

Angola



**Inquérito de
Indicadores Múltiplos e
de Saúde (IIMS)**

2015-2016

**Relatório de Indicadores
Básicos**



Angola

Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde (IIMS) 2015-2016

Relatório de Indicadores Básicos

Instituto Nacional de Estatística (INE)

Ministério da Saúde (MINSA)

The DHS Program
ICF International

Agosto de 2016



O presente relatório apresenta o resumo dos resultados do Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde 2015 (IIMS 2015-2016). Este inquérito foi realizado pelo Instituto Nacional de Estatística, em colaboração directa com o Ministério da Saúde (MINSA) e o Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial (MPDT).

A coordenação do inquérito esteve a cargo do INE, com a colaboração do MINSA e a assistência técnica da UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e da ICF International, através do Programa de Inquéritos Demográficos e de Saúde (Programa DHS). 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) e do Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para Alívio da SIDA (PEPFAR); Banco Mundial, através do Programa de Municipalização da Saúde do Ministério da Saúde; Fundo das Nações Unidas Para Infância (UNICEF) e Governo de Angola.

Poderá obter informações adicionais sobre o inquérito junto do Instituto Nacional de Estatística (www.ine.gov.ao) e do Ministério da Saúde (MINSA) (www.minsa.gov.ao). De igual modo, poderá obter informações adicionais sobre o inquérito e o Programa DHS junto da ICF International, 530 Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850, U.S.A. (telefone: +1-301-407-6500; fax: +1-301-407-6501; e-mail: info@DHSprogram.com; website: www.DHSprogram.com).

Estilo recomendado para referências:

Instituto Nacional de Estatística (INE), Ministério da Saúde (MINSA), Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial (MINPLAN) e ICF International. 2016. *Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde em Angola 2015-2016*. Luanda, Angola e Rockville, Maryland, EUA: INE, MINSA, MINPLAN e ICF International.

ÍNDICE

LISTA DE QUADROS E FIGURAS	v
APRESENTAÇÃO	vii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	ix
1 INTRODUÇÃO	1
2 IMPLEMENTAÇÃO DO INQUÉRITO	3
2.1 Desenho da Amostra	3
2.1.1 Elegibilidade	4
2.1.2 Subamostras	4
2.2 Questionários	4
2.3 Antropometria e Testagem de Anemia, Malária e VIH/SIDA	7
2.4 Teste-Piloto	8
2.5 Formação do Pessoal de Campo	8
2.6 Recolha de Dados.....	9
2.7 Processamento de Dados.....	9
2.8 Supervisão e Controlo de Qualidade.....	10
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	16
3.7 Necessidade e Procura de Planeamento Familiar.....	21
3.8 Mortalidade das Crianças.....	23
3.9 Saúde Materna	25
3.9.1 Consultas Pré-Natais.....	25
3.9.2 Tétano Neonatal.....	26
3.9.3 Assistência ao Parto	27
3.9.4 Consultas Pós-Parto	27
3.10 Saúde e Nutrição das Crianças Menores de 5 anos	28
3.10.1 Vacinação das Crianças	28
3.10.2 Outras Vacinas.....	30
3.10.3 Infecções Respiratórias Agudas.....	31
3.10.4 Diarreia	32
3.10.5 Nutrição	33
3.10.6 Amamentação Exclusiva e Alimentação Suplementar	36
3.11 Malária	38
3.11.1 Posse de Mosquiteiros Tratados com Inseticida de Longa Duração	38
3.11.2 Uso de Mosquiteiros Tratados com Inseticida de Longa Duração	39
3.11.3 Uso de Tratamento Intermitente e Preventivo	40
3.11.4 Prevalência Reportada, Diagnóstico e Tratamento Imediato de Crianças com Febre	42
3.11.5 Prevalência da Malária nas Crianças de 6-59 Meses	44
3.12 Prevalência da Anemia nas Crianças de 6-59 Meses	45
3.13 Conhecimentos, Atitudes e Comportamentos em Relação ao VIH e SIDA.....	46
3.14 Cobertura dos Serviços de Testagem de VIH	52
REFERÊNCIAS.....	57
ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO	59

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1	Distribuição da amostra por província, segundo a área de residência, Angola IIMS 2015-2016	4
Quadro 2	Resultados das entrevistas dos agregados familiares e entrevistas individuais	11
Quadro 3	Características dos homens e mulheres entrevistados	12
Quadro 4	Fecundidade actual.....	13
Quadro 5	Gravidez e maternidade na adolescência	15
Quadro 6	Preferências de fecundidade por número de filhos sobreviventes.....	16
Quadro 7.1	Uso actual de métodos contraceptivos	17
Quadro 7.2	Uso actual de métodos contraceptivos	20
Quadro 8.1	Necessidade e procura de planeamento familiar entre as mulheres actualmente casadas	22
Quadro 8.2	Necessidade e procura de planeamento familiar entre as mulheres não casadas ou não em união de facto, mas que são sexualmente activas	23
Quadro 9	Taxas de mortalidade infantil e infanto-juvenil	24
Quadro 10	Indicadores de consultas maternas	26
Quadro 11.1	Vacinação por características seleccionadas	29
Quadro 11.2	Outra vacinação por características seleccionadas	31
Quadro 12	Tratamento dos sintomas de infecções respiratórias agudas e da diarreia.....	32
Quadro 13	Estado nutricional das crianças	34
Quadro 14	Tipo de amamentação por idade	37
Quadro 15	Posse de mosquiteiros tratados com insecticida pelos agregados familiares	39
Quadro 16	Uso de mosquiteiros tratados com insecticida por crianças e mulheres grávidas	40
Quadro 17	Uso de tratamento intermitente preventivo (TIP) pelas mulheres durante a gravidez.....	41
Quadro 18	Prevalência reportada, diagnóstico e tratamento imediato de crianças com febre	43
Quadro 19	Prevalência da malária nas crianças	44
Quadro 20	Anemia entre as crianças.....	46
Quadro 21	Conhecimento de métodos para prevenir o VIH	47
Quadro 22	Conhecimento abrangente sobre a prevenção do VIH entre os jovens	49
Quadro 23.1	Parceiros sexuais múltiplos nos últimos 12 meses: Mulheres	51
Quadro 23.2	Parceiras sexuais múltiplas nos últimos 12 meses: Homens	52
Quadro 24.1	Cobertura do teste de VIH antes da entrevista: Mulheres	54
Quadro 24.2	Cobertura do teste de VIH antes da entrevista: Homens	55
Gráfico 1	Nível de escolaridade dos homens e mulheres entrevistados	13
Gráfico 2	Taxas de fecundidade por idade	14
Gráfico 3	Uso de métodos contraceptivos.....	19
Gráfico 4	Necessidades e procura de planeamento familiar.....	23
Gráfico 5	Consultas pré-natais, assistência ao parto e consultas pós-parto.....	28
Gráfico 6	Cobertura vacinal das crianças de 12-23 meses por tipo de vacina.....	30
Gráfico 7	Estado nutricional das crianças por idade em meses.....	36
Gráfico 8	Dieta mínima aceitável por idade em meses	38
Gráfico 9	Tratamento intermitente preventivo durante a gravidez.....	42
Gráfico 10	Conhecimento abrangente sobre a prevenção do VIH	50
Gráfico 11	Cobertura do teste de VIH.....	533

APRESENTAÇÃO

O Instituto Nacional de Estatística (INE), na qualidade de órgão executivo central do Sistema Estatístico Nacional, e o Ministério da Saúde (MINSA), na qualidade de organismo responsável pela saúde no país, compreenderam a necessidade de actualizar os principais indicadores sociodemográficos e de saúde e, nesse contexto, assinaram o compromisso da realização do Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde 2015-2016 (IIMS 2015-2016), com vista a obter dados estatísticos necessários para tomar decisões com base em provas para a criação de políticas, planos e programas de saúde em benefício da população mais vulnerável do país.

Os resultados deste inquérito proporcionam informações necessárias à avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento para 2013-2017 (PND 2013-2017) e do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário para 2012-2025 (PNDS 2012-2025).

Estes resultados revelam ganhos extraordinários na saúde em Angola bem como desafios ao Governo, agregados familiares, população e à sociedade em geral.

Os dados indicam, por exemplo, que a taxa de mortalidade de crianças de 0-59 meses é de 68/1.000 nados-vivos; 61% das mulheres grávidas tiveram quatro ou mais consultas pré-natais e 82% das mesmas foram atendidas nestas consultas por pessoal de saúde qualificado e 50% assistidas no parto por pessoal de saúde qualificado; a taxa de fecundidade das mulheres ainda é elevada, situando-se em 6,2 filhos por mulher; e que a prevalência contraceptiva entre as mulheres casadas ou em união de facto é muita baixa, apenas 14%. Em 2015-2016, o conhecimento abrangente sobre a prevenção do VIH entre os jovens entre os 15 e os 24 anos de idade é ainda baixo: 33% das mulheres e 32% dos homens. Relativamente às crianças, prevalecem ainda indicadores que merecem especial atenção, tais como a cobertura vacinal completa das crianças (31%); a prevalência da anemia moderada nas crianças (32%); e o estado nutricional das crianças com malnutrição crónica (38%).

Reconhecemos e felicitamos o esforço e a entrega dos técnicos do INE, dos técnicos do Ministério da Saúde nomeadamente, os supervisores, inquiridores e motoristas, cuja participação foi indispensável para o sucesso desta operação estatística.

Expressamos o nosso profundo agradecimento a todas as entidades que contribuíram para o sucesso deste projecto, em particular, pelo apoio técnico e financeiro da Cooperação Internacional, especificamente à Agência do Governo dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (PEPFAR e PMI), ao Banco Mundial através do Programa de Municipalização da Saúde do Ministério da Saúde, ao Fundo das Nações Unidas para a Criança (UNICEF) e ao Governo de Angola.

Por último, em nome do Instituto Nacional de Estatística, expressamos o nosso agradecimento a todos os agregados familiares seleccionados, que despenderam o seu precioso tempo e aceitaram colaborar neste inquérito, fornecendo as informações que constituem a base deste relatório.

Luanda, 4 de Agosto de 2016.

O Director Geral



Camilo Ceita

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A/I	Altura por Idade
ATV	Aconselhamento e Testagem Voluntários
BCG	Bacillus Calmette-Guérin
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CSPPro	Census and Survey Process System
DBS	Dried Blood Spots
DHS	Demographic and Health Surveys
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
DP	Desvio Padrão
DTP	Difteria, Tétano e Coqueluche
ENDE	Estratégia Nacional de Desenvolvimento Estatístico
GPS	Sistema Global de Posicionamento
IDS	Inquéritos Demográficos e de Saúde
IFSS	Sistema de Transmissão de Ficheiros por Internet
IIMS	Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
INSP	Instituto Nacional de Saúde Pública
IRA	Infecções Respiratórias Agudas
MAL	Método de Amenorreia Lactacional
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MINSA	Ministério da Saúde
MTILD	Mosquiteiros Tratados com Insecticida de Longa Duração
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações Não-Governamentais
P/A	Peso por Altura
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
P/I	Peso por Idade
PMI	U.S. President's Malaria Initiative
PNCM	Programa Nacional de Controlo da Malária
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
RGPH	Recenseamento Geral da População e Habitação
SC	Secção Censitária
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SP/Fansidar	Sulfadoxina-Pirimetamina ou Fansidar
SPINE	Serviço Provincial do Instituto Nacional de Estatística
SRO	Sais de Reidratação Oral
TCA	Terapia Combinada à Base de Artemisinina
TIP	Tratamento Intermitente Presuntivo
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

Síntese dos Indicadores						
Nº	Descrição do Indicador	Angola	Urbana	Rural	Homens	Mulheres
Fecundidade						
1	Taxa global de fecundidade (15-49 anos)	6,2	5,3	8,2		
2	Taxa bruta de natalidade (15-49 anos)	43,4	40,6	48,4		
Contraceção						
3	Necessidade satisfeita de planeamento familiar entre as mulheres casadas ou em união de facto (todos os métodos)	13,7	19,9	2,3		
4	Percentagem de mulheres de 15-49 anos, casadas ou em união de facto, que usam preservativo masculino	3,1	4,4	0,7		
5	Percentagem de mulheres de 15-49 anos, não casadas ou que não vivem maritalmente, mas que são sexualmente activas, que usam preservativo masculino	20,3	25,7	2,6		
Mortalidade						
6	Taxa de mortalidade pós-neonatal	20				
7	Taxa de mortalidade infantil	44				
8	Taxa de mortalidade infanto-juvenil	68				
Malária						
9	Percentagem de agregados familiares que possuem, pelo menos, uma MTILD	30,9	30,4	31,6		
10	Percentagem de crianças menores de 5 anos que dormiram debaixo de uma MTILD, durante a noite anterior ao inquérito	21,7	23,0	19,7		
11	Percentagem de grávidas de 15-49 anos que dormiram debaixo de uma MTILD, durante a noite anterior ao inquérito	23,0	20,5	26,7		
Consultas Pré-Natais e Assistência ao Parto						
12	Percentagem de mulheres de 15-49 anos com filhos nascidos vivos nos últimos 2 anos, que tiveram 4 ou mais consultas pré-natais para o último nado-vivo	61,4	73,8	39,4		
13	Percentagem de mulheres de 15-49 anos com filhos nascidos vivos nos últimos 2 anos, atendidas por pessoal de saúde qualificado nas consultas pré-natais	81,6	92,2	62,7		
14	Percentagem de mulheres de 15-49 anos, com filhos nascidos vivos nos últimos 2 anos, cujos partos foram assistidos por pessoal de saúde qualificado	49,6	68,1	21,4		
15	Percentagem de partos ocorridos numa unidade de saúde nos últimos 2 anos	45,6	64,5	16,8		
16	Percentagem de mulheres de 15-49 anos, com filhos nascidos vivos nos últimos 2 anos, que fizeram consulta pós-natais 2 dias após o parto	23,3	31,0	11,5		
Vacinação Infantil						
17	Percentagem de crianças de 12-23 meses, vacinadas contra as doenças infantis (BCG, DTP, Poliomielite e Sarampo)	30,6	39,8	16,6	30,7	30,5
18	Percentagem de crianças de 12-23 meses vacinadas contra a BCG	71,9	84,4	52,9	71,7	72,2
Nutrição e Anemia nas Crianças						
19	Percentagem de crianças menores de 5 anos com malnutrição geral grave	5,6	4,2	7,6	6,3	4,9
20	Percentagem de crianças menores de 5 anos com malnutrição crónica grave	15,2	11,6	20,3	17,3	13,1
21	Percentagem de crianças menores de 5 anos com malnutrição aguda grave	1,0	0,7	1,5	1,2	0,8
22	Percentagem de crianças de 6-59 meses com anemia	64,8	64,6	65,1	66,3	63,3
Comportamento Sexual—Homens						
23	Percentagem de homens de 15-24 anos com conhecimento abrangente sobre a prevenção do VIH	31,6	37,6	15,1		
24	Percentagem de homens de 15-49 anos que tiveram 2 ou mais parceiro(a)s nos últimos 12 meses	18,5	18,5	18,3		
25	Percentagem de homens de 15-49 anos que tiveram 2 ou mais parceiro(a)s nos últimos 12 meses e usaram preservativo na última relação sexual	29,4	35,8	13,1		
26	Percentagem de homens de 15-49 anos que foram testados nos últimos 12 meses e que receberam os resultados do último teste	19,7	23,0	11,4		
Comportamento Sexual—Mulheres						
27	Percentagem de mulheres de 15-24 anos com conhecimento abrangente sobre a prevenção do VIH	32,5	41,5	9,4		
28	Percentagem de mulheres de 15-49 anos que tiveram 2 ou mais parceiro(a)s nos últimos 12 meses	1,7	2,1	0,7		
29	Percentagem de mulheres de 15-49 anos que tiveram 2 ou mais parceiro(a)s nos últimos 12 meses e usaram preservativo na última relação sexual	24,3	27,8	2,1		
30	Percentagem de mulheres de 15-49 anos que foram testadas nos últimos 12 meses e que receberam os resultados do último teste	29,8	37,1	12,9		

1 INTRODUÇÃO

O Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde 2015-2016 (IIMS 2015-2016), realizado no período entre Outubro de 2015 e Março de 2016, faz parte da Estratégia Nacional de Desenvolvimento Estatístico (ENDE) 2015-2025 e do seu Plano de Acção 2015-2017, bem como do Plano de Actividades do INE referente aos anos de 2015 e 2016. O IIMS 2015-2016 faz igualmente parte do sétimo ciclo do Programa Internacional de Inquéritos Demográficos e de Saúde (DHS) e do quinto ciclo de Inquéritos de Indicadores Múltiplos (MICS). Com a realização do IIMS 2015-2016, Angola junta-se, pela primeira vez, à lista de países que já realizaram um IDS, realizando conjuntamente o quarto Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS IV) e o primeiro Inquérito Demográfico de Saúde (DHS I). Este inquérito representa um marco para o INE com o início da recolha de dados com recurso à tecnologia digital.

Este primeiro relatório tem como objectivo apresentar alguns dos principais resultados do inquérito sobre indicadores de saúde dos homens, mulheres e crianças nos últimos 5 anos, a situação destes grupos-alvo, com particular incidência nos homens e mulheres em idade reprodutiva, relativamente aos aspectos demográficos, de saúde materno-infantil, com destaque para o planeamento familiar, nutrição, prevalência da malária e anemia, conhecimento, atitudes e comportamento em relação ao vírus da imunodeficiência humana (VIH) e o síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA).

Este inquérito foi realizado e coordenado pelo Instituto Nacional de Estatística, em colaboração com o Ministério da Saúde (MINSA), e contou com a assistência técnica da UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e da ICF Internacional, através do Programa de Inquéritos Demográficos e de Saúde (Programa “Demographic and Health Survey”—DHS).

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 Controlo da Malária (PMI) e do Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da SIDA (PEPFAR); Banco Mundial, através do Programa de Municipalização da Saúde; Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) e Governo de Angola.

O IIMS 2015-2016 tem como objectivo fornecer informações actualizadas relativamente à situação dos homens, mulheres e crianças e medir o estado actual dos indicadores-chave, permitindo ao país a possibilidade de avaliar os progressos alcançados no que diz respeito aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) e ao Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário para 2012-2025 (PNDS 2012-2025), bem como monitorizar a implementação do Plano Nacional de Desenvolvimento para 2013-2017 (PND 2013-2017) e estabelecer as bases para o alcance dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável 2015-2030 (ODS 2015-2030).

Poderá obter informações adicionais sobre o inquérito junto do Instituto Nacional de Estatística (www.ine.gov.ao) e do Ministério da Saúde (MINSA) (www.minsa.gov.ao).

2 IMPLEMENTAÇÃO DO INQUÉRITO

A planificação do inquérito teve início em Novembro de 2013, com o objectivo de estruturar o quadro operacional e institucional e a relação com os potenciais doadores que apoiariam o financiamento. Em Maio de 2014, a realização do inquérito foi formalizada através de um acordo entre o Ministério do Planeamento e Desenvolvimento Territorial e o Ministério da Saúde. A partir do momento em que se confirmou a composição das comissões de apoio técnico do IIMS 2015-2016, iniciou-se o processo de revisão dos instrumentos do inquérito (questionários, formulários, manuais e procedimentos operacionais padrão) e a incorporação de novas perguntas e variáveis de interesse de análise¹. Todos os processos de concepção, revisão e aprovação dos instrumentos do inquérito foram coordenados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE).

Após o lançamento oficial do IIMS em Maio de 2014, verificou-se um aumento das actividades de sensibilização com potenciais doadores e celebrações de contratos de apoio financeiro. O Inquérito-Piloto do IIMS teve lugar entre 20 de Julho e 14 de Agosto de 2015 e teve como objectivo validar o conteúdo dos questionários e outros instrumentos. A formação do pessoal de campo ocorreu no período de 7 de Setembro a 3 de Outubro de 2015. A recolha de dados no terreno decorreu de Outubro de 2015 a Março 2016, em simultâneo em todas as províncias do país, tendo a maioria das equipas terminado em Fevereiro 2016, excepto em Luanda, que terminou em Março de 2016.

Para o IIMS 2015-2016 foram aplicados os mesmos instrumentos e parâmetros de controlo de qualidade utilizados pelo Programa de Inquéritos Demográficos e de Saúde e foram recolhidos dados sobre os indicadores de saúde analisados nos inquéritos anteriores como o MICS (1996, 2001 e 2008), incorporando algumas adaptações à realidade do país. Foram incluídas algumas questões relacionadas com as necessidades institucionais identificadas durante o processo de consulta aos utilizadores das informações.

Este primeiro relatório contém os resultados para os principais indicadores e a sua análise é limitada a um nível descritivo. Os resultados dos dados analisados neste relatório não esgotam o fluxo de informações que serão incluídas no relatório final, o qual conterá informações mais detalhadas para cada um dos temas que constituem os questionários do inquérito. Uma vez publicado o Relatório Final do IIMS 2015-2016, a base de dados anonimizada encontrar-se-á disponível para todos os que desejam realizar análises mais aprofundadas sobre os dados.

2.1 DESENHO DA AMOSTRA

A amostra do IIMS 2015-2016 foi seleccionada a partir da base dos resultados e da cartografia do Recenseamento Geral da População e Habitação (RGPH) de Angola, levado a cabo pelo INE em 2014, e garante uma representatividade a nível nacional, provincial, urbano e rural, assim como a nível das características sociodemográficas como sexo, grupos etários, nível de escolaridade e quintis socioeconómicos da população.

A amostra é estratificada por província e por área urbana/rural com três etapas de selecção. Na primeira etapa, foram seleccionadas 627 unidades primárias de amostragem com probabilidade proporcional à dimensão, sendo a medida de tamanho o número de agregados familiares em cada estrato dentro de cada província. Na segunda etapa, foram seleccionados com probabilidades iguais 26 agregados familiares nas unidades primárias de amostragem urbanas e rurais. Esta selecção foi realizada após uma listagem prévia de agregados familiares. Por fim, na terceira etapa, foi realizada uma amostragem exaustiva, isto é, foram recolhidos dados demográficos e de saúde de todas as mulheres de 15-49 anos e crianças menores de 5 anos encontradas nos agregados familiares seleccionados. Com base nesse procedimento, foram seleccionados para o inquérito 16.302 agregados familiares.

¹ Comissões de apoio técnico integradas por técnicos das duas instituições governamentais e agências de cooperação internacional

A amostra abrange apenas a população residente em agregados familiares, sendo excluídos os agregados familiares e respectivos membros residentes em residências colectivas, tais como hotéis, hospitais, quartéis militares, residências de estudantes, etc., e os sem-abrigo.

Em cada província, foram seleccionadas 33 unidades primárias de amostragem, à excepção de Luanda, com 66. O Quadro 1 mostra a distribuição da amostra do IIMS 2015-2016.

Quadro 1 Distribuição da amostra por província, segundo a área de residência, Angola IIMS 2015-2016

Província	Total		Urbana		Rural	
	Conglomerado	Agregado Familiar	Conglomerado	Agregado Familiar	Conglomerado	Agregado Familiar
Cabinda	33	858	27	702	6	156
Zaire	33	858	24	624	9	234
Uíge	33	858	10	260	23	598
Luanda	66	1.716	63	1.638	3	78
Cuanza Norte	33	858	18	468	15	390
Cuanza Sul	33	858	11	286	22	572
Malange	33	858	15	390	18	468
Lunda Norte	33	858	20	520	13	338
Benguela	33	858	21	546	12	312
Huambo	33	858	14	364	19	494
Bié	33	858	12	312	21	546
Moxico	33	858	15	390	18	468
Quando Cubango	33	858	17	442	16	416
Namibe	33	858	21	546	12	312
Huíla	33	858	12	312	21	546
Cunene	33	858	9	234	24	624
Lunda Sul	33	858	24	624	9	234
Bengo	33	858	12	312	21	546
Total*	627	16.302	345	8970	282	7.332

Nota: Dos 627 conglomerados seleccionados, foram feitas entrevistas em 625. Isto significa que dois deles não foram visitados: um devido à impossibilidade de acesso provocada pelas chuvas e o outro devido ao reassentamento da população.

2.1.1 Elegibilidade

Todas as mulheres com idades entre os 15 e os 49 anos, residentes habituais ou visitantes que passaram a noite anterior à entrevista nos agregados familiares seleccionados, foram elegíveis para a entrevista individual. Por outro lado, em 50% dos agregados familiares seleccionados para as entrevistas, todos os homens com idades entre os 15 e os 54 anos, residentes habituais ou visitantes que passaram a noite anterior à entrevista, foram elegíveis para a entrevista individual.

2.1.2 Subamostras

Em relação aos testes biométricos, em 50% dos agregados familiares não seleccionados para as entrevistas aos homens, todas as crianças menores de 5 anos de idade foram pesadas e medidas para avaliar a sua situação nutricional. Além disso, foi efectuado um teste de sangue a todas as crianças de 6-59 meses identificadas nestes agregados familiares, de modo a avaliar a prevalência da anemia e da malária.

Nos restantes 50% dos agregados familiares seleccionados para as entrevistas aos homens, foram recolhidas amostras de sangue de todas as mulheres de 15-49 anos e todos os homens de 15-54 anos, a fim de serem posteriormente testadas no Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP) para avaliar a prevalência do VIH.

2.2 QUESTIONÁRIOS

Para o IIMS 2015-2016 foram utilizados quatro questionários: i) um para a entrevista aos agregados familiares; ii) um individual para mulheres de 15-49 anos; iii) um individual para homens de 15-54 anos e iv) um questionário de biometria para homens de 15-54 anos, mulheres de 15-49 anos e crianças menores de 5 anos.

Durante a recolha dos dados e de acordo com as normas técnicas, o primeiro questionário a usar é o dos agregados familiares, que permite 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 a usar é o das mulheres elegíveis (de 15-49 anos), com o qual foram recolhidas informações sobre vários temas relacionados com a saúde da mulher, nomeadamente, o comportamento reprodutivo, conhecimento do VIH/SIDA, malária, imunização, factores de risco para o VIH, violência doméstica e outros temas de interesse. O mesmo questionário foi usado para recolher informações sobre a anemia, malária e imunização de crianças de 6-59 meses.

O terceiro questionário é o dos homens de 15-54 anos. Este questionário contém os mesmos tópicos que o questionário para mulheres, excluindo as secções sobre a saúde da mulher e da criança.

O quarto questionário é o de biometria, através do qual recolhemos informações sobre antropometria, anemia e malária nas crianças, assim como as amostras de sangue para testagem de VIH ao nível central, dos homens e mulheres de 15-54 e 15-49 anos, respectivamente.

Segue-se um resumo do conteúdo de cada um dos quatro questionários:

Questionário dos agregados familiares: O questionário dos agregados familiares foi usado nos agregados familiares seleccionados. Além de permitir a selecção dos homens e mulheres de 15-59 anos, este questionário permitiu obter dados sobre as características dos membros e o agregado familiar.

