Moçambique

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

2015

Relatório de Indicadores Básicos

Moçambique

Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA) 2015

Relatório de Indicadores Básicos

Ministério da Saúde (MISAU)

Instituto Nacional de Estatística (INE)

Com a Assistência Técnica de ICF International

Junho 2016

O presente relatório resume os resultados do Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA 2015), conduzido pelo Instituto Nacional de Saúde (INS) do Ministério da Saúde (MISAU), em colaboração com o Instituto Nacional de Estatística (INE). O inquérito contou com a assistência técnica da ICF International, através do Programa de Inquéritos Demográficos e de Saúde (Programa DHS). A assistência técnica adicional foi proporcionada pelo CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) dos Estados Unidos da América), através do seu escritório em Moçambique. O inquérito foi financiado pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) através dos fundos da Iniciativa do Presidente dos Estados Unidos para o Controlo da Malária (PMI), Fundo Global (FG-Rondas 8 e 9), Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Aliança Internacional para a Saúde/Universidade de Washington (HAI/UW), Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA (CNCS), através do seu Fundo Comum e Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da SIDA (PEPFAR), através do CDC.

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:

Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE), ICF Internacional, 2015. *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015*. Maputo, Moçambique. Rockville, Maryland, EUA: INS, INE e ICF International.

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 seleccionadas 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

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

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....33
Figura 4 Tendência no conhecimento de uso do preservativo e limitação de relações sexuais a um único parceiro não infectado, 2009 a 2015....43
Figura 5 Tendência da percentagem de homens e mulheres que fizeram o teste de HIV e receberam os resultados, 2009 a 2015....54

APRESENTAÇÃO

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.

Maputo, Junho de 2016

O Director do Instituto Nacional de Saúde

Doutor Ilesh V. Jani

INTRODUÇÃO 1

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 2

A planificação do Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA (IMASIDA 2015) teve início em 2013, com o objectivo 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.

O IMASIDA 2015 aplicou os mesmos instrumentos e parâmetros de controlo de qualidade usados pelo Programa de Inquéritos Demográficos e de Saúde e recolheu dados sobre os indicadores de saúde analisados nos inquéritos anteriores, como o INSIDA 2009, IDS (1997, 2003 e 2011), IIM 2007 e MICS 2008, incorporando algumas modificações ou adições relacionadas com os aspectos técnicos ou as necessidades institucionais identificadas durante o processo de elaboração dos questionários.

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 seleccionadas 307 unidades primárias de amostragem, mediante uma selecção sistemática de igual probabilidade. Na segunda etapa, foi seleccionada uma área de enumeração (AE) de cada uma das 307 unidades primárias de amostragem com probabilidade proporcional ao tamanho das AEs, resultando numa selecção 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 seleccionar 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 seleccionados, 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 seleccionado, 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 seleccionados, 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 seleccionados. Além de permitir a selecção 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 sobrevivência 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 secções:

- 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 género
- 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 correcta 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 minicolector 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 o 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 artemisinina, 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/conhselheiros de saúde devidamente treinados. Para esta testagem, foi usado o sangue recolhido no tubo minicolector 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 domiciliária 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 referenciamento 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 adultos[2]: 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 didáctico 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 seleccionadas 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 seleccionadas 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 seleccionados 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 seleccionados 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[3], 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 detecção de inconsistências ou omissões nos questionários, bem como a correcção 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 correcção 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

3.1 TAXAS DE RESPOSTA

No Quadro 1 é apresentado o número de agregados familiares seleccionados, 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 seleccionados 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.

Quadro 1 Resultado da entrevista do agregado familiar e entrevista individual

Número de agregados familiares, número de entrevistas e taxas de resposta, consoante a área de residência (sem ponderação), Moçambique IMASIDA 2015

Resultado	Residência		Total
	Urbano	Rural	
Entrevistas do agregado familiar			
Agregados seleccionados	3.216	4.152	7.368
Agregados presentes	3.201	4.141	7.342
Agregados entrevistados	3.088	4.081	7.169
Taxa de resposta do agregado familiar[1]	96,5	98,6	97,6
Entrevistas a mulheres 15-59 anos			
Número de mulheres elegíveis	4.008	4.196	8.204
Número de mulheres elegíveis entrevistadas	3.685	4.064	7.749
Taxa de resposta das mulheres elegíveis[2]	91,9	96,9	94,5
Entrevistas a homens 15-59 anos			
Número de homens elegíveis	3.327	2.812	6.139
Número de homens elegíveis entrevistados	2.696	2.587	5.283
Taxa de resposta dos homens elegíveis[2]	81,0	92,0	86,1

[1] Agregados entrevistados/agregados presentes.
[2] Indivíduos entrevistados/indivíduos elegíveis.

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 seleccionadas. 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).

Quadro 2 Características dos homens e mulheres entrevistados

Distribuição percentual de homens e mulheres de 15-49 anos por características seleccionadas, Moçambique IMASIDA 2015

	Mulheres			Homens		
Característica	Percentagem ponderada	Número ponderado	Número sem ponderação	Percentagem ponderada	Número ponderado	Número sem ponderação
Idade						
15-19	21,6	1.494	1.554	23,3	1.101	1.204
20-24	20,0	1.380	1.390	18,9	894	913
25-29	15,7	1.087	1.080	14,6	691	720
30-34	12,5	863	867	14,3	673	627
35-39	12,8	888	856	10,7	507	456
40-44	9,3	646	660	10,1	477	437
45-49	8,1	557	539	8,0	380	376
Religião						
Católica	29,8	2.063	1.751	31,1	1.467	1.340
Islâmica	18,8	1.299	1.118	19,9	939	782
Zione/Sião	12,1	836	916	8,4	398	417
Evangélica/Pentecostal	11,7	808	1.001	7,2	341	386
Anglicana	0,8	56	89	0,9	41	47
Protestante	18,4	1.270	1.449	18,3	865	1.006
Outra	2,0	135	131	0,7	33	36
Sem religião	6,4	444	489	13,5	636	715
Sem informação	0,0	3	2	0,1	5	4
Estado civil						
Nunca casado(a)	17,0	1.178	1.409	33,1	1.564	1.803
Casado(a)	36,9	2.553	2.130	30,4	1.438	1.128
Em união de facto	29,1	2.012	2.233	31,3	1.480	1.532
Divorciado(a)/separado(a)	12,8	887	863	4,6	217	242
Viúvo(a)	4,1	284	311	0,5	26	28
Residência						
Urbano	35,2	2.437	3.334	39,7	1.876	2.441
Rural	64,8	4.478	3.612	60,3	2.848	2.292
Província						
Niassa	5,2	362	595	5,6	265	404
Cabo Delgado	9,2	639	519	10,6	502	425
Nampula	20,8	1.441	729	22,4	1.058	571
Zambézia	11,8	813	639	10,8	511	439
Tete	7,4	515	559	6,9	324	359
Manica	7,6	526	599	7,1	335	415
Sofala	9,4	648	656	9,5	447	421
Inhambane	6,9	474	563	5,3	248	316
Gaza	9,0	621	787	6,7	317	398
Maputo Província	5,8	400	596	7,5	354	481
Maputo Cidade	6,9	476	704	7,7	362	504
Nível de escolaridade						
Nenhum	26,0	1.795	1.478	10,2	482	390
Primário	51,3	3.544	3.401	53,9	2.544	2.330
Secundário	21,2	1.463	1.897	32,7	1.544	1.790
Superior	1,6	113	170	3,3	154	223
Quintil de riqueza						
Mais baixo	19,3	1.335	976	17,0	802	597
Segundo	18,9	1.308	1.006	18,7	884	688
Médio	18,2	1.259	1.101	18,5	875	751
Quarto	20,6	1.424	1.642	19,2	909	1.048
Mais elevado	23,0	1.588	2.221	26,6	1.254	1.649
Total 15-49	100,0	6.915	6.946	100,0	4.724	4.733
Total 50-59	0,0	834	803	0,0	559	550
Total 15-59	0,0	7.749	7.749	0,0	5.283	5.283

Nota: As categorias de escolaridade referem-se ao nível mais alto frequentado, independentemente de se ter completado ou não o nível.

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 nados-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 historial 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.

Quadro 3 Fecundidade actual

Taxas específicas por idade e taxa global de fecundidade, taxa geral de fecundidade e taxa bruta de natalidade para os três anos anteriores à entrevista, por área de residência, Moçambique IMASIDA 2015

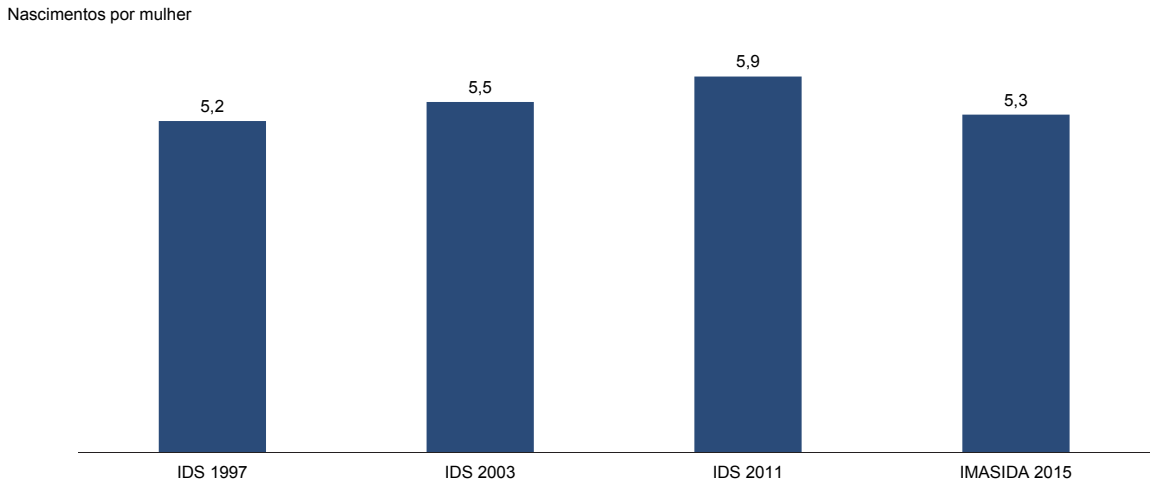
	Residência		
Faixa etária	Urbano	Rural	Total
15-19	134	230	194
20-24	178	263	230
25-29	166	253	222
30-34	134	198	177
35-39	69	155	130
40-44	32	88	72
45-49	11	37	28
Taxa Global de Fecundidade (15-49)	3,6	6,1	5,3
Taxa Geral de Fecundidade	136	214	187
Taxa Bruta de Natalidade	30,8	41,2	38,0

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 a 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

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 historial de nascimentos. A soma das taxas específicas de fecundidade, conhecida como a taxa global de fecunidade (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, nados-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).

A Figura 1 mostra a tendência da taxa global de fecundidade nos últimos 18 anos, segundo os dados do IDS 1997, IDS 2003, IDS 2011 e IMASIDA 2015. A taxa global de fecundidade apresenta-se quase estável desde 1997 até ao momento. No entanto, verifica-se uma ligeira redução entre os inquéritos de 2011 e 2015 (5,9 para 5,3, respectivamente). Uma análise detalhada destas tendências se incluira no Relatório Final.

