</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>8,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Gaza</td>
<td>40,9</td>
<td>41,9</td>
<td>0,6</td>
<td>0,0</td>
<td>8,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Província</td>
<td>47,4</td>
<td>43,9</td>
<td>1,3</td>
<td>0,0</td>
<td>13,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Cidade</td>
<td>51,0</td>
<td>46,5</td>
<td>1,4</td>
<td>0,0</td>
<td>9,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Nível de escolaridade</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nenhuma</td>
<td>20,2</td>
<td>17,9</td>
<td>0,1</td>
<td>0,0</td>
<td>3,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Primário</td>
<td>27,0</td>
<td>25,2</td>
<td>0,2</td>
<td>0,0</td>
<td>6,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Secundário</td>
<td>39,4</td>
<td>38,6</td>
<td>0,4</td>
<td>0,0</td>
<td>1,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Superior</td>
<td>46,3</td>
<td>46,3</td>
<td>0,6</td>
<td>0,0</td>
<td>20,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Quintil de riqueza</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mais baixo</td>
<td>18,7</td>
<td>16,7</td>
<td>0,2</td>
<td>0,0</td>
<td>3,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Menos rica</td>
<td>22,0</td>
<td>20,3</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>3,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Mais elevado</td>
<td>32,1</td>
<td>31,1</td>
<td>0,1</td>
<td>0,0</td>
<td>0,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Número de crianças sobreviventes</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>3,4</td>
<td>3,4</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>1,5</td>
</tr>
<tr>
<td>1-2</td>
<td>25,3</td>
<td>24,0</td>
<td>0,1</td>
<td>0,0</td>
<td>6,6</td>
</tr>
<tr>
<td>3-4</td>
<td>32,4</td>
<td>30,6</td>
<td>0,6</td>
<td>0,0</td>
<td>8,6</td>
</tr>
<tr>
<td>5+</td>
<td>34,1</td>
<td>31,0</td>
<td>0,3</td>
<td>0,0</td>
<td>5,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>27,1</td>
<td>25,3</td>
<td>0,2</td>
<td>0,0</td>
<td>6,4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nota: Se a mulher usa mais de um método, só se considera o método mais efectivo neste quadro
MAL = Método de amenorreia lactacional
O Quadro 6.2 apresenta dados referentes à prevalência do uso de métodos contraceptivos entre as mulheres não casadas e sexualmente activas por área de residência. São consideradas mulheres sexualmente activas aquelas que tiveram relações sexuais nos 30 dias que antecederam às entrevistas.

Ao nível nacional, metade das mulheres não casadas e sexualmente activas usaram um método contraceptivo moderno. A maioria das mulheres não casadas e sexualmente activas usa o preservativo masculino (20 porcento), seguido da injeção contraceptiva (13 porcento) e da pílula (11 porcento). A utilização de um método contraceptivo moderno é maior entre as mulheres residentes nas áreas urbanas do que as mulheres residentes nas áreas rurais, 60 e 36 porcento respectivamente.
Quadro 6.2  Uso actual de métodos contraceptivos por características selecionadas

Distribuição percentual de mulheres de 15-49 anos, não casadas e sexualmente activas, por método contraceptivo usado actualmente, segundo características selecionadas, Moçambique IMASIDA 2015

<table>
<thead>
<tr>
<th>Característica</th>
<th>Alguns métodos modemo</th>
<th>Alguns métodos modernos</th>
<th>Esterilização feminina</th>
<th>Esterilização masculina</th>
<th>Pílula</th>
<th>DIU</th>
<th>Injeções contraceptivas</th>
<th>Implantes</th>
<th>Preservativo masculino</th>
<th>Preservativo feminino</th>
<th>MAL</th>
<th>Outro</th>
<th>Alguns métodos tradicionais</th>
<th>Coito interrompido</th>
<th>Outro</th>
<th>Não usa actualmente</th>
<th>Total</th>
<th>Número de mulheres</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Residência</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>333</td>
</tr>
<tr>
<td>Urbano</td>
<td>59,8</td>
<td>59,6</td>
<td>0,6</td>
<td>0,4</td>
<td>11,6</td>
<td>0,7</td>
<td>11,9</td>
<td>3,2</td>
<td>30,6</td>
<td>0,4</td>
<td>0,0</td>
<td>0,2</td>
<td>0,2</td>
<td>0,2</td>
<td>0,0</td>
<td>40,2</td>
<td>100,0</td>
<td>333</td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>36,8</td>
<td>36,3</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>10,1</td>
<td>2,3</td>
<td>14,3</td>
<td>2,0</td>
<td>5,6</td>
<td>0,5</td>
<td>1,3</td>
<td>0,0</td>
<td>0,6</td>
<td>0,1</td>
<td>0,5</td>
<td>63,2</td>
<td>100,0</td>
<td>254</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>49,8</td>
<td>49,5</td>
<td>0,3</td>
<td>0,2</td>
<td>10,9</td>
<td>1,4</td>
<td>13,0</td>
<td>2,7</td>
<td>19,8</td>
<td>0,5</td>
<td>0,8</td>
<td>0,1</td>
<td>0,3</td>
<td>0,1</td>
<td>0,2</td>
<td>50,2</td>
<td>100,0</td>
<td>587</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nota: Se a mulher usa mais de um método, só se considera o método mais efectivo neste quadro.
MAL = Método de amenorreia lactacional.
3.7 NECESSIDADE E DEMANDA DE PLANEAMENTO FAMILIAR

Uma das componentes da implementação efectiva dos programas da saúde da mulher e da criança consiste em assegurar a avaliação das necessidades existentes no contexto do planeamento familiar, assim como a extensão da satisfação dessa demanda. Por outro lado, esta análise é essencial para a gestão de programas de planeamento familiar na unidade sanitária e na comunidade. Outro aspecto importante desta análise é a identificação de grupos nos quais o grau de demanda satisfeita é menor, o que pode ajudar na orientação de prioridades para a implementação de programas.

Entende-se por necessidade de planeamento familiar não satisfeita o grupo de mulheres férteis que declararam não desejar mais filhos ou querer aguardar dois ou mais anos até engravidar, mas que não se encontravam a recorrer a qualquer método contraceptivo. Foram incluídas neste grupo mulheres que se encontravam grávidas na altura da entrevista e a gravidez não era desejada ou era indesejada nesse momento. De igual modo, foram igualmente incluídas neste grupo, mulheres em amenorreia cujo último filho não era esperado ou era desejado para mais tarde. O grupo de mulheres que se encontravam a utilizar métodos contraceptivos na altura do inquérito constitui a categoria de mulheres com necessidade de planeamento familiar satisfeita. A demanda total de serviços de planeamento familiar inclui as mulheres com necessidades de planeamento familiar satisfeita e não satisfeita.

O Quadro 7.1 mostra os resultados da necessidade de planeamento familiar satisfeita e não satisfeita e demanda total de planeamento familiar por mulheres de 15-49 anos actualmente casadas. Os dados apresentados no quadro em referência mostram que 23 porcento das mulheres actualmente casadas não têm a sua necessidade de planeamento familiar satisfeita. A necessidade de planeamento familiar não satisfeita diminui com o aumento da idade da mulher, sendo 26 porcento entre as mulheres com idade de 15-19 anos e 18 porcento entre as mulheres mais adultas (45-49 anos). Varia também consoante o local de residência, sendo ligeiramente mais baixa entre as mulheres residentes nas áreas urbanas (21 porcento) do que nas áreas rurais (24 porcento). As províncias de Nampula (19 porcento) e a cidade de Maputo (17 porcento) apresentam percentagens mais baixas de necessidade de planeamento familiar não satisfeita em comparação com as províncias de Zambézia (30 porcento) e Niassa (29 porcento). Em relação ao nível de escolaridade, verifica-se uma relação directa, sendo que a necessidade de planeamento familiar não satisfeita decresce de 24 porcento entre as mulheres sem instrução para 13 porcento entre as mulheres com nível de escolaridade superior. A mesma tendência se verifica em relação ao quintil de riqueza.

Atualmente, 54 porcento da demanda por todos os métodos de planeamento familiar encontra-se a ser satisfeita no país, sendo maior nas áreas urbanas (64 porcento) do que nas áreas rurais (49 porcento). A demanda satisfeita por todos os métodos de planeamento familiar é mais baixa na província de Zambézia (38 porcento) e mais elevada na cidade de Maputo (75 porcento). A demanda satisfeita por todos os métodos de planeamento familiar está directamente relacionada com o nível de escolaridade e quintil de riqueza, sendo que ela cresce de 45 porcento entre as mulheres sem instrução para 78 porcento entre as mulheres com nível de escolaridade superior e de 43 porcento entre as mulheres do quintil de riqueza mais baixo para 70 porcento entre as mulheres do quintil mais elevado.

A Figura 2 ilustra a tendência das necessidades de planeamento familiar satisfeita e não satisfeita por métodos modernos e a percentagem da demanda satisfeita por métodos modernos entre as mulheres casadas, segundo dados dos IDS 2011 e IMASIDA 2015. Estes indicadores ajudam a avaliar até que medida os programas de planeamento familiar em Moçambique estão a responder à demanda destes serviços.
Quadro 7.1  Necessidade e demanda de planeamento familiar entre as mulheres actualmente casadas

Percentagem de mulheres de 15-49 anos, actualmente casadas, com necessidade de planeamento familiar não satisfeita, percentagem com necessidade de planeamento familiar satisfeita, percentagem com necessidade de planeamento familiar satisfeita por algum método moderno, percentagem com demanda de planeamento familiar, percentagem da demanda de planeamento familiar que é satisfeita por todos os métodos e percentagem da demanda de planeamento familiar que é satisfeita por métodos modernos, por características selecionadas, Moçambique IMASIDA 2015

<table>
<thead>
<tr>
<th>Característica</th>
<th>Necessidade de planeamento familiar satisfeita (actualmente usado)</th>
<th>Demanda total de planeamento familiar</th>
<th>Percentagem de demanda satisfeita 1</th>
<th>Número de mulheres</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Necessidade não satisfeita</td>
<td>Todos os métodos</td>
<td>Métodos modernos 2</td>
<td>Todos os métodos</td>
</tr>
<tr>
<td>Idade</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15-19</td>
<td>26,2</td>
<td>15,4</td>
<td>14,1</td>
<td>41,6</td>
</tr>
<tr>
<td>20-24</td>
<td>25,1</td>
<td>27,1</td>
<td>26,3</td>
<td>52,2</td>
</tr>
<tr>
<td>25-29</td>
<td>23,0</td>
<td>30,4</td>
<td>28,2</td>
<td>53,4</td>
</tr>
<tr>
<td>30-34</td>
<td>25,4</td>
<td>33,5</td>
<td>31,8</td>
<td>59,8</td>
</tr>
<tr>
<td>35-39</td>
<td>20,0</td>
<td>31,2</td>
<td>28,4</td>
<td>51,2</td>
</tr>
<tr>
<td>40-44</td>
<td>20,5</td>
<td>31,4</td>
<td>29,3</td>
<td>51,8</td>
</tr>
<tr>
<td>45-49</td>
<td>18,2</td>
<td>16,3</td>
<td>13,8</td>
<td>34,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Residência</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Urbano</td>
<td>20,5</td>
<td>36,6</td>
<td>34,3</td>
<td>57,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>24,2</td>
<td>23,1</td>
<td>21,5</td>
<td>47,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Provincia</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Niassa</td>
<td>28,6</td>
<td>21,9</td>
<td>21,6</td>
<td>50,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Cabo Delgado</td>
<td>22,5</td>
<td>20,2</td>
<td>19,9</td>
<td>42,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Nampula</td>
<td>18,9</td>
<td>26,9</td>
<td>21,8</td>
<td>45,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Zambezia</td>
<td>29,8</td>
<td>18,0</td>
<td>17,8</td>
<td>47,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Tete</td>
<td>24,3</td>
<td>29,8</td>
<td>29,4</td>
<td>54,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Manica</td>
<td>26,7</td>
<td>18,1</td>
<td>18,1</td>
<td>44,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Sofala</td>
<td>20,3</td>
<td>14,7</td>
<td>14,4</td>
<td>35,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Inhambanhe</td>
<td>24,0</td>
<td>34,1</td>
<td>33,8</td>
<td>56,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Gaza</td>
<td>22,4</td>
<td>43,0</td>
<td>41,9</td>
<td>65,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Província</td>
<td>25,1</td>
<td>47,4</td>
<td>43,9</td>
<td>72,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Cidade</td>
<td>17,3</td>
<td>51,0</td>
<td>46,5</td>
<td>68,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Nível de escolaridade</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nenhum</td>
<td>24,3</td>
<td>20,2</td>
<td>17,9</td>
<td>44,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Primário</td>
<td>23,1</td>
<td>27,0</td>
<td>25,2</td>
<td>50,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Secundário</td>
<td>21,3</td>
<td>39,4</td>
<td>38,6</td>
<td>60,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Superior</td>
<td>12,9</td>
<td>46,3</td>
<td>46,3</td>
<td>59,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Quintil de riqueza</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mais baixo</td>
<td>25,2</td>
<td>18,7</td>
<td>16,7</td>
<td>43,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Segundo</td>
<td>25,6</td>
<td>19,5</td>
<td>17,4</td>
<td>45,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Médio</td>
<td>22,9</td>
<td>22,0</td>
<td>20,3</td>
<td>44,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Quarto</td>
<td>21,5</td>
<td>32,1</td>
<td>31,1</td>
<td>53,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Mais elevado</td>
<td>19,9</td>
<td>45,3</td>
<td>43,0</td>
<td>65,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>23,1</td>
<td>27,1</td>
<td>25,3</td>
<td>50,2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nota: Os valores neste quadro correspondem à definição revista da necessidade não satisfeita, detalhada em Bradley et al., 2012.

1 A percentagem da demanda satisfeita é a necessidade satisfeita a dividir pela demanda total
2 Os métodos modernos incluem a esterilização feminina, esterilização masculina, DIU, implantes, injeções contraceptivas, a pílula, preservativo masculino, preservativo feminino, contracepção de emergência, método de dias fixos (MDF) e amenorreia lactacional (MAL)

3 Demanda total é a soma da necessidade não satisfeita e da necessidade satisfeita (com todos os métodos)
Os dados na Figura 2 mostram uma ligeira diminuição de um ponto percentual em relação à necessidade não satisfeita entre os anos de 2011 e 2015. Em relação à necessidade de planeamento familiar satisfeita por métodos modernos, observa-se um aumento de 14 pontos percentuais entre 2011 e 2015. Por último, na figura 2 também se observa um aumento de 19 pontos percentuais do valor da demanda de PF satisfeita por métodos modernos entre as mulheres casadas, entre 2011 e 2015. Uma análise detalhada destas tendências se incluirá no Relatório Final.

O Quadro 7.2 mostra os resultados da necessidade satisfeita e não satisfeita e a demanda total de planeamento familiar entre as mulheres de 15-49 anos, não casadas e sexualmente activas. Três em cada dez mulheres não casadas e sexualmente activas têm uma necessidade de planeamento familiar não satisfeita. Por outro lado, 50 porcento de mulheres não casadas e sexualmente activas têm necessidade de planeamento familiar satisfeita por métodos modernos.

Quadro 7.2  Necessidade e demanda de planeamento familiar entre as mulheres não casadas e sexualmente activas

<table>
<thead>
<tr>
<th>Característica</th>
<th>Necessidade não satisfeita</th>
<th>Todos os métodos</th>
<th>Métodos modernos</th>
<th>Demanda total por planeamento familiar</th>
<th>Percentagem de demanda satisfeita</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Todas as mulheres</td>
</tr>
<tr>
<td>Residência</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Total</td>
</tr>
<tr>
<td>Urbano</td>
<td>24,2</td>
<td>59,8</td>
<td>59,6</td>
<td>83,9</td>
<td>71,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>36,6</td>
<td>36,8</td>
<td>36,3</td>
<td>73,4</td>
<td>50,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>29,5</td>
<td>49,8</td>
<td>49,5</td>
<td>79,3</td>
<td>62,8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nota: Os valores neste quadro correspondem à definição revista da necessidade não satisfeita, detalhada em Bradley et al., 2012.

1 A percentagem da demanda satisfeita é a necessidade satisfeita dividida pela demanda total
2 Os métodos modernos incluem a esterilização feminina, esterilização masculina, DIU, implantes, injeções contraceptivas, pílula, preservativo masculino, preservativo feminino, contracepção de emergência, método de dias fixos (MDF) e amenorrea lactacional (MAL)
3 Demanda total é a soma da necessidade não satisfeita e da necessidade satisfeita (com todos os métodos)

3.8 SAÚDE MATERNA

No IMASIDA 2015, as mulheres que tiveram uma criança nada-viva nos dois anos anteriores à data da entrevista foram inquiridas sobre as consultas pré-natais, número de consultas pré-natais, assistência ao parto e local de parto para o último nado-vivo.
3.8.1 Consultas pré-natais

Alguns estudos demonstram que cerca de 80% das mortes maternas são evitáveis se as mulheres tiverem acesso a serviços essenciais de maternidade e cuidados básicos de saúde como, por exemplo, o acompanhamento pré-natal (UNICEF 2009). O acompanhamento pré-natal define-se como o número de visitas pré-natais, estágio da gravidez aquando da primeira visita e número de doses da vacina antitetânica e doses de tratamento intermitente presuntivo (TIP) e outras intervenções essenciais.

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendam, no mínimo, quatro consultas pré-natais. Essas visitas ajudam a fornecer serviços essenciais às gestantes, incluindo: (i) medidas para identificação e tratamento da anemia, (ii) tratamento intermitente presuntivo da malária, (iii) imunização antitetânica, (iv) gestão de infecções sexualmente transmissíveis e terapia anti-retroviral para gestantes HIV positivo e (v) fornecimento de informações essenciais às gestantes sobre os riscos na gestação e no parto (UNICEF, 2009).

O Quadro 8 mostra a percentagem de mulheres que receberam cuidados pré-natais de um profissional de saúde para o último nado-vivo entre as mulheres de 15-49 anos que tiveram um nado-vivo nos últimos dois anos anteriores à entrevista e a percentagem destas mulheres que tiveram quatro ou mais consultas pré-natais. Este quadro mostra igualmente a percentagem de todos os nados-vivos nos últimos dois anos anteriores à entrevista cujo parto foi assistido por um profissional de saúde e a percentagem cujo parto teve lugar numa unidade sanitária.

Noventa e três porcento das mulheres de 15-49 anos que tiveram um nascimento nos dois anos anteriores à entrevista receberam cuidados pré-natais de um profissional de saúde para o último nado-vivo. As mulheres com menos de vinte anos (95 porcento) receberam mais cuidados em comparação com as mulheres de 35-49 anos (87 porcento).

As mulheres residentes em áreas urbanas tendem a receber mais cuidados pré-natais de um profissional de saúde (97 porcento) do que as residentes em áreas rurais (91 porcento). Ao nível das províncias, a percentagem de cuidados pré-natais está acima de 90 porcento, excepto a província da Zambézia com 79 porcento.

O recurso a cuidados pré-natais aumenta com o nível de escolaridade da mulher, constituindo as mulheres sem instrução 86 porcento e as mulheres com nível de escolaridade secundário 98 porcento. A mesma tendência pode ser observada por quintís de riqueza, onde o recurso a cuidados pré-natais é mais baixo entre as mulheres do quintil mais baixo (85 porcento) e mais alto entre as mulheres do quintil mais elevado (98 porcento).


