

# RELATÓRIO SOBRE SAÚDE E BEM-ESTAR DA MULHER, DO RECÉM NASCIDO, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

## Observatório Nacional de Saúde Plataforma de Saúde da Mulher, Criança e Nutrição

Ministério da Saúde  
Instituto Nacional de Saúde

Com a Assistência Técnica da IIP-JHU e HAI

Março de 2020





**República de Moçambique**

# **RELATÓRIO SOBRE SAÚDE E BEM-ESTAR DA MULHER, DO RECÉM NASCIDO, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

**Observatório Nacional de Saúde**

**Plataforma de Saúde da Mulher, Criança e Nutrição**

**Ministério da Saúde**

**Instituto Nacional de Saúde**

**Com a Assistência Técnica da IIP-JHU e HAI**

**Março, 2020**



O presente relatório apresenta resultados do estudo sobre Saúde e Bem-Estar da Mulher, do Recém-nascido, da Criança e Adolescente, conduzido pela Plataforma de Saúde da Mulher, Criança e Nutrição (PSMCN) do Observatório Nacional de Saúde (ONS).

A PSMCN é uma abordagem sistemática que permite compilar e analisar dados sobre a saúde materna, infanto-juvenil e nutrição, a fim de avaliar a eficácia de programas de saúde e nutrição. Conta com uma equipe multisectorial do sector público e de instituições não-governamentais.

As análises e elaboração do presente relatório contaram com a assistência técnica do Instituto para Programas Internacionais da Universidade Johns Hopkins (IIP-JHU) e da Aliança Internacional para Saúde (HAI).

O relatório foi financiado pela IIP-JHU através dos fundos de Canadá.

Poderá obter informações adicionais sobre o relatório junto do INS, EN1, Bairro da Vila – Parcela no 3943, Distrito de Marracuene, Província de Maputo, Moçambique, E-mail: [secretaria@ins.gov.mz](mailto:secretaria@ins.gov.mz).

Estilo recomendado para referências:

Instituto Nacional de Saúde (INS), Ministério da Saúde (MISAU), IIP-JHU. 2017. Relatório sobre Saúde e Bem-Estar da Mulher, do Recém-nascido, da Criança e do Adolescente em Moçambique.

# ÍNDICE

LISTA DE ACRÓNIMOS	3
INTRODUÇÃO	5
1.1. Objectivos	6
1.2. Metodologia	6
1.2.1. Desenho do estudo	6
1.2.2. Tamanho de amostra	6
1.2.3. Análises para objectivo 1 - Identificação de determinantes sociais	6
DHS STAT compiler	7
1.2.4. Análises para objectivo 2 - Estimativas da mortalidade materna, neonatal e infantil	8
SAÚDE DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS	11
2.1. Imunização	12
2.2. Diarreia	15
2.3. Febre	20
2.4. Sintomas de infecção respiratória (tosse)	23
LISTA DE TABELAS	27
NUTRIÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS E ADOLESCENTES	35
3. Estado nutricional de crianças menores de cinco anos.	36
3.1. Desnutrição crónica.	36
3.2. Estado nutricional de adolescentes de 15-19 anos de idade.	40
LISTA DE TABELAS	43
PLANEAMENTO FAMILIAR	47
4. Planeamento Familiar	48
4.1. Uso de contraceptivos	48
4.2. Necessidade de planeamento familiar não satisfeita	51
4.3. Necessidade de planeamento familiar satisfeita	54
4.4. Demanda de planeamento familiar satisfeita	57
4.5. Maternidade na adolescência	59
LISTA DE TABELAS	64
CUIDADOS PRÉ-NATAIS	73
5. Cuidados pré-natais	74
5.1. Assistência pré-natal	74
5.2. Prevenção e controlo de malária durante a gravidez	78
5.3. Tratamento intermitente preventivo	81

5.4. Assistência ao parto por profissional de saúde	84
5.5. Local do parto	86
LISTA DE TABELAS	90
CONHECIMENTOS RELACIONADOS COM MÉTODOS DE PREVENÇÃO DE HIV/SIDA	99
6. Conhecimentos relacionados com métodos de prevenção de HIV/SIDA	100
6.1. Conhecimentos sobre métodos para prevenir HIV/SIDA	100
LISTA DE TABELAS	104
6.3. Conhecimentos sobre a limitação de parceiros sexuais como forma de prevenir HIV/SIDA	107
LISTA DE TABELAS	110
CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS: MORTALIDADE NEONATAL E INFANTO-JUVENIL	113
7.1 Mortalidade neonatal	114
7.2 Mortalidade infanto-juvenil	118
LISTA DE TABELAS	123
ESTIMATIVAS DA MORTALIDADE NEONATAL E INFANTIL ATÉ 2030 DE ACORDO COM AS TENDÊNCIAS ACTUAIS DE COBERTURA DE INTERVENÇÕES	128
7.3 Mortes evitadas pelo aumento de cobertura de intervenções	128
MULHERES DE 15 AOS 49 ANOS DE IDADE: ESTIMATIVAS DE MORTALIDADE MATERNA	133
ESTIMATIVAS DA MORTALIDADE MATERNA ATÉ 2030 DE ACORDO COM AS TENDÊNCIAS ACTUAIS DE COBERTURA DE INTERVENÇÕES	134
8 MORTES EVITADAS PELO AUMENTO DE COBERTURA DE INTERVENÇÕES	134
8.1 Mortes maternas adicionais evitadas	134
REFERÊNCIAS	137
ANEXOS	141
ANEXO 1: Projecções de tendências futuras de cobertura usando um modelo de regressão bayesiano.	141
ANEXO 2. Projecções de tendências futuras de cobertura usando um modelo de regressão bayesiano.	142
ANEXO 3 Tabela 1. Mortes adicionais evitadas em crianças	143
ANEXO 4 Tabela 2. Valores anuais de projecção de vidas salvas em crianças menores de 5 anos	144
ANEXO 5 Tabela 3. Mortes maternas adicionais evitadas	145
ANEXO 6 Tabela 4. Valores anuais de projecção de vidas maternas salvas	146
GRUPO TÉCNICO DA PSMCN	147

## LISTA DE ACRÓNIMOS

<b>ACT</b>	Artemisinin-based Combination Therapy (terapia combinada à base de artemisinina)
<b>APEs</b>	Agentes Polivalentes Elementares
<b>BCG</b>	Bacillus Calmette–Guérin (vacina contra tuberculose)
<b>DHS</b>	Demographic and Health Surveys (Inquéritos Demográficos e de Saúde)
<b>DNSP</b>	Direcção Nacional de Saúde Pública
<b>DPC</b>	Direcção de Planificação e Cooperação
<b>DTP</b>	Vacina Pentavalente contra difteria, tétano, tosse convulsiva
<b>HAI</b>	Health Alliance International (Aliança Internacional para Saúde)
<b>HEAT</b>	Health Equity Analysis Toolkit (ferramenta para Análise de Equidade)
<b>IDS</b>	Inquéritos Demográficos e de Saúde
<b>IMASIDA</b>	Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique
<b>INS</b>	Instituto Nacional de Saúde
<b>IIP-JHU</b>	Instituto para Programas Internacionais da Universidade Johns Hopkins
<b>IRA</b>	Infecções Respiratórias Agudas
<b>ITPp</b>	Tratamento Preventivo Intermitente da malária durante a gravidez
<b>LiST</b>	Lives Saved Tool (ferramenta de Vidas Salvas)
<b>MEF</b>	Ministério da Economia e Finanças
<b>MICS</b>	Inquérito de Indicadores Múltiplos
<b>MgSO<sub>4</sub></b>	Sulfato de Magnésio
<b>MISAU</b>	Ministério da Saúde
<b>ODS</b>	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONS</b>	Observatório Nacional de Saúde
<b>PF</b>	Planeamento Familiar
<b>PNCM</b>	Programa Nacional do Controlo da Malária
<b>PSMCN</b>	Plataforma de Saúde da Mulher, Criança e Nutrição
<b>RTI/INT</b>	Redes mosquiteiras Tratadas com Insecticidas
<b>SETSAN</b>	Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional
<b>SP</b>	Sulfadoxina-pirimetamina
<b>SRO</b>	Sais de Rehidratação Oral
<b>TRO</b>	Terapêutica de Rehidratação Oral
<b>TT</b>	Vacinação com toxóide do tétano



## INTRODUÇÃO

A promoção da saúde e bem-estar da mulher, recém-nascido, criança e adolescente é um factor determinante para a redução da pobreza e uma das estratégias-chave para alcançar a meta de ter uma população saudável e produtiva no país (MPD, 2014; MISAU, 2013). As estimativas nacionais sobre saúde ocultam disparidades existentes entre os sub-grupos populacionais, particularmente os mais desfavorecidos e vulneráveis e o peso dos determinantes sociais, especialmente sobre mulheres e crianças em Moçambique.

As desigualdades na saúde são multifacetadas e incluem diferenças sócio-económicas em relação ao nível de escolaridade, local de residência, rendimentos, de género e diferenças socioculturais. Estas desigualdades também são identificáveis em populações e grupos vulneráveis (Medeiros, 2012; Nunes *et al.*, 2001).

Moçambique comprometeu-se em alcançar os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relativos a saúde da mulher, da criança e adolescente até 2030, especificamente na redução da taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos e assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva (MEF, 2017; Together, 2016). As metas preconizadas no âmbito dos ODS implicam a necessidade de uma avaliação sistemática dos determinantes sociais de saúde e bem-estar da mulher, criança e adolescente, para permitir a formulação de políticas de saúde oportunas, optimizadas e informadas. O conhecimento desses determinantes e como eles influenciam nos resultados de saúde, permitirá melhorar as estratégias e intervenções para alcançar os ODS.

## **1.1. Objectivos**

### **1.1.1. Geral**

O objectivo geral do estudo foi avaliar o impacto dos determinantes sociais na situação da saúde materna, neonatal, infantil e do adolescente em Moçambique.

### **1.1.2. Específicos**

- a) Identificar os determinantes sociais que promovem desigualdades ou inequidades<sup>1</sup> no acesso e uso de serviços ou cuidados de saúde materna, neonatal, infanto-juvenil e da adolescente.
- b) Estimar a mortalidade materna, neonatal e infantil até 2030 de acordo com as tendências actuais de cobertura de intervenções nos serviços de atenção primária.

## **1.2. Metodologia**

### **1.2.1. Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo baseado na análise secundária de dados de inquéritos de base populacional, nomeadamente: Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS 1997, 2003, 2011), Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS 2008) e Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA (IMASIDA 2015).

O estudo incluiu unidades de dados agregados de todo o país para análises referentes a mulheres em idade fértil e crianças menores de cinco anos de idade.

### **1.2.2. Tamanho de amostra**

Não foi aplicado o cálculo de tamanho de amostra para o presente estudo, tendo sido usado o universo de dados e indicadores de saúde do programa de saúde da mulher, criança, adolescente e nutrição captados por inquéritos de base populacional.

---

<sup>1</sup> O princípio da igualdade tem base no conceito de cidadania, segundo o qual todos os indivíduos são iguais, tendo, portanto, os mesmos direitos. Mas igualdade não é o mesmo que equidade. Esta incorpora em seu conceito algum valor de justiça. Por outro lado, nem toda desigualdade constitui iniquidade no sentido de injustiça (Nunes *et al.*, 2001)

### 1.2.3. Análises para objectivo 1 - Identificação de determinantes sociais

Os determinantes sociais são as condições em que os indivíduos se inserem ou usufruem ao longo da vida, como por exemplo, o acesso à água, educação, saneamento e problemas ambientais e habitacionais, que possam concorrer para desigualdades ou inequidades no acesso e uso de serviços ou cuidados de saúde materna, neonatal, infanto-juvenil e da adolescente.

Para a análise dos determinantes sociais foram utilizadas as seguintes abordagens:

1. Foi feita a verificação de indicadores sociais disponíveis nas bases de dados dos inquéritos populacionais (IDS -1997, 2003 e 2011) e IMASIDA 2015. Para os dados do DHS, recorreu-se ao programa da DHS- STAT compiler (<http://www.statcompiler.com/en/>) de modo a obter os dados dos inquéritos demográficos e de saúde (IDS- 1997, 2003 e 2011); para os dados do IMASIDA, obteve-se os dados das tabulações constantes do relatório.
2. A análise foi efectuada com recurso a HEAT (Health Equity Analysis Toolkit: <https://whoequity.shinyapps.io/HEAT/>, versão 1.1). Uma ferramenta online utilizada para executar a análise de equidade e nos casos em que a ferramenta apresentou limitações, recorreu-se ao aplicativo online Statsreport baseado no pacote R (<http://statsreport.org/>) e ao aplicativo Microsoft office Excel.
3. Analisados os indicadores sociais como descrito no ponto 2, o passo seguinte consistiu em gerar gráficos de equidade (denominados de *equiplots*).

A interpretação dos *equiplots* obtidos no HEAT foi feita tendo em consideração as diferenças absolutas dos extremos entre grupos para cada indicador sóciodemográfico (área de residência, nível de escolaridade e quintil de riqueza), de acordo com as recomendações feitas pelo Centro Internacional de Equidade na Saúde, da Universidade Federal de Pelotas, Brasil.

As desigualdades absolutas relacionam-se a diferenças que são medidas pela diferença (subtração) entre extremos. Neste sentido, há desigualdade entre a e b quando  $a-b \neq 0$  (diferença). Portanto, quando se fala em desigualdade, refere-se a desigualdade na distribuição de algo entre indivíduos, agrupamentos ou categorias (Medeiros, 2012).

#### DHS STAT compiler

O programa DHS STAT compiler permite aos usuários fazer tabelas personalizadas com base em milhares de indicadores demográficos e de saúde em mais de 90 países. Estas tabelas permitem visualizar indicadores-chave ao longo do tempo e em países (The DHS program, 2017).

## HEAT

A ferramenta online HEAT permite a avaliação das desigualdades que existem entre subgrupos da população dentro de um país, com base em dados desagregados e medidas da desigualdade. Os dados desagregados mostram o nível de saúde por subgrupo da população de uma dada dimensão da desigualdade (WHO, 2017).

A HEAT permite avaliar as desigualdades usando dados divididos por subgrupos de população, do banco de dados do Monitor de Equidade da Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) (actualização de 2016). Actualmente, este banco de dados contém mais de 30 indicadores de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, desagregados por cinco dimensões da desigualdade (estatuto económico, educação, área de residência, sexo, região subnacional). Os dados são baseados em re-análises de mais de 280 Inquéritos Demográficos e de Saúde (IDS) e Inquéritos de Indicadores Múltiplos (MICS) conduzidos em 102 países entre 1993 e 2014 (WHO, 2017).

### **1.2.4. Análises para objectivo 2 - Estimativas da mortalidade materna, neonatal e infantil**

De modo a estimar a mortalidade materna, neonatal e infantil até 2030 foram compilados dados de cobertura histórica dos inquéritos de base populacional (IDS - 1997, 2003, 2011, MICS – 2008, INSIDA 2009, IMASIDA 2015) tendo posteriormente, sido feitas projecções de tendências futuras de cobertura usando um modelo de regressão Bayesiano (anexo 1).

Foram seleccionados 27 indicadores para várias intervenções pré-natais, intra-parto, pós-natais, aleitamento materno, preventivas e curativas. Tendo sido escolhidas intervenções implementadas em Moçambique com eficácia comprovada e que podem ser modeladas em LiST(Lives Saved Tool).

Para cada uma das intervenções seleccionadas, foi estimado o ano de início em que a intervenção de saúde foi introduzida em Moçambique. Os dados sobre o ano de início foram obtidos mediante revisão documental sobre a introdução de intervenções e consulta de peritos sobre as intervenções no Ministério da Saúde.

As estimativas produzidas no modelo foram posteriormente utilizadas para gerar: as mudanças de mortalidade, as vidas salvas por intervenções usando a ferramenta LiST para ver o impacto de cada intervenção ao longo do tempo e as vidas extra salvas por aumento da cobertura até 90%.

## **LiST**

A ferramenta LiST foi desenvolvida pelo Instituto de Programas Internacionais da Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health e financiado pela Fundação Bill e Melinda Gates, é um modelo que estima o impacto das mudanças de cobertura de intervenções na mortalidade materna, neonatal e infantil. As estimativas de impacto de vários pacotes de intervenções agrupadas podem ser avaliadas tendo em conta o estudo de custos e viabilidade servindo de apoio na selecção e implementação de estratégias para redução de mortalidade materna, neonatal e infantil (Walker et al., 2013).



## SAÚDE DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS

O presente capítulo apresenta informação sobre o estado de imunização de crianças menores de cinco anos durante o período de 1997 à 2015. Aborda também a ocorrência e tratamento de doenças comuns na infância: diarreia, febre e infecção respiratória (tosse).

	Variáveis analisadas
Crianças menores até 59 meses de idade	Imunização: cobertura vacinal completa (BCG, sarampo e três doses da pentavalente e pólio), diarreia, febre e sintomas de infecção respiratória (tosse)

## 2.1. Imunização

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 (UNICEF 2009). Segundo a OMS, as crianças devem receber durante a seu nascimento, uma dose de vacina contra a poliomielite e uma dose de vacina BCG (Bacillus Calmette–Guérin) contra a tuberculose. Ao completar 12 meses as crianças já devem ter recebido três doses de vacina contra poliomielite e de DTP, a pentavalente contra difteria, tétano, tosse convulsa, hepatite B e Haemophilus influenza e uma dose de sarampo (WHO 2017).

### 2.1.1. Vacinação completa por sexo

De acordo com o gráfico 1, observa-se que de 1997 à 2003 houve um aumento da cobertura vacinal. Nos 12 anos subsequentes a cobertura vacinal manteve-se estacionária em ambos sexos.

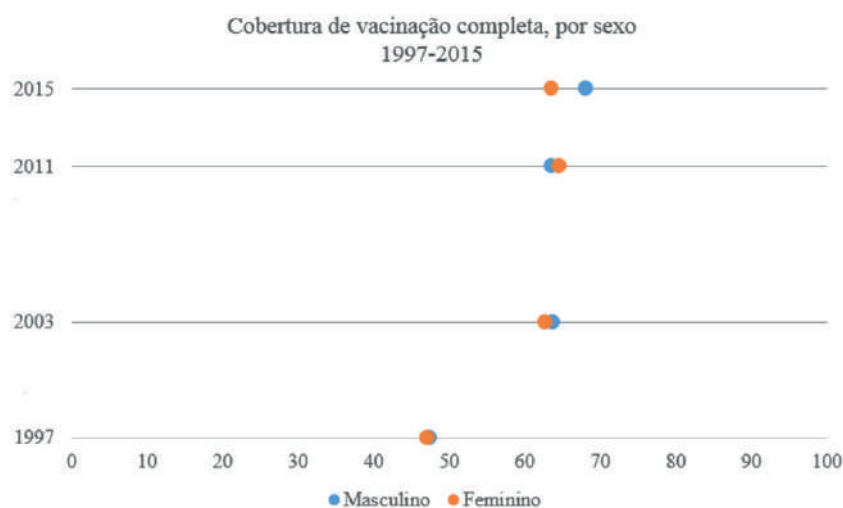


Gráfico 1. Percentagem de cobertura de vacinação completa por sexo

Para ambos os sexos, nota-se que a diferença de cobertura vacinal é mínima. Em 2015, nota-se que a diferença entre os sexos aumentou (rácio=0.94), comparativamente aos anos anteriores (cujos rácios para os anos 1997 a 2011 situavam-se entre 0.99 e 1.02) (**Tabela 2.1**).