Figura 1 **Tendência da taxa global de fecundidade de 1997 a 2015**



3.4 GRAVIDEZ E MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA

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 bebés. 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 seleccionadas. 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. Alem 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 seleccionadas, Moçambique IMASIDA 2015

Característica	Percentagem de mulheres de 15-19 que: Tiveram uma criança nascida viva	Estão grávidas pela primeira vez	Percentagem alguma vez grávida	Número de mulheres
Idade				
15	9,6	4,7	14,3	267
16	21,5	7,8	29,4	281
17	31,4	12,3	43,7	234
18	49,8	7,2	57,1	373
19	67,0	9,0	76,0	339
Residência				
Urbano	26,8	8,2	35,0	593
Rural	45,9	8,0	54,0	901
Província				
Niassa	47,6	13,7	61,3	76
Cabo Delgado	55,6	9,3	64,9	147
Nampula	44,2	15,8	60,0	291
Zambézia	38,6	7,8	46,4	166
Tete	42,1	3,7	45,8	98
Manica	40,5	3,6	44,1	125
Sofala	31,8	5,6	37,5	148
Inhambane	38,1	5,0	43,2	106
Gaza	34,5	6,4	41,0	140
Maputo Província	20,6	5,3	25,8	83
Maputo Cidade	15,3	2,3	17,6	115
Nível de escolaridade				
Nenhum	55,2	8,6	63,8	168
Primário	43,5	9,5	53,0	804
Secundário	25,4	5,8	31,2	514
Superior	*	*	*	9
Quintil de riqueza				
Mais baixo	47,5	13,9	61,4	257
Segundo	48,8	10,3	59,2	260
Médio	45,1	7,0	52,1	251
Quarto	37,9	7,3	45,2	324
Mais elevado	21,9	4,2	26,0	402
Total	38,3	8,1	46,4	1.494

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.

Quadro 5 Preferências de fecundidade por número de filhos e filhas sobreviventes

Distribuição percentual de mulheres de 15-49 anos actualmente casadas por preferências de fecundidade, segundo o número de filhos e filhas sobreviventes, Moçambique IMASIDA 2015

	Número de crianças sobreviventes[1]							
Preferência de fecundidade	0	1	2	3	4	5	6+	Total
Ter outro(a) brevemente[2]	80,4	29,0	21,2	18,1	11,4	9,2	6,5	22,3
Ter outro(a) mais tarde[3]	3,5	49,3	42,6	35,0	29,8	26,6	15,5	32,0
Ter outro(a), não sabe quando	3,1	6,0	4,8	2,8	3,1	1,1	2,1	3,6
Indecisa	4,4	7,0	10,0	13,2	14,7	11,3	13,0	10,7
Não quer mais	2,4	5,0	17,9	25,9	33,9	46,7	55,8	26,4
Esterilizado(a)[4]	0,0	0,0	0,0	0,5	0,7	0,2	0,3	0,2
Declarou-se infecunda	6,2	3,3	3,3	4,0	5,2	4,6	5,9	4,4
Sem informação	0,1	0,3	0,1	0,5	1,2	0,2	0,8	0,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de mulheres	374	893	798	745	566	464	725	4.565

[1] O número de crianças sobreviventes inclui a gravidez actual
[2] Deseja outra criança em menos de dois anos
[3] Deseja esperar dois anos ou mais
[4] Inclui esterilização feminina e masculina

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), injecções 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 injecção 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.

Quadro 6.1 Uso actual de métodos contraceptivos por características seleccionadas

Distribuição percentual de mulheres de 15-49 anos actualmente casadas, por método contraceptivo usado actualmente, segundo características seleccionadas, Moçambique IMASIDA 2015

			Método moderno												Método tradicional					
Característica	Algum método	Algum método moderno	Esterilização feminina	Esterilização masculina	Pílula	DIU	Injecções contraceptivas	Implantes	Preservativo masculino	Preservativo feminino	Diafragma	MAL	Outro	Algum método tradicional	Ritmo	Coito interrompido	Outro	Não usa actualmente	Total	Número de mulheres
Idade																				
15-19	15,4	14,1	0,0	0,0	4,5	0,5	6,1	0,2	1,2	0,1	0,0	1,5	0,0	1,3	0,8	0,0	0,5	84,6	100,0	644
20-24	27,1	26,3	0,0	0,1	6,9	0,9	13,2	2,2	1,9	0,0	0,0	1,1	0,0	0,8	0,5	0,1	0,3	72,9	100,0	936
25-29	30,4	28,2	0,0	0,0	7,2	0,5	14,1	2,4	1,7	0,2	0,0	2,2	0,0	2,2	1,4	0,2	0,5	69,6	100,0	808
30-34	33,5	31,8	0,3	0,0	8,4	0,9	17,9	2,1	1,4	0,0	0,0	0,8	0,0	1,7	0,5	0,3	0,9	66,5	100,0	644
35-39	31,2	28,4	0,2	0,0	7,2	0,8	15,3	2,2	1,8	0,0	0,0	0,8	0,1	2,7	1,1	0,1	1,5	68,8	100,0	669
40-44	31,4	29,3	0,9	0,0	5,1	0,8	18,3	1,6	1,6	0,0	0,1	0,3	0,6	2,1	0,4	0,1	1,6	68,6	100,0	475
45-49	16,3	13,8	0,9	0,0	3,7	1,0	7,3	0,6	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	0,9	0,0	1,6	83,7	100,0	389
Residência																				
Urbano	36,6	34,3	0,5	0,1	11,4	1,1	13,1	3,0	3,5	0,1	0,0	1,3	0,1	2,3	0,7	0,3	1,3	63,4	100,0	1.346
Rural	23,1	21,5	0,1	0,0	4,3	0,6	13,5	1,2	0,7	0,0	0,0	1,0	0,1	1,6	0,8	0,1	0,7	76,9	100,0	3.219
Província																				
Niassa	21,9	21,6	0,0	0,0	4,3	0,5	12,4	4,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,4	78,1	100,0	257
Cabo Delgado	20,2	19,9	0,3	0,0	5,7	0,0	11,9	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,3	79,8	100,0	461
Nampula	26,9	21,8	0,2	0,0	4,0	0,3	11,3	1,1	0,4	0,0	0,0	4,2	0,3	5,1	2,7	0,0	2,4	73,1	100,0	1.063
Zambézia	18,0	17,8	0,0	0,0	3,7	0,6	12,6	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	82,0	100,0	527
Tete	29,8	29,4	0,0	0,0	5,1	0,1	21,6	1,7	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,4	70,2	100,0	365
Manica	18,1	18,1	0,0	0,0	4,4	0,0	11,9	0,5	1,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	81,9	100,0	370
Sofala	14,7	14,4	0,0	0,0	2,9	0,5	8,9	1,3	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	85,3	100,0	443
Inhambane	34,1	33,8	0,0	0,0	8,1	5,9	15,4	2,4	1,4	0,1	0,0	0,4	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	65,9	100,0	294
Gaza	43,0	41,9	0,6	0,0	15,3	0,3	20,6	1,9	2,6	0,3	0,0	0,0	0,3	1,2	0,0	0,3	0,9	57,0	100,0	353
Maputo Província	47,4	43,9	1,3	0,0	13,8	0,8	15,7	3,8	7,2	0,0	0,0	1,4	0,0	3,5	1,3	0,4	1,8	52,6	100,0	225
Maputo Cidade	51,0	46,5	1,4	0,4	17,4	2,1	9,7	5,1	9,8	0,0	0,2	0,4	0,0	4,5	2,2	1,1	1,2	49,0	100,0	208
Nível de escolaridade																				
Nenhum	20,2	17,9	0,1	0,0	3,4	0,4	11,2	1,1	0,4	0,0	0,0	1,2	0,0	2,3	0,5	0,2	1,6	79,8	100,0	1.338
Primário	27,0	25,2	0,2	0,0	6,6	0,5	14,2	1,3	1,1	0,1	0,0	1,1	0,0	1,8	1,1	0,1	0,6	73,0	100,0	2.504
Secundário	39,4	38,6	0,4	0,1	10,5	2,2	15,0	4,1	5,0	0,2	0,1	0,7	0,4	0,8	0,3	0,1	0,3	60,6	100,0	672
Superior	46,3	46,3	3,6	0,0	20,3	3,6	7,0	8,0	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	53,7	100,0	52
Quintil de riqueza																				
Mais baixo	18,7	16,7	0,2	0,0	3,1	0,1	10,2	1,1	0,1	0,0	0,0	1,8	0,0	2,0	0,6	0,1	1,3	81,3	100,0	898
Segundo	19,5	17,4	0,0	0,0	3,2	0,4	11,5	0,6	0,4	0,1	0,0	1,3	0,0	2,0	1,3	0,0	0,8	80,5	100,0	991
Médio	22,0	20,3	0,0	0,0	3,7	0,8	13,0	1,3	0,7	0,0	0,0	0,5	0,3	1,7	0,7	0,0	1,0	78,0	100,0	926
Quarto	32,1	31,1	0,1	0,0	8,0	0,8	17,9	1,9	1,5	0,0	0,0	0,9	0,0	1,0	0,5	0,2	0,3	67,9	100,0	916
Mais elevado	45,3	43,0	1,0	0,1	15,0	1,8	14,4	4,1	5,3	0,2	0,0	0,9	0,1	2,3	0,8	0,4	1,1	54,7	100,0	834
Número de crianças sobreviventes																				
0	3,4	3,4	0,0	0,0	1,5	0,1	0,4	0,1	1,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	96,6	100,0	513
1-2	25,3	24,0	0,0	0,1	6,6	0,7	11,2	1,8	2,2	0,0	0,0	1,3	0,0	1,3	0,6	0,2	0,5	74,7	100,0	1.632
3-4	32,4	30,6	0,6	0,0	8,6	1,0	15,8	1,9	1,5	0,1	0,0	0,9	0,3	1,8	1,0	0,1	0,8	67,6	100,0	1.291
5+	34,3	31,0	0,3	0,0	5,9	0,8	19,5	2,1	0,8	0,0	0,0	1,5	0,0	3,3	1,2	0,2	1,9	65,7	100,0	1.128
Total	27,1	25,3	0,2	0,0	6,4	0,8	13,4	1,7	1,5	0,1	0,0	1,1	0,1	1,8	0,8	0,1	0,9	72,9	100,0	4.565

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 injecção 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 seleccionadas

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

			Método moderno											Método tradicional				
Característica	Algum método	Algum método moderno	Esterilização feminina	Esterilização masculina	Pílula	DIU	Injecções contraceptivas	Implantes	Preservativo masculino	Preservativo feminino	MAL	Outro	Algum método tradicional	Coito interrompido	Outro	Não usa actualmente	Total	Número de mulheres
Residência																		
Urbano	59,8	59,6	0,6	0,4	11,6	0,7	11,9	3,2	30,6	0,4	0,0	0,2	0,2	0,2	0,0	40,2	100,0	333
Rural	36,8	36,3	0,0	0,0	10,1	2,3	14,3	2,0	5,6	0,5	1,3	0,0	0,6	0,1	0,5	63,2	100,0	254
Total	49,8	49,5	0,3	0,2	10,9	1,4	13,0	2,7	19,8	0,5	0,6	0,1	0,3	0,1	0,2	50,2	100,0	587

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 diminuí 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.

Actualmente, 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.