Em relação ao número de consultas pré-natais, 55 porcento de mulheres de 15-49 anos tiveram quatro ou mais consultas pré-natais para o último nado-vivo. A percentagem de mulheres com quatro ou mais consultas pré-natais é mais elevada nas áreas urbanas do que nas áreas rurais (65 porcento e 51 porcento, respectivamente). A província de Gaza apresenta a percentagem mais alta de mulheres com quatro ou mais consultas pré-natais (81 porcento) e a província de Manica a mais baixa (39 porcento).

O nível de escolaridade da mãe está directamente relacionado com o número de consultas pré-natais. As mulheres sem instrução são menos prováveis de ter quatro ou mais consultas pré-natais (43 porcento) do que as mulheres com nível de escolaridade secundário (72 porcento). Para os quintís de riqueza, as mulheres do quintil de riqueza mais elevado apresentam maior percentagem de quatro ou mais consultas pré-natais (73 porcento) do que as mulheres do quintil de riqueza mais baixo (43 porcento).
3.8.2 Assistência ao parto

A possibilidade de uma mulher receber assistência adequada durante o parto depende do lugar onde este ocorre. Em países como Moçambique, onde existem poucos profissionais de saúde, os partos que têm lugar em casa têm pouca possibilidade de serem assistidos por pessoal de saúde qualificado, contrariamente aos que ocorrem nas unidades sanitárias. Para o Ministério da Saúde, a assistência ao parto por um profissional de saúde treinado é de extrema importância, pois contribui para a diminuição da mortalidade materna e perinatal. Deste modo, é importante que a realização de partos nas unidades sanitárias seja definida como uma prioridade, principalmente os partos com elevado risco obstétrico.

A fim de avaliar a assistência ao parto no IMASIDA 2015, inquiriu-se sobre todos os nascimentos vivos ocorridos nos dois anos anteriores à entrevista; local onde ocorreu o parto; tipo de profissional de saúde e outras pessoas, tais como parteira tradicional, amigo ou parente, que assistiu ao parto. Neste relatório, a análise baseou-se na descrição dos partos que foram assistidos por um profissional de saúde.

O Quadro 8 mostra que 70 porcento dos partos ocorreram nas unidades sanitárias e a percentagem é mais alta entre as mulheres mais jovens (72 porcento) do que as mulheres mais velhas (65 porcento). Desagregando por área de residência, os dados mostram que a percentagem de partos que ocorreram em...
unidades sanitárias é mais elevada nas áreas urbanas (91 porcento) do que nas áreas rurais (63 porcento). No entanto, ao nível de províncias, Zambézia e Tete são as que apresentam percentagens mais baixas de partos em unidades sanitárias, 42 e 54 porcento respectivamente, enquanto as províncias de Inhambane (89 porcento) e Cidade de Maputo (96 porcento) são as que apresentam percentagens mais elevadas.

Por nível de escolaridade, a percentagem de partos ocorridos em unidades sanitárias é de 59 porcento entre as mulheres sem instrução e 93 porcento entre as mulheres com nível de escolaridade secundário. Por quintil de riqueza, a percentagem de partos ocorridos em unidades sanitárias de mulheres do quintil de riqueza mais elevado (95 porcento) é quase duas vezes superior à das mulheres do quintil mais baixo (52 porcento).


Em todo o país, 73 porcento dos partos nos últimos dois anos anteriores à entrevista foram assistidos por um profissional de saúde. A assistência ao parto por um profissional de saúde tende a diminuir à medida que aumenta a idade da mulher. As mulheres mais jovens foram as que tiveram mais partos assistidos por um profissional de saúde (75 porcento) em comparação com as mulheres mais velhas (67 porcento).

Nas áreas urbanas, 91 porcento dos partos ocorridos nos últimos dois anos anteriores ao inquérito foram assistidos por um profissional de saúde, em comparação com os 67 porcento nas áreas rurais. Entre as províncias, a cidade de Maputo apresenta a maior percentagem (96 porcento) de partos assistidos por um profissional de saúde. A Zambézia apresenta a percentagem mais baixa (46 porcento).

A assistência ao parto por um profissional de saúde apresenta uma relação directa com o nível de escolaridade da mulher. É mais baixa entre as mulheres sem instrução (59 porcento) do que as mulheres com o nível de escolaridade secundário (93 porcento). A mesma tendência se verifica em relação ao quintil de riqueza.


3.9 SAÚDE DA CRIANÇA

No IMASIDA 2015, as informações referentes à saúde da criança foram recolhidas através de entrevistas feitas a mulheres de 15-49 anos com crianças de 6-59 meses. Para avaliar a cobertura de imunização infantil, foram feitas perguntas relacionadas com a toma de vacinas como: BCG, pentavalente (DPT), poliomielite e sarampo. Para além das vacinas, foram igualmente colocadas perguntas sobre a procura de aconselhamento ou tratamento da criança em situações de infecção respiratória aguda, febre e diarreia.

3.9.1 Vacinação das crianças

A vacinação constitui a primeira linha de defesa contra vários tipos de doenças infecciosas. Uma criança não vacinada pode enfrentar graves enfermidades, incluindo doenças potencialmente não tratáveis que podem ser mortais. A vacinação constitui a intervenção de saúde pública mais bem-sucedida e eficaz em termos de custos para reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde da criança (IDS 2011, UNICEF 2009).

No IMASIDA 2015, investigou-se se as crianças de 12-23 meses receberam vacinas específicas em qualquer momento antes da entrevista. A informação foi recolhida de duas maneiras: primeiro, através
do cartão de saúde da criança e, caso este estivesse disponível, foram copiadas todas as datas de vacinação nele registado. Em seguida, as mães foram inquiridas sobre as vacinações que as crianças teriam recebido mas que não estivessem registadas no cartão, que foram, por sua vez, anotadas. Na ausência de um cartão de saúde, foram colocadas perguntas às mães, de modo a obter a vacinação efectuada por história, que incluía a BCG, DTP, PCV 10, poliomielite e sarampo.

O acesso a serviços de vacinação é determinado pelo número de crianças vacinadas com as primeiras doses de uma determinada vacina ou grupos de vacinas e a utilização é determinada com referência à quebra vacinal. A quebra vacinal é calculada pela diferença entre o número de crianças vacinadas com as primeiras doses e o número de crianças vacinadas com as doses subsequentes de pentavalente e poliomielite, mas também pode ser determinada comparando a diferença nas taxas de cobertura entre BCG e sarampo (MISAU/PAV 2011).

O Quadro 9.1 apresenta as coberturas estimadas de vacinação de crianças de 12-23 meses para cada uma das vacinas recomendadas: BCG, três doses da pentavalente (DPT), três doses de poliomielite e uma de sarampo, segundo as características selecionadas.

No total, 66 porcento de crianças com idade de 12-23 meses receberam todas as vacinas básicas disponíveis no serviço nacional de saúde (BCG, DPT, poliomielite e sarampo), contra 64 porcento reportados no IDS 2011 e 63 porcento em 2003, o que mostra que houve uma ligeira melhoria deste indicador nos últimos doze anos.

A cobertura por todas as vacinas varia segundo a área de residência, província, escolaridade da mãe e o quintil de riqueza. A taxa de cobertura para todas as vacinas é baixa entre as crianças residentes nas áreas rurais (62 porcento) e alta entre as crianças residentes nas áreas urbanas (78 porcento). As províncias de Zambézia (50 porcento), Nampula (52 porcento) e Tete (53 porcento) apresentam as taxas de cobertura para todas vacinas mais baixas. As províncias de Cabo Delgado (86 porcento), Gaza (85 porcento) e Maputo Provincia (83 porcento) apresentam as taxas mais altas.

A taxa de cobertura para todas as vacinas aumenta consoante o nível de escolaridade da mãe, sendo 53 porcento entre as crianças de mulheres sem instrução e 85 porcento entre as crianças de mulheres com nível de escolaridade secundário. A mesma tendência se verifica por quintil de riqueza.

Em relação ao acesso a serviços de vacinação, o Quadro 9 mostra que 82 porcento das crianças receberam as três doses de pentavalente e 73 porcento receberam as três doses de poliomielite. Observa-se também que 93 porcento das crianças receberam BCG e 83 porcento receberam a de sarampo.

A quebra vacinal nas crianças de 12-23 meses nos últimos dois anos anteriores à entrevista é de 19 pontos percentuais entre poliomielite 1 e poliomielite 3 e oito pontos percentuais entre pentavalente 1 e pentavalente 3.

O Quadro 9.2 apresenta as coberturas estimadas de vacinação de crianças de 12-23 meses para cada uma das vacinas recomendadas: BCG, três doses da pentavalente, três doses de poliomielite e uma de sarampo segundo as fontes de informação (cartão de vacinas ou afirmação das mães), características selecionadas.

A cobertura de todas as vacinas básicas segundo o cartão das crianças é de 62 porcento e por afirmação da mãe é de quatro porcento. Para as terceiras doses de pentavalente e poliomielite, a cobertura segundo o cartão da criança é de 68 e 67 porcento respectively. Para sarampo e BCG, a cobertura vacinal segundo o cartão da criança é de 74 e 65 porcento respectivamente.

A quebra vacinal nas crianças com idade entre 12-23 meses nos últimos dois anos anteriores à entrevista, segundo a informação do cartão da criança, é de seis pontos percentuais entre poliomielite 1 e poliomielite 3 e cinco pontos percentuais entre pentavalente 1 e pentavalente 3.
Quadro 9.1  Vacinação por características selecionadas
Percentagem de crianças de 12-23 meses que receberam vacinas específicas em algum momento antes da entrevista (segundo o cartão de vacinas ou afirmação da mãe), e percentagem com cartão de vacinas verificado, segundo características selecionadas, Moçambique IMASIDA 2015

<table>
<thead>
<tr>
<th>Característica</th>
<th>BCG</th>
<th>DPT 1</th>
<th>DPT 2</th>
<th>DPT 3</th>
<th>Poliomielite 0¹</th>
<th>Poliomielite 1</th>
<th>Poliomielite 2</th>
<th>Poliomielite 3</th>
<th>Sarampo</th>
<th>Todas as vacinas²</th>
<th>Nenhuma vacina</th>
<th>Percentagem com cartão de vacinas verificado</th>
<th>Número de crianças</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Sexo</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Masculino</td>
<td>93,1</td>
<td>91,7</td>
<td>87,5</td>
<td>83,1</td>
<td>89,3</td>
<td>93,1</td>
<td>87,9</td>
<td>75,0</td>
<td>82,7</td>
<td>68,1</td>
<td>5,1</td>
<td>75,0</td>
<td>555</td>
</tr>
<tr>
<td>Feminino</td>
<td>92,5</td>
<td>88,3</td>
<td>83,4</td>
<td>80,2</td>
<td>87,9</td>
<td>90,5</td>
<td>85,6</td>
<td>71,6</td>
<td>82,7</td>
<td>63,5</td>
<td>4,8</td>
<td>73,6</td>
<td>575</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Residência</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Urbano</td>
<td>96,4</td>
<td>95,4</td>
<td>93,7</td>
<td>89,7</td>
<td>94,1</td>
<td>97,0</td>
<td>93,9</td>
<td>81,9</td>
<td>92,8</td>
<td>77,9</td>
<td>2,5</td>
<td>79,3</td>
<td>287</td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>91,6</td>
<td>88,2</td>
<td>82,6</td>
<td>78,9</td>
<td>86,7</td>
<td>90,0</td>
<td>84,3</td>
<td>70,3</td>
<td>79,2</td>
<td>61,7</td>
<td>5,8</td>
<td>72,6</td>
<td>844</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Provincia</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Niassa</td>
<td>97,2</td>
<td>95,9</td>
<td>87,1</td>
<td>85,1</td>
<td>96,4</td>
<td>96,3</td>
<td>86,3</td>
<td>78,0</td>
<td>85,8</td>
<td>78,0</td>
<td>2,8</td>
<td>82,7</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>Cabo Delgado</td>
<td>97,8</td>
<td>100,0</td>
<td>98,9</td>
<td>95,5</td>
<td>96,4</td>
<td>98,7</td>
<td>95,5</td>
<td>93,0</td>
<td>95,4</td>
<td>86,2</td>
<td>0,0</td>
<td>90,0</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>Nampula</td>
<td>90,8</td>
<td>86,9</td>
<td>81,5</td>
<td>74,6</td>
<td>82,8</td>
<td>88,5</td>
<td>83,3</td>
<td>62,8</td>
<td>74,0</td>
<td>52,1</td>
<td>6,6</td>
<td>63,6</td>
<td>270</td>
</tr>
<tr>
<td>Zambéia</td>
<td>85,7</td>
<td>83,6</td>
<td>71,7</td>
<td>68,2</td>
<td>73,6</td>
<td>80,5</td>
<td>72,8</td>
<td>58,4</td>
<td>70,9</td>
<td>49,9</td>
<td>12,1</td>
<td>69,6</td>
<td>158</td>
</tr>
<tr>
<td>Tete</td>
<td>85,3</td>
<td>74,7</td>
<td>71,3</td>
<td>69,6</td>
<td>86,1</td>
<td>88,1</td>
<td>81,6</td>
<td>65,9</td>
<td>74,5</td>
<td>53,1</td>
<td>7,5</td>
<td>63,5</td>
<td>98</td>
</tr>
<tr>
<td>Manica</td>
<td>96,0</td>
<td>90,6</td>
<td>90,0</td>
<td>90,8</td>
<td>91,5</td>
<td>96,0</td>
<td>94,2</td>
<td>89,8</td>
<td>88,9</td>
<td>65,8</td>
<td>4,0</td>
<td>63,0</td>
<td>90</td>
</tr>
<tr>
<td>Sofala</td>
<td>91,3</td>
<td>88,9</td>
<td>84,2</td>
<td>82,9</td>
<td>90,3</td>
<td>93,8</td>
<td>89,9</td>
<td>81,8</td>
<td>79,9</td>
<td>69,1</td>
<td>5,3</td>
<td>82,7</td>
<td>112</td>
</tr>
<tr>
<td>Inhambane</td>
<td>97,4</td>
<td>95,1</td>
<td>90,2</td>
<td>90,2</td>
<td>100,0</td>
<td>95,1</td>
<td>92,5</td>
<td>84,9</td>
<td>96,1</td>
<td>81,0</td>
<td>0,0</td>
<td>86,1</td>
<td>65</td>
</tr>
<tr>
<td>Gaza</td>
<td>100,0</td>
<td>98,4</td>
<td>97,9</td>
<td>92,6</td>
<td>100,0</td>
<td>98,4</td>
<td>92,3</td>
<td>87,7</td>
<td>95,8</td>
<td>84,8</td>
<td>0,0</td>
<td>88,9</td>
<td>87</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Província</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td>99,3</td>
<td>97,5</td>
<td>99,2</td>
<td>100,0</td>
<td>99,3</td>
<td>84,4</td>
<td>97,8</td>
<td>82,8</td>
<td>0,0</td>
<td>80,3</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Cidade</td>
<td>(96,9)</td>
<td>(96,1)</td>
<td>(92,6)</td>
<td>(91,4)</td>
<td>(93,4)</td>
<td>(100,0)</td>
<td>(96,4)</td>
<td>(87,1)</td>
<td>(99,0)</td>
<td>(87,1)</td>
<td>(0,0)</td>
<td>(81,4)</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Nível de escolaridade da mãe</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nenhum</td>
<td>91,3</td>
<td>86,4</td>
<td>78,5</td>
<td>73,1</td>
<td>84,2</td>
<td>90,9</td>
<td>83,3</td>
<td>62,8</td>
<td>75,6</td>
<td>52,5</td>
<td>6,7</td>
<td>62,4</td>
<td>316</td>
</tr>
<tr>
<td>Primário</td>
<td>92,9</td>
<td>90,3</td>
<td>86,2</td>
<td>82,8</td>
<td>89,1</td>
<td>91,1</td>
<td>86,3</td>
<td>74,4</td>
<td>82,9</td>
<td>67,2</td>
<td>4,7</td>
<td>77,8</td>
<td>644</td>
</tr>
<tr>
<td>Secundário</td>
<td>95,0</td>
<td>95,6</td>
<td>95,2</td>
<td>92,6</td>
<td>94,7</td>
<td>96,0</td>
<td>94,4</td>
<td>87,8</td>
<td>94,7</td>
<td>84,7</td>
<td>2,6</td>
<td>83,6</td>
<td>162</td>
</tr>
<tr>
<td>Superior</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Quintil de riqueza</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mais baixo</td>
<td>86,9</td>
<td>80,6</td>
<td>77,1</td>
<td>72,8</td>
<td>70,1</td>
<td>84,7</td>
<td>79,2</td>
<td>61,2</td>
<td>72,8</td>
<td>52,7</td>
<td>11,5</td>
<td>62,4</td>
<td>278</td>
</tr>
<tr>
<td>Segundo</td>
<td>91,7</td>
<td>87,3</td>
<td>77,3</td>
<td>72,0</td>
<td>84,6</td>
<td>89,8</td>
<td>80,9</td>
<td>67,9</td>
<td>74,6</td>
<td>54,5</td>
<td>4,9</td>
<td>72,4</td>
<td>262</td>
</tr>
<tr>
<td>Médio</td>
<td>94,7</td>
<td>94,6</td>
<td>89,3</td>
<td>85,6</td>
<td>92,2</td>
<td>93,4</td>
<td>88,6</td>
<td>74,3</td>
<td>83,8</td>
<td>67,1</td>
<td>2,8</td>
<td>77,3</td>
<td>217</td>
</tr>
<tr>
<td>Quarto</td>
<td>96,2</td>
<td>95,5</td>
<td>94,1</td>
<td>91,1</td>
<td>96,0</td>
<td>96,2</td>
<td>93,9</td>
<td>83,8</td>
<td>93,9</td>
<td>81,0</td>
<td>1,7</td>
<td>83,1</td>
<td>216</td>
</tr>
<tr>
<td>Mais elevado</td>
<td>97,5</td>
<td>97,3</td>
<td>96,3</td>
<td>94,9</td>
<td>96,9</td>
<td>99,3</td>
<td>97,3</td>
<td>87,5</td>
<td>96,8</td>
<td>85,1</td>
<td>0,7</td>
<td>82,1</td>
<td>158</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>92,8</td>
<td>90,0</td>
<td>85,4</td>
<td>81,6</td>
<td>88,6</td>
<td>91,8</td>
<td>86,7</td>
<td>73,3</td>
<td>82,7</td>
<td>65,8</td>
<td>4,9</td>
<td>74,3</td>
<td>1.131</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Notas: As percentagens entre parênteses baseiam-se em 25-49 casos não ponderados; um asterisco indica que a percentagem baseia-se em menos de 25 casos não ponderados, portanto a percentagem foi suprimida.
¹ Poliomielite 0 é a vacina de poliomielite tomada ao nascer
² BCG, sarampo, três doses de pentavalente e da vacina contra a poliomielite, excluindo poliomielite ao nascer
Quadro 9.2  Vacinação por fonte de informação

Percentagem de crianças de 12-23 meses que receberam vacinas específicas em algum momento antes da entrevista, por fonte de informação (segundo o cartão de vacinas ou afirmação da mãe) e a percentagem de crianças que receberam vacinas aos 12 meses, Moçambique IMASIDA 2015

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fonte de informação</th>
<th>BCG</th>
<th>DPT 1</th>
<th>DPT 2</th>
<th>DPT 3</th>
<th>Poliomielite 0</th>
<th>Poliomielite 1</th>
<th>Poliomielite 2</th>
<th>Poliomielite 3</th>
<th>Sarampo</th>
<th>Todas as vacinas básicas</th>
<th>Nenhuma vacina</th>
<th>Número de crianças</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vinilizado em qualquer momento</td>
<td>7.5</td>
<td>13.9</td>
<td>15.5</td>
<td>16.5</td>
<td>19.2</td>
<td>20.5</td>
<td>73.1</td>
<td>83.9</td>
<td>69.1</td>
<td>94.0</td>
<td>840</td>
<td>1.131</td>
</tr>
<tr>
<td>Afirmação da mãe</td>
<td>71.3</td>
<td>90.0</td>
<td>88.8</td>
<td>89.7</td>
<td>89.1</td>
<td>90.7</td>
<td>86.1</td>
<td>88.6</td>
<td>91.9</td>
<td>90.7</td>
<td>291</td>
<td>1.131</td>
</tr>
<tr>
<td>Qualquer fonte</td>
<td>92.8</td>
<td>90.2</td>
<td>89.7</td>
<td>86.7</td>
<td>91.8</td>
<td>92.7</td>
<td>86.1</td>
<td>88.6</td>
<td>91.9</td>
<td>90.7</td>
<td>1.131</td>
<td>1.131</td>
</tr>
<tr>
<td>Vinilizado aos 12 meses de idade</td>
<td>92.2</td>
<td>90.8</td>
<td>88.7</td>
<td>86.1</td>
<td>87.0</td>
<td>91.8</td>
<td>92.7</td>
<td>88.6</td>
<td>91.9</td>
<td>90.7</td>
<td>1.131</td>
<td>1.131</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 Poliomielite 0 é a vacina contra a poliomielite tomada ao nascer
2 BCG, sarampo, três doses de pentavalente e da vacina contra a poliomielite, excluindo poliomielite ao nascer
3 Para crianças cuja informação se baseia na afirmação da mãe, assume-se que a proporção de vacinas recebidas no primeiro ano de vida igual às crianças com registro de vacinas escritas.
A nova vacina contra a pneumonia (PCV10) foi introduzida no nosso país no dia 10 de Abril de 2013, pelo Ministério da Saúde, com o apoio da Aliança Mundial para as Vacinas e a Imunização (GAVI) e parceiros. A vacina foi introduzida para todas as crianças com idade inferior a 12 meses e faz parte do calendário de vacinação de rotina. Apesar de ter sido introduzida para crianças com idade inferior a 12 meses, no primeiro ano da sua introdução também foi administrada a crianças com idade igual ou superior a 12 meses que, na altura, não tinham as doses da pentavalente completas.