### 2.1.2. Vacinação completa por área de residência

Observa-se que a cobertura de vacinação completa (gráfico 2) aumentou ao longo dos anos na zona rural de 1997 a 2015. Tendo a cobertura diminuído na zona urbana durante este período de análise.

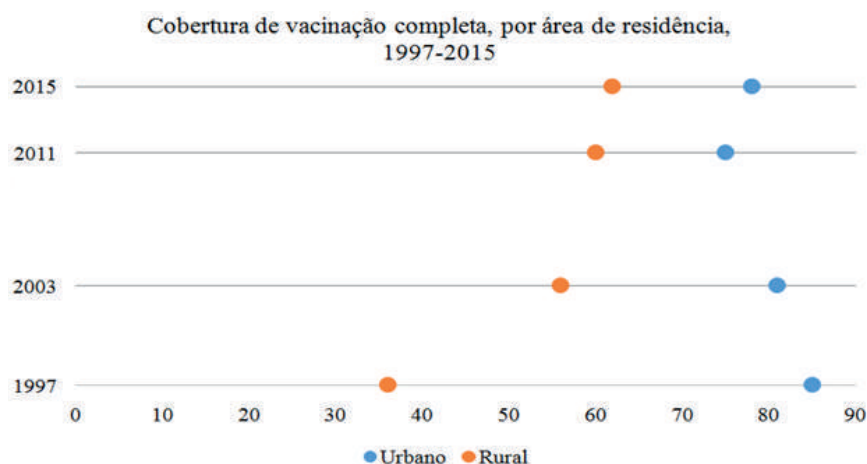


Gráfico 2. Percentagem de cobertura de vacinação completa por área de residência

No entanto, verifica-se maior diferença entre as zonas urbana e rural, sendo a zona urbana a que possui maiores coberturas de vacinação completa. Em 1997, nota-se que a diferença entre a zona urbana e rural foi acentuada ( $\text{rácio}=0.42$ ). Nos anos subsequentes houve redução das diferenças de cobertura de vacinação completa entre ambas zonas, com rácios de 0.69, 0.8 e 0.79 para os anos 2003, 2011 e 2015, respectivamente (**Tabela 2.1.2**).

### 2.1.3. Vacinação completa por província

Comparando as coberturas de vacinação completa entre as províncias, constatou-se que, de 1997 a 2015, houve uma redução de desigualdade absoluta (gráfico 3), embora, continuem existindo desigualdades entre as províncias.

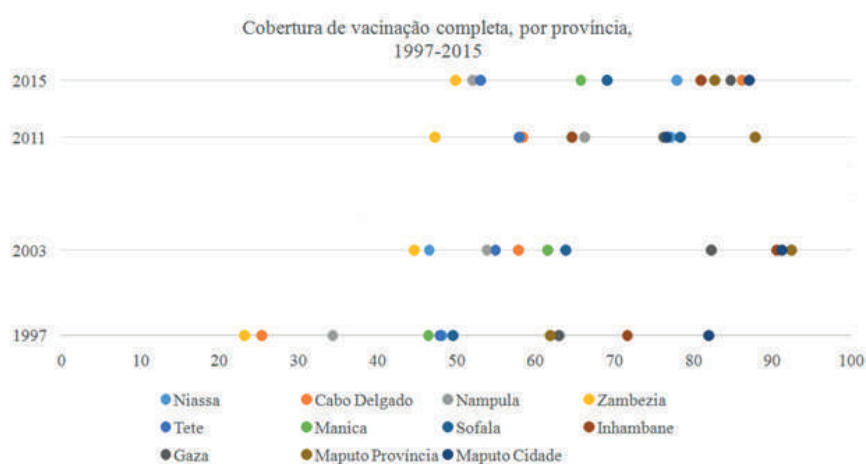


Gráfico 3. Percentagem de cobertura de vacinação completa por província

De 2003 a 2015 houve aumento de coberturas nas províncias da zona norte do país, com destaque para Cabo Delgado e Niassa (**Tabela 2.1.3**). A província de Zambézia apresentou coberturas mais baixas ao longo dos anos em análise (**Tabela 2.1.3**).

#### 2.1.4. Vacinação completa por nível de escolaridade

Em relação a cobertura vacinal completa por nível de escolaridade (gráfico 4), verifica-se uma maior cobertura ao longo dos anos em crianças cujas mães possuíam nível secundário. No entanto, a cobertura é baixa em crianças (filhos) de mães sem nível de escolaridade.

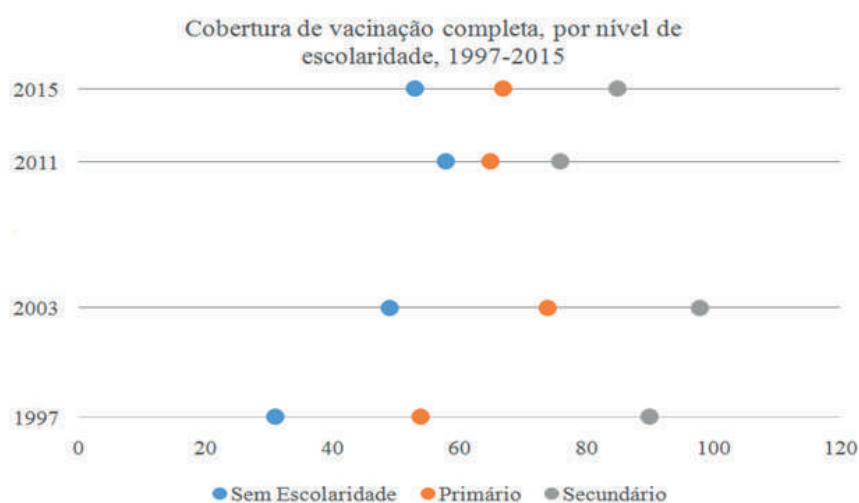


Grafico 4. Percentagem de cobertura de vacinação completa por nível de escolaridade

Em 1997, houve uma diferença acentuada de cobertura vacinal completa entre crianças cujas mães possuíam nível secundário e crianças de mães sem nível de escolaridade (rácio = 0.34). Tendo o cenário melhorado ao longo do tempo, apresentando rácios de 0.5, 0.76 e 0.62 para os anos 2003, 2011 e 2015, respectivamente (**Tabela 2.1.4**).

#### 2.1.5. Vacinação completa por quintil de riqueza

A cobertura de vacinação completa varia com o nível económico da mãe. As crianças cujas mães estão no quintil de riqueza mais elevado possuem maior cobertura de vacinação em comparação as crianças cujas mães estão no quintil de riqueza mais baixo (gráfico 5).

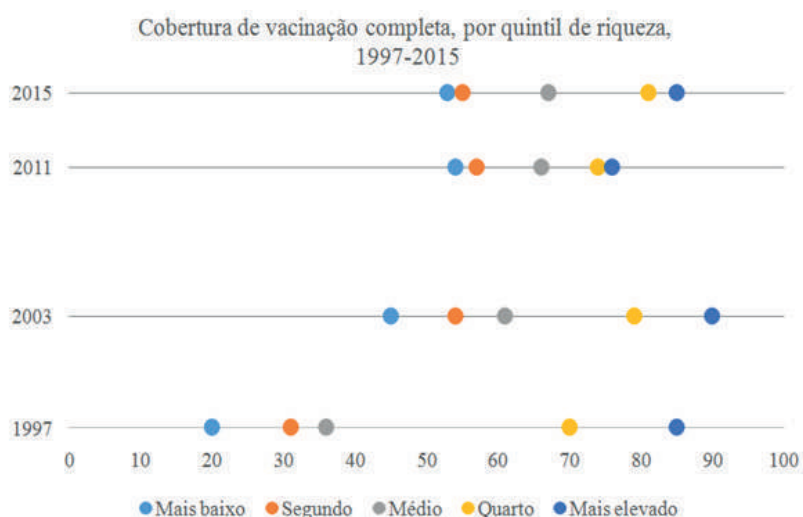


Gráfico 5. Percentagem de cobertura de vacinação completa por quintil de riqueza

Em 1997, nota-se que a diferença entre o quintil mais baixo e o quintil mais elevado foi acentuada (rácio=0.23). Este cenário foi melhorando com o decorrer dos anos até o ano 2011 (rácio=0.71), porém de 2011 a 2015 houve um ligeiro aumento da diferença de cobertura de vacinação completa entre estes quintis. Em 2015, observa-se também que o quintil mais pobre tem menores taxas de cobertura vacinal, se comparado com o quintil mais rico (gráfico 5) (Tabela 2.1.5).

## 2.2. Diarreia

Em Moçambique, a diarreia e consequente desidratação constituem ainda uma das principais causas de mortalidade em crianças menores de cinco anos. Sendo os episódios repetidos de diarreia, uma das causas subjacentes mais importante da malnutrição calórico-proteica grave. O Ministério da Saúde em colaboração com seus parceiros desenvolveu um programa para diminuição da mortalidade devido a diarreia, baseando-se na estratégia do aumento da ingestão de líquidos e na continuação da alimentação durante os episódios de diarreia. A utilização da Terapêutica de Rehidratação Oral (TRO), quer com os pacotes de Sais de Rehidratação Oral (SRO), quer com a preparação de misturas caseiras apropriadas continua a ser amplamente divulgada. De acordo com o programa desenvolvido, os pacotes de SRO são distribuídos em todas as unidades sanitárias do país, farmácias e agentes polivalentes elementares de saúde (APEs).

### 2.2.1. Aconselhamento ou tratamento de diarreia por sexo

O gráfico 6 mostra a percentagem de crianças menores de cinco anos que tiveram diarreia nas duas semanas anteriores aos inquéritos e para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária ou junto de um profissional de saúde.

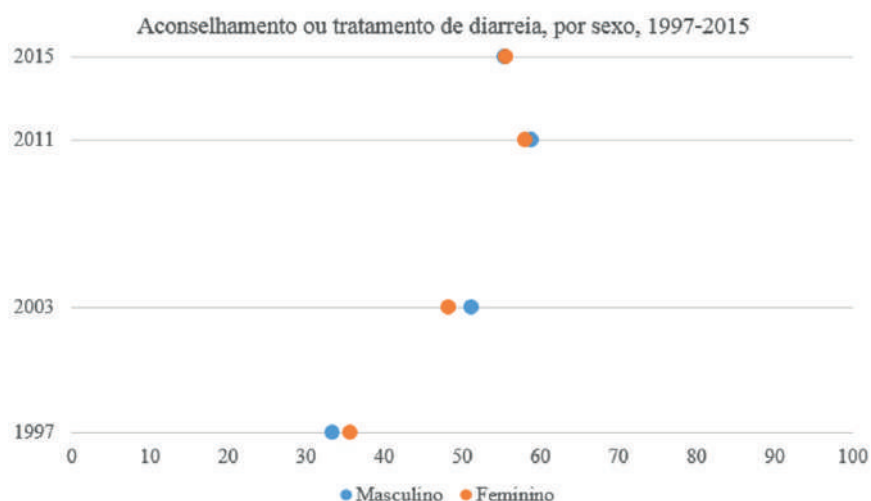


Gráfico 6. Distribuição das taxas de aconselhamento ou tratamento de diarreia por sexo

De 1997 a 2011 verificou-se um aumento da percentagem de crianças com diarreia para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento de diarreia (gráfico 6). Em 2015, houve uma diminuição da taxa de aconselhamento ou tratamento em ambos sexos comparativamente ao ano 2011 (com rácios de 1.0 e 0.98 respectivamente) (**Tabela 2.2.1**).

## 2.2.2. Aconselhamento ou tratamento de diarreia por idade

Nota-se que de 1997 à 2011, com excepção do ano 2011, a percentagem de crianças com diarreia para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento de diarreia foi maior nos grupos etários dos 6-11 meses e dos 12-23 meses comparado com o primeiro (<6) e o último intervalo (24-35) de idades (gráfico 7) (**Tabela 2.2.2**).

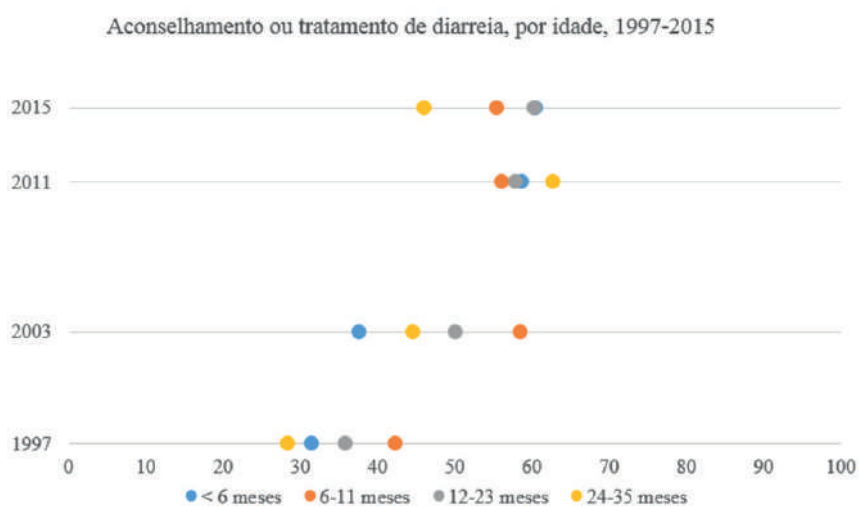


Gráfico 7. Distribuição das taxas de aconselhamento ou tratamento de diarreia por idade

### 2.2.3. Aconselhamento ou tratamento de diarreia por área de residência

A percentagem de crianças com diarreia para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento de diarreia é mais elevada nas zonas urbanas relativamente as zonas rurais ao longo dos anos em análise, com excepção do ano 1997 (gráfico 8).

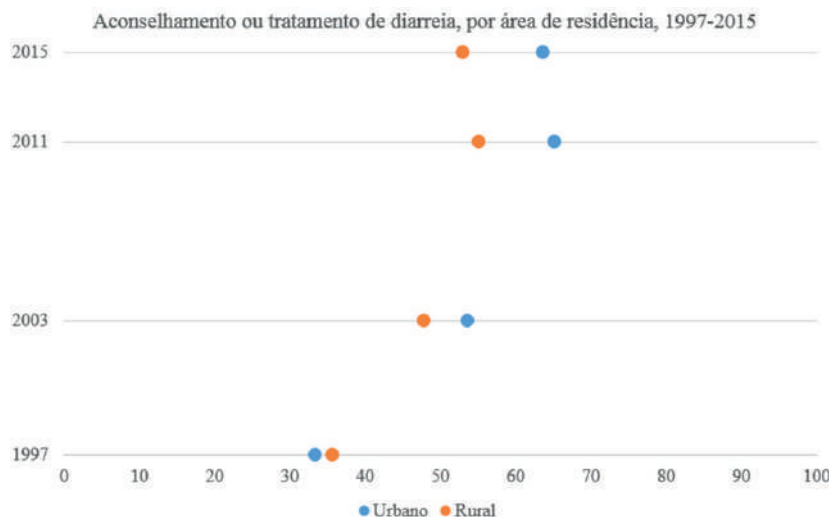


Gráfico 8. Distribuição das taxas de aconselhamento ou tratamento de diarreia por área de residência

Em 2015, para ambas zonas registou-se um aumento da taxa de aconselhamento ou tratamento de diarreia relativamente aos anos de 1997 e 2003 (com rácios de 1.07, 0.89 e 0.83 para os anos 1997, 2003 e 2015, respectivamente) (Tabela 2.2.3).

### 2.2.4. Aconselhamento ou tratamento de diarreia por quintil de riqueza

Existe uma variação na distribuição das taxas de aconselhamento ou tratamento de diarreia ao longo dos anos por quintil de riqueza (gráfico 9), onde verifica-se uma tendência crescente de 1997 a 2011 para todos os quintis.

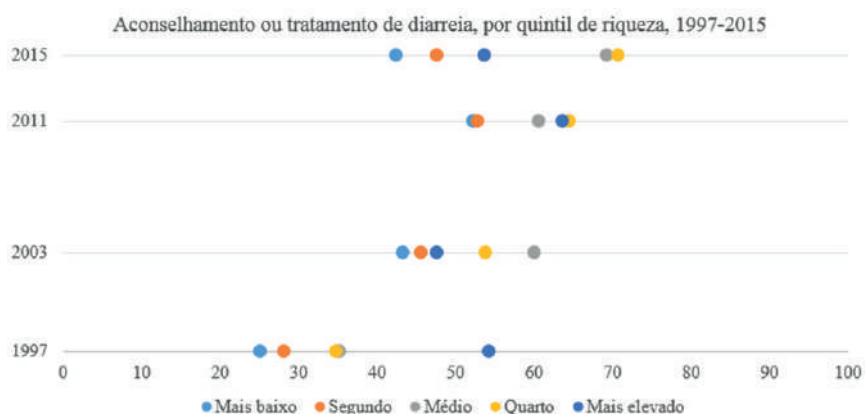


Gráfico 9. Distribuição das taxas de aconselhamento ou tratamento de diarreia por quintil de riqueza

Em 2015, registou-se um aumento das taxas relativamente a 1997, com destaque para o quarto quintil (**Tabela 2.2.4**).

## 2.2.5. Crianças com diarreia que receberam sais de reidratação oral

### 2.2.5.1. Crianças com diarreia que receberam sais de reidratação oral por sexo

O gráfico 10 mostra a percentagem de crianças menores de cinco anos que teve diarreia nas duas semanas anteriores aos inquéritos e que receberam SRO.