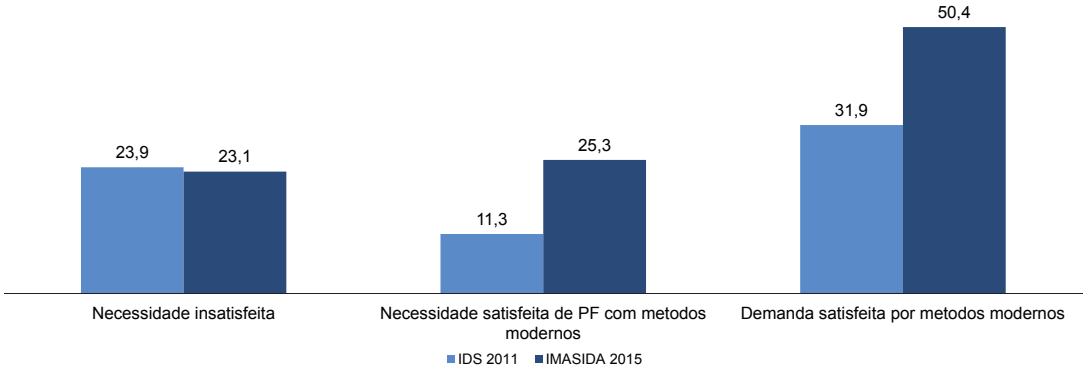
Quadro 7.1 Necessidade e demanda de planeamento familiar entre as mulheres actualmente casadas

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 seleccionadas, Moçambique IMASIDA 2015

		Necessidade de planeamento familiar satisfeita (actualmente usado)		Demanda total de planeamento familiar[3]	Percentagem de demanda satisfeita[1]		
Característica	Necessidade não satisfeita	Todos os métodos	Métodos modernos[2]		Todos os métodos	Métodos modernos[2]	Número de mulheres
Idade							
15-19	26,2	15,4	14,1	41,6	37,1	34,0	644
20-24	25,1	27,1	26,3	52,2	51,9	50,4	936
25-29	23,0	30,4	28,2	53,4	57,0	52,9	808
30-34	25,4	33,5	31,8	58,8	56,9	54,0	644
35-39	20,0	31,2	28,4	51,2	60,9	55,5	669
40-44	20,5	31,4	29,3	51,8	60,5	56,5	475
45-49	18,2	16,3	13,8	34,5	47,3	40,0	389
Residência							
Urbano	20,5	36,6	34,3	57,2	64,1	60,0	1.346
Rural	24,2	23,1	21,5	47,3	48,8	45,5	3.219
Província							
Niassa	28,6	21,9	21,6	50,5	43,4	42,7	257
Cabo Delgado	22,5	20,2	19,9	42,8	47,3	46,6	461
Nampula	18,9	26,9	21,8	45,8	58,8	47,6	1.063
Zambézia	29,8	18,0	17,8	47,9	37,7	37,3	527
Tete	24,3	29,8	29,4	54,1	55,1	54,3	365
Manica	26,7	18,1	18,1	44,7	40,4	40,4	370
Sofala	20,3	14,7	14,4	35,0	41,9	41,2	443
Inhambane	24,0	34,1	33,8	58,0	58,7	58,2	294
Gaza	22,4	43,0	41,9	65,4	65,7	64,0	353
Maputo Província	25,1	47,4	43,9	72,5	65,4	60,6	225
Maputo Cidade	17,3	51,0	46,5	68,3	74,7	68,0	208
Nível de escolaridade							
Nenhum	24,3	20,2	17,9	44,6	45,4	40,1	1.338
Primário	23,1	27,0	25,2	50,2	53,9	50,2	2.504
Secundário	21,3	39,4	38,6	60,7	64,9	63,6	672
Superior	12,9	46,3	46,3	59,2	78,1	78,1	52
Quintil de riqueza							
Mais baixo	25,2	18,7	16,7	43,9	42,6	38,0	898
Segundo	25,6	19,5	17,4	45,1	43,2	38,6	991
Médio	22,9	22,0	20,3	44,9	49,0	45,2	926
Quarto	21,5	32,1	31,1	53,6	59,9	58,0	916
Mais elevado	19,9	45,3	43,0	65,1	69,5	66,0	834
Total	23,1	27,1	25,3	50,2	53,9	50,4	4.565

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, injecções 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)

Figura 2 **Tendência da necessidade de planeamento familiar satisfeita e não satisfeita por métodos modernos e percentagem da demanda satisfeita por métodos modernos**



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

Percentagem de mulheres de 15-49 anos, não casadas e sexualmente activas, 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 seleccionadas, Moçambique IMASIDA 2015

		Necessidade de planeamento familiar satisfeita (actualmente a usar)		Demanda total por planeamento familiar[3]	Percentagem de demanda satisfeita[1]		
Característica	Necessidade não satisfeita	Todos os métodos	Métodos modernos[2]		Todos os métodos	Métodos modernos[2]	Número de mulheres
Residência							
Urbano	24,2	59,8	59,6	83,9	71,2	71,0	333
Rural	36,6	36,8	36,3	73,4	50,2	49,4	254
Total	29,5	49,8	49,5	79,3	62,8	62,4	587

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, injecções contraceptivas, 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)

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 quintis 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).

Comparando os dados do IMASIDA 2015 com os inquéritos anteriores, verifica-se um aumento na cobertura de cuidados pré-natais, tendo este passado de 85 porcento em 2003 para 91 porcento em 2011 e 93 porcento em 2015 (IDS 2003 e 2011).

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 quintis 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).

Quadro 8 Indicadores de consultas maternas

Entre as mulheres de 15-49 anos que tiveram um nado-vivo nos dois anos que precederam a entrevista, a percentagem que recebeu consulta pré-natal de um profissional de saúde para o último nado-vivo, percentagem com quatro ou mais consultas pré-natais para o último nado-vivo, entre todos os nados-vivos nos dois anos que antecederam a entrevista, a percentagem cujo parto foi assistido por um profissional de saúde e a percentagem cujo parto foi numa unidade sanitária, por características seleccionadas, Moçambique IMASIDA 2015

	Entre as mulheres que tiveram um nado-vivo nos dois anos que precederam a entrevista			Entre todos os nados-vivos nos dois anos que precederam a entrevista		
Característica	Percentagem que recebeu consulta pré-natal de um profissional de saúde[1]	Percentagem com 4+ consultas pré-natais	Número de mulheres	Percentagem de partos por profissional de saúde[1]	Percentagem de partos numa unidade sanitária	Número de nascimentos
Idade da mãe ao nascer						
<20	95,1	54,4	618	75,3	72,1	638
20-34	92,8	55,2	1.332	73,3	70,7	1.377
35-49	87,0	52,7	307	67,1	64,5	312
Residência						
Urbano	96,5	65,4	586	91,4	90,7	604
Rural	91,3	50,9	1.671	66,6	63,1	1.723
Província						
Niassa	98,1	56,4	138	85,2	82,6	142
Cabo Delgado	96,0	68,1	221	67,2	68,8	224
Nampula	92,9	41,4	496	74,4	67,5	506
Zambézia	78,9	41,9	313	45,7	41,8	331
Tete	91,5	61,0	210	56,8	53,8	217
Manica	92,3	39,4	186	73,3	71,3	194
Sofala	94,7	58,1	228	89,5	87,8	239
Inhambane	98,9	62,2	124	89,1	89,2	125
Gaza	99,4	81,2	178	85,7	84,9	182
Maputo Província	93,7	73,7	86	88,6	87,5	87
Maputo Cidade	98,0	64,4	78	95,7	95,5	81
Nível de escolaridade da mãe						
Nenhum	85,5	42,5	631	60,5	59,1	646
Primário	94,7	55,4	1.248	73,3	69,0	1.294
Secundário	97,7	71,5	366	92,9	92,8	375
Superior	*	*	12	*	*	13
Quintil de riqueza						
Mais baixo	85,3	42,7	535	56,6	51,9	548
Segundo	92,8	45,6	517	63,7	59,4	535
Médio	91,8	55,0	453	73,2	71,0	471
Quarto	98,7	66,4	425	87,5	86,6	436
Mais elevado	97,7	72,6	326	95,8	95,3	336
Total	92,6	54,6	2.257	73,0	70,3	2.327

Nota: Um asterisco indica que a percentagem baseia-se em menos de 25 casos não ponderados, portanto a percentagem foi suprimida.
[1] Por profissional de saúde entende-se médico, enfermeira ou parteira

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).

A cobertura de partos institucionais apresenta melhorias com um aumento de 23 pontos percentuais entre o período de 2003 e 2015, tendo subido de 48 porcento em 2003 para 55 porcento em 2011 e 70 porcento em 2015 (IDS 2003 e 2011).

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.

A assistência ao parto por um profissional de saúde passou de 48 porcento em 2003 (IDS 2003) para 54 porcento em 2011 (IDS 2011) e 73 porcento em 2015, exibindo um aumento em 25 pontos percentuais.

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 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 seleccionadas.

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 Província (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 seleccionadas.

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 respectivamente. 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 seleccionadas

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 seleccionadas, Moçambique IMASIDA 2015

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

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

Fonte de informação	BCG	DPT 1	DPT 2	DPT 3	Poliomielite 0	Poliomielite 1	Poliomielite 2	Poliomielite 3	Sarampo	Todas as vacinas básicas[2]	Nenhuma vacina	Número de crianças
Vacinado em qualquer momento antes da entrevista												
Cartão de vacina	73,5	72,5	69,9	67,9	72,1	72,6	70,5	67,4	64,7	61,6	0,0	840
Afirmação da mãe	19,3	17,5	15,5	13,8	16,5	19,2	16,2	5,8	18,0	4,1	4,9	291
Qualquer fonte	92,8	90,0	85,4	81,6	88,6	91,8	86,7	73,3	82,7	65,8	4,9	1.131
Vacinado aos 12 meses de idade[3]	92,2	88,7	83,7	77,9	88,0	90,7	85,1	70,3	71,8	57,0	5,7	1.131

[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 é igual à das crianças com registo de vacinas escrito.

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 possuí 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)

Percentagem de crianças de 0-23 meses que receberam vacinas específicas em algum momento antes da entrevista (segundo o cartão de vacinas ou afirmação da mãe), segundo características seleccionadas, Moçambique IMASIDA 2015

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

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 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 diarreia 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 diarreia. 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 diarreia 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.

Quadro 10 Tratamento dos sintomas de IRA e da diarreia

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, e entre as crianças com menos de cinco anos que tiveram diarreia nas duas semanas que antecederam 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 seleccionadas, Moçambique IMASIDA 2015

	Crianças com sintomas de IRA[1]		Crianças com diarreia				
Característica	Percentagem para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento na unidade sanitária/ profissional de saúde[2]	Número de crianças	Percentagem para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento na unidade sanitária/profissional de saúde[2]	Percentagem das que receberam líquido pré-empacotado de SRO ou líquido preparado de um pacote de SRO	Percentagem das que receberam óxido de zinco	Percentagem das que receberam SRO e óxido de zinco	Número de crianças
Idade em meses							
<6	(73,3)	26	(60,5)	(30,5)	(20,2)	(10,7)	30
6-11	(56,8)	43	55,5	47,9	33,8	27,7	105
12-23	61,2	63	60,3	53,3	31,1	21,6	216
24-35	(49,9)	44	46,0	40,2	25,6	19,1	108
36-47	52,7	62	52,2	45,8	39,9	24,3	73
48-59	(50,1)	37	(56,9)	(32,8)	(29,2)	(16,6)	54
Sexo							
Masculino	57,5	130	55,5	45,9	30,7	22,1	321
Feminino	55,5	146	55,6	46,0	31,1	20,8	266
Residência							
Urbano	63,8	68	63,6	61,2	40,7	30,6	138
Rural	54,0	207	53,0	41,2	27,9	18,7	448
Província							
Niassa	(47,3)	31	50,3	44,3	21,1	13,4	62
Cabo Delgado	*	16	(72,2)	(60,7)	(30,4)	(18,9)	47
Nampula	*	40	54,0	37,9	35,0	21,2	133
Zambézia	(30,5)	45	43,4	31,8	27,3	18,5	123
Tete	*	10	(62,8)	(58,0)	(34,9)	(28,3)	31
Manica	(75,1)	26	(60,6)	(59,2)	(26,8)	(24,5)	39
Sofala	*	23	(69,2)	(58,1)	(35,5)	(27,4)	44
Inhambane	*	9	(53,0)	(51,7)	(44,9)	(31,3)	21
Gaza	65,5	52	68,6	55,1	21,4	18,0	49
Maputo Província	*	6	*	*	*	*	19
Maputo Cidade	*	17	(55,8)	(43,0)	(37,4)	(24,0)	19
Nível de escolaridade da mãe							
Nenhum	50,1	83	41,0	30,5	21,4	14,9	145
Primário	55,0	151	58,2	48,2	32,3	21,0	359
Secundário	74,0	42	69,4	64,0	41,5	35,9	81
Superior	*	0	*	*	*	*	1
Quintil de riqueza							
Mais baixo	48,6	75	42,4	28,9	24,4	13,1	141
Segundo	(53,4)	40	47,7	37,5	24,6	15,8	147
Médio	50,4	59	69,3	53,5	43,1	30,6	123
Quarto	72,3	61	70,8	66,5	34,3	29,1	95
Mais elevado	59,1	41	53,7	55,2	31,0	24,0	81
Total	56,5	276	55,5	45,9	30,9	21,5	586