O Quadro 9.3 apresenta as coberturas estimadas de vacinação de crianças de 0-23 meses para a vacina PCV10. A percentagem de crianças de 0-23 meses que receberam a terceira dose PCV10 é de 59 porcento. A diferença entre a primeira e a terceira dose é de 16 pontos percentuais. A cobertura pela terceira dose de PCV10 é baixa nas áreas rurais (58 porcento) em comparação com as áreas urbanas (64 porcento). A província da Zambézia possui a percentagem mais baixa de crianças vacinadas com a terceira dose de PCV10 (44 porcento). As crianças de mães sem instrução têm a percentagem mais baixa de vacinação com a terceira dose de PCV10 (52 porcento). As crianças de mães com nível de escolaridade secundário (64 porcento) têm a mais alta. A cobertura está directamente relacionada com o quintil de riqueza, sendo mais baixa entre as crianças de mulheres do quintil mais baixo (52 porcento) e mais alta entre as crianças de mulheres do quintil mais elevado (69 porcento).

### Quadro 9.3  Vacinação por características seleccionadas (PCV)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Característica</th>
<th>PCV 1</th>
<th>PCV 2</th>
<th>PCV 3</th>
<th>Nenhuma vacina PCV</th>
<th>Percentagem com cartão de vacinas verificado</th>
<th>Número de crianças</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Sexo</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Masculino</td>
<td>75,1</td>
<td>67,4</td>
<td>59,1</td>
<td>24,9</td>
<td>75,0</td>
<td>1.117</td>
</tr>
<tr>
<td>Feminino</td>
<td>74,5</td>
<td>66,4</td>
<td>59,3</td>
<td>25,5</td>
<td>75,1</td>
<td>1.123</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Residência</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Urbano</td>
<td>78,3</td>
<td>71,7</td>
<td>63,6</td>
<td>21,7</td>
<td>81,5</td>
<td>579</td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>73,6</td>
<td>65,2</td>
<td>57,7</td>
<td>26,4</td>
<td>72,8</td>
<td>1.661</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Província</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Niassa</td>
<td>81,3</td>
<td>73,1</td>
<td>66,8</td>
<td>18,7</td>
<td>85,2</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>Cabo Delgado</td>
<td>84,3</td>
<td>71,2</td>
<td>65,9</td>
<td>15,7</td>
<td>90,8</td>
<td>209</td>
</tr>
<tr>
<td>Nampula</td>
<td>72,3</td>
<td>65,6</td>
<td>53,6</td>
<td>27,7</td>
<td>66,9</td>
<td>490</td>
</tr>
<tr>
<td>Zambézia</td>
<td>64,0</td>
<td>52,2</td>
<td>43,8</td>
<td>36,0</td>
<td>65,5</td>
<td>319</td>
</tr>
<tr>
<td>Tete</td>
<td>63,1</td>
<td>56,8</td>
<td>53,1</td>
<td>36,9</td>
<td>60,6</td>
<td>206</td>
</tr>
<tr>
<td>Manica</td>
<td>61,1</td>
<td>76,2</td>
<td>65,2</td>
<td>18,9</td>
<td>64,1</td>
<td>187</td>
</tr>
<tr>
<td>Sofala</td>
<td>73,9</td>
<td>66,4</td>
<td>60,4</td>
<td>26,1</td>
<td>81,7</td>
<td>233</td>
</tr>
<tr>
<td>Inhambane</td>
<td>81,7</td>
<td>76,7</td>
<td>75,1</td>
<td>18,3</td>
<td>90,0</td>
<td>124</td>
</tr>
<tr>
<td>Gaza</td>
<td>86,5</td>
<td>77,5</td>
<td>71,3</td>
<td>13,5</td>
<td>88,5</td>
<td>173</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Província</td>
<td>73,9</td>
<td>67,9</td>
<td>65,3</td>
<td>26,1</td>
<td>82,8</td>
<td>86</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Cidade</td>
<td>80,0</td>
<td>73,2</td>
<td>65,9</td>
<td>20,0</td>
<td>87,6</td>
<td>77</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Nível de escolaridade</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nenhum</td>
<td>69,4</td>
<td>61,7</td>
<td>52,2</td>
<td>30,6</td>
<td>63,6</td>
<td>626</td>
</tr>
<tr>
<td>Primário</td>
<td>77,2</td>
<td>68,8</td>
<td>61,3</td>
<td>22,8</td>
<td>78,0</td>
<td>1.235</td>
</tr>
<tr>
<td>Secundário</td>
<td>75,7</td>
<td>68,9</td>
<td>63,6</td>
<td>24,3</td>
<td>84,3</td>
<td>367</td>
</tr>
<tr>
<td>Superior</td>
<td>*</td>
<td>*</td>
<td>*</td>
<td>*</td>
<td>*</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Quintil de riqueza</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mais baixo</td>
<td>65,2</td>
<td>58,8</td>
<td>51,9</td>
<td>34,8</td>
<td>63,2</td>
<td>530</td>
</tr>
<tr>
<td>Segundo</td>
<td>71,9</td>
<td>60,9</td>
<td>51,0</td>
<td>28,1</td>
<td>73,7</td>
<td>514</td>
</tr>
<tr>
<td>Médio</td>
<td>77,4</td>
<td>69,4</td>
<td>60,7</td>
<td>22,6</td>
<td>76,4</td>
<td>450</td>
</tr>
<tr>
<td>Quarto</td>
<td>84,0</td>
<td>77,0</td>
<td>69,9</td>
<td>16,0</td>
<td>83,0</td>
<td>423</td>
</tr>
<tr>
<td>Mais elevado</td>
<td>79,4</td>
<td>73,0</td>
<td>68,3</td>
<td>20,6</td>
<td>84,3</td>
<td>323</td>
</tr>
<tr>
<td>0-5</td>
<td>45,5</td>
<td>27,5</td>
<td>16,9</td>
<td>54,5</td>
<td>73,6</td>
<td>539</td>
</tr>
<tr>
<td>6-8</td>
<td>81,6</td>
<td>72,4</td>
<td>58,6</td>
<td>18,4</td>
<td>76,3</td>
<td>296</td>
</tr>
<tr>
<td>9-11</td>
<td>85,5</td>
<td>82,9</td>
<td>74,8</td>
<td>14,5</td>
<td>79,7</td>
<td>275</td>
</tr>
<tr>
<td>12-17</td>
<td>85,4</td>
<td>81,2</td>
<td>75,7</td>
<td>14,6</td>
<td>73,9</td>
<td>608</td>
</tr>
<tr>
<td>18-23</td>
<td>83,2</td>
<td>79,3</td>
<td>76,7</td>
<td>16,8</td>
<td>74,7</td>
<td>522</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>74,8</td>
<td>66,9</td>
<td>59,2</td>
<td>25,2</td>
<td>75,1</td>
<td>2.241</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nota: Um asterisco indica que a percentagem baseia-se em menos de 25 casos não ponderados, portanto a percentagem foi suprimida.
3.9.2 Infecções respiratórias agudas e diarreia

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as infecções respiratórias agudas constituem uma causa dos altos índices de mortalidade e morbidade nos países em desenvolvimento (OMS, 2012). As Infecções Respiratórias Agudas (IRA) causam 19 porcento de todas as mortes de crianças com menos de 5 anos em todo o mundo, sendo apenas superadas pelas mortes por malária, infecções perinatais e doença diarreica (OMS, 2012).

O diagnóstico precoce e tratamento imediato são considerados o melhor procedimento para reduzir a mortalidade causada por estas infecções. Um dos sintomas de IRA mais fácil de reconhecer é a tosse acompanhada de respiração curta e rápida. Para conseguir uma estimativa da prevalência das IRA, o IMASIDA 2015 perguntou às mães de crianças com menos de 5 anos se as crianças tiveram tosse nas duas semanas anteriores à entrevista e se, durante o episódio de tosse, tinham dificuldade em respirar.

O Quadro 10 descreve a percentagem de crianças com menos de cinco anos que tiveram sintomas de infecção respiratória aguda e diarreia nas duas semanas anteriores à entrevista e para as quais foi solicitado aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária ou junto de um profissional de saúde.

A percentagem de crianças com menos de cinco anos com sintomas de IRA para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária ou junto de um profissional de saúde é de 57 porcento. Em relação à área de residência, a percentagem destas crianças é de 64 porcento nas áreas urbanas e 54 porcento nas áreas rurais.

Existe uma relação directa entre a percentagem de crianças com sintomas de IRA para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária ou junto de um profissional de saúde e o nível de escolaridade da mãe. A percentagem é de 50 porcento entre as crianças de mães sem instrução e 74 porcento entre as crianças de mães com nível de escolaridade secundário. A mesma tendência se verifica em relação ao quintil de riqueza.

Em Moçambique, a diarreia e consequente desidratação constituem ainda uma das principais causas de mortalidade infantil. Os episódios repetidos de diarréia constituem uma das causas subjacentes mais importantes de malnutrição calórico-proteica grave. O Ministério da Saúde, em colaboração com os seus parceiros, desenvolveu um programa para a diminuição da mortalidade por esta doença, baseando-se na estratégia do aumento da ingestão de líquidos e na continuação da alimentação durante os episódios de diarréia. A utilização da terapêutica de reidratação oral (TRO), quer com os pacotes de sais de reidratação oral (SRO) ou com a preparação de misturas caseiras apropriadas, continua a ser amplamente divulgada.

No programa desenvolvido, os pacotes de SRO são distribuídos em todas as unidades sanitárias do país, farmácias e agentes polivalentes e elementares de saúde (APEs).

No total, a percentagem de crianças com menos de cinco anos de idade com diarréia para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária ou junto de um profissional de saúde é de 56 porcento. A percentagem é mais baixa (41 porcento) entre as crianças de mães sem instrução e mais alta entre as crianças de mães com nível de escolaridade secundário (69 porcento). Em relação ao quintil de riqueza, a percentagem é mais baixa entre as crianças de mães do quintil mais baixo (42 porcento) e mais alta entre as crianças de mães do quarto quintil (71 porcento).

Do total de crianças com menos de cinco anos que tiveram diarreia nas duas semanas anteriores à entrevista e para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária ou junto de um profissional de saúde, 46 porcento receberam o líquido pré-empacotado de SRO e 31 porcento receberam óxido de zinco. Vinte e dois porcento destas crianças receberam tanto SRO como óxido de zinco.
Entre as crianças com menos de cinco anos que tiveram sintomas de infecção respiratória aguda (IRA) nas duas semanas que precederam a entrevista, a percentagem para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária ou junto de um profissional de saúde, a percentagem que recebeu líquido pré-empacotado de sais de reidratação oral (SRO) ou líquido preparado de um pacote de SRO, a percentagem que recebeu óxido de zinco e a percentagem que recebeu SRO e óxido de zinco, por características selecionadas, Moçambique IMASIDA 2015.

Quadro 10 Tratamento dos sintomas de IRA e da diarreia

Os sintomas de IRA incluem tosse acompanhada de respiração curta e acelerada, associada a problemas de congestionamento do peito e/ou dificuldades respiratórias.

Notas: As percentagens entre parênteses baseiam-se em 25-49 casos não ponderados; um asterisco indica que a percentagem baseia-se em menos de 25 casos.

3.10 MALÁRIA

Em Moçambique, a malária constitui um dos principais problemas de saúde pública. Tal deve-se a factores socioeconómicos (pobreza, meios de prevenção inacessíveis), climáticos e ambientais (temperaturas e padrão de precipitação) que favorecem a sua transmissão ao longo de todo o ano, atingindo o seu ponto mais alto após a época chuvosa (Dezembro a Abril). O Plasmodium falciparum é o parasita mais frequente, sendo responsável por cerca de 90 porcento de todas infecções maláricas, enquanto o Plasmodium malariae e o Plasmodium ovale são responsáveis por 9 porcento e 1 porcento de todas as infecções, respectivamente (Mabunda et. al, 2007).

O presente inquérito recolheu informações sobre os meios de prevenção contra a malária, incluindo as redes mosquiteiras tratadas com insecticida (RTI) e o tratamento intermitente preventivo (TIP) durante a gravidez. Foram igualmente recolhidas informações sobre a prevalência e tratamento de febres.
em crianças com menos de cinco anos. Para avaliar a prevalência da malária em crianças dos 6 aos 59 meses, foram recolhidas amostras de sangue para a testagem de malária, através do TDR SD Bioline Malaria Ag P.f/P.v, que é um teste de alta sensibilidade e especificidade e que detecta a presença de antígenos do *Plasmodium falciparum* e *Plasmodium vivax*.

3.10.1 Posse de redes mosquiteiras

As redes mosquiteiras tratadas com insecticida (RTI) desempenham um papel fundamental na prevenção e representam um importante método de controlo do vetor responsável pela transmissão da malária. Outro importante método de controlo vectorial é a pulverização intra-domiciliária. O Plano Estratégico do PNCM 2012 – 2016 preconiza que toda a população do país deve ser protegida, pelo menos, por um método de controlo vectorial (MISAU/PNCM, 2012).

O Quadro 11 mostra a percentagem de agregados familiares com, pelo menos, uma rede mosquiteira tratada com insecticida, (RTI); a média de RTI por agregado familiar; e a percentagem de agregados familiares com, pelo menos, uma RTI por cada duas pessoas que passaram a noite anterior na casa seleccionada para a entrevista (cobertura universal). No geral, 66 porcento de agregados familiares possuem, pelo menos, uma RTI. Este resultado representa um aumento de 16 pontos percentuais em relação aos resultados do IDS 2011. Em relação à cobertura universal, 39 porcento dos agregados familiares têm, pelo menos, uma RTI para cada duas pessoas residentes. Apesar deste aumento importante, a cobertura continua abaixo da meta estabelecida pelo MISAU que é de 100 porcento.

**Quadro 11  Posse de redes tratadas com insecticida pelos agregados familiares**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Característica</th>
<th>Percentagem de agregados familiares com, pelo menos, uma rede tratada com insecticida (RTI)</th>
<th>Média de redes tratadas com insecticida (RTI)*</th>
<th>Número de agregados</th>
<th>Percentagem de agregados familiares com, pelo menos, uma rede tratada com insecticida (RTI) por cada duas pessoas que dormiram em casa na noite anterior (Cobertura Universal)</th>
<th>Número de agregados familiares com, pelo menos, uma pessoa que dormiu em casa a noite anterior</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Residência</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Urbano</td>
<td>69,2</td>
<td>1,7</td>
<td>2.180</td>
<td>43,9</td>
<td>2.175</td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>64,5</td>
<td>1,4</td>
<td>4.969</td>
<td>36,8</td>
<td>4.981</td>
</tr>
<tr>
<td>Província</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Niassa</td>
<td>67,0</td>
<td>1,5</td>
<td>370</td>
<td>33,8</td>
<td>369</td>
</tr>
<tr>
<td>Cabo Delgado</td>
<td>77,2</td>
<td>1,9</td>
<td>753</td>
<td>53,1</td>
<td>750</td>
</tr>
<tr>
<td>Nampula</td>
<td>61,0</td>
<td>1,2</td>
<td>1.608</td>
<td>32,6</td>
<td>1.608</td>
</tr>
<tr>
<td>Zambezia</td>
<td>56,8</td>
<td>1,0</td>
<td>898</td>
<td>27,0</td>
<td>898</td>
</tr>
<tr>
<td>Tete</td>
<td>70,3</td>
<td>1,4</td>
<td>585</td>
<td>41,6</td>
<td>583</td>
</tr>
<tr>
<td>Manica</td>
<td>47,8</td>
<td>1,0</td>
<td>548</td>
<td>25,2</td>
<td>547</td>
</tr>
<tr>
<td>Sofala</td>
<td>62,0</td>
<td>1,4</td>
<td>598</td>
<td>31,5</td>
<td>598</td>
</tr>
<tr>
<td>Inhambane</td>
<td>86,3</td>
<td>2,4</td>
<td>483</td>
<td>65,6</td>
<td>481</td>
</tr>
<tr>
<td>Gaza</td>
<td>71,4</td>
<td>1,6</td>
<td>594</td>
<td>44,8</td>
<td>593</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Província</td>
<td>71,0</td>
<td>1,7</td>
<td>394</td>
<td>48,4</td>
<td>390</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Cidade</td>
<td>72,0</td>
<td>1,9</td>
<td>339</td>
<td>47,0</td>
<td>338</td>
</tr>
<tr>
<td>Quintil de riqueza</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mais baixo</td>
<td>54,4</td>
<td>1,0</td>
<td>1.678</td>
<td>30,3</td>
<td>1.674</td>
</tr>
<tr>
<td>Segundo</td>
<td>64,2</td>
<td>1,3</td>
<td>1.486</td>
<td>33,5</td>
<td>1.485</td>
</tr>
<tr>
<td>Médio</td>
<td>63,9</td>
<td>1,4</td>
<td>1.399</td>
<td>37,7</td>
<td>1.398</td>
</tr>
<tr>
<td>Quarto</td>
<td>74,6</td>
<td>1,8</td>
<td>1.361</td>
<td>46,5</td>
<td>1.357</td>
</tr>
<tr>
<td>Mais elevado</td>
<td>76,5</td>
<td>2,1</td>
<td>1.244</td>
<td>50,3</td>
<td>1.241</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>66,0</td>
<td>1,5</td>
<td>7.169</td>
<td>36,9</td>
<td>7.156</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1. Uma rede tratada com inseticida (RTI) é (1) uma rede tratada com inseticida pelo fabricante e que não precisa de qualquer tratamento adicional ou (2) uma rede que foi mergulhada em inseticida nos 12 meses anteriores à entrevista
2. Membros de facto do agregado familiar
A posse de, pelo menos, uma RTI nos agregados familiares selecionados no IMASIDA 2015 não apresenta grandes diferenças em relação à área de residência. As diferenças importantes observam-se em relação às províncias e ao quintil de riqueza. As províncias de Manica (48 porcento), Zambézia (57 porcento), Nampula (61 porcento) e Sofala (62 porcento) apresentam percentagens mais baixas e abaixo da média nacional de agregados familiares, com, pelo menos, uma RTI em comparação com as províncias de Cabo Delgado (77 porcento) e Inhambane (86 porcento), que apresentam percentagens mais altas. A posse de RTI está directamente relacionada com o quintil de riqueza: os agregados familiares do quintil mais baixo são os que apresentam a percentagem mais baixa (54 porcento) de posse de, pelo menos, uma RTI, em comparação com os agregados familiares do quintil mais elevado, que apresentam a percentagem mais alta (77 porcento).

