



Moçambique

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

Principais Resultados





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

Para informações adicionais sobre o inquérito, contacte o INS, no edifício do MISAU, 2 andar esquerdo.

Para obter informações adicionais sobre o inquérito e The DHS Program, o favor de contactar ICF. E-mail: info@DHSprogram.com; Internet: www.DHSprogram.com.

Estilo recomendado para referências:

Instituto Nacional de Saúde (INS), Instituto Nacional de Estatística (INE), e ICF, 2017. *Principais Resultados do IMASIDA 2015*. Maputo, Moçambique. Rockville, Maryland, EUA: INS, INE, e ICF.

Fotografias da capa: Barragem de Cahora Bassa © 2010 Armand Di Piazza

© 2012 Arturo Sanabria, Cortesia de Photoshare

Instituições Implementadoras:



Instituições Financiadoras:



INQUÉRITO DE INDICADORES DE IMUNIZAÇÃO, MALÁRIA E HIV/SIDA 2015

O Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA (IMASIDA 2015) em Moçambique foi realizado no âmbito de The DHS Program e vem no seguimento de quatro inquéritos anteriores, com o objectivo de determinar indicadores de saúde da mulher e da criança no país, tais como a fecundidade; gravidez e maternidade na adolescência; preferências de fecundidade; planeamento familiar; consultas pré-natais; assistência ao parto; vacinação de crianças; infecções respiratórias agudas; diarreia e tratamento das diarreias; anemia; práticas alimentares em crianças com diarreia; aleitamento em crianças; posse e uso de redes mosquiteiras; tratamento de crianças com febre; prevalência da malária e anemia nas crianças; conhecimento, atitudes e comportamentos em relação ao HIV/SIDA e cobertura de serviços de testagem de HIV; prevalência de HIV e outros indicadores associados como: o acesso e tratamento da água, saneamento básico, educação ou frequência escolar, emprego, idade na primeira união e na primeira relação sexual, empoderamento da mulher e violência baseada no género.

Quem participou no inquérito?

O IMASIDA 2015 teve uma amostra que garante representatividade a nível nacional, provincial, urbano e rural. A amostra consistiu de 7.749 mulheres e 5.283 homens de 15-59 anos em todos agregados familiares seleccionados foram entrevistados. Isto corresponde a uma taxa de resposta de 95% para mulheres e 86% para homens.



CARACTERÍSTICAS DOS AGREGADOS FAMILIARES E DOS INQUIRIDOS

Composição dos agregados familiares

Em Moçambique, o tamanho médio do agregado familiar é de 4,5 membros. Trinta e oito por cento dos agregados familiares são chefiados por mulheres. Mais da metade (51%) da população tem menos de 15 anos.

Água, instalações sanitárias e electricidade

Sessenta e três por cento dos agregados familiares têm acesso a uma fonte de água melhorada. Água melhorada varia de acordo com a residência. Nove em cada dez (91%) agregados familiares em áreas urbanas e a metade (51%) dos agregados familiares nas áreas rurais têm acesso a uma fonte de água melhorada. Quanto ao tempo que levam para buscar água, 32% dos agregados familiares levam 30 ou mais minutos.

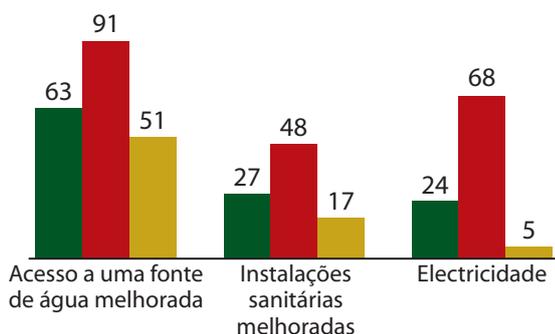
Vinte e sete por cento dos agregados familiares têm instalações sanitárias melhoradas. Três em cada dez (29%) não têm qualquer instalação sanitária.

Um em cada quatro (24%) agregados familiares em Moçambique tem electricidade.

Água, instalações sanitárias e electricidade segundo a área de residência

Percentagem de agregados familiares que têm:

■ Moçambique ■ Urbana ■ Rural



© 2012 Arturo Sanabria, Cortesia de Photoshare

Posse de bens

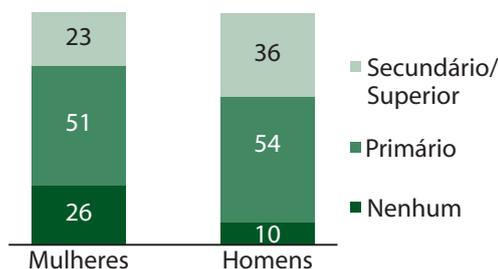
Quanto aos bens duráveis, os agregados familiares têm maior posse de telefones celulares (57%) e rádio (45%). Em relação aos meios de transporte, os agregados familiares têm mais acesso a bicicletas (34%) e motorizadas (9%). Segundo a área de residência, uma maior proporção de agregados familiares nas áreas urbanas do que nas áreas rurais possuem telefone celular (80% contra 46%) mas uma maior proporção de agregados familiares rurais possuem bicicleta (40% contra 18% em áreas urbanas).

Escolaridade

Dez por cento dos homens e 26% das mulheres de 15-49 anos não têm nenhum nível de escolaridade. Mais da metade de homens (54%) e mulheres (51%) frequentaram o nível primário, e 36% dos homens e 23% das mulheres têm um nível de educação secundário ou superior.

Nível de escolaridade

Distribuição percentual de mulheres e homens de 15-49 anos por nível de escolaridade mais elevado



FECUNDIDADE E OS SEUS DETERMINANTES

Taxa Global de Fecundidade

Actualmente, as mulheres em Moçambique têm uma média de 5,3 filhos. A taxa de fecundidade decresceu de seu pico de 5,9 filhos por mulher em 2011.

Existem grandes diferenças entre as áreas de residência, sendo a taxa global de fecundidade mais baixa (3,6 filhos por mulher) na área urbana do que na área rural (6,1 filhos por mulher). Segundo a província, a fecundidade varia de 6,6 em Niassa a 2,5 em Maputo Cidade.

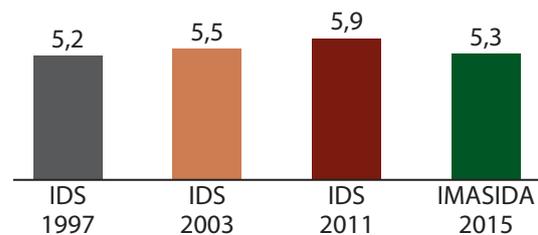
A fecundidade é mais elevada nas mulheres sem escolaridade (5,9 filhos por mulher) do que nas mulheres com ensino secundário ou superior (3,2 filhos por mulher). Quanto à riqueza*, as mulheres no segundo quintil têm a fecundidade mais alta (6,6 filhos por mulher) e as mulheres no quintil mais elevado tem a fecundidade mais baixa (3,1 filhos por mulher).