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] Os sintomas de IRA incluem tosse acompanhada de respiração curta e acelerada, associada a problemas de congestionamento do peito e/ou dificuldades respiratórias relacionadas com o peito
[2] Exclui farmácia, mercado informal, médico tradicional e pessoal de saúde no bairro

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 vector 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

Percentagem de agregados familiares com, pelo menos, uma rede 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 dormiram em casa na noite anterior, por características seleccionadas, Moçambique IMASIDA 2015

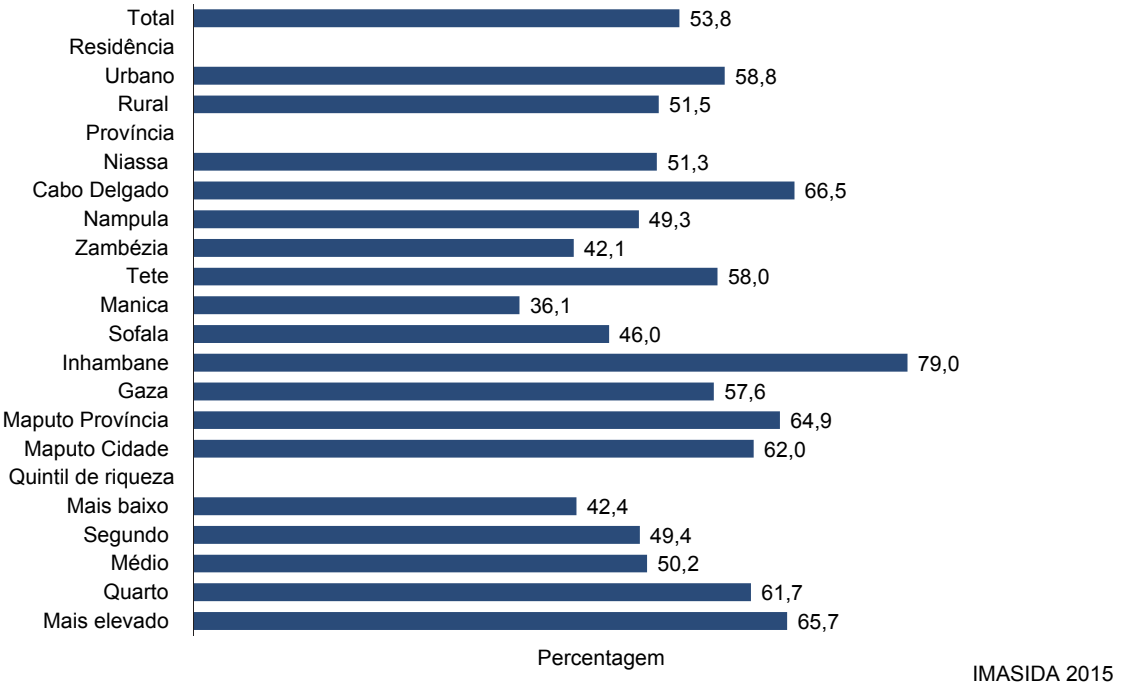
Característica	Percentagem de agregados familiares com, pelo menos, uma rede tratada com insecticida (RTI)[1]	Média de redes tratadas com insecticida (RTI)[1] por agregado familiar	Número de agregados	Percentagem de agregados familiares com, pelo menos, uma rede tratada com insecticida (RTI)[1] por cada duas pessoas que dormiram em casa na noite anterior (Cobertura Universal)[2]	Número de agregados familiares com, pelo menos, uma pessoa que dormiu em casa a noite anterior
Residência					
Urbano	69,2	1,7	2.180	43,9	2.175
Rural	64,5	1,4	4.989	36,8	4.981
Província					
Niassa	67,0	1,5	370	33,8	369
Cabo Delgado	77,2	1,9	753	53,1	750
Nampula	61,0	1,2	1.608	32,6	1.608
Zambézia	56,8	1,0	898	27,0	898
Tete	70,3	1,4	585	41,6	583
Manica	47,8	1,0	548	25,2	547
Sofala	62,0	1,4	598	31,5	598
Inhambane	86,3	2,4	483	65,6	481
Gaza	71,4	1,6	594	44,8	593
Maputo Província	71,0	1,7	394	48,4	390
Maputo Cidade	72,0	1,9	339	47,0	338
Quintil de riqueza					
Mais baixo	54,4	1,0	1.678	30,3	1.674
Segundo	64,2	1,3	1.486	33,5	1.485
Médio	63,9	1,4	1.399	37,7	1.398
Quarto	74,6	1,8	1.361	46,5	1.357
Mais elevado	76,5	2,1	1.244	50,3	1.241
Total	66,0	1,5	7.169	38,9	7.156

[1] Uma rede tratada com insecticida (RTI) é (1) uma rede tratada com insecticida pelo fabricante e que não precisa de qualquer tratamento adicional ou (2) uma rede que foi mergulhada em insecticida nos 12 meses anteriores à entrevista
[2] Membros de facto do agregado familiar

A posse de, pelo menos, uma RTI nos agregados familiares seleccionados 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[5] do agregado familiar com acesso à 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**



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 seleccionados 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 Província 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 seleccionados 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 de 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 insecticida por crianças e mulheres grávidas

Percentagem de crianças menores de cinco anos que, durante a noite anterior à entrevista, dormiram debaixo de uma rede mosquiteira tratada com insecticida (RTI), e que dormiram debaixo de uma RTI ou numa casa em que as paredes interiores foram pulverizadas (PID) nos últimos 12 meses; e entre as crianças com menos de cinco anos nos agregados familiares com, pelo menos, uma RTI, a percentagem que dormiu debaixo de uma RTI na noite anterior à entrevista; a percentagem de mulheres grávidas de 15-49 anos que, na noite anterior à entrevista, dormiram debaixo de uma RTI, e que dormiram debaixo de uma RTI ou numa casa em que as paredes foram pulverizadas (PID) nos últimos 12 meses; e entre as mulheres grávidas de 15-49 anos de idade em agregados familiares com, pelo menos, uma RTI, a percentagem que dormiu debaixo de uma RTI na noite anterior à entrevista, por características seleccionadas, Moçambique IMASIDA 2015

	Crianças com menos de cinco anos em todos os agregados familiares			Crianças com menos de cinco anos em agregados familiares com pelo menos uma RTI[1]		Mulheres grávidas de 15-49 anos em todos os agregados familiares			Mulheres grávidas de 15-49 anos em agregados familiares com, pelo menos, uma RTI[1]	
Característica	Percentagem que dormiu debaixo de uma RTI[1] a noite anterior	Percentagem que dormiu debaixo de uma RTI[1] a noite anterior ou numa casa pulverizada com PID[2] nos últimos 12 meses	Número de crianças	Percentagem que dormiu debaixo de uma RTI[1] a noite anterior	Número de crianças	Percentagem que dormiu debaixo de uma RTI[1] a noite anterior	Percentagem que dormiu debaixo de uma RTI[1] a noite anterior ou numa casa pulverizada com PID[2] nos últimos 12 meses	Número de mulheres grávidas	Percentagem que dormiu debaixo de uma RTI[1] a noite passada	Número de mulheres grávidas
Residência										
Urbano	53,6	63,3	1.504	72,6	1.110	56,6	68,2	191	82,0	132
Rural	45,9	49,6	4.241	68,8	2.831	50,2	53,0	435	77,6	281
Província										
Niassa	47,7	50,9	376	70,3	254	48,2	48,9	43	(81,0)	25
Cabo Delgado	65,2	68,4	534	79,1	440	66,0	69,0	57	(87,5)	43
Nampula	51,6	54,8	1.294	83,9	796	53,2	60,4	182	92,2	105
Zambézia	47,3	61,6	788	76,8	486	41,9	53,6	62	(80,6)	32
Tete	39,0	40,4	470	53,3	343	53,3	54,9	52	(65,2)	43
Manica	37,6	40,5	469	70,9	249	49,7	52,2	55	(81,4)	34
Sofala	45,7	48,2	586	73,1	366	(70,6)	(70,6)	46	(95,3)	34
Inhambane	63,3	64,1	355	69,2	325	(62,6)	(62,6)	31	(76,4)	25
Gaza	24,4	37,5	468	33,0	347	29,5	43,4	49	(42,3)	34
Maputo Província	52,3	59,5	221	65,2	178	(49,8)	(56,0)	29	(63,9)	22
Maputo Cidade	55,5	59,2	186	65,5	157	(46,4)	(53,8)	20	*	14
Quintil de riqueza										
Mais baixo	41,1	44,5	1.342	72,8	757	46,1	48,3	152	86,0	82
Segundo	50,9	55,2	1.292	77,0	855	50,9	54,9	142	85,0	85
Médio	44,7	49,0	1.187	68,7	771	48,0	57,1	121	72,5	80
Quarto	49,3	55,8	1.078	62,2	855	56,1	64,0	119	72,7	92
Mais elevado	57,0	66,7	846	68,6	702	64,6	70,2	90	79,4	73
Total	47,9	53,2	5.745	69,8	3.941	52,1	57,6	625	79,0	413

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.
A tabela baseia-se em crianças e mulheres grávidas que dormiram em casa na noite anterior à entrevista.
[1] Uma rede tratada com insecticida (RTI) é (1) uma rede que foi tratada com insecticida pelo fabricante e que não precisa de qualquer tratamento adicional ou (2) uma rede que foi mergulhada em insecticida nos últimos 12 meses
[2] A pulverização intra-domiciliária (PID) é limitada à pulverização efectuada 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 efectivo 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 nos 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 área 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).

Quadro 13 Uso de tratamento intermitente preventivo (TIP) pelas mulheres durante a gravidez

Percentagem de mulheres de 15-49 anos de idade com um nado-vivo nos dois anos anteriores à entrevista que, durante a gravidez do último nado-vivo, receberam uma ou mais doses de SP/Fansidar das quais, pelo menos, uma foi administrada durante uma consulta pré-natal; percentagem que recebeu duas ou mais doses de SP/Fansidar das quais, pelo menos, uma foi administrada durante uma consulta pré-natal; e a percentagem que recebeu três ou mais doses de SP/Fansidar das quais, pelo menos, uma foi administrada durante uma consulta pré-natal, por características seleccionadas, Moçambique IMASIDA 2015

Característica	Percentagem que recebeu 1 ou mais doses de SP/Fansidar[1]	Percentagem que recebeu 2 ou mais doses de SP/Fansidar[1]	Percentagem que recebeu 3 ou mais doses de SP/Fansidar[1]	Número de mulheres com um nado-vivo nos dois anos anteriores à entrevista
Residência				
Urbano	57,3	43,4	32,6	586
Rural	49,4	31,0	18,8	1.671
Província				
Niassa	48,8	26,9	13,5	138
Cabo Delgado	59,6	48,6	25,8	221
Nampula	44,8	30,2	19,2	496
Zambézia	50,0	36,5	27,5	313
Tete	44,0	9,4	6,5	210
Manica	48,5	30,6	21,9	186
Sofala	69,9	51,3	36,1	228
Inhambane	32,9	23,7	17,6	124
Gaza	76,4	54,7	37,2	178
Maputo Província	55,5	36,9	20,4	86
Maputo Cidade	22,1	16,0	7,7	78
Quintil de riqueza				
Mais baixo	43,0	27,1	18,2	535
Segundo	48,3	28,7	17,2	517
Médio	51,5	32,5	18,4	453
Quarto	63,4	47,6	32,7	425
Mais elevado	54,5	39,7	29,5	326
Total	51,4	34,2	22,4	2.257