A Figura 3 ilustra a percentagem da população de facto do agregado familiar com acesso a uma RTI, por características seleccionadas. Cinquenta e quatro porcento da população de facto têm acesso a uma RTI. As diferenças verificam-se em relação às províncias e ao quintil de riqueza, sendo o acesso mais baixo na província de Manica (36 porcento) e mais alto na província de Inhambane (79 porcento), traduzindo-se numa diferença de 43 pontos percentuais.

**Figura 3** Percentagem da população de facto do agregado familiar com acesso a uma RTI no agregado familiar

<table>
<thead>
<tr>
<th>Quintil de riqueza</th>
<th>Percentagem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mais elevado</td>
<td>65,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Quarto</td>
<td>64,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Médio</td>
<td>50,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Segundo</td>
<td>49,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Mais baixo</td>
<td>42,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Quintil de riqueza</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>51,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Urban</td>
<td>58,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Residência</td>
<td>53,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>66,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Provincia</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Niassa</td>
<td>51,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Cabo Delgado</td>
<td>61,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Provincia</td>
<td>57,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Cidade</td>
<td>62,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Gaza</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nampula</td>
<td>49,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sofala</td>
<td>46,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Inhambane</td>
<td>79,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Tete</td>
<td>36,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Manica</td>
<td>58,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Niassa</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Zambézia</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Uma das intervenções mais importantes na luta contra a malária em Moçambique nos últimos anos tem sido a promoção e a distribuição de RTI em todas as províncias do país, acompanhado de programas de comunicação e educação, motivando as famílias a definirem como prioridade deitar as crianças debaixo de uma RTI. Para conhecer a cobertura do uso de RTI, o IMASIDA 2015 questionou os responsáveis dos agregados familiares sobre o uso de RTI durante a noite anterior à entrevista.

O Quadro 12 mostra que 48 porcento das crianças nos agregados selecionados dormiram debaixo de uma RTI na noite anterior à entrevista e 53 porcento dormiram debaixo de uma RTI ou numa casa pulverizada nos últimos 12 meses. Embora tal represente um aumento de 9 e 5 pontos percentuais,  

---

5 “População de facto” é o termo usado para descrever todos os residentes habituais do agregado familiar, que passaram a noite anterior às entrevistas no agregado familiar seleccionado.
respectivamente, quando comparado com os dados do IDS 2011, estas coberturas estão ainda abaixo das metas estabelecidas ao nível nacional pelo PNCM (100 porcento). As zonas rurais apresentam a percentagem mais baixa (46 porcento) de crianças que dormiram debaixo de uma RTI na noite anterior à entrevista, em comparação com as zonas urbanas (54 porcento). A província de Gaza é a que apresenta a percentagem mais baixa (24 porcento) e as províncias de Cabo Delgado, Inhambane, Maputo Provincia e Maputo Cidade apresentam percentagens acima da média nacional observada neste inquérito (65, 63, 52 e 56 porcento respectivamente).

Em agregados familiares com, pelo menos, uma RTI, 70 porcento das crianças dormiram debaixo de uma RTI na noite anterior à entrevista. Comparando com os dados do IDS 2011, houve um aumento da utilização de RTI em 10 pontos percentuais. A utilização de RTI por crianças com menos de cinco anos, residentes em AF, com, pelo menos, uma RTI foi maior nas províncias de Cabo Delgado, Nampula, Niassa e Zambézia (79, 84, 70 e 77 porcento respectivamente). Por outro lado, a utilização de RTI em AF com, pelo menos, uma RTI foi menor na província de Gaza, onde uma em cada três crianças com menos de cinco anos dormiu debaixo de uma RTI na noite anterior à entrevista.

As mulheres grávidas e as suas crianças podem sofrer consequências graves devido à malária, incluindo anemia, prematuridade e baixo peso ao nascer, retardamento do desenvolvimento intra-uterino e risco elevado de mortalidade (Steketee, 2001). Tendo em conta todo o impacto negativo que a malária exerce sobre a gravidez, o PNCM adoptou as estratégias da OMS, uma das quais é o uso de RTI pelas mulheres grávidas.

O Quadro 12 mostra que, no total, 52 porcento das mulheres grávidas de todos os agregados familiares selecionados dormiram debaixo de uma RTI na noite anterior à entrevista e 58 porcento dormiram debaixo de uma RTI ou numa casa pulverizada com PID nos últimos 12 meses anteriores à entrevista. Comparando com os dados do IDS 2011, houve um aumento da cobertura para ambos os indicadores em 18 e 8 pontos percentuais, respectivamente. As mulheres grávidas residentes nas áreas rurais foram as que menos vezes dormiram debaixo de uma RTI ou numa casa pulverizada com PID (53 porcento) nos últimos 12 meses anteriores à entrevista em comparação com as mulheres grávidas residentes nas áreas urbanas (68 porcento). A percentagem de mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma RTI a noite anterior ou numa casa pulverizada com PID nos últimos 12 meses mostra uma relação directa com o quintil de riqueza. A percentagem é mais baixa nas mulheres grávidas do quintil mais baixo (48 porcento) e mais alta nas mulheres grávidas do quintil mais elevado (70 porcento).

Por último, observa-se que setenta e nove porcento das mulheres grávidas de 15-49 anos em agregados com, pelo menos, uma RTI dormiram debaixo de uma RTI na noite anterior à entrevista. Esta cobertura representa um aumento de 18 de pontos percentuais, quando comparado com o observado no IDS 2011.
Quadro 12 | Uso de redes mosquiteiras tratadas com inseticida por crianças e mulheres grávidas

<table>
<thead>
<tr>
<th>Característica</th>
<th>Número de crianças</th>
<th>Percentagem que dormiu debaixo de uma RTI com PID** nos últimos 12 meses</th>
<th>Percentagem que dormiu debaixo de uma RTI na noite anterior</th>
<th>Percentagem que dormiu debaixo de uma RTI na noite anterior ou numa casa em que as paredes foram pulverizadas (PID) nos últimos 12 meses</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Renda</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>62,9</td>
<td>69,3</td>
<td>71,8</td>
<td>73,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Urbano</td>
<td>53,6</td>
<td>63,3</td>
<td>67,4</td>
<td>68,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Província</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Niassa</td>
<td>47,7</td>
<td>50,9</td>
<td>70,3</td>
<td>72,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Cabo Delgado</td>
<td>65,2</td>
<td>68,4</td>
<td>74,2</td>
<td>75,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Nampula</td>
<td>51,6</td>
<td>54,8</td>
<td>83,9</td>
<td>83,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Zambézia</td>
<td>47,9</td>
<td>50,9</td>
<td>70,3</td>
<td>72,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Niassa</td>
<td>47,7</td>
<td>50,9</td>
<td>70,3</td>
<td>72,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Cabo Delgado</td>
<td>65,2</td>
<td>68,4</td>
<td>74,2</td>
<td>75,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Nampula</td>
<td>51,6</td>
<td>54,8</td>
<td>83,9</td>
<td>83,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Zambézia</td>
<td>47,9</td>
<td>50,9</td>
<td>70,3</td>
<td>72,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Quintil de riqueza</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mais baixo</td>
<td>41,1</td>
<td>44,5</td>
<td>72,8</td>
<td>75,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Segundo</td>
<td>50,9</td>
<td>53,2</td>
<td>77,7</td>
<td>79,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Médio</td>
<td>44,7</td>
<td>49,0</td>
<td>68,7</td>
<td>70,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Quarto</td>
<td>49,3</td>
<td>55,8</td>
<td>62,2</td>
<td>64,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Mais elevado</td>
<td>57,0</td>
<td>63,4</td>
<td>80,2</td>
<td>82,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>47,9</td>
<td>53,2</td>
<td>69,8</td>
<td>70,8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Notas: As percentagens entre parênteses baseiam-se em 25-49 casos não ponderados; um asterisco indica que a percentagem baseia-se em menos de 25 casos não ponderados, portanto a percentagem não é suprimida.

A tabela baseia-se em crianças e mulheres grávidas que dormiram em casa na noite anterior a entrevista.

1. Uma rede tratada com inseticida (RTI) é (1) uma rede que foi tratada com inseticida pelo fabricante e que não precisa de qualquer tratamento adicional ou (2) uma rede que foi mergulhada em inseticida nos últimos 12 meses.

2. A pulverização intra-domiciliar (PID) é a pulverização efetuada pelo Ministério de Saúde, empresas privadas e organizações não-governamentais (ONG).
3.10.2 Uso de medicamentos antimaláricos durante a gravidez

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o tratamento intermitente preventivo (TIP) da malária em regiões de alta prevalência da doença. Este tratamento é efetivo e aplicável em Moçambique. O MISAU recomenda a administração mensal do Sulfadoxina-Pirimetamina ou Fansidar (SP/Fansidar) em mulheres grávidas, da décima terceira semana de gestação à altura do parto, para aumentar a imunidade contra infecções por plasmódios.

Para compreender o uso do TIP pelas mulheres durante a gravidez, o IMASIDA 2015 questionou as mulheres de 15-49 anos com um nascimento vivo nos dois anos anteriores ao inquérito, se, durante a gravidez do último nado-vivo, receberam, pelo menos, uma, duas ou três doses de SP/Fansidar, das quais, pelo menos, uma foi administrada numa consulta pré-natal.

O Quadro 13 mostra que, no global, 22 porcento de mulheres de 15-49 anos com um nado-vivo dos dois anos anteriores à entrevista receberam três ou mais doses de SP/Fansidar durante a gravidez do último nado-vivo. As mulheres residentes nas áreas urbanas são mais passíveis de receber três ou mais doses de SP/Fansidar (33 porcento) do que as mulheres residentes nas áreas rurais (19 porcento). As províncias de Tete e Cidade de Maputo (sete e oito porcento respectivamente) são as que apresentaram percentagens mais baixas de mulheres de 15-49 anos com um nado-vivo nos dois anos anteriores à entrevista que receberam três ou mais doses de SP/Fansidar durante a gravidez do último nado-vivo e as províncias de Gaza (37 porcento) e Sofala (36 porcento) são as que apresentam percentagens mais altas.

O Quadro 13 também mostra que a diferença entre as mulheres que tomaram três ou mais doses de SP/Fansidar e as que tomaram uma ou mais doses, das quais, pelo menos, uma foi administrada durante uma consulta pré-natal, é de 29 pontos percentuais (22 porcento e 51 porcento, respectivamente).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Característica</th>
<th>Percentagem que recebeu 1 ou mais doses de SP/Fansidar1</th>
<th>Percentagem que recebeu 2 ou mais doses de SP/Fansidar</th>
<th>Percentagem que recebeu 3 ou mais doses de SP/Fansidar</th>
<th>Número de mulheres com um nado-vivo nos dois anos anteriores à entrevista</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Residência</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Urbano</td>
<td>57,3</td>
<td>43,4</td>
<td>32,6</td>
<td>586</td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>49,4</td>
<td>31,0</td>
<td>18,8</td>
<td>1.671</td>
</tr>
<tr>
<td>Provincia</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Niassa</td>
<td>48,8</td>
<td>26,9</td>
<td>13,5</td>
<td>138</td>
</tr>
<tr>
<td>Cabo Delgado</td>
<td>59,6</td>
<td>46,6</td>
<td>25,8</td>
<td>221</td>
</tr>
<tr>
<td>Nampula</td>
<td>44,8</td>
<td>30,2</td>
<td>19,2</td>
<td>466</td>
</tr>
<tr>
<td>Zambézia</td>
<td>50,0</td>
<td>36,5</td>
<td>27,5</td>
<td>313</td>
</tr>
<tr>
<td>Tete</td>
<td>44,0</td>
<td>9,4</td>
<td>6,5</td>
<td>210</td>
</tr>
<tr>
<td>Manica</td>
<td>48,5</td>
<td>36,0</td>
<td>21,9</td>
<td>186</td>
</tr>
<tr>
<td>Sofala</td>
<td>69,9</td>
<td>51,3</td>
<td>36,1</td>
<td>228</td>
</tr>
<tr>
<td>Inhambane</td>
<td>32,9</td>
<td>23,7</td>
<td>17,6</td>
<td>124</td>
</tr>
<tr>
<td>Gaza</td>
<td>76,4</td>
<td>54,7</td>
<td>37,2</td>
<td>178</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Província</td>
<td>55,5</td>
<td>36,9</td>
<td>20,4</td>
<td>86</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Cidade</td>
<td>22,1</td>
<td>16,0</td>
<td>7,7</td>
<td>78</td>
</tr>
<tr>
<td>Quintil de riqueza</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mais baixo</td>
<td>43,0</td>
<td>27,1</td>
<td>18,2</td>
<td>535</td>
</tr>
<tr>
<td>Segundo</td>
<td>48,3</td>
<td>26,7</td>
<td>17,2</td>
<td>517</td>
</tr>
<tr>
<td>Médio</td>
<td>51,5</td>
<td>32,5</td>
<td>18,4</td>
<td>453</td>
</tr>
<tr>
<td>Quarto</td>
<td>63,4</td>
<td>47,6</td>
<td>32,7</td>
<td>425</td>
</tr>
<tr>
<td>Mais elevado</td>
<td>54,5</td>
<td>39,7</td>
<td>29,5</td>
<td>326</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>51,4</td>
<td>34,2</td>
<td>22,4</td>
<td>2.257</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 Recebeu o número específico de doses de SP/Fansidar, das quais, pelo menos, uma foi administrada durante uma consulta pré-natal.
3.10.3 Prevalência, diagnóstico e tratamento imediato de crianças com febre

A febre é o principal sintoma da malária nas crianças com menos de cinco anos de idade, embora esta possa ocorrer na presença de outras infecções. A orientação da Organização Mundial de Saúde é que o tratamento seja feito na base de diagnóstico confirmado, no entanto recomenda-se que, em regiões de alto risco de malária onde os recursos são limitados, o diagnóstico clínico se baseie na história de febre nas últimas 24 horas. O atraso no início do tratamento de crianças pode ter consequências fatais, particularmente nos casos de infecção severa e, por esta razão, recomenda-se que, em caso de febre, o tratamento comece dentro das 24 horas do início da febre (MISAU/PNCM, 2011).

No IMASIDA 2015, foram entrevistadas as mães de crianças com menos de cinco anos que tiveram febre nas duas semanas anteriores à entrevista e para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento e, nesse caso, que medidas foram tomadas para diagnosticar e tratar a febre.

O Quadro 14 mostra que 29 porcento de crianças com menos de cinco anos nos agregados familiares selecionados tiveram febre nas últimas duas semanas antes da entrevista. As crianças residentes nas áreas rurais são as que mais tiveram febre (31 porcento), em comparação com as crianças residentes nas áreas urbanas (23 porcento). A percentagem de crianças com febre nas últimas duas semanas anteriores à entrevista mostra uma grande variabilidade entre as províncias. As províncias de Zambézia (51 porcento), Nampula (39 porcento) e Niassa (30 porcento) apresentam percentagens acima da média nacional e mais altas em comparação com as províncias de Tete (14 porcento), Manica (17 porcento) e Maputo Província (16 porcento). Em relação ao quintil de riqueza, a percentagem é mais alta entre as crianças de mulheres do quintil de riqueza mais baixo (33 porcento) e mais baixa entre as crianças de mulheres do quintil de riqueza mais alto (21 porcento).

A percentagem de crianças com menos de cinco anos de idade com febre, para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária, é de 63 porcento. A percentagem é de 75 porcento entre as crianças de mulheres residentes nas áreas urbanas e 60 porcento entre as crianças de mulheres residentes nas áreas rurais. A província de Niassa é a que apresenta a percentagem mais baixa de crianças com febre para quais foi procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária (51 porcento). A província de Inhambane é a que apresenta a percentagem mais elevada (79 porcento). A procura de aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária para as crianças com febre nas últimas duas semanas anteriores às entrevistas está directamente relacionada com o quintil de riqueza. As mulheres do quintil mais baixo foram as que menos procuraram aconselhamento ou tratamento na unidade sanitária para os seus filhos (54 porcento), em comparação com as mulheres do quintil mais alto (73 porcento).