O questionário dos agregados familiares continha as seguintes secções:

- Secção 1. Listagem e características básicas dos membros do agregado familiar
- Secção 2. Orfandade
- Secção 3. Educação
- Secção 4. Deficiência
- Secção 5. Registo civil
- Secção 6. Trabalho infantil
- Secção 6A. Emprego
- Secção 7. Água, saneamento e outras características do agregado familiar
- Secção 8. Mosquiteiros tratados de longa duração
- Secção 9. Características da habitação

Questionário individual das mulheres: O questionário individual das mulheres foi usado para todas as mulheres elegíveis e continha as seguintes secções:

- Secção 1. Características básicas da mulher
- Secção 2. Reprodução
- Secção 3. Contracepção
- Secção 4. Gravidez e cuidados pré e pós-natais

- Secção 5. Imunização (última criança)
- Secção 6. Saúde e nutrição das crianças
- Secção 7. Nupcialidade e actividade sexual
- Secção 8. Preferências de fecundidade
- Secção 9. Características do esposo/parceiro e género
- Secção 10. VIH e SIDA
- Secção 11. Outros problemas de saúde
- Secção 12. Mortalidade materna
- Secção 13. Violência doméstica

Questionário individual dos homens: O questionário individual dos homens foi usado para todos os homens elegíveis em 50% dos agregados familiares seleccionados e continha as seguintes secções:

- Secção 1. Características do inquirido
- Secção 2. Reprodução
- Secção 3. Contracepção
- Secção 4. Nupcialidade e actividade sexual
- Secção 5. Preferências de Fecundidade
- Secção 6. Género
- Secção 7. VIH e SIDA
- Secção 8. Outros problemas de saúde

Questionário de biomarcadores: O questionário de biometria foi usado para recolher dados das crianças menores de 5 anos, mulheres de 15-49 anos e homens de 15-54 anos. Em 50% dos agregados familiares não seleccionados para entrevistas aos homens, todas as crianças menores de 5 anos de idade foram pesadas e medidas e foi efectuado um teste de sangue em todas as crianças de 6-59 meses para avaliar a prevalência da anemia e da malária. Nos restantes 50% dos agregados familiares seleccionados para entrevistas aos homens, foram recolhidas amostras de sangue de todas as mulheres de 15-49 anos e todos os homens de 15-54 anos, de modo a serem posteriormente testadas no Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP) para avaliar a prevalência do VIH. Para as crianças de 0-59 meses, registou-se o peso e a altura. Para as crianças de 6-59 meses, foi feita a testagem de anemia e malária na habitação do agregado familiar.

As entrevistas foram realizadas directamente pelos inquiridores através de questionários electrónicos carregados em computadores tablet. Os dados do questionário de biometria foram inicialmente recolhidos através de questionários em papel e posteriormente registados no questionário electrónico. Os computadores tablet foram equipados com a tecnologia Bluetooth para permitir a transferência electrónica e remota de arquivos (por exemplo, a transferência das entrevistas atribuídas pelo supervisor aos inquiridores e a transferência de entrevistas completas dos inquiridores ao supervisor).

2.3 ANTROPOMETRIA E TESTAGEM DE ANEMIA, MALÁRIA E VIH/SIDA

Antropometria: O IIMS 2015-2016 incluiu medições antropométricas de peso e comprimento deitado em crianças com menos de 24 meses e de altura em crianças com menos de 60 meses. Para garantir a qualidade das medições, os técnicos de saúde receberam formação para o uso do equipamento e a técnica adequada à realização destas medições, através de actividades teóricas e práticas em sala de aula e em unidades de saúde.

Testagem de anemia nas crianças: O IIMS 2015-2016 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 referido aparelho.

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 encaminhamento para a unidade de saúde mais próxima do local de residência do agregado familiar, de modo a receberem os cuidados de saúde necessários.

Testagem de malária nas crianças: O teste de malária em crianças de 6-59 meses foi realizado mediante o teste rápido SD BIOLINE Malária 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 diagnosticadas com tendo malária não grave e que não receberam tratamento nas quatro semanas anteriores à entrevista foram tratadas no domicílio com medicamentos antimaláricos à base de artemisinina, de acordo com as normas de tratamento da malária em Angola. Para as crianças diagnosticadas com malária grave, os pais ou encarregados de educação receberam uma guia de encaminhamento para a unidade de saúde mais próxima do local de residência do agregado 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 da malária.

Testagem de VIH²: A todas as mulheres de 15-49 anos e homens de 15-54 anos seleccionados foi solicitado o consentimento informado para o uso do sangue recolhido remanescente para a preparação de amostras em DBS a serem posteriormente usadas para a testagem centralizada de VIH.

Para a obtenção do consentimento informado, os 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).

² Para jovens de 15-17 anos nunca casados, o consentimento informado foi primeiro obtido junto dos respectivos pais ou encarregados de educação e, em seguida, dos próprios jovens.

Em cada papel de filtro foi colado 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 INE de 15 em 15 dias, onde eram registadas e imediatamente encaminhadas para o laboratório do INSP, onde eram conservadas em congeladores a uma temperatura de -80° C para posterior testagem de VIH.

2.4 TESTE-PILOTO

O teste-piloto do IIMS 2015-2016 realizou-se em Luanda, após formação e prática no terreno, com o objectivo de avaliar e validar a metodologia de treino e aprendizagem para a formação geral e em matéria dos conteúdos dos questionários do inquérito, bem como da capacidade logística e manuseamento da tecnologia digital.

O teste-piloto teve a duração de vinte e cinco (25) dias e, durante a fase prática, foram entrevistados 306 agregados familiares, 377 mulheres de 15-49 anos e 200 homens de 15-54 anos.

A fase prática do teste-piloto teve lugar no município de Cacuo durante uma semana, em áreas não seleccionadas para a amostra do IIMS 2015-2016. Além de ajudar a identificar as dificuldades na compreensão de algumas perguntas e a lógica das respostas e a rever o preenchimento, saltos e filtros nos questionários, permitiu identificar perguntas difíceis de formular pelos inquiridores, perguntas difíceis de responder pelas pessoas entrevistadas e ainda analisar a estratégia de trabalho, a composição das equipas, as responsabilidades do pessoal no campo e o tempo requerido pelos inquiridores e técnicos de saúde para completar as várias actividades no campo. O teste-piloto incluiu igualmente o treino para a listagem dos conglomerados e o uso dos tablets e equipamento cartográfico durante o trabalho de campo.

2.5 FORMAÇÃO DO PESSOAL DE CAMPO

A fim de assegurar a uniformidade da formação e dos procedimentos de trabalho de campo, todo o pessoal de campo foi formado ao mesmo tempo por técnicos do INE e da ICF International. As equipas receberam treino teórico-prático durante 6 semanas, através de aulas expositivas, dinâmica de grupo, dramatização, exercícios e prática de campo.

A recolha de dados do IIMS 2015-2016 foi antecedida de uma formação na cidade do Lubango, província da Huíla, de 7 de Setembro a 9 de Outubro de 2015. Esta formação acolheu candidatos provenientes das dezoito províncias do país em simultâneo, visando a uniformização dos conteúdos e procedimentos de campo. Os candidatos eram residentes das províncias onde iriam trabalhar e tinham, como condição, de falar uma das línguas nacionais locais além do português.

A formação decorreu em duas salas, uma para os candidatos a inquiridores e supervisores e outra para os técnicos de saúde, ou seja, uma para o processo de recolha de dados e outra para a recolha de amostras de sangue e testagem e antropometria. A formação para inquiridores contou com 156 formandos, oito formadores do INE e cinco técnicos de informática igualmente do INE.

A formação dos técnicos de saúde contou com 46 formandos provenientes do Ministério da Saúde e sete formadores do MINSA. No geral, as duas turmas contaram com o apoio e acompanhamento técnico dos Consultores Técnicos da ICF International e da UNICEF.

Os primeiros dias da formação serviram para apresentar os objectivos, metodologia do inquérito e formação em matéria de ética e boas práticas clínicas em pesquisas envolvendo seres humanos. O resto da

formação capacitou os formandos no domínio e implementação dos instrumentos, efectuou uma revisão detalhada do conteúdo dos questionários, habilitou os formandos a administrar os questionários em formato impresso e electrónico e treinou o pessoal indicado nos procedimentos antropométricos e na recolha de amostras de sangue e de testagem de anemia e malária. Esta formação foi complementada por uma prática de campo nas comunidades junto das áreas não seleccionadas da amostra do IIMS 2015-2016 e não entrevistadas na fase do pré-teste.

Os formandos foram avaliados através de exercícios em sala de aula, provas e observações feitas durante a prática de campo. No final da acção formativa, foram seleccionados para a execução prática do inquérito 28 supervisores, 112 inquiridores e 28 técnicos de saúde,

2.6 RECOLHA DE DADOS

Durante a preparação do Recenseamento Geral da População e Habitação 2014, o INE compôs uma base cartográfica de secções censitárias (SC), cujos mapas foram usados para identificar os limites das áreas das SC e conhecer o número de agregados familiares nelas residentes durante a operação de listagem.

A listagem foi a primeira operação do trabalho de campo. Consiste em visitar cada um dos conglomerados (uma ou mais SC) seleccionados e, em seguida, registar o endereço de cada habitação, juntamente com os nomes dos chefes dos agregados familiares encontrados na habitação residencial, através dos mapas dos conglomerados. 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 de habitações ocupadas. Em seguida, cada supervisor, com base em instrumentos definidos, fez a selecção aleatória dos agregados familiares para as entrevistas e a respectiva atribuição a cada inquiridor.

O trabalho de campo para a recolha dos dados decorreu entre 19 de Outubro de 2015 e 15 de Março de 2016. Esta actividade foi levada a cabo por 28 equipas. Das 18 províncias, nove tiveram uma equipa, oito tiveram duas equipas e uma teve três equipas, de acordo com o tamanho da província e da população³. Cada província contou com o apoio logístico e a supervisão do Serviço Provincial do Instituto Nacional de Estatística (SPINE), o responsável pela garantia da execução do inquérito na província.

Cada equipa de trabalho foi composta por um(a) supervisor(a), um técnico de saúde, três inquiridoras, um inquiridor e um cartógrafo. Para facilitar a recolha de dados, a cada equipa foi atribuída uma viatura dirigida por motoristas do SPINE para transporte do pessoal e material para as áreas seleccionadas.

Dadas as características socioculturais e políticas do país, antes da recolha dos dados eram realizadas actividades preparatórias chamadas de “trabalho de avanço ou reconhecimento do terreno”, que consistia em visitar os conglomerados para informar e sensibilizar as autoridades e líderes locais sobre a realização do inquérito no seu território, visando obter apoio e garantir a segurança e acompanhamento das equipas de campo. Este trabalho de avanço contribuiu para diminuir o nível de rejeição do inquérito.

2.7 PROCESSAMENTO DE DADOS

Durante todo o processo de tratamento de dados foram utilizados procedimentos padrão do Programa DHS para os inquéritos *CAPI*.⁴ A introdução do *CAPI* no IIMS 2015-2016 garantiu a edição dos questionários durante as entrevistas. Os inquiridores realizaram as entrevistas directamente no computador, através do programa *Census and Survey Process* (CSPro) versão 4.1. Este processo de preenchimento dos

³ As províncias de Benguela, Cuanza Sul, Huambo, Huila, Lunda Norte, Malanje, Moxico e Uíge tiveram duas equipas. A província de Luanda teve três equipas. O número de equipas foi maior devido à dimensão da amostra e a dispersão dos conglomerados.

⁴ Em inglês, a sigla CAPI corresponde a “Computer Assisted Personal Interview”, que significa entrevista feita no campo através de computador.

questionários no campo, permitiu a detecção de inconsistências ou omissões nos questionários e a correcção destes erros ainda no campo (durante a entrevista), com a presença da equipa no conglomerado.

Diariamente, os supervisores de campo enviavam os dados para o nível central através do Sistema de Transmissão de Ficheiros por Internet (IFSS). Ao nível central, uma equipa de informáticos encarregava-se da recepção dos questionários electrónicos e iniciava a segunda ronda de edição. A segunda ronda de edição crítica foi aplicada a todos os questionários preenchidos nos 627 conglomerados. Este processo consistia na revisão exaustiva de inconsistências produzidas pelo programa de entrada de dados (CSPro).

Com base no CSPro ao nível do servidor central, foram produzidos relatórios que serviram de controlo para verificação das consistências nas respostas às perguntas nos questionários. Foi dada especial atenção à verificação das inconsistências nas perguntas relacionadas com as datas, intervalos de tempo e idades, com referência ao manual de edição secundária, adaptado para Angola, no qual constam as possíveis soluções para os erros ou inconsistências identificados.

Todo pessoal envolvido no processo de edição ao nível central participou na formação do pessoal de campo, realizou a supervisão do trabalho de campo e recebeu formação nos aspectos relacionados com a edição de dados do IIMS 2015-2016.

2.8 SUPERVISÃO E CONTROLO DE QUALIDADE

Durante as actividades de recolha de dados, foram aplicados vários níveis de controlo de qualidade. O primeiro foi o nível de identificação dos conglomerados, que consistiu na verificação do mapa de referência que descrevia a localização geográfica e os limites do conglomerado e a confirmação do conglomerado ao nível central. Para o efeito, foram usados computadores equipados com um Sistema Global de Posicionamento (GPS), que ajudou na identificação do ponto central de cada conglomerado.

O segundo nível de controlo de qualidade consistiu na verificação de inconsistências e no seguimento dos filtros introduzidos nos questionários electrónicos durante as entrevistas. Esta verificação e análise crítica eram feitas pelo supervisor da equipa, depois do preenchimento do questionário pelo inquiridor, o que permitiu a correcção imediata ainda no terreno.

O terceiro nível de controlo de qualidade foi realizado pela equipa técnica nacional do INE e do MINSA e pelo pessoal da ICF International, visando corrigir atempadamente as inconsistências detectadas e verificar in loco casos suspeitos e baixas taxas de resposta.

3 RESULTADOS

3.1 TAXAS DE RESPOSTA

O Quadro 2 apresenta o número de agregados familiares seleccionados, presentes e entrevistados, incluindo o total de homens e mulheres elegíveis que responderam à entrevista individual e as taxas de resposta para o IIMS 2015-2016. Durante o inquérito, foram seleccionados 16.244 agregados familiares, dos quais 16.109 foram entrevistados, o que corresponde a uma taxa de resposta de 99%.

Nos agregados entrevistados, foram identificadas 14.975 mulheres de 15-49 anos elegíveis para a entrevista individual, das quais 14.379 foram entrevistadas, resultando numa taxa de resposta de 96% (95% nas áreas urbanas e 98% nas áreas rurais). Em relação aos homens, foram identificados 6034 homens de 15-54 anos elegíveis para a entrevista individual e 5.684 foram entrevistados, o que corresponde a uma taxa de resposta de 94% (93% nas áreas urbanas e 97% nas áreas rurais).

Quadro 2 Resultados das entrevistas dos agregados familiares e entrevistas individuais

Número de agregados familiares, mulheres de 15-49 anos e homens de 15-54 anos seleccionados, presentes, elegíveis e entrevistados e as taxas de resposta segundo a área de residência (sem ponderação), Angola IIMS 2015-2016

Resultado	Área de residência		Total
	Urbana	Rural	
Agregados familiares			
Agregados seleccionados	8.967	7.277	16.244
Agregados presentes	8.952	7.261	16.213
Agregados entrevistados	8.873	7.236	16.109
Taxa de resposta do agregado familiar ¹	99,1	99,7	99,4
Mulheres de 15-49 anos			
Número de mulheres elegíveis	9.421	5.554	14.975
Número de mulheres elegíveis entrevistadas	8.935	5.444	14.379
Taxa de resposta das mulheres elegíveis ²	94,8	98,0	96,0
Homens de 15-54 anos			
Número de homens elegíveis	3.868	2.166	6.034
Número de homens elegíveis entrevistados	3.578	2.106	5.684
Taxa de resposta dos homens elegíveis ²	92,5	97,2	94,2

¹ Quociente entre agregados entrevistados e agregados encontrados.

² Quociente entre indivíduos entrevistados e indivíduos elegíveis.

3.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS HOMENS E MULHERES ENTREVISTADOS

O conteúdo dos questionários individuais para homens e mulheres permitiu recolher dados sobre as características sociodemográficas dos homens e mulheres de 15-49 anos, nomeadamente a idade, religião, estado civil, área de residência, província, nível de escolaridade e quintil sociodemográfico.

O Quadro 3 ilustra uma população jovem: cerca de 63% dos homens de 15-54 anos e 62% das mulheres de 15-49 anos entrevistados têm menos de 30 anos. A maior parte dos entrevistados professa a religião católica (42% das mulheres e 38% dos homens), seguida da religião protestante (34% das mulheres e 30% dos homens).

Em relação ao estado civil, 55% das mulheres e 48% dos homens afirmaram serem casados ou em união de facto. No entanto, cerca de um terço das mulheres (35%) e quase metade dos homens (49%) afirmaram nunca terem casado.

Em relação ao nível de escolaridade, o gráfico 1 ilustra uma disparidade entre os géneros, com os homens a predominarem nos níveis mais elevados e as mulheres nos níveis mais baixos. Assim, 22% das mulheres e 8% dos homens não frequentaram a escola, 35% das mulheres e 30% dos homens frequentaram o ensino

primário e mais de um terço das mulheres e mais da metade dos homens frequentaram o ensino secundário (38% e 55%, respectivamente). Somente 5% das mulheres e 8% dos homens frequentaram o ensino superior.

Quadro 3 Características dos homens e mulheres entrevistados

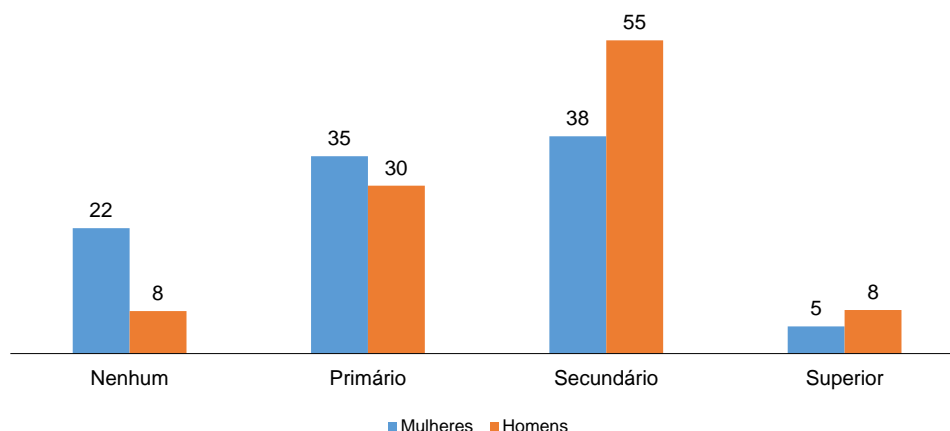
Distribuição percentual de homens e mulheres de 15-49 anos por características seleccionadas, Angola IIMS 2015-2016

Características seleccionadas	Mulheres			Homens		
	Percentagem ponderada	Número ponderado	Número não ponderado	Percentagem ponderada	Número ponderado	Número não ponderado
Idade						
15-19	24,0	3.444	3.363	26,8	1.455	1.400
20-24	21,2	3.048	3.060	19,1	1.033	1.057
25-29	17,1	2.454	2.512	16,9	914	886
30-34	12,5	1.791	1.823	11,4	616	631
35-39	10,5	1.511	1.521	9,4	512	513
40-44	8,6	1.235	1.212	8,7	471	498
45-49	6,2	896	888	7,8	420	392
Religião						
Católica	41,5	5.968	6.029	37,8	2.050	2.095
Metodista	3,7	532	563	2,2	120	144
Assembleia de Deus	9,7	1.390	1.104	3,3	178	185
Universal	2,0	286	204	2,9	160	116
Testemunhas de Jeová	3,5	510	353	6,1	328	214
Protestante	33,5	4.823	5.164	30,2	1.636	1.747
Islâmica	0,3	38	43	0,4	20	20
Animista	0,4	52	61	0,8	45	49
Sem religião	5,2	746	802	16,3	884	807
Outra	0,2	32	56	0,0	0	0
Estado civil						
Nunca casado(a)	35,2	5.066	4.908	49,0	2.656	2.550
Casado(a)	10,8	1.552	1.627	14,8	800	811
Em união de facto	44,5	6.404	6.406	32,9	1.783	1.800
Divorciado(a)/separado(a)	7,4	1.064	1.152	3,0	164	202
Viúvo(a)	2,0	292	286	0,3	18	14
Área de Residência						
Urbana	69,6	10.014	8.935	72,2	3.916	3.412
Rural	30,4	4.365	5.444	27,8	1.506	1.965
Provincia						
Cabinda	2,4	346	774	2,5	135	330
Zaire	2,0	291	789	2,3	123	332
Uíge	5,0	717	750	4,7	252	281
Luanda	38,5	5.538	1.855	42,3	2.293	740
Cuanza Norte	1,1	164	590	1,2	65	243
Cuanza Sul	6,8	973	656	7,0	382	266
Malanje	3,2	460	680	3,0	161	249
Lunda Norte	2,5	362	697	2,3	123	259
Benguela	8,4	1.210	853	7,4	399	295
Huambo	6,5	935	778	6,2	336	255
Bié	4,1	592	684	3,8	205	243
Moxico	1,8	256	524	1,8	95	204
Cuando Cubango	1,7	251	685	1,4	78	215
Namibe	1,2	178	838	1,2	67	327
Huíla	8,2	1.179	866	7,3	395	318
Cunene	3,7	533	899	3,1	170	264
Lunda Sul	1,6	234	785	1,4	77	264
Bengo	1,1	161	676	1,2	64	292
Nível de escolaridade						
Nenhum	22,1	3.179	4.047	7,5	404	514
Primário	34,8	5.005	5.073	29,6	1.607	1.702
Secundário	38,3	5.511	4.810	55,2	2.994	2.830
Superior	4,8	685	449	7,7	417	331
Quintil socioeconómico						
Primeiro	16,9	2.424	2.914	14,5	785	971
Segundo	17,6	2.535	3.367	15,7	853	1.168
Terceiro	19,5	2.800	3.412	19,4	1.051	1.267
Quarto	22,5	3.230	2.526	21,4	1.161	988
Quinto	23,6	3.391	2.160	29,0	1.572	983
Total 15-49	100,0	14.379	14.379	100,0	5.422	5.377
Homens 50-54	na	na	na	na	262	307
Total 15-54	na	na	na	na	5.684	5.684

Nota: As categorias de escolaridade referem-se ao nível mais alto frequentado, independentemente de terem completado ou não o nível.
na = Não aplicável

Gráfico 1 Nível de escolaridade dos homens e mulheres entrevistados

Porcentagem



IIMS 2015-2016

3.3 FECUNDIDADE

Os dados recolhidos sobre a fecundidade no IIMS 2015-2016 permitem medir os níveis e as tendências da fecundidade e destacar os diferenciais entre alguns grupos sociodemográficos. É importante salientar o papel que a fecundidade desempenha no crescimento da população e na transição demográfica.

A fim de se obter dados de todas as crianças e evitar qualquer possível omissão ou falha de memória no inquérito, cada mulher elegível entrevistada respondeu a uma série de perguntas por sexo dos filhos nascidos vivos em toda a sua vida. Para assegurar que todas as crianças fossem declaradas, foram feitas perguntas sobre o número de filhos nascidos vivos que vivem com a mãe (em casa), os que vivem fora de casa (noutro agregado familiar) e os que eventualmente faleceram. Logo, para todas as crianças identificadas, registou-se um historial completo de nascimentos que incluía dados sobre o sexo, data de nascimento e estado de sobrevivência de cada criança. Além disso, para as crianças falecidas foi solicitada a idade aquando da morte, respeitando a ordem dos nascimentos, começando pelo primeiro.

O Quadro 4 apresenta as taxas de fecundidade por grupos quinquenais de idade, taxa global de fecundidade, taxa geral de fecundidade e taxa bruta de natalidade para os três anos anteriores à entrevista (período entre 2013-2016), segundo a área de residência. As taxas específicas e a taxa global de fecundidade foram calculadas a partir do historial de nascimentos. A soma das taxas específicas de fecundidade, conhecida como taxa global de fecundidade, é uma medida que resume o nível de fecundidade no país. Equivale ao número médio de filhos nascidos por mulher ao fim da sua vida reprodutiva, se se considerar conforme as taxas de fecundidade por idade no período do inquérito.

A taxa global de fecundidade em Angola é de 6,2, sendo mais elevada na área rural (8,2) do que na área urbana (5,3), isto é, em média, as mulheres nas áreas rurais têm mais três crianças do que as mulheres nas áreas urbanas.

Quadro 4 Fecundidade actual

Taxas específicas de fecundidade por grupos de idade, taxa global de fecundidade, taxa geral de fecundidade e taxa bruta de natalidade para os três anos anteriores à entrevista, por área de residência, Angola IIMS 2015-2016

Grupos de idade	Área de residência		Total
	Urbana	Rural	
15-19	132	239	163
20-24	224	358	261
25-29	243	361	277
30-34	210	321	245
35-39	164	232	186
40-44	81	105	90
45-49	15	31	21
Taxa Global de Fecundidade (15-49)	5,3	8,2	6,2
Taxa Geral de Fecundidade (15-44)	186	286	216
Taxa Bruta de Natalidade (15-49)	40,6	48,4	43,4

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 apresentar uma margem de erro devido ao truncamento. As taxas referem-se ao período de 1-36 meses antes da entrevista.

Taxa global de fecundidade: expressa em nascimentos por mulher

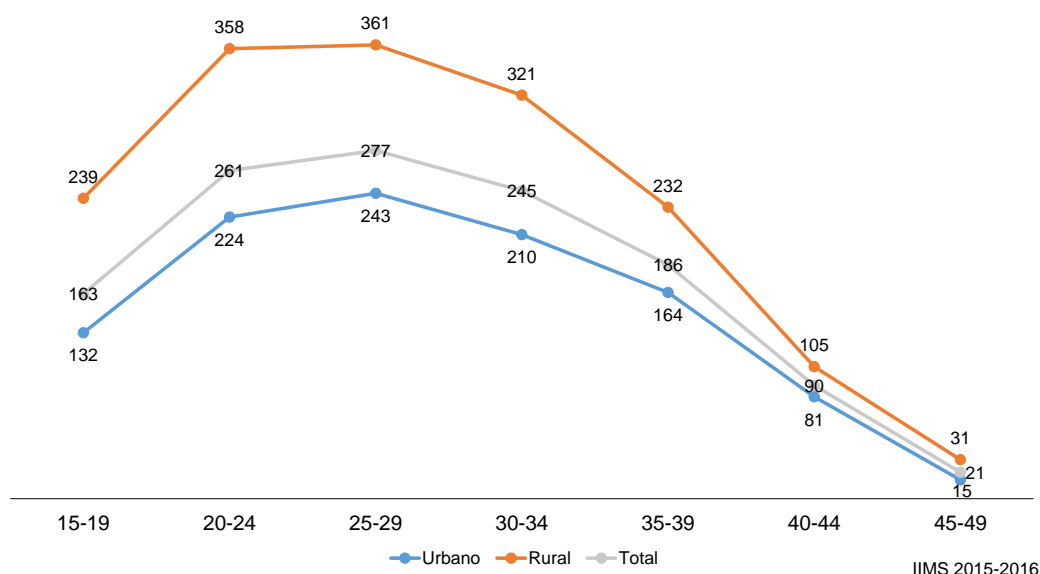
Taxa geral de fecundidade: expressa em nascimentos por 1.000 mulheres de 15-44 anos

Taxa bruta de natalidade: expressa em nascimentos por 1.000 habitantes

As taxas de fecundidade por grupos quinquenais de idade mostram que a fecundidade nas áreas rurais tende a ser mais elevada do que nas áreas urbanas para todos os grupos etários. A diferença absoluta entre as taxas urbana e rural é mais pronunciada nos grupos etários de 20-24 e 25-29 anos (ver gráfico 2).