[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 seleccionados 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 reportada, diagnóstico e tratamento imediato de crianças com febre

A percentagem 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 percentagem para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento, a percentagem das quais se extraiu sangue do dedo ou calcanhar, a percentagem 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 percentagem que tomaram TCA, por características seleccionadas, Moçambique IMASIDA 2015

	Crianças com menos de cinco anos		Crianças com menos de cinco anos com febre				Crianças com menos de cinco anos com febre que tomaram antimalárico	
Característica	Percentagem com febre nas duas semanas que antecederam a entrevista	Número de crianças	Percentagem para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento[1]	Percentagem das quais se extraiu sangue do dedo ou calcanhar para testagem	Percentagem que tomou algum TCA	Número de crianças	Percentagem que tomou algum TCA	Número de crianças
Residência								
Urbano	22,6	1.391	74,6	46,9	27,1	315	90,3	95
Rural	31,4	3.922	59,6	37,8	37,7	1.232	93,0	500
Província								
Niassa	30,1	358	51,2	32,0	36,0	108	90,4	43
Cabo Delgado	21,8	480	60,6	39,0	25,6	104	(97,5)	27
Nampula	39,1	1.185	62,9	41,6	51,0	463	98,1	241
Zambézia	51,3	731	56,9	32,0	31,8	375	90,6	132
Tete	14,3	454	63,7	58,1	17,5	65	*	22
Manica	16,5	437	66,9	47,4	33,3	72	(86,7)	28
Sofala	20,8	534	70,2	42,8	29,9	111	(100,0)	33
Inhambane	18,0	297	78,5	54,4	36,6	53	(83,1)	24
Gaza	26,9	421	72,6	48,1	33,3	113	(100,0)	38
Maputo Província	15,5	230	74,4	29,1	4,4	36	*	4
Maputo Cidade	24,9	186	61,0	25,9	3,9	46	*	4
Quintil de riqueza								
Mais baixo	32,6	1.234	53,6	33,0	31,5	402	87,5	145
Segundo	33,2	1.201	60,8	37,9	41,0	399	95,7	171
Médio	29,9	1.090	62,7	41,4	44,0	326	94,5	151
Quarto	25,8	1.000	73,3	50,4	34,2	258	93,0	95
Mais elevado	20,7	787	72,9	39,7	17,4	163	(88,3)	32
Total	29,1	5.313	62,7	39,6	35,6	1.547	92,6	594

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 seleccionadas. 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 falciparum e por vivax em crianças de 6-59 meses (população de facto) segundo os resultados do TDR, por características seleccionadas, Moçambique IMASIDA 2015

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

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.

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.

Quadro 16 Anemia entre as crianças

Percentagem de crianças de 6-59 meses (população de facto) classificadas como tendo anemia, anemia leve, anemia moderada e anemia severa, por características seleccionadas, Moçambique IMASIDA 2015

Características	Alguma anemia	Percentagem com anemia: Anemia leve	Anemia moderada	Anemia severa	Número
Sexo					
Masculino	66,4	27,3	35,1	3,9	2.318
Feminino	61,2	26,9	31,9	2,4	2.333
Idade em meses					
6-11	78,0	27,9	43,0	7,1	492
12-23	74,3	25,8	43,1	5,4	1.077
24-35	64,5	27,3	34,1	3,1	1.024
36-47	55,4	29,0	25,7	0,7	1.072
48-59	53,5	25,8	26,3	1,5	987
Residência					
Urbano	56,4	28,5	26,5	1,4	1.140
Rural	66,2	26,6	35,8	3,7	3.512
Província					
Niassa	58,6	29,5	26,3	2,8	285
Cabo Delgado	73,2	28,4	40,4	4,3	357
Nampula	67,6	28,1	34,9	4,6	1.138
Zambézia	76,7	24,4	45,2	7,1	581
Tete	59,5	25,9	32,1	1,6	375
Manica	58,9	25,4	31,8	1,8	406
Sofala	63,7	30,9	31,2	1,7	488
Inhambane	54,3	26,1	27,7	0,4	318
Gaza	58,6	25,5	31,7	1,4	399
Maputo Província	45,0	26,5	17,9	0,5	174
Maputo Cidade	49,6	24,5	24,8	0,4	129
Quintil de riqueza					
Mais baixo	73,6	28,4	38,7	6,5	1.099
Segundo	66,6	27,9	35,4	3,3	1.052
Médio	61,7	24,3	35,4	1,9	990
Quarto	60,1	26,7	31,5	1,9	878
Mais elevado	50,4	28,4	21,3	0,8	633
Total	63,8	27,1	33,5	3,2	4.652

Nota: 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 seleccionada.

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 severa/grave. Em caso de anemia severa, os técnicos de saúde referiram as crianças para o centro de saúde mais próximo para que recebessem assistência médica imediata. A prevalência apresentada neste relatório baseia-se na população de facto, isto é, as crianças residentes e visitantes que dormiram a noite anterior à entrevista na casa seleccionada.

O Quadro 16 mostra que, do total de crianças de 6-59 meses nos agregados seleccionados, 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.

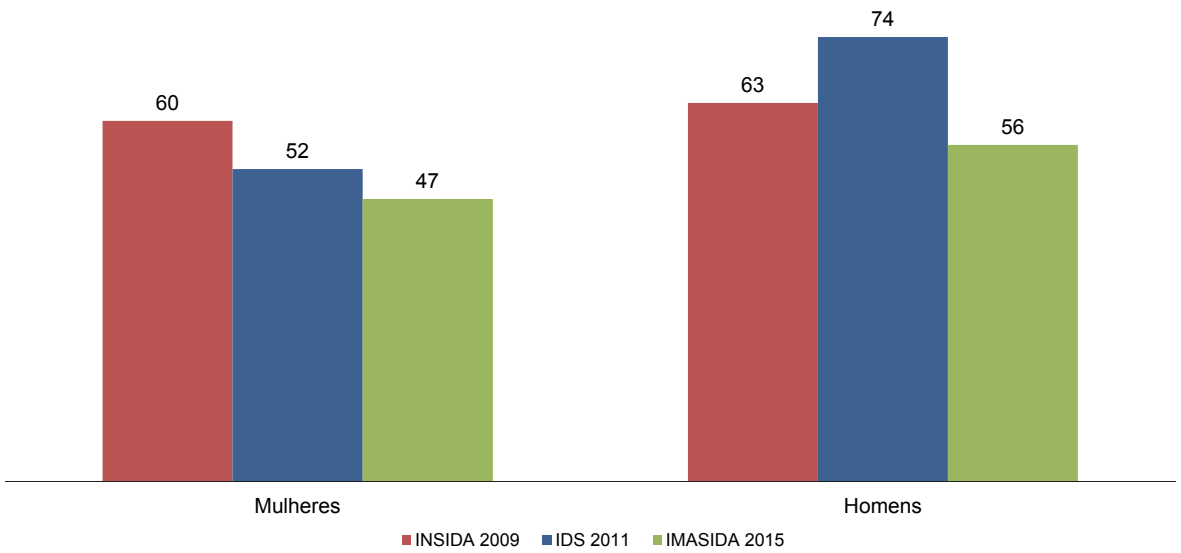
Quadro 17 Conhecimento de métodos para prevenir o HIV

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 tiver relações sexuais e limitando as relações sexuais a um único parceiro não infectado e sem outros parceiros sexuais, segundo características seleccionadas, Moçambique IMASIDA 2015

	Percentagem de mulheres que afirmou ser possível reduzir o risco de contágio com HIV:				Percentagem de homens que afirmou ser possível reduzir o risco de contágio com HIV:			
Característica	Usando preservativos[1]	Limitando as relações sexuais a um único parceiro não infectado[2]	Usando preservativos e limitando as relações sexuais a um único parceiro não infectado[2]	Número de mulheres	Usando preservativos[1]	Limitando as relações sexuais a um único parceiro não infectado[2]	Usando preservativos e limitando as relações sexuais a um único parceiro não infectado[2]	Número de homens
Idade								
15-24	54,6	62,8	46,5	2.874	65,4	68,2	54,8	1.995
15-19	51,3	59,4	43,6	1.494	64,1	65,2	53,5	1.101
20-24	58,2	66,4	49,7	1.380	67,1	71,9	56,4	894
25-29	55,8	69,6	50,3	1.087	68,8	75,7	60,0	691
30-39	56,2	67,2	48,6	1.750	63,6	75,1	56,7	1.181
40-49	50,6	60,8	43,3	1.202	63,8	74,3	55,3	857
Estado civil								
Nunca casado(a)	60,8	66,9	53,2	1.178	69,8	70,9	60,0	1.564
Teve relações sexuais	71,1	79,6	64,4	751	74,1	75,0	64,0	1.140
Nunca teve relações sexuais	42,6	44,4	33,4	427	58,2	60,1	49,2	424
Casado(a)/em união de facto	52,2	63,2	44,9	4.565	62,3	72,4	53,5	2.918
Divorciado(a)/separado(a)/viúvo(a)	57,1	67,8	49,4	1.171	69,6	76,0	61,9	242
Residência								
Urbano	67,3	73,7	59,1	2.437	74,1	78,1	65,1	1.876
Rural	47,5	59,7	40,6	4.478	59,3	68,2	50,2	2.848
Província								
Niassa	52,9	66,2	49,3	362	50,0	49,1	39,5	265
Cabo Delgado	40,9	44,5	31,5	639	66,9	71,1	55,8	502
Nampula	33,3	61,9	28,0	1.441	46,2	65,3	33,5	1.058
Zambézia	50,5	54,4	40,1	813	68,6	70,8	58,0	511
Tete	61,1	71,2	57,8	515	57,5	67,0	49,7	324
Manica	53,7	58,5	45,2	526	77,2	82,9	69,4	335
Sofala	46,9	56,3	41,9	648	54,1	62,0	49,3	447
Inhambane	80,5	87,3	75,4	474	84,3	88,2	79,6	248
Gaza	72,3	71,2	57,9	621	88,9	86,8	83,7	317
Maputo Província	80,6	87,0	74,7	400	82,1	81,0	72,7	354
Maputo Cidade	78,0	77,3	68,2	476	83,6	86,8	77,5	362
Nível de escolaridade								
Nenhum	38,8	55,8	34,1	1.795	49,8	58,3	38,0	482
Primário	52,4	62,0	44,1	3.544	60,2	67,0	49,9	2.544
Secundário	77,0	79,9	68,2	1.463	76,0	83,1	69,3	1.544
Superior	77,4	88,5	74,4	113	87,7	88,8	82,6	154
Quintil de riqueza								
Mais baixo	37,7	53,8	30,3	1.335	51,8	63,1	40,5	802
Segundo	38,3	56,4	34,1	1.308	53,3	64,2	43,2	884
Médio	50,5	60,9	42,8	1.259	58,2	66,6	48,3	875
Quarto	64,1	70,4	56,0	1.424	74,5	77,7	67,0	909
Mais elevado	76,5	78,3	67,3	1.588	80,2	83,3	72,8	1.254
Total 15-49	54,5	64,6	47,1	6.915	65,2	72,1	56,1	4.724
Total 50-59	45,0	60,3	40,1	834	63,3	70,7	54,2	559
Total 15-59	53,5	64,2	46,3	7.749	65,0	72,0	55,9	5.283

[1] Usando preservativos cada vez que tem relações sexuais
[2] Parceiro(a) que não tem outros/as parceiros/as sexuais

Figura 4 **Tendência no conhecimento de uso do preservativo e limitação de relações sexuais a um único parceiro não infectado, 2009 a 2015**



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.