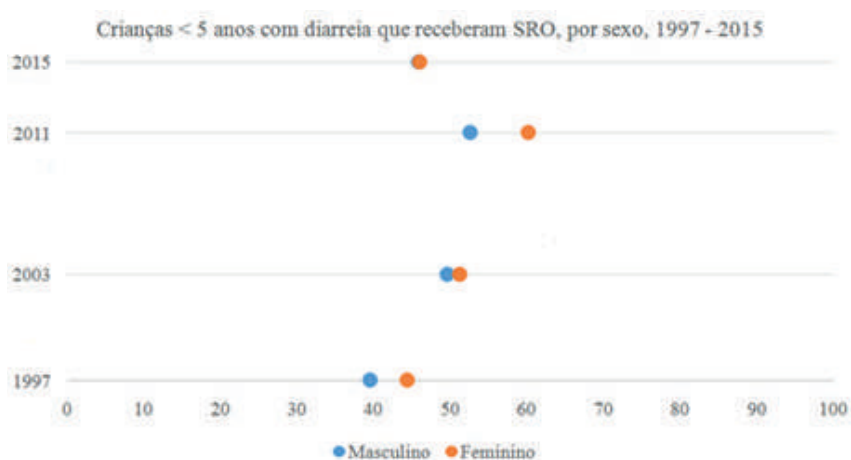


Gráfico 10. Percentagem de crianças menores de cinco anos com diarreia que receberam sais de reidratação oral (SRO), por sexo

Em 2015 houve menor cobertura comparativamente aos anos anteriores. Contudo, ainda nesse ano, verificou-se que a desigualdade entre sexos foi menor (**Tabela 2.2.5.1**).

### 2.2.5.2. Crianças com diarreia que receberam sais de reidratação oral por idade

Nota-se que de 2011 a 2015 a percentagem de crianças que receberam sais de reidratação oral foi maior no grupo etário dos 12-23 meses comparado com o primeiro (<6) e o último intervalo (24-35) de idades (gráfico 11) (**Tabela 2.2.5.2**).

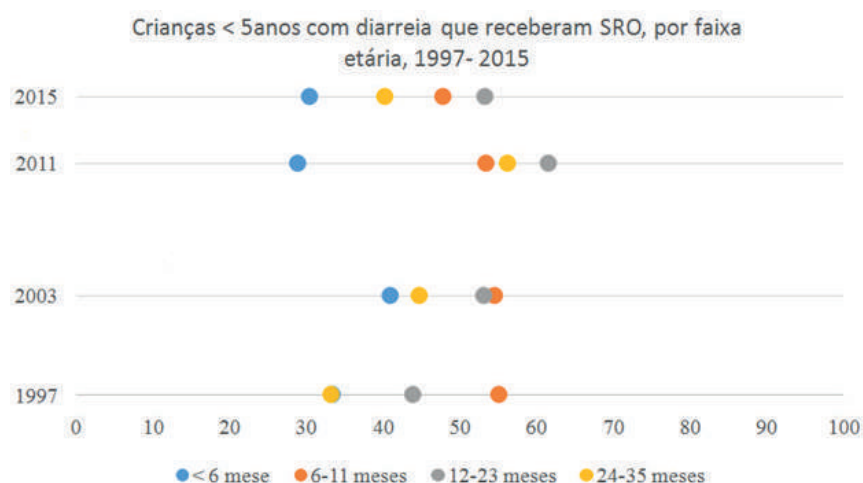


Gráfico 11. Percentagem de crianças menores de cinco anos com diarreia que receberam sais de reidratação oral (SRO) por idade

### 2.2.5.3. Crianças com diarreia que receberam sais de reidratação oral por área de residência

As percentagens de crianças menores de cinco anos que tiveram diarreia nas duas semanas anteriores aos inquéritos e que receberam SRO são mais elevadas nas zonas urbanas relativamente as zonas rurais (gráfico 12).

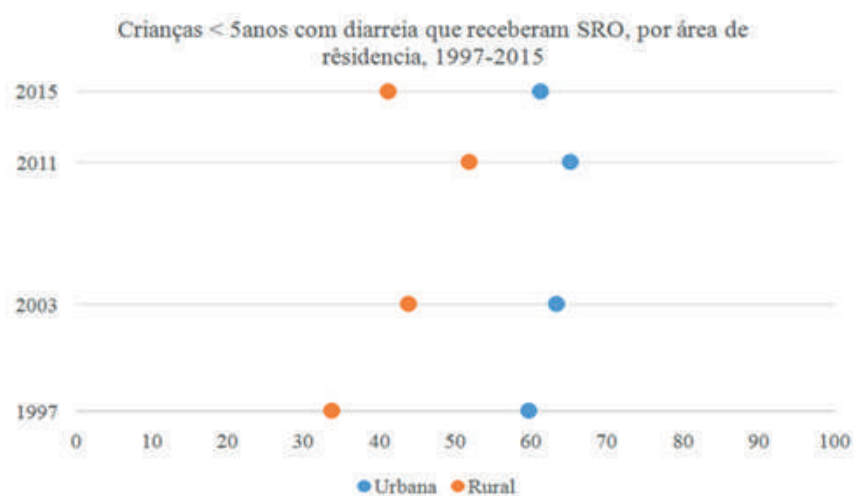


Gráfico 12. Percentagem de crianças menores de cinco anos com diarreia que receberam SRO por área de residência

Observa-se também um padrão de desigualdades estacionário ao longo dos anos (gráfico 12) (Tabela 2.2.5.3).

## 2.3. Febre

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

### 2.3.1. Ocorrência de casos de febre, por sexo

De 2003 a 2011, houve uma tendência decrescente da taxa de febre para ambos os sexos (gráfico 13).

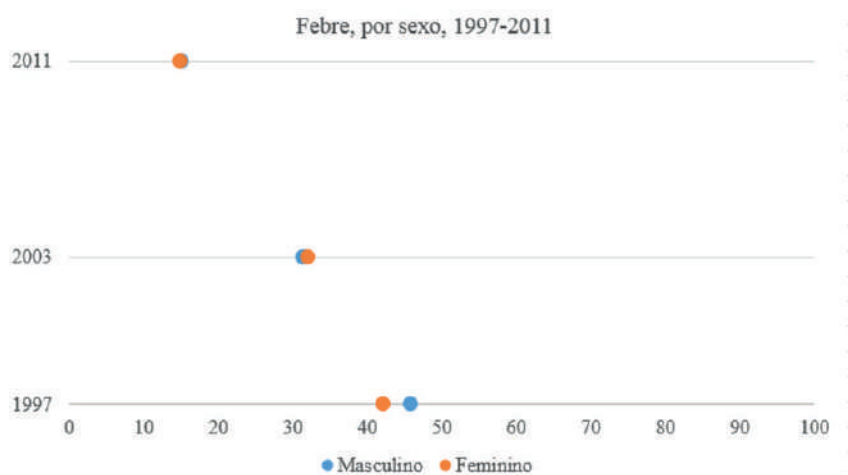


Gráfico 13. Distribuição das taxas de ocorrência de febre por sexo

Com exceção do ano de 1997 em que a ocorrência de febre foi ligeiramente maior nos meninos, de 2003 a 2011 foi igual em ambos sexos (gráfico 13) (**Tabela 2.3.1**).

### 2.3.2. Ocorrência de casos de febre por idade

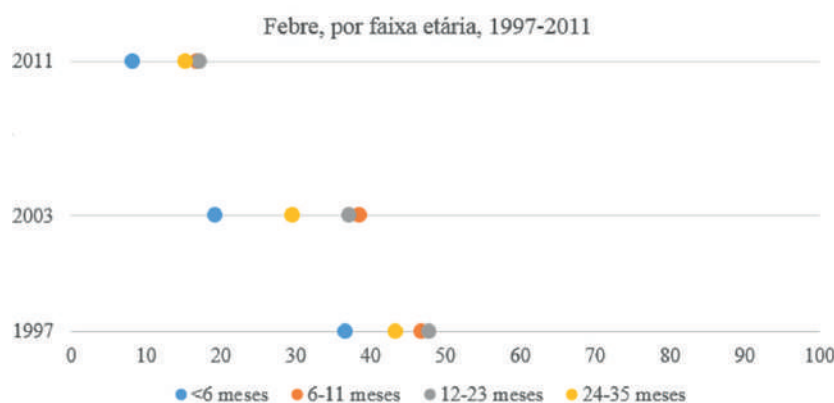


Gráfico 14. Distribuição das taxas da ocorrência de casos de febre por idade

Para os grupos de idades dos 6-11 meses e dos 12-23 meses as taxas são altas nos anos avaliados, embora se registre dentro de cada grupo um decréscimo acentuado nas taxas em 2011 quando comparadas aos anos de 1997 e 2003 (gráfico 14) (**Tabela 2.3.2**).

### 2.3.3. Ocorrência de casos de febre por área de residência

Com a exceção do ano 1997, a febre foi sempre ligeiramente mais alta na zona rural que na urbana (gráfico 15).

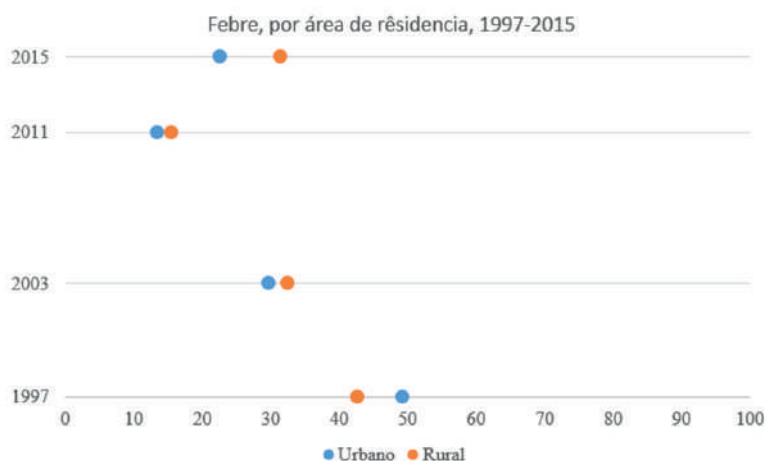


Gráfico 15. Distribuição das taxas de febre por área de residência

Em 2015 o gráfico mostra diminuição das taxas de febre nas duas áreas residenciais relativamente ao ano 1997 (com rácios de 1.4 e 0.9, respectivamente) (**Tabela 2.3.3**).

### 2.3.4. Ocorrência de casos de febre por quintil de riqueza

Como pode-se observar no gráfico 16, não existe grande diferença no comportamento da febre ao longo dos vários quintis, ou seja, o quintil de riqueza parece não ter uma grande influência na distribuição de febre.

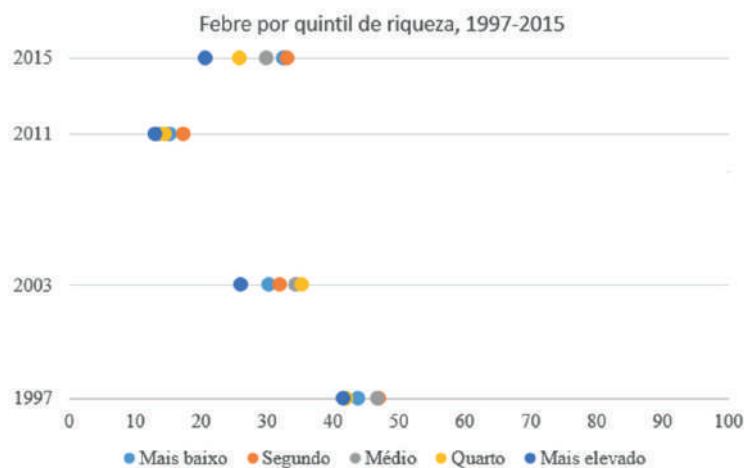


Gráfico 16. Distribuição das taxas de febre por quintil de riqueza

Em 2015 verificou-se aumento da prevalência da febre em todos os quintis relativamente aos anos anteriores (gráfico 16) (**Tabela 2.3.4**).

## 2.4. Síntomas de infecção respiratória (tosse)

Estima-se que 19% de todas as mortes de crianças menores de cinco anos em todo mundo são causadas por Infecções Respiratórias Agudas (IRA). O diagnóstico e tratamento imediato é considerado o melhor procedimento para minimizar a mortalidade causada por esta doença. Um dos sintomas de IRA mais fácil de reconhecer é a tosse acompanhada de respiração curta e rápida (OMS 2012).

### 2.4.1. Crianças com sintomas de infecção respiratória por sexo

O gráfico 17 mostra a percentagem de crianças menores de cinco anos com sintomas de IRA, para quais foi procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária ou junto de um profissional de saúde. Em 2015 pode-se verificar que houve um aumento da percentagem de crianças com tosse em ambos sexos relativamente ao ano 2011 (com rácios de 0.97 e 0.98, respectivamente).

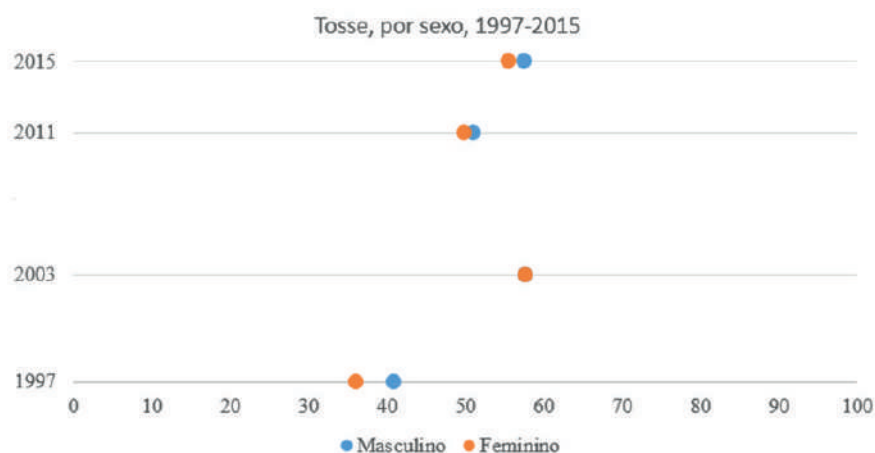


Gráfico 17. Percentagem de crianças com sintomas de infecção respiratória (tosse) nas últimas duas semanas antes do inquérito, por sexo

Em 2015 observa-se também que houve uma ligeira diferença entre ambos sexos (rácio= 0.97) (gráfico 17) (**Tabela 2.4.1**).

#### 2.4.2. Crianças com sintomas de infecção respiratória por idade

De acordo com o gráfico 18, observa-se que a percentagem de crianças com tosse aumentou em 2015 relativamente aos anos anteriores.

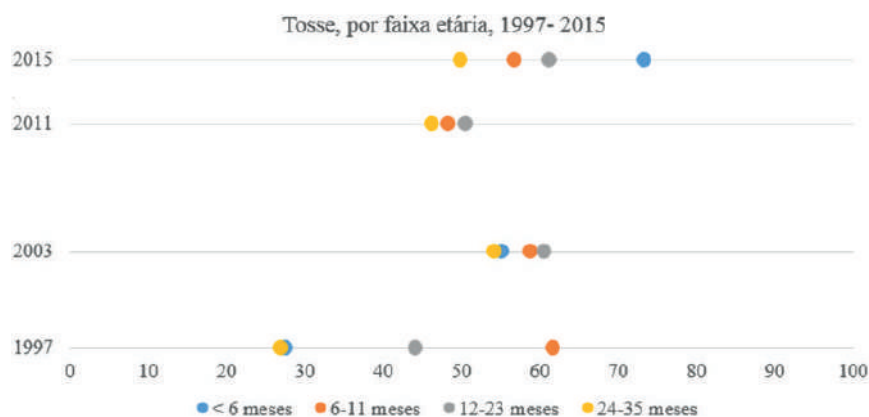


Gráfico 18. Percentagem de crianças com sintomas de infecção respiratória (tosse) nas duas semanas antes do inquérito por faixa etária

Em 2015 observou-se também que o maior número de casos de tosse foi nos grupos de idade dos < 6 meses e dos 12-23 meses (gráfico 18) (**Tabela 2.4.2**).

### 2.4.3. Crianças com sintomas de infecção respiratória por área de residência

Em 2015 houve aumento da percentagem de casos de tosse em crianças em zonas rurais relativamente aos anos de 1997 e 2011 (com rácios de 0.85, 0.44 e 0.66, respectivamente) (gráfico 19).

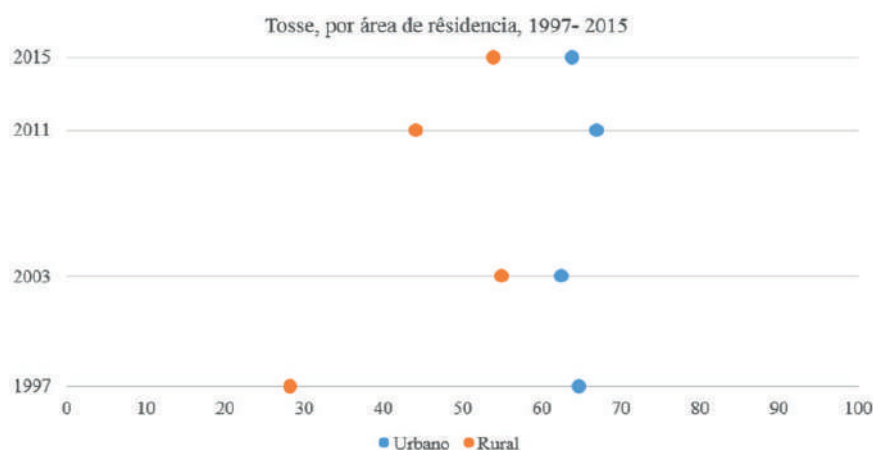


Gráfico 19. Percentagem de crianças com sintomas de infecção respiratória (tosse) nas duas semanas antes do inquérito por área de residência

Em 2015, observa-se que a percentagem de casos de tosse em crianças em zonas urbanas foi inferior em comparação ao ano 2011 (**Tabela 2.4.3**).

### 2.4.4. Crianças com sintomas de infecção respiratória por nível de escolaridade

Em 2015 verificou-se uma maior percentagem de casos de crianças com tosse em todos os níveis de educação da mãe relativamente ao ano 2011, com destaque para as crianças de mães sem escolaridade (gráfico 20) (**Tabela 2.4.4**).