© 2012 Arturo Sanabria, Cortesia de Photoshare

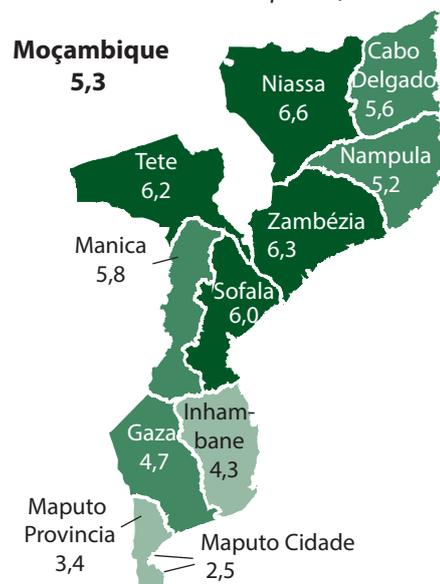
Tendências na fecundidade

Número de filhos por mulher (para o período de 3 anos anteriores ao inquérito)



Fecundidade segundo a província

Número de filhos por mulher (para o período de 3 anos anteriores ao inquérito)



*Pontuações são atribuídas aos agregados familiares com base no número e tipos de bens de consumo que possuem. Estas pontuações são derivadas de análises de componentes principais. Os quintis de riqueza nacionais são compilados atribuindo a pontuação a cada membro do agregado familiar, classificando-o segundo a respectiva pontuação e em seguida, dividindo a distribuição em cinco categorias iguais, cada uma com 20% da população.

Idade na primeira relação sexual e na primeira união

Em Moçambique, as mulheres tendem a ter a primeira relação sexual um pouco mais cedo que os homens. A idade mediana na primeira relação sexual para os homens e as mulheres de 25-59 anos é de 17,7 e 16,9 anos, respectivamente. A idade da primeira relação sexual aumenta com o nível de escolaridade da mulher. As mulheres com nível secundário ou superior iniciam tardiamente a primeira relação sexual (18,0 anos) comparado com as mulheres sem escolaridade (16,6 anos). Catorze por cento dos homens e 22% das mulheres iniciam a actividade sexual antes dos 15 anos, e 54% dos homens e 64% das mulheres iniciam antes dos 18 anos.

As mulheres casam aproximadamente um ano e meio depois da primeira relação sexual, numa idade mediana de 18,3 anos. A idade na primeira união varia por província. Mulheres em Niassa casam quase quatro anos antes das mulheres em Maputo Cidade (16,7 anos contra 20,5 anos). Os homens casam aos 22,1 anos.

No total, menos de 1% dos homens e 16% das mulheres casam antes dos 15 anos. Quatorze por cento dos homens e 47% das mulheres casam antes dos 18 anos. Actualmente, dois terços das mulheres e 62% dos homens de 15-49 anos estão casados ou vivem em união de facto.



© 2012 Arturo Sanabria, Cortesia de Photoshare

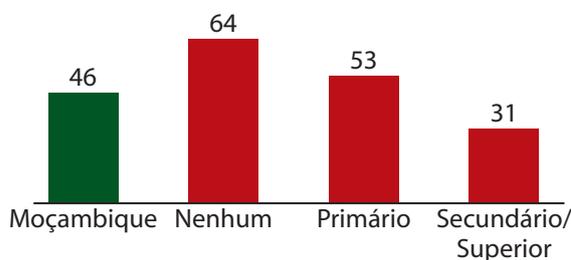
Gravidez e maternidade na adolescência

Quase metade (46%) das mulheres de 15-19 anos já iniciaram a vida reprodutiva (38% tiveram uma criança nascida viva e 8% estão grávidas pela primeira vez). A gravidez e maternidade na adolescência mostra tendência crescente desde o IDS 1997 (40%).

A gravidez e maternidade na adolescência diminui em função da riqueza e escolaridade. Sessenta e um por cento das mulheres adolescentes mais pobres já iniciaram a vida reprodutiva, comparado com apenas 26% mulheres mais ricas. Ademais, 64% das mulheres adolescentes com sem nível de escolaridade já iniciaram a vida reprodutiva, sendo duas vezes superior a mulheres com ensino secundário ou superior (31%).

Gravidez e maternidade nas adolescentes segundo a escolaridade

Percentagem de mulheres de 15-19 anos que já tiveram um filho ou estão grávidas pela primeira vez



Poligamia

Dezassete por cento das mulheres de 15-49 anos encontram-se em uniões poligâmicas, com pelo menos uma co-esposa. No entanto, 8% dos homens de 15-49 anos têm mais de uma esposa. Manica é a província com maior percentagem de pessoas em uniões poligâmicas (31% das mulheres e 14% dos homens).

PLANEAMENTO FAMILIAR

Uso de métodos contraceptivos

Entre as mulheres casadas de 15-49 anos, mais de um quarto (27%) usam actualmente algum método contraceptivo, e 25% usam um método moderno. O método contraceptivo moderno mais usado pelas mulheres casadas é a injeção contraceptiva (13%) seguida da pílula (6%).

As mulheres não casadas mas sexualmente activas são mais propensas a usar métodos contraceptivos: metade deste grupo usa um método contraceptivo moderno. O preservativo masculino (20%), a injeção contraceptiva (13%) e a pílula (11%) são os métodos mais usados por estas mulheres.

O uso de métodos contraceptivos modernos entre mulheres casadas é maior na área urbana (34%) do que na área rural (22%). Por província, Sofala conta com o uso mais baixo de métodos modernos por mulheres casadas (14%), e Maputo Cidade com o uso mais alto (47%). O uso de métodos modernos aumenta com a riqueza. Apenas 17% das mulheres casadas e mais pobres usam métodos modernos, comparado com 43% das mulheres mais ricas.

Tendências no uso de métodos contraceptivos modernos

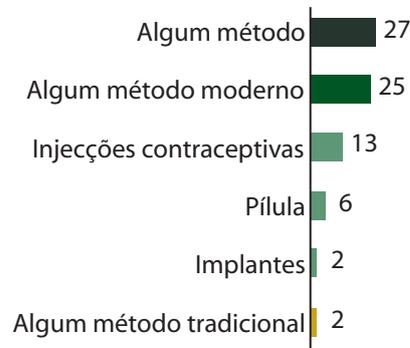
Entre as mulheres actualmente casadas, o uso de métodos contraceptivos modernos aumentou de 11% em 2011 para 25% em 2015.