Quadro 18.1 Conhecimento abrangente sobre a prevenção de HIV entre os jovens

Percentagem de jovens de 15-24 anos com conhecimento abrangente sobre a prevenção de HIV, por características seleccionadas, Moçambique IMASIDA 2015

	Mulheres de 15-24							Homens de 15-24						
Característica	Uma pessoa aparentemente saudável pode ter HIV	O HIV não pode ser transmitido por picada de mosquito	O HIV não pode ser transmitido por meios sobrenaturais	Uma pessoa não se pode infectar por partilhar comida com alguém que tenha HIV	Percentagem que rejeita as duas concepções erradas mais comuns e diz que uma pessoa aparente-mente saudável pode ter HIV	Percentagem com conhecimento abrangente sobre a prevenção de HIV[1]	Número de mulheres	Uma pessoa aparentemente saudável pode ter HIV	O HIV não pode ser transmitido por picada de mosquito	O HIV não pode ser transmitido por meios sobrenaturais	Uma pessoa não se pode infectar por partilhar comida com alguém que tenha HIV	Percentagem que rejeita as duas concepções erradas mais comuns e diz que uma pessoa aparente-mente saudável pode ter HIV	Percentagem com conhecimento abrangente sobre a prevenção de HIV[1]	Número de homens
Idade														
15-19	58,0	67,3	71,3	70,2	41,2	27,7	1.494	64,4	60,7	68,9	70,1	40,6	28,0	1.101
15-17	52,5	62,0	66,6	63,3	34,9	22,5	782	62,0	57,3	66,4	67,6	37,3	26,7	639
18-19	64,1	73,0	76,4	77,7	48,1	33,4	712	67,7	65,3	72,3	73,6	45,1	29,8	461
20-24	68,6	71,7	83,2	81,8	51,9	34,1	1.380	75,1	69,3	82,1	80,8	49,0	32,9	894
20-22	67,9	72,2	82,0	81,0	52,1	34,9	912	75,3	68,7	81,3	80,2	48,9	32,9	592
23-24	70,0	70,8	85,7	83,3	51,6	32,4	468	74,8	70,5	83,8	81,9	49,2	32,8	303
Estado civil														
Nunca casado(a)	64,2	70,4	74,5	73,2	47,2	34,5	1.034	69,4	63,0	74,4	74,4	44,1	32,2	1.409
Teve relações sexuais	75,0	77,8	84,0	83,2	56,5	44,1	610	73,1	66,0	77,5	77,0	46,0	33,9	988
Nunca teve relações sexuais	48,6	59,7	60,8	59,0	33,9	20,6	424	60,7	56,0	67,2	68,3	39,5	28,1	420
Casado(a) em algum momento	62,5	68,9	78,4	77,2	45,8	28,6	1.840	68,8	68,2	75,8	76,0	45,0	25,4	587
Residência														
Urbano	74,4	73,7	83,3	82,1	54,8	39,3	1.114	80,4	66,5	81,8	81,3	52,0	38,3	933
Rural	55,9	66,7	73,0	71,8	41,0	25,3	1.760	59,3	62,8	68,7	69,3	37,6	23,0	1.062
Província														
Niassa	46,7	83,4	83,5	83,2	42,9	36,8	160	62,0	69,9	84,5	83,2	48,6	14,4	117
Cabo Delgado	53,5	70,4	73,4	73,4	40,2	20,5	266	33,1	58,9	54,1	51,1	21,5	16,2	228
Nampula	54,5	76,5	77,4	81,2	43,4	22,1	549	64,2	78,7	72,8	78,9	48,5	23,1	371
Zambézia	49,0	50,8	55,9	54,0	28,9	19,5	338	64,3	43,3	58,4	63,5	31,1	21,7	177
Tete	73,8	81,0	86,1	85,3	65,8	43,1	205	78,3	57,4	76,5	75,8	42,6	21,5	116
Manica	59,4	58,1	71,6	70,4	39,7	26,2	239	83,0	69,9	82,4	81,6	55,4	46,1	149
Sofala	58,9	59,6	72,9	71,7	42,3	28,8	291	68,2	68,2	73,8	74,4	50,6	29,8	200
Inhambane	82,3	85,5	91,3	87,4	71,5	60,2	200	70,3	81,6	91,8	85,9	60,5	56,2	125
Gaza	79,2	65,7	84,4	70,3	43,9	20,0	250	80,1	55,8	71,1	73,0	43,1	40,7	175
Maputo Província	88,1	75,9	85,4	89,9	64,7	53,1	168	93,7	44,6	85,7	75,9	35,4	23,1	161
Maputo Cidade	75,2	68,0	83,5	80,2	51,3	42,7	208	85,9	70,5	91,4	90,6	58,4	52,3	175

(Continua…)

Quadro 18.1—*Continuação*

Característica	Mulheres de 15-24							Homens de 15-24						
	Uma pessoa aparentemente saudável pode ter HIV	O HIV não pode ser transmitido por picada de mosquito	O HIV não pode ser transmitido por meios sobrenaturais	Uma pessoa não se pode infectar por partilhar comida com alguém que tenha HIV	Percentagem que rejeita as duas concepções erradas mais comuns e diz que uma pessoa aparente-mente saudável pode ter HIV	Percentagem com conhecimento abrangente sobre a prevenção de HIV[1]	Número de mulheres	Uma pessoa aparentemente saudável pode ter HIV	O HIV não pode ser transmitido por picada de mosquito	O HIV não pode ser transmitido por meios sobrenaturais	Uma pessoa não se pode infectar por partilhar comida com alguém que tenha HIV	Percentagem que rejeita as duas concepções erradas mais comuns e diz que uma pessoa aparente-mente saudável pode ter HIV	Percentagem com conhecimento abrangente sobre a prevenção de HIV[1]	Número de homens
Nível de escolaridade														
Nenhum	49,0	57,9	62,1	64,9	38,8	17,4	383	57,1	63,3	61,5	55,8	42,5	13,9	126
Primário	56,9	64,5	72,5	70,2	38,6	24,8	1.491	57,9	57,1	65,6	68,0	33,0	19,9	944
Secundário	77,2	80,8	89,4	87,8	60,0	44,0	961	81,9	72,0	85,6	84,2	55,4	41,7	873
Superior	92,9	90,4	91,4	95,5	78,8	64,1	39	91,1	76,9	94,2	90,3	70,2	62,3	52
Quintil de riqueza														
Mais baixo	44,1	61,8	61,5	68,7	32,6	18,8	510	58,4	63,5	67,5	68,9	37,4	19,8	292
Segundo	51,4	63,6	72,0	70,6	36,5	21,1	508	48,9	58,0	64,0	66,4	29,7	11,2	292
Médio	57,9	68,0	74,7	70,1	43,7	26,2	494	59,1	65,2	69,2	70,2	41,2	26,1	352
Quarto	73,7	73,9	84,2	81,1	54,4	36,9	634	74,1	65,0	78,2	77,8	47,1	33,6	414
Mais elevado	78,8	75,8	86,7	83,4	57,6	43,6	729	85,7	67,3	84,0	82,2	54,1	43,5	644
Total 15-24	63,1	69,4	77,0	75,7	46,3	30,8	2.874	69,2	64,5	74,8	74,9	44,4	30,2	1.995

[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

Percentagem de mulheres e homens de 15-49 anos com conhecimento abrangente sobre a prevenção de HIV, por características seleccionadas, Moçambique IMASIDA 2015

	Mulheres de 15-49							Homens de 15-49						
Característica	Uma pessoa aparentemente saudável pode ter HIV	O HIV não pode ser transmitido por picada de mosquito	O HIV não pode ser transmitido por meios sobrenaturais	Uma pessoa não se pode infectar por partilhar comida com alguém que tenha HIV	Percentagem que rejeita as duas concepções erradas mais comuns e diz que uma pessoa aparente-mente saudável pode ter HIV	Percentagem com conhecimento abrangente sobre a prevenção de HIV[1]	Número de mulheres	Uma pessoa aparentemente saudável pode ter HIV	O HIV não pode ser transmitido por picada de mosquito	O HIV não pode ser transmitido por meios sobrenaturais	Uma pessoa não se pode infectar por partilhar comida com alguém que tenha HIV	Percentagem que rejeita as duas concepções erradas mais comuns e diz que uma pessoa aparente-mente saudável pode ter HIV	Percentagem com conhecimento abrangente sobre a prevenção de HIV[1]	Número de homens
Idade														
15-19	58,0	67,3	71,3	70,2	41,2	27,7	1.494	64,4	60,7	68,9	70,1	40,6	28,0	1.101
20-24	68,6	71,7	83,2	81,8	51,9	34,1	1.380	75,1	69,3	82,1	80,8	49,0	32,9	894
25-29	63,5	71,9	79,7	79,3	47,4	32,7	1.087	77,4	70,0	84,3	82,4	52,5	35,0	691
30-34	69,7	66,1	78,7	78,2	45,8	30,7	863	71,4	68,4	80,9	78,5	48,4	32,0	673
35-39	66,4	67,9	77,9	77,3	47,1	31,4	888	77,2	69,2	77,5	75,8	48,9	31,3	507
40-44	63,4	64,0	77,0	73,8	39,7	25,1	646	72,9	66,4	76,9	74,1	44,6	28,7	477
45-49	59,7	66,0	76,9	73,7	41,9	24,5	557	72,7	70,2	81,8	78,9	47,5	31,1	380
Estado civil														
Nunca casado(a)	65,9	70,9	75,4	75,3	48,5	36,0	1.178	71,3	64,1	76,0	76,2	46,3	33,3	1.564
Teve relações sexuais	75,7	77,3	83,9	84,5	56,7	44,7	751	75,2	67,0	79,2	79,0	48,6	35,0	1.140
Nunca teve relações sexuais	48,6	59,6	60,6	58,9	34,0	20,7	427	61,0	56,4	67,4	68,6	40,1	28,7	424
Casado(a) em algum momento	63,8	67,9	78,2	76,7	45,0	28,9	5.736	72,7	68,4	79,2	77,2	47,2	30,2	3.160
Residência														
Urbano	76,4	73,0	83,8	82,9	54,5	38,9	2.437	83,0	68,0	83,8	81,8	54,3	38,9	1.876
Rural	57,5	65,9	74,4	73,0	40,7	25,3	4.478	65,1	66,3	74,4	73,6	42,0	26,2	2.848
Província														
Niassa	47,8	81,2	86,0	84,4	40,9	33,0	362	64,0	74,9	88,1	85,4	52,2	17,8	265
Cabo Delgado	52,7	68,0	73,4	69,4	34,0	17,3	639	46,5	57,1	59,6	59,0	29,3	21,0	502
Nampula	53,9	75,1	76,5	80,1	42,0	18,0	1.441	63,2	79,0	78,2	78,1	45,2	21,1	1.058
Zambézia	51,0	49,6	54,1	53,7	28,7	19,6	813	73,5	51,9	64,3	68,1	38,7	28,3	511
Tete	74,5	85,4	89,3	90,0	68,4	46,5	515	77,3	59,8	76,9	79,5	42,0	25,5	324
Manica	62,1	59,5	74,6	74,7	41,2	29,0	526	84,2	70,7	84,4	82,7	58,6	47,7	335
Sofala	55,6	59,6	71,4	71,4	40,6	28,2	648	73,2	75,5	75,9	77,1	56,6	30,3	447
Inhambane	82,9	84,2	92,6	86,9	71,0	60,9	474	72,3	81,1	92,6	86,3	61,7	56,9	248
Gaza	85,9	61,6	87,9	75,7	45,4	27,5	621	86,7	56,4	79,2	73,3	46,7	44,1	317
Maputo Província	88,9	70,6	86,7	87,3	60,5	50,1	400	93,9	49,2	88,3	79,5	41,6	28,3	354
Maputo Cidade	80,6	65,8	85,5	83,2	53,5	41,9	476	88,1	70,9	93,3	89,8	60,8	53,4	362

(Continua…)