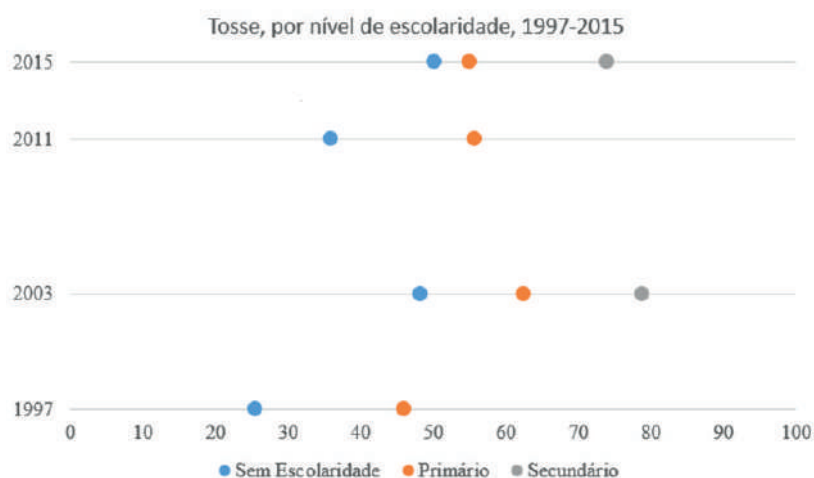


Gráfico 20. Percentagem de crianças com sintomas de infecção respiratória (Tosse) nas duas semanas antes do inquérito por nível de escolaridade

### 2.4.5. Crianças com sintomas de infecção respiratória por quintil de riqueza

De 1997 a 2011, é possível observar um aumento da percentagem de crianças com tosse (gráfico 21).

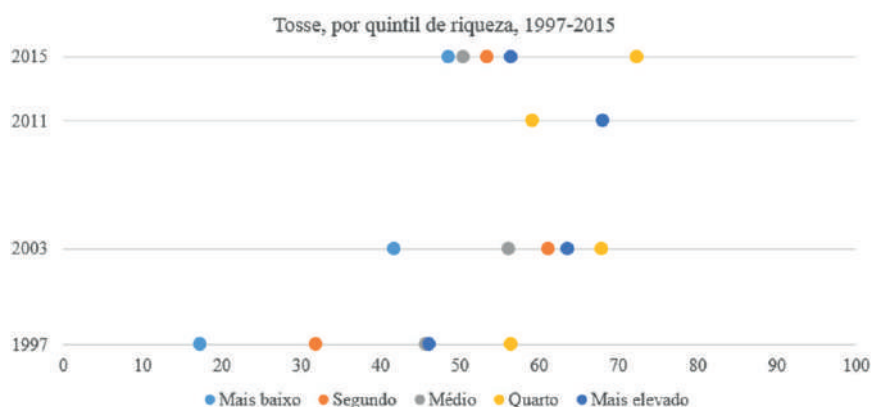


Gráfico 21. Percentagem de crianças com sintomas de infecção respiratória (tosse) nas duas semanas antes do inquérito por quintil de riqueza

Em 2015 verificou-se um aumento de casos de tosses em todos os quintis relativamente a 1997, com destaque para o quarto quintil (com rácios de 0.86 e 0.38, respectivamente) (**Tabela 2.4.5**).

## LISTA DE TABELAS

Para mais informação sobre a saúde de crianças menores de cinco anos, consulte as seguintes tabelas:

---

Tabela 2.1.1	Vacinação completa por sexo
Tabela 2.1.2.	Vacinação completa por área de residência
Tabela 2.1.3.	Vacinação completa por província
Tabela 2.1.4.	Vacinação completa por nível de escolaridade
Tabela 2.1.5.	Vacinação completa por quintil de riqueza
Tabela 2.2.1.	Aconselhamento ou tratamento de diarreia por sexo
Tabela 2.2.2.	Aconselhamento ou tratamento de diarreia por idade
Tabela 2.2.3.	Aconselhamento ou tratamento de diarreia por área de residência
Tabela 2.2.4.	Aconselhamento ou tratamento de diarreia por quintil de riqueza
Tabela 2.2.5.1.	Crianças com diarreia que receberam sais de reidratação oral por sexo
Tabela 2.2.5.2.	Crianças com diarreia que receberam sais de reidratação oral por idade
Tabela 2.2.5.3.	Crianças com diarreia que receberam sais de reidratação oral por área de residência
Tabela 2.3.1.	Ocorrência de casos de febre por sexo
Tabela 2.3.2.	Ocorrência de casos de febre por idade
Tabela 2.3.3.	Ocorrência de casos de febre por área de residência
Tabela 2.3.4.	Ocorrência de casos de febre por quintil de riqueza
Tabela 2.4.1.	Crianças com sintomas de infecção respiratória (tosse) por sexo
Tabela 2.4.2.	Crianças com sintomas de infecção respiratória (tosse) por idade
Tabela 2.4.3.	Crianças com sintomas de infecção respiratória (tosse) por área de residência
Tabela 2.4.4.	Crianças com sintomas de infecção respiratória (tosse) por nível de escolaridade
Tabela 2.4.5.	Crianças com sintomas de infecção respiratória (tosse) por quintil de riqueza

**Tabela 2.1.1 Vacinação completa por sexo**

Percentagem de crianças de 12-23 meses por sexo, que receberam vacinas específicas em algum momento antes das entrevistas dos inquéritos (segundo o cartão de vacinas ou afirmação da mãe) (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

	SEXO		
	Masculino (M)	Feminino (F)	Rácio F/M
2015	68.1	63.5	0.93
2011	63.5	64.6	1.02
2003	63.8	62.7	0.98
1997	47.5	47.1	0.99

**Tabela 2.1.2. Vacinação completa por área de residência**

Percentagem de crianças de 12-23 meses por área de residência, que receberam vacinas específicas em algum momento antes das entrevistas dos inquéritos (segundo o cartão de vacinas ou afirmação da mãe) (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

	ÁREA DE RESIDÊNCIA		
	Urbano	Rural	Rácio Rural/Urbano
2015	77.9	61.7	0.79
2011	75	60	0.80
2003	80.5	56	0.70
1997	85	36.4	0.43

**Tabela 2.1.3. Vacinação completa por província**

Percentagem de crianças de 12-23 meses por província, que receberam vacinas específicas em algum momento antes das entrevistas dos inquéritos (segundo o cartão de vacinas ou afirmação da mãe) (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

PROVÍNCIA												
	Niassa	Cabo Delgado	Nampula	Zambézia	Tete	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo Província	Maputo Cidade	Rácio menor cobertura/ maior cobertura
2015	78	86.2	52.1	49.9	53.1	65.8	69.1	81	84.8	82.8	87.1	0.57
2011	77.2	58.5	66.3	47.3	58	64.6	78.4	64.7	76.3	87.9	76.7	0.54
2003	46.6	57.9	53.9	44.7	55	61.6	63.9	90.6	82.3	92.5	91.3	0.48
1997	48.2	25.4	34.4	23.2	48	46.5	49.6	71.7	63	61.9	82	0.32

**Tabela 2.1.4. Vacinação completa por nível de escolaridade**

Percentagem de crianças de 12-23 meses por nível de escolaridade, que receberam vacinas específicas em algum momento antes das entrevistas dos inquéritos (segundo o cartão de vacinas ou afirmação da mãe) (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

NÍVEL DE ESCOLARIDADE					
	Sem Escolaridade	Primário	Secundário	Educação superior	Rácio Sem escolaridade/ Secundário
2015	52.5	67.2	84.7	-	0.62
2011	58.1	65.2	76	66.9	0.76
2003	48.6	73.6	97.6	-	0.50
1997	30.6	54.3	89.5	-	0.34

**Tabela 2.1.5. Vacinação completa por quintil de riqueza**

Percentagem de crianças de 12-23 meses por quintil de riqueza, que receberam vacinas específicas em algum momento antes das entrevistas dos inquéritos (segundo o cartão de vacinas ou afirmação da mãe) (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

QUINTIL DE RIQUEZA						
	Mais baixo	Segundo	Médio	Quarto	Mais elevado	Rácio mais baixo/ mais elevado
2015	52.7	54.5	67.1	81	85.1	0.62
2011	53.8	57.3	66.3	73.5	75.5	0.71
2003	45.2	53.6	60.9	78.7	90.3	0.50
1997	19.7	30.8	35.6	69.5	85.3	0.23

**Tabela 2.2.1. Aconselhamento ou tratamento de diarreia por sexo**

Percentagem de crianças menores de cinco anos por sexo, que tiveram diarreia nas duas semanas anteriores as entrevistas dos inquéritos, para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária ou junto de um profissional de saúde

SEXO			
	Masculino (M)	Feminino (F)	Rácio F/M
2015	55.5	55.6	1.00
2011	58.9	58	0.98
2003	51.2	48.2	0.94
1997	33.4	35.7	1.07

**Tabela 2.2.2. Aconselhamento ou tratamento de diarreia por idade**

Percentagem de crianças menores de cinco anos por idade, que tiveram diarreia nas duas semanas anteriores as entrevistas dos inquéritos, para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária ou junto de um profissional de saúde

	IDADE						Rácio menor idade/menor idade
	< 6 meses	6-11 meses	12-23 meses	24-35 meses	36-47 meses	48-59 meses	
2015	60.5	55.5	60.3	46	52.2	56.9	1.32
2011	58.7	56.2	57.9	62.7	49.2	47.4	0.94
2003	37.7	58.6	50.2	44.7			0.84
1997	31.5	42.3	35.8	28.5			1.11

**Tabela 2.2.3. Aconselhamento ou tratamento de diarreia por área de residência**

Percentagem de crianças menores de cinco anos por área de residência, que tiveram diarreia nas duas semanas anteriores as entrevistas dos inquéritos, para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária ou junto de um profissional de saúde

	ÁREA DE RESIDÊNCIA		
	Urbano	Rural	Rácio Rural/Urbano
2015	63.6	53	0.83
2011	65.2	55.2	0.85
2003	53.6	47.8	0.89
1997	33.4	35.7	1.07

**Tabela 2.2.4. Aconselhamento ou tratamento de diarreia por quintil de riqueza**

Percentagem de crianças menores de cinco anos por quintil de riqueza, que tiveram diarreia nas duas semanas anteriores as entrevistas dos inquéritos, para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária ou junto de um profissional de saúde

	QUINTIL DE RIQUEZA					Rácio mais baixo/menos elevado
	Mais baixo	Segundo	Médio	Quarto	Mais elevado	
2015	42.4	47.7	69.3	70.8	53.7	0.79
2011	52.2	52.8	60.6	64.6	63.6	0.82
2003	43.3	45.6	60	53.8	47.6	0.91
1997	25.2	28.1	35.3	34.8	54.3	0.46

**Tabela 2.2.5.1. Crianças com diarreia que receberam sais de rehidratação oral, por sexo**

Percentagem de crianças menores de cinco anos por sexo, que tiveram diarreia nas duas semanas anteriores as entrevistas dos inquéritos, que receberam sais de rehidratação oral

	SEXO		
	Masculino (M)	Feminino (F)	Rácio F/M
2015	45.9	46.0	1.00
2011	51.9	58.3	1.12
2003	47.3	49.8	1.05
1997	39.6	44.4	1.12

**Tabela 2.2.5.2. Crianças com diarreia que receberam sais de rehidratação oral, por idade**

Percentagem de crianças menores de cinco anos, por idade, que tiveram diarreia nas duas semanas anteriores as entrevistas dos inquéritos, que receberam sais de rehidratação oral

	IDADE				Rácio menor idade/menor idade
	<6 meses	6-11 meses	12-23 meses	24-35 meses	
2015	30.5	47.9	53.3	40.2	0.76
2011	28.9	53.5	61.6	56.3	0.51
2003	40.9	54.6	53.2	44.8	0.91
1997	33.4	55.1	42.9	33.2	1.01

**Tabela 2.2.5.3. Crianças com diarreia que receberam sais de rehidratação oral, por área de residência**

Percentagem de crianças menores de cinco anos por área de residência, que tiveram diarreia nas duas semanas anteriores as entrevistas dos inquéritos, que receberam sais de rehidratação oral

	ÁREA DE RESIDÊNCIA		
	Urbano	Rural	Rácio Rural/Urbano
2015	61.2	41.2	0.67
2011	65.3	50.4	0.77
2003	62.2	41.7	0.67
1997	59.7	33.7	0.56

**Tabela 2.3.1. Ocorrência de casos de febre por sexo**

Percentagem de crianças menores de cinco anos por sexo, que tiveram febre nas duas semanas antes dos inquéritos (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

	SEXO		
	Masculino (M)	Feminino (F)	Rácio F/M
2015	*	*	-
2011	15	14.9	0.99
2003	31.4	32.1	1.02
1997	45.8	42.2	0.92

Nota: Percentagens não são apresentadas no IMASIDA 2015(\*)

**Tabela 2.3.2. Ocorrência de casos de febre por idade**

Percentagem de crianças menores de cinco anos por idade, que tiveram febre nas duas últimas semanas antes dos inquéritos (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

	IDADE				Rácio menor idade/menor idade
	<6 meses	6-11 meses	12-23 meses	24-35 meses	
2015	*	*	*	*	-
2011	8.2	16.8	17.2	15.2	0.54
2003	19.2	38.6	37.1	29.5	0.65
1997	36.6	46.8	47.8	43.3	0.85

Nota: Percentagens não são apresentadas no IMASIDA 2015(\*)

**Tabela 2.3.3. Ocorrência de casos de febre por área de residência**

Percentagem de crianças menores de cinco anos por área de residência, que tiveram febre nas duas semanas antes dos inquéritos (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

	ÁREA DE RESIDÊNCIA		
	Urbano	Rural	Rácio Rural/Urbano
2015	22.6	31.4	1.4
2011	13.5	15.5	1.1
2003	29.8	32.5	1.1
1997	49.2	42.7	0.9

**Tabela 2.3.4. Ocorrência de casos de febre por quintil de riqueza**

Percentagem de crianças menores de cinco anos por quintil de riqueza, que tiveram febre nas duas semanas antes dos inquéritos (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

QUINTIL DE RIQUEZA						
	Mais baixo	Segundo	Médio	Quarto	Mais elevado	Rácio mais baixo / mais elevado
2015	32.6	33.2	29.9	25.8	20.7	1.57
2011	15.4	17.4	13.7	14.6	13	1.18
2003	30.4	32	34.5	35.4	26.1	1.16
1997	43.8	47	46.9	42	41.6	1.05

**Tabela 2.4.1. Crianças com sintomas de infecção respiratória (tosse) por sexo**

Percentagem de crianças menores de cinco anos por sexo, com sintomas de infecção respiratória aguda (IRA), para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária / profissional de saúde (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

SEXO			
	Masculino (M)	Feminino (F)	Rácio F/M
2015	57.5	55.5	0.97
2011	51	49.9	0.98
2003	57.7	57.6	1.00
1997	40.9	36	0.88

**Tabela 2.4.2. Crianças com sintomas de infecção respiratória (tosse) por idade**

Percentagem de crianças menores de cinco anos por idade, com sintomas de infecção respiratória aguda (IRA), para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária / profissional de saúde (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

IDADE					
	< 6 meses	6-11 meses	12-23 meses	24-35 meses	Rácio menor idade / maior idade
2015	73.3	56.8	61.2	49.9	1.47
2011	*	48.3	50.6	46.2	
2003	55.2	58.8	60.6	54.2	1.02
1997	27.5	61.7	44.1	26.9	1.02

Nota: Percentagens baseadas em menos de 25 casos não ponderados não são apresentadas no IDS 2011(\*).

**Tabela 2.4.3. Crianças com sintomas de infecção respiratória (tosse) por área de residência**

Percentagem de crianças menores de cinco anos por área de residência, com sintomas de infecção respiratória aguda (IRA), para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária/ profissional de saúde (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

	ÁREA DE RESIDÊNCIA		
	Urbano	Rural	Rácio Rural/Urbano
2015	63.8	54	0.85
2011	67	44.1	0.66
2003	62.5	55	0.88
1997	64.8	28.3	0.44

**Tabela 2.4.4. Crianças com sintomas de infecção respiratória (tosse) por nível de escolaridade**

Percentagem de crianças menores de cinco anos por nível de escolaridade, com sintomas de infecção respiratória aguda (IRA), para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária/ profissional de saúde (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

	NÍVEL DE ESCOLARIDADE			
	Sem Escolaridade	Primário	Secundário	Rácio Sem escolaridade/ Secundário
2015	50.1	55	74	0.68
2011	35.9	55.6		
2003	48.2	62.4	78.7	0.61
1997	25.5	46		

**Tabela 2.4.5. Crianças com sintomas de infecção respiratória (tosse) por quintil de riqueza**

Percentagem de crianças menores de cinco anos por quintil de riqueza, com sintomas de infecção respiratória aguda (IRA), para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária/ profissional de saúde (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

	QUINTIL DE RIQUEZA					Rácio Mais baixo/Mais elevado
	Mais baixo	Segundo	Médio	Quarto	Mais elevado	
2015	48.6	53.4	50.4	72.3	56.5	0.86
2011				59.2	68	
2003	41.7	61.2	56.2	67.9	63.6	0.66
1997	17.3	31.9	45.8	56.5	46.1	0.38



## ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS E ADOLESCENTES

**E**ste capítulo aborda sobre o estado nutricional de crianças menores de cinco anos e adolescentes. Apresenta informação sobre a desnutrição crónica em crianças e o estado nutricional das adolescentes moçambicanas durante o período de 1997 à 2011.

	<b>Variáveis analisadas</b>
<b>Crianças menores de 59 meses de idade</b>	Desnutrição crónica: relação entre altura e idade ou índice altura para idade (A/I)
<b>Adolescentes dos 15 aos 19 anos de idade</b>	Estado nutricional: índice de massa corporal (IMC), suplementação de micronutrientes (ferro, vitamina A) e desparasitação.

### **3. Estado nutricional de crianças menores de cinco anos.**

Uma boa nutrição é um direito básico da criança. A desnutrição não resulta apenas da ingestão de poucos alimentos, mas também de uma combinação de factores: insuficiência de proteínas, energia e micronutrientes, infecções ou doenças frequentes, maus cuidados e más práticas alimentares, serviços de saúde inadequados e saneamento impróprio (UNICEF, 2017).

Uma criança malnutrida apresenta menor probabilidade de um bom aproveitamento escolar, sendo também susceptível de contrair infecções e de sofrer doenças crónicas na idade adulta. Estima-se que as crianças bem nutridas contribuem para a riqueza promovendo o producto interno bruto (PIB) nacional em até 11% (UNICEF, 2017).

#### **3.1. Desnutrição crónica.**

A relação entre altura e idade ou o índice altura para idade (A/I) é um indicador que reflecte uma situação de desnutrição crónica. A desnutrição crónica ou baixa altura para idade inicia-se antes mesmo de a criança nascer, sendo causada por nutrição materna inadequada e hábitos alimentares inadequados da criança, bem como infecções frequentes, sobretudo durante a gravidez e nos primeiros dois anos de vida.

A desnutrição crónica tem muitas causas subjacentes, que incluem as deficiências nas práticas de cuidados e alimentação, a baixa escolaridade materna, o baixo poder de decisão por parte das mulheres, a pobreza e a gravidez na adolescência, bem com o acesso aos serviços de saúde, água potável e saneamento (UNICEF, 2014).