© 2015 Arturo Sanabria, Cortesia de Photoshare

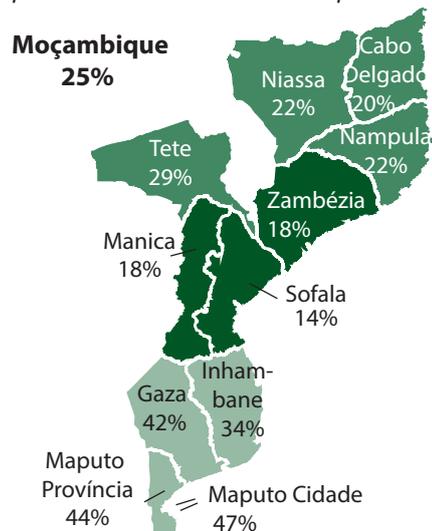
Uso de métodos contraceptivos

Percentagem de mulheres actualmente casadas de 15-49 anos



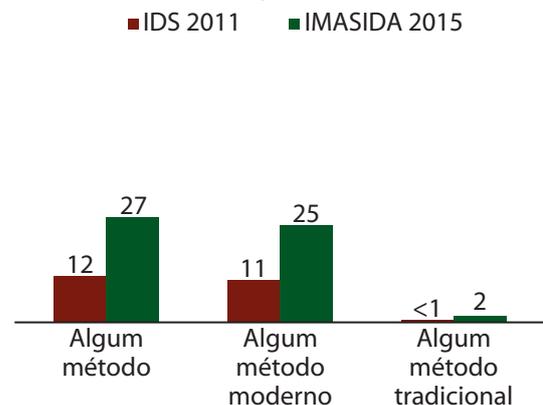
Uso de métodos modernos segundo a província

Percentagem de mulheres actualmente casadas de 15-49 anos que usam um método contraceptivo moderno



Tendências no uso de métodos contraceptivos

Percentagem de mulheres actualmente casadas de 15-49 anos que usam:



Demanda de planeamento familiar

Quase um terço (32%) das mulheres casadas de 15-49 anos querem adiar o parto seguinte por dois ou mais anos. Adicionalmente, 18% das mulheres casadas desejam não ter mais filhos. Mulheres que desejam adiar ou limitar os nascimentos têm uma demanda de planeamento familiar. A demanda total de planeamento familiar para mulheres casadas em Moçambique é de 50%.

Demanda de planeamento familiar satisfeita por métodos modernos

A demanda total de planeamento familiar inclui necessidade satisfeita e não satisfeita. A necessidade satisfeita é a percentagem de mulheres casadas que actualmente usam métodos contraceptivos. Em Moçambique, 27% das mulheres casadas usam planeamento familiar (25% usam métodos modernos e 2% usam métodos tradicionais). A necessidade não satisfeita é definida como a proporção de mulheres casadas que desejam adiar ou limitar os nascimentos mas não se encontram a utilizar um método contraceptivo. Quase um quarto (23%) das mulheres casadas em Moçambique têm uma necessidade de planeamento familiar não satisfeita: 16% desejam adiar os nascimentos e 7% desejam limitá-los.

A demanda satisfeita por métodos modernos mede quanto as mulheres casadas que querem adiar ou limitar os nascimentos estão actualmente a usar métodos contraceptivos modernos. Metade da demanda de planeamento familiar em Moçambique é satisfeita por métodos modernos.

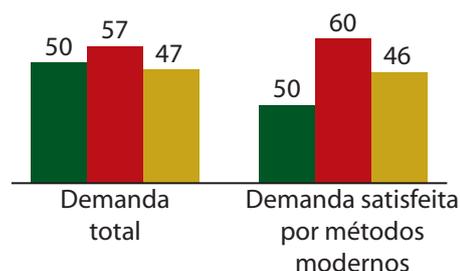
As mulheres nas áreas urbanas têm maior demanda de planeamento familiar (57%) do que as mulheres nas áreas rurais (47%). Apesar da maior demanda pelo planeamento familiar, as mulheres urbanas têm maior percentagem da demanda satisfeita por métodos modernos (60%) do que as mulheres rurais (46%).

A demanda satisfeita por métodos modernos também aumenta com a riqueza; 38% da demanda entre as mulheres mais pobres é satisfeita por métodos modernos, em comparação com 66% para as mulheres mais ricas.

Demanda de planeamento familiar segundo a residência

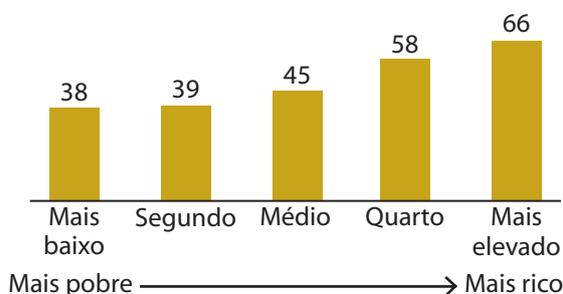
Entre mulheres casadas de 15-49 anos, percentagem com uma demanda de planeamento familiar e a demanda satisfeita por métodos modernos

■ Moçambique ■ Urbana ■ Rural



Demanda de planeamento familiar satisfeita por métodos modernos segundo a riqueza do agregado familiar

Entre mulheres actualmente casadas de 15-49 anos, percentagem com uma demanda de planeamento familiar satisfeita por métodos modernos



© 2015 Arturo Sanabria, Cortesia de Photoshare

CUIDADOS DE SAÚDE MATERNA



© 2015 Arturo Sanabria, Cortesia de Photoshare

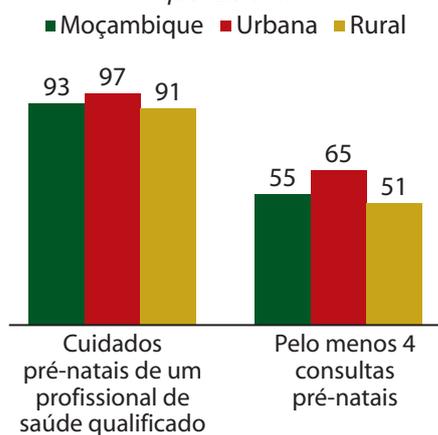
Cuidados pré-natais

Noventa e três por cento das mulheres de 15-49 anos têm pelo menos uma consulta pré-natal atendida por um profissional de saúde qualificado (médico, enfermeira ou parteira). Por outro lado, 7% das mulheres em Moçambique não têm nenhuma consulta pré-natal.

Embora a cobertura de cuidados pré-natais seja alta no geral, a percentagem de mulheres que fazem pelo menos quatro consultas pré-natais é muito menor. No total, 55% das mulheres fazem quatro ou mais consultas. Por residência, dois terços das mulheres nas áreas urbanas e metade das mulheres nas áreas rurais fazem quatro ou mais consultas.

Cuidados pré-natais e número de consultas segundo a residência

Percentagem de mulheres de 15-49 anos que tiveram um nado-vivo nos dois anos anteriores ao inquérito que fizeram:



Parto e cuidados pós-natais

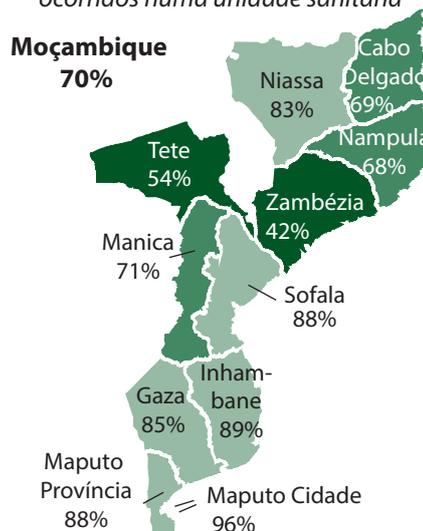
Sete em cada dez partos em Moçambique ocorrem numa unidade sanitária, principalmente no sector público. Mais de um quarto (28%) dos partos ocorrem em casa. Setenta e três por cento dos partos são assistidos por um profissional de saúde qualificado.

A cobertura de partos nas unidades sanitárias aumenta com o número de consultas pré-natais, a esolaridade da mulher e a riqueza do agregado familiar. Mulheres urbanas são mais propensas a dar à luz numa unidade sanitária que mulheres rurais. Segundo a província, a cobertura varia de 42% em Zambézia a 96% em Maputo Cidade.