Quadro 18.2—*Continuação*

Característica	Mulheres de 15-49							Homens de 15-49						
	Uma pessoa aparentemente saudável pode ter HIV	O HIV não pode ser transmitido por picada de mosquito	O HIV não pode ser transmitido por meios sobrenaturais	Uma pessoa não se pode infectar por partilhar comida com alguém que tenha HIV	Percentagem que rejeita as duas concepções erradas mais comuns e diz que uma pessoa aparente-mente saudável pode ter HIV	Percentagem com conhecimento abrangente sobre a prevenção de HIV[1]	Número de mulheres	Uma pessoa aparentemente saudável pode ter HIV	O HIV não pode ser transmitido por picada de mosquito	O HIV não pode ser transmitido por meios sobrenaturais	Uma pessoa não se pode infectar por partilhar comida com alguém que tenha HIV	Percentagem que rejeita as duas concepções erradas mais comuns e diz que uma pessoa aparente-mente saudável pode ter HIV	Percentagem com conhecimento abrangente sobre a prevenção de HIV[1]	Número de homens
Nível de escolaridade														
Nenhum	53,2	61,3	68,1	69,6	39,1	20,6	1.795	62,3	61,9	70,9	65,0	38,6	15,9	482
Primário	62,0	66,1	77,3	74,0	40,7	26,6	3.544	65,7	62,1	72,8	72,2	39,4	24,4	2.544
Secundário	80,9	81,0	89,5	89,3	62,6	47,8	1.463	84,0	75,0	87,8	86,5	58,8	43,8	1.544
Superior	90,4	91,6	91,8	95,4	78,8	62,1	113	93,7	84,0	93,0	94,0	77,2	65,0	154
Quintil de riqueza														
Mais baixo	50,2	62,4	66,0	69,1	35,4	18,2	1.335	62,6	62,2	71,0	71,6	39,5	20,2	802
Segundo	48,2	64,4	71,9	71,1	33,7	19,1	1.308	60,0	65,6	71,2	71,2	38,8	19,0	884
Médio	61,2	68,3	77,0	73,3	44,2	27,6	1.259	64,5	67,9	75,4	73,2	42,1	26,3	875
Quarto	74,7	71,2	84,1	81,1	52,6	37,4	1.424	77,1	68,2	80,9	78,9	49,1	36,4	909
Mais elevado	82,0	74,4	87,3	85,4	58,6	44,7	1.588	88,9	69,6	87,4	85,2	59,1	46,4	1.254
Total 15-49	64,2	68,4	77,7	76,5	45,6	30,1	6.915	72,2	67,0	78,1	76,8	46,9	31,2	4.724

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 parceiras 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 consoante 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.

Quadro 19.1 Parceiros sexuais múltiplos nos últimos 12 meses: Mulheres

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 seleccionadas, Moçambique IMASIDA 2015

	Todas as mulheres		Mulheres que tiveram 2 ou mais parceiros nos últimos 12 meses		Mulheres que alguma vez tiveram relações sexuais[1]	
Característica	Percentagem que tiveram 2 ou mais parceiros nos últimos 12 meses	Número de mulheres	Percentagem que usou preservativo durante a última relação sexual	Número de mulheres	Média de parceiros sexuais em toda sua vida	Número de mulheres
Idade						
15-24	3,2	2.874	41,9	92	1,9	2.428
15-19	2,7	1.494	(43,2)	40	1,7	1.070
20-24	3,8	1.380	41,0	52	2,1	1.357
25-29	3,5	1.087	(24,5)	38	2,1	1.058
30-39	3,1	1.750	16,5	54	2,2	1.697
40-49	1,5	1.202	*	17	2,2	1.177
Estado civil						
Nunca casado(a)	4,9	1.178	55,6	58	2,4	736
Casado(a)/em união de facto	2,0	4.565	12,5	93	1,9	4.486
Divorciado(a)/separado(a)/ viúvo(a)	4,3	1.171	27,2	50	2,5	1.138
Residência						
Urbano	3,9	2.437	39,9	95	2,3	2.148
Rural	2,4	4.478	18,4	107	1,9	4.211
Província						
Niassa	3,0	362	*	11	1,8	345
Cabo Delgado	8,0	639	(17,2)	51	3,0	590
Nampula	0,7	1.441	*	10	2,0	1.376
Zambézia	4,0	813	*	33	1,9	765
Tete	0,1	515	*	0	1,1	476
Manica	1,0	526	*	5	1,3	464
Sofala	1,4	648	*	9	1,6	571
Inhambane	2,9	474	*	14	2,5	436
Gaza	2,1	621	*	13	2,2	577
Maputo Província	5,5	400	(52,4)	22	2,7	358
Maputo Cidade	7,0	476	55,6	33	2,6	401
Nível de escolaridade						
Nenhum	2,0	1.795	(10,8)	36	1,8	1.741
Primário	2,5	3.544	18,3	88	2,0	3.270
Secundário	5,2	1.463	47,4	76	2,3	1.245
Superior	1,7	113	*	2	2,6	104
Quintil de riqueza						
Mais baixo	3,1	1.335	(13,0)	42	1,9	1.275
Segundo	2,3	1.308	*	30	1,9	1.236
Médio	1,7	1.259	(15,8)	21	1,9	1.168
Quarto	3,1	1.424	36,6	44	2,2	1.306
Mais elevado	4,1	1.588	45,4	65	2,3	1.375
Total 15-49	2,9	6.915	28,6	202	2,0	6.360
Mulheres 50-59	0,4	834	*	3	1,9	814
Total 15-59	2,6	7.749	28,1	205	2,0	7.173

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 seleccionadas, Moçambique IMASIDA 2015

	Todos os homens		Homens que tiveram 2 ou mais parceiras nos últimos 12 meses		Homens que alguma vez tiveram relações sexuais[1]	
Característica	Percentagem que teve 2 ou mais parceiras nos últimos 12 meses	Número de homens	Percentagem que usou preservativo durante a última relação sexual	Número de homens	Média de parceiras sexuais em toda sua vida	Número de homens
Idade						
15-24	17,6	1.995	39,4	351	5,4	1.463
15-19	12,1	1.101	38,6	133	4,1	671
20-24	24,4	894	39,8	218	6,5	793
25-29	29,0	691	28,7	200	7,0	608
30-39	23,2	1.181	16,7	273	7,2	1.025
40-49	17,7	857	7,4	152	8,0	723
Estado civil						
Nunca casado(a)	16,7	1.564	58,3	261	5,1	1.057
Casado(a)/em união de facto	22,4	2.918	12,0	655	7,0	2.551
Divorciado(a)/separado(a)/ viúvo(a)	25,5	242	36,4	62	9,4	211
Residência						
Urbano	23,4	1.876	44,4	440	7,0	1.492
Rural	18,9	2.848	10,7	537	6,4	2.327
Província						
Niassa	18,5	265	15,8	49	5,6	220
Cabo Delgado	42,4	502	9,8	213	11,8	371
Nampula	9,6	1.058	6,7	101	5,9	912
Zambézia	24,5	511	11,9	125	6,8	468
Tete	15,3	324	25,0	50	3,7	269
Manica	14,1	335	28,9	47	4,0	264
Sofala	14,7	447	32,1	66	5,3	361
Inhambane	13,7	248	(20,1)	34	7,2	145
Gaza	24,7	317	38,2	78	8,0	233
Maputo Província	29,7	354	48,2	105	9,4	322
Maputo Cidade	29,7	362	63,1	108	5,1	253
Nível de escolaridade						
Nenhum	14,8	482	9,6	71	5,7	390
Primário	18,4	2.544	12,6	469	6,7	2.069
Secundário	25,6	1.544	40,7	396	6,8	1.233
Superior	27,1	154	62,4	42	6,5	127
Quintil de riqueza						
Mais baixo	13,1	802	5,6	105	5,4	686
Segundo	21,4	884	4,3	190	6,8	755
Médio	18,3	875	9,1	160	6,3	704
Quarto	21,7	909	25,2	198	7,5	701
Mais elevado	25,9	1.254	53,8	324	7,0	974
Total 15-49	20,7	4.724	25,9	977	6,6	3.819
Homens 50-59	18,4	559	6,8	103	8,3	462
Total 15-59	20,4	5.283	24,1	1.080	6,8	4.281

[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 seleccionadas, Moçambique IMASIDA 2015

Característica	Percentagem que sabe onde fazer um teste de HIV	Distribuição percentual de mulheres que fizeram e não fizeram o teste de HIV e se receberam ou não os resultados do último teste			Total	Percentagem alguma vez testada	Percentagem que foi testada nos últimos 12 meses e recebeu os resultados do último teste	Número de mulheres
		Alguma vez testadas e receberam os resultados	Alguma vez testadas mas não receberam os resultados	Nunca testadas[1]				
Idade								
15-24	82,2	55,3	3,4	41,3	100,0	58,7	32,2	2.874
15-19	75,5	40,0	3,2	56,8	100,0	43,2	25,3	1.494
20-24	89,4	71,9	3,6	24,6	100,0	75,4	39,7	1.380
25-29	88,4	72,3	3,1	24,6	100,0	75,4	38,1	1.087
30-39	88,2	68,5	3,0	28,5	100,0	71,5	31,8	1.750
40-49	79,9	52,6	2,5	44,9	100,0	55,1	20,5	1.202
Estado civil								
Nunca casado(a)	77,6	44,8	1,0	54,1	100,0	45,9	28,7	1.178
Teve relações sexuais	90,3	64,4	1,4	34,2	100,0	65,8	41,0	751
Nunca teve relações sexuais	55,3	10,4	0,4	89,2	100,0	10,8	7,0	427
Casado(a)/em união de facto	85,9	64,0	3,8	32,3	100,0	67,7	32,4	4.565
Divorciado(a)/separado(a)/ viúvo(a)	84,8	64,7	2,5	32,8	100,0	67,2	28,0	1.171
Residência								
Urbano	91,6	72,5	1,6	25,9	100,0	74,1	38,9	2.437
Rural	80,3	54,5	3,9	41,6	100,0	58,4	26,7	4.478
Província								
Niassa	82,9	65,1	1,7	33,2	100,0	66,8	32,1	362
Cabo Delgado	82,3	46,3	6,3	47,4	100,0	52,6	23,5	639
Nampula	80,1	48,1	3,3	48,7	100,0	51,3	20,3	1.441
Zambézia	68,4	49,0	2,2	48,9	100,0	51,1	25,7	813
Tete	92,5	64,6	2,4	32,9	100,0	67,1	41,2	515
Manica	81,9	69,4	0,4	30,2	100,0	69,8	30,4	526
Sofala	78,4	55,5	7,8	36,7	100,0	63,3	23,6	648
Inhambane	94,5	75,6	2,3	22,1	100,0	77,9	41,3	474
Gaza	95,7	80,1	2,6	17,3	100,0	82,7	48,0	621
Maputo Província	97,0	78,6	1,8	19,5	100,0	80,5	42,1	400
Maputo Cidade	93,9	75,1	0,5	24,4	100,0	75,6	39,8	476
Nível de escolaridade								
Nenhum	74,2	49,1	3,6	47,3	100,0	52,7	20,8	1.795
Primário	84,7	60,2	3,7	36,1	100,0	63,9	29,1	3.544
Secundário	94,5	74,4	1,1	24,5	100,0	75,5	45,2	1.463
Superior	100,0	90,8	1,0	8,3	100,0	91,7	67,3	113
Quintil de riqueza								
Mais baixo	72,6	46,4	3,0	50,6	100,0	49,4	21,2	1.335
Segundo	76,9	48,1	5,1	46,9	100,0	53,1	23,4	1.308
Médio	82,2	57,5	4,3	38,2	100,0	61,8	24,9	1.259
Quarto	93,2	72,0	2,2	25,8	100,0	74,2	39,2	1.424
Mais elevado	93,9	76,1	1,4	22,5	100,0	77,5	43,0	1.588
Total 15-49	84,3	60,8	3,1	36,1	100,0	63,9	31,0	6.915
Mulheres 50-59	74,0	36,9	2,6	60,5	100,0	39,5	11,4	834
Total	83,2	58,3	3,0	38,7	100,0	61,3	28,9	7.749