##### **3.1.1. Desnutrição crónica por sexo**

O gráfico 22 mostra a percentagem de crianças menores de cinco anos classificadas como desnutridas, segundo o índice antropométrico do estado nutricional de altura por idade.

Fazendo uma comparação entre ambos sexos, verifica-se uma tendência quase estacionária, tendo a desnutrição crónica mantido-se praticamente inalterada entre 1997 e 2011 (cujos rácios situavam-se entre 0.96 e 0.91, respectivamente).

Em 2003 houve uma ligeira subida da taxa de desnutrição crónica em ambos sexos (rácio = 0.90) comparativamente ao ano 2011 (gráfico 22) (**Tabela 3.1.1**).

### 3.1.2. Desnutrição crónica por idade

De 1997 a 2011 verificou-se um aumento da percentagem de crianças com desnutrição crónica (cujos rácios situavam-se em 0.39 e 0.66, respectivamente) (gráfico 23).

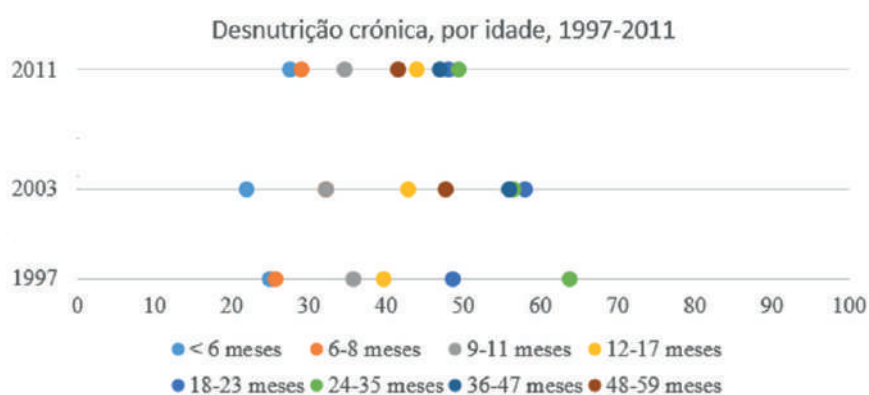


Gráfico 23. Distribuição das taxas de desnutrição crónica por idade

Nota-se também que esta percentagem foi maior no grupo etário dos 24-35 meses e dos 18-23 meses comparado com os outros intervalos de idade (gráfico 23) (**Tabela 3.1.2**).

### 3.1.3. Desnutrição crónica por área de residência

A percentagem de crianças com desnutrição crónica é mais elevada nas zonas rurais relativamente as zonas urbanas ao longo do período em análise (gráfico 24).

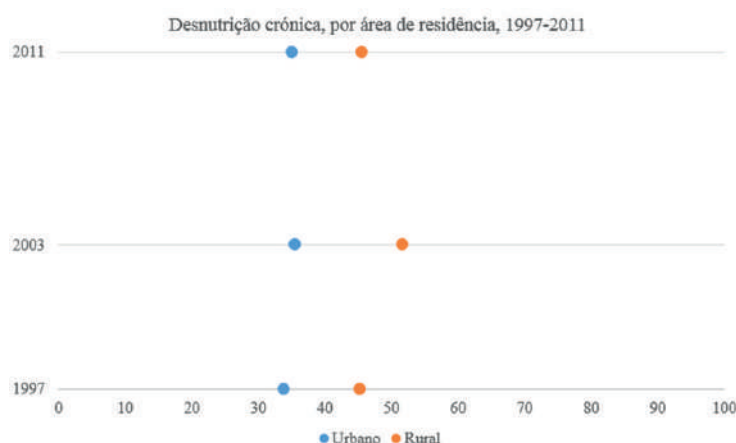


Gráfico 24. Distribuição das taxas de desnutrição crónica por área de residência

Em 2011, para zona rural registou-se uma diminuição da taxa de desnutrição crónica para comparativamente ao ano de 2003 (com rácios de 1.30 e 1.45, respectivamente) (**Tabela 3.1.3**).

### 3.1.4. Desnutrição crónica por província

Em relação à prevalência de desnutrição crónica por província (gráfico 26), verifica-se que as províncias de Nampula e Cabo Delgado apresentaram taxas mais altas no ano de 2011.

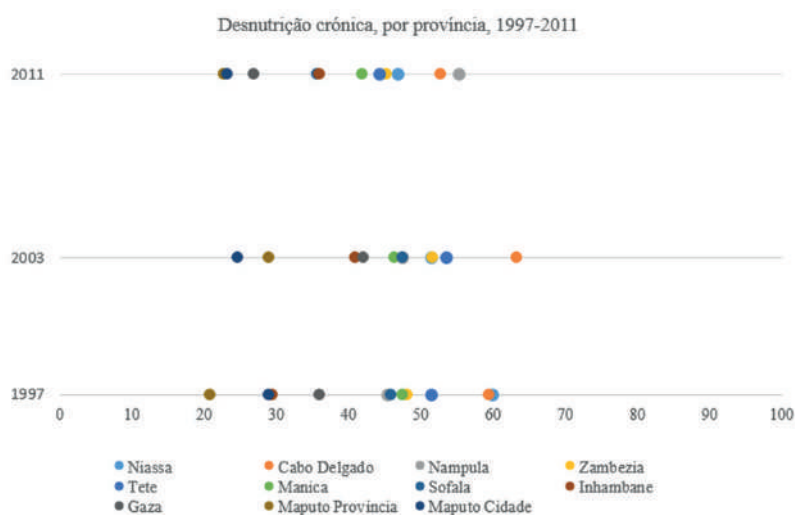


Gráfico 25. Prevalência de desnutrição crónica por província

Observa-se também que as desigualdades mantiveram-se constantes ao longo dos anos em análise, sendo menos acentuadas em 2011 (gráfico 25) (**Tabela 3.1.4**).

### 3.1.5. Desnutrição crónica por quintil de riqueza

De 1997 a 2011 é possível observar um aumento da prevalência de desnutrição crónica nos três primeiros quintis (gráfico 26).

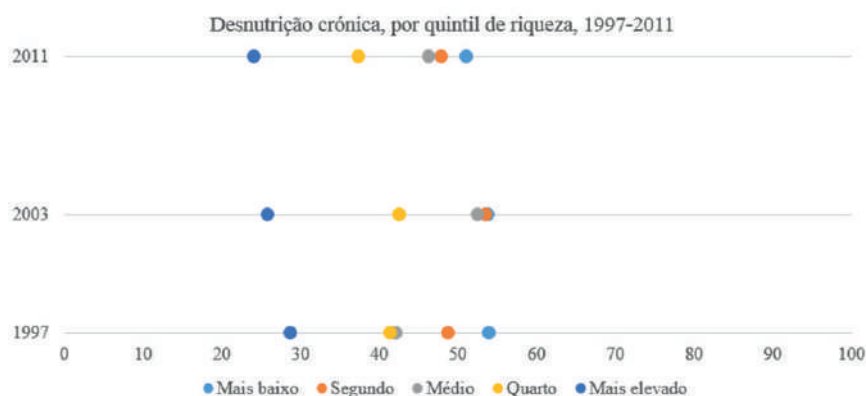


Gráfico 26. Distribuição das taxas de desnutrição crónica por quintil de riqueza

Para o quintil mais elevado registrou-se uma ligeira diminuição da taxa de desnutrição crónica ao longo do tempo comparativamente aos anos anteriores (cujos rácios para os anos 1997 e 2011 situavam-se entre de 1.88 e 2.12) (Tabela 3.1.5).

#### Mensagens-chave e Recomendações:

- o As taxas de desnutrição crónica são proporcionais ao crescimento da criança, aumentando conforme as faixas etárias aumentam. Distó se pode constatar que é necessário investir mais em actividades de educação alimentar a população mais vulnerável, sobretudo aquando da introdução de alimentos complementares na dieta da criança.
- o As condições de habitação tem uma grande influência nos resultados de desnutrição crónica. Sendo por isso, necessário melhorar a situação habitacional (tipo de infraestrutura, fornecimento de água potável, condições de saneamento) nas áreas rurais para se obter melhores resultados no que respeita a redução da prevalência de desnutrição crónica.
- o Apesar dos actuais esforços que tem vindo a ser feitos para a redução das desigualdades entre os diferentes estratos sociais, é necessário criar mais fontes de empregos e rendimento. Isto permitirá que a melhoria da situação dos menos favorecidos e o aumento de acesso a alimentos nutritivos e seguros.

## 3.2. Estado nutricional de adolescentes de 15-19 anos de idade

A análise sobre o estado nutricional das adolescentes baseou-se no quadro conceptual dos principais determinantes da saúde, contingentes aos dados existentes. Este quadro inclui os determinantes clínicos e sociais, como por exemplo, o acesso à profilaxia e suplementação nutricional.

### 3.2.1. Índices de massa corporais

O estado nutricional é um determinante e simultaneamente agravo de saúde. No presente relatório usou-se o Índice de Massa Corporal (IMC) como indicador de emagrecimento ou obesidade das adolescentes de 15-19 anos de idade. O IMC é muito fácil de medir e calcular, sendo o indicador mais usado para correlacionar o risco de problemas de saúde com o peso ao nível da população. O IMC é o peso em quilogramas dividido por altura ao quadrado em metros. Os valores de IMC considerados normais situam-se entre 18.5 e 24.9 kg/m<sup>2</sup>. Valores inferiores a 18.5 kg/m<sup>2</sup> emagrecimento ou deficiência energética crónica. Valores de 25 kg/m<sup>2</sup> ou mais indicam condições de sobrepeso ou obesidade (WHO, 2017).

A análise com base nos IMC reportados, mostrou que os extremos de malnutrição (deficiência energética crónica e sobrepeso ou obesidade) tiveram um incremento de 1997 para o ano 2011 (com rácios situados entre 0.27 e 0.48, respectivamente) (gráfico 27).

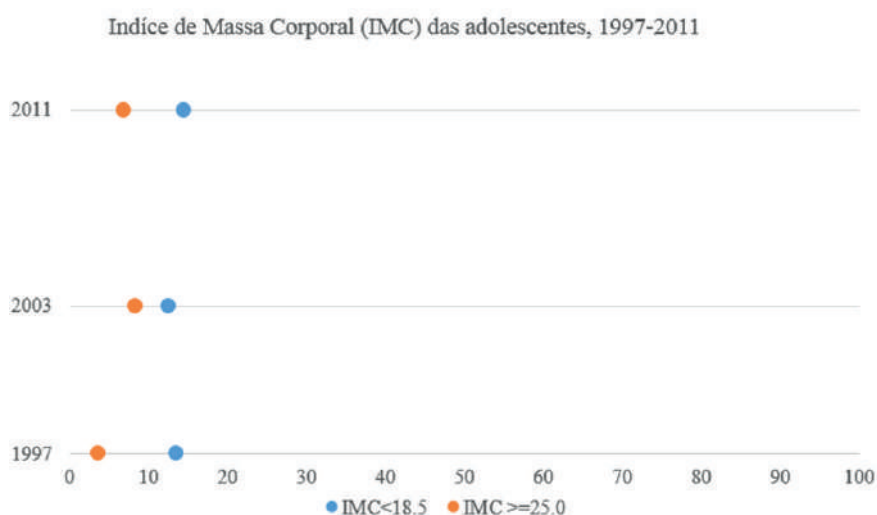


Gráfico 27. Percentagem do Índice de massa corporal das adolescentes

É de destacar que, enquanto a deficiência energética crónica aumentou (de 13.6% em 1997 para 14.5% em 2011) o sobrepeso ou obesidade quase que duplicou (de 3.7% em 1997 para 6.9% em 2011), embora de modo geral, esteja a níveis abaixo dos 20%. Importa destacar a necessidade de intervir atempadamente nestes determinantes de modo a influenciar as tendências (**Tabela 3.2.1**).

### 3.2.2. Suplementação de micronutrientes nas adolescentes

A suplementação com micronutrientes é componente das estratégias para a melhoria do estado nutricional em adolescentes do sexo feminino, incluindo aquelas grávidas. A suplementação é feita com sal ferroso, vitamina A e sal iodado; para além da suplementação nutricional, a profilaxia e tratamento de parasitoses intestinais é outra componente importante para melhoria do estado nutricional, enfocando sobretudo as grávidas (OMS, 2013).

O gráfico 30 mostra dentre as adolescentes grávidas de 15-19 anos, a percentagem que recebeu uma dose de vitamina A nos primeiros dois meses depois do nascimento da última criança, a percentagem classificada como tendo alguma anemia (menos de 11.0 gramas de hemoglobina por decilitro), a percentagem que vive em agregados familiares com sal iodado, a percentagem que tomou comprimidos de sal ferroso ou xarope por menos de 60 dias e a percentagem que tomou desparasitante durante a gravidez da última criança.

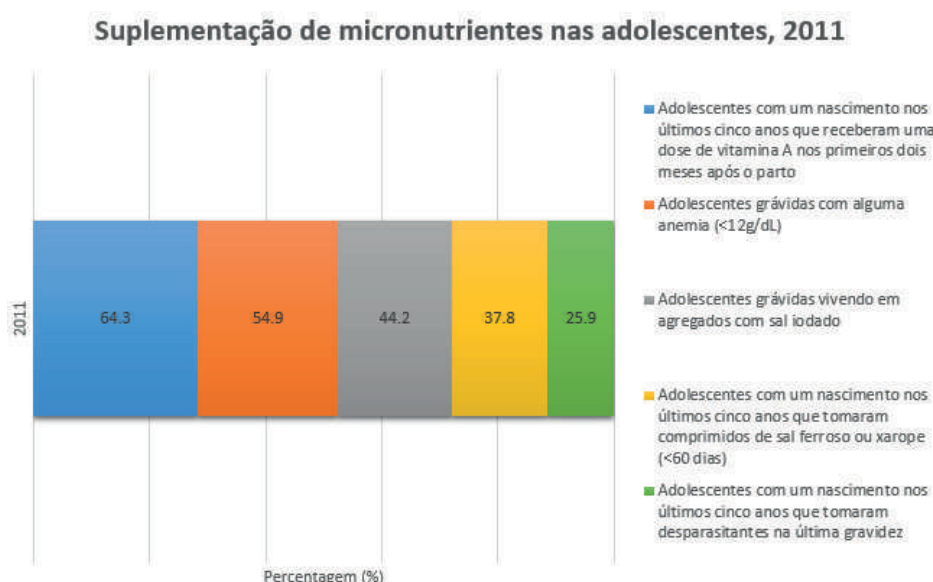


Gráfico 28. Suplementação de micronutrientes nas adolescentes

De acordo com parâmetros indicativos de micronutrientes, tais como ferro, vitamina A, sal iodado na análise feita entre as adolescentes grávidas, notou-se que a proporção de anemia (traçadora de deficiência de ferro) é substancial (54.9%). Sendo deficitário o acesso à suplementação de micronutrientes disponibilizados nas unidades sanitária, durante a gravidez (gráfico 28).

Em 2011, menos da metade das adolescentes (44.2%) residiam em agregados familiares consumindo sal iodado. Para o mesmo ano, observa-se também que dentre as adolescentes grávidas, 37.8% tomaram sal ferroso, 25.9% foram desparasitadas e 64.3% tomaram vitamina A.

## LISTA DE TABELAS

Para mais informação sobre a saúde de crianças menores de cinco anos, consulte as seguintes tabelas:

Tabela 3.1.1.	Desnutrição crónica por sexo
Tabela 3.1.2.	Desnutrição crónica idade
Tabela 3.1.3.	Desnutrição crónica por área de residência
Tabela 3.1.4.	Desnutrição crónica por província
Tabela 3.1.5.	Desnutrição crónica por quintil de riqueza
Tabela 3.2.1.	Índices de Massa Corporais das adolescentes

**Tabela 3.1.1. Desnutrição crónica por sexo**

Percentagem de crianças menores de cinco anos classificadas como desnutridas, segundo o índice antropométrico do estado nutricional de altura por idade (A/I) (IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

	SEXO		
	Masculino (M)	Feminino (F)	Rácio F/M
2011	44.7	40.5	0.91
2003	49.5	44.7	0.90
1997	43.2	41.6	0.96

**Tabela 3.1.2. Desnutrição crónica por idade**

Percentagem de crianças menores de cinco anos classificadas como desnutridas, segundo o índice antropométrico do estado nutricional de altura por idade (A/I) (IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

	IDADE								Rácio menor idade/menor idade <sup>1</sup>
	< 6 meses	6-8 meses	9-11 meses	12-17 meses	18-23 meses	24-35 meses	36-47 meses	48-59 meses	
2011	27.6	29.1	34.6	44	48.1	49.3	47	41.6	0.66
2003	22	32.2	32.1	42.9	58	56.4	55.9	47.7	0.46
1997	24.9	25.6	35.8	39.7	48.6	63.8	-	-	0.39

<sup>1</sup> Para o ano 1997 foi calculado o rácio entre a menor idade (<6 meses) e maior idade (24-35 meses). Para os anos 2003 e 2011, considerou-se o grupo etário dos 48-59 meses como sendo o de maior idade.

**Tabela 3.1.3. Desnutrição crónica por área de residência**

Percentagem de crianças menores de cinco anos classificadas como desnutridas, segundo o índice antropométrico do estado nutricional de altura por idade (A/I) (IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

	ÁREA DE RESIDÊNCIA		
	Urbano	Rural	Rácio Rural/Urbano
2011	35	45.5	1.30
2003	35.6	51.7	1.45
1997	33.8	45.3	1.34

**Tabela 3.1.4. Desnutrição crónica por província**

Percentagem de crianças menores de cinco anos classificadas como desnutridas, segundo o índice antropométrico do estado nutricional de altura por idade (A/I) (IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

PROVÍNCIA												
	Niassa	Cabo Delgado	Nampula	Zambézia	Tete	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo Província	Maputo Cidade	Rácio menor cobertura / maior cobertura
2011	46.8	52.8	55.3	45.2	44.2	41.9	35.7	36	26.8	22.7	23.2	55.30
2003	51.4	63.2	47.5	51.6	53.6	46.3	47.5	40.9	42.1	29	24.6	0.39
1997	59.9	59.5	45.4	48.1	51.4	47.5	45.8	29.4	36	20.8	28.9	0.35

**Tabela 3.1.5. Desnutrição crónica por quintil de riqueza**

Percentagem de crianças menores de cinco anos classificadas como desnutridas, segundo o índice antropométrico do estado nutricional de altura por idade (A/I) (IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

QUINTIL DE RIQUEZA						
	Mais baixo	Segundo	Médio	Quarto	Mais elevado	Rácio mais baixo / mais elevado
2011	51.1	48	46.4	37.4	24.1	2.12
2003	53.8	53.5	52.6	42.6	25.8	2.09
1997	54	48.8	42.1	41.4	28.8	1.88

**Tabela 3.2.1. Índices de Massa Corporais das adolescentes**

Percentagem de mulheres entre 15-19 anos, média de IMC (<18.5 emagrecimento, >= 25.0 sobrepresso ou obesidade) (IDS 2011)

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)			
	IMC <18.5	IMC >=25.0	Rácio maior IMC / menor IMC
2011	14.5	6.9	0.48
2003	12.6	8.3	0.66
1997	13.6	3.7	0.27

## PLANEAMENTO FAMILIAR

O planeamento familiar (PF) é muitas vezes considerado como sinónimo de “contracepção” ou de “anticoncepção”. Contudo, ele ultrapassa esta mera noção, sendo actualmente considerado como uma forma racional e saudável de espaçar os nascimentos, abrangendo áreas como a infertilidade e a sexualidade (MISAU, 2011).