A nível nacional, a taxa bruta de natalidade, ou seja, o número anual médio de nados-vivos no seio da população total é de 43 nascimentos por cada 1.000 habitantes e a taxa geral de fecundidade é de 216 por cada 1.000 mulheres de 15-44 anos.

Gráfico 2 Taxas de fecundidade por idade



3.4 GRAVIDEZ E MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Há já bastante tempo que a gravidez precoce tem merecido uma atenção especial por parte do governo angolano. 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 respectivos bebés. Por outro lado, o início precoce da vida reprodutiva reduz, consideravelmente, as oportunidades escolares e profissionais das mulheres, além de estar associado a maiores níveis de fecundidade.

O Quadro 5 apresenta a percentagem de adolescentes de 15-19 anos que já iniciaram a sua vida reprodutiva, ou seja, já tiveram um ou mais filhos (nados-vivos) ou que se encontravam grávidas pela primeira vez no momento da entrevista. No total, cerca de um terço (35%) das mulheres de 15-19 anos já iniciou a sua vida reprodutiva. Observa-se que 29% das mulheres de 15-19 anos já tiveram um filho nado-vivo e 6% estavam grávidas pela primeira vez no momento da entrevista.

A percentagem de adolescentes que tiveram um filho nado-vivo aumenta rapidamente com a idade: de 7% de mulheres de 15 anos para 51% de mulheres de 19 anos. Cerca de uma em cada três mulheres de 15-19 anos esteve alguma vez grávida.

Existem disparidades significativas por área de residência, nível de escolaridade e quintil socioeconómico. As adolescentes que residem na área rural começam a vida reprodutiva muito mais cedo do que as adolescentes do meio urbano (41% e 24%, respectivamente), as adolescentes que não concluíram o nível de escolaridade primário (49%) representam cerca do dobro das que concluíram o nível secundário ou superior (21%), a percentagem de adolescentes que tiveram um filho nado-vivo é maior junto das mulheres do quintil mais pobre do que junto das mulheres do quintil mais rico (respectivamente, 39% contra 14%).

Quadro 5 Gravidez e maternidade na adolescência

Percentagem de mulheres de 15-19 anos que tiveram uma criança nada-viva ou que estão grávidas pela primeira vez e percentagem de mulheres que começaram a maternidade, por características seleccionadas, Angola IIMS 2015-2016

Características seleccionadas	Percentagem de mulheres de 15-19 anos que:		Percentagem alguma vez grávida	Número de mulheres
	Tiveram uma criança nada-viva	Grávidas pela primeira vez		
Idade				
15	7,1	3,3	10,4	682
16	18,6	5,4	24,0	739
17	24,9	7,3	32,2	630
18	42,7	4,6	47,3	745
19	51,2	8,2	59,4	648
Área de Residência				
Urbana	24,0	4,8	28,8	2.486
Rural	41,4	7,9	49,3	958
Província				
Cabinda	21,5	5,9	27,4	84
Zaire	34,2	4,9	39,1	56
Uíge	32,0	3,4	35,5	156
Luanda	17,5	3,7	21,2	1.397
Cuanza Norte	35,2	12,0	47,2	34
Cuanza Sul	43,7	15,6	59,3	221
Malanje	48,3	4,3	52,6	103
Lunda Norte	43,4	5,6	49,1	78
Benguela	36,0	2,8	38,8	253
Huambo	35,7	7,7	43,4	209
Bié	38,4	5,9	44,3	150
Moxico	40,7	5,9	46,6	59
Cuando Cubango	43,2	6,8	50,0	64
Namibe	25,6	5,2	30,8	39
Huíla	36,0	8,6	44,7	310
Cunene	24,9	6,9	31,8	136
Lunda Sul	51,6	8,0	59,6	52
Bengo	28,9	3,8	32,8	41
Nível de escolaridade				
Nenhum	49,0	8,6	57,7	396
Primário	34,6	6,8	41,5	1.231
Secundário/superior	20,5	4,3	24,8	1.817
Quintil socioeconómico				
Primeiro	38,6	9,2	47,8	549
Segundo	50,8	7,3	58,2	525
Terceiro	34,4	6,9	41,4	659
Quarto	20,3	4,9	25,3	819
Quinto	13,5	2,4	15,9	892
Total	28,8	5,7	34,5	3.444

3.5 PREFERÊNCIAS DE FECUNDIDADE

No que diz respeito à saúde pública, é importante conhecer o número de mulheres que desejam aumentar o intervalo entre os nascimentos ou que não desejam ter mais filhos. Tal permite desenvolver e implementar estratégias adequadas que melhoram as condutas e preferências das pessoas no âmbito da reprodução. No IIMS 2015-2016, foi perguntado às mulheres se desejavam ter mais filhos e, em caso afirmativo, foram questionadas sobre o tempo que desejavam esperar até ter o próximo filho (ou para as mulheres sem filhos, o tempo que desejavam esperar até terem o primeiro filho).

O Quadro 6 apresenta a distribuição percentual de mulheres de 15-49 anos actualmente casadas ou em união de facto de acordo com as preferências de fecundidade. Observa-se que, independentemente do número de filhos sobreviventes, 16% das mulheres angolanas desejam ter filhos em menos de dois anos, 26% querem ter filhos mais tarde (daqui a dois anos ou mais) e 31% não desejam ter mais filhos.

A preferência de fecundidade está relacionada com o número de filhos sobreviventes. Verifica-se que 57% das mulheres sem filhos desejam ter um filho em menos de dois anos, em comparação com 7% de mulheres com seis ou mais filhos. No geral, quanto mais filhos tem uma mulher, menor é a probabilidade de desejar ter mais filhos.

Quadro 6 Preferências de fecundidade por número de filhos sobreviventes

Distribuição percentual de mulheres de 15-49 anos actualmente casadas ou em união de facto por preferências de fecundidade, segundo o número de filhos sobreviventes, Angola IIMS 2015-2016

Preferência de fecundidade	Número de crianças sobreviventes ¹							Total
	0	1	2	3	4	5	6+	
Ter outro(a) brevemente ²	57,4	24,2	22,0	14,8	11,1	11,1	6,8	16,1
Ter outro(a) mais tarde ³	6,3	43,4	37,4	33,8	23,1	14,7	8,1	25,6
Ter outro(a), não sabe quando	8,6	13,7	12,0	9,7	6,6	6,3	2,3	8,2
Indecisa	6,5	9,0	11,1	14,1	15,1	17,2	16,1	13,6
Não quer mais	4,2	6,8	13,0	23,8	39,4	45,3	58,4	31,1
Esterilizado(a) ⁴	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,0	0,1
Declarou-se infecunda	16,9	2,9	4,5	3,8	4,6	5,0	8,3	5,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de mulheres	260	1.052	1.447	1.393	1.194	950	1.661	7.957

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

Em vários países africanos, o ritmo elevado de fecundidade tem um impacto no crescimento da população, que constitui um constrangimento importante aos esforços de desenvolvimento que visam o equilíbrio entre o crescimento da população, crescimento económico e o melhoramento das condições de vida das famílias. O ritmo elevado de fecundidade poderá estar associado a uma baixa taxa de utilização de métodos contraceptivos.

Os métodos contraceptivos têm sido desenvolvidos e utilizados de forma única ou combinada para assegurar a efectividade de um programa de planeamento familiar. O planeamento familiar refere-se a um esforço consciente por parte da mulher ou do casal para não ter mais filhos ou espaçar os nascimentos, através do recurso a métodos contraceptivos. No IIMS 2015-2016, foi perguntado às mulheres se, na altura da entrevista, encontravam-se a usar algum método contraceptivo e, em caso afirmativo, qual. Além disso, foi perguntado se alguma vez recorreram ou tentaram recorrer a algum método para adiar ou prevenir a gravidez e que método seguiram.

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

3.6.1 Uso Actual de Métodos Contraceptivos

O Quadro 7.1 apresenta a distribuição percentual de mulheres de 15-49 anos actualmente casadas ou em união de facto, de acordo com o método contraceptivo usado actualmente. Verifica-se que entre estas mulheres, 14% recorreram a um método contraceptivo. Existe uma maior adesão a métodos contraceptivos modernos, sendo que 13% usam métodos modernos e apenas 1% usam métodos tradicionais. Entre os métodos modernos, o mais usado é a injeção contraceptiva (5%), seguido da pílula (4%) e do preservativo masculino (3%). O coito interrompido (0,6%) é o método tradicional mais usado.

A prevalência contraceptiva varia segundo a idade: 8% entre mulheres de 15-19 anos, 18% entre as mulheres de 25-29 anos e 3% entre as mulheres de 45-49 anos.

Quadro 7.1 Uso actual de métodos contraceptivos

Distribuição percentual de mulheres de 15-49 anos actualmente casadas ou em união de facto, segundo o método contraceptivo usado actualmente, por características seleccionadas, Angola IIMS 2015-2016

Características seleccionadas	Algum método	Algum método moderno	Método moderno											Algum método tradicional	Método tradicional			Actualmente não usa	Total	Número de mulheres
			Esterilização feminina	DIU	Injecções contraceptivas	Im-plantes	Pílula	Preservativo masculino	Preservativo feminino	Contracepção de emergência	MDF	MAL	Outro		Ritmo	Coito inter-rompido	Outro			
Idade																				
15-19	8,0	7,6	0,0	0,0	2,2	0,2	1,8	2,9	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,1	0,2	92,0	100,0	625
20-24	14,0	13,2	0,0	0,2	5,5	0,0	3,0	4,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,8	0,1	0,5	0,2	86,0	100,0	1.581
25-29	18,4	17,0	0,0	0,1	4,4	1,4	6,2	4,6	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	1,4	0,2	1,0	0,2	81,6	100,0	1.719
30-34	16,7	15,0	0,0	0,4	5,7	1,0	4,7	3,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	1,7	0,5	1,1	0,0	83,3	100,0	1.343
35-39	13,4	12,1	0,3	0,1	4,8	0,8	3,2	2,6	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	1,3	0,9	0,4	0,1	86,6	100,0	1.158
40-44	11,2	9,9	0,0	0,4	5,3	0,7	1,6	1,6	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	1,3	1,0	0,3	0,0	88,8	100,0	933
45-49	2,7	2,5	0,1	0,0	2,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	97,3	100,0	597
Área de Residência																				
Urbana	19,9	18,4	0,0	0,3	6,9	1,1	5,2	4,4	0,0	0,1	0,0	0,1	0,3	1,5	0,5	0,8	0,1	80,1	100,0	5.149
Rural	2,3	1,8	0,1	0,0	0,5	0,0	0,4	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,2	0,2	0,1	97,7	100,0	2.808
Província																				
Cabinda	22,1	15,6	0,0	0,0	2,3	0,0	7,7	4,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	6,6	0,5	5,4	0,6	77,9	100,0	186
Zaire	10,4	8,6	0,0	0,0	2,7	0,0	2,0	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	1,8	0,1	0,9	0,8	89,6	100,0	183
Uíge	5,5	4,3	0,0	0,0	0,4	0,3	2,0	1,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	1,2	0,1	1,0	0,1	94,5	100,0	488
Luanda	24,7	23,2	0,0	0,4	10,4	1,8	5,8	4,4	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2	1,5	0,7	0,7	0,1	75,3	100,0	2.816
Cuanza Norte	5,6	4,9	0,0	0,0	2,9	0,0	1,1	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,7	0,0	0,7	0,0	94,4	100,0	107
Cuanza Sul	4,9	4,6	0,0	0,0	0,3	0,0	1,2	2,9	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,3	0,3	0,0	0,0	95,1	100,0	677
Malanje	9,6	9,6	0,5	0,0	2,2	0,0	2,0	4,5	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	90,4	100,0	311
Lunda Norte	2,4	2,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,3	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,1	0,3	97,6	100,0	244
Benguela	12,3	11,7	0,2	0,0	3,1	0,2	4,1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,1	0,4	0,7	0,0	0,5	0,2	87,7	100,0	599
Huambo	5,7	5,4	0,0	0,2	0,4	0,3	1,8	2,6	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	94,3	100,0	550
Bié	2,2	2,0	0,0	0,0	0,7	0,0	1,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	97,8	100,0	355
Moxico	4,4	3,8	0,3	0,0	1,5	0,0	1,1	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,6	95,6	100,0	157
Cuando Cubango	1,7	1,4	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	0,3	0,0	98,3	100,0	105
Namibe	20,3	18,1	0,0	0,5	4,4	0,3	6,0	6,4	0,3	0,0	0,2	0,0	0,0	2,3	1,7	0,5	0,0	79,7	100,0	81
Huíla	9,7	8,2	0,2	0,0	2,7	0,0	3,5	1,8	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	1,4	0,9	0,5	0,0	90,3	100,0	661
Cunene	9,0	8,3	0,0	0,0	2,8	0,0	2,1	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,7	0,0	91,0	100,0	182
Lunda Sul	4,4	4,1	0,0	0,0	1,0	0,2	0,7	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	0,0	0,1	0,2	95,6	100,0	158
Bengo	3,7	3,5	0,0	0,0	2,1	0,0	0,8	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	96,3	100,0	97
Nível de escolaridade																				
Nenhum	2,7	2,4	0,0	0,0	1,6	0,0	0,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,1	0,1	0,1	97,3	100,0	2.185
Primário	8,1	7,4	0,0	0,1	3,2	0,3	2,1	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,7	0,2	0,4	0,2	91,9	100,0	3.096
Secundário/superior	29,0	26,8	0,1	0,4	8,9	1,7	7,8	7,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,4	2,2	0,9	1,2	0,1	71,0	100,0	2.676
Quintil socioeconómico																				
Primeiro	1,3	1,0	0,1	0,0	0,3	0,0	0,1	0,4	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,3	0,1	0,1	0,1	98,7	100,0	1.426
Segundo	3,3	2,6	0,1	0,0	0,7	0,0	0,5	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,7	0,3	0,3	0,1	96,7	100,0	1.644
Terceiro	9,8	8,9	0,0	0,1	3,5	0,1	2,8	1,8	0,0	0,0	0,0	0,2	0,4	0,9	0,0	0,6	0,2	90,2	100,0	1.648
Quarto	20,2	18,5	0,0	0,2	7,4	0,6	5,6	4,3	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	1,7	0,5	1,0	0,2	79,8	100,0	1.638
Quinto	32,6	30,7	0,1	0,6	11,0	2,8	8,4	7,6	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	1,9	1,0	0,9	0,0	67,4	100,0	1.600

(Continua...)

Quadro 7.1—*Continuação*

Características seleccionadas	Algum método	Algum método moderno	Método moderno											Algum método tradi- cional	Método tradicional			Actual- mente não usa	Total	Número de mulheres
			Esterili- zação feminina	DIU	Injecções contra- ceptivas	Im- plan- tes	Pílula	Preser- vativo masculino	Preser- vativo feminino	Contra- cepção de emergência	MDF	MAL	Outro		Ritmo	Coito inter- rompido	Outro			
Número de crianças sobreviventes																				
0	2,6	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	97,4	100,0	384
1-2	18,1	16,8	0,0	0,2	5,0	1,1	5,0	5,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,3	1,3	0,5	0,7	0,1	81,9	100,0	2.538
3-4	14,9	13,3	0,0	0,3	4,4	0,7	4,1	3,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	1,6	0,5	0,9	0,2	85,1	100,0	2.540
5+	9,6	9,0	0,1	0,1	5,2	0,3	1,8	1,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,7	0,3	0,3	0,0	90,4	100,0	2.496
Total	13,7	12,5	0,1	0,2	4,7	0,7	3,5	3,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	1,1	0,4	0,6	0,1	86,3	100,0	7.957

Nota: Neste quadro, se a mulher recorre a mais de um método, só é considerado o método mais eficaz

MDF = Método de dias fixos (colar).

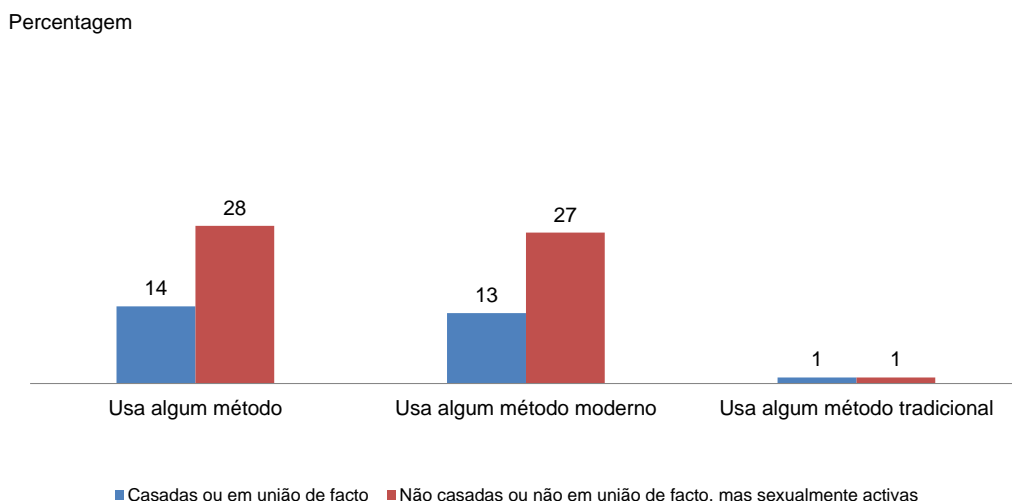
MAL = Método de amenorria lactacional

O uso de métodos contraceptivos modernos varia em função da área de residência, sendo mais alta nas áreas urbanas (18%) do que nas áreas rurais (2%). A província de Luanda distingue-se pela maior prevalência contraceptiva moderna (23%), enquanto as províncias de Cuando Cubango (1%), Lunda Norte e Bié (ambas com 2%) apresentam níveis bastantes inferiores.

A prevalência contraceptiva moderna aumenta em função do nível de escolaridade. Com efeito, 27% das mulheres com nível de escolaridade secundário ou superior recorrem a um método moderno, em comparação com 2% das mulheres sem instrução. Esta mesma tendência verifica-se entre o quintil socioeconómico mais elevado (31%) e o mais baixo (1%).

O Quadro 7.2 apresenta a distribuição percentual de mulheres de 15-49 anos actualmente não casadas ou que não vivem maritalmente, mas que são sexualmente activas, de acordo com o método contraceptivo usado no momento da entrevista. Observa-se que as mulheres actualmente não casadas ou que não vivem maritalmente, mas que são sexualmente activas apresentam uma percentagem mais elevada, em comparação com as mulheres casadas ou que vivem maritalmente (14% contra 28%). Tal como se verifica com as mulheres casadas ou em união de facto, observa-se uma preferência das mulheres actualmente não casadas ou que não vivem maritalmente, mas que são sexualmente activas, por métodos contraceptivos modernos (27%). Apenas 1% recorre a métodos tradicionais (gráfico 3). Neste grupo de mulheres, o método moderno mais utilizado é o preservativo masculino (20%), seguido da pílula (4%) e da injeção contraceptiva (2%).

Gráfico 3 Uso de métodos contraceptivos



IIMS 2015-2016

Quadro 7.2 Uso actual de métodos contraceptivos

Distribuição percentual de mulheres de 15-49 anos, não casadas ou não em união de facto, mas sexualmente activas, segundo o método contraceptivo usado actualmente, por características seleccionadas, Angola IIMS 2015-2016

Características seleccionadas	Algum método	Algum método moderno	Método moderno									Algum método tradicional	Método tradicional			Actualmente não usa	Total	Número de mulheres
			DIU	Injecções contra-ceptivas	Im-plantas	Pílula	Preservativo masculino	Preservativo feminino	Contra-cepção de emergência	MDF	Outro		Ritmo	Coito inter-rompido	Outro			
Área de Residência																		
Urbana	35,5	34,2	0,0	2,2	0,7	4,9	25,7	0,3	0,4	0,0	0,1	1,3	0,7	0,2	0,3	64,5	100,0	1.255
Rural	3,6	2,8	0,0	0,2	0,0	0,1	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,7	0,0	0,0	96,4	100,0	386
Total	28,0	26,8	0,0	1,7	0,6	3,7	20,3	0,2	0,3	0,0	0,1	1,1	0,7	0,2	0,3	72,0	100,0	1.642

Nota: Neste quadro, se a mulher recorre a mais de um método, só é considerado o método mais eficaz

MDF = Método de dias fixos (colar).

MAL = Método de amenorreia lactacional

3.7 NECESSIDADE E PROCURA DE PLANEAMENTO FAMILIAR

A implementação efectiva de programas de 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 procura de planeamento familiar. Por outro lado, esta análise é essencial para a gestão de programas de planeamento familiar na unidade de saúde e na comunidade. Outro aspecto importante desta análise é a identificação de grupos nos quais o grau de procura satisfeita é menor, o que pode ajudar na definição de prioridades para a implementação de programas para atingir as metas estabelecidas no Plano de Desenvolvimento Nacional (2012-2025), nomeadamente, a de alcançar a taxa de prevalência de contracepção de 70% até 2025.

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

O Quadro 8.1 apresenta os resultados da necessidade de planeamento familiar satisfeita e não satisfeita e a procura total de planeamento familiar junto das mulheres de 15-49 anos actualmente casadas ou em união de facto. Os dados apresentados no quadro em referência mostram que 38% das mulheres actualmente casadas não têm a sua necessidade de planeamento familiar satisfeita. A necessidade de planeamento familiar não satisfeita varia com a idade da mulher, sendo 43% entre as mulheres idade de 15-19 anos, 39% entre as mulheres de 25-29 anos e 18% nas mais adultas (45-49 anos). A província de Cuando Cubango (28%) apresenta a percentagem mais baixa de necessidade de planeamento familiar não satisfeita em comparação com as províncias de Malanje (49%) e Cuanza Norte (44%). As necessidades não satisfeitas em matéria de planeamento familiar não variam substancialmente por área de residência, nível de escolaridade e quintil socioeconómico.

Actualmente, 26% da procura de todos os métodos de planeamento familiar encontram-se a ser satisfeitas no país, sendo o valor maior nas áreas urbanas (34%) do que nas áreas rurais (6%). A procura satisfeita de todos os métodos de planeamento familiar é mais baixa na província de Bié (5%) e Cuando Cubango (6%) e mais elevada em Luanda (40%). A procura satisfeita de todos os métodos de planeamento familiar está directamente relacionada com o nível de escolaridade e o quintil de riqueza, sendo que ela cresce de 7% entre as mulheres sem instrução para 46% entre as mulheres com nível de escolaridade secundário ou superior e de 4% entre as mulheres do quintil socioeconómico mais baixo para 52% entre as mulheres do quintil mais elevado.

Em Angola, a procura total de planeamento familiar é de 52%, ou seja, se todas as mulheres casadas ou em união de facto que desejam espaçar ou limitar os seus partos recorressem a um método contraceptivo, a taxa de prevalência da contracepção aumentaria de 14% para 52%.

Quadro 8.1 Necessidade e procura de planeamento familiar entre as mulheres actualmente casadas

Percentagem de mulheres de 15-49 anos, actualmente casadas ou em união de facto, com necessidade de planeamento familiar não satisfeita, percentagem com necessidade de planeamento familiar satisfeita, percentagem com necessidade de planeamento familiar satisfeita por um método moderno, percentagem com procura de planeamento familiar, percentagem da procura de planeamento familiar satisfeita por todos os métodos e percentagem da procura de planeamento familiar satisfeita por métodos modernos, por características seleccionadas, Angola IIMS 2015-2016

Características seleccionadas	Necessidade não satisfeita	Necessidade de planeamento familiar satisfeita (actualmente a usar)		Procura total de planeamento familiar ³	Percentagem de procura satisfeita ¹		Número de mulheres
		Todos os métodos	Métodos modernos ²		Todos os métodos	Métodos modernos ²	
Idade							
15-19	43,0	8,0	7,6	50,9	15,6	14,9	625
20-24	40,9	14,0	13,2	55,0	25,5	24,0	1.581
25-29	38,7	18,4	17,0	57,1	32,2	29,8	1.719
30-34	38,8	16,7	15,0	55,5	30,1	27,1	1.343
35-39	41,5	13,4	12,1	54,9	24,4	22,0	1.158
40-44	36,0	11,2	9,9	47,1	23,7	21,0	933
45-49	17,5	2,7	2,5	20,3	13,4	12,5	597
Área de Residência							
Urbana	38,4	19,9	18,4	58,3	34,1	31,5	5.149
Rural	37,2	2,3	1,8	39,5	5,8	4,6	2.808
Província							
Cabinda	41,8	22,1	15,6	63,9	34,6	24,4	186
Zaire	39,4	10,4	8,6	49,8	20,8	17,3	183
Uíge	38,2	5,5	4,3	43,7	12,6	9,8	488
Luanda	36,8	24,7	23,2	61,5	40,1	37,6	2.816
Cuanza Norte	43,9	5,6	4,9	49,5	11,4	9,9	107
Cuanza Sul	41,9	4,9	4,6	46,8	10,5	9,9	677
Malanje	48,6	9,6	9,6	58,3	16,6	16,6	311
Lunda Norte	36,7	2,4	2,0	39,1	6,3	5,2	244
Benguela	35,7	12,3	11,7	48,1	25,7	24,3	599
Huambo	40,3	5,7	5,4	46,0	12,4	11,8	550
Bié	37,4	2,2	2,0	39,5	5,4	5,0	355
Moxico	34,5	4,4	3,8	38,9	11,3	9,8	157
Cuando Cubango	27,7	1,7	1,4	29,4	5,9	4,8	105
Namibe	38,6	20,3	18,1	58,9	34,5	30,7	81
Huíla	35,8	9,7	8,2	45,4	21,3	18,1	661
Cunene	32,1	9,0	8,3	41,0	21,9	20,2	182
Lunda Sul	41,5	4,4	4,1	45,9	9,6	9,0	158
Bengo	36,9	3,7	3,5	40,5	9,0	8,7	97
Nível de escolaridade							
Nenhum	37,4	2,7	2,4	40,1	6,8	5,9	2.185
Primário	42,2	8,1	7,4	50,4	16,2	14,7	3.096
Secundário/superior	33,6	29,0	26,8	62,6	46,3	42,8	2.676
Quintil socioeconómico							
Primeiro	34,7	1,3	1,0	36,0	3,7	2,9	1.426
Segundo	39,7	3,3	2,6	43,0	7,7	6,1	1.644
Terceiro	45,3	9,8	8,9	55,1	17,8	16,2	1.648
Quarto	38,9	20,2	18,5	59,1	34,1	31,2	1.638
Quinto	30,7	32,6	30,7	63,3	51,5	48,4	1.600
Total	38,0	13,7	12,5	51,7	26,4	24,3	7.957

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

¹ A percentagem da procura satisfeita é a necessidade satisfeita a dividir pela procura total

² Os métodos modernos incluem a esterilização feminina, esterilização masculina, DIU, implantes, injeções contraceptivas, a pílula, preservativo masculino, preservativo feminino, contracepção de emergência, método de dias fixos (MDF) e amenorreia lactacional (MAL)

³ A procura total é a soma da necessidade não satisfeita e da necessidade satisfeita (com todos os métodos)

O Quadro 8.2 apresenta os resultados da necessidade de planeamento familiar satisfeita e não satisfeita e a procura de planeamento familiar pelas mulheres de 15-49 anos não casadas ou não unidas maritalmente, mas sexualmente activas. Em Angola, 44% destas mulheres têm as suas necessidades não satisfeitas em matéria de planeamento familiar. A necessidade de planeamento familiar não satisfeita não apresenta grande variação entre as áreas rural (49%) e urbana (42%). Por outro lado, a procura de planeamento familiar satisfeita por todos os métodos é de 39%.