Os dias e semanas após o parto são uma fase crítica na vida das mães e dos seus recém-nascidos. Vinte e oito por cento dos recém-nascidos têm uma consulta pós-natal nos primeiros dois dias após o parto, mas 56% não têm nenhuma consulta pós-natal.

Partos numa unidade sanitária segundo a província

Entre nascimentos nos dois anos anteriores ao inquérito, percentagem dos partos ocorridos numa unidade sanitária



IMUNIZAÇÃO

Cobertura de todas as vacinas básicas

Dois terços (66%) das crianças de 12-23 meses receberam todas as vacinas básicas. Considera-se a toma de todas as vacinas básicas, se a criança recebeu pelo menos: uma dose da vacina BCG e da vacina contra o sarampo e três doses da vacina pentavalente, e da vacina contra a poliomielite. No total, 5% das crianças de 12-23 meses não receberam nenhuma vacina.

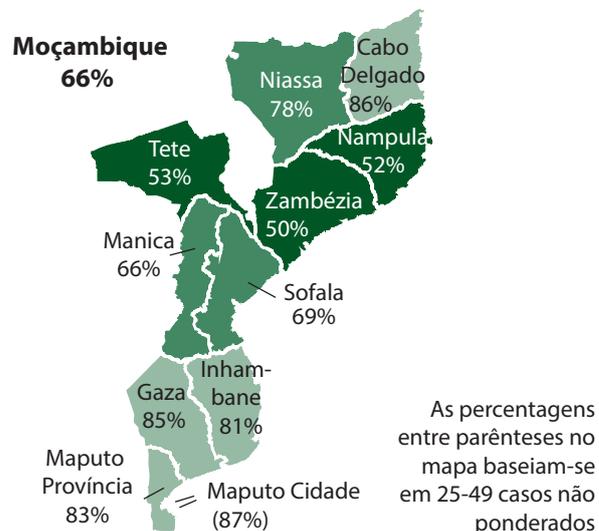
A taxa de cobertura para todas as vacinas básicas aumenta consoante o nível de escolaridade da mãe, sendo 53% entre as crianças de mulheres sem nenhum nível de escolaridade e 85% entre as crianças de mulheres com nível secundário ou superior. A mesma tendência se verifica por quintil de riqueza, sendo 53% nas crianças do quintil mais baixo e 85% nas crianças do quintil mais elevado. A cobertura de todas as vacinas básicas é mais baixa na província de Zambézia (50%) e mais alta na província de Cabo Delgado (86%) e em Maputo Cidade (87%).

A percentagem de crianças que receberam todas as vacinas básicas aumentou consideravelmente de 47% em 1997 para 63% em 2003, com um aumento menos acentuado entre o período de 2003 a 2015.

A vacina conjugada pneumocócica (PCV10) foi introduzida no país em Abril de 2013. Oitenta e quatro por cento das crianças de 12-23 meses receberam a primeira dose da vacina PCV, mas a cobertura é mais baixa para a segunda e a terceira dose (80% e 76% respectivamente).

Cobertura de vacinação segundo a província

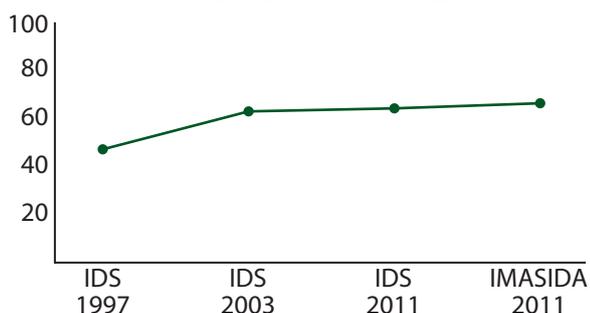
Percentagem de crianças de 12-23 meses que receberam todas as vacinas básicas



© 2015 Arturo Sanabria, Cortesia de Photoshare

Tendências na cobertura de todas as vacinas básicas

Percentagem de crianças de 12-23 meses que receberam todas as vacinas básicas



SAÚDE E NUTRIÇÃO INFANTIL

Doença da infância

Nas duas semanas antes da entrevista, 5% das crianças menores de cinco anos tiveram sintomas de infecção respiratória aguda (IRA). Para mais de metade destas crianças (57%) foi procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária ou junto de um profissional de saúde. Entre estas crianças com sintomas de IRA, 54% receberam antibióticos.

Onze por cento das crianças com menos de cinco anos tiveram diarreia nas duas semanas antes do inquérito. A prevalência de diarreia varia em função da idade. As crianças de 12-23 meses têm a maior prevalência de diarreia (19%) e as crianças de 48-59 meses e menores de seis meses apresentam a prevalência mais baixa (6%). Para 56% de crianças com diarreia foi procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária ou junto de um profissional de saúde.

É recomendável que as crianças com diarreia tomem mais líquidos do que o habitual, e particularmente que tomem a terapia de reidratação oral (TRO). Cinquenta e oito por cento de crianças com diarreia receberam um aumento de líquidos ou TRO. Contudo, mais de um quarto de crianças com diarreia não receberam nenhum tratamento.

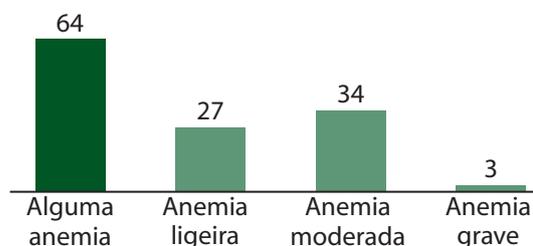
Anemia

Quase dois terços (64%) das crianças de 6-59 meses foram identificadas como anémicas. Um terço (34%) de todas as crianças sofrem de anemia moderada, o nível de anemia mais comum nas crianças em Moçambique.

A anemia diminui com a riqueza; é mais prevalente nas crianças mais pobres (74%) e menos prevalente nas crianças mais ricas (50%). As crianças rurais sofrem mais de anemia (66%) do que as crianças urbanas (56%).

A prevalência de anemia diminuiu ligeiramente de 69% para 64% entre o período de 2011 a 2015.

Prevalência de anemia nas crianças
Percentagem de crianças de 6-59 meses com anemia



© 2015 Arturo Sanabria, Cortesia de Photoshare

Aleitamento das crianças

A duração média da amamentação nas crianças é de 19,5 meses. As mulheres sem nenhum nível de escolaridade e as mulheres do quintil de riqueza mais baixo amamentam por mais tempo (22,0 e 22,4 meses, respectivamente).

MALÁRIA

Redes mosquiteiras

Dois terços (66%) dos agregados familiares possuem pelo menos uma rede tratada com insecticida (RTI). Quase todas as RTI em Moçambique são redes mosquiteiras tratadas com insecticida de longa duração (REMILD); 64% dos agregados familiares possuem pelo menos uma REMILD.

Contudo, apenas 38% dos agregados familiares possuem REMILD para cobrir cada pessoa que dormiu em casa na noite anterior (presumido que cada rede é usada por duas pessoas). Cinquenta e quatro por cento da população de facto teria acesso a uma RTI se cada uma fosse usada por duas pessoas. Não obstante, apenas 44% da população do agregado familiar dormiu debaixo de uma REMILD na noite anterior à entrevista.