O presente capítulo apresenta informação sobre o uso de contraceptivos modernos, necessidade e demanda de PF e maternidade na adolescência.

	Variáveis analisadas
Mulheres dos 15 aos 49 anos de idade	Uso de contraceptivos modernos, necessidade e demanda de planeamento familiar
Adolescentes dos 15 aos 19 anos de idade	Maternidade

## **4. Planeamento Familiar**

Entende-se por PF como o conjunto de acções que permitem às mulheres e aos homens escolherem quando querem ter um filho, o número de filhos e o espaçamento entre o nascimento dos filhos (MISAU, 2011). O planeamento familiar inclui métodos contraceptivos modernos, tais como: pílulas, injectáveis, implantes hormonais, métodos de barreira vaginal e preservativos masculinos e femininos (Countdown, 2012). Os serviços de PF incluem cuidados de saúde, aconselhamento, informação e educação relacionados com a saúde sexual e reproductiva (Countdown, 2012).

O PF orienta-se pela garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e, em última instância, pela garantia dos direitos humanos. Em Moçambique, o PF foi introduzido em 1977 como uma intervenção dentro do Programa de Protecção à Saúde Materna e Infantil. Tendo sido estabelecido como um programa de âmbito nacional em 1980 (MISAU, 2011).

### **4.1. Uso de contraceptivos**

A contracepção é a prevenção intencional da gravidez mediante o uso de métodos contraceptivos (Nodin, 2002). Consiste no bloqueio temporário ou permanente da fertilidade (MISAU, 2011). O uso de contraceptivos modernos permite que mulheres e casais previnam gravidezes não desejadas (Countdown, 2012). A prevenção de gravidezes não desejadas contribui para a redução do número de abortos não seguros e de partos em más condições (Countdown, 2012). O acesso aos contraceptivos modernos também contribui para a prevenção de complicações associadas à gravidez e parto (Countdown, 2012).

#### **4.1. 1. Uso de contraceptivos modernos por área de residência**

O gráfico 31, mostra a percentagem de mulheres de 15-49 anos, casadas no período de realização dos inquéritos, que usavam algum método contraceptivo moderno.

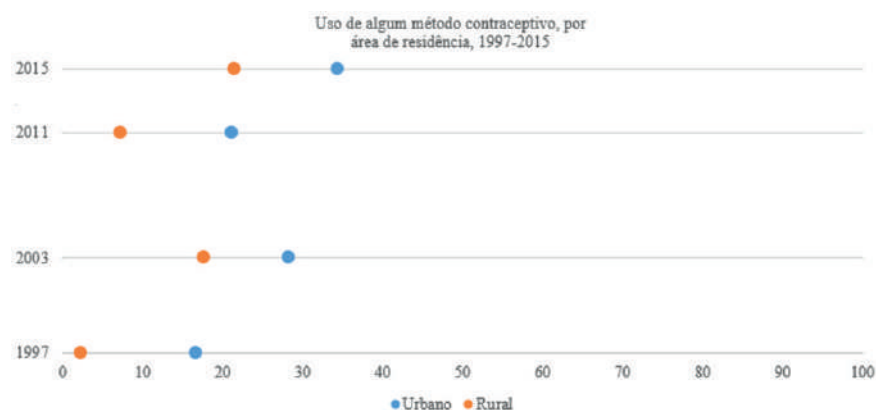


Gráfico 29. Distribuição das taxas de uso de contraceptivos modernos por área de residência

A percentagem de uso de contraceptivos modernos é mais elevada nas zonas urbanas relativamente as zonas rurais ao longo do período em análise (gráfico 29). Em 2015, para a zona rural registou-se um aumento da taxa de uso de contraceptivos modernos comparativamente ao ano 2011 (com rácios de 0.63 e 0.34, respectivamente). Para mais informação sobre uso de contraceptivos modernos por área de residência, consulte a **Tabela 4.1.1**.

#### 4.1.2. Uso de contraceptivos modernos por província

Em relação ao uso de contraceptivos modernos por província (gráfico 30), observa-se que as províncias de Maputo Província, Maputo Cidade e Gaza apresentaram taxas mais altas no ano 2015. Verifica-se também que ao longo do período em análise persistem as desigualdades entre as províncias em relação ao uso de contraceptivos modernos entre as mulheres.

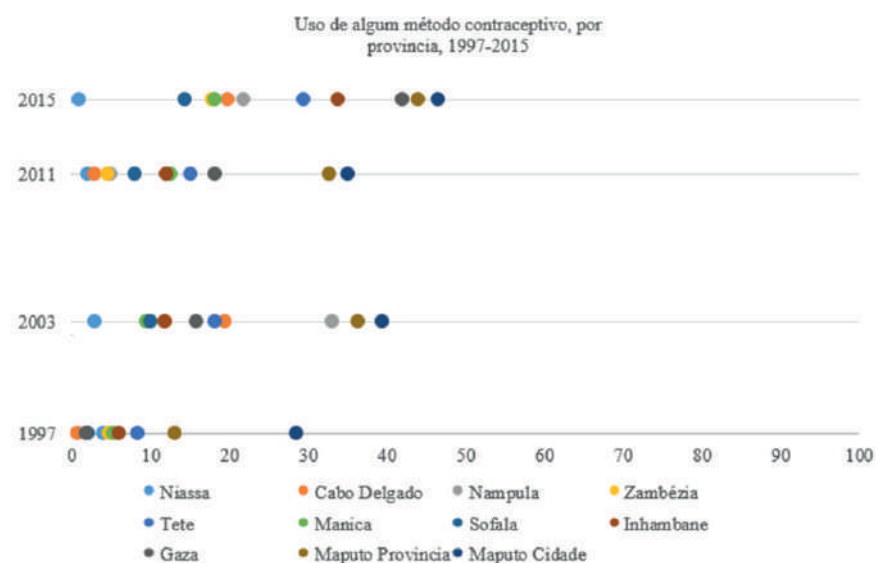


Gráfico 30. Distribuição das taxas de uso de contraceptivos modernos por província

A província de Niassa apresentou taxas mais baixas de uso de algum método contraceptivo moderno comparativamente a província de Maputo Cidade (com rácios de 0.08 e 0.03, para os anos 2011 e 2015). Para mais informação sobre uso de contraceptivos modernos por província, consulte a **Tabela 4.1.2**.

### 4.1.3. Uso de contraceptivos modernos por nível de escolaridade

De 1997 a 2015, verifica-se uma maior percentagem de uso de contraceptivos modernos em mulheres com nível de educação secundário relativamente as mulheres sem escolaridade (com rácios de 0.10 e 0.46, para os anos 1997 e 2015) (gráfico 31).

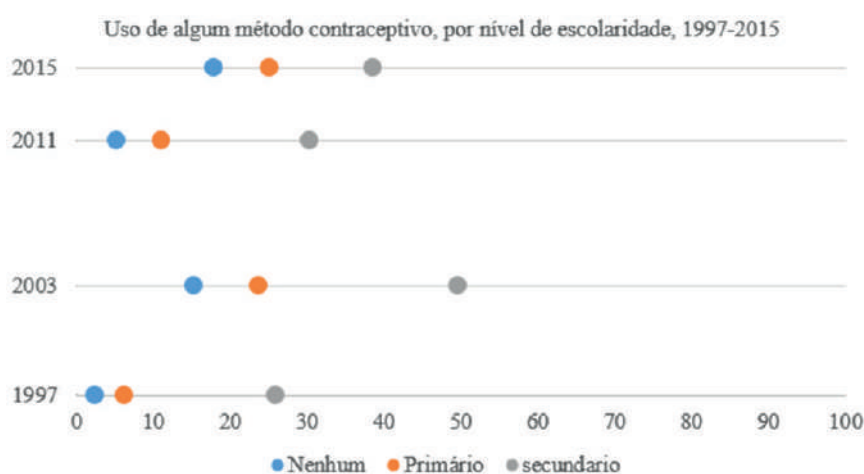


Gráfico 31. Distribuição das taxas de uso de contraceptivos modernos por nível de escolaridade

Para mais informação sobre uso de contraceptivos modernos por nível de escolaridade, consulte a **Tabela 4.1.3**.

### 4.1.4. Uso de contraceptivos modernos por quintil de riqueza

De 1997 a 2011, verifica-se um aumento das taxas de uso de contraceptivos modernos de mulheres de 15-49 anos (gráfico 32).

Em 2015, observa-se um aumento das taxas de uso de contraceptivos modernos em todos os quintis comparativamente a 1997, com destaque ao quintil mais elevado e ao quarto quintil.

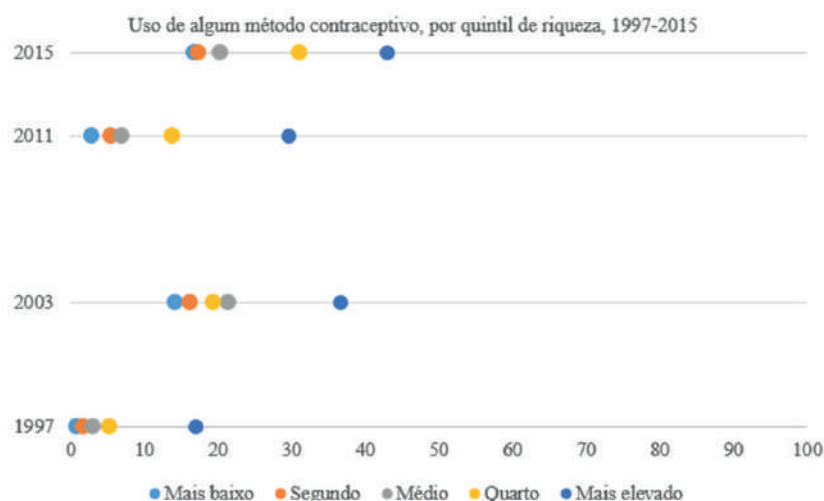


Gráfico 32. Distribuição das taxas de uso de contraceptivos modernos por quintil de riqueza

Para mais informação sobre uso de contraceptivos modernos por quintil de riqueza, consulte a **Tabela 4.1.4**.

## 4.2. Necessidade de planeamento familiar não satisfeita

Entende-se por necessidade de PF não satisfeita como sendo o grupo de mulheres férteis que gostariam de atrasar ou parar a gravidez mas que não está usando nenhum método da contracepção para impedir a gravidez (Countdown, 2012). A necessidade não satisfeita em PF afecta muitas áreas de desenvolvimento humano, tendo um impacto mais directo na saúde da mulher e criança (Countdown, 2012).

### 4.2.1. Necessidade de planeamento familiar não satisfeita por área de residência

O gráfico 33 mostra a percentagem de mulheres de 15-49 anos, casadas no período de realização dos inquéritos, com necessidade de PF não satisfeita.

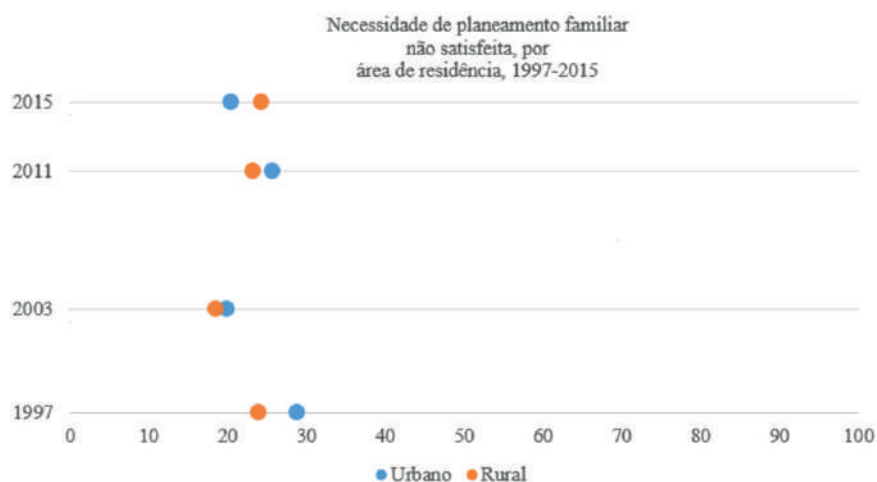


Gráfico 33. Percentagem de necessidade de planeamento familiar não satisfeita por área de residência

De 1997 a 2011, observa-se uma tendência quase estacionária, tendo a necessidade de PF não satisfeita mantido-se praticamente inalterada (com rácios de 0.83 e 0.91, respectivamente).

Em 2015 verificou-se um aumento da percentagem de mulheres com necessidade não satisfeita na zona rural (rácio = 1.18) comparativamente ao ano 2011 (rácio = 0.91). Para mais informação sobre necessidade de PF não satisfeita por área de residência, consulte a **Tabela 4.2.1**.

#### 4.2.2. Necessidade de planeamento familiar não satisfeita por província

Em relação a necessidade de PF por província (gráfico 34), observou-se que as províncias de Zambézia, Niassa e Manica apresentaram percentagens mais altas no ano 2015.

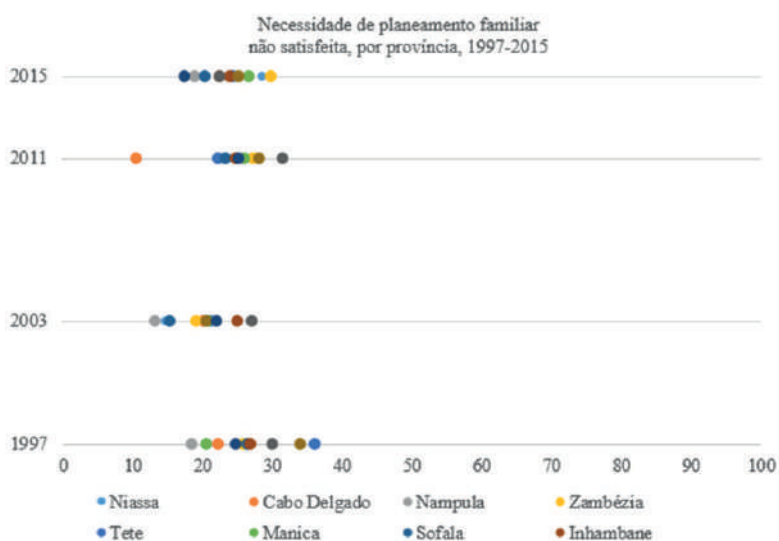


Gráfico 34. Percentagem de necessidade de planeamento familiar não satisfeita por província

Verifica-se também que em 2015 as desigualdades foram menos acentuadas relativamente ao ano 2011 (gráfico 34).

Para mais informação sobre necessidade de planeamento familiar não satisfeita por província, consulte a **Tabela 4.2.2**.

### 4.2.3 Necessidade de planeamento familiar não satisfeita por nível de escolaridade

De 2011 a 2015, observou-se um aumento da percentagem de necessidade de PF não satisfeita entre mulheres sem escolaridade relativamente a mulheres que possuíam nível secundário (com rácios de 0.82 e 1.14, para os anos 2011 e 2015) (gráfico 35).

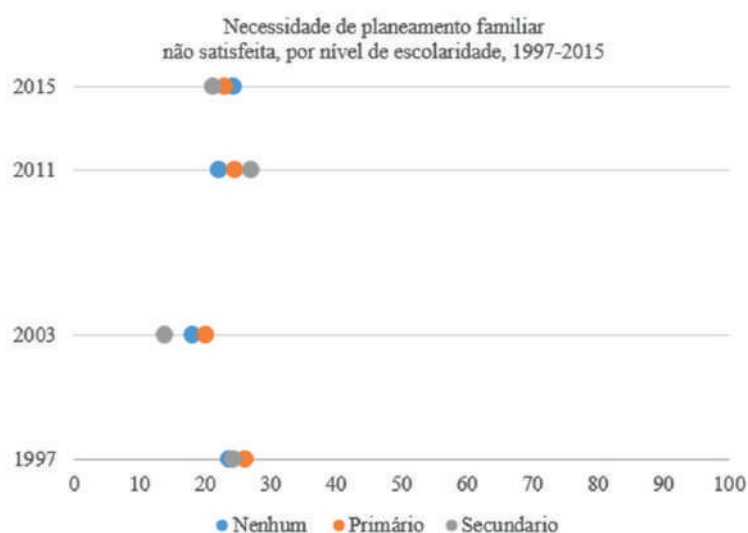


Gráfico 35. Percentagem de necessidade de planeamento familiar não satisfeita por nível de escolaridade

Para mais informação sobre necessidade de PF não satisfeita por nível de escolaridade, consulte a **Tabela 4.2.3**.

### 4.2.4 Necessidade de planeamento familiar não satisfeita por quintil de riqueza

De 1997 a 2015 verifica-se uma ligeira diminuição da percentagem de necessidade de PF não satisfeita nos dois últimos quintis (gráfico 36).

Em 2015, é possível observar um aumento da percentagem de necessidade de PF não satisfeita no quintis mais baixos relativamente a 1997, com destaque para o segundo quintil.

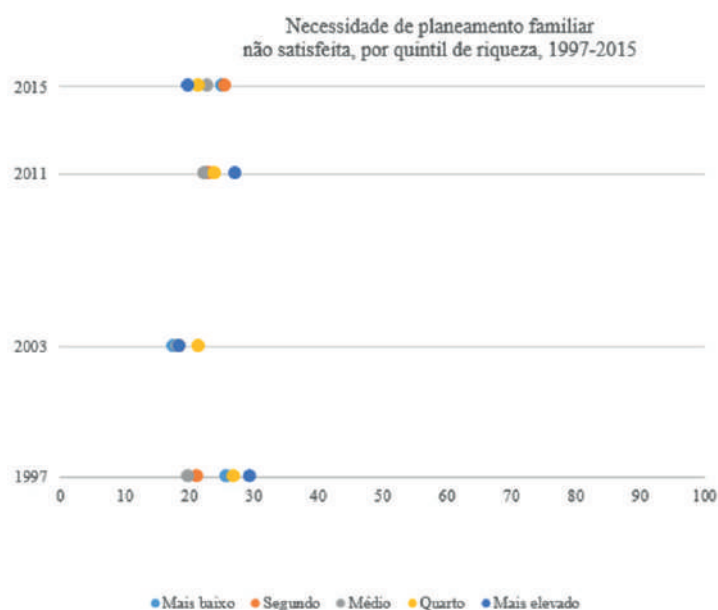


Gráfico 36. Percentagem de necessidade de planeamento familiar não satisfeita por quintil de riqueza

Para mais informação sobre necessidade de PF não satisfeita por quintil de riqueza, consulte a **Tabela 4.2.4**.