O mesmo quadro mostra que a procura total de planeamento familiar é de 72%, ou seja, se todas estas mulheres que desejam espaçar ou limitar os seus partos recorressem a um método contraceptivo, a taxa de prevalência da contracepção aumentaria de 28% para 72%.

Quadro 8.2 Necessidade e procura de planeamento familiar entre as mulheres não casadas ou não em união de facto, mas que são sexualmente activas

Percentagem de mulheres de 15-49 anos, não casadas ou não em união de facto, mas são sexualmente activas, com necessidade de planeamento familiar não satisfeita, percentagem com necessidade de planeamento familiar satisfeita, percentagem com necessidade de planeamento familiar satisfeita por um método moderno, percentagem com procura de planeamento familiar, percentagem da procura de planeamento familiar satisfeita por todos os métodos, e percentagem da procura de planeamento familiar satisfeita por métodos modernos, por características seleccionadas, Angola IIMS 2015-2016

Características seleccionadas	Necessidade não satisfeita	Necessidade de planeamento familiar satisfeita (actualmente a usar)		Procura total de planeamento familiar ³	Percentagem de procura satisfeita ¹		Número de mulheres
		Todos os métodos	Métodos modernos ²		Todos os métodos	Métodos modernos ²	
Área de Residência							
Urbana	42,0	35,5	34,2	77,5	45,8	44,2	1.255
Rural	49,0	3,6	2,8	52,6	6,8	5,4	386
Total	43,7	28,0	26,8	71,6	39,1	37,5	1.642

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

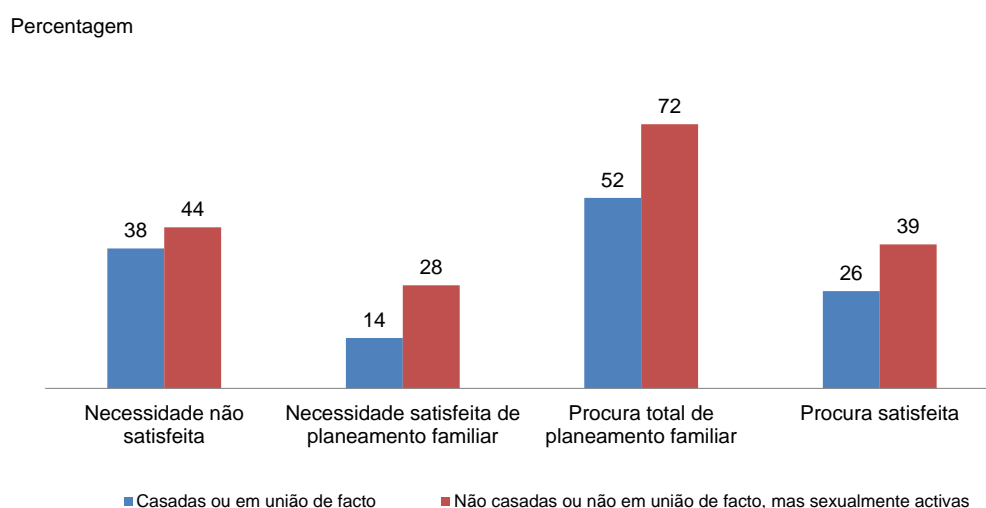
¹ A percentagem da procura satisfeita é a necessidade satisfeita a dividir pela procura total

² Os métodos modernos incluem a esterilização feminina, esterilização masculina, DIU, implantes, injeções contraceptivas, a pílula, preservativo masculino, preservativo feminino, contracepção de emergência, método de dias fixos (MDF) e amenorreia lactacional (MAL)

³ A procura total é a soma da necessidade não satisfeita e da necessidade satisfeita (com todos os métodos)

O gráfico 4 ilustra diferenças significativas em termos de necessidade e procura entre as mulheres casadas ou em união de facto e as mulheres não casadas ou não em união de facto, mas que são sexualmente activas.

Gráfico 4 Necessidades e procura de planeamento familiar



IIMS 2015-2016

3.8 MORTALIDADE DAS CRIANÇAS

Os dados do IIMS 2015-2016 permitem calcular directamente as taxas de mortalidade neonatal, pós-neonatal, infantil, pós-infantil e infanto-juvenil com base no historial de nascimentos. Os inquéritos DHS utilizam o método das gerações fictícias, que permite calcular as probabilidades de morrer entre intervalos de idades curtos e combinar as componentes das probabilidades para qualquer outro intervalo etário que se revela pertinente.⁵ A vantagem desse método é que permite calcular taxas por períodos de tempos próximos da data da entrevista. Os dados necessários para os cálculos provêm da secção relativa ao historial dos nascimentos (questionário individual para mulheres), na qual constam o mês e o ano de nascimento de todos os filhos da mulher, o sexo da criança e o seu estado de sobrevivência, bem como a

⁵ Notas técnicas que constam do documento *Guide to DHS Statistics* (Rutstein and Rojas, 2003).

idade da criança no momento do inquérito para as crianças vivas, ou a idade aquando da morte para as crianças que morreram.

Para cada criança falecida, registou-se a idade aquando da morte, através de três variantes:

- Em dias nas crianças que morreram durante o primeiro mês de vida;
- Em meses nas crianças que morreram durante os primeiros 23 meses de vida; e
- Em anos nas crianças que morreram depois de completarem 2 anos de idade.

Os dados recolhidos no historial de nascimentos permitem calcular, para períodos determinados, as seguintes probabilidades de morte⁶:

- **Mortalidade neonatal:** a probabilidade de morrer antes de atingir um mês de vida;
- **Mortalidade pós-neonatal:** a probabilidade de morrer entre o primeiro mês de vida e antes de completar o primeiro ano de vida (diferença entre a mortalidade infantil e neonatal);
- **Mortalidade infantil:** a probabilidade de morrer durante o primeiro ano de vida;
- **Mortalidade pós-infantil:** a probabilidade de morrer entre o primeiro e o quinto ano de vida;
- **Mortalidade infanto-juvenil/crianças menores de 5 anos:** probabilidade de morrer antes de completarem os 5 anos.

O Quadro 9 apresenta os resultados para cada tipo de mortalidade supramencionado, para os períodos quinquenais (0-4 anos, 5-9 anos e 10-14 anos) anteriores ao inquérito, ou seja, nos últimos 15 anos que precederam o inquérito, o que permite ver a tendência dos indicadores neste período.

Quadro 9 Taxas de mortalidade infantil e infanto-juvenil

Taxas de mortalidade neonatal, pós-neonatal, infantil, pós-infantil e infanto-juvenil para períodos quinquenais antes do inquérito, Angola IIMS 2015-2016

Anos anteriores ao inquérito	Mortalidade				
	Mortalidade neonatal (NN)	Mortalidade pós-neonatal (PNN) ¹	Mortalidade infantil (₁ q ₀)	Mortalidade pós-infantil (₄ q ₁)	Mortalidade infanto-juvenil (₅ q ₀)
Anos anteriores ao inquérito					
0-4	24	20	44	25	68
5-9	25	33	57	39	95
10-14	35	45	81	70	145

¹ Calculado como a diferença entre a taxa de mortalidade infantil e mortalidade neonatal

Para o período quinquenal, (0-4 anos que precederam o inquérito), ou seja, entre 2015-2011, estima-se que a taxa de mortalidade infantil seja de 44 mortes em cada 1.000 crianças nadas-vivas e a taxa de mortalidade infanto-juvenil seja de 68 mortes em cada 1.000 crianças nadas-vivas. A mortalidade neonatal estima-se em 24 mortes em cada 1.000 nados-vivos durante o período quinquenal mais recente anterior ao inquérito e a mortalidade pós-neonatal estima-se em 20 mortes em cada 1.000 nados-vivos. Em cada 1.000 crianças que completam o primeiro ano de vida, 25 morrem entre o primeiro e o quinto aniversário (1-59 meses). Será incluída uma análise detalhada de mortalidade no Relatório Final.

⁶ No IIMS, a mortalidade foi calculada pelo método directo contrariamente ao Censo 2014 e inquéritos anteriores, nos quais foi calculada pelo método indirecto de mortalidade.

3.9 SAÚDE MATERNA

No IIMS 2015-2016, as mulheres que tiveram um filho nascido vivo nos dois anos anteriores à data da entrevista foram inquiridas sobre cuidados pré-natais e pós-natais e a assistência ao parto, bem como os problemas de acesso aos cuidados de saúde para o último nado-vivo.

3.9.1 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.⁷ O acompanhamento pré-natal define-se como o número de visitas pré-natais, estágio da gravidez aquando da primeira visita e o número de doses da vacina antitetânica e de Tratamento Intermitente Preventivo (TIP) e outras intervenções essenciais.

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendam, no mínimo, 4 consultas pré-natais em intervalos regulares durante a gravidez. 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 infeções sexualmente transmissíveis e terapia anti-retroviral para gestantes VIH positivas e v) fornecimento de informações essenciais às gestantes sobre os riscos na gestação e no parto (UNICEF, 2009).

O Quadro 10 mostra que, entre as mulheres de 15-49 anos que tiveram um nado-vivo nos últimos dois anos anteriores à entrevista, a grande maioria (82%) foi atendida em consultas pré-natais por pessoal de saúde qualificado durante a gravidez do último filho nascido vivo. As mulheres residentes nas áreas urbanas tendem a receber mais cuidados pré-natais por parte de um profissional de saúde qualificado do que as que residem nas áreas rurais (92% contra 63%, respectivamente). Os resultados evidenciam igualmente diferenças entre as províncias: as mulheres residentes nas províncias de Cabinda, Zaire e Luanda apresentam percentagens acima de 90% (93%, 98% e 97%, respectivamente), enquanto as províncias do Uíge, Moxico e Cubango apresentam percentagens abaixo de 60% (59%, 54% e 56% respectivamente).

O recurso aos cuidados pré-natais aumenta com o nível de escolaridade. Entre as mulheres sem instrução, 60% tiveram consultas pré-natais com pessoal de saúde qualificado, enquanto 96% das mulheres com nível de escolaridade secundário ou superior tiveram as mesmas consultas. A mesma tendência pode ser verificada por quintil socioeconómico.

No total, 61% das mulheres fizeram 4 ou mais consultas pré-natais, de acordo com as recomendações do Plano Nacional do Desenvolvimento Sanitário (PNDS, 2012-2025). Entre as mulheres residentes nas áreas urbanas e rurais, existe uma enorme disparidade (74% contra apenas 39%, quase o dobro). Notam-se também disparidades entre as províncias, onde 83% das mulheres da província de Luanda tiveram 4 ou mais consultas pré-natais contra 32% das mulheres da província do Cuanza Sul.

Verifica-se que quanto maior é o nível de escolaridade, maior é a percentagem das mulheres que têm 4 ou mais consultas. Com efeito, a proporção de mulheres que tiveram 4 ou mais consultas é duas vezes maior entre as mulheres com nível de escolaridade secundário ou superior, em comparação com as mulheres sem instrução (81% contra 38%, respectivamente). A mesma tendência pode ser verificada consoante o quintil socioeconómico.

⁷ UNICEF 2009

Quadro 10 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 por parte 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; percentagem cujo parto foi assistido por um profissional de saúde qualificado; percentagem cujo parto teve lugar numa unidade de saúde, por características seleccionadas, Angola IIMS 2015-2016

Características seleccionadas	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			Entre as mulheres que tiveram um nado-vivo nos dois anos que precederam a entrevista	
	Percentagem que teve consulta pré-natal por pessoal de saúde qualificado ¹	Percentagem com 4+ consultas pré-natais	Percentagem cujo último nado-vivo foi protegido contra o tétano neonatal ²	Número de mulheres	Percentagem de partos por pessoal de saúde qualificado ¹	Percentagem de partos numa unidade de saúde	Número de nascimentos	Percentagem que recebeu consulta pós-natal nos primeiros dois dias após o parto	Número de mulheres
Idade da mãe quando a criança nasceu									
<20	82,5	57,5	61,0	1.674	50,3	47,4	2.867	24,1	1.114
20-34	83,2	63,8	68,7	5.339	50,4	46,4	8.544	24,0	3.531
35-49	75,0	57,4	62,8	1.482	45,1	39,4	1.946	18,9	760
Área de Residência									
Urbana	92,2	73,8	77,2	5.448	68,1	64,5	8.064	31,0	3.263
Rural	62,7	39,4	46,4	3.046	21,4	16,8	5.293	11,5	2.142
Província									
Cabinda	92,6	63,8	67,1	191	87,9	83,2	261	21,8	105
Zaire	97,6	79,6	60,8	187	87,2	85,5	278	37,6	120
Uíge	58,7	38,1	42,9	461	38,6	40,2	758	12,0	292
Luanda	97,3	83,2	86,1	2.697	73,4	70,7	3.754	38,6	1.554
Cuanza Norte	77,0	53,0	58,2	111	38,1	36,6	183	11,8	74
Cuanza Sul	60,0	31,5	46,6	676	22,9	20,2	1.132	7,8	431
Malanje	82,4	53,2	70,9	324	43,5	30,5	554	20,2	219
Lunda Norte	70,8	36,9	47,3	247	49,4	42,0	420	14,0	175
Benguela	78,4	58,1	56,7	754	50,7	47,1	1.203	25,3	469
Huambo	89,0	65,4	72,5	651	40,4	37,0	1.140	23,5	449
Bié	73,2	49,2	49,3	414	20,9	17,3	725	7,7	294
Moxico	53,5	36,7	39,0	167	30,1	24,5	277	6,5	113
Cuando Cubango	56,4	41,4	41,3	164	29,2	20,8	239	7,3	104
Namibe	78,7	67,8	65,3	109	53,3	52,1	171	32,2	75
Huíla	65,9	48,2	52,3	763	34,3	30,4	1.314	16,3	538
Cunene	88,8	61,1	83,7	322	38,8	25,6	526	23,4	223
Lunda Sul	89,2	60,1	60,7	164	50,2	44,2	277	6,7	112
Bengo	75,4	64,8	59,3	92	46,4	41,1	144	16,8	59
Nível de escolaridade da mãe									
Nenhum	59,6	37,9	44,6	2.279	23,2	18,6	3.905	11,2	1.523
Primário	83,5	59,6	66,1	3.220	44,9	40,3	5.310	21,3	2.096
Secundário/superior	96,4	81,3	82,6	2.996	80,5	77,9	4.142	36,0	1.786
Quintil socioeconómico									
Primeiro	55,6	34,0	41,7	1.674	17,2	12,0	2.947	9,0	1.184
Segundo	71,4	44,8	50,8	1.869	28,8	24,4	3.179	12,8	1.290
Terceiro	89,7	64,0	73,3	1.820	58,4	54,9	2.963	27,2	1.183
Quarto	96,3	81,5	81,2	1.708	75,0	72,0	2.391	35,6	956
Quinto	97,7	88,2	87,8	1.423	89,6	85,9	1.876	40,9	793
Total	81,6	61,4	66,2	8.495	49,6	45,6	13.356	23,3	5.405

¹ Entende-se por pessoal de saúde qualificado, o médico, enfermeira ou parteira

² Inclui mães que levaram duas injecções durante a gravidez do último nado-vivo, ou duas ou mais injecções (a última injecção nos 3 anos que precederam o parto do último nado-vivo), ou três ou mais injecções (a última injecção nos 5 anos que precederam o parto do último nado-vivo), ou quatro ou mais injecções (a última injecção nos 10 anos que precederam o parto do último nado-vivo), ou cinco ou mais injecções em qualquer momento prévio ao parto do último nado-vivo

3.9.2 Tétano Neonatal

A vacina contra o tétano reduz o risco de mortalidade infantil. Esta vacina é dada à mãe durante a gravidez, a fim de proteger a mãe e a criança contra o tétano. Entre as mulheres que tiveram um nado-vivo nos 2 anos que precederam a entrevista, 66% receberam doses suficientes da vacina contra o tétano neonatal durante a última gravidez. Verificam-se diferenças consoante a área de residência, nível de escolaridade e entre províncias. Com efeito esta cobertura na área urbana é de 77% e 46% na área rural. Observa-se que 83% das mulheres com o nível de escolaridade secundário ou superior estão protegidas contra o tétano neonatal, comparativamente aos 45% das mulheres sem instrução. A mesma tendência se verifica

consoante os quintis: 88% das mulheres do quinto quintil estão protegidas contra o tétano neonatal, contra apenas 42% das mulheres do primeiro quintil (menos de metade).

3.9.3 *Assistência ao Parto*

A possibilidade de uma mulher receber assistência adequada durante o parto depende do lugar onde este ocorre. Em países como Angola, 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 de saúde. Para o Ministério da Saúde, a assistência ao parto por um profissional de saúde qualificado é de extrema importância, pois contribui para a diminuição da mortalidade materna e perinatal. Deste modo, é importante definir a realização de partos nas unidades de saúde como uma prioridade, principalmente os partos com elevado risco obstétrico.

A fim de avaliar a assistência ao parto no IIMS 2015-2016, inquiriu-se sobre todos os nascimentos vivos ocorridos nos dois anos anteriores à entrevista: o tipo de profissional de saúde, tais como médico, enfermeiro ou parteira qualificada, que assistiu ao parto. Neste relatório, a análise baseou-se na descrição dos partos que foram assistidos por pessoal de saúde qualificado.

O Quadro 8 mostra que menos da metade (46%) dos partos ocorreu nas unidades de saúde e a percentagem é mais alta entre as mulheres mais jovens (47%) do que as mulheres mais velhas (39%). A situação nas áreas rurais é muito mais preocupante do que nas áreas urbanas (17% contra 65%). Igualmente preocupante é a situação nas províncias do Bié (17%), Cuanza Sul (20%), Moxico (25%), Cuando Cubango (21%) e Cunene (26%), todas com percentagens inferiores a 30%.

Por nível de escolaridade, a percentagem de partos ocorridos numa unidade de saúde é de 78% entre as mulheres com nível de escolaridade secundário ou superior, contra 19% entre as mulheres sem instrução. Por quintil socioeconómico, a percentagem de partos ocorridos em unidades de saúde de mulheres do quintil mais elevado é quase 7 vezes superior à das mulheres do quintil mais baixo (86% contra 12%).

Em todo o país, 50% dos partos nos últimos dois anos anteriores à entrevista foram assistidos por pessoal de saúde qualificado. Nas áreas urbanas, 68% dos partos ocorridos nos últimos dois anos anteriores ao inquérito foram assistidos por pessoal de saúde qualificado, em comparação com os 21% nas áreas rurais. Entre as províncias, Cabinda e Zaire apresentam a maior percentagem (88% e 87%, respectivamente) de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado. A província de Bié apresenta a percentagem mais baixa (21%).

A assistência ao parto por pessoal de saúde qualificado apresenta uma relação directa com o nível de escolaridade da mulher: é mais baixa entre as mulheres sem instrução (23%) do que entre as mulheres com o nível de escolaridade secundário ou superior (81%). A mesma tendência se verifica em relação ao quintil socioeconómico.

3.9.4 *Consultas Pós-Parto*

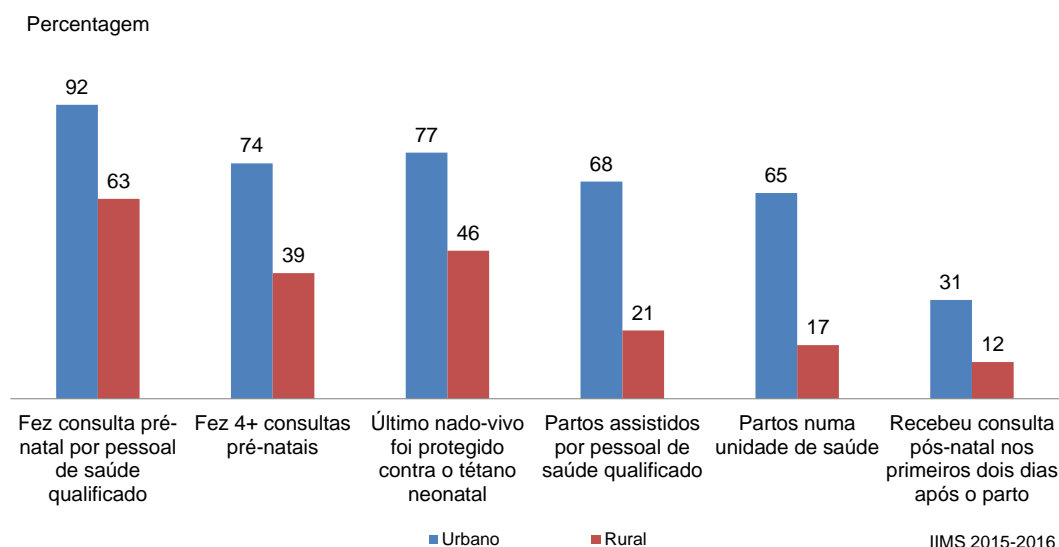
Os cuidados pós-parto dentro de um período de 48 horas após o parto são muito importantes porque reduzem os riscos de morte da mãe e do recém-nascido, pelo que se recomenda que todas as mulheres tenham uma consulta pós-natal nos primeiros dois dias após o parto.

A percentagem das mulheres que tiveram consulta pós-natais nos primeiros dois dias após o parto é de 23%. Nota-se uma diferença significativa entre as mulheres residentes nas áreas urbanas e rurais (31% e 12%, respectivamente; ver gráfico 5). Embora o número de consultas pós-natais seja baixo em todas as províncias, os menores valores registam-se nas províncias do Cuanza Sul, Bié, Moxico, Cuando Cubango e Lunda Sul, todas situadas abaixo de 10%.

A percentagem de mulheres que tiveram uma consulta pós-parto apresenta uma relação directa com o nível de escolaridade da mulher. Entre as mulheres sem instrução, apenas 11% tiveram uma consulta pós-natal

nos primeiros dois dias após o parto, um valor três vezes inferior ao das mulheres com nível de escolaridade secundário ou superior (36%). A mesma tendência se verifica por quintil socioeconómico.

Gráfico 5 Consultas pré-natais, assistência ao parto e consultas pós-parto



3.10 SAÚDE E NUTRIÇÃO DAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

O IIMS 2015-2016 recolheu dados de vários indicadores sobre a saúde das crianças, incluindo a vacinação, estado nutricional avaliado através da antropometria, alimentação e procura de aconselhamento ou tratamento da criança em situações de infecção respiratória aguda, febre e diarreia.

3.10.1 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 (UNICEF 2009).

Segundo as recomendações da OMS, uma criança está completamente vacinada se recebeu a vacina BCG (protecção contra a tuberculose), três doses de vacina contra a poliomielite e três doses contra DTP (Difteria, Tétano e Coqueluche) e a vacina contra o sarampo. Exclui-se a dose de vacina contra a poliomielite administrada à nascença. Segundo o calendário de vacinação, todas as crianças devem ser vacinadas antes de completarem os 12 meses.

O IIMS 2015-2016 recolheu dados sobre as crianças de 12-23 meses que receberam vacinas específicas em qualquer momento antes da entrevista. A informação foi recolhida a partir de duas fontes: primeiro, através do cartão de saúde da criança, caso este estivesse disponível, foram copiadas todas as datas de vacinação nele registado, e, em seguida, as mães foram inquiridas sobre as vacinas que as crianças teriam recebido, mas que não estivessem registadas no cartão. Na ausência do cartão de saúde, foram colocadas perguntas às mães, de modo a obter a vacinação efectuada por história, que incluía a BCG, DTP, Poliomielite, Sarampo, Hepatite B, Pneumocócica, Rotavírus, vitamina A e a febre-amarela.

O acesso aos 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 protecção contra a poliomielite.

O Quadro 11.1 mostra que 31% das crianças de 12-23 meses receberam todas as vacinas recomendadas, de acordo com as informações fornecidas pelas mães ou apresentadas no cartão de vacinas. Por outro lado, 19% das crianças de 12-23 meses não receberam nenhuma das vacinas recomendadas.

A cobertura vacinal varia consoante a área de residência, província, nível de escolaridade da mãe e quintil socioeconómico. A taxa de cobertura para todas as vacinas é de 40% na área urbana e 17% na área rural. As províncias de Cuando Cubango (8%), Bie (10%), Uíge (15%) e Moxico (10%) apresentam as taxas de cobertura para todas as vacinas mais baixas. As províncias de Cunene (40%) e Luanda (50%) apresentam as taxas mais altas.

A taxa de cobertura para todas as vacinas aumenta consoante o nível de escolaridade da mãe, sendo 16% entre as crianças de mulheres sem instrução e 51% entre as crianças de mulheres com nível de escolaridade secundário ou superior. A mesma tendência se verifica por quintil de riqueza.