O Quadro 14 mostra igualmente que a percentagem de crianças com menos de cinco anos com febre e que fizeram uma terapia combinada à base de artemisinina é de 36 porcento, sendo maior nas áreas rurais, com 38 porcento, e menor nas áreas urbanas, com 27 porcento. A percentagem de crianças com menos de cinco anos com febre e que fizeram uma terapia combinada à base de artemisinina foi muito alta na província de Nampula (51 porcento), em comparação com Maputo, cidade e província, ambas com quatro porcento.
Quadro 14  Prevalência, diagnóstico e tratamento imediato de crianças com febre

A prevalência de crianças com menos de cinco anos com febre nas duas semanas anteriores à entrevista; entre as crianças com menos de cinco anos com febre, a prevalência que foi procurada aconselhamento ou tratamento; a prevalência das quais se extraiu sangue do dedo ou calcânhar, a prevalência que fez terapia combinada à base de artemisinina (TCA); e entre as crianças com menos de cinco anos com febre que tomaram medicamentos antimaláricos, a prevalência que tomaram TCA, por características selecionadas, Moçambique IMASIDA 2015

<table>
<thead>
<tr>
<th>Característica</th>
<th>Crianças com menos de cinco anos com febre nas duas semanas que antecederam a entrevista</th>
<th>Número de crianças</th>
<th>Crianças com menos de cinco anos com febre para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento¹</th>
<th>Número de crianças</th>
<th>Crianças com menos de cinco anos com febre que extraiu sangue do dedo ou calcânhar</th>
<th>Número de crianças</th>
<th>Crianças com menos de cinco anos com febre que tomou algum TCA</th>
<th>Número de crianças</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Residência</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Urbano</td>
<td>22,6</td>
<td>1.391</td>
<td>74,6</td>
<td>46,9</td>
<td>27,1</td>
<td>315</td>
<td>90,3</td>
<td>95</td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>31,4</td>
<td>3.922</td>
<td>59,6</td>
<td>37,8</td>
<td>37,7</td>
<td>1.232</td>
<td>93,0</td>
<td>500</td>
</tr>
<tr>
<td>Província</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Niassa</td>
<td>30,1</td>
<td>358</td>
<td>51,2</td>
<td>32,0</td>
<td>36,0</td>
<td>108</td>
<td>90,4</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>Cabo Delgado</td>
<td>21,8</td>
<td>480</td>
<td>60,6</td>
<td>39,0</td>
<td>25,6</td>
<td>104</td>
<td>(97,5)</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>Nampula</td>
<td>39,1</td>
<td>1.185</td>
<td>62,9</td>
<td>41,6</td>
<td>51,0</td>
<td>463</td>
<td>98,1</td>
<td>241</td>
</tr>
<tr>
<td>Zambézia</td>
<td>51,3</td>
<td>731</td>
<td>56,9</td>
<td>32,0</td>
<td>31,8</td>
<td>375</td>
<td>90,6</td>
<td>132</td>
</tr>
<tr>
<td>Tete</td>
<td>14,3</td>
<td>454</td>
<td>63,7</td>
<td>58,1</td>
<td>17,5</td>
<td>65</td>
<td>*</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>Manica</td>
<td>16,5</td>
<td>437</td>
<td>66,9</td>
<td>47,4</td>
<td>33,3</td>
<td>72</td>
<td>(86,7)</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>Sofala</td>
<td>20,8</td>
<td>534</td>
<td>70,2</td>
<td>42,8</td>
<td>29,9</td>
<td>111</td>
<td>(100,0)</td>
<td>33</td>
</tr>
<tr>
<td>Inhambane</td>
<td>18,0</td>
<td>297</td>
<td>78,5</td>
<td>54,4</td>
<td>36,6</td>
<td>53</td>
<td>(83,1)</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>Gaza</td>
<td>26,9</td>
<td>421</td>
<td>72,6</td>
<td>48,1</td>
<td>33,3</td>
<td>113</td>
<td>(100,0)</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Província</td>
<td>15,5</td>
<td>230</td>
<td>74,4</td>
<td>29,1</td>
<td>4,4</td>
<td>36</td>
<td>*</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Cidade</td>
<td>24,9</td>
<td>186</td>
<td>61,0</td>
<td>25,9</td>
<td>3,9</td>
<td>46</td>
<td>*</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Quintil de riqueza</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mais baixo</td>
<td>32,6</td>
<td>1.234</td>
<td>53,6</td>
<td>33,0</td>
<td>31,5</td>
<td>402</td>
<td>87,5</td>
<td>145</td>
</tr>
<tr>
<td>Segundo</td>
<td>33,2</td>
<td>1.201</td>
<td>60,8</td>
<td>37,9</td>
<td>41,0</td>
<td>399</td>
<td>95,7</td>
<td>171</td>
</tr>
<tr>
<td>Médio</td>
<td>29,9</td>
<td>1.000</td>
<td>62,7</td>
<td>41,4</td>
<td>44,0</td>
<td>328</td>
<td>94,5</td>
<td>151</td>
</tr>
<tr>
<td>Quarto</td>
<td>25,8</td>
<td>1.000</td>
<td>73,3</td>
<td>50,4</td>
<td>34,2</td>
<td>258</td>
<td>93,0</td>
<td>95</td>
</tr>
<tr>
<td>Mais elevado</td>
<td>20,7</td>
<td>787</td>
<td>72,9</td>
<td>39,7</td>
<td>17,4</td>
<td>163</td>
<td>(88,3)</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>29,1</td>
<td>5.313</td>
<td>62,7</td>
<td>39,6</td>
<td>35,6</td>
<td>1.547</td>
<td>92,6</td>
<td>594</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Notas: As percentagens entre parênteses baseiam-se em 25-49 casos não ponderados; um asterisco indica que a percentagem baseia-se em menos de 25 casos não ponderados, portanto a percentagem foi suprimida.

¹ Exclui aconselhamento e tratamento por um médico tradicional
3.10.4 Prevalência da malária em crianças dos 6 aos 59 meses

O Quadro 15 apresenta a distribuição da prevalência da malária em crianças de 6-59 meses de idade, por características selecionadas. No geral, a prevalência da malária encontrada no IMASIDA 2015 é de 40 porcento, maior em relação à prevalência reportada no IDS 2011, que foi de 35 porcento. A prevalência da malária nas áreas rurais (47 porcento) é mais do que o dobro da prevalência encontrada nas áreas urbanas (19 porcento), com uma diferença de 28 pontos percentuais. As províncias de Zambézia e Nampula apresentam prevalências mais altas, 68 e 66 porcento, respectivamente, em comparação com Maputo, província e cidade, que apresentam as prevalências mais baixas (três e dois porcento, respectivamente). Em relação à escolaridade das mães, a prevalência é de 49 porcento em crianças de mães sem instrução e 18 porcento em crianças de mães com nível de escolaridade secundário. A prevalência da malária nas crianças de 6-59 meses varia de acordo com o quintil de riqueza das mães, sendo 61 porcento nas crianças de mães do quintil mais baixo e 7% nas crianças de mães do quintil mais elevado, com uma diferença de 53 pontos percentuais.

Quadro 15  Prevalência da malária em crianças
Prevalência de malária por falcíparum e por vivax em crianças de 6-59 meses (população de facto) segundo os resultados do TDR, por características selecionadas, Moçambique IMASIDA 2015

<table>
<thead>
<tr>
<th>Característica</th>
<th>P.F.</th>
<th>P.V.</th>
<th>Ambos</th>
<th>P.F ou P.V. ou Ambos</th>
<th>Número de crianças</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Residência</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Urbano</td>
<td>18,8</td>
<td>0,4</td>
<td>0,1</td>
<td>19,4</td>
<td>1.135</td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>46,4</td>
<td>0,2</td>
<td>0,4</td>
<td>47,0</td>
<td>3.505</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Provincia</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Niassa</td>
<td>36,3</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>36,3</td>
<td>285</td>
</tr>
<tr>
<td>Cabo delgado</td>
<td>25,1</td>
<td>0,6</td>
<td>3,7</td>
<td>29,4</td>
<td>356</td>
</tr>
<tr>
<td>Nampula</td>
<td>65,6</td>
<td>0,4</td>
<td>0,0</td>
<td>66,0</td>
<td>1.134</td>
</tr>
<tr>
<td>Zambézia</td>
<td>67,6</td>
<td>0,3</td>
<td>0,0</td>
<td>67,9</td>
<td>581</td>
</tr>
<tr>
<td>Tele</td>
<td>30,1</td>
<td>0,3</td>
<td>0,0</td>
<td>30,4</td>
<td>375</td>
</tr>
<tr>
<td>Manica</td>
<td>25,2</td>
<td>0,3</td>
<td>0,0</td>
<td>25,5</td>
<td>405</td>
</tr>
<tr>
<td>Sofala</td>
<td>31,5</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>31,5</td>
<td>483</td>
</tr>
<tr>
<td>Inhambane</td>
<td>22,3</td>
<td>0,0</td>
<td>0,5</td>
<td>22,8</td>
<td>318</td>
</tr>
<tr>
<td>Gaza</td>
<td>16,0</td>
<td>0,0</td>
<td>0,3</td>
<td>16,3</td>
<td>399</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Provincia</td>
<td>2,8</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>2,8</td>
<td>174</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Cidade</td>
<td>2,2</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>2,2</td>
<td>129</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Quintil de riqueza</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mais baixo</td>
<td>59,9</td>
<td>0,3</td>
<td>0,2</td>
<td>60,5</td>
<td>1.099</td>
</tr>
<tr>
<td>Segundo</td>
<td>52,9</td>
<td>0,1</td>
<td>0,9</td>
<td>53,9</td>
<td>1.051</td>
</tr>
<tr>
<td>Medio</td>
<td>37,5</td>
<td>0,5</td>
<td>0,1</td>
<td>38,1</td>
<td>984</td>
</tr>
<tr>
<td>Quarto</td>
<td>24,2</td>
<td>0,0</td>
<td>0,3</td>
<td>24,5</td>
<td>873</td>
</tr>
<tr>
<td>Mais elevado</td>
<td>7,1</td>
<td>0,3</td>
<td>0,1</td>
<td>7,4</td>
<td>633</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Nível de escolaridade da mãe</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nenhum</td>
<td>48,5</td>
<td>0,1</td>
<td>0,2</td>
<td>48,8</td>
<td>1.272</td>
</tr>
<tr>
<td>Primário</td>
<td>41,8</td>
<td>0,3</td>
<td>0,4</td>
<td>42,6</td>
<td>2.343</td>
</tr>
<tr>
<td>Secundário</td>
<td>17,1</td>
<td>0,3</td>
<td>0,1</td>
<td>17,5</td>
<td>567</td>
</tr>
<tr>
<td>Superior</td>
<td>(0,0)</td>
<td>(0,0)</td>
<td>(0,0)</td>
<td>(0,0)</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>Sem informação</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>RTI em agregado familiar</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AF não tem RTI</td>
<td>45,7</td>
<td>0,4</td>
<td>0,2</td>
<td>46,3</td>
<td>1.525</td>
</tr>
<tr>
<td>AF tem pelo menos uma RTI</td>
<td>36,7</td>
<td>0,2</td>
<td>0,4</td>
<td>37,2</td>
<td>3.115</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Idade em meses</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6-8</td>
<td>32,8</td>
<td>0,0</td>
<td>0,7</td>
<td>33,5</td>
<td>236</td>
</tr>
<tr>
<td>9-11</td>
<td>27,1</td>
<td>0,0</td>
<td>0,3</td>
<td>27,5</td>
<td>255</td>
</tr>
<tr>
<td>12-17</td>
<td>37,7</td>
<td>0,0</td>
<td>0,2</td>
<td>37,8</td>
<td>565</td>
</tr>
<tr>
<td>18-23</td>
<td>37,1</td>
<td>0,3</td>
<td>0,8</td>
<td>38,1</td>
<td>508</td>
</tr>
<tr>
<td>24-35</td>
<td>44,1</td>
<td>0,4</td>
<td>0,0</td>
<td>44,4</td>
<td>1.020</td>
</tr>
<tr>
<td>36-47</td>
<td>39,9</td>
<td>0,1</td>
<td>0,5</td>
<td>40,5</td>
<td>1.069</td>
</tr>
<tr>
<td>48-59</td>
<td>42,1</td>
<td>0,5</td>
<td>0,3</td>
<td>43,0</td>
<td>986</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>39,6</td>
<td>0,2</td>
<td>0,3</td>
<td>40,2</td>
<td>4.640</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Notas: As percentagens entre parêntases baseiam-se em 25-49 casos não ponderados; um asterisco indica que a percentagem baseia-se em menos de 25 casos não ponderados, portanto a percentagem foi suprimida.
3.11 PREVALÊNCIA DA ANEMIA NAS CRIANÇAS

A anemia é uma doença caracterizada pela diminuição da hemoglobina no sangue e que pode ter diversas causas, desde uma alteração genética à má alimentação ou associação à malária. A anemia associada à malária constitui um problema de saúde pública, sobretudo nas comunidades rurais de Moçambique (MISAU/PNCM, 2007). À medida que as infecções de malária se vão repetindo, a criança pode desenvolver anemia porque os parasitas vão “destruindo” os glóbulos vermelhos. Quando o número de parasitas no sangue é elevado, a anemia pode aparecer dentro de 1 ou 2 dias, após o início da doença, por isso, recomenda-se que os doentes com anemia grave sejam transferidos urgentemente para uma unidade sanitária com mais recursos, de modo a receberem assistência médica adequada.

Todas as crianças entre 6-59 meses de idade foram testadas para anemia com base na medição de níveis de hemoglobina, utilizando o HemoCue Hb®, que revela os níveis de hemoglobina alguns minutos depois da recolha de sangue capilar. Para fins deste inquérito, os níveis de hemoglobina inferiores a 7.0 gramas por decilitro (g/dl) são considerados como casos de anemia leve, os níveis de 7.0-9.9 g/dl têm anemia moderada e as crianças com níveis de 10.0-10.9 g/dl têm anemia severa. O quadro baseia-se nas crianças que dormiram em casa na noite anterior à entrevista. A prevalência da anemia, com base nos níveis de hemoglobina, ajusta-se à altitude usando fórmulas da CDC (CDC, 1998). As crianças com um nível de hemoglobina <7.0 g/dl têm anemia severa, as crianças com níveis de 7.0-9.9 g/dl têm anemia moderada e as crianças com níveis de 10.0-10.9 g/dl têm anemia leve. A população de facto refere-se aos membros residentes e visitantes que passaram a noite anterior à entrevista na casa selecionada.

O Quadro 16 mostra que, do total de crianças de 6-59 meses nos agregados selecionados, 64 porcento apresentavam algum tipo de anemia. Desagregando por tipo de anemia, 27 porcento das crianças tinham anemia leve e três porcento tinham anemia severa. A percentagem de crianças com algum tipo de anemia varia em função da idade das mesmas, sendo mais alta nas crianças de 6-11 meses (78 porcento) e mais baixa nas crianças de 48-59 meses (53 porcento). Em relação às províncias, as percentagens são mais altas na Zambézia e Cabo Delgado, com 77 e 73 porcento, respectivamente, em comparação com cidade de Maputo (50 porcento) e Maputo província (45 porcento). A percentagem de crianças com alguma forma de anemia varia em função do quintil de riqueza, sendo 74 porcento em crianças de mulheres do quintil mais baixo e 50 porcento em crianças de mulheres do quintil mais elevado.
3.12 CONHECIMENTOS, ATITUDES E COMPORTAMENTOS EM RELAÇÃO AO HIV E SIDA

O IMASIDA 2015 incluiu uma série de questões sobre o conhecimento dos modos de transmissão, métodos de prevenção e comportamentos que podem ajudar a prevenir a transmissão do HIV. O tipo de respostas às questões, indica a importância do conhecimento dos diferentes métodos de prevenção da transmissão do HIV, nomeadamente: (i) uso correcto e consistente do preservativo, (ii) abstinência sexual, (iii) início tardio da prática sexual entre os jovens e (iv) redução do número de parceiros sexuais.

O Quadro 17 mostra que 54 porcento das mulheres e 65 porcento dos homens de 15-49 anos afirmaram saber que o uso consistente do preservativo pode prevenir a transmissão de HIV. Sessenta e cinco porcento das mulheres e 72 porcento dos homens sabem que limitando as relações sexuais a um único parceiro não infectado e sem outros parceiros sexuais pode prevenir a transmissão de HIV. A proporção de homens e mulheres que sabem que usando preservativo e limitando as relações sexuais a um único parceiro não infectado e sem outros parceiros sexuais pode contribuir para a prevenção do HIV é de 47 e 56 porcento, respectivamente.

A percentagem de homens e mulheres de 15-49 anos que conhece os dois métodos de prevenção de HIV (fidelidade e uso do preservativo) varia segundo o estado civil e área de residência. As mulheres que nunca casaram e nunca tiveram relações sexuais apresentam um baixo nível de conhecimento em comparação às mulheres que nunca casaram mas já tiveram relações sexuais (33 porcento contra 64 porcento). O mesmo comportamento se verifica entre os homens, sendo 49 porcento contra 64 porcento.

Os homens e mulheres residentes nas zonas rurais e sem instrução possuem menos conhecimento sobre os dois métodos de prevenção acima citados. A variação também se verifica por província. Assim, apenas 28 porcento das mulheres residentes em Nampula contra 75 porcento em Inhambane conhecem os dois métodos de prevenção. Entre os homens, o nível de conhecimento varia de um mínimo de 34 porcento na província de Nampula para um máximo de 84 porcento em Gaza. O nível de conhecimento sobre os dois métodos de prevenção aumenta com o nível de escolaridade, bem como com o quintil de riqueza, tanto nas mulheres como nos homens.

A figura 4 mostra que o conhecimento dos dois métodos de prevenção de HIV (fidelidade e uso do preservativo) nos homens e mulheres de 15-49 anos reduziu em relação aos dados de INSIDA 2009, IDS 2011 e IMASIDA 2015, apesar de se verificar um aumento pouco acentuado para os homens no ano 2011.
### Quadro 17  Conhecimento de métodos para prevenir o HIV

Percentagem de homens e mulheres de 15-49 anos que, em resposta a determinadas perguntas, afirmaram ser possível reduzir o risco de contágio com HIV usando preservativos sempre que tiverem relações sexuais e limitando as relações sexuais a um único parceiro não infectado e sem outros parceiros sexuais, segundo características selecionadas, Moçambique IMASIDA 2015