As crianças e as mulheres grávidas são as mais vulneráveis à malária. Quarenta e sete por cento das crianças menores de cinco anos e 51% das mulheres grávidas dormiram debaixo de uma REMILD na noite anterior à entrevista. Entre 2011 e 2015, a proporção de crianças que dormiram debaixo de uma REMILD aumentou de 35% para 47% e o uso de REMILD por mulheres grávidas aumentou de 34% para 51%.

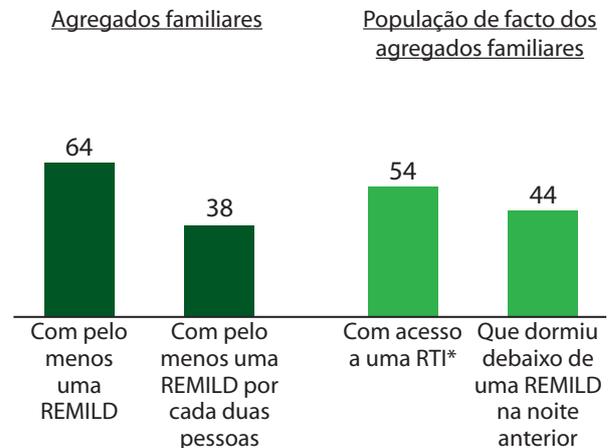
O uso de REMILD por crianças varia de 24% em Gaza a 65% em Cabo Delgado. Entre mulheres grávidas, o uso de REMILD aumenta consoante o nível de escolaridade, de 48% nas mulheres com nenhum nível de escolaridade a 60% nas mulheres com nível secundário ou superior.

Pulverização intra-domiciliária (PID)

Uma em cada dez (11%) habitações teve PID nos 12 meses antes da entrevista. A PID aumenta com a riqueza, de 4% nos agregados familiares mais pobres a 23% nos agregados familiares mais ricos. Segundo a província, Tete tem a menor cobertura de PID (4%) e Zambézia tem a maior cobertura (22%). Sete em cada dez (69%) agregados familiares beneficiaram da PID nos últimos 12 meses e/ou têm pelo menos uma RTI.

Posse, acesso e uso de redes

Percentagem de:

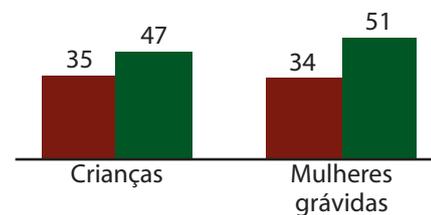


*Se cada RTI fosse usada no máximo por duas pessoas

Tendências no uso de REMILD

Percentagem de crianças menores de cinco anos e mulheres grávidas de 15-49 anos que dormiram debaixo de uma REMILD na noite anterior

■ IDS 2011 ■ IMASIDA 2015



Tratamento intermitente preventivo (TIP) durante a gravidez

A malária na gravidez está associada aos resultados adversos de saúde para a mãe e a criança, incluindo anemia e baixo peso ao nascer. Para prevenir a malária, mulheres grávidas recebem TIP (Fansidar, do qual pelo menos uma dose seja administrada na consulta pré-natal).

Um terço (34%) das mulheres grávidas receberam 2+ doses de TIP, e 22% receberam 3+ doses. Uma em cada dez (9%) mulheres na província de Tete e 55% das mulheres na província de Gaza receberam 2+ doses de TIP. A percentagem de mulheres que receberam 2+ doses de TIP aumentou de 19% em 2011 para 34% em 2015.

Prevalência e tratamento de febre em crianças

Vinte e nove por cento das crianças menores de cinco anos tiveram febre nas duas semanas anteriores ao inquérito, 63% das quais foi procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária ou junto de um profissional de saúde. Para 4 em cada 10 crianças com febre, foram extraídas amostras de sangue do dedo ou calcanhar para testar para malária.

Trinta e oito por cento das crianças com febre tomaram algum antimalárico. Em Moçambique, o tratamento recomendado para malária não complicada é a terapia combinada na base de artemisinina (TCA). Das crianças com febre e que tomaram medicamentos antimaláricos, 93% tomaram alguma TCA.

Prevalência da malária

Todas as crianças de 6-59 meses em agregados familiares seleccionados foram elegíveis para o teste de diagnóstico rápido (TDR) de malária. Em Moçambique, 4 em cada 10 (40%) crianças de 6-59 meses são classificadas como positivas para malária (*P. falciparum* ou *P. vivax* ou ambos), de acordo com o resultado de TDR.

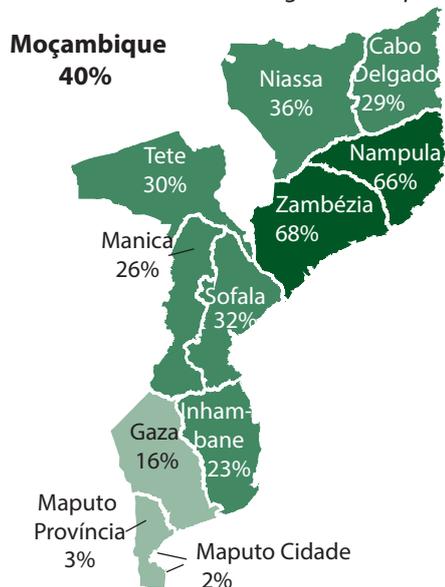
A malária é sete vezes mais prevalente nas crianças dos agregados familiares mais pobres (61%) do que nas crianças dos agregados familiares mais ricos (7%). A prevalência é maior também na área rural (47%) e menor na área urbana (19%). Segundo as províncias, a prevalência de malária varia de 2% em Maputo Cidade a 68% na Zambézia.

Prevalência da anemia moderada-severa

As intervenções contra a malária são associadas a uma redução do risco da anemia moderada-severa (hemoglobina abaixo de 8 g/dl). Em Moçambique, 8% de crianças de 6-59 meses sofrem de anemia com esta classificação. No geral, a prevalência da anemia moderada-severa diminui com idade, depois de atingir o ponto máximo nas crianças de 12-17 meses (15%). A prevalência de anemia moderada-severa é maior nas crianças dos agregados familiares mais pobres (12%) e em crianças cujas mães não têm nenhum nível de escolaridade (11%).