Quadro 11.1 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, Angola IIMS 2015-2016

Características seleccionadas	BCG	DTP 1	DTP 2	DTP 3	Polio-mielite 0 ¹	Polio-mielite 1	Polio-mielite 2	Polio-mielite 3	Sarampo	Todas as vacinas ²	Nenhuma vacina	Percentagem com cartão de vacinas observado	Número de crianças
Sexo													
Masculino	71,7	69,2	51,2	39,0	64,5	68,3	54,6	41,6	56,2	30,7	18,7	47,3	1.277
Feminino	72,2	68,4	51,9	40,2	65,5	66,9	56,4	42,0	56,0	30,5	18,4	47,4	1.318
Área de Residência													
Urbana	84,4	81,5	63,2	50,1	79,5	74,2	63,9	50,8	67,4	39,8	10,4	54,8	1.568
Rural	52,9	49,4	33,8	23,6	42,8	57,6	42,8	28,1	38,9	16,6	31,0	36,0	1.026
Província													
Cabinda	91,3	86,1	70,4	59,5	86,9	83,5	72,8	57,6	62,8	38,3	4,7	64,8	54
Zaire	88,3	80,0	64,5	54,7	80,8	79,3	68,4	47,4	69,3	37,8	10,1	56,5	62
Uíge	59,7	61,1	38,0	25,2	47,3	56,5	44,5	30,6	44,6	14,8	24,2	48,1	136
Luanda	90,1	87,0	66,6	55,6	83,8	76,2	67,7	56,2	76,4	49,7	6,0	60,8	694
Cuanza Norte	70,6	61,9	50,1	33,3	56,4	77,4	69,8	49,1	56,7	29,8	15,8	34,5	37
Cuanza Sul	45,5	42,2	33,8	28,9	44,5	52,2	41,9	33,0	35,1	18,6	34,6	48,4	217
Malanje	80,3	78,8	54,9	43,9	76,5	67,4	48,3	41,0	69,4	37,8	13,4	48,1	101
Lunda Norte	57,3	51,8	38,6	31,2	53,3	53,0	41,0	29,8	34,9	20,5	34,0	47,1	95
Benguela	66,5	59,7	46,0	32,9	59,7	68,3	56,3	38,3	48,6	26,3	17,5	30,0	243
Huambo	83,3	80,7	61,9	41,3	73,7	78,5	62,4	42,2	65,4	26,2	11,8	41,7	221
Bié	62,3	48,3	28,2	15,4	48,5	67,6	46,5	26,6	27,8	10,4	22,7	29,3	154
Moxico	42,0	32,8	15,2	12,2	37,6	31,9	17,0	10,2	25,3	10,2	47,6	30,6	66
Quando Cubango	52,0	45,4	32,2	22,7	44,7	27,2	19,1	11,4	43,6	8,4	47,2	13,0	51
Namibe	65,8	64,7	54,2	40,6	56,5	64,7	55,0	37,4	55,2	30,4	30,3	41,1	35
Huíla	54,7	61,4	46,1	33,0	48,8	64,9	51,5	39,6	50,4	23,3	30,4	39,4	248
Cunene	75,9	81,0	69,2	52,7	65,8	82,3	70,3	56,2	60,5	40,4	12,2	68,7	103
Lunda Sul	90,2	80,4	55,7	40,1	84,2	68,5	52,0	33,8	49,9	20,9	8,1	59,1	50
Bengo	64,7	59,3	44,4	30,8	62,3	49,1	39,2	28,7	41,5	23,6	33,6	39,8	28
Nível de escolaridade													
Nenhum	55,5	49,9	32,5	22,8	47,2	53,0	37,7	25,1	38,0	16,1	32,4	35,7	761
Primário	72,5	68,2	50,7	34,4	62,7	69,0	55,9	38,6	50,6	24,3	16,8	43,5	978
Secundário/superior	86,0	86,2	69,6	60,6	83,4	79,0	70,9	60,4	78,5	50,7	8,3	62,1	855
Quintil de riqueza													
Primeiro	44,7	42,5	29,2	19,7	35,6	54,4	39,4	23,5	31,7	12,5	35,2	32,2	581
Segundo	61,6	57,3	38,9	26,4	53,5	59,9	45,2	30,1	42,6	16,5	26,5	39,6	622
Terceiro	82,5	78,3	60,0	42,7	75,9	74,1	58,4	45,8	63,4	33,1	11,1	48,4	557
Quarto	88,4	87,9	73,3	60,6	80,6	77,1	73,3	60,0	71,9	48,1	9,3	63,7	446
Quinto	95,0	90,6	68,4	62,2	93,8	79,5	71,6	61,2	85,5	56,5	2,2	62,2	389
Total	71,9	68,8	51,6	39,6	65,0	67,6	55,5	41,8	56,1	30,6	18,5	47,3	2.595

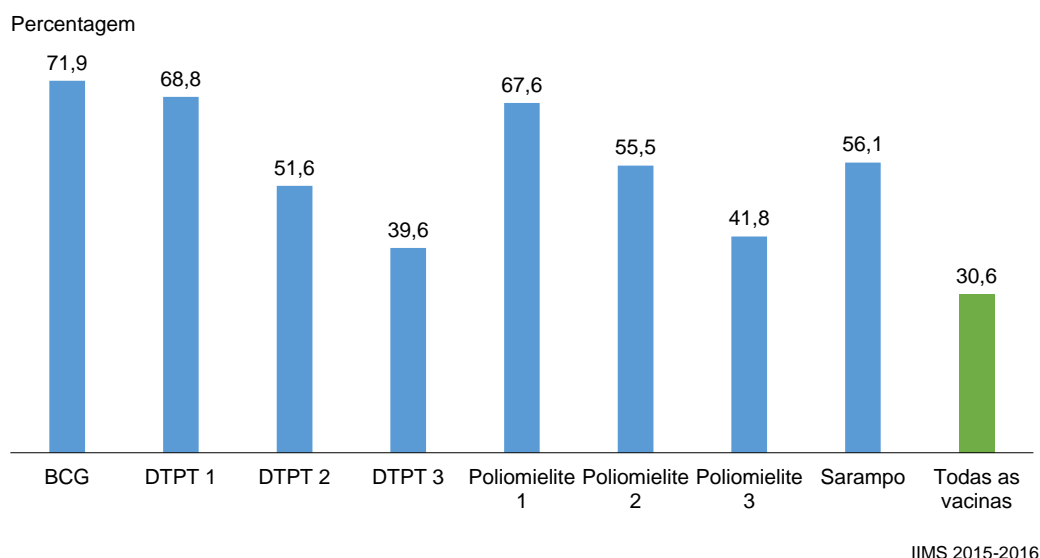
¹ Poliomielite 0 é a vacina de poliomielite levada à nascença

² Considera-se uma criança imunizada contra as doenças infantis se recebeu a vacina de BCG, sarampo, três doses de pentavalente e três doses da vacina contra a poliomielite, excluindo poliomielite à nascença

Em relação ao acesso a serviços de vacinação, o gráfico 6 demonstra que 72% das crianças receberam a vacina de BCG e 56% receberam a de sarampo. Por outro lado, 40% das crianças receberam as três doses de DTP e 42% receberam as três doses de poliomielite.

A quebra vacinal nas crianças de 12-23 meses nos últimos dois anos anteriores à entrevista é de 29 pontos percentuais entre DTP1 e DTP3 e de 26 pontos percentuais entre poliomielite1 e poliomielite3.

Gráfico 6 Cobertura vacinal das crianças de 12-23 meses por tipo de vacina



3.10.2 Outras Vacinas

O Quadro 11.2 apresenta as coberturas estimadas de vacinação de crianças de 12-23 meses contra a hepatite B, pneumocócica, rotavírus, vitamina A, sarampo e febre-amarela. Observa-se que 44% das crianças receberam a vacina de hepatite B, 33% receberam as três doses de pneumocócica, 35% receberam as duas doses de rotavírus e 24% receberam as duas doses do suplemento de vitamina A.

A quebra vacinal nas crianças de 12-23 meses nos últimos dois anos anteriores à entrevista é de 30 pontos percentuais entre a primeira e terceira dose de pneumocócica, 18 pontos percentuais entre a primeira e segunda dose de rotavírus e 3 pontos percentuais entre a primeira e segunda dose do suplemento de vitamina A.

Durante o ano de 2015, Angola registou um surto de febre-amarela que afectou crianças e adultos. O mesmo quadro mostra que cerca de metade (49%) das crianças foram vacinadas contra a febre-amarela. Nota-se que a percentagem de crianças vacinadas contra a febre-amarela é duas vezes maior entre as crianças residentes nas áreas urbanas (60%) do que as crianças residentes de áreas rurais (31%). Relativamente às províncias, verifica-se que a província de Luanda apresenta a maior percentagem de crianças vacinadas contra a febre amarela (66%) e a província do Moxico a menor (19%).

Existe uma correlação positiva entre a cobertura vacinal da febre-amarela e o nível de escolaridade. Constatou-se que 30% das crianças cujas mães não têm qualquer instrução foram vacinadas contra a febre-amarela. Por outro lado, 71% das crianças cujas mães concluíram, pelo menos, o nível de escolaridade secundário receberam a mesma vacina. Esta tendência verifica-se igualmente em relação aos quintis socioeconómicos.

Quadro 11.2 Outra 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, Angola IIMS 2015-2016

Características seleccionadas	Hepatite B	Pneumo-cócica 1	Pneumo-cócica 2	Pneumo-cócica 3	Rotavírus 1	Rotavírus 2	Vitamina A 1	Vitamina A 2	Sarampo 1	Sarampo 2	Febre-amarela	Número de crianças
Sexo												
Masculino	44,0	62,5	44,0	31,3	52,6	32,9	26,3	24,5	56,2	24,5	47,9	1.277
Feminino	44,3	61,5	43,5	33,6	52,3	36,9	28,9	24,3	56,0	23,6	49,1	1.318
Área de Residência												
Urbana	53,7	74,3	53,5	41,9	64,4	44,1	35,6	31,9	67,4	30,1	60,1	1.568
Rural	29,6	43,1	28,7	18,1	34,3	21,0	15,4	13,0	38,9	14,7	30,8	1.026
Provincia												
Cabinda	36,7	65,2	39,8	16,2	34,5	16,7	31,6	27,1	62,8	15,7	52,0	54
Zaire	37,0	62,9	48,1	31,7	52,1	41,9	26,5	27,5	69,3	26,7	60,5	62
Uíge	33,4	58,0	37,8	20,9	46,7	23,4	28,7	19,5	44,6	17,7	38,4	136
Luanda	59,4	82,4	60,8	50,3	76,9	50,9	44,8	41,5	76,4	35,7	66,1	694
Cuanza Norte	54,9	47,9	34,8	25,5	46,9	38,5	25,6	23,7	56,7	35,8	46,3	37
Cuanza Sul	18,4	35,4	28,8	22,8	24,3	18,9	18,1	18,8	35,1	20,8	27,7	217
Malanje	52,1	74,5	48,3	38,1	62,4	41,4	30,6	29,4	69,4	31,9	66,1	101
Lunda Norte	29,4	37,8	22,3	16,9	25,7	18,1	11,8	12,2	34,9	12,1	32,5	95
Benguela	47,4	53,3	34,6	27,7	46,3	32,3	24,1	19,9	48,6	20,5	42,9	243
Huambo	54,4	77,2	55,9	40,6	63,4	43,9	20,2	16,2	65,4	14,0	59,4	221
Bié	43,0	36,9	23,6	13,2	27,0	14,5	8,3	5,0	27,8	9,2	19,8	154
Moxico	26,5	22,2	13,0	9,4	21,2	13,0	11,7	10,2	25,3	11,0	19,4	66
Cuando Cubango	44,6	45,4	27,8	19,7	44,3	26,3	6,0	6,1	43,6	23,9	38,0	51
Namibe	37,5	50,6	33,7	18,2	44,4	29,8	19,3	20,2	55,2	24,7	49,1	35
Huíla	34,3	56,4	35,6	22,7	45,3	30,6	23,5	18,1	50,4	24,3	40,1	248
Cunene	33,0	72,9	59,3	42,7	59,6	40,2	33,5	31,0	60,5	29,1	58,3	103
Lunda Sul	34,2	71,4	49,6	29,1	46,2	31,2	19,9	11,3	49,9	13,0	43,7	50
Bengo	46,7	54,1	43,3	31,1	46,7	32,8	22,7	19,8	41,5	19,2	39,4	28
Nível de escolaridade												
Nenhum	31,4	43,2	26,9	17,3	36,3	20,0	14,3	11,1	38,0	14,1	29,8	761
Primário	44,8	59,7	40,1	27,2	49,2	33,2	23,5	19,5	50,6	20,4	43,5	978
Secundário/superior	54,7	81,3	62,9	52,0	70,7	50,3	44,2	41,9	78,5	37,1	70,9	855
Quartil socioeconómico												
Primeiro	24,7	35,7	23,4	14,8	29,7	17,8	12,1	10,2	31,7	12,8	24,6	581
Segundo	34,0	49,9	32,5	21,3	39,2	23,6	17,9	13,3	42,6	15,1	33,9	622
Terceiro	55,0	69,9	47,5	32,9	60,1	39,3	26,5	23,7	63,4	26,4	54,5	557
Quarto	51,1	79,8	62,1	49,2	66,9	50,0	44,8	37,1	71,9	32,3	64,4	446
Quinto	66,0	88,8	65,6	57,0	80,3	55,1	48,2	49,8	85,5	42,4	80,9	389
Total	44,1	62,0	43,7	32,5	52,5	34,9	27,6	24,4	56,1	24,0	48,5	2.595

3.10.3 Infecções Respiratórias Agudas

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as Infecções Respiratórias Agudas (IRA) constituem uma das causas dos altos índices de mortalidade e morbilidade nos países em desenvolvimento (OMS 2012). As Infecções Respiratórias Agudas provocam 19% 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 doenças diarreicas (OMS 2012). Um diagnóstico precoce e o tratamento imediato constituem o melhor procedimento para reduzir a mortalidade causada por estas infecções. Um dos sintomas de IRA mais facilmente reconhecíveis é a tosse acompanhada de respiração curta e rápida.

A fim de conseguir uma estimativa da prevalência das IRA, o IIMS 2015-2016 perguntou às mães com crianças menores de 5 anos se as mesmas tiveram tosse nas duas semanas anteriores à entrevista e se, durante o episódio de tosse, tinham dificuldade em respirar.

O Quadro 12 descreve a percentagem de crianças com menos de 5 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 de saúde ou junto de um profissional de saúde.

Entre as crianças com menos de 5 anos (0-59 meses) que tiveram sintomas de IRA, 49% das mães ou responsáveis das crianças procuraram aconselhamento ou tratamentos numa unidade de saúde ou junto de um profissional de saúde. Verifica-se uma diferença de 28 pontos percentuais entre a área urbana e rural (60% e 32%, respectivamente).

Quadro 12 Tratamento dos sintomas de infecções respiratórias agudas e da diarreia

Entre as crianças com menos de 5 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 de saúde ou junto de um profissional de saúde, e entre as crianças com menos de 5 anos que tiveram diarreia nas duas semanas que antecederam a entrevista, a percentagem para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade de saúde ou junto de um profissional de saúde e a percentagem que recebeu líquido pré-empacotado de sais de reidratação oral (SRO) ou líquido preparado de um pacote de SRO, por características seleccionadas, Angola IIMS 2015-2016

Características seleccionadas	Crianças com sintomas de IRA ¹		Crianças com diarreia		
	Percentagem para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento na unidade de saúde/profissional de saúde ²	Número de crianças	Percentagem para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento na unidade de saúde/profissional de saúde ²	Percentagem das que receberam líquido pré-empacotado de SRO ou líquido preparado de um pacote de SRO	Número de crianças
Idade em meses					
<6	56,3	60	37,0	28,2	161
6-11	42,8	66	44,4	38,7	354
12-23	51,8	100	45,0	46,3	693
24-35	41,7	75	45,3	43,3	413
36-47	54,3	76	45,6	48,0	224
48-59	(45,0)	39	48,7	39,7	128
Sexo					
Masculino	50,6	226	45,1	41,1	1.051
Feminino	47,2	191	44,1	44,3	922
Área de Residência					
Urbana	59,8	253	47,8	48,7	1.242
Rural	32,4	164	39,2	32,2	731
Província					
Cabinda	*	1	52,3	32,2	28
Zaire	*	3	51,9	59,5	30
Uíge	(47,2)	36	47,6	57,6	98
Luanda	(76,7)	119	41,8	46,6	585
Cuanza Norte	(41,0)	10	56,9	50,0	25
Cuanza Sul	*	33	32,5	31,3	218
Malanje	(28,4)	28	59,6	56,3	109
Lunda Norte	(42,2)	15	37,6	46,3	64
Benguela	*	18	38,6	23,7	238
Huambo	(70,6)	48	56,0	53,0	154
Bié	*	15	49,8	34,8	79
Moxico	*	4	(40,1)	(46,0)	24
Cuando Cubango	*	0	54,0	40,4	24
Namibe	*	5	56,8	42,6	32
Huíla	29,2	66	49,4	41,8	178
Cunene	*	9	42,7	47,0	51
Lunda Sul	*	4	48,5	34,5	27
Bengo	*	2	(39,5)	(60,7)	8
Nível de escolaridade da mãe					
Nenhum	43,9	118	37,1	35,5	533
Primário	39,5	190	42,8	41,3	801
Secundário/superior	71,2	110	53,2	50,2	639
Quintil socioeconómico					
Primeiro	25,2	101	34,7	29,3	386
Segundo	45,4	88	41,6	36,7	456
Terceiro	46,8	99	54,0	50,0	441
Quarto	(66,4)	71	39,1	43,1	384
Quinto	(77,9)	59	55,0	57,1	306
Total	49,0	417	44,6	42,6	1.973

Nota: As percentagens entre parênteses baseiam-se em 25-49 casos não ponderados; o 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

3.10.4 Diarreia

No total, a percentagem de crianças com menos de 5 anos de idade com diarreia, para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade de saúde ou junto de um profissional de saúde, é de 45%. A percentagem é mais baixa entre as crianças de mães sem instrução (37%) e mais alta entre as crianças de mães com nível de escolaridade secundário (53%). Em relação ao quintil socioeconómico, a

percentagem é mais baixa entre as crianças de mães do quintil mais baixo (35%) e mais alta entre as crianças de mães do quinto quintil (55%).

Entre as crianças com menos de 5 anos de idade que tiveram diarreia nas duas semanas anteriores à entrevista, 43% receberam líquidos de Sais de Reidratação Oral (SRO). Observam-se variações entre a área de residência urbana e rural, onde a percentagem de crianças que receberam líquidos de SRO na área urbana é de 49% contra 32% na área rural. Entre as crianças cujas mães concluíram o nível de escolaridade secundário ou superior, 50% receberam líquidos de SRO contra 36% de crianças de mães sem instrução.

3.10.5 Nutrição

Para a avaliação do estado nutricional de crianças menores de 5 anos, o IIMS 2015-2016 usou os índices antropométricos de peso e altura. Estes índices correlacionados entre si e com a idade formam os indicadores de altura por idade (A/I), peso por altura (P/A) e peso por idade (P/I), os três expressando os diferentes tipos de malnutrição encontrado no país, respectivamente: i) a Malnutrição Crónica, caracterizada pela baixa estatura, resultado de um atraso de crescimento; ii) a Malnutrição Aguda, que se manifesta com o emagrecimento extremo, em consequência de uma alimentação e nutrição deficiente; e iii) o Baixo Peso, que é a combinação das características da malnutrição aguda e crónica e causas relacionadas.

A gravidade da malnutrição define-se em três níveis do desvio padrão da média das normas OMS do crescimento (OMS/ANTHRO-2006), que classifica o grau de malnutrição como moderada, quando os inquiridos se situam entre a média -2 desvios padrão (DP), e grave, quando se situam igual ou abaixo de três desvios padrão (-3 DP).

O indicador de altura por idade baseia-se em 7.389 crianças elegíveis, o de peso por altura em 7.510 crianças elegíveis e, por último, o indicador peso por idade baseia-se em 7468 crianças elegíveis. O tamanho da amostra dos três indicadores é ligeiramente diferente devido à circunstancial perda de colaboração da mãe ou da criança entre uma e outra medida antropométrica. Foram excluídos os casos de desvio aberrante da referência padrão da OMS.

O Quadro 13 apresenta o estado nutricional de crianças menores de 5 anos de acordo com os três indicadores antropométricos. Ao nível nacional, verifica-se que cerca de 38% das crianças sofrem de malnutrição crónica moderada (-2DP) e 15% sofrem de malnutrição grave (-3DP). Por outro lado, quase 5% das crianças menores de 5 anos manifestaram uma malnutrição aguda moderada (P/A -2DP), com 1% no nível grave. Observa-se que 19% das crianças menores de 5 anos apresentam baixo peso em relação à sua idade (P/I -2DP) e cerca de 6% situam-se no nível grave (-3DP). Além disso, existe uma variabilidade em termos de idade, sexo, área de residência, províncias, nível de escolaridade das mães e o quintil de socioeconómico.

A prevalência da malnutrição crónica moderada é de 32% entre as crianças residentes nas áreas urbanas e de 46% nas áreas rurais. Verificam-se variações entre as províncias: o nível mais baixo de malnutrição crónica moderada foi registado na província de Cabinda (22%) e o mais alto na província do Bié (51%). Quanto à malnutrição aguda, não existem diferenças significativas em relação à área de residência. No entanto, entre as províncias, o Cunene regista o nível mais alto de malnutrição aguda, com 11%, contra os 3% das províncias do Zaire e do Cuanza Sul. Por outro lado, verifica-se uma diferença de 10 pontos percentuais no indicador de baixo peso entre as áreas urbanas e rurais (15% e 25%, respectivamente). Os níveis mais baixos foram registados na província de Cabinda, com 10%, e os mais elevados na província do Cunene, com 31%.

Existe uma relação inversa entre o nível de escolaridade da mãe e os três indicadores de malnutrição, ou seja, quanto maior é o nível de escolaridade da mãe, menor é a prevalência da malnutrição nas crianças (malnutrição crónica, aguda e baixo peso). O mesmo comportamento observa-se entre os três indicadores de malnutrição e o quintil socioeconómico.

Quadro 13 Estado nutricional das crianças

Percentagem das crianças menores de 5 anos (população de facto) consideradas como sendo malnutridas segundo os três índices antropométricos de estados nutricionais: altura para a idade, peso por altura e peso por idade, por características seleccionadas, Angola IIMS 2015-2016

	Altura para a idade (Malnutrição crónica) ¹				Peso por altura (Malnutrição aguda)					Peso por idade (Malnutrição geral)				
	Percentagem abaixo de -3 DP	Percentagem abaixo de -2 DP ²	Média de pontua- ção Z (DP)	Número de crianças	Percentagem abaixo de -3 DP	Percentagem abaixo de -2 DP ²	Percentagem acima +2 DP	Média de pontua- ção Z (DP)	Número de crianças	Percentagem abaixo de -3 DP	Percentagem abaixo de -2 DP ²	Percentagem acima +2 DP	Média de pontua- ção Z (DP)	Número de crianças
Idade em meses														
<6	7,9	19,0	-0,8	854	1,2	4,6	10,5	0,3	840	4,7	12,4	4,6	-0,4	868
6-8	8,4	23,1	-1,0	388	2,7	9,9	3,8	-0,3	391	7,0	21,3	1,0	-1,0	395
9-11	9,3	24,3	-1,2	382	2,4	8,1	3,1	-0,3	391	4,7	21,8	2,1	-0,9	387
12-17	15,3	40,0	-1,6	790	1,3	6,9	1,8	-0,3	795	5,0	19,8	2,6	-1,0	803
18-23	23,1	50,7	-1,9	709	1,2	5,9	2,4	-0,3	721	8,3	22,5	1,1	-1,2	720
24-35	19,3	48,6	-1,9	1.428	0,8	5,1	3,2	-0,0	1.460	6,2	20,7	0,7	-1,1	1.441
36-47	18,2	42,1	-1,7	1.498	0,3	2,2	2,8	-0,1	1.532	5,7	19,7	0,8	-1,1	1.500
48-59	11,5	32,2	-1,4	1.340	0,8	3,8	0,8	-0,3	1.380	4,2	17,1	0,1	-1,1	1.354
Sexo														
Masculino	17,3	41,0	-1,6	3.691	1,2	5,5	3,0	-0,2	3.741	6,3	21,0	1,0	-1,1	3.731
Feminino	13,1	34,1	-1,5	3.697	0,8	4,2	3,6	-0,1	3.769	4,9	17,1	1,8	-0,9	3.737
Resultado da entrevista da mãe														
Entrevistada	14,7	37,2	-1,5	6.371	1,1	5,0	3,6	-0,1	6.418	5,5	19,1	1,5	-1,0	6.443
Não entrevistada, mas presente no AF	18,4	38,8	-1,5	519	0,6	4,3	1,3	-0,2	545	6,9	19,4	1,4	-1,0	526
Não entrevistada, não presente no AF ³	17,9	40,9	-1,6	499	1,2	3,6	1,6	-0,2	547	5,7	17,6	0,5	-1,1	500
Área de Residência														
Urbana	11,6	31,8	-1,3	4.329	0,7	4,6	3,8	-0,1	4.375	4,2	15,0	1,7	-0,8	4.372
Rural	20,3	45,7	-1,8	3.060	1,5	5,3	2,5	-0,2	3.135	7,6	24,7	0,9	-1,2	3.096
Provincia														
Cabinda	5,8	21,6	-1,0	154	1,2	5,3	1,5	-0,2	159	2,0	10,4	1,6	-0,7	156
Zaire	7,3	24,9	-1,1	140	0,8	3,2	1,3	-0,2	142	4,6	12,2	0,6	-0,8	141
Uíge	16,9	41,7	-1,6	451	0,8	4,7	2,1	-0,3	452	6,1	21,5	0,9	-1,1	453
Luanda	10,4	29,7	-1,3	1.967	0,4	3,9	4,1	0,0	1.996	3,6	12,9	2,2	-0,7	1.988
Cuanza Norte	22,0	44,5	-1,6	112	1,2	4,0	7,8	-0,0	116	4,0	21,6	2,4	-1,0	114
Cuanza Sul	22,8	48,8	-2,0	576	0,5	3,3	2,4	-0,0	575	6,1	23,1	0,4	-1,2	578
Malanje	10,2	31,9	-1,3	354	2,5	7,6	3,2	-0,3	354	8,4	18,9	1,7	-1,1	365
Lunda Norte	19,9	38,7	-1,5	235	2,2	5,8	5,4	-0,0	238	5,4	19,4	2,0	-0,9	238
Benguela	11,4	33,1	-1,4	650	0,5	4,6	3,4	-0,2	660	2,9	15,7	1,4	-0,9	652
Huambo	17,1	43,6	-1,7	632	2,0	6,0	4,1	-0,1	637	5,5	21,2	0,8	-1,1	641
Bié	19,5	50,8	-1,9	402	1,8	4,9	2,0	-0,1	402	7,5	21,7	1,3	-1,2	406
Moxico	17,3	38,5	-1,7	192	1,6	4,3	3,8	-0,1	196	7,0	21,8	1,1	-1,0	197
Quando Cubango	20,5	42,9	-1,6	142	0,2	5,3	4,0	-0,2	140	7,5	23,9	2,1	-1,0	143
Namibe	15,9	33,8	-1,5	108	0,6	4,5	6,2	0,1	109	5,7	15,8	1,8	-0,8	107
Huíla	21,7	43,6	-1,8	718	0,5	4,6	2,3	-0,3	754	9,8	27,8	0,5	-1,3	731
Cunene	17,0	39,3	-1,7	306	3,6	10,5	1,0	-0,6	321	9,3	30,8	0,5	-1,4	302
Lunda Sul	15,4	42,1	-1,6	142	1,6	4,3	2,4	0,1	145	4,8	17,1	1,9	-1,0	146
Bengo	12,1	39,7	-1,5	108	1,3	4,7	3,2	-0,1	115	3,7	17,2	1,7	-1,0	111

(Continua...)