<table>
<thead>
<tr>
<th>Característica</th>
<th>Usando preservativos&lt;sup&gt;1&lt;/sup&gt;</th>
<th>Limitando as relações sexuais a um único parceiro não infectado&lt;sup&gt;2&lt;/sup&gt;</th>
<th>Número de mulheres</th>
<th>Usando preservativos&lt;sup&gt;1&lt;/sup&gt;</th>
<th>Limitando as relações sexuais a um único parceiro não infectado&lt;sup&gt;2&lt;/sup&gt;</th>
<th>Número de homens</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Idade</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15-24</td>
<td>54,6</td>
<td>62,8</td>
<td>46,5</td>
<td>2.874</td>
<td>65,4</td>
<td>68,2</td>
</tr>
<tr>
<td>15-19</td>
<td>51,3</td>
<td>59,4</td>
<td>43,6</td>
<td>1.494</td>
<td>64,1</td>
<td>65,2</td>
</tr>
<tr>
<td>20-24</td>
<td>58,2</td>
<td>66,4</td>
<td>49,7</td>
<td>1.380</td>
<td>67,1</td>
<td>71,9</td>
</tr>
<tr>
<td>25-29</td>
<td>55,8</td>
<td>69,6</td>
<td>50,3</td>
<td>1.087</td>
<td>68,8</td>
<td>75,7</td>
</tr>
<tr>
<td>30-39</td>
<td>56,2</td>
<td>67,2</td>
<td>48,6</td>
<td>1.750</td>
<td>63,6</td>
<td>75,1</td>
</tr>
<tr>
<td>40-49</td>
<td>50,6</td>
<td>60,8</td>
<td>43,3</td>
<td>1.202</td>
<td>63,8</td>
<td>74,3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Estado civil</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nunca casado(a)</td>
<td>60,8</td>
<td>66,9</td>
<td>53,2</td>
<td>1.178</td>
<td>69,8</td>
<td>70,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Teve relações sexuais</td>
<td>71,1</td>
<td>79,6</td>
<td>64,4</td>
<td>751</td>
<td>74,1</td>
<td>75,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Nunca teve relações sexuais</td>
<td>42,6</td>
<td>44,4</td>
<td>33,4</td>
<td>427</td>
<td>58,2</td>
<td>60,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Casado(a)/em união de facto</td>
<td>52,2</td>
<td>63,2</td>
<td>44,9</td>
<td>4.565</td>
<td>62,3</td>
<td>72,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Divorciado(a)/separado(a)/viúvo(a)</td>
<td>57,1</td>
<td>67,8</td>
<td>49,4</td>
<td>1.171</td>
<td>69,6</td>
<td>76,0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Residência</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Urbano</td>
<td>67,3</td>
<td>73,7</td>
<td>59,1</td>
<td>2.437</td>
<td>74,1</td>
<td>78,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>47,5</td>
<td>59,7</td>
<td>40,6</td>
<td>4.478</td>
<td>59,3</td>
<td>68,2</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Província</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nampula</td>
<td>52,9</td>
<td>66,2</td>
<td>49,3</td>
<td>362</td>
<td>50,0</td>
<td>49,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Cabo Delgado</td>
<td>40,9</td>
<td>44,5</td>
<td>31,5</td>
<td>636</td>
<td>66,9</td>
<td>71,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Niassa</td>
<td>33,3</td>
<td>61,9</td>
<td>28,0</td>
<td>1.441</td>
<td>46,2</td>
<td>65,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Zambézia</td>
<td>50,5</td>
<td>54,4</td>
<td>40,1</td>
<td>813</td>
<td>68,6</td>
<td>70,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Tete</td>
<td>61,1</td>
<td>71,2</td>
<td>57,8</td>
<td>515</td>
<td>57,5</td>
<td>67,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Manica</td>
<td>53,7</td>
<td>58,5</td>
<td>45,2</td>
<td>526</td>
<td>77,2</td>
<td>82,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Sofala</td>
<td>46,9</td>
<td>56,3</td>
<td>41,9</td>
<td>648</td>
<td>54,1</td>
<td>62,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Inhambane</td>
<td>80,5</td>
<td>87,3</td>
<td>75,4</td>
<td>474</td>
<td>84,3</td>
<td>88,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Gaza</td>
<td>72,3</td>
<td>71,2</td>
<td>57,9</td>
<td>621</td>
<td>88,9</td>
<td>86,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Província</td>
<td>80,6</td>
<td>87,0</td>
<td>74,7</td>
<td>400</td>
<td>82,1</td>
<td>81,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Cidade</td>
<td>78,0</td>
<td>77,3</td>
<td>68,2</td>
<td>476</td>
<td>83,6</td>
<td>86,8</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Nível de escolaridade</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nenhum</td>
<td>38,8</td>
<td>55,8</td>
<td>34,1</td>
<td>1.795</td>
<td>49,8</td>
<td>58,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Primário</td>
<td>52,4</td>
<td>62,0</td>
<td>44,1</td>
<td>3.544</td>
<td>60,2</td>
<td>67,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Secundário</td>
<td>77,0</td>
<td>79,9</td>
<td>68,2</td>
<td>1.463</td>
<td>76,0</td>
<td>63,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Superior</td>
<td>77,4</td>
<td>88,5</td>
<td>74,4</td>
<td>113</td>
<td>87,7</td>
<td>88,8</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Quintil de riqueza</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mais baixo</td>
<td>37,7</td>
<td>53,8</td>
<td>30,3</td>
<td>1.335</td>
<td>51,8</td>
<td>63,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Segundo</td>
<td>38,3</td>
<td>56,4</td>
<td>34,1</td>
<td>1.308</td>
<td>53,3</td>
<td>64,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Médio</td>
<td>50,5</td>
<td>60,9</td>
<td>42,8</td>
<td>1.259</td>
<td>58,2</td>
<td>66,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Quarto</td>
<td>64,1</td>
<td>70,4</td>
<td>56,0</td>
<td>1.424</td>
<td>74,5</td>
<td>77,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Mais elevado</td>
<td>76,5</td>
<td>78,3</td>
<td>67,3</td>
<td>1.588</td>
<td>80,2</td>
<td>83,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Total 15-49</td>
<td>54,5</td>
<td>64,6</td>
<td>47,1</td>
<td>6.915</td>
<td>65,2</td>
<td>72,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Total 50-59</td>
<td>45,0</td>
<td>60,3</td>
<td>40,1</td>
<td>834</td>
<td>63,3</td>
<td>70,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Total 15-59</td>
<td>53,5</td>
<td>64,2</td>
<td>46,3</td>
<td>7.749</td>
<td>65,0</td>
<td>72,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<sup>1</sup> Usando preservativos cada vez que tem relações sexuais

<sup>2</sup> Parceiro(a) que não tem outros/as parceiros/as sexuais
3.12.1 Conhecimento abrangente sobre o HIV nos jovens de 15-24 anos e na população de 15-49 anos

A informação sobre as formas de transmissão de HIV é crucial para o empoderamento da população no conhecimento sobre a prevenção da infecção. Assim, esta informação é importante para a população jovem, vulnerável ao HIV pelo facto de se encontrar exposta a comportamentos de risco como, por exemplo, as relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros.

Os Quadros 18.1 e 18.2 descrevem aspectos do conhecimento abrangente sobre o HIV entre jovens de 15-24 anos e homens e mulheres de 15-49 anos. O conhecimento abrangente é um indicador composto que inclui os seguintes elementos: (i) saber que tanto o uso do preservativo como a limitação do número de parceiros sexuais a um parceiro não infectado e sem outros parceiros sexuais pode reduzir o risco de infecção; (ii) saber que uma pessoa aparentemente saudável pode estar infectada pelo HIV; e (iii) ter a capacidade de rejeitar duas concepções erradas mais comuns de que o HIV pode ser transmitido pela picada de mosquitos e que se pode contrair o HIV partilhando alimentos com uma pessoa infectada.

Entre os jovens de 15-24 anos, 31 porcento das mulheres e 30 porcento dos homens possuem um conhecimento abrangente sobre o HIV e SIDA. Há diferenças entre as áreas rurais e urbanas, sendo o nível de conhecimento abrangente mais baixo nas áreas rurais para ambos os sexos (25 porcento das mulheres e 23 porcento dos homens) em comparação com as áreas urbanas (39 porcento das mulheres e 38 porcento dos homens). A percentagem de jovens do sexo feminino com conhecimento abrangente é mais baixa nas províncias de Zambézia, Cabo Delgado e Gaza (todas com 20 porcento) do que na província de Inhambane (60 porcento), o que representa uma diferença de 40 pontos percentuais. Entre os indivíduos do sexo masculino, a percentagem de conhecimento abrangente é mais baixa na província de Niassa (14 porcento) e mais alta na província de Inhambane (56 porcento), o que representa uma diferença de 42 pontos percentuais.

O conhecimento abrangente aumenta com o nível de educação entre os jovens de ambos os sexos. Entre as mulheres de 15-24 anos, passa de 17 porcento nas jovens sem instrução para 64 porcento nas jovens com nível de escolaridade superior e, entre os rapazes, passa de 14 porcento entre os jovens sem instrução para 62 porcento entre os jovens com nível de escolaridade superior. O mesmo comportamento pode ser verificado em relação ao quintil de riqueza.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Característica</th>
<th>Mulheres de 15-24</th>
<th>Homens de 15-24</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Não consegue</td>
<td>Não consegue</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>quejam</td>
<td>quejam</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>pessoas</td>
<td>pessoas</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>aparentemente</td>
<td>aparentemente</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>saudável</td>
<td>saudável</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>pode ter HIV</td>
<td>pode ter HIV</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>O HIV não</td>
<td>O HIV não</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>pode ser transmitido</td>
<td>pode ser</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>por picada de mosquito</td>
<td>transmitido</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>O HIV não</td>
<td>O HIV não</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>pode ser transmitido</td>
<td>pode ser</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>por meios sobrenaturais</td>
<td>transmitido</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>uma pessoa</td>
<td>uma pessoa</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>que tenha HIV</td>
<td>que tenha HIV</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>rejeita as</td>
<td>rejeita as</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>duas</td>
<td>duas</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>concepções</td>
<td>concepções</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>erradas mais</td>
<td>erradas mais</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>comuns e diz</td>
<td>comuns e diz</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>que uma pessoa</td>
<td>que uma pessoa</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>aparentemente</td>
<td>aparentemente</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>saudável</td>
<td>saudável</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>pode ter HIV</td>
<td>pode ter HIV</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>O HIV não</td>
<td>O HIV não</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>pode ser transmitido</td>
<td>pode ser</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>por picada de mosquito</td>
<td>transmitido</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>O HIV não</td>
<td>O HIV não</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>pode ser transmitido</td>
<td>pode ser</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>por meios sobrenaturais</td>
<td>transmitido</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>uma pessoa</td>
<td>uma pessoa</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>que tenha HIV</td>
<td>que tenha HIV</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>rejeita as</td>
<td>rejeita as</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>duas</td>
<td>duas</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>concepções</td>
<td>concepções</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>erradas mais</td>
<td>erradas mais</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>comuns e diz</td>
<td>comuns e diz</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>que uma pessoa</td>
<td>que uma pessoa</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>aparentemente</td>
<td>aparentemente</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>saudável</td>
<td>saudável</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>pode ter HIV</td>
<td>pode ter HIV</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>O HIV não</td>
<td>O HIV não</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>pode ser transmitido</td>
<td>pode ser</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>por picada de mosquito</td>
<td>transmitido</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>O HIV não</td>
<td>O HIV não</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>pode ser transmitido</td>
<td>pode ser</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>por meios sobrenaturais</td>
<td>transmitido</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Característica</th>
<th>Mulheres de 15-24</th>
<th>Homens de 15-24</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Não consegue</td>
<td>Não consegue</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>pessoas</td>
<td>pessoas</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>aparentemente</td>
<td>aparentemente</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>saudável</td>
<td>saudável</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>pode ter HIV</td>
<td>pode ter HIV</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>O HIV não</td>
<td>O HIV não</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>pode ser transmitido</td>
<td>pode ser</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>por picada de mosquito</td>
<td>transmitido</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>O HIV não</td>
<td>O HIV não</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>pode ser transmitido</td>
<td>pode ser</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>por meios sobrenaturais</td>
<td>transmitido</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>uma pessoa</td>
<td>uma pessoa</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>que tenha HIV</td>
<td>que tenha HIV</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>rejeita as</td>
<td>rejeita as</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>duas</td>
<td>duas</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>concepções</td>
<td>concepções</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>erradas mais</td>
<td>erradas mais</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>comuns e diz</td>
<td>comuns e diz</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>que uma pessoa</td>
<td>que uma pessoa</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>aparentemente</td>
<td>aparentemente</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>saudável</td>
<td>saudável</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>pode ter HIV</td>
<td>pode ter HIV</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>O HIV não</td>
<td>O HIV não</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>pode ser transmitido</td>
<td>pode ser</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>por picada de mosquito</td>
<td>transmitido</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>O HIV não</td>
<td>O HIV não</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>pode ser transmitido</td>
<td>pode ser</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>por meios sobrenaturais</td>
<td>transmitido</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>uma pessoa</td>
<td>uma pessoa</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>que tenha HIV</td>
<td>que tenha HIV</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>rejeita as</td>
<td>rejeita as</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>duas</td>
<td>duas</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>concepções</td>
<td>concepções</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>erradas mais</td>
<td>erradas mais</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>comuns e diz</td>
<td>comuns e diz</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>que uma pessoa</td>
<td>que uma pessoa</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>aparentemente</td>
<td>aparentemente</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>saudável</td>
<td>saudável</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>pode ter HIV</td>
<td>pode ter HIV</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>O HIV não</td>
<td>O HIV não</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>pode ser transmitido</td>
<td>pode ser</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>por picada de mosquito</td>
<td>transmitido</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>O HIV não</td>
<td>O HIV não</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>pode ser transmitido</td>
<td>pode ser</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>por meios sobrenaturais</td>
<td>transmitido</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(Continua...)
<table>
<thead>
<tr>
<th>Característica</th>
<th>Mulheres de 15-24</th>
<th>Homens de 15-24</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Percentagem</td>
<td>Número de</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>que rejeita as</td>
<td>mulheres</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>duas</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>concepções</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>erradas mais</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>comuns e diz</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>que uma pessoa</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>aparentemente</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>saudável pode</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ter HIV</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>O HIV não se pode</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>transmitido</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>por picada de</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>mosquito</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>O HIV não pode</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ser transmitido</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>por meios</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>sobrenaturais</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Uma pessoa</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>não se pode</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>infectar por</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>partilhar comida</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>com alguém que</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>tenha HIV</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Uma pessoa</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>aparentemente</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>saudável pode</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ter HIV</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>O HIV não se pode</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>transmitido</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>por picada de</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>mosquito</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>O HIV não pode</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ser transmitido</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>por meios</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>sobrenaturais</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Uma pessoa</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>aparentemente</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>saudável pode</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ter HIV</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>O HIV não se pode</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>transmitido</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>por picada de</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>mosquito</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>O HIV não pode</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ser transmitido</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>por meios</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>sobrenaturais</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Percentagem</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>com conhecimento</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>abrangente sobre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>a prevenção de</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>HIV¹</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nível de escolaridade</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nenhum</td>
<td>49,0</td>
<td>57,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Primário</td>
<td>56,9</td>
<td>64,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Secundário</td>
<td>77,2</td>
<td>80,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Superior</td>
<td>92,9</td>
<td>90,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Quintil de riqueza</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mais baixo</td>
<td>44,1</td>
<td>61,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Segundo</td>
<td>51,4</td>
<td>63,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Médio</td>
<td>57,9</td>
<td>68,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Quarto</td>
<td>73,7</td>
<td>73,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Mais elevado</td>
<td>78,8</td>
<td>75,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Total 15-24</td>
<td>63,1</td>
<td>69,4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

¹ Conhecimento abrangente sobre a prevenção de HIV significa saber que o uso consistente do preservativo durante relações sexuais e ter um único parceiro fiel e não infectado pode reduzir o risco de contágio com HIV; saber que uma pessoa aparentemente saudável pode ter o HIV; e rejeitar as duas concepções erradas mais comuns (contrair HIV com picadas de mosquitos ou por comer com uma pessoa que tem HIV) sobre a transmissão ou prevenção de HIV.
### Quadro 18.2  Conhecimento abrangente sobre a prevenção de HIV entre homens e mulheres de 15-49 anos

<table>
<thead>
<tr>
<th>Característica</th>
<th>Número de mulheres</th>
<th>%Percentagem que rejeita as duas concepções erradas mais comuns e diz que uma pessoa aparentemente saudável pode ter HIV</th>
<th>Núcleo de percepção de prevenção de HIV1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Idade</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15-19</td>
<td>58,0</td>
<td>67,2</td>
<td>71,3</td>
</tr>
<tr>
<td>20-24</td>
<td>65,6</td>
<td>71,9</td>
<td>75,7</td>
</tr>
<tr>
<td>25-29</td>
<td>68,5</td>
<td>74,7</td>
<td>78,7</td>
</tr>
<tr>
<td>30-34</td>
<td>69,4</td>
<td>76,6</td>
<td>81,1</td>
</tr>
<tr>
<td>35-39</td>
<td>66,9</td>
<td>80,9</td>
<td>86,3</td>
</tr>
<tr>
<td>40-44</td>
<td>68,6</td>
<td>82,4</td>
<td>88,4</td>
</tr>
<tr>
<td>45-49</td>
<td>66,0</td>
<td>76,9</td>
<td>81,4</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Estado civil</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nunca casado(a)</td>
<td>16,9</td>
<td>70,9</td>
<td>74,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Casado(a) em algum momento</td>
<td>63,8</td>
<td>77,3</td>
<td>83,9</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Residência</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Urbano</td>
<td>76,4</td>
<td>81,7</td>
<td>88,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>57,5</td>
<td>67,9</td>
<td>74,2</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Provincia</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Cabo Delgado</td>
<td>47,2</td>
<td>81,2</td>
<td>89,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Província</td>
<td>42,6</td>
<td>88,0</td>
<td>94,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Manica</td>
<td>48,2</td>
<td>86,8</td>
<td>93,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Niassa</td>
<td>53,9</td>
<td>83,4</td>
<td>89,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Tete</td>
<td>73,5</td>
<td>87,7</td>
<td>95,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Sofala</td>
<td>61,6</td>
<td>88,9</td>
<td>95,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Zambézia</td>
<td>57,7</td>
<td>83,4</td>
<td>89,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Nampula</td>
<td>62,5</td>
<td>86,9</td>
<td>93,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Gaza</td>
<td>48,5</td>
<td>86,8</td>
<td>93,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Cidade</td>
<td>58,5</td>
<td>88,0</td>
<td>94,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(Continua…)
### Quadro 18.2—Continuação

#### Mulheres de 15-49

<table>
<thead>
<tr>
<th>Característica</th>
<th>O HIV não pode ser transmitido por picada de mosquito</th>
<th>O HIV não pode ser transmitido por meios sobrenaturais</th>
<th>Uma pessoa aparentemente saudável pode ter HIV</th>
<th>Percentagem que rejeita as duas concepções erradas mais comuns e diz que uma pessoa aparentemente saudável pode ter HIV</th>
<th>Percentagem com conhecimento abrangente sobre a prevenção de HIV</th>
<th>Número de mulheres</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nível de escolaridade</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nenhum</td>
<td>53,2</td>
<td>61,3</td>
<td>68,1</td>
<td>69,6</td>
<td>39,1</td>
<td>20,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Primário</td>
<td>62,0</td>
<td>66,1</td>
<td>77,3</td>
<td>74,0</td>
<td>40,7</td>
<td>26,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Secundário</td>
<td>80,9</td>
<td>81,0</td>
<td>89,5</td>
<td>89,3</td>
<td>62,6</td>
<td>47,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Superior</td>
<td>90,4</td>
<td>91,8</td>
<td>91,8</td>
<td>95,4</td>
<td>78,8</td>
<td>62,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Quintil de riqueza</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mais baixo</td>
<td>50,2</td>
<td>62,4</td>
<td>66,0</td>
<td>69,1</td>
<td>35,4</td>
<td>18,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Segundo</td>
<td>48,2</td>
<td>64,4</td>
<td>71,9</td>
<td>71,1</td>
<td>33,7</td>
<td>19,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Médio</td>
<td>61,2</td>
<td>68,3</td>
<td>77,0</td>
<td>73,3</td>
<td>44,2</td>
<td>27,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Quarto</td>
<td>74,7</td>
<td>71,2</td>
<td>84,1</td>
<td>81,1</td>
<td>52,6</td>
<td>37,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Mais elevado</td>
<td>82,0</td>
<td>74,4</td>
<td>87,3</td>
<td>85,4</td>
<td>58,6</td>
<td>44,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>64,2</td>
<td>68,4</td>
<td>77,7</td>
<td>76,5</td>
<td>45,6</td>
<td>30,1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Homens de 15-49

<table>
<thead>
<tr>
<th>Característica</th>
<th>O HIV não pode ser transmitido por picada de mosquito</th>
<th>O HIV não pode ser transmitido por meios sobrenaturais</th>
<th>Uma pessoa aparentemente saudável pode ter HIV</th>
<th>Percentagem que rejeita as duas concepções erradas mais comuns e diz que uma pessoa aparentemente saudável pode ter HIV</th>
<th>Percentagem com conhecimento abrangente sobre a prevenção de HIV</th>
<th>Número de homens</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nível de escolaridade</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nenhum</td>
<td>62,3</td>
<td>61,9</td>
<td>70,9</td>
<td>65,0</td>
<td>38,6</td>
<td>15,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Primário</td>
<td>65,7</td>
<td>62,1</td>
<td>72,8</td>
<td>72,2</td>
<td>39,4</td>
<td>24,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Secundário</td>
<td>84,0</td>
<td>75,0</td>
<td>87,8</td>
<td>86,5</td>
<td>58,8</td>
<td>43,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Superior</td>
<td>93,7</td>
<td>84,0</td>
<td>93,0</td>
<td>94,0</td>
<td>77,2</td>
<td>65,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Quintil de riqueza</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mais baixo</td>
<td>62,6</td>
<td>62,2</td>
<td>71,0</td>
<td>71,6</td>
<td>39,5</td>
<td>20,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Segundo</td>
<td>60,0</td>
<td>66,6</td>
<td>71,2</td>
<td>71,2</td>
<td>38,8</td>
<td>19,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Médio</td>
<td>64,5</td>
<td>67,9</td>
<td>75,4</td>
<td>73,2</td>
<td>42,1</td>
<td>26,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Quarto</td>
<td>77,1</td>
<td>68,2</td>
<td>80,9</td>
<td>78,9</td>
<td>49,1</td>
<td>36,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Mais elevado</td>
<td>88,9</td>
<td>69,6</td>
<td>87,4</td>
<td>85,2</td>
<td>59,1</td>
<td>46,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>72,2</td>
<td>67,0</td>
<td>78,1</td>
<td>76,8</td>
<td>46,9</td>
<td>31,2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1. Número de mulheres/sup. homens.
Na população de homens e mulheres de 15-49 anos, o nível de conhecimento abrangente é de 30 porcento entre as mulheres e 31 porcento entre os homens. Em relação à área de residência, nível de escolaridade e quintil de riqueza, verifica-se uma tendência semelhante à dos jovens de 15-24 anos. As províncias de Cabo Delgado (17 porcento), Nampula (18 porcento) e Zambézia (20 porcento) são as que apresentam mulheres com níveis de conhecimento abrangente mais baixo em comparação com as províncias de Tete (47 porcento), Maputo província (50 porcento) e Inhambane (61 porcento). Os homens das províncias de Niassa, Cabo Delgado e Nampula são os que apresentam baixo nível de conhecimento abrangente, em comparação com os homens da província de Inhambane (57 porcento) e cidade de Maputo (53 porcento).