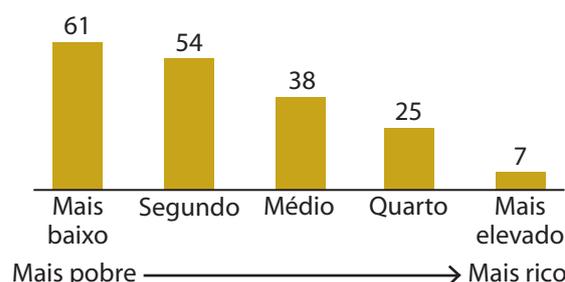
Prevalência da malária nas crianças segundo a província

Percentagem de crianças de 6-59 meses classificadas como positivas para malária (P.F, P.V. ou ambos), de acordo com os resultados do teste de diagnóstico rápido



Prevalência da malária nas crianças segundo a riqueza do agregado familiar

Percentagem de crianças de 6-59 meses classificadas como positivas para malária (P.F, P.V. ou ambos), de acordo com os resultados do teste de diagnóstico rápido



© 2015 Arturo Sanabria, Cortesia de Photoshare

CONHECIMENTOS, ATITUDES E COMPORTAMENTOS EM RELAÇÃO AO HIV E SIDA

Conhecimento sobre HIV

O conhecimento dos dois métodos principais para prevenir o HIV é maior nos homens do que nas mulheres. Cinquenta e seis por cento dos homens e 47% das mulheres de 15-49 anos sabem que é possível de reduzir o risco de contágio com o HIV usando preservativos e limitando as relações sexuais a um único parceiro não infectado.

Ademais do conhecimento dos métodos de prevenção, para ter conhecimento abrangente sobre HIV/SIDA, deve-se saber que uma pessoa aparentemente saudável pode ter o HIV e rejeitar as duas concepções mais erradas sobre a transmissão ou prevenção do HIV (contrair o HIV através de picadas de mosquitos ou por comer juntamente com uma pessoa que tem HIV). Três em cada dez homens e mulheres têm conhecimento abrangente sobre HIV/SIDA. Os jovens de 15-24 demonstram os mesmos níveis de conhecimento abrangente da população geral. O conhecimento abrangente aumenta consoante o nível de escolaridade.

Parceiros sexuais múltiplos

Ter parceiros sexuais múltiplos aumenta o risco de contrair o HIV e outras infecções transmissíveis sexualmente (ITS). Um em cada cinco (21%) homens e 3% das mulheres de 15-49 anos afirmaram ter tido dois ou mais parceiros sexuais no ano antes da entrevista. Entre as pessoas com dois ou mais parceiros nos últimos 12 meses, 26% dos homens e 29% das mulheres usaram preservativo durante a última relação sexual. Ao longo da vida, os homens têm mais parceiros do que as mulheres (a média para os homens é de 6,6 parceiros contra 2,0 para as mulheres).

Prevenção da transmissão vertical (PTV)

Metade dos homens e 54% das mulheres sabem que o HIV pode ser transmitido a través da amamentação e que o risco da transmissão da mãe para o filho (ou transmissão vertical) pode ser reduzido se a mãe tomar medicamentos especiais.

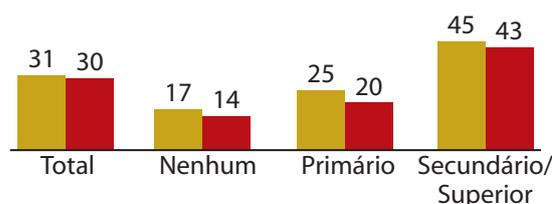
Circuncisão masculina

Quase dois terços (63%) dos homens de 15-49 anos são circuncidados. A circuncisão masculina varia muito segundo a província, de 9% em Tete a 95% em Niassa.

Conhecimento abrangente sobre o HIV/SIDA entre os jovens por nível de escolaridade

Percentagem de jovens de 15-24 anos

■ Mulheres ■ Homens



Teste do HIV antes do inquérito

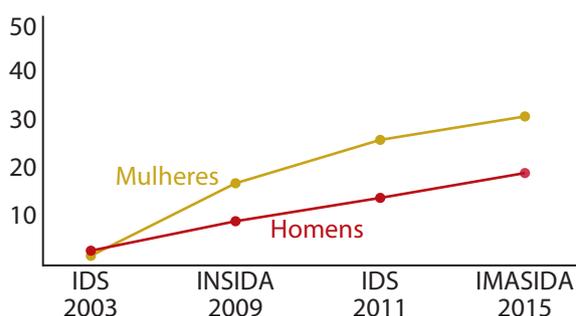
Oito em cada dez homens e 84% das mulheres de 15-49 anos sabem onde fazer um teste do HIV. Apenas 38% dos homens e 61% das mulheres alguma vez fizeram o teste do HIV e receberam o resultado. Em contraste, 61% dos homens e 36% das mulheres nunca fizeram o teste do HIV.

Nos 12 meses antes da entrevista, 2 em cada 10 homens e 3 em cada 10 mulheres fizeram o teste do HIV e receberam os resultados. De 2003 a 2015, a percentagem de pessoas que fizeram o teste nos doze meses anteriores ao inquérito e receberam o resultado aumentou de 2% entre as mulheres e 3% entre os homens para 31% e 19%, respectivamente.

Entre as mulheres com um nado-vivo nos dois anos antes do inquérito, 45% foram aconselhadas, testadas e receberam os resultados do teste do HIV durante uma consulta pré-natal.

Tendências na cobertura de teste de HIV recente

Percentagem de mulheres e homens de 15-49 anos que foram testados nos últimos 12 meses e receberam o resultado do último teste



PREVALÊNCIA, INCIDÊNCIA DE HIV E A CASCATA DO TRATAMENTO DO HIV

Prevalência de HIV

Os dados da prevalência de HIV foram obtidos através de amostras de sangue fornecidas voluntariamente de todos os homens e mulheres de 15-49 anos em todos os agregados familiares seleccionados. Das pessoas elegíveis, 72% dos homens e 83% das mulheres forneceram amostras para o teste do HIV.

A prevalência de HIV na população de 15-49 anos é de 13,2%. A prevalência de HIV é maior nas mulheres (15,4%) do que nos homens (10,1%).

Os homens (12,3%) e mulheres (20,5%) nas áreas urbanas têm uma maior prevalência do que os homens e mulheres nas áreas rurais (8,6% e 12,6%, respectivamente). Por província, a prevalência de HIV (entre homens e mulheres juntos) varia de 5,2% em Tete a 24,4% em Gaza.

Tendências na prevalência de HIV

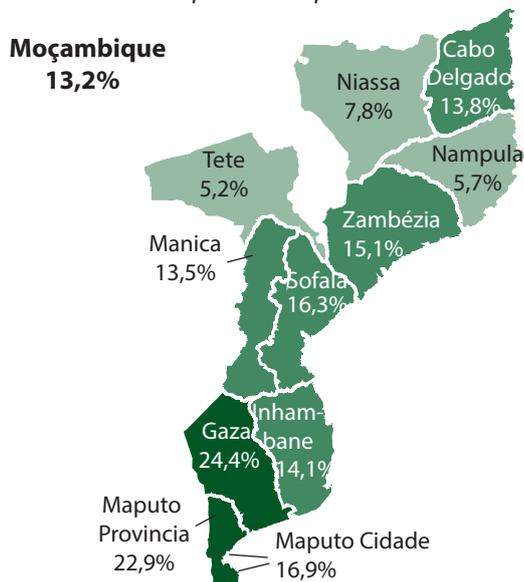
A prevalência de HIV aumentou de 11,5% em 2009 para 13,2% em 2015. Esta mudança é estatisticamente significativa.

Prevalência de HIV nas crianças

O IMASIDA igualmente mediu a prevalência de HIV nas crianças de 6-23 meses, e 82% das crianças elegíveis forneceram amostras para o teste de HIV. No total, 2,0% das crianças são HIV positivas.