Quadro 13—Continuação

	Altura para a idade (Malnutrição crônica) ¹				Peso por altura (Malnutrição aguda)					Peso por idade (Malnutrição geral)				
	Porcentagem abaixo de -3 DP	Porcentagem abaixo de -2 DP ²	Média de pontuação Z (DP)	Número de crianças	Porcentagem abaixo de -3 DP	Porcentagem abaixo de -2 DP ²	Porcentagem acima +2 DP	Média de pontuação Z (DP)	Número de crianças	Porcentagem abaixo de -3 DP	Porcentagem abaixo de -2 DP ²	Porcentagem acima +2 DP	Média de pontuação Z (DP)	Número de crianças
Nível de escolaridade da mãe														
Nenhum	20,8	45,6	-1,8	2.068	1,4	5,7	3,0	-0,2	2.126	8,3	25,3	1,4	-1,2	2.101
Primário	16,6	40,8	-1,7	2.720	1,0	5,2	3,2	-0,1	2.741	5,9	20,8	1,5	-1,1	2.751
Secundário/superior	7,3	24,7	-1,1	2.091	0,6	3,9	4,1	0,0	2.084	2,5	10,9	1,6	-0,7	2.105
Sem informação	*	*	*	11	*	*	*	*	12	*	*	*	*	11
Quintil socioeconômico														
Primeiro	23,6	47,3	-1,9	1.706	1,5	5,7	2,5	-0,3	1.754	9,1	27,6	1,1	-1,3	1.726
Segundo	17,9	45,1	-1,8	1.736	1,5	5,4	2,5	-0,2	1.767	6,8	23,0	1,0	-1,2	1.753
Terceiro	13,7	38,8	-1,5	1.618	1,0	4,9	3,6	-0,2	1.633	5,5	17,7	0,8	-1,0	1.641
Quarto	8,7	26,6	-1,2	1.357	0,6	4,0	3,9	0,0	1.381	2,7	12,5	2,7	-0,7	1.372
Quinto	7,0	20,4	-1,0	972	0,1	3,5	4,5	0,1	974	1,7	8,1	1,8	-0,5	975
Total	15,2	37,6	-1,5	7.388	1,0	4,9	3,3	-0,1	7.510	5,6	19,0	1,4	-1,0	7.468

Nota: O asterisco indica que a percentagem baseia-se em menos de 25 casos não ponderados, portanto, a percentagem foi suprimida. Cada índice expressa-se em desvios padrão (DP) da média das Normas de Crescimento da OMS.

¹ Para as crianças menores de 2 anos, o comprimento mede-se com a criança deitada. Para as outras crianças, a altura mede-se em pé.

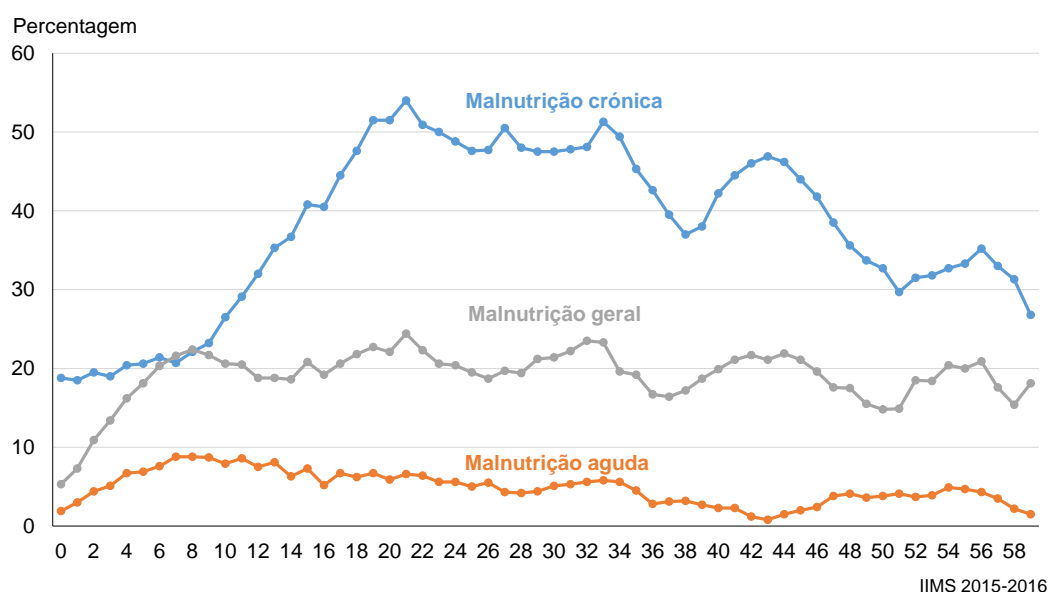
² Inclui crianças abaixo de -3 DP da média das Normas de Crescimento da OMS.

³ Inclui crianças com mães falecidas.

⁴ Para as mulheres não entrevistadas, a informação necessária é obtida através do Questionário dos Agregados Familiares. Exclui crianças cujas mães não foram listadas no Questionário do Agregado Familiar.

O gráfico 7 ilustra a prevalência da malnutrição por idades. A malnutrição crónica indica uma tendência crescente por volta dos 8 meses de idade, registando os maiores picos entre os 15-34 meses.

Gráfico 7 Estado nutricional das crianças por idade em meses



3.10.6 Amamentação Exclusiva e Alimentação Suplementar

O aleitamento materno por si só constitui a condição suficiente para a segurança alimentar das crianças até aos 6 meses de idade e, quando continuado até aos 23 meses, representa um reforço indispensável do sistema imunitário das crianças, contribuindo, deste modo, para a redução em cerca de 25% da mortalidade infantil. Por outro lado, a amamentação dos lactentes contribui para a redução da mortalidade materna por causas como as hemorragias pós-parto.

Para garantir a sobrevivência, o desenvolvimento e o bom estado nutricional das crianças, o governo angolano promove políticas de promoção, protecção e incentivo ao aleitamento materno. A Lei Geral do Trabalho Angolano⁸ prevê um subsídio monetário e repouso pós-parto de 3 a 4 meses, com o intuito de aumentar a adesão e o tempo de amamentação para as mães. O MINSA promove a iniciativa lançada pela OMS/UNICEF, “Hospital Amigo da Criança”, que visa a capacitação técnica do pessoal da saúde para a promoção e o apoio à amamentação desde as maternidades. O resultado esperado destas e outras abordagens estratégicas é a redução da mortalidade infantil através do aumento para 80% da prática do aleitamento materno.⁹

O IIMS 2015-2016 recolheu dados sobre a alimentação de todos os lactentes e crianças que nasceram nos dois anos que precederam o inquérito. O Quadro 14 mostra as práticas de amamentação das crianças por idade em meses. A amamentação é amplamente praticada em Angola: cerca de 91% das crianças angolanas são amamentadas logo à nascença até completarem um ano, idade após a qual a prática tende a diminuir. Com efeito, 83% das crianças de 12-17 meses continuam a ser amamentadas e o valor diminui para 48% entre as crianças de 18-23 meses.

O benefício da adesão massiva ao aleitamento materno para a saúde é afectado por outras práticas da amamentação inadequadas. Em Angola, apenas 38% das crianças menores de 6 meses são amamentadas de

⁸ Lei 7/2009 de 12.02, artigos 35°, 47°, 48° e 65°

⁹ MINSA, Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012-2025

forma exclusiva. Com efeito, durante o primeiro mês, apenas 62% recebem amamentação exclusiva, sendo esta proporção de apenas 17% das crianças de 4-5 meses.

Quadro 14 Tipo de amamentação por idade

Distribuição percentual de crianças menores de 2 anos que vivem com as suas mães biológicas, segundo o tipo de amamentação; percentagem das que são actualmente amamentadas; e entre todas as crianças menores de 2 anos, a percentagem que usa biberão, por idade em meses, Angola IIMS 2015-2016

Idade em meses	Tipo de amamentação						Total	Percentagem actualmente amamentada	Número de nascimentos mais recentes, menores de dois anos, que vivem com a mãe biológica	Percentagem que usa biberão	Número de crianças menores de dois anos
	Não amamentada	Amamentada exclusivamente	Amamentada e bebe somente água	Amamentada e bebe líquidos não lácteos ¹	Amamentada e consome outro leite	Amamentada e consome alimentos complementares					
0-1	9,3	61,5	18,5	1,7	2,8	6,3	100,0	90,7	460	11,6	464
2-3	8,1	36,7	21,9	6,4	5,9	21,0	100,0	91,9	499	17,1	509
4-5	8,2	17,4	13,5	7,6	5,0	48,3	100,0	91,8	526	22,3	530
6-8	6,7	5,5	6,1	4,9	1,8	74,9	100,0	93,3	677	19,7	682
9-11	10,1	3,3	2,9	3,0	0,5	80,2	100,0	89,9	640	12,2	648
12-17	16,9	1,2	2,5	2,4	0,2	76,9	100,0	83,1	1.272	15,2	1.324
18-23	51,9	0,4	0,5	0,4	0,2	46,5	100,0	48,1	1.140	12,7	1.270
0-3	8,7	48,6	20,3	4,1	4,4	13,9	100,0	91,3	960	14,5	973
0-5	8,5	37,5	17,9	5,4	4,6	26,1	100,0	91,5	1.486	17,2	1.503
6-9	7,7	5,0	5,3	5,0	1,4	75,7	100,0	92,3	878	18,7	884
12-15	14,6	1,6	2,5	3,1	0,3	77,9	100,0	85,4	852	16,9	881
12-23	33,4	0,8	1,5	1,5	0,2	62,6	100,0	66,6	2.412	14,0	2.595
20-23	58,4	0,5	0,4	0,5	0,3	39,8	100,0	41,6	738	11,8	838

Nota: O tipo de amamentação refere-se a um período de 24 horas (dia e noite anterior à entrevista). As crianças classificadas como "amamentada e bebe somente água" não consomem suplementos líquidos ou sólidos. As categorias "não amamentada", "amamentada exclusivamente", "amamentada e consome somente água", "líquidos não lácteos", "outro leite", e "alimentos complementares (sólidos ou semi-sólidos)" são hierárquicos e mutuamente exclusivos e a soma das percentagens é igual a 100%. Portanto, as crianças que bebem leite materno e outros líquidos não lácteos, mas que não bebem outro leite nem alimentos complementares são classificadas na categoria de "líquidos não lácteos", embora tivessem consumido água. As crianças que consumiram alimentos complementares são classificadas nessa categoria sempre e quando tiverem sido amamentadas.

¹ Líquidos não lácteos incluem sumo, caldo ou outros líquidos

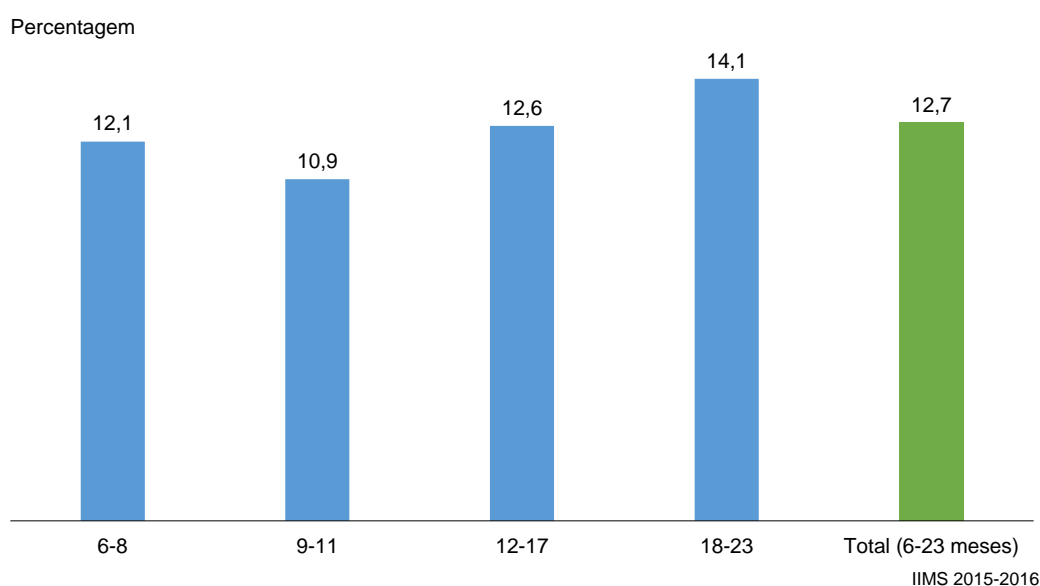
Sobre o aleitamento materno predominante, 18% das crianças de 0-5 meses aderiram à introdução de água. Em termos de aleitamento materno misto, apenas 5% das crianças de 0-5 meses recebem outro tipo de leite além do materno, sendo o pico da introdução entre 2 e 3 meses. Do desmame atempado, 76% das crianças angolanas com 6-9 meses de idade já consomem alimentos sólidos, a fim de complementar o aleitamento materno.

O Quadro 14 mostra que as mães utilizam frequentemente o biberão na alimentação das crianças. Assim, 12% das crianças com menos de 2 meses são alimentadas através do biberão. Esta percentagem atinge o pico (22%) entre as crianças de 4-5 meses.

A capacidade do estômago de uma criança pequena é seis vezes menor do que a de um adulto, porém a necessidade de consumo de alimentos para suprir a demanda energética e reparar o organismo é igual ou o dobro da de uma pessoa adulta. De acordo com as recomendações da OMS, uma dieta mínima aceitável inclui alimentos sólidos de, pelo menos, quatro grupos, isto sem contar com os grupos de leite e produtos lácteos. Tendo em conta o limite do seu volume gástrico, uma criança deve fazer quatro refeições ao longo do dia.

O gráfico 8 ilustra a percentagem de crianças de 6-23 meses de idade com uma dieta mínima aceitável. Das 3.829 crianças observadas, apenas 13% fazem uma dieta mínima aceitável. A percentagem mais alta situa-se na faixa etária de 18-23 meses (14%).

Gráfico 8 Dieta mínima aceitável por idade em meses



3.11 MALÁRIA

A malária está entre as principais causas de morbilidade e mortalidade em Angola, afectando todo o país e todas as faixas etárias (PNCM, 2015). No entanto, as crianças menores de 5 anos e as mulheres grávidas são os grupos mais vulneráveis. A caracterização epidemiológica da malária em Angola indica tratar-se de uma doença infecciosa de transmissão perene, com picos sazonais, e geograficamente com diferentes níveis de endemicidade. As províncias do sul do país (Huíla, Cunene, Cuando Cubango e Namibe), devido às suas características geomorfológicas e climáticas são consideradas de risco epidémico, assim como a província de Luanda.

O IIMS 2015-2016 recolheu informações sobre os meios de prevenção contra a malária, incluindo os mosquiteiros tratados com insecticida de longa duração (MTILD) e o tratamento intermitente e preventivo (TIP) durante a gravidez. Foram igualmente recolhidas informações sobre a prevalência e tratamento da febre.

3.11.1 Posse de Mosquiteiros Tratados com Insecticida de Longa Duração

Os Mosquiteiros Tratados com Insecticida de Longa Duração (MTILD) desempenham um papel fundamental na prevenção e constituem um importante método de controlo do vector responsável pela transmissão da malária. A política da saúde é pela cobertura universal, no contexto de um mosquiteiro para cada duas pessoas, portanto, o PNDS 2012-2025 promove a distribuição de mosquiteiros através de: i) campanhas de distribuição massiva,¹⁰ ii) distribuição de rotina nas consultas pré-natais e iii) nas campanhas de vacinação infantil.

Os resultados apresentados no Quadro 15 mostram que, em Angola, 31% dos agregados familiares possuem, pelo menos, um MTILD. Em relação à cobertura universal, apenas 11% dos agregados familiares têm, pelo menos, um MTILD para cada duas pessoas residentes.

A percentagem de agregados familiares que possuem, pelo menos, um MTILD não apresenta grandes diferenças entre a área de residência urbana (30%) e rural (32%). O mesmo acontece entre os quintis

¹⁰ A Campanha Nacional de Distribuição Massiva de MTIDL teve início em 2013 e abrangeu as províncias de Uíge, Zaire e Cuanza Norte. Desde 2014-2015, abrangeu as províncias de Bié, Benguela, Huambo e Malanje e, em Junho de 2015, as províncias de Bengo, Namibe, Lunda Norte, Cabinda e Lunda Sul.

socioeconómicos. As grandes diferenças observam-se entre as províncias: as províncias da Huambo (45%) e Namibe (47%) são as que têm maior percentagem de agregados familiares com, pelo menos, um MTILD e a província de Moxico apresenta a menor percentagem, com apenas 8%.

Quadro 15 Posse de mosquiteiros tratados com insecticida pelos agregados familiares

Percentagem de agregados familiares com, pelo menos, um mosquiteiro tratado com insecticida (MTILD); a média de MTILD por agregado familiar; e a percentagem de agregados familiares com, pelo menos, um MTILD por cada duas pessoas que dormiram em casa na noite anterior, por características seleccionadas, Angola IIMS 2015-2016

Característica	Percentagem de agregados familiares com, pelo menos, um mosquiteiro tratado com insecticida (MTILD) ¹	Média de mosquiteiros tratados com insecticida (MTILD) ¹ por agregado familiar	Número de agregados	Percentagem de agregados familiares com, pelo menos, um mosquiteiro tratado com insecticida (MTILD) 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
Área de Residência					
Urbana	30,4	0,5	9.863	10,4	9.824
Rural	31,6	0,5	6.246	12,8	6.174
Província					
Cabinda	35,1	0,7	398	14,0	397
Zaire	34,8	0,6	343	9,8	339
Uíge	39,5	0,7	905	15,7	899
Luanda	27,3	0,5	4.931	8,2	4.917
Cuanza Norte	29,3	0,5	274	13,7	270
Cuanza Sul	40,0	0,8	1.364	20,5	1.321
Malanje	30,1	0,5	661	9,0	658
Lunda Norte	44,4	0,8	493	17,2	478
Benguela	27,0	0,5	1.355	9,5	1.346
Huambo	44,9	0,7	1.150	16,2	1.150
Bié	34,3	0,6	845	12,7	842
Moxico	8,0	0,1	442	2,6	436
Cuando Cubango	17,3	0,3	353	9,2	350
Namibe	46,6	1,0	203	21,6	203
Huíla	24,6	0,4	1.337	8,0	1.336
Cunene	18,5	0,3	548	5,2	548
Lunda Sul	44,4	0,9	285	20,3	285
Bengo	22,9	0,4	223	11,5	223
Quintil socioeconómico					
Primeiro	27,5	0,5	3.433	10,6	3.391
Segundo	33,8	0,5	3.712	14,0	3.673
Terceiro	34,8	0,6	3.215	12,1	3.203
Quarto	30,7	0,5	2.961	8,8	2.946
Quinto	26,9	0,5	2.788	10,3	2.784
Total	30,9	0,5	16.109	11,3	15.998

¹ Um mosquiteiro tratado com insecticida (MTILD) é (1) um mosquiteiro tratado com insecticida pelo fabricante e que não precisa de qualquer tratamento adicional ou (2) um mosquiteiro que foi mergulhado em insecticida nos 12 meses anteriores à entrevista

² Membros de facto do agregado familiar

3.11.2 Uso de Mosquiteiros Tratados com Insecticida de Longa Duração

O Quadro 16 mostra que 22% das crianças com menos de 5 anos dormiram debaixo de um MTILD na noite anterior à entrevista, sendo a percentagem nas áreas urbanas (23%) ligeiramente superior à das áreas rurais (20%). A província de Cabinda regista a maior a percentagem de crianças com menos de 5 anos que dormiram debaixo de um MTILD, com 35%, contra os 7% da província do Moxico. Entre os agregados familiares com, pelo menos, um MTILD, 61% das crianças com menos de 5 anos dormiram debaixo de um MTILD. A província de Cabinda regista a maior percentagem de crianças que dormiram debaixo de um MTILD (77%) e Cunene regista a menor percentagem (38%).

Entre as mulheres grávidas de 15-49 anos, 23% dormiram debaixo de um MTILD. Este valor sobe para 68% entre os agregados familiares com, pelo menos, um MTILD.

Quadro 16 Uso de mosquiteiros tratados com insecticida por crianças e mulheres grávidas

Percentagem de crianças menores de 5 anos que, durante a noite anterior à entrevista, dormiram debaixo de um mosquiteiro tratado com insecticida (MTILD), e que dormiram debaixo de um MTILD ou numa casa em que as paredes interiores foram pulverizadas (PID) nos últimos 12 meses; e entre as crianças com menos de 5 anos nos agregados familiares com, pelo menos, um MTILD, a percentagem que dormiu debaixo de um MTILD na noite anterior à entrevista; a percentagem de mulheres grávidas de 15-49 anos que, na noite anterior à entrevista, dormiram debaixo de um MTILD, e que dormiram debaixo de um MTILD 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, um MTILD, a percentagem que dormiu debaixo de um MTILD na noite anterior à entrevista, por características seleccionadas, Angola IIMS 2015-2016

Característica	Crianças com menos de 5 anos em todos os agregados familiares			Crianças com menos de 5 anos em agregados familiares com pelo menos um MTILD ¹		Mulheres grávidas de 15-49 anos em todos os agregados familiares			Mulheres grávidas de 15-49 anos em agregados familiares com, pelo menos, um MTILD ¹	
	Percentagem que dormiu debaixo de uma MTILD ¹ a noite anterior ou numa casa pulverizada com PID ² nos últimos 12 meses			Percentagem que dormiu debaixo de uma MTILD ¹ a noite anterior		Percentagem que dormiu debaixo de uma MTILD ¹ a noite anterior ou numa casa pulverizada com PID ² nos últimos 12 meses			Percentagem que dormiu debaixo de uma MTILD ¹ a noite passada	
	Percentagem que dormiu debaixo de um MTILD ¹ a noite anterior	Número de crianças	Número de crianças	Percentagem que dormiu debaixo de um MTILD ¹ a noite anterior	Número de crianças	Percentagem que dormiu debaixo de um MTILD ¹ a noite anterior	Número de mulheres grávidas	Número de mulheres grávidas	Número de mulheres grávidas	Número de mulheres grávidas
Área de Residência										
Urbana	23,0	24,3	9.061	64,2	3.251	20,5	22,2	883	65,5	277
Rural	19,7	20,4	6.168	56,1	2.165	26,7	26,7	591	72,0	219
Provincia										
Cabinda	35,2	36,1	297	77,4	135	(19,9)	(19,9)	22	*	7
Zaire	26,6	27,1	301	69,0	116	29,2	30,0	24	*	9
Uíge	22,1	22,7	883	55,1	354	31,9	31,9	72	(70,5)	33
Luanda	23,5	24,0	4.225	71,5	1.387	16,4	16,4	381	(70,2)	89
Cuanza Norte	16,4	17,5	220	46,1	78	21,0	22,6	23	(57,5)	8
Cuanza Sul	20,4	22,6	1.208	43,5	565	32,9	36,0	153	(67,7)	74
Malanje	17,9	18,7	689	56,6	218	32,1	32,1	55	(83,0)	21
Lunda Norte	29,9	30,8	506	62,2	243	37,1	37,1	50	(85,5)	22
Benguela	21,4	21,4	1.276	65,3	419	16,4	16,4	162	(62,2)	43
Huambo	33,9	38,4	1.235	66,5	630	39,4	42,6	110	(77,7)	56
Bié	26,3	26,3	843	65,0	340	37,9	37,9	84	(85,1)	37
Moxico	6,7	6,7	399	63,1	42	(14,9)	(14,9)	22	*	3
Cuando Cubango	13,0	13,4	296	68,4	56	17,0	17,0	27	*	6
Namibe	29,4	32,0	204	54,1	111	27,7	30,4	18	(66,6)	8
Huíla	11,1	12,0	1.472	41,4	395	9,7	12,8	161	(30,6)	51
Cunene	7,5	8,5	688	37,7	136	5,9	6,3	64	*	8
Lunda Sul	32,2	32,4	304	67,6	145	47,7	47,7	32	(83,4)	18
Bengo	11,0	11,6	182	45,4	44	(5,4)	(5,4)	13	*	3
Quintil socioeconómico										
Primeiro	16,8	17,2	3.485	55,0	1.064	18,3	19,4	340	67,3	93
Segundo	23,1	23,8	3.537	59,1	1.381	33,7	33,7	340	78,1	147
Terceiro	23,9	25,4	3.351	61,5	1.303	27,4	29,2	325	71,6	125
Quarto	23,1	24,4	2.713	64,8	967	15,3	16,5	279	62,1	69
Quinto	21,9	23,3	2.143	67,0	701	15,9	16,9	190	(47,7)	63
Total	21,7	22,7	15.229	60,9	5.416	23,0	24,0	1.474	68,3	496

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

O quadro baseia-se em mulheres grávidas e crianças que dormiram em casa na noite anterior à entrevista.

¹ Um MTILD é: (1) um mosquiteiro que foi tratado com insecticida pelo fabricante e que não precisa de qualquer tratamento adicional ou (2) um mosquiteiro que foi mergulhado em insecticida nos últimos 12 meses

² A pulverização intradomiciliária (PID) é limitada à pulverização efectuada pelo Ministério da Saúde, empresas privadas e organizações não-governamentais (ONG)

3.11.3 Uso de Tratamento Intermitente e Preventivo

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o tratamento intermitente preventivo (TIP) da malária em regiões de alta prevalência da doença. Este tratamento é efectivo e aplicável em Angola e constitui uma componente que integra a estratégia de prevenção da malária durante a gravidez. Através do Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM-2015),¹¹ o MINSA orienta a administração de quatro ou mais doses do Sulfadoxina-Pirimetamina ou Fansidar (SP/Fansidar) a mulheres grávidas a partir da

¹¹ Normas, controlo e prevenção da malária durante a gravidez

décima terceira semana de gestação até à altura do parto, a fim de aumentar a imunidade contra infecções por plasmódios¹². O Tratamento Intermitente e Preventivo (TIP) consiste em administrar a todas as mulheres grávidas que acorrem às consultas pré-natais três comprimidos de Fansidar de uma vez em cada uma das quatro doses, sob a observação directa de um técnico.

Para compreender o uso do TIP pelas mulheres durante a gravidez, o IIMS 2015-2016 questionou mulheres de 15-49 anos com nados-vivos 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 17 mostra que, no total, duas em cada 10 mulheres de 15-49 anos (19%) com um nado-vivo nos dois anos anteriores ao inquérito receberam três ou mais doses de SP/Fansidar durante a gravidez do último nado-vivo.

O gráfico 9 mostra que, aproximadamente, uma em cada quatro mulheres residentes nas áreas urbanas (24%) recebeu três ou mais doses de SP/Fansidar, em comparação com uma em cada dez mulheres residentes em áreas rurais (11%). Por províncias, verifica-se que as províncias do Bié (8%), Huíla (9%) e Bengo (9%) são as que apresentam percentagens mais baixas e as províncias de Cabinda (36%) e Zaire (28%) apresentam as percentagens mais elevadas.