### 4.3. Necessidade de planeamento familiar satisfeita

#### 4.3.1. Necessidade de planeamento familiar satisfeita por área de residência

O gráfico 37, mostra a percentagem de mulheres de 15-49 anos, casadas no período de realização dos inquéritos, com necessidade de PF satisfeita por algum método moderno.

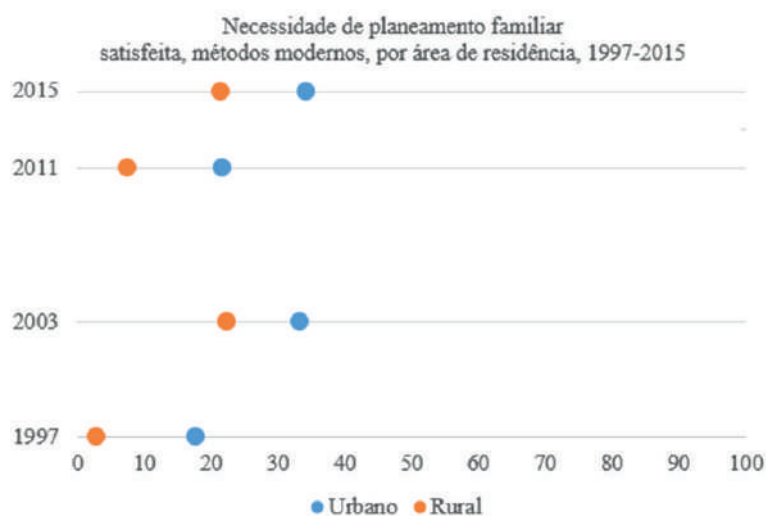


Gráfico 37. Percentagem de necessidade de planeamento familiar satisfeita por algum método moderno, por área de residência

De 1997 a 2015, é possível observar que as percentagens de necessidade de PF satisfeita por algum método moderno são mais elevadas nas zonas urbanas relativamente as zonas rurais (gráfico 37). Para mais informação sobre necessidade de planeamento familiar satisfeita por algum método moderno, por área de residência, consulte a **Tabela 4.3.1**.

### 4.3.2. Necessidade de planeamento familiar satisfeita por província

Em relação a necessidade PF satisfeita por algum método moderno (gráfico 38), verifica-se que as províncias de Maputo Província e Maputo Cidade apresentaram percentagens mais altas ao longo do período em análise.

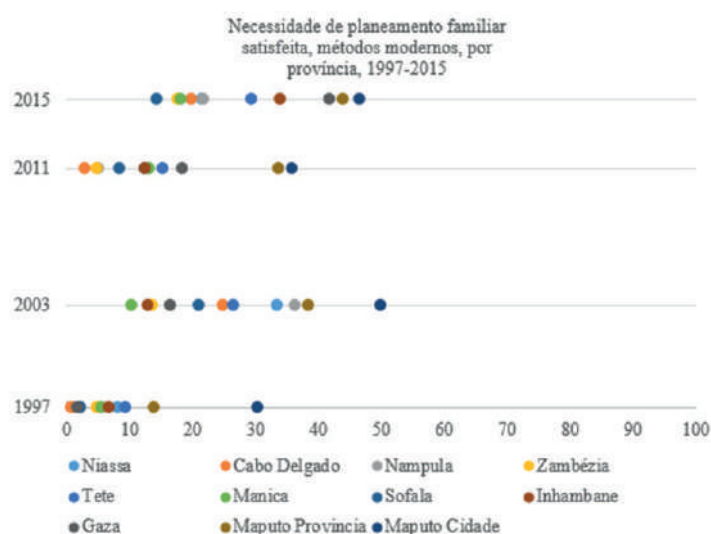


Gráfico 38. Percentagem de necessidade de planeamento familiar satisfeita por algum método moderno, por província

Observa-se também que as desigualdades foram mais acentuadas em 2015 relativamente ao ano 2011. Para mais informação sobre necessidade de PF satisfeita por algum método moderno, por área de residência, consulte a **Tabela 4.3.2**.

### 4.3.3. Necessidade de planeamento familiar satisfeita por nível de escolaridade

Em 2015 verificou-se uma menor percentagem de necessidade de PF satisfeita por algum método moderno em mulheres com nível de educação secundário relativamente ao ano 2003 (gráfico 39).

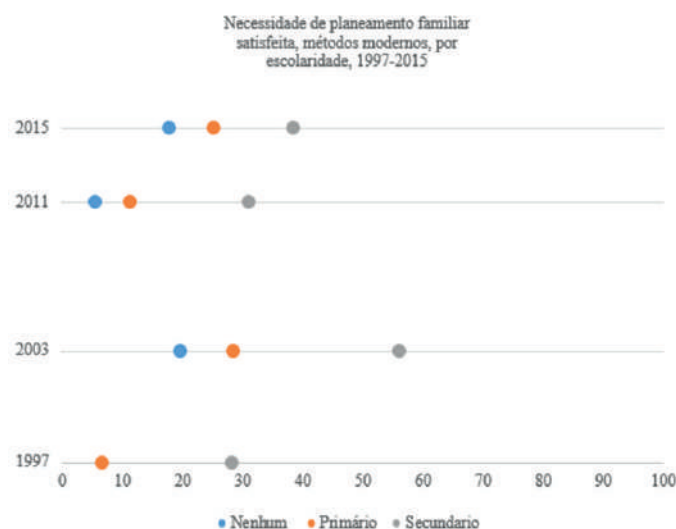


Gráfico 39. Percentagem de necessidade de planeamento familiar satisfeita por algum método moderno, por nível de escolaridade

Para mais informação sobre necessidade de PF satisfeita por algum método moderno, por nível de escolaridade, consulte a **Tabela 4.3.3**.

#### 4.3.4. Necessidade de planeamento familiar satisfeita por quintil de riqueza

De 1997 a 2015, observam-se percentagens mais altas de necessidade de PF satisfeita por algum método moderno no quintil mais elevado relativamente ao quintil mais baixo (com rácios de 0.07 e 0.39 para os anos 1997 e 2015) (gráfico 40).

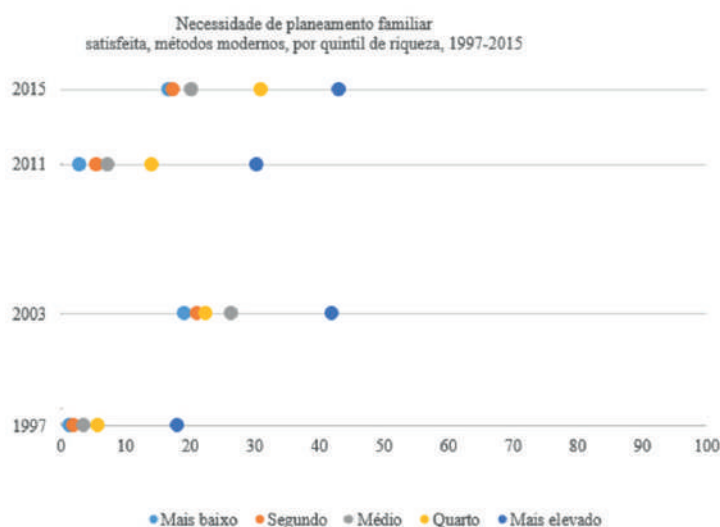


Gráfico 40. Percentagem de necessidade de planeamento familiar satisfeita por algum método moderno, por quintil de riqueza

Para mais informação sobre necessidade de planeamento familiar satisfeita por algum método moderno, por quintil de riqueza, consulte a **Tabela 4.3.4**.

## 4.4. Demanda de planeamento familiar satisfeita

### 4.4.1. Demanda de planeamento familiar satisfeita por área de residência

O gráfico 41, mostra a percentagem de mulheres de 15-49 anos, casadas no período de realização dos inquéritos, com demanda de PF satisfeita por métodos modernos.

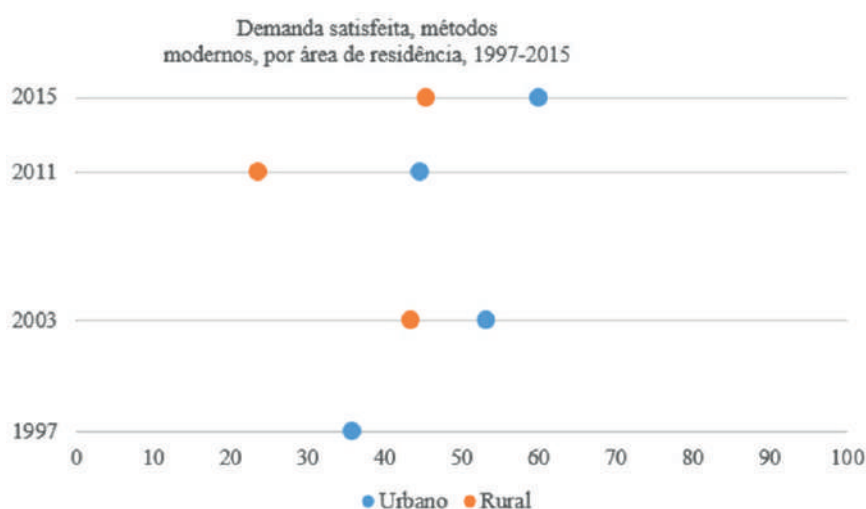


Gráfico 41. Percentagem de necessidade de planeamento familiar satisfeita por métodos modernos, por área de residência

Observa-se que houve um aumento das percentagens de procura de PF satisfeita por métodos modernos nas zonas rural e urbana (com rácios de 0.24 e 0.76 para os anos 1997 e 2015). Para mais informação sobre demanda de PF satisfeita por métodos modernos, por área de residência, consulte a **Tabela 4.4.1**.

### 4.4.2. Demanda de planeamento familiar satisfeita por província

De 2011 a 2015 (gráfico 42), verificou-se um aumento das percentagens de demanda de PF satisfeita por métodos modernos nas províncias de Maputo Cidade Maputo Província, Gaza, Inhambane e Sofala

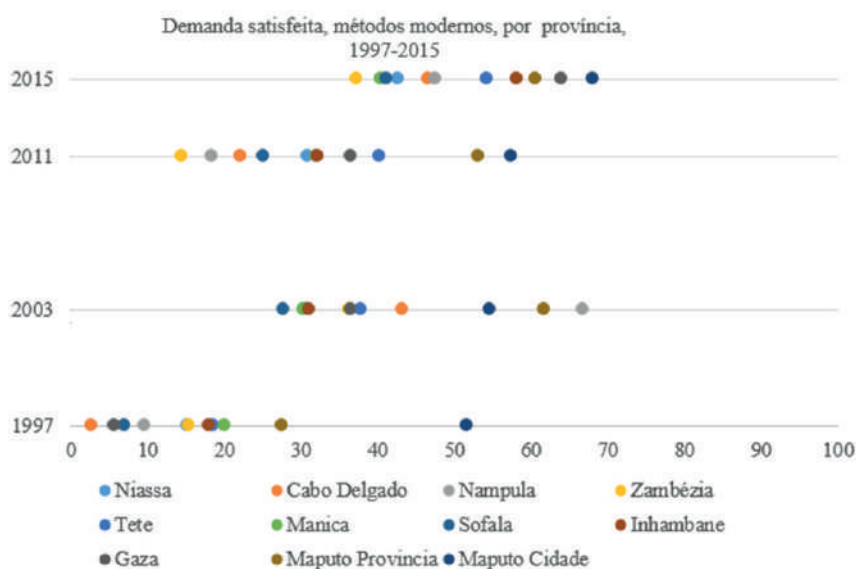


Gráfico 42. Percentagem de demanda de planeamento familiar satisfeita por métodos modernos, por província

Para mais informação sobre demanda de planeamento familiar satisfeita por métodos modernos, por província, consulte a **Tabela 4.4.2**.

#### 4.4.3. Demanda de planeamento familiar satisfeita por nível de escolaridade

De 1997 a 2015, verificam-se maiores percentagens de demanda de PF satisfeita por métodos modernos em mulheres com nível de educação secundário relativamente as mulheres sem escolaridade (com rácios de 0.19 e 0.63, para os anos 1997 e 2015) (gráfico 43).

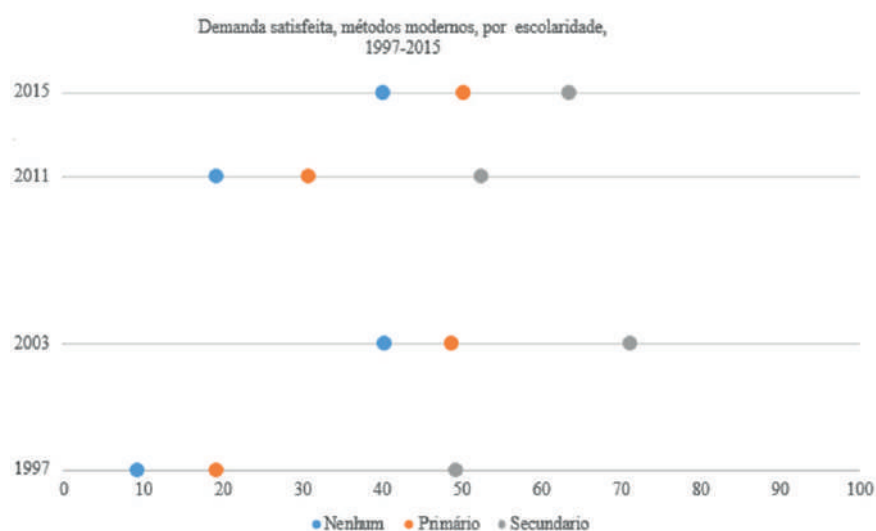


Gráfico 43. Percentagem de demanda de planeamento familiar satisfeita por métodos modernos, por nível de escolaridade

Para mais informação sobre demanda de planeamento familiar satisfeita por métodos modernos, por nível de escolaridade, consulte a **Tabela 4.4.3**.

#### 4.4.4. Demanda de planeamento familiar satisfeita por quintil de riqueza

De 1997 a 2015, observam-se percentagens mais altas de demanda de PF satisfeita por métodos modernos no quintil mais elevado relativamente ao quintil mais baixo (com rácios de 0.10 e 0.58 para os anos 1997 e 2015) (gráfico 44).

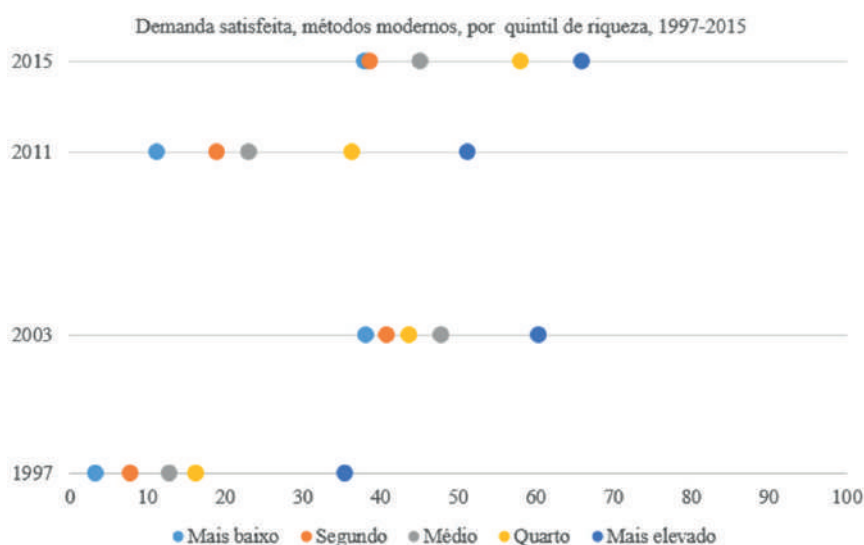


Gráfico 44. Percentagem de demanda de planeamento familiar satisfeita por métodos modernos, por quintil de riqueza

Para mais informação sobre demanda de PF satisfeita por métodos modernos, por quintil de riqueza, consulte a **Tabela 4.4.4**.

#### 4.5. Maternidade na adolescência

Durante a adolescência ocorrem mudanças de ordem biológica, psicológica ou social, que estão relacionadas com o crescimento físico, maturação sexual e aquisição da capacidade de reprodução. Nesta fase o adolescente encontra-se mais vulnerável e exposto a vários riscos vinculados com a prática da sua sexualidade (Araújo et al, 2015). Neste contexto, o acesso à informação e educação sobre saúde sexual e reproductiva, bem como aos métodos contraceptivos contribui para a prevenção de infecções de transmissão sexual e de gravidezes indesejadas (MISAU, 2011).

### 4.5.1. Maternidade na adolescência, por idade

O gráfico 45, mostra a percentagem de mulheres de 15-19 anos que tinha uma criança nascida viva, no período de realização dos inquéritos.

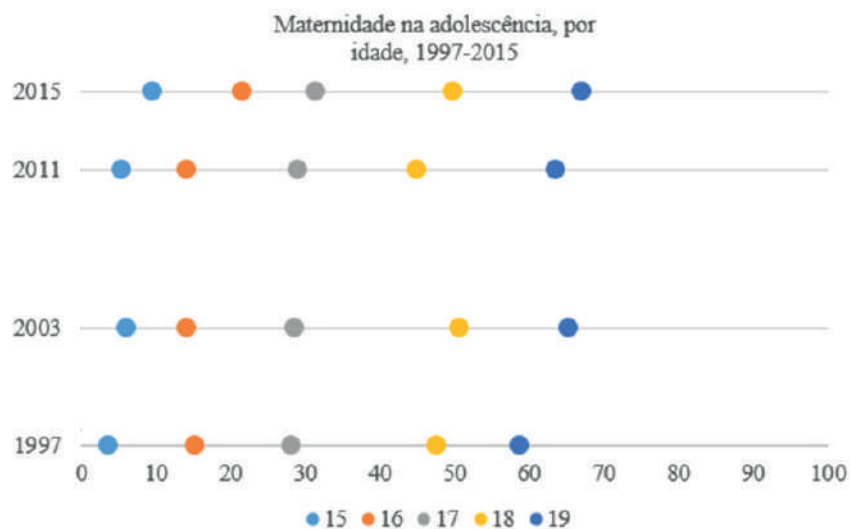


Gráfico 45. Percentagem de mulheres de 15-19 anos que tiveram uma criança nascida viva, por idade

Nota-se que de 1997 a 2015 a percentagem de adolescentes que tiveram uma criança nascida viva foi maior no grupo etário dos 19 anos comparado com o primeiro (15 anos) e segundo (16 anos) grupos etários (gráfico 45).