3.12.2 Múltiplos parceiros sexuais

Os homens e mulheres entrevistados responderam a questões sobre o número de parceiros sexuais nos 12 meses anteriores à entrevista, o uso do preservativo na última relação sexual e o número de parceiros sexuais em toda a vida. Os Quadros 19.1 e 19.2 mostram a percentagem de homens e mulheres dos 15-49 anos que tiveram relações sexuais com dois ou mais parceiros nos últimos 12 meses anteriores ao inquérito.

Três porcento das mulheres de 15-49 anos afirmaram ter tido dois ou mais parceiros sexuais nos últimos 12 meses. Entre as mulheres que tiveram dois ou mais parceiros nos últimos 12 meses, sete em cada dez não usaram preservativo durante a última relação sexual (72 porcento). A média de parceiros sexuais em toda a vida nas mulheres que alguma vez tiveram relações sexuais é de dois.

Relativamente aos homens, 20 porcento afirmaram ter tido duas ou mais parceiras sexuais nos últimos 12 meses e aproximadamente um em cada quatro desses homens afirmaram não ter usado preservativo durante a última relação sexual (24 porcento). A média de parceiros sexuais em toda a vida nos homens que alguma vez tiveram uma relação sexual é de sete, três vezes mais do que a média de parceiros nas mulheres.

A proporção dos homens que tiveram duas ou mais parceiras sexuais nos últimos 12 meses é maior nas áreas urbanas (23 porcento) em comparação com as áreas rurais (19 porcento). Em relação às províncias, a proporção é mais alta na província de Cabo Delgado (42 porcento) e menor na província de Nampula (10 porcento), com uma diferença de 32 pontos percentuais. A percentagem dos homens que tiveram duas ou mais parceiras sexuais nos últimos 12 meses e que usaram preservativo durante a última relação sexual aumenta consstante o nível de escolaridade (10 porcento para os homens sem instrução e 62 porcento para os homens com nível de escolaridade superior). A percentagem dos homens que usaram preservativo tende a aumentar com o quintil de riqueza.
Entre as mulheres de 15-49 anos, a percentagem que teve relações sexuais com dois ou mais parceiros sexuais nos últimos 12 meses; entre as mulheres que tiveram dois ou mais parceiros nos últimos 12 meses, a percentagem que afirmou ter usado preservativo durante a última relação sexual; e entre as mulheres que alguma vez tiveram relações sexuais, a média de parceiros sexuais em toda sua vida, por características selecionadas, Moçambique IMASIDA 2015

<table>
<thead>
<tr>
<th>Característica</th>
<th>Todas as mulheres</th>
<th>Mulheres que tiveram 2 ou mais parceiros nos últimos 12 meses</th>
<th>Mulheres que alguma vez tiveram relações sexuais</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Percentagem que tiveram 2 ou mais parceiros nos últimos 12 meses</td>
<td>Número de mulheres</td>
<td>Percentagem que usou preservativo durante a última relação sexual</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Idade</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15-24</td>
<td>3,2</td>
<td>2.874</td>
<td>41,9</td>
</tr>
<tr>
<td>15-19</td>
<td>2,7</td>
<td>1.494</td>
<td>(43,2)</td>
</tr>
<tr>
<td>20-24</td>
<td>3,8</td>
<td>1.380</td>
<td>41,0</td>
</tr>
<tr>
<td>25-29</td>
<td>3,5</td>
<td>1.087</td>
<td>(24,5)</td>
</tr>
<tr>
<td>30-39</td>
<td>3,1</td>
<td>1.750</td>
<td>16,5</td>
</tr>
<tr>
<td>40-49</td>
<td>1,5</td>
<td>1.202</td>
<td>*</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Estado civil</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nunca casado(a)</td>
<td>4,9</td>
<td>1.178</td>
<td>55,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Casado(a)/em união de facto</td>
<td>2,0</td>
<td>4.565</td>
<td>12,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Divorciado(a)/separado(a)/vivo(a)</td>
<td>4,3</td>
<td>1.171</td>
<td>27,2</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Residência</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Urbano</td>
<td>3,9</td>
<td>2.437</td>
<td>39,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>2,4</td>
<td>4.478</td>
<td>18,4</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Provincia</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Niassa</td>
<td>3,0</td>
<td>362</td>
<td>*</td>
</tr>
<tr>
<td>Cabo Delgado</td>
<td>8,0</td>
<td>639</td>
<td>(17,2)</td>
</tr>
<tr>
<td>Nampula</td>
<td>0,7</td>
<td>1.441</td>
<td>*</td>
</tr>
<tr>
<td>Zambézia</td>
<td>4,0</td>
<td>813</td>
<td>*</td>
</tr>
<tr>
<td>Tele</td>
<td>0,1</td>
<td>515</td>
<td>*</td>
</tr>
<tr>
<td>Manica</td>
<td>1,0</td>
<td>526</td>
<td>*</td>
</tr>
<tr>
<td>Sofala</td>
<td>1,4</td>
<td>648</td>
<td>*</td>
</tr>
<tr>
<td>Inhambane</td>
<td>2,9</td>
<td>474</td>
<td>*</td>
</tr>
<tr>
<td>Gaza</td>
<td>2,1</td>
<td>621</td>
<td>*</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Província</td>
<td>5,5</td>
<td>400</td>
<td>(52,4)</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Cidade</td>
<td>7,0</td>
<td>476</td>
<td>55,6</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Nível de escolaridade</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nenhuma</td>
<td>2,0</td>
<td>1.795</td>
<td>(10,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Primário</td>
<td>2,5</td>
<td>3.544</td>
<td>18,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Secundário</td>
<td>5,2</td>
<td>1.463</td>
<td>47,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Superior</td>
<td>1,7</td>
<td>113</td>
<td>*</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Quintil de riqueza</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mais baixo</td>
<td>3,1</td>
<td>1.335</td>
<td>(13,0)</td>
</tr>
<tr>
<td>Segundo</td>
<td>2,3</td>
<td>1.308</td>
<td>*</td>
</tr>
<tr>
<td>Médio</td>
<td>1,7</td>
<td>1.259</td>
<td>(15,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Quarto</td>
<td>3,1</td>
<td>1.424</td>
<td>36,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Mais elevado</td>
<td>4,1</td>
<td>1.588</td>
<td>45,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Total 15-49</td>
<td>2,9</td>
<td>6.915</td>
<td>28,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Mulheres 50-59</td>
<td>0,4</td>
<td>834</td>
<td>*</td>
</tr>
<tr>
<td>Total 15-59</td>
<td>2,6</td>
<td>7.749</td>
<td>28,1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Notas: As percentagens entre parênteses baseiam-se em 25-49 casos não ponderados; um asterisco indica que a percentagem baseia-se em menos de 25 casos não ponderados, portanto a percentagem foi suprimida.

1 A média exclui as pessoas que deram respostas não numéricas.
Quadro 19.2  Parceiras sexuais múltiplas nos últimos 12 meses: Homens

Entre os homens de 15-49 anos, a percentagem que teve relações sexuais com duas ou mais parceiras sexuais nos últimos 12 meses; entre os homens que tiveram duas ou mais parceiras nos últimos 12 meses, a percentagem que afirmou ter usado preservativo durante a última relação sexual; e entre os homens que alguma vez tiveram relações sexuais, a média de parceiras sexuais em toda sua vida, por características selecionadas, Moçambique IMASIDA 2015

<table>
<thead>
<tr>
<th>Característica</th>
<th>Percentagem que teve 2 ou mais parceiras nos últimos 12 meses</th>
<th>Número de homens</th>
<th>Homens que tiveram 2 ou mais parceiras nos últimos 12 meses</th>
<th>Percentagem que usou preservativo durante a última relação sexual</th>
<th>Número de homens</th>
<th>Homens que alguma vez tiveram relações sexuais</th>
<th>Média de parceiras sexuais em toda sua vida</th>
<th>Número de homens</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Idade</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15-24</td>
<td>17,6</td>
<td>1.995</td>
<td>39,4</td>
<td>351</td>
<td>5,4</td>
<td>1.463</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15-19</td>
<td>12,1</td>
<td>1.101</td>
<td>38,6</td>
<td>133</td>
<td>4,1</td>
<td>671</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>20-24</td>
<td>24,4</td>
<td>894</td>
<td>39,8</td>
<td>218</td>
<td>6,5</td>
<td>793</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>25-29</td>
<td>29,0</td>
<td>691</td>
<td>28,7</td>
<td>200</td>
<td>7,0</td>
<td>608</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>30-39</td>
<td>23,2</td>
<td>1.181</td>
<td>16,7</td>
<td>273</td>
<td>7,2</td>
<td>1.025</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>40-49</td>
<td>17,7</td>
<td>857</td>
<td>7,4</td>
<td>152</td>
<td>8,0</td>
<td>723</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Estado civil</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nunca casado(a)</td>
<td>16,7</td>
<td>1.564</td>
<td>58,3</td>
<td>261</td>
<td>5,1</td>
<td>1.057</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Casado(a)/em união de fado</td>
<td>22,4</td>
<td>2.918</td>
<td>12,0</td>
<td>655</td>
<td>7,0</td>
<td>2.551</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Divorciado(a)/separado(a)/viúvo(a)</td>
<td>25,5</td>
<td>242</td>
<td>36,4</td>
<td>62</td>
<td>9,4</td>
<td>211</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Residência</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Urbano</td>
<td>23,4</td>
<td>1.876</td>
<td>44,4</td>
<td>440</td>
<td>7,0</td>
<td>1.492</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>18,9</td>
<td>2.848</td>
<td>10,7</td>
<td>537</td>
<td>6,4</td>
<td>2.327</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Província</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Niassa</td>
<td>18,5</td>
<td>265</td>
<td>15,8</td>
<td>49</td>
<td>5,6</td>
<td>220</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Cabo Delgado</td>
<td>42,4</td>
<td>502</td>
<td>9,8</td>
<td>213</td>
<td>11,8</td>
<td>371</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nampula</td>
<td>9,6</td>
<td>1.058</td>
<td>6,7</td>
<td>101</td>
<td>5,9</td>
<td>912</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Zamábézia</td>
<td>24,5</td>
<td>511</td>
<td>11,9</td>
<td>125</td>
<td>6,8</td>
<td>468</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tele</td>
<td>15,3</td>
<td>324</td>
<td>25,0</td>
<td>50</td>
<td>3,7</td>
<td>269</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Manica</td>
<td>14,1</td>
<td>335</td>
<td>28,9</td>
<td>47</td>
<td>4,0</td>
<td>264</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sofala</td>
<td>14,7</td>
<td>447</td>
<td>32,1</td>
<td>66</td>
<td>5,3</td>
<td>361</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Inhambane</td>
<td>13,7</td>
<td>248</td>
<td>20,1</td>
<td>34</td>
<td>7,2</td>
<td>145</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gana</td>
<td>24,7</td>
<td>317</td>
<td>38,2</td>
<td>78</td>
<td>8,0</td>
<td>233</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Província</td>
<td>29,7</td>
<td>354</td>
<td>48,2</td>
<td>105</td>
<td>9,4</td>
<td>322</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Cidade</td>
<td>29,7</td>
<td>362</td>
<td>63,1</td>
<td>108</td>
<td>5,1</td>
<td>253</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nível de escolaridade</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nenhum</td>
<td>14,8</td>
<td>482</td>
<td>9,6</td>
<td>71</td>
<td>5,7</td>
<td>390</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Primário</td>
<td>18,4</td>
<td>2.544</td>
<td>12,6</td>
<td>469</td>
<td>6,7</td>
<td>2.069</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Secundário</td>
<td>25,8</td>
<td>1.544</td>
<td>40,7</td>
<td>396</td>
<td>6,8</td>
<td>1.233</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Superior</td>
<td>27,1</td>
<td>154</td>
<td>62,4</td>
<td>42</td>
<td>6,5</td>
<td>127</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Quintil de riqueza</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mais baixo</td>
<td>13,1</td>
<td>802</td>
<td>5,6</td>
<td>105</td>
<td>5,4</td>
<td>686</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Segundo</td>
<td>21,4</td>
<td>854</td>
<td>4,3</td>
<td>190</td>
<td>6,9</td>
<td>755</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Médio</td>
<td>16,3</td>
<td>875</td>
<td>9,1</td>
<td>160</td>
<td>6,3</td>
<td>704</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Quarto</td>
<td>21,7</td>
<td>909</td>
<td>25,2</td>
<td>198</td>
<td>7,5</td>
<td>701</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mais elevado</td>
<td>25,9</td>
<td>1.254</td>
<td>53,8</td>
<td>324</td>
<td>7,0</td>
<td>974</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total 15-49</td>
<td>20,7</td>
<td>4.724</td>
<td>25,9</td>
<td>977</td>
<td>6,6</td>
<td>3.819</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Homens 50-59</td>
<td>18,4</td>
<td>559</td>
<td>6,8</td>
<td>103</td>
<td>8,3</td>
<td>462</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total 15-59</td>
<td>20,4</td>
<td>5.283</td>
<td>24,1</td>
<td>1.080</td>
<td>6,8</td>
<td>4.281</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 A média exclui as pessoas que deram respostas não numéricas

3.13 COBERTURA DE SERVIÇOS DE TESTAGEM DE HIV

Saber se está ou não infectado pelo HIV leva as pessoas com resultado de HIV negativo a reduzir comportamentos de risco e adoptar práticas sexuais seguras, a fim de evitar a infecção pelo HIV. O Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS) é uma componente fundamental para a prevenção do HIV e SIDA, por constituir a porta de entrada para cuidados, tratamento e apoio psicossocial, bem como para a mudança de comportamento.

Saber onde se encontram os locais de teste acompanhado de aconselhamento de qualidade constitui a primeira etapa para o acesso ao ATS. Para avaliar o conhecimento e a cobertura dos serviços de ATS, os inquiridos foram questionados sobre os locais onde podem fazer o teste, se alguma vez fizeram o teste de HIV, se fizeram o teste nos últimos 12 meses e se receberam os resultados.
Os Quadros 20.1 e 20.2 mostram que 84 porcento das mulheres e 80 porcento dos homens de 15-49 anos conhecem os locais onde fazer o teste. No entanto, apesar de mais de oito em cada dez homens e mulheres saberem onde fazer o teste, apenas seis em cada dez mulheres (61 porcento) e aproximadamente quatro em cada dez homens (38 porcento) alguma vez fizeram um teste de HIV e receberam os resultados. No que diz respeito à percentagem de homens e mulheres que fizeram o teste e receberam os resultados nos últimos 12 meses, a situação torna-se mais preocupante pois apenas 31 porcento das mulheres e 19 porcento dos homens fizeram o teste e receberam os resultados. Entre os inquiridos que nunca casaram mas que já tiveram relações sexuais, 90 porcento das mulheres e 82 porcento dos homens conhecem os locais onde podem fazer o teste. No entanto, apenas 41 porcento das mulheres e 20 porcento dos homens não casados e que já tiverem relações sexuais fizeram o teste e receberam os resultados nos últimos 12 meses.

Cerca de 91 porcento das mulheres e 89 porcento de homens que vivem nas áreas urbanas conhecem os locais onde fazer o teste, em comparação com 80 porcento das mulheres e 74 porcento dos homens nas áreas rurais. Em relação ao acesso aos resultados do teste de HIV, verifica-se que nas zonas urbanas, 73 porcento das mulheres e 55 porcento de homens que alguma vez fizeram o teste receberam os resultados, enquanto nas zonas rurais, 55 porcento das mulheres e 30 porcento dos homens fizeram o teste de HIV e receberam os resultados.

A proporção de homens e mulheres de 15-49 anos que conhecem os locais de testagem aumenta com o nível de escolaridade, sendo 74 porcento entre as mulheres sem instrução e 100 porcento entre as mulheres com nível de escolaridade superior. No que toca aos homens, a percentagem é de 62 porcento entre os homens sem instrução e 98 porcento entre os homens com nível de escolaridade superior. A mesma tendência se verifica em relação ao quintil de riqueza, tanto para as mulheres como para os homens.