[1] Inclui 'não sabe/sem resposta'

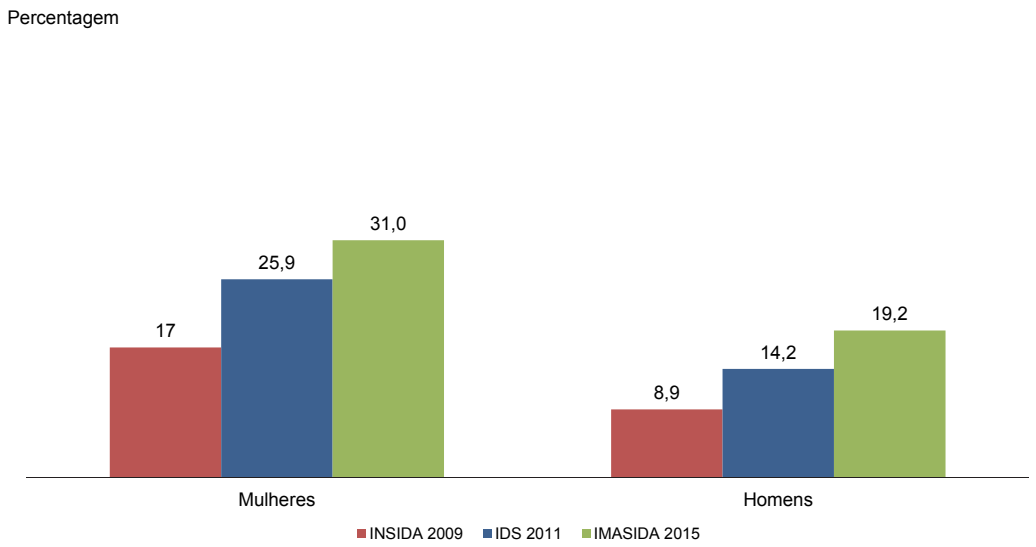
Quadro 20.2 Cobertura de teste de HIV antes da entrevista: Homens

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 seleccionadas, Moçambique IMASIDA 2015

Característica	Percentagem que sabe onde fazer um teste de HIV	Distribuição percentual de homens que fizeram e não fizeram o teste de HIV e se receberam os resultados do último teste: Alguma vez testados e receberam os resultados	Alguma vez testados mas não receberam os resultados	Nunca testados[1]	Total	Percentagem alguma vez testado	Percentagem que foi testado nos últimos 12 meses e recebeu os resultados do último teste	Número de homens
Idade								
15-24	75,4	27,7	1,2	71,0	100,0	29,0	15,5	1.995
15-19	67,2	18,2	0,9	80,9	100,0	19,1	10,1	1.101
20-24	85,7	39,4	1,6	58,9	100,0	41,1	22,1	894
25-29	86,9	50,6	1,7	47,7	100,0	52,3	27,4	691
30-39	83,0	45,4	1,9	52,7	100,0	47,3	21,1	1.181
40-49	80,7	40,2	2,1	57,7	100,0	42,3	18,5	857
Estado civil								
Nunca casado(a)	76,3	29,9	1,2	68,9	100,0	31,1	16,8	1.564
Teve relações sexuais	81,7	35,4	1,2	63,4	100,0	36,6	20,0	1.140
Nunca teve relações sexuais	61,8	15,1	1,1	83,9	100,0	16,1	8,1	424
Casado(a)/em união de facto	81,7	41,3	1,8	56,9	100,0	43,1	20,1	2.918
Divorciado(a)/separado(a)/ viúvo(a)	82,9	46,0	1,9	52,2	100,0	47,8	23,2	242
Residência								
Urbano	88,6	50,0	1,5	48,5	100,0	51,5	26,4	1.876
Rural	74,3	29,7	1,7	68,6	100,0	31,4	14,4	2.848
Província								
Niassa	64,6	21,7	3,9	74,4	100,0	25,6	13,6	265
Cabo Delgado	65,9	25,3	1,5	73,3	100,0	26,7	13,3	502
Nampula	74,2	24,9	0,5	74,6	100,0	25,4	12,3	1.058
Zambézia	68,9	29,7	0,5	69,8	100,0	30,2	15,9	511
Tete	86,3	43,7	3,2	53,1	100,0	46,9	20,4	324
Manica	91,0	50,3	1,5	48,2	100,0	51,8	31,8	335
Sofala	85,3	41,4	1,0	57,6	100,0	42,4	19,8	447
Inhambane	89,3	44,5	2,3	53,2	100,0	46,8	15,6	248
Gaza	83,5	49,7	2,2	48,1	100,0	51,9	26,1	317
Maputo Província	95,7	53,5	3,1	43,3	100,0	56,7	22,6	354
Maputo Cidade	95,7	64,0	2,0	34,0	100,0	66,0	35,5	362
Nível de escolaridade								
Nenhum	61,8	21,7	2,0	76,3	100,0	23,7	10,3	482
Primário	74,8	29,3	1,7	69,1	100,0	30,9	14,2	2.544
Secundário	92,3	52,1	1,4	46,4	100,0	53,6	25,9	1.544
Superior	98,2	84,2	1,6	14,3	100,0	85,7	61,3	154
Quintil de riqueza								
Mais baixo	65,3	21,1	1,5	77,5	100,0	22,5	9,6	802
Segundo	70,5	25,5	1,4	73,1	100,0	26,9	13,6	884
Médio	77,9	32,1	1,7	66,2	100,0	33,8	14,9	875
Quarto	85,5	43,2	1,4	55,4	100,0	44,6	19,8	909
Mais elevado	93,4	57,1	2,0	40,9	100,0	59,1	31,7	1.254
Total 15-49	79,9	37,8	1,6	60,6	100,0	39,4	19,2	4.724
Homens 50-59	76,3	39,6	1,5	58,9	100,0	41,1	19,9	559
Total 15-59	79,6	38,0	1,6	60,4	100,0	39,6	19,2	5.283

[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**



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)[6].

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 seleccionadas.

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.

[6] Conselho Nacional de Combate à SIDA. Resposta Global à SIDA, Relatório do Progresso 2016.

Quadro 21 Circuncisão masculina

Percentagem de homens de 15-49 anos que declararam ter sido circuncisados, por características seleccionadas, Moçambique IMASIDA 2015

Característica	Percentagem de homens circuncisados	Número de homens	Percentagem de homens circuncisados por: Praticante tradicional/ familiar/ amigo	Trabalhador/ profissional de saúde	Outro	Não sabe	Sem resposta	Número de homens
Idade								
15-24	66,0	1.995	29,4	33,6	0,0	2,9	0,1	1.995
15-19	68,2	1.101	28,4	36,3	0,0	3,4	0,1	1.101
20-24	63,3	894	30,6	30,3	0,0	2,4	0,0	894
25-29	60,3	691	29,5	27,3	0,1	3,3	0,0	691
30-39	59,5	1.181	36,1	20,3	0,1	3,0	0,0	1.181
40-49	61,2	857	41,6	17,8	0,1	1,7	0,0	857
Estado civil								
Nunca casado(a)	66,1	1.564	25,1	37,2	0,0	3,7	0,1	1.564
Casado/em união de facto	60,9	2.918	37,7	21,0	0,1	2,1	0,0	2.918
Divorciado/separado/viúvo	61,1	242	32,7	23,1	0,2	5,0	0,0	242
Residência								
Urbano	68,9	1.876	23,9	40,7	0,1	4,0	0,1	1.876
Rural	58,6	2.848	39,5	17,1	0,0	2,0	0,0	2.848
Província								
Niassa	95,0	265	84,7	10,3	0,0	0,0	0,0	265
Cabo Delgado	84,0	502	66,7	17,1	0,0	0,2	0,0	502
Nampula	92,7	1.058	56,2	36,0	0,0	0,5	0,0	1.058
Zambézia	47,6	511	32,0	15,6	0,0	0,0	0,0	511
Tete	9,2	324	2,3	6,2	0,0	0,7	0,0	324
Manica	20,4	335	2,2	15,2	0,7	2,3	0,0	335
Sofala	20,1	447	3,1	15,8	0,0	0,9	0,3	447
Inhambane	89,8	248	36,0	31,1	0,0	22,8	0,0	248
Gaza	47,5	317	4,6	41,1	0,0	1,8	0,0	317
Maputo Província	68,6	354	17,8	40,7	0,2	9,8	0,0	354
Maputo Cidade	71,1	362	16,6	50,5	0,1	3,8	0,0	362
Nível de escolaridade								
Nenhum	62,5	482	50,1	10,8	0,0	1,6	0,0	482
Primário	57,8	2.544	37,4	18,5	0,1	1,7	0,0	2.544
Secundário	68,5	1.544	23,6	40,1	0,1	4,7	0,0	1.544
Superior	85,2	154	10,6	70,1	0,0	4,5	0,0	154
Quintil de riqueza								
Mais baixo	65,6	802	51,5	13,4	0,1	0,6	0,0	802
Segundo	63,1	884	47,6	15,2	0,0	0,4	0,0	884
Médio	49,8	875	32,4	16,2	0,0	1,2	0,0	875
Quarto	61,7	909	27,4	28,7	0,1	5,4	0,1	909
Mais elevado	70,1	1.254	16,5	48,3	0,1	5,1	0,0	1.254
Religião								
Católica	74,0	1.467	43,8	28,4	0,0	1,8	0,0	1.467
Islâmica	93,3	939	62,3	30,5	0,1	0,5	0,0	939
Zione/Sião	37,0	398	13,7	15,9	0,4	7,0	0,0	398
Evangélica/Pentecostal	41,3	341	11,4	29,1	0,0	0,9	0,0	341
Anglicana	(71,8)	41	(33,9)	(37,9)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	41
Protestante	54,2	865	17,6	31,2	0,1	5,1	0,1	865
Outra	(36,2)	33	(22,5)	(11,6)	(0,0)	(2,1)	(0,0)	33
Sem religião	30,9	636	12,3	15,1	0,0	3,5	0,0	636
Sem resposta	*	5	*	*	*	*	*	5
Total 15-49	62,6	4.724	33,3	26,5	0,1	2,8	0,0	4.724
Homens 50-59	63,9	559	49,4	13,1	0,0	1,5	0,0	559
Total 15-59	62,8	5.283	35,0	25,1	0,1	2,6	0,0	5.283

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.

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

MISAU. Manual de formação para técnicos de medicina preventiva e saúde do meio programa alargado de vacinação. Adaptação do "Manual do Programa Alargado de Vacinação" (PAV), 2009; Direcção de Recursos Humanos, Departamento de Formação, 1ª edição - Ano 2011.

MISAU. Programa Nacional de Controlo da Malária: Normas de Tratamento da Malária em Moçambique. 2011, Maputo: Ministério da Saúde, República de Moçambique.

UNICEF. Situação mundial da infância 2009. Saúde materna e neonatal.

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.

WHO. Main Causes of Mortality. Where to target Health Interventions Today. Health in Americas. 2012.

Mabunda, S., Mathe, G., Streat, E., Nery, S., Kilian, A., 2007. Inquérito Nacional sobre Indicadores de Malária em Mocambique (IIM-2007). Ministério da Saúde, Moçambique.

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.

Steketee R W, Nahlen B L, Parise M E, Menendez C. 2001. The burden of malaria in pregnancy in malaria-endemic areas. Tropical Medicine and Hygiene 64(1 suppl):28-35.

Instituto Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Estatística, ICF Macro. Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique 2009. Calverton, Maryland, USA; 2010.

CNCS. Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA, 2010-2014. Maputo, Março de 2010.

ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO

Redacção

Francisco Mbofana, DNSP
Acácio Sabonete, INS
Ângelo Augusto, INS
Cremildo Maueia, INS
José Braz Chidassicua, 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, DNSP
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, DNSP
Acácio Sabonete, INS
Nicolas Schaad, CDC
Luís Sevilla, ICFI