Prevalência de HIV segundo a província

Percentagem de homens e mulheres de 15-49 anos que são HIV positivos

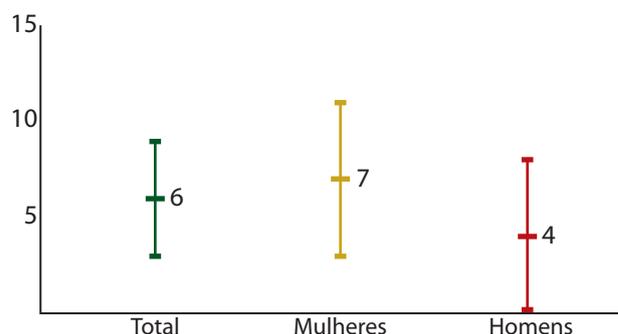


Incidência de HIV

A incidência de HIV é uma medida de novas infecções de HIV. Em Moçambique, a incidência é de 6 infecções novas por 1.000 pessoas ano. Em outras palavras, por cada 1.000 pessoas HIV negativas, no decorrer de um ano, há 6 novas infecções de HIV.

Taxa de incidência de HIV

Infecções novas entre os homens e mulheres de 15-49 anos, por 1.000 pessoas ano



Cascata de tratamento do HIV

Internacionalmente, as metas 90-90-90 referem-se a uma cascata em que 90% das pessoas HIV positivas conhecem seu estado, 90% das pessoas que conhecem seu estado (ou seja, 90% de 90%, ou 81% do total das pessoas HIV positivas) recebem tratamento, e 90% das pessoas que recebem tratamento (ou seja, 90% de 81%, ou 73% do total das pessoas HIV positivas) têm a carga viral suprimida. Em Moçambique, 47% das pessoas HIV positivas conhecem seu estado, 40% recebem tratamento e 32% têm sua carga viral suprimida. A supressão viral varia por província, de 15% em Nampula a 48% em Maputo Cidade.

Cascata do tratamento de HIV

Entre homens e mulheres de 15-49 anos HIV positivos, a percentagem:



EMPODERAMENTO DAS MULHERES



© 2014 Arturo Sanabria, Cortesia de Photoshare

Emprego

Oitenta e oito por cento dos homens casados e 46% das mulheres casadas de 15-49 anos estiveram empregados nos 12 meses anteriores ao inquérito.

A maioria de homens e mulheres empregados são pagos em dinheiro (73% e 50%, respectivamente). Porém, 16% dos homens e duas vezes mais mulheres (31%) não são remunerados pelo seu trabalho.

Metade das mulheres decidem em conjunto com os maridos sobre como usar o rendimento delas, e 4 em 10 decidem sozinhas. Quase três quartos (72%) das mulheres empregadas e remuneradas em dinheiro tem rendimentos inferiores aos do marido.

Posse de bens

Cinquenta e sete por cento dos homens e 75% das mulheres actualmente casadas possuem uma casa sozinhas ou em conjunto. Em relação à posse de terra, 41% dos homens e 54% das mulheres possuem terra sozinhas ou em conjunto.

Participação das mulheres na tomada de decisão

O IMASIDA 2015 recolheu informações sobre a participação da mulher em três diferentes tipos de decisões: nos cuidados de saúde da mulher, em fazer grandes compras para o agregado familiar e nas visitas a familiares ou parentes da mulher.

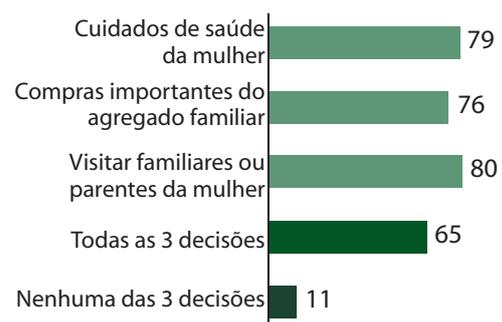
Oito em cada dez mulheres casadas em Moçambique participam na tomada de decisão sobre as visitas a familiares ou parentes da mulher (80%) e sobre os cuidados de saúde da mulher (79%). Uma percentagem ligeiramente menor (76%) participa na tomada de decisão sobre compras importantes do agregado familiar.

No total, 65% das mulheres casadas participam em todas as três decisões e 11% não participam em nenhuma das decisões. Mulheres urbanas participam mais na tomada de todas as três decisões do que as mulheres rurais (70% contra 62%). A participação na tomada de decisão aumenta com a riqueza: apenas 61% das mulheres mais pobres participam em todas as três decisões, em comparação com 71% das mulheres mais ricas.

Entre os homens casados, 85% participam sozinhos ou em conjunto com a esposa nas decisões sobre o cuidado de saúde do homem e também sobre compras importantes do agregado familiar. Apenas 3% dos homens não participam em nenhuma destas duas decisões.

Participação das mulheres na tomada de decisão

Percentagem de mulheres casadas de 15-49 anos que geralmente tomam decisões específicas sozinhas ou em conjunto com o esposo



VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Atitudes em relação à agressão física contra as esposas

Dezassete por cento dos homens e 14% das mulheres de 15-49 anos concordam que se justifica que o marido bata na sua mulher devido a uma das seguintes razões: a mulher queima a comida, discute com o parceiro, sai sem avisar o parceiro, é descuidada com os filhos, ou recusa-se a ter relações sexuais com o parceiro.

Para homens, é a situação da mulher que discute com o parceiro que mais justifica-se a agressão física (9%). Para mulheres, a maior percentagem concorda que a agressão física se justifica na situação da mulher que se ausenta de casa sem avisar o parceiro (8%).

Experiência de violência física

Um quarto das mulheres de 18-49 anos já sofreu violência física em algum momento desde os 15 anos, e 1 em cada 7 mulheres foi vítima de violência física nos 12 meses anteriores ao inquérito. A experiência de violência física desde os 15 anos é maior nas mulheres urbanas do que nas mulheres rurais e aumenta com o nível de escolaridade e quintil de riqueza.

Entre mulheres alguma vez casadas e que sofreram violência física desde os 15 anos de idade, mais da metade (55%) relataram que foi o marido/parceiro actual que cometeu a violência. Para as mulheres nunca casadas, o perpetrador mais comum da violência física é o pai/padrasto (23%).

Menos homens de 18-49 anos já sofreram violência física em algum momento desde os 15 anos de idade (19%) e nos 12 meses anteriores ao inquérito (10%).

Experiência de violência sexual

Seis por cento dos homens e mulheres de 18-49 anos sofreram violência sexual em algum momento das suas vidas. Para ambos homens e mulheres, a experiência de violência sexual aumenta com o nível de escolaridade. Nos 12 meses anteriores ao inquérito, 2% de homens e 3% de mulheres sofreram violência sexual.

Violência durante a gravidez

Violência durante a gravidez pode ameaçar não só o bem-estar de uma mulher, mas também o seu feto. Quatro por cento das mulheres que em algum momento estiveram grávidas sofreram violência durante a gravidez.

Violência conjugal

Quase um quarto (24%) das mulheres alguma vez casadas de 18-49 anos sofreram violência conjugal, seja violência física, sexual ou emocional. A experiência de violência conjugal sofrida por mulheres varia de 10% em Tete a 40% em Gaza. Dezenove por cento de mulheres alguma vez casadas sofreram violência conjugal nos 12 meses anteriores ao inquérito.