Comparando os resultados do INSIDA 2009, IDS 2011 e o IMASIDA 2015, observa-se um aumento da cobertura da testagem de HIV e da obtenção de resultados nos homens e mulheres de 15-49 anos nos últimos 5 anos (Figura 5).
Quadro 20.1  Cobertura de teste de HIV antes da entrevista: Mulheres

Percentagem de mulheres de 15-49 anos que sabem onde fazer um teste de HIV; distribuição percentual de mulheres de 15-49 anos que fizeram e não fizeram o teste de HIV e que receberam ou não receberam os resultados do último teste; percentagem que alguma vez foi testada e percentagem que foi testada nos últimos 12 meses e que recebeu o resultado do último teste, por características selecionadas, Moçambique IMASIDA 2015

<table>
<thead>
<tr>
<th>Característica</th>
<th>Alguma vez testadas e receberam os resultados</th>
<th>Alguma vez testadas mas não receberam resultados</th>
<th>Nunca testadas¹</th>
<th>Total</th>
<th>Percentagem que sabe onde fazer um teste de HIV</th>
<th>Percentagem que foi testada nos últimos 12 meses e recebeu os resultados do último teste</th>
<th>Número de mulheres</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Idade</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15-24</td>
<td>82,2</td>
<td>55,3</td>
<td>3,4</td>
<td>41,3</td>
<td>100,0</td>
<td>58,7</td>
<td>2.874</td>
</tr>
<tr>
<td>15-19</td>
<td>75,5</td>
<td>40,0</td>
<td>3,2</td>
<td>56,8</td>
<td>100,0</td>
<td>43,2</td>
<td>1.494</td>
</tr>
<tr>
<td>20-24</td>
<td>89,4</td>
<td>71,9</td>
<td>3,6</td>
<td>24,6</td>
<td>100,0</td>
<td>75,4</td>
<td>1.380</td>
</tr>
<tr>
<td>25-29</td>
<td>88,4</td>
<td>72,3</td>
<td>3,1</td>
<td>24,6</td>
<td>100,0</td>
<td>75,4</td>
<td>1.087</td>
</tr>
<tr>
<td>30-39</td>
<td>88,2</td>
<td>68,5</td>
<td>3,0</td>
<td>28,5</td>
<td>100,0</td>
<td>71,5</td>
<td>1.750</td>
</tr>
<tr>
<td>40-49</td>
<td>79,9</td>
<td>52,6</td>
<td>2,5</td>
<td>44,9</td>
<td>100,0</td>
<td>55,1</td>
<td>2.102</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Estado civil</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nunca casado(a)</td>
<td>77,6</td>
<td>44,8</td>
<td>1,0</td>
<td>54,1</td>
<td>100,0</td>
<td>45,9</td>
<td>1.178</td>
</tr>
<tr>
<td>Teve relações sexuais</td>
<td>90,3</td>
<td>64,4</td>
<td>1,4</td>
<td>34,2</td>
<td>100,0</td>
<td>65,8</td>
<td>751</td>
</tr>
<tr>
<td>Nunca teve relações</td>
<td>55,3</td>
<td>10,4</td>
<td>0,4</td>
<td>89,2</td>
<td>100,0</td>
<td>10,8</td>
<td>427</td>
</tr>
<tr>
<td>sexuais</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Casado(a)/em união de</td>
<td>85,9</td>
<td>64,0</td>
<td>3,8</td>
<td>32,3</td>
<td>100,0</td>
<td>67,7</td>
<td>4565</td>
</tr>
<tr>
<td>facto</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Divorciado(a)/separado(a)/viúvo(a)</td>
<td>84,8</td>
<td>64,7</td>
<td>2,5</td>
<td>32,8</td>
<td>100,0</td>
<td>67,2</td>
<td>28,0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Residência</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Urbano</td>
<td>91,6</td>
<td>72,5</td>
<td>1,6</td>
<td>25,9</td>
<td>100,0</td>
<td>74,1</td>
<td>2.437</td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>80,3</td>
<td>54,5</td>
<td>3,9</td>
<td>41,6</td>
<td>100,0</td>
<td>58,4</td>
<td>4.478</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Provincia</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Niassa</td>
<td>82,9</td>
<td>65,1</td>
<td>1,7</td>
<td>33,2</td>
<td>100,0</td>
<td>66,8</td>
<td>362</td>
</tr>
<tr>
<td>Cabo Delgado</td>
<td>82,3</td>
<td>46,3</td>
<td>6,3</td>
<td>47,4</td>
<td>100,0</td>
<td>52,6</td>
<td>639</td>
</tr>
<tr>
<td>Nampula</td>
<td>80,1</td>
<td>48,1</td>
<td>3,3</td>
<td>46,7</td>
<td>100,0</td>
<td>51,3</td>
<td>1.441</td>
</tr>
<tr>
<td>Zambézia</td>
<td>68,4</td>
<td>49,0</td>
<td>2,2</td>
<td>46,9</td>
<td>100,0</td>
<td>51,1</td>
<td>813</td>
</tr>
<tr>
<td>Tele</td>
<td>92,5</td>
<td>64,6</td>
<td>2,4</td>
<td>32,9</td>
<td>100,0</td>
<td>67,1</td>
<td>515</td>
</tr>
<tr>
<td>Manica</td>
<td>81,9</td>
<td>69,4</td>
<td>0,4</td>
<td>30,2</td>
<td>100,0</td>
<td>69,8</td>
<td>526</td>
</tr>
<tr>
<td>Sofala</td>
<td>78,4</td>
<td>55,5</td>
<td>7,8</td>
<td>36,7</td>
<td>100,0</td>
<td>63,3</td>
<td>648</td>
</tr>
<tr>
<td>Inhambane</td>
<td>94,5</td>
<td>75,6</td>
<td>2,3</td>
<td>22,1</td>
<td>100,0</td>
<td>77,9</td>
<td>474</td>
</tr>
<tr>
<td>Gaza</td>
<td>95,7</td>
<td>80,1</td>
<td>2,6</td>
<td>17,3</td>
<td>100,0</td>
<td>82,7</td>
<td>621</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Província</td>
<td>97,0</td>
<td>78,6</td>
<td>1,8</td>
<td>19,5</td>
<td>100,0</td>
<td>80,5</td>
<td>480</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Cidade</td>
<td>93,9</td>
<td>75,1</td>
<td>0,5</td>
<td>24,4</td>
<td>100,0</td>
<td>75,6</td>
<td>476</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Nível de escolaridade</strong></td>
<td>74,2</td>
<td>49,1</td>
<td>3,6</td>
<td>47,3</td>
<td>100,0</td>
<td>52,7</td>
<td>20,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Nenhum</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Primário</td>
<td>84,7</td>
<td>60,2</td>
<td>3,7</td>
<td>36,1</td>
<td>100,0</td>
<td>63,9</td>
<td>3.544</td>
</tr>
<tr>
<td>Secundário</td>
<td>94,5</td>
<td>74,4</td>
<td>1,1</td>
<td>24,5</td>
<td>100,0</td>
<td>75,5</td>
<td>1.463</td>
</tr>
<tr>
<td>Superior</td>
<td>100,0</td>
<td>90,8</td>
<td>1,0</td>
<td>8,3</td>
<td>100,0</td>
<td>91,7</td>
<td>113</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Quintil de riqueza</strong></td>
<td>72,6</td>
<td>46,4</td>
<td>3,0</td>
<td>50,6</td>
<td>100,0</td>
<td>49,4</td>
<td>21,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Mais baixo</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Segundo</td>
<td>75,9</td>
<td>48,1</td>
<td>5,1</td>
<td>46,9</td>
<td>100,0</td>
<td>53,1</td>
<td>1.308</td>
</tr>
<tr>
<td>Médio</td>
<td>82,2</td>
<td>57,5</td>
<td>4,3</td>
<td>38,2</td>
<td>100,0</td>
<td>61,8</td>
<td>1.259</td>
</tr>
<tr>
<td>Quarto</td>
<td>93,2</td>
<td>72,0</td>
<td>2,2</td>
<td>25,8</td>
<td>100,0</td>
<td>74,2</td>
<td>1.424</td>
</tr>
<tr>
<td>Mais elevado</td>
<td>93,9</td>
<td>76,1</td>
<td>1,4</td>
<td>22,5</td>
<td>100,0</td>
<td>77,5</td>
<td>1.588</td>
</tr>
<tr>
<td>Total 15-49</td>
<td>84,3</td>
<td>60,8</td>
<td>3,1</td>
<td>36,1</td>
<td>100,0</td>
<td>63,9</td>
<td>6.915</td>
</tr>
<tr>
<td>Mulheres 50-59</td>
<td>74,0</td>
<td>36,9</td>
<td>2,6</td>
<td>60,5</td>
<td>100,0</td>
<td>39,5</td>
<td>834</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>83,2</td>
<td>58,3</td>
<td>3,0</td>
<td>38,7</td>
<td>100,0</td>
<td>61,3</td>
<td>7.749</td>
</tr>
</tbody>
</table>

¹ Inclui 'não sabe/sem resposta'
Quadro 20.2  Cobertura de teste de HIV antes da entrevista: Homens

Percentagem de homens de 15-49 anos que sabem onde fazer um teste de HIV; distribuição percentual de homens de 15-49 anos que fizeram e não fizeram o teste de HIV e que receberam ou não receberam os resultados do último teste; percentagem que alguma vez foi testado e percentagem que foi testado nos últimos 12 meses e que recebeu os resultados do último teste, por características selecionadas, Moçambique IMASIDA 2015

<table>
<thead>
<tr>
<th>Característica</th>
<th>Percentagem que sabe onde fazer um teste de HIV</th>
<th>Alguma vez testados e receberam os resultados</th>
<th>Nunca testados¹</th>
<th>Total</th>
<th>Percentagem alguma vez testado</th>
<th>Algumas vezes testados mas não receberam os resultados</th>
<th>Receberam os resultados do último teste</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Idade</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15-24</td>
<td>75,4</td>
<td>27,7</td>
<td>1,2</td>
<td>71,0</td>
<td>100,0</td>
<td>29,2</td>
<td>15,5</td>
</tr>
<tr>
<td>15-19</td>
<td>67,2</td>
<td>18,2</td>
<td>0,9</td>
<td>80,9</td>
<td>100,0</td>
<td>19,1</td>
<td>10,1</td>
</tr>
<tr>
<td>20-24</td>
<td>85,7</td>
<td>39,4</td>
<td>1,6</td>
<td>58,9</td>
<td>100,0</td>
<td>41,1</td>
<td>22,1</td>
</tr>
<tr>
<td>25-29</td>
<td>86,9</td>
<td>50,6</td>
<td>1,7</td>
<td>47,7</td>
<td>100,0</td>
<td>52,3</td>
<td>27,4</td>
</tr>
<tr>
<td>30-39</td>
<td>83,0</td>
<td>45,4</td>
<td>1,9</td>
<td>52,7</td>
<td>100,0</td>
<td>47,3</td>
<td>21,1</td>
</tr>
<tr>
<td>40-49</td>
<td>80,7</td>
<td>40,2</td>
<td>2,1</td>
<td>57,7</td>
<td>100,0</td>
<td>42,3</td>
<td>18,5</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Estado civil</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nunca casado(a)</td>
<td>76,3</td>
<td>29,9</td>
<td>1,2</td>
<td>68,9</td>
<td>100,0</td>
<td>31,1</td>
<td>16,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Teve relações sexuais</td>
<td>81,7</td>
<td>35,4</td>
<td>1,2</td>
<td>63,4</td>
<td>100,0</td>
<td>36,6</td>
<td>20,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Nunca teve relações sexuais</td>
<td>61,8</td>
<td>15,1</td>
<td>1,1</td>
<td>83,9</td>
<td>100,0</td>
<td>16,1</td>
<td>8,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Casado(a)/em união de facto</td>
<td>81,7</td>
<td>41,3</td>
<td>1,8</td>
<td>56,9</td>
<td>100,0</td>
<td>43,1</td>
<td>20,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Divorciado(a)/separado(a)/vúvio(a)</td>
<td>82,9</td>
<td>46,0</td>
<td>1,9</td>
<td>52,2</td>
<td>100,0</td>
<td>47,8</td>
<td>23,2</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Residência</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Urbano</td>
<td>88,6</td>
<td>50,0</td>
<td>1,5</td>
<td>48,5</td>
<td>100,0</td>
<td>51,5</td>
<td>26,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>74,3</td>
<td>29,7</td>
<td>1,7</td>
<td>68,6</td>
<td>100,0</td>
<td>31,4</td>
<td>14,4</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Província</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Niassa</td>
<td>64,6</td>
<td>21,7</td>
<td>3,9</td>
<td>74,4</td>
<td>100,0</td>
<td>25,6</td>
<td>13,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Cabo Delgado</td>
<td>65,9</td>
<td>25,3</td>
<td>1,5</td>
<td>73,3</td>
<td>100,0</td>
<td>26,7</td>
<td>13,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Namíbia</td>
<td>74,2</td>
<td>24,9</td>
<td>0,5</td>
<td>74,6</td>
<td>100,0</td>
<td>25,4</td>
<td>12,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Zambézia</td>
<td>68,9</td>
<td>29,7</td>
<td>0,5</td>
<td>69,8</td>
<td>100,0</td>
<td>30,2</td>
<td>15,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Tete</td>
<td>86,3</td>
<td>43,7</td>
<td>3,2</td>
<td>53,1</td>
<td>100,0</td>
<td>46,9</td>
<td>20,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Manica</td>
<td>91,0</td>
<td>50,3</td>
<td>1,5</td>
<td>48,2</td>
<td>100,0</td>
<td>51,8</td>
<td>31,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Sofáia</td>
<td>85,3</td>
<td>41,4</td>
<td>1,0</td>
<td>57,6</td>
<td>100,0</td>
<td>42,4</td>
<td>19,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Inhambane</td>
<td>89,3</td>
<td>44,5</td>
<td>2,3</td>
<td>53,2</td>
<td>100,0</td>
<td>46,8</td>
<td>15,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Gaza</td>
<td>83,5</td>
<td>49,7</td>
<td>2,2</td>
<td>48,1</td>
<td>100,0</td>
<td>51,9</td>
<td>26,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Provincia</td>
<td>95,7</td>
<td>53,5</td>
<td>3,1</td>
<td>43,3</td>
<td>100,0</td>
<td>56,7</td>
<td>22,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Maputo Cidade</td>
<td>95,7</td>
<td>64,0</td>
<td>2,0</td>
<td>34,0</td>
<td>100,0</td>
<td>66,0</td>
<td>35,5</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Nível de escolaridade</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nenhum</td>
<td>61,8</td>
<td>21,7</td>
<td>2,0</td>
<td>76,3</td>
<td>100,0</td>
<td>23,7</td>
<td>10,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Primário</td>
<td>74,8</td>
<td>29,3</td>
<td>1,7</td>
<td>69,1</td>
<td>100,0</td>
<td>30,9</td>
<td>14,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Secundário</td>
<td>92,3</td>
<td>52,1</td>
<td>1,4</td>
<td>46,4</td>
<td>100,0</td>
<td>53,6</td>
<td>25,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Superior</td>
<td>98,2</td>
<td>84,2</td>
<td>1,6</td>
<td>14,3</td>
<td>100,0</td>
<td>85,7</td>
<td>61,3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Quintil de riqueza</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mais baixo</td>
<td>65,3</td>
<td>21,1</td>
<td>1,5</td>
<td>77,5</td>
<td>100,0</td>
<td>22,5</td>
<td>9,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Segundo</td>
<td>70,5</td>
<td>25,5</td>
<td>1,4</td>
<td>73,1</td>
<td>100,0</td>
<td>26,9</td>
<td>13,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Médio</td>
<td>77,9</td>
<td>32,1</td>
<td>1,7</td>
<td>66,2</td>
<td>100,0</td>
<td>33,8</td>
<td>14,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Quarto</td>
<td>85,5</td>
<td>43,2</td>
<td>1,4</td>
<td>55,4</td>
<td>100,0</td>
<td>44,6</td>
<td>19,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Mais elevado</td>
<td>93,4</td>
<td>57,1</td>
<td>2,0</td>
<td>40,9</td>
<td>100,0</td>
<td>59,1</td>
<td>31,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Total 15-49</td>
<td>79,9</td>
<td>37,8</td>
<td>1,6</td>
<td>60,6</td>
<td>100,0</td>
<td>39,4</td>
<td>19,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Homens 50-59</td>
<td>76,3</td>
<td>39,6</td>
<td>1,5</td>
<td>58,9</td>
<td>100,0</td>
<td>41,1</td>
<td>19,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Total 15-59</td>
<td>79,6</td>
<td>38,0</td>
<td>1,6</td>
<td>60,4</td>
<td>100,0</td>
<td>39,6</td>
<td>19,2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

¹ Inclui ‘não sabe/sem resposta’
**Figura 5** Tendência da percentagem de homens e mulheres que fizeram o teste de HIV e receberam os resultados, 2009 a 2015

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Mulheres</th>
<th></th>
<th>Homens</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>INSIDA 2009</td>
<td>17</td>
<td>25,9</td>
<td>31,0</td>
<td>14,2</td>
</tr>
<tr>
<td>IDS 2011</td>
<td>8,9</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IMASIDA 2015</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 3.14 CIRCUNCISÃO MASCULINA

A circuncisão masculina em Moçambique tem sido uma prática comum, em particular, na região Norte e em Inhambane. Face as baixas prevalências da circuncisão, o governo de Moçambique criou, em 2013, o Programa Nacional de Circuncisão Masculina que tinha como objectivo expandir a circuncisão masculina num período de quatro anos, com uma meta de 2.000.000 homens com idade entre 10-49 anos. Foram definidas como prioridades as províncias com menor prevalência da circuncisão e maior prevalência do HIV (GARP, 2016).  

Para avaliar a prática de circuncisão masculina, o IMASIDA 2015 questionou a todos os homens dos 15-59 anos se tinham sido circuncidados. O Quadro 21 mostra a percentagem de homens de 15-49 anos que declararam ter sido circuncidados, por características sociodemográficas selecionadas.

Ao nível nacional, 63 porcento dos homens de 15-49 anos declararam ter sido circuncidados. A faixa etária com maior número de homens circuncidados é a dos 15-19 anos, com 68 porcento. Os homens residentes nas áreas rurais são os menos circuncidados (59 porcento) em comparação com os homens residentes nas áreas urbanas (69 porcento). O nível de escolaridade não tem qualquer relação directa com a proporção de homens circuncidados, mas há uma grande variação, sendo mais baixa entre os homens de nível de escolaridade primário (58 porcento) e mais alto entre os homens de nível de escolaridade superior (85 porcento). Nota-se uma diferença na proporção de homens circuncidados entre as províncias, sendo mais alta nas províncias de Niassa (95 porcento) e Nampula (93 porcento) e mais baixa nas províncias de Tete (nove porcento), Manica e Sofala (ambas com 20 porcento). Relacionando a circuncisão com a religião, 93 porcento dos homens que declararam ser de religião islâmica afirmaram ser circuncidados, seguido dos homens de religião católica com 74 porcento. Os da religião Zione/Sião apresentam a menor percentagem de homens circuncidados, 37 porcento.

---

Quanto à pessoa que realizou a circuncisão, o Quadro 21 mostra que a proporção de homens de 15-49 anos circuncidados por um praticante de medicina tradicional/amigo/familiar (33 porcento) foi maior em comparação com a proporção de homens circuncidados por um trabalhador/profissional de saúde (27 porcento), com uma diferença de sete pontos percentuais. Os jovens de 15-19 anos são os que mais foram circuncidados por um trabalhador/profissional de saúde (36 porcento), em comparação com os adultos de 40-49 anos (18 porcento). Por estado civil, a proporção de homens circuncidados por um trabalhador/profissional de saúde é maior entre os homens nunca casados (37 porcento) do que a dos homens casados ou em união de facto (21 porcento) e divorciados, separados ou viúvos (23 porcento).
A proporção de circuncidados por um trabalhador ou profissional de saúde é duas vezes maior entre os homens residentes nas áreas urbanas (41 porcento) do que os homens residentes nas áreas rurais (17 porcento). A província de Tete apresenta a proporção mais baixa de homens circuncidados por um trabalhador/profissional de saúde (seis porcento) e a cidade de Maputo a maior (51 porcento). A província de Niassa apresenta a maior percentagem de homens circuncisados, mas desagregando por fonte de circuncisão, observa-se que 85 porcento das circuncisões são feitas por praticantes da medicina tradicional, familiares ou amigos.

A proporção de homens circuncidados por um trabalhador de saúde/profissional de saúde apresenta uma relação directa com o nível de escolaridade. Passa de 11 porcento entre os homens sem instrução para 70 porcento entre os homens com nível de escolaridade superior. A mesma tendência se verifica em relação ao quintil de riqueza.
REFERÊNCIAS


Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI). Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI.


Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI). Inquérito Demográfico e de Saúde. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI.


ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO

Redacção
Francisco Mbofana, DSNP
Acácio Sabonete, INS
Ángelo Augusto, INS
Cremildo Maueia, INS
José Braz Chidasssicua, INS
Alfredo Estado José, INS
Pedro Bernardo Duce, INE
Muemed Nury Cassimo, INE
Nicolas Schaad, CDC
Jordan McOwen, USAID
Carlos Botão, INS
Abuchahama Saifodine, USAID
Agostinho Roberto Teófilo, INS
Teobaldo Mazango, INS
Guita C. Félix Amane, DSNP
Narcisa Siyawadya, INS
Denise Chitsondzo, INS
Ofélia Rambique, INS
Lourena Samuel Manembe, CNCS
Mauro dos Anjos José Sitoe, CNCS
Luís Sevilla, ICFI

Revisão
Francisco Mbofana, DSNP
Acácio Sabonete, INS
Nicolas Schaad, CDC
Luís Sevilla, ICFI