Quadro 17 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, Angola IIMS 2015-2016

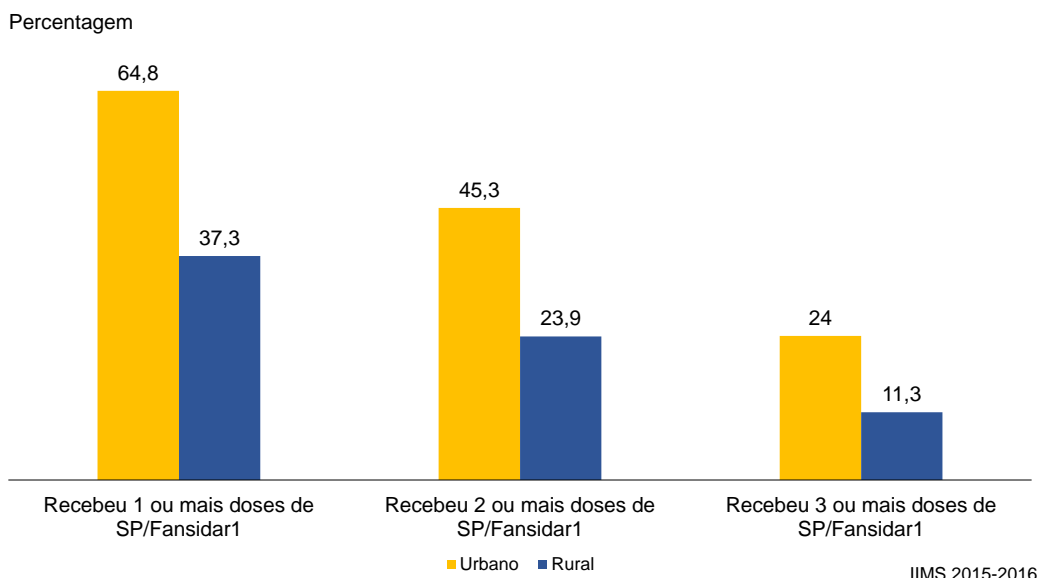
Característica	Percentagem que recebeu 1 ou mais doses de SP/Fansidar ¹	Percentagem que recebeu 2 ou mais doses de SP/Fansidar ¹	Percentagem que recebeu 3 ou mais doses de SP/Fansidar ¹	Número de mulheres com um nado-vivo nos dois anos anteriores à entrevista
Área de Residência				
Urbana	64,8	45,3	24,0	3.263
Rural	37,3	23,9	11,3	2.142
Província				
Cabinda	59,9	48,2	36,3	105
Zaire	80,7	47,6	28,1	120
Uíge	33,5	28,9	10,4	292
Luanda	68,7	47,6	24,4	1.554
Cuanza Norte	60,0	46,0	25,0	74
Cuanza Sul	31,9	24,2	18,0	431
Malanje	56,2	36,6	15,0	219
Lunda Norte	40,4	29,1	20,9	175
Benguela	46,6	31,8	20,3	469
Huambo	68,7	50,0	24,0	449
Bié	48,4	28,8	8,3	294
Moxico	41,1	27,3	10,1	113
Cuando Cubango	48,6	33,5	17,8	104
Namibe	63,3	38,8	13,7	75
Huíla	38,2	23,4	9,4	538
Cunene	56,0	31,7	13,9	223
Lunda Sul	50,4	28,5	21,5	112
Bengo	21,6	14,7	9,3	59
Quintil socioeconómico				
Primeiro	31,0	18,6	8,3	1.184
Segundo	44,7	30,1	15,4	1.290
Terceiro	60,3	42,5	21,9	1.183
Quarto	67,9	45,9	23,3	956
Quinto	76,6	55,5	31,3	793
Total	53,9	36,8	19,0	5.405

¹ Recebeu o número específico de doses de SP/Fansidar, das quais, pelo menos, uma foi administrada durante uma consulta pré-natal

¹² Excepto as mulheres grávidas que vivem com o VIH/SIDA e que fazem Cotrimoxasol (Bactrim), por ser da família de sulfamidas como Fansidar

Os resultados segundo os quintis mostram que a percentagem de mulheres que tomaram três ou mais doses de SP/Fansidar durante a gravidez aumenta em função do quintil socioeconómico. No quintil mais baixo, apenas 8% das mulheres receberam três ou mais doses de SP/Fansidar, enquanto no quintil mais alto, 31% receberam três ou mais doses de SP/Fansidar. Por último, observa-se uma diferença de 35 pontos percentuais entre as mulheres que receberam uma ou mais doses de SP/Fansidar e as que receberam três ou mais doses (54% e 19%, respectivamente).

Gráfico 9 Tratamento intermitente preventivo durante a gravidez



3.11.4 Prevalência Reportada, Diagnóstico e Tratamento Imediato de Crianças com Febre

A febre é o principal sintoma de malária nas crianças com menos de 5 anos de idade, embora possa ocorrer na presença de outras infecções. Segundo a orientação da Organização Mundial da Saúde, o tratamento deve ser feito com base num 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. No IIMS 2015-2016, foram entrevistadas as mães de crianças com menos de 5 anos que tiveram febre nas duas semanas anteriores à entrevista e para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento e, nesse caso, foi perguntado que medidas foram tomadas para diagnosticar e tratar a febre.

O Quadro 18 mostra que 15% das crianças com menos de 5 anos tiveram febre nas duas semanas precedentes ao inquérito. A prevalência da febre entre as crianças apresenta grandes variações a nível das províncias. As províncias de Malanje (25%), Cuanza Sul (24%), Cuanza Norte (20%) e Uíge (20%) apresentam as maiores prevalências em comparação com as províncias de Moxico (6%) e Bengo (5%).

Em relação à área de residência e ao quintil socioeconómico, não se observam variações significativas, ou seja, a prevalência da febre é mais ou menos igual, independente da área de residência e do quintil socioeconómico. No entanto, o tratamento dado às crianças diferencia-se por área de residência e quintil socioeconómico.

A percentagem de crianças com menos de 5 anos de idade com febre, para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade de saúde, é de 51%. A percentagem de crianças com menos de 5 anos de idade com febre e tratadas com algum antipalúdico à base de artemisinina (TCA) é de 14%.

Quadro 18 Prevalência reportada, diagnóstico e tratamento imediato de crianças com febre

Percentagem de crianças com menos de 5 anos com febre nas duas semanas anteriores à entrevista; entre as crianças com menos de 5 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 5 anos com febre que tomaram medicamentos antimaláricos, a percentagem que receberam TCA, por características seleccionadas, Angola IIMS 2015-2016

Característica	Crianças com menos de 5 anos		Crianças com menos de 5 anos com febre					Crianças com menos de 5 anos com febre que tomaram antimalárico	
	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	Percentagem que tomou algum TCA o mesmo dia ou um dia depois	Número de crianças	Percentagem que tomou algum TCA	Número de crianças
Área de Residência									
Urbana	13,5	7.715	57,1	42,8	15,7	11,2	1.040	82,1	199
Rural	16,4	4.954	42,6	23,4	11,5	6,3	814	68,7	136
Província									
Cabinda	16,3	254	63,8	50,2	15,7	2,2	41	*	10
Zaire	15,1	265	85,3	68,4	16,8	7,1	40	*	9
Uíge	20,4	722	46,8	21,1	11,1	4,8	147	(63,5)	26
Luanda	12,3	3.629	53,3	41,0	18,9	14,9	448	(89,8)	94
Cuanza Norte	19,9	173	58,5	54,9	14,2	8,9	35	*	6
Cuanza Sul	23,6	1.049	36,6	18,8	14,8	9,0	248	(65,8)	56
Malanje	24,8	532	57,3	43,6	33,9	21,3	132	94,0	48
Lunda Norte	17,1	398	41,6	19,8	6,7	4,6	68	(38,2)	12
Benguela	17,7	1.112	44,6	35,8	4,1	3,0	197	*	16
Huambo	13,6	1.065	54,0	16,1	3,6	1,8	145	*	5
Bié	10,5	686	46,5	36,6	4,9	4,0	72	*	4
Moxico	6,3	274	(49,4)	(40,2)	(21,0)	(10,1)	17	*	6
Cuando Cubango	9,2	227	59,4	49,6	14,1	10,9	21	*	6
Namibe	11,6	163	56,9	46,4	9,1	2,5	19	*	2
Huíla	12,3	1.207	60,8	41,6	9,2	5,4	149	*	18
Cunene	7,5	504	50,2	41,2	16,8	11,9	38	*	11
Lunda Sul	11,9	264	46,0	30,8	17,7	14,4	31	*	6
Bengo	4,9	142	(48,0)	(42,2)	(21,0)	(5,8)	7	*	1
Quintil socioeconómico									
Primeiro	16,3	2.770	36,9	19,7	9,6	4,4	452	62,9	69
Segundo	16,3	2.959	47,3	29,2	12,6	7,7	482	70,9	86
Terceiro	13,4	2.820	56,7	38,9	13,9	9,9	376	79,3	66
Quarto	13,7	2.288	59,7	44,1	15,2	9,1	314	78,6	60
Quinto	12,5	1.833	63,3	52,7	23,0	19,4	230	(98,1)	54
Total	14,6	12.669	50,8	34,3	13,9	9,0	1.855	76,7	335

Nota: As percentagens entre parênteses baseiam-se em 25-49 casos não ponderados; o 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

Desagregando por área de residência, os dados mostram que a percentagem de crianças para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento é maior nas áreas urbanas (57%) do que nas áreas rurais (43%). A percentagem de crianças com febre que receberam algum TCA é igualmente maior nas áreas urbanas (16%) do que nas áreas rurais (12%).

Existe uma relação directa entre a procura de aconselhamento ou tratamento para crianças com febre e o quintil socioeconómico. A percentagem é de 37% nas crianças do quintil mais baixo e de 63% nas crianças do quintil mais elevado.

A província de Zaire é a que apresenta a percentagem mais alta de crianças com febre para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade de saúde (85%). A província do Cuanza Sul é a que apresenta a percentagem mais baixa (37%). Quanto ao tratamento à base de artemisinina, a percentagem mais alta regista-se na província de Malanje (34%), em comparação com as províncias de Benguela e Huambo, ambas com 4%.

3.11.5 Prevalência da Malária nas Crianças de 6-59 Meses

O Quadro 19 mostra que, em Angola, a prevalência da malária encontrada no IIMS 2015-2016 é de 14%. A prevalência da malária nas áreas rurais (22%) é quase três vezes superior à prevalência verificada nas áreas urbanas (8%), com uma diferença de 14 pontos percentuais. As províncias do Moxico e Cuando Cubango apresentam as prevalências mais altas, 40% e 38%, respectivamente, em comparação com províncias do Huambo e Namibe (1% cada uma) e Cunene (com menos de 1%), que apresentam as prevalências mais baixas.

Em relação à escolaridade das mães, a prevalência é de 23% nas crianças de mães sem instrução e 5% nas crianças de mães com nível de escolaridade secundário ou superior. A prevalência da malária entre as crianças de 6-59 meses varia consoante o quintil socioeconómico das mães, variando de 21% nas crianças de mães do primeiro quintil para 2% do quinto quintil.

Quadro 19 Prevalência da malária nas crianças

Prevalência de malária nas crianças de 6-59 meses (população de facto) por características seleccionadas, segundo o tipo de plasmódio através do resultado do Teste de Diagnóstico Rápido (TDR), Angola IIMS 2015-2016

Característica	Prevalência da malária segundo o TDR			Número de crianças
	Plasmódio Falciparum (PF)	Plasmódio Vivax (PV)	Ambos tipos de plasmódio (PF ou PV)	
Área de Residência				
Urbana	7,1	0,4	7,5	3.877
Rural	21,5	0,2	21,8	2.769
Província				
Cabinda	19,0	0,2	19,2	148
Zaire	17,9	0,0	17,9	123
Uíge	29,9	1,3	31,2	385
Luanda	5,4	0,5	5,9	1.758
Cuanza Norte	32,6	2,8	35,5	100
Cuanza Sul	25,7	0,5	26,2	518
Malanje	21,9	0,4	22,4	326
Lunda Norte	20,9	0,2	21,1	207
Benguela	9,7	0,0	9,7	581
Huambo	1,1	0,0	1,1	559
Bié	32,6	0,0	32,6	366
Moxico	39,4	0,4	39,8	169
Cuando Cubango	36,6	1,5	38,1	129
Namibe	0,7	0,3	1,0	98
Huíla	2,1	0,0	2,1	675
Cunene	0,1	0,0	0,1	279
Lunda Sul	9,0	0,0	9,0	123
Bengo	9,4	0,0	9,4	103
Quintil socioeconómico				
Primeiro	20,6	0,2	20,8	1.550
Segundo	21,4	0,6	22,1	1.569
Terceiro	9,6	0,2	9,8	1.416
Quarto	5,7	0,3	6,1	1.220
Quinto	1,2	0,4	1,6	891
Nível de escolaridade da mãe				
Nenhum	22,3	0,5	22,9	1.891
Primário	12,9	0,4	13,3	2.402
Secundário/superior	4,5	0,2	4,7	1.811
Sem informação	*	*	*	12
MTILD em agregado familiar				
AF não tem MTILD	13,6	0,3	13,9	4.279
AF tem pelo menos um MTILD	12,2	0,5	12,7	2.367
Idade em meses				
6-8	8,6	0,9	9,6	380
9-11	8,1	0,2	8,3	380
12-17	10,8	0,2	11,0	782
18-23	9,9	0,5	10,5	721
24-35	14,5	0,2	14,7	1.471
36-47	15,7	0,3	16,0	1.533
48-59	14,4	0,4	14,8	1.379
Total	13,1	0,4	13,5	6.646

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

3.12 PREVALÊNCIA DA ANEMIA NAS CRIANÇAS DE 6-59 MESES

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 à associação à malária. A anemia associada à malária constitui um problema de saúde pública: à medida que as infecções da malária se vão repetindo, a criança pode desenvolver anemia porque os parasitas destroem os glóbulos vermelhos. Uma vez que o número de parasitas no sangue é elevado, a anemia pode surgir dentro de 1 ou 2 dias após o início da doença, pelo que se recomenda que os doentes com sinais de alerta de doença grave (como, por exemplo, palidez marcante das mucosas, palmas das mãos e plantas dos pés) sejam transferidos com urgência para uma unidade de saúde com mais recursos, de modo a receberem assistência médica adequada.

Todas as crianças de 6-59 meses de idade foram testadas para anemia, com base na medição de níveis de hemoglobina mediante a utilização do HemoCue Hb®, que revela os níveis de hemoglobina alguns minutos depois da recolha de sangue capilar. A anemia nas crianças de 6-59 meses pode ser classificada em três níveis, de acordo com a concentração da hemoglobina no sangue. Esta classificação foi desenvolvida por investigadores da OMS (DeMaeyer, 1989). Assim, a anemia é considerada como sendo: i) grave se a medida de hemoglobina por decilitro de sangue for inferior a 7,0 gramas por decilitro (g/dl), ii) moderada se este valor se situar entre 7,0 e 9,9 g/dl e, iii) ligeira se for entre 10,0 e 10,9 g/dl. Nos casos de anemia grave, os técnicos de saúde reencaminharam as crianças para o centro de saúde mais próximo, a fim de poderem receber assistência médica imediata. A prevalência apresentada neste relatório baseia-se na população de facto, isto é, as crianças residentes e visitantes que passaram a noite anterior à entrevista no agregado familiar seleccionado.

O Quadro 20 mostra que, em Angola, 65% das crianças de 6-59 meses de idade sofrem de algum tipo de anemia: 31% de anemia leve, 32% de anemia moderada e 2% de anemia grave. A prevalência da anemia varia consoante a idade das crianças: é mais elevada nas crianças de 6-11 meses (83%), mas diminui a partir dos 12 meses, atingindo o valor mais baixo nos 48-59 meses (52%).

Relativamente às províncias, a prevalência da anemia é mais alta no Moxico e Cuando Cubango, com 75% e 77%, respectivamente, em comparação com o valor mais baixo registado na Lunda Sul (50%).

Quadro 20 Anemia entre as crianças

Percentagem de crianças de 6-59 meses (população de facto) classificadas como tendo anemia, anemia leve, anemia moderada e anemia grave, por características seleccionadas, Angola IIMS 2015-2016

Características seleccionadas	Alguma anemia (<11.0g/dl)	Percentagem com anemia			Número de crianças
		Anemia ligeira (10.0-10.9 g/dl)	Anemia moderada (7.0-9.9 g/dl)	Anemia grave (<7.0g/dl)	
Sexo					
Masculino	66,3	30,6	33,6	2,1	3.366
Feminino	63,3	30,6	30,3	2,4	3.314
Idade em meses					
6-11	82,6	33,0	47,5	2,1	763
12-23	75,3	32,8	39,4	3,1	1.512
24-35	63,8	28,0	32,9	2,9	1.474
36-47	58,6	30,0	26,6	2,0	1.538
48-59	51,5	30,1	20,4	1,0	1.393
Área de Residência					
Urbana	64,6	31,2	31,2	2,1	3.892
Rural	65,1	29,7	33,0	2,4	2.788
Província					
Cabinda	65,8	28,4	36,0	1,4	145
Zaire	69,7	33,3	35,1	1,3	127
Uíge	63,2	27,1	34,1	2,1	387
Luanda	66,8	34,0	30,8	2,1	1.768
Cuanza Norte	53,9	30,7	20,5	2,7	101
Cuanza Sul	68,0	30,8	34,8	2,4	518
Malanje	69,7	28,3	37,8	3,6	329
Lunda Norte	68,4	23,7	43,1	1,6	207
Benguela	65,9	29,0	35,0	1,9	589
Huambo	53,8	22,7	30,9	0,2	559
Bié	63,0	25,5	32,8	4,8	366
Moxico	74,9	23,5	35,4	15,9	172
Quando Cubango	77,0	29,1	42,7	5,1	130
Namibe	61,4	36,9	23,8	0,6	98
Huíla	62,7	38,9	23,6	0,2	679
Cunene	65,0	30,6	33,3	1,0	279
Lunda Sul	49,5	27,3	20,5	1,7	123
Bengo	64,4	32,0	31,7	0,7	103
Quintil socioeconómico					
Primeiro	65,4	30,3	32,5	2,6	1.566
Segundo	63,2	26,6	33,4	3,2	1.574
Terceiro	67,0	30,2	35,6	1,2	1.424
Quarto	64,9	34,2	29,5	1,2	1.223
Quinto	62,9	33,8	26,1	2,9	893
Total	64,8	30,6	32,0	2,2	6.680

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 sofrem de anemia grave, as crianças com níveis de 7.0-9.9 g/dl sofrem de anemia moderada e as crianças com níveis de 10.0-10.9 g/dl sofrem de anemia ligeira.

3.13 CONHECIMENTOS, ATITUDES E COMPORTAMENTOS EM RELAÇÃO AO VIH E SIDA

O conhecimento da população sobre as formas de prevenção do VIH/SIDA é indispensável para a luta eficaz contra a propagação do vírus. Neste contexto, o IIMS 2015-2016 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 VIH. As respostas às questões são indicativas do conhecimento dos diferentes métodos de prevenção da transmissão do VIH, nomeadamente: i) uso correcto e consistente do preservativo; ii) abstinência sexual; iii) início tardio da prática sexual entre os jovens e a (iv) redução do número de parceiros sexuais.

O Quadro 21 mostra que dois terços das mulheres de 15-49 anos (66%) e cerca de três quartos dos homens de 15-49 anos (78%) afirmaram saber que o uso consistente do preservativo pode prevenir a transmissão do VIH. Cerca de 69% das mulheres e 81% dos homens sabem que limitar as relações sexuais a um único parceiro não infectado e sem outros parceiros sexuais pode prevenir a transmissão do VIH. Por último, 60% das mulheres e 72% dos homens conhecem ambos os métodos de prevenção do VIH (uso do preservativo e limitar as relações sexuais a um único parceiro não infectado e sem outros parceiros sexuais).

Quadro 21 Conhecimento de métodos para prevenir o VIH

Percentagem de homens e mulheres de 15-49 anos que, em resposta a determinadas perguntas, afirmaram ser possível reduzir o risco de contágio com VIH usando preservativos sempre que têm relações sexuais e limitando as relações sexuais a um único parceiro não infectado e sem outros parceiros sexuais, segundo características seleccionadas, Angola IIMS 2015-2016

Características seleccionadas	Percentagem de mulheres que afirmou ser possível reduzir o risco de contágio com VIH:				Percentagem de homens que afirmou ser possível reduzir o risco de contágio com VIH:			
	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	68,4	70,3	62,3	6.492	76,0	77,1	68,9	2.489
15-19	67,6	69,4	61,5	3.444	74,5	74,0	66,5	1.455
20-24	69,2	71,3	63,2	3.048	78,1	81,3	72,2	1.033
25-29	69,4	71,8	64,1	2.454	81,7	87,2	78,6	914
30-39	62,7	67,6	57,8	3.302	78,7	81,4	72,9	1.128
40-49	56,8	64,1	53,0	2.131	78,9	82,3	73,0	891
Estado civil								
Nunca casado(a)	72,8	74,4	67,0	5.066	77,7	79,0	71,1	2.656
Teve relações sexuais	74,1	74,9	68,1	3.594	81,4	83,8	75,0	2.065
Nunca teve relações sexuais	69,7	73,2	64,3	1.472	65,0	62,3	57,3	591
Casado(a)/em união de facto	61,0	65,5	56,0	7.957	78,7	82,3	73,7	2.583
Divorciado(a)/separado(a)/viúvo(a)	64,9	69,3	58,9	1.357	70,9	78,0	63,0	182
Área de Residência								
Urbana	78,4	81,5	73,0	10.014	85,5	88,4	80,0	3.916
Rural	36,0	40,3	30,8	4.365	58,4	60,1	51,4	1.506
Província								
Cabinda	91,2	89,8	85,8	346	98,4	97,5	96,9	135
Zaire	66,0	81,4	62,8	291	72,9	72,2	60,8	123
Uíge	46,0	55,1	41,2	717	79,8	83,5	72,5	252
Luanda	87,4	90,8	83,5	5.538	85,9	90,9	81,4	2.293
Cuanza Norte	77,9	82,3	72,7	164	60,0	91,0	57,4	65
Cuanza Sul	36,4	32,5	25,9	973	82,2	80,9	74,1	382
Malanje	49,5	56,4	42,7	460	83,1	84,3	79,3	161
Lunda Norte	54,8	63,8	47,3	362	68,9	86,3	63,9	123
Benguela	59,3	59,6	50,8	1.210	78,7	72,8	68,4	399
Huambo	41,0	42,7	34,2	935	60,4	66,2	56,8	336
Bié	27,2	28,5	22,7	592	49,1	49,5	46,9	205
Moxico	59,0	65,8	56,1	256	55,7	53,0	48,6	95
Cuando Cubango	40,9	43,7	37,3	251	71,3	72,8	66,0	78
Namibe	68,2	68,3	58,9	178	73,0	68,3	64,1	67
Huíla	53,7	60,7	51,3	1.179	62,7	60,4	54,6	395
Cunene	69,4	68,5	59,0	533	72,6	69,2	60,9	170
Lunda Sul	49,7	57,6	44,5	234	90,9	96,3	89,9	77
Bengo	53,5	64,9	50,2	161	71,0	67,0	51,3	64
Nível de escolaridade								
Nenhum	34,1	38,8	29,7	3.179	46,3	49,6	40,3	404
Primário	58,0	62,2	51,1	5.005	63,9	66,9	56,4	1.607
Secundário/superior	87,8	90,0	83,1	6.195	88,4	90,6	83,2	3.410
Quintil socioeconómico								
Primeiro	32,1	37,4	27,1	2.424	51,2	50,4	42,7	785
Segundo	38,5	42,6	32,4	2.535	65,4	68,0	59,0	853
Terceiro	68,9	72,9	62,7	2.800	82,2	83,4	75,1	1.051
Quarto	82,9	84,3	76,4	3.230	85,3	92,1	81,5	1.161
Quinto	90,4	93,5	87,1	3.391	90,0	91,9	84,6	1.572
Total 15-49	65,5	69,0	60,2	14.379	78,0	80,5	72,0	5.422
Homens 50-54	na	na	na	na	73,0	81,2	68,5	262
Total 15-54	na	na	na	na	77,8	80,6	71,9	5.684

na = Não aplicável

¹ Usando preservativos cada vez que têm relações sexuais

² Parceiro(a) que não tem outros(as) parceiros(as) sexuais

A percentagem de homens e mulheres de 15-49 anos que afirmaram conhecer os dois métodos de prevenção do VIH varia segundo o estado civil. As mulheres que nunca casaram apresentam um nível de conhecimento maior (67%), comparando com as mulheres casadas ou em união de facto (56%) e as mulheres divorciadas, separadas ou viúvas (59%). Por outro lado, entre os homens observa-se um comportamento diferente: os que nunca casaram apresentam um baixo nível de conhecimento (71%) em

comparação com os homens casados e/ou em união de facto (74%), mas superior aos homens divorciados, separados ou viúvos (63%).

Por área de residência, observa-se que as mulheres residentes nas áreas rurais (31%) possuem menos conhecimentos dos métodos de prevenção do VIH em comparação com as mulheres nas áreas urbanas (73%). A mesma tendência é observada nos homens (51% contra 80%). A variação também se verifica entre províncias: entre as mulheres, o nível de conhecimento varia de 23% na província de Bié para 86% na província de Cabinda. No entanto, entre os homens, a província de Bié regista a percentagem mais baixa (47%) e a província de Cabinda a percentagem mais alta (97%). O nível de conhecimento dos dois métodos de prevenção do VIH aumenta com o nível de escolaridade, bem como o nível socioeconómico, tanto junto das mulheres como dos homens.

3.13.1 Conhecimento Abrangente Sobre o VIH junto dos Jovens de 15-24 Anos

A informação sobre as formas de transmissão do VIH é crucial para o empoderamento da população na prevenção da infecção. Assim, esta informação é importante para a população jovem, vulnerável ao VIH pelo facto de se encontrar exposta a comportamentos de risco como, por exemplo, a relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros.

O Quadro 22 apresenta aspectos do conhecimento abrangente sobre o VIH entre os 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 VIH; e (iii) ter a capacidade de rejeitar duas concepções erradas mais comuns de que o VIH pode ser transmitido pela picada de mosquitos e que se pode contrair o VIH partilhando alimentos com uma pessoa infectada.

Entre os jovens de 15-24 anos, 33% das mulheres e 32% dos homens possuem um conhecimento abrangente sobre o VIH e SIDA. O gráfico 10 ilustra as diferenças entre as áreas rurais e urbanas, sendo o nível de conhecimento abrangente mais baixo nas áreas rurais para ambos os sexos (9% das mulheres e 15% dos homens) em comparação com as áreas urbanas (42% das mulheres e 38% dos homens). A percentagem de jovens do sexo feminino com conhecimento abrangente é mais baixa nas províncias de Bié e Cuando Cubango (5% e 9%, respectivamente) do que na província de Cabinda e Luanda (58% e 55%, respectivamente), o que representa uma diferença de 53 pontos percentuais. Entre os indivíduos do sexo masculino, a percentagem de conhecimento abrangente é mais baixa na província de Cuanza Norte a Bié (9% e 8%, respectivamente) e mais alta na província de Cabinda (82%), o que representa uma diferença de 74 pontos percentuais.

O conhecimento abrangente aumenta com o nível de escolaridade entre os jovens de ambos os sexos. Entre as mulheres de 15-24 anos, sobe de 11% nas jovens sem instrução para 48% entre as jovens com nível de escolaridade secundário ou superior e, entre os rapazes, aumenta de 11% entre os jovens sem instrução para 41% entre os jovens com nível de escolaridade secundário ou superior. A mesma tendência pode ser verificada em relação ao quintil socioeconómico.