Entre homens alguma vez casados, 13% alguma vez sofreram violência por parte da esposa/parceira, e 12% nos 12 meses anteriores ao inquérito. Para homens, Zambézia tem a proporção mais elevada de homens que experimentaram violência conjugal (26%).

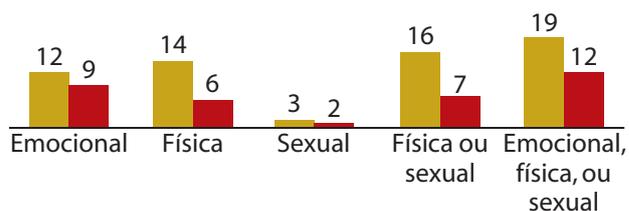
Procura de ajuda para acabar com a violência

Menos de metade das pessoas (45% dos homens e 46% das mulheres) que sofreram violência física ou sexual procuraram ajuda para parar a violência. Para ambos homens e mulheres, a maior fonte de apoio foi a própria família (60% e 63%, respectivamente).

Violência Conjugal Recente

Percentagem de pessoas de 18-49 anos alguma vez casadas que sofreram violência por parte do marido/parceiro nos 12 meses anteriores ao inquérito

■ Mulheres ■ Homens



INDICADORES

Fecundidade	Residência		
	Moçambique	Urbana	Rural
Taxa Global de Fecundidade (TGF)	5,3	3,6	6,1
Idade mediana na primeira relação sexual para mulheres de 25-59 anos	16,9	17,4	16,7
Mulheres de 15-19 anos que tiveram um nado-vivo ou estão actualmente grávidas (%)	46	35	54
Planeamento familiar (entre mulheres casadas de 15-49 anos)			
Uso de algum método contraceptivo (%)	27	37	23
Uso de um método contraceptivo moderno (%)	25	34	22
Demanda total de planeamento familiar (%) ¹	50	57	47
Demanda satisfeita por métodos modernos (%)	50	60	46
Saúde maternal e infantil			
Mulheres de 15-49 anos que receberam uma consulta pré-natal de um profissional de saúde qualificado (%) ²	93	97	91
Partos ocorridos numa unidade sanitária (%)	70	91	63
Partos assistidos por um profissional de saúde qualificado (%) ²	73	91	67
Crianças de 12-23 que receberam todas as vacinas básicas (%) ³	66	78	62
Malária			
Agregados familiares com pelo menos 1 REMILD (%)	64	66	63
Crianças menores de 5 anos que dormiram debaixo de uma REMILD (%)	47	52	45
Agregados familiares que foram pulverizadas com insecticida de efeito residual (PID) nos 12 meses anteriores ao inquérito (%)	11	21	7
Mulheres de 15-49 anos com um nado vivo nos dois últimos anos que receberam 2+ doses de SP/Fansidar, das quais pelo menos foi administrada durante duma visita pré-natal (TIP) (%)	34	43	31
Prevalência de malária segundo a TDR em crianças de 6-59 meses (%)	40	19	47
Prevalência de hemoglobina <8 g/dl em crianças de 6-59 meses (%)	8	6	9
HIV/SIDA			
Conhecimento abrangente sobre HIV/SIDA entre as mulheres de 15-49 anos (%) ⁵	30	39	25
Conhecimento abrangente sobre HIV/SIDA entre os homens de 15-49 anos (%) ⁵	31	39	26
Prevalência de HIV entre todas as pessoas de 15-49 anos (%)	13,2	16,8	11,0
Prevalência de HIV entre mulheres de 15-49 anos (%)	15,4	20,5	12,6
Prevalência de HIV entre homens de 15-49 anos (%)	10,1	12,3	8,6
Supressão viral entre homens e mulheres de 15-49 anos e HIV positivos (%)	32	38	26
Empoderamento das mulheres e violência doméstica			
Mulheres casadas de 15-49 anos que participam na tomada de decisão (%) ⁶	65	70	62
Mulheres alguma vez casadas de 18-49 anos que, em algum momento da vida, sofreram a violência física, sexual ou emocional cometida pelo marido/parceiro (%)	24	31	20

¹Demanda total é a soma de necessidade satisfeita (uso contraceptivo actual) e não satisfeita (mulheres casadas que desejam adiar o parto seguinte por 2 ou mais anos ou não ter mais filhos, mas não se encontram a usar um método contraceptivo). ²Por profissional de saúde qualificado entende-se médico, enfermeira ou parteira. ³BCG, sarampo, três doses de pentavalente e da vacina contra a poliomielite, excluindo poliomielite ao nascer. ⁴As percentagens entre parênteses baseiam-se em 25-49 casos não ponderados e devem ser tratadas com cautela. ⁵Conhecimento abrangente significa saber que o uso consistente do preservativo durante relações sexuais e ter um único

Provincia										
Niassa	Cabo Delgado	Nampula	Zambézia	Tete	Manica	Sofala	Inhamitane	Gaza	Maputo Província	Maputo Cidade
6,6	5,6	5,2	6,3	6,2	5,8	6,0	4,3	4,7	3,4	2,5
15,6	15,3	16,6	16,6	18,3	16,9	17,3	16,9	17,5	17,4	17,7
61	65	60	46	46	44	38	43	41	26	18
22	20	27	18	30	18	15	34	43	47	51
22	20	22	18	29	18	14	34	42	44	47
51	43	46	48	54	45	35	58	65	73	68
43	47	48	37	54	40	41	58	64	61	68
98	96	93	79	92	92	95	99	99	94	98
83	69	68	42	54	71	88	89	85	88	96
85	67	74	46	57	73	90	89	86	89	96
78	86	52	50	53	66	69	81	85	83	(87) ⁴
67	77	60	56	67	44	62	86	70	63	68
48	65	51	46	37	37	46	63	24	46	53
13	10	6	22	4	8	10	7	21	12	14
27	49	30	37	9	31	51	24	55	37	16
36	29	66	68	30	26	32	23	16	3	2
9	12	9	14	7	5	8	4	5	2	4
33	17	18	20	47	29	28	61	28	51	42
18	21	21	28	26	48	30	57	44	28	53
7,8	13,8	5,7	15,1	5,2	13,5	16,3	14,1	24,4	22,9	16,9
10,3	15,7	5,1	16,8	6,4	15,6	18,8	17,7	28,2	29,6	21,7
4,5	11,4	6,5	12,5	3,3	10,3	13,0	7,6	17,6	15,8	11,0
29	24	15	23	22	36	37	31	39	37	48
66	53	64	60	83	55	61	78	59	81	74
11	18	18	31	10	29	26	19	40	32	39

parceiro fiel e não infectado pode reduzir o risco de contágio com HIV; saber que uma pessoa aparentemente saudável pode ter o HIV; e rejeitar as duas concepções mais comuns sobre a transmissão de HIV. ⁶ Considera-se que as mulheres participam na tomada de decisão se tomam cada uma das decisões seguintes sozinhas ou em conjunto com o seu parceiro: cuidados de saúde da própria mulher, compras importantes do agregado familiar, visitas a familiares ou parentes da mulher.