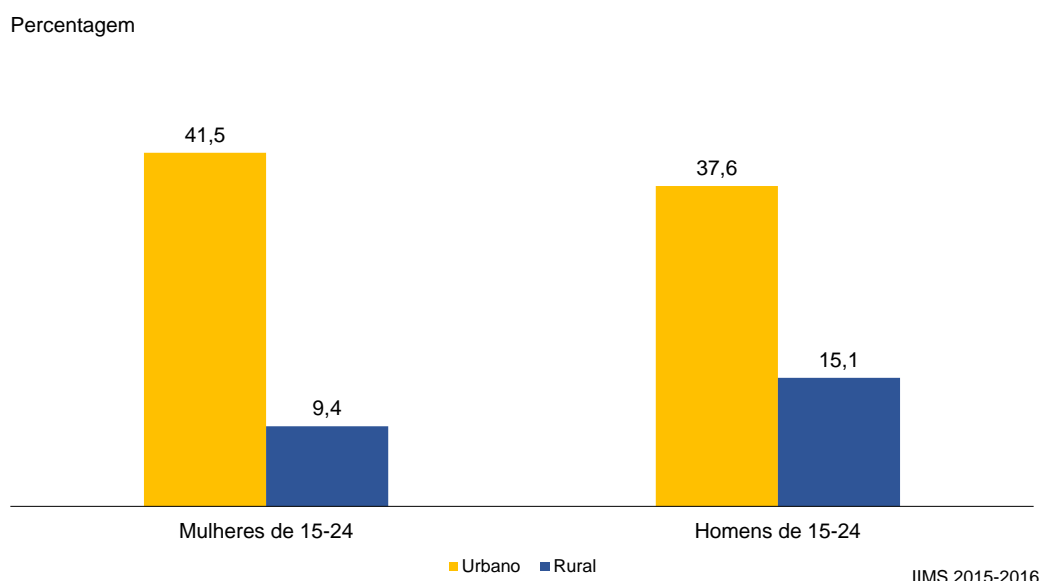
Quadro 22 Conhecimento abrangente sobre a prevenção do VIH entre os jovens

Percentagem de jovens de 15-24 anos com conhecimento abrangente sobre a prevenção do VIH, segundo o sexo, por características seleccionadas, Angola IIMS 2015-2016

Características seleccionadas	Mulheres de 15-24		Homens de 15-24	
	Percentagem com conhecimento abrangente sobre a prevenção do VIH ¹	Número de mulheres	Percentagem com conhecimento abrangente sobre a prevenção do VIH ¹	Número de homens
Idade				
15-19	31,1	3.444	29,4	1.455
15-17	28,1	2.051	26,2	882
18-19	35,4	1.393	34,5	574
20-24	34,2	3.048	34,7	1.033
20-22	33,1	1.819	34,3	646
23-24	35,7	1.230	35,4	387
Estado civil				
Nunca casado(a)	37,5	4.030	32,6	2.132
Teve relações sexuais	37,5	2.580	34,6	1.566
Nunca teve relações sexuais	37,6	1.450	27,2	566
Casado(a) em algum momento	24,3	2.462	25,7	357
Área de Residência				
Urbana	41,5	4.670	37,6	1.832
Rural	9,4	1.822	15,1	656
Província				
Cabinda	58,2	160	81,6	62
Zaire	25,3	107	24,3	49
Uíge	13,2	289	26,4	127
Luanda	55,0	2.598	40,6	1.060
Cuanza Norte	20,7	69	9,0	28
Cuanza Sul	9,9	411	26,9	170
Malanje	20,1	208	32,5	73
Lunda Norte	18,2	160	25,6	38
Benguela	12,7	486	21,7	187
Huambo	10,5	420	10,9	146
Bié	5,3	268	8,0	92
Moxico	28,7	117	41,4	39
Cuando Cubango	9,0	136	15,6	37
Namibe	29,8	80	29,7	33
Huíla	19,9	560	23,3	193
Cunene	30,8	251	20,9	88
Lunda Sul	12,1	102	31,1	35
Bengo	12,2	71	27,2	31
Nível de escolaridade				
Nenhum	10,7	913	10,7	145
Primário	16,3	2.119	15,9	750
Secundário/superior	48,2	3.460	40,9	1.594
Quintil socioeconómico				
Primeiro	7,9	983	9,7	361
Segundo	9,2	1.100	16,2	346
Terceiro	27,7	1.289	28,4	451
Quarto	43,1	1.516	37,8	565
Quinto	57,5	1.604	46,3	766
Total 15-24	32,5	6.492	31,6	2.489

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

Gráfico 10 Conhecimento abrangente sobre a prevenção do VIH



3.13.2 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 23.1 e 23.2 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.

Dois por cento 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, três em cada quatro não usaram preservativo durante a última relação sexual (76%). A média de parceiros sexuais em toda a vida das mulheres que alguma vez tiveram relações sexuais é de dois.

Relativamente aos homens, 19% afirmaram ter tido duas ou mais parceiras sexuais nos últimos 12 meses e aproximadamente sete em cada dez desses homens afirmaram não ter usado preservativo durante a última relação sexual (71%). A média de parceiras sexuais em toda a vida dos 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 entre os homens casados ou em união de facto (23%) em comparação com os homens nunca casados (15%) e divorciados, separados ou viúvos (13%). Em relação às províncias, a proporção é mais alta na província de Zaire (40%) e menor na província de Huambo (4%), com uma diferença de 35 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 socioeconómico (9% para os homens no quintil mais baixo e 42% para os homens com quintil mais elevado).

Quadro 23.1 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, Angola IIMS 2015-2016

Características seleccionadas	Todas as mulheres		Mulheres que tiveram 2 ou mais parceiros nos últimos 12 meses		Mulheres que alguma vez tiveram relações sexuais ¹	
	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	2,1	6.492	33,0	136	1,9	4.993
15-19	1,7	3.444	30,5	60	1,7	2.101
20-24	2,5	3.048	35,0	77	2,1	2.892
25-29	1,7	2.454	(19,6)	43	2,2	2.406
30-39	1,2	3.302	(12,8)	41	2,1	3.232
40-49	1,0	2.131	*	21	1,9	2.093
Estado civil						
Nunca casada	2,8	5.066	32,7	144	2,2	3.537
Casada/em união de facto	0,9	7.957	9,8	72	1,9	7.860
Divorciada/separada/viúva	1,9	1.357	(18,1)	25	2,4	1.327
Área de Residência						
Urbana	2,1	10.014	27,8	209	2,1	8.683
Rural	0,7	4.365	(2,1)	32	1,7	4.041
Provincia						
Cabinda	0,6	346	*	2	1,9	307
Zaire	0,7	291	*	2	2,1	263
Uíge	0,3	717	*	2	1,9	662
Luanda	1,7	5.538	(31,0)	96	2,2	4.701
Cuanza Norte	0,7	164	*	1	2,3	154
Cuanza Sul	0,6	973	*	6	1,8	912
Malanje	4,1	460	(22,4)	19	2,5	428
Lunda Norte	2,5	362	*	9	2,7	336
Benguela	1,4	1.210	*	17	1,8	1.103
Huambo	1,6	935	*	15	1,6	846
Bié	1,0	592	*	6	1,5	534
Moxico	4,5	256	*	12	2,0	214
Cuando Cubango	2,8	251	*	7	2,4	233
Namibe	1,7	178	*	3	2,0	158
Huíla	2,8	1.179	*	33	1,7	1.067
Cunene	0,8	533	*	4	2,1	464
Lunda Sul	2,8	234	*	6	2,9	205
Bengo	0,7	161	*	1	2,2	138
Nível de escolaridade						
Nenhum	1,4	3.179	1,3	43	1,9	3.036
Primário	1,0	5.005	15,1	52	1,9	4.452
Secundário/superior	2,4	6.195	34,5	146	2,2	5.236
Quintil socioeconómico						
Primeiro	1,0	2.424	(2,7)	24	1,8	2.223
Segundo	1,5	2.535	(6,1)	39	1,8	2.381
Terceiro	1,9	2.800	12,9	53	2,0	2.550
Quarto	1,5	3.230	(34,0)	47	2,2	2.801
Quinto	2,3	3.391	(41,8)	79	2,2	2.769
Total	1,7	14.379	24,3	241	2,0	12.724

Nota: As percentagens entre parênteses baseiam-se em 25-49 casos não ponderados; o 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 e as que afirmaram ter tido 95 parceiros ou mais.

Quadro 23.2 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, Angola IIMS 2015-2016

Características seleccionadas	Todos os homens		Homens que tiveram 2 ou mais parceiras nos últimos 12 meses		Homens que alguma vez tiveram relações sexuais ¹	
	Percentagem que tiveram 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	14,8	2.489	42,0	368	4,9	1.701
15-19	9,4	1.455	39,1	136	4,2	889
20-24	22,5	1.033	43,6	232	5,6	812
25-29	22,8	914	33,0	209	7,2	719
30-39	22,1	1.128	21,5	249	8,4	896
40-49	19,4	891	10,5	173	8,4	681
Estado civil						
Nunca casado	14,6	2.656	46,4	387	5,4	1.757
Casado/em união de facto	22,8	2.583	18,0	589	7,7	2.093
Divorciado/separado/viúvo	12,8	182	(41,7)	23	8,2	146
Área de Residência						
Urbana	18,5	3.916	35,8	724	7,2	2.796
Rural	18,3	1.506	13,1	275	5,6	1.201
Provincia						
Cabinda	7,8	135	*	11	6,5	68
Zaire	39,5	123	30,0	48	8,7	113
Uíge	31,5	252	22,5	79	6,1	197
Luanda	15,4	2.293	41,2	353	7,8	1.533
Cuanza Norte	14,2	65	(25,3)	9	7,2	43
Cuanza Sul	28,7	382	19,1	110	6,1	338
Malanje	17,3	161	(28,2)	28	5,8	116
Lunda Norte	22,4	123	26,7	28	8,0	95
Benguela	28,8	399	25,5	115	5,8	311
Huambo	4,4	336	*	15	3,1	247
Bié	12,8	205	(17,7)	26	6,4	146
Moxico	14,9	95	*	14	7,8	89
Cuando Cubango	12,6	78	(16,4)	10	5,1	65
Namibe	27,5	67	34,4	18	7,8	59
Huíla	20,0	395	16,6	79	5,7	316
Cunene	18,3	170	(27,8)	31	5,5	140
Lunda Sul	9,3	77	*	7	7,3	62
Bengo	27,7	64	26,1	18	6,9	58
Nível de escolaridade						
Nenhum	9,7	404	(21,3)	39	5,1	326
Primário	15,2	1.607	16,0	244	6,4	1.199
Secundário/superior	21,0	3.410	34,6	716	7,1	2.471
Quintil socioeconómico						
Primeiro	15,8	785	8,8	124	5,6	640
Segundo	18,7	853	17,4	159	6,0	691
Terceiro	20,0	1.051	24,6	211	5,8	819
Quarto	19,6	1.161	39,3	228	8,5	769
Quinto	17,7	1.572	41,6	278	7,3	1.078
Total 15-49	18,4	5.422	29,5	999	6,7	3.997
Homens 50-54	20,2	262	26,2	53	6,4	196
Total 15-54	18,5	5.684	29,4	1.053	6,7	4.193

Nota: As percentagens entre parênteses baseiam-se em 25-49 casos não ponderados; o 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 e as que afirmaram ter tido 95 parceiras ou mais.

3.14 COBERTURA DOS SERVIÇOS DE TESTAGEM DE VIH

Saber se está ou não infectado pelo VIH leva as pessoas VIH negativas a reduzir comportamentos de risco e a adoptar práticas sexuais seguras, a fim de evitar a infecção pelo VIH. O Aconselhamento e Testagem Voluntários (ATV) é uma componente fundamental da prevenção do VIH e SIDA, por constituir a porta de entrada para cuidados, tratamento e apoio psicossocial, bem como para a mudança de comportamentos.

Saber onde se encontram os locais de teste acompanhado e aconselhamento de qualidade constitui a primeira etapa para o acesso ao ATV. Para avaliar o conhecimento e a cobertura dos serviços do ATV, os

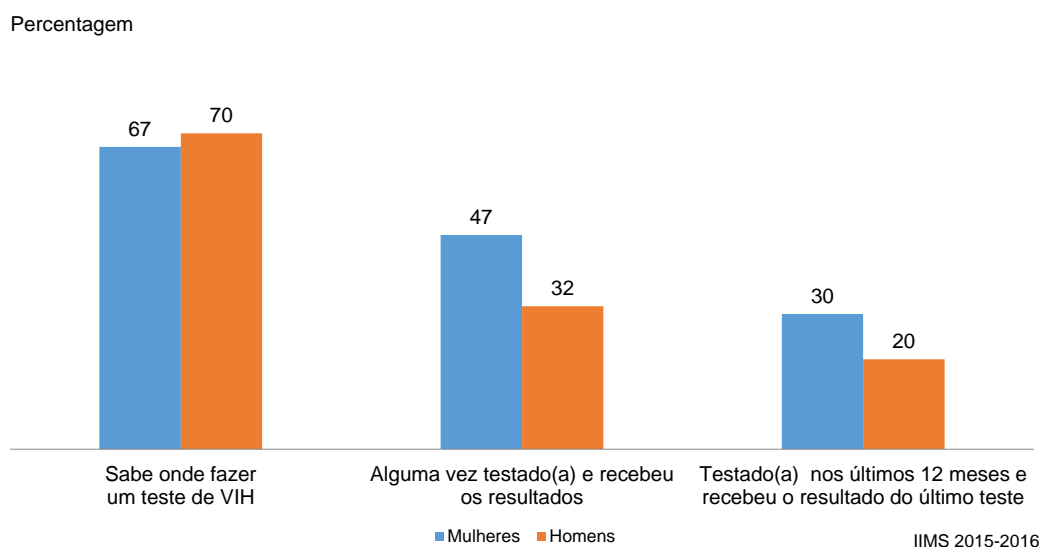
inquiridos foram questionados sobre os locais onde podem fazer o teste, se alguma vez fizeram o teste de VIH, se fizeram o teste nos últimos 12 meses e se receberam os resultados.

Os Quadros 24.1 e 24.2 mostram que 67% das mulheres e 70% dos homens de 15-49 anos conhecem os locais onde podem fazer o teste. No entanto, apenas 47% das mulheres e 32% dos homens alguma vez fizeram um teste de VIH e receberam os resultados (gráfico 11). 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: apenas 30% das mulheres e 20% dos homens o fizeram e receberam os resultados. Entre os inquiridos nunca antes casados mas que já tiveram relações sexuais, 73% das mulheres e 70% dos homens conhecem os locais onde podem fazer o teste. No entanto, apenas 30% das mulheres e 16% dos homens não casados e que já tiveram relações sexuais fizeram o teste e receberam os resultados nos últimos 12 meses.

Cerca de 82% das mulheres e 79% dos homens que vivem nas áreas urbanas conhecem os locais onde fazer o teste, em comparação com 32% das mulheres e 45% dos homens nas áreas rurais. Em relação ao acesso aos resultados do teste de VIH, nas zonas urbanas, 50% das mulheres e 38% dos homens alguma vez fizeram o teste e receberam os resultados, enquanto nas zonas rurais, 20% das mulheres e 16% dos homens fizeram o teste de VIH 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 de 34% entre as mulheres sem instrução e 90% entre as mulheres com nível de escolaridade secundário ou superior. No que diz respeito aos homens, a percentagem é de 30% entre os homens sem instrução e 84% entre os homens com nível de escolaridade secundário ou superior. A mesma tendência se verifica em relação ao quintil socioeconómico, tanto para as mulheres como para os homens.

Gráfico 11 Cobertura do teste de VIH



Quadro 24.1 Cobertura do teste de VIH antes da entrevista: Mulheres

Percentagem de mulheres de 15-49 anos que sabem onde fazer um teste de VIH; distribuição percentual de mulheres de 15-49 anos que fizeram e não fizeram o teste de VIH e que receberam ou não receberam os resultados do último teste; percentagem de mulheres que alguma vez foram testadas e percentagem de mulheres que foram testadas nos últimos 12 meses e que receberam os resultados do último teste, por características seleccionadas, Angola IIMS 2015-2016

Características seleccionadas	Distribuição percentual de mulheres que fizeram e não fizeram o teste de VIH e se receberam ou não os resultados do último teste				Total	Percentagem alguma vez testadas	Percentagem que foram testadas nos últimos 12 meses e receberam os resultados do último teste	Número de mulheres
	Percentagem que sabem onde fazer um teste de VIH	Alguma vez testadas e receberam os resultados	Alguma vez testadas, mas não receberam os resultados	Nunca testadas ¹				
Idade								
15-24	64,9	36,7	1,6	61,7	100,0	38,3	25,2	6.492
15-19	58,0	21,7	1,3	77,0	100,0	23,0	15,7	3.444
20-24	72,7	53,8	1,9	44,3	100,0	55,7	35,9	3.048
25-29	74,2	63,6	1,3	35,1	100,0	64,9	42,9	2.454
30-39	69,1	57,6	1,5	40,9	100,0	59,1	33,2	3.302
40-49	59,5	44,2	1,3	54,5	100,0	45,5	23,3	2.131
Estado civil								
Nunca casada	67,7	33,6	1,3	65,1	100,0	34,9	22,2	5.066
Teve relações sexuais	73,0	45,2	1,6	53,2	100,0	46,8	30,1	3.594
Nunca teve relações sexuais	54,8	5,4	0,7	93,9	100,0	6,1	2,9	1.472
Casada/em união de facto	65,1	54,5	1,6	43,9	100,0	56,1	33,9	7.957
Divorciada/separada/viúva	72,1	55,0	1,6	43,4	100,0	56,6	33,9	1.357
Área de Residência								
Urbana	81,7	58,9	1,6	39,5	100,0	60,5	37,1	10.014
Rural	32,0	20,4	1,2	78,4	100,0	21,6	12,9	4.365
Provincia								
Cabinda	90,8	69,7	1,5	28,8	100,0	71,2	26,8	346
Zaire	85,0	70,0	2,1	27,9	100,0	72,1	44,8	291
Uíge	37,1	24,3	2,3	73,3	100,0	26,7	18,4	717
Luanda	88,5	63,4	1,2	35,4	100,0	64,6	39,7	5.538
Cuanza Norte	80,0	57,2	2,1	40,7	100,0	59,3	37,9	164
Cuanza Sul	35,5	23,7	0,7	75,6	100,0	24,4	15,4	973
Malanje	62,1	48,3	1,6	50,1	100,0	49,9	38,6	460
Lunda Norte	52,9	31,0	3,9	65,1	100,0	34,9	24,3	362
Benguela	69,9	45,7	1,6	52,7	100,0	47,3	25,7	1.210
Huambo	41,9	29,0	1,0	70,0	100,0	30,0	19,3	935
Bié	24,4	17,3	1,4	81,3	100,0	18,7	11,1	592
Moxico	50,8	24,4	9,9	65,7	100,0	34,3	17,4	256
Cuando Cubango	36,0	26,7	1,4	71,9	100,0	28,1	23,4	251
Namibe	74,3	51,2	1,4	47,4	100,0	52,6	33,7	178
Huíla	43,0	27,6	0,6	71,9	100,0	28,1	15,4	1.179
Cunene	85,2	72,3	1,3	26,4	100,0	73,6	46,4	533
Lunda Sul	56,0	37,5	2,7	59,9	100,0	40,1	25,1	234
Bengo	46,7	33,8	1,3	64,9	100,0	35,1	26,0	161
Nível de escolaridade								
Nenhum	33,5	22,8	1,4	75,8	100,0	24,2	13,9	3.179
Primário	59,3	42,3	1,5	56,2	100,0	43,8	25,0	5.005
Secundário/superior	89,6	63,7	1,5	34,7	100,0	65,3	41,8	6.195
Quintil socioeconómico								
Primeiro	28,1	17,4	0,7	81,9	100,0	18,1	10,4	2.424
Segundo	38,4	23,7	2,4	73,9	100,0	26,1	15,3	2.535
Terceiro	73,3	52,9	1,8	45,3	100,0	54,7	33,1	2.800
Quarto	85,3	64,5	1,0	34,5	100,0	65,5	39,0	3.230
Quinto	92,0	64,9	1,6	33,5	100,0	66,5	42,8	3.391
Total	66,6	47,2	1,5	51,3	100,0	48,7	29,8	14.379

¹ Inclui "não sabe/sem resposta"

Quadro 24.2 Cobertura do teste de VIH antes da entrevista: Homens

Percentagem de homens de 15-49 anos que sabem onde fazer um teste de VIH; distribuição percentual de homens de 15-49 anos que fizeram e não fizeram o teste de VIH e que receberam ou não receberam os resultados do último teste; percentagem de homens que alguma vez foram testados e percentagem de homens que foram testados nos últimos 12 meses e que receberam os resultados do último teste, por características seleccionadas, Angola IIMS 2015-2016

Características seleccionadas	Distribuição percentual de homens que fizeram e não fizeram o teste de VIH e se receberam os resultados do último teste				Total	Percentagem alguma vez testados	Percentagem que foram testados nos últimos 12 meses e receberam os resultados do último teste	Número de homens
	Percentagem que sabem onde fazer um teste de VIH	Alguma vez testados e receberam os resultados	Alguma vez testados, mas não receberam os resultados	Nunca testados ¹				
Idade								
15-24	59,7	15,7	1,5	82,8	100,0	17,2	11,1	2.489
15-19	50,6	6,9	1,3	91,9	100,0	8,1	4,2	1.455
20-24	72,6	28,2	1,9	70,0	100,0	30,0	20,8	1.033
25-29	81,5	44,3	2,7	53,0	100,0	47,0	26,9	914
30-39	76,2	47,0	2,6	50,4	100,0	49,6	28,6	1.128
40-49	76,5	43,0	2,7	54,3	100,0	45,7	25,5	891
Estado civil								
Nunca casado	63,1	20,3	1,4	78,3	100,0	21,7	12,8	2.656
Teve relações sexuais	70,0	24,9	1,6	73,5	100,0	26,5	15,9	2.065
Nunca teve relações sexuais	39,2	4,4	0,4	95,2	100,0	4,8	1,9	591
Casado/em união de facto	75,8	42,4	2,9	54,7	100,0	45,3	26,4	2.583
Divorciado/separado/viúvo	75,7	41,2	1,7	57,1	100,0	42,9	27,2	182
Área de Residência								
Urbana	79,2	37,6	2,7	59,7	100,0	40,3	23,0	3.916
Rural	44,6	15,7	0,7	83,6	100,0	16,4	11,4	1.506
Provincia								
Cabinda	95,5	26,3	1,7	72,1	100,0	27,9	15,3	135
Zaire	77,2	39,2	1,9	58,9	100,0	41,1	30,0	123
Uíge	69,0	27,6	1,6	70,8	100,0	29,2	23,4	252
Luanda	78,9	38,2	3,5	58,3	100,0	41,7	20,5	2.293
Cuanza Norte	78,5	57,3	0,7	42,0	100,0	58,0	52,4	65
Cuanza Sul	61,9	20,9	0,7	78,5	100,0	21,5	17,5	382
Malanje	74,1	33,4	1,5	65,1	100,0	34,9	31,6	161
Lunda Norte	68,9	32,9	1,4	65,7	100,0	34,3	29,5	123
Benguela	63,1	28,8	0,9	70,3	100,0	29,7	13,0	399
Huambo	54,8	19,4	1,8	78,8	100,0	21,2	16,7	336
Bié	36,8	11,2	0,4	88,4	100,0	11,6	9,1	205
Moxico	73,3	27,6	1,7	70,7	100,0	29,3	21,2	95
Cuando Cubango	56,7	24,6	2,0	73,3	100,0	26,7	20,4	78
Namibe	63,7	24,5	0,3	75,1	100,0	24,9	14,5	67
Huíla	49,8	22,3	0,4	77,3	100,0	22,7	12,9	395
Cunene	63,4	43,3	0,9	55,8	100,0	44,2	24,4	170
Lunda Sul	67,1	23,9	0,0	76,1	100,0	23,9	16,3	77
Bengo	77,6	37,4	1,8	60,8	100,0	39,2	29,8	64
Nível de escolaridade								
Nenhum	30,2	11,7	0,8	87,5	100,0	12,5	8,7	404
Primário	49,8	16,4	1,9	81,7	100,0	18,3	9,2	1.607
Secundário/superior	83,6	41,0	2,4	56,6	100,0	43,4	26,1	3.410
Quintil socioeconómico								
Primeiro	33,9	11,1	0,4	88,5	100,0	11,5	6,7	785
Segundo	53,4	17,3	1,6	81,1	100,0	18,9	13,8	853
Terceiro	74,2	33,4	1,6	65,0	100,0	35,0	22,0	1.051
Quarto	80,6	36,9	3,2	59,9	100,0	40,1	19,7	1.161
Quinto	84,9	44,2	2,8	53,0	100,0	47,0	28,0	1.572
Total 15-49	69,6	31,5	2,1	66,4	100,0	33,6	19,8	5.422
Homens 50-54	68,6	40,3	1,4	58,3	100,0	41,7	18,8	262
Total 15-54	69,5	31,9	2,1	66,0	100,0	34,0	19,7	5.684

¹ Inclui "não sabe/sem resposta"

REFERÊNCIAS

- Bradley, S. E. K., T. N. Croft, J. D. Fishel, and C. F. Westoff. 2012. *Revising Unmet Need for Family Planning*. DHS Analytical Studies No. 25. Calverton, Maryland, USA: ICF International.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 1998. "Recommendations to Prevent and Control Iron Deficiency in the United States." *Morbidity and Mortality Weekly Report* 47(RR-3):1-29.
- Organização Mundial da Saúde (OMS), dados antropométricos (OMS/ANTHRO, 2006).
- Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS, 2012-2025).
- Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM, 2015).
- Rutstein, Shea Oscar, and Guillermo Rojas. 2006. *Guide to DHS Statistics*. Calverton, Maryland, USA: ORC Macro.
- Steketee, R. W., B. L. Nahlen, M. E. Parise, and C. Menendez. 2001. "The Burden of Malaria in Pregnancy in Malaria-endemic Areas." *Tropical Medicine and Hygiene* 64(1 suppl):28-35.
- UNICEF. *Situação mundial da infância 2009*. Saúde materna e neonatal.
- WHO. "Main Causes of Mortality: Where to Target Health Interventions Today?" *Health in the Americas*. 2012. http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=228&Itemid=.

ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO

Redacção

Ana Paula Machado, INE
Ezequiel Luis, INE
Teresa Spinola, INE
João Hebo, INE
Sandra de Oliveira, INE
Patrick Pedro, INE
Belarmino João, MINSA
Isabel Gomes, MINSA
Natália da Conceição, MINSA
Elisa Miguel, MINSA
Marques Gomes, MINSA
Fernanda Guimarães, MINSA
Gisele Guimarães, USAID
Luis Sevilla, ICFI

Revisão e Controlo de Qualidade

Camilo Ceita, INE
Ana Paula Machado, INE
Margarida Lourenço, INE
Luis Sevilla, ICFI