Para mais informação sobre maternidade na adolescência, por idade, consulte a **Tabela 4.5.1**.

### 4.5.2. Maternidade na adolescência, por área de residência

A percentagem de mulheres de 15-19 anos que tinha uma criança nascida viva é mais elevada nas zonas rurais relativamente as zonas urbanas ao longo do período em análise (gráfico 46).

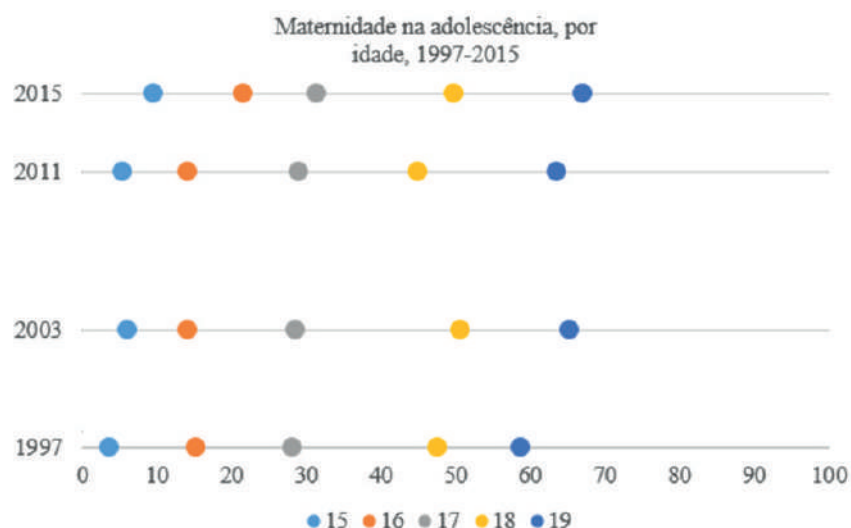


Gráfico 46. Percentagem de mulheres de 15-19 anos que tiveram uma criança nascida viva, por área de residência

Em 2015, foi registado um aumento da percentagem de adolescentes que tiveram uma criança nascida viva comparativamente ao ano 2011 (com rácios de 1.71 e 1.25, respectivamente).

Para mais informação sobre maternidade na adolescência, por área de residência, consulte a **Tabela 4.5.2**.

### 4.5.3. Maternidade na adolescência, por província

Em relação a percentagem de mulheres de 15-19 anos que tinha uma criança nascida viva (gráfico 47), observa-se que a província de Cabo Delgado apresentou uma percentagem mais alta no ano 2015.

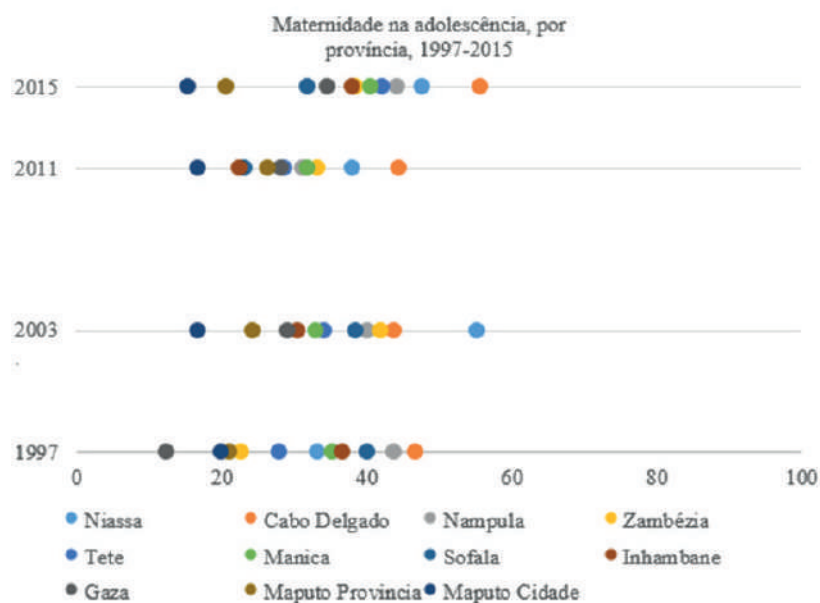


Gráfico 47. Percentagem de mulheres de 15-19 anos que tiveram uma criança nascida viva, por província

Para mais informação sobre maternidade na adolescência, por província, consulte a **Tabela 4.5.3**.

#### 4.5.4. Maternidade na adolescência, por nível de escolaridade

De 1997 a 2015 verificou-se uma maior percentagem de adolescentes tinha uma criança nascida viva em mulheres sem nenhum nível de educação comparativamente as mulheres com nível de educação secundária (gráfico 48).

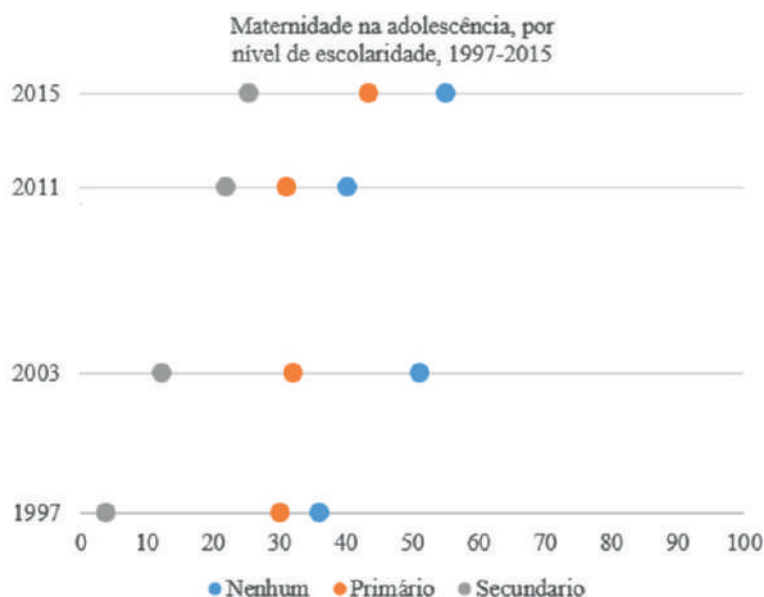


Gráfico 48. Percentagem de mulheres de 15-19 anos que tiveram uma criança nascida viva, por nível de escolaridade

Para mais informação sobre maternidade na adolescência, por nível de escolaridade, consulte a **Tabela 4.5.4**.

#### 4.5.5. Maternidade na adolescência, por quintil de riqueza

De 1997 a 2015, é possível observar uma menor percentagem de adolescentes que tinha uma criança nascida viva no quintil mais baixo comparativamente aos demais quintis (gráfico 49).

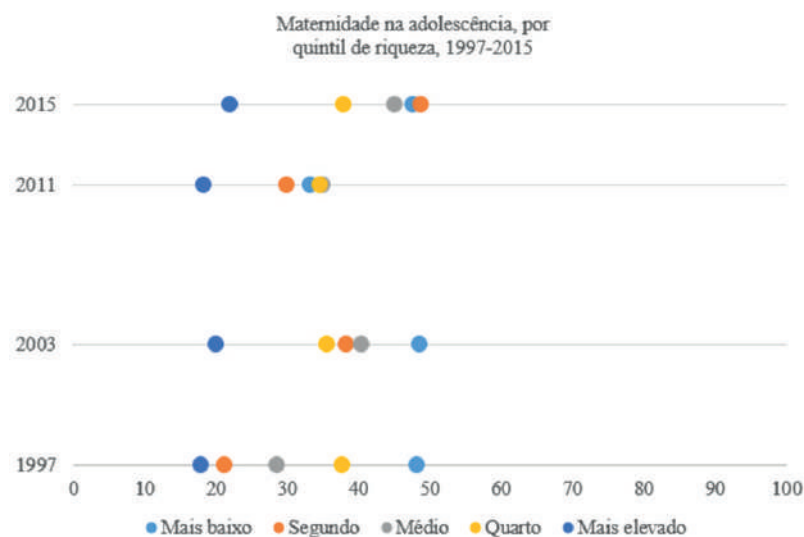


Gráfico 49. Percentagem de mulheres de 15-19 anos que tiveram uma criança nascida viva, por quintil de riqueza

Em 2015, destaca-se um aumento de percentagem de adolescentes que tinha uma criança nascida viva no segundo quintil relativamente aos anos anteriores.

Para mais informação sobre maternidade na adolescência, por nível de escolaridade, consulte a **Tabela 4.5.5**.

## LISTA DE TABELAS

Para mais informação sobre planeamento familiar, consulte as seguintes tabelas:

Tabela 4.1.1.	Uso de contraceptivos modernos por área de residência
Tabela 4.1.2.	Uso de contraceptivos modernos por província
Tabela 4.1.3.	Uso de contraceptivos modernos por nível de escolaridade
Tabela 4.1.4.	Uso de contraceptivos modernos por quintil de riqueza
Tabela 4.2.1.	Necessidade de planeamento familiar não satisfeita por área de residência
Tabela 4.2.2.	Necessidade de planeamento familiar não satisfeita por província
Tabela 4.2.3.	Necessidade de planeamento familiar não satisfeita por nível de escolaridade
Tabela 4.2.4.	Necessidade de planeamento familiar não satisfeita por quintil de riqueza
Tabela 4.3.1.	Necessidade de planeamento familiar satisfeita por área de residência
Tabela 4.3.2.	Necessidade de planeamento familiar satisfeita por província
Tabela 4.3.3.	Necessidade de planeamento familiar satisfeita por nível de escolaridade
Tabela 4.3.4.	Necessidade de planeamento familiar satisfeita por quintil de riqueza
Tabela 4.4.1.	Demanda de planeamento familiar satisfeita por área de residência
Tabela 4.4.2.	Demanda de planeamento familiar satisfeita por província
Tabela 4.4.3.	Demanda de planeamento familiar satisfeita por nível de escolaridade
Tabela 4.4.4.	Demanda de planeamento familiar satisfeita por quintil de riqueza
Tabela 4.5.1.	Maternidade na adolescência, por idade
Tabela 4.5.2.	Maternidade na adolescência, por área de residência
Tabela 4.5.3.	Maternidade na adolescência, por província
Tabela 4.5.4.	Maternidade na adolescência, por nível de educação
Tabela 4.5.5.	Maternidade na adolescência, por quintil de riqueza

**Tabela 4.1.1. Uso de contraceptivos modernos por área de residência**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos, casadas no período de realização dos inquéritos, que usavam algum método contraceptivo moderno (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

	ÁREA DE RESIDÊNCIA		
	Urbano	Rural	Rácio Rural/Urbano
2015	34.3	21.5	0.63
2011	21.1	7.2	0.34
2003	28.3	17.7	0.63
1997	16.6	2.3	0.14

**Tabela 4.1.2. Uso de contraceptivos modernos por província**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos, casadas no período de realização dos inquéritos, que usavam algum método contraceptivo moderno (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

	PROVÍNCIA											
	Níass	Cabo Delgado	Nampula	Zambézia	Tete	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo Província	Maputo Cidade	Rácio menor cobertura / maior cobertura
2015	1,6	19.9	21.8	17.8	29.4	18.1	14.4	33.8	41.9	43.9	46.5	0.03
2011	11.4	2.9	5	4.6	15.1	12.5	8	12	18.2	32.8	35.1	0.08
2003	14.7	19.5	33.1	11.9	18.1	9.5	10	11.8	15.9	36.3	39.5	0.24
1997	4.3	0.7	2	4.7	8.4	5.2	2	6	1.8	13.1	28.5	0.02

**Tabela 4.1.3. Uso de contraceptivos modernos por nível de escolaridade**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos, casadas no período de realização dos inquéritos, que usavam algum método contraceptivo moderno (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

	NÍVEL DE ESCOLARIDADE				
	Nenhum	Primário	Secundário	Superior	Rácio Nenhum/ Secundário
2015	17.9	25.2	38.6	46.3	0.46
2011	5.3	11	30.4	39.5	0.17
2003	15.3	23.8	49.7	-	0.31
1997	2.5	6.3	26	-	0.10

**Tabela 4.1.4. Uso de contraceptivos modernos por quintil de riqueza**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos, casadas no período de realização dos inquéritos, que usavam algum método contraceptivo moderno (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

QUINTIL DE RIQUEZA						
	Mais baixo	Segundo	Médio	Quarto	Mais elevado	Rácio mais baixo / mais elevado
2015	16.7	17.4	20.3	31.1	43	0.39
2011	2.9	5.4	6.9	13.8	29.5	0.10
2003	14.1	16.2	21.5	19.3	36.6	0.39
1997	0.9	1.8	3.1	5.3	16.9	0.05

**Tabela 4.2.1. Necessidade de planeamento familiar não satisfeita por área de residência**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos, casadas no período de realização dos inquéritos, com necessidade de planeamento familiar não satisfeita (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

ÁREA DE RESIDÊNCIA			
	Urbano	Rural	Rácio Rural / Urbano
2015	20.5	24.2	1.18
2011	25.6	23.2	0.91
2003	19.9	18.5	0.93
1997	28.8	24	0.83

**Tabela 4.2.2. Necessidade de planeamento familiar não satisfeita por província**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos, casadas no período de realização dos inquéritos, com necessidade de planeamento familiar não satisfeita (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

PROVÍNCIA												
	Niassa	Cabo Delgado	Nampula	Zambézia	Tete	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo Província	Maputo Cidade	Rácio menor cobertura / maior cobertura
2015	28.6	22.5	18.9	29.3	24.3	26.7	20.3	24	22	25.1	17.3	0.58
2011	24.3	10.4	22.3	27.3	22.3	26	23.3	24.7	32	28.1	25.2	0.33
2003	14.6	20.2	13.3	19.1	21.2	20.8	15.3	25	27	20.5	22.1	0.49
1997	20.6	22.3	18.5	25.8	36.1	20.5	26.5	26.8	30	34	24.7	0.51

**Tabela 4.2.3. Necessidade de planejamento familiar não satisfeita por nível de escolaridade**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos, casadas no período de realização dos inquéritos, com necessidade de planejamento familiar não satisfeita (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

	NÍVEL DE ESCOLARIDADE				Rácio Nenhum / Secundário
	Nenhum	Primário	Secundário	Superior	
Secundário					
2015	24.3	23.1	21.3	12.9	1.14
2011	22.1	24.6	27	17.9	0.82
2003	18	20.2	13.8	-	1.30
1997	23.7	26.1	24.3	-	0.98

**Tabela 4.2.4. Necessidade de planejamento familiar não satisfeita por quintil de riqueza**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos, casadas no período de realização dos inquéritos, com necessidade de planejamento familiar não satisfeita (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

	QUINTIL DE RIQUEZA					Rácio mais baixo / mais elevado
	Mais baixo	Segundo	Médio	Quarto	Mais elevado	
2015	25.2	25.6	22.9	21.5	19.9	1.27
2011	22.7	23.1	22.5	24.1	27.4	0.83
2003	17.8	18.7	18.5	21.5	18.7	0.95
1997	26	21.3	20.1	27.1	29.5	0.88

**Tabela 4.3.1. Necessidade de planejamento familiar satisfeita por algum método moderno, por área de residência**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos, casadas no período de realização dos inquéritos, com necessidade de planejamento familiar satisfeita por algum método moderno (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

	ÁREA DE RESIDÊNCIA		Rácio Rural / Urbano
	Urbano	Rural	
2015	34.3	21.5	0.63
2011	21.6	7.4	0.34
2003	33.2	22.4	0.67
1997	17.7	2.7	0.15

**Tabela 4.3.2. Necessidade de planeamento familiar satisfeita por algum método moderno, por província**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos, casadas no período de realização dos inquéritos, com necessidade de planeamento familiar satisfeita por algum método moderno (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

PROVÍNCIA												
	Niasa	Cabo Delgado	Nampula	Zambézia	Tete	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo Província	Maputo Cidade	Rácio menor cobertura / maior cobertura
2015	21.6	19.9	21.8	17.8	29.4	18.1	14.4	33.8	41.9	43.9	46.5	0.31
2011	12.4	2.9	5	4.7	15.3	13.2	8.4	12.4	18.3	33.6	35.9	0.08
2003	33.5	24.9	36.2	13.7	26.4	10.4	21	13	16.6	38.4	50	0.21
1997	8.1	0.8	2.2	4.9	9.3	5.6	2.1	6.7	1.8	13.8	30.3	0.03

**Tabela 4.3.3. Necessidade de planeamento familiar satisfeita por algum método moderno, por nível de escolaridade**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos, casadas no período de realização dos inquéritos, com necessidade de planeamento familiar satisfeita por algum método moderno (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

NÍVEL DE ESCOLARIDADE					
	Nenhum	Primário	Secundário	Superior	Rácio Nenhum / Secundário
2015	17.9	25.2	38.6	46.3	0.46
2011	5.5	11.3	31.1	40.7	0.18
2003	19.8	28.5	56.1	-	0.35
1997	3	6.7	28.4	-	0.11

**Tabela 4.3.4. Necessidade de planeamento familiar satisfeita por algum método moderno, por quintil de riqueza**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos, casadas no período de realização dos inquéritos, com necessidade de planeamento familiar satisfeita por algum método moderno (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

QUINTIL DE RIQUEZA						
	Mais baixo	Segundo	Médio	Quarto	Mais elevado	Rácio mais baixo / mais elevado
2015	16.7	17.4	20.3	31.1	43	0.39
2011	2.9	5.5	7.4	14	30.3	0.10
2003	19.1	21.1	26.4	22.5	42	0.45
1997	1.3	2.1	3.6	5.7	18.1	0.07

**Tabela 4.4.1. Demanda de planeamento familiar satisfeita por métodos modernos, por área de residência**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos, casadas no período de realização dos inquéritos, com demanda de planeamento familiar satisfeita por métodos modernos (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

	ÁREA DE RESIDÊNCIA		
	Urbano	Rural	Rácio Rural / Urbano
2015	60	45.5	0.76
2011	44.7	23.7	0.53
2003	53.3	43.4	0.81
1997	35.8	8.5	0.24

**Tabela 4.4.2. Demanda de planeamento familiar satisfeita por métodos modernos, por província**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos, casadas no período de realização dos inquéritos, com demanda de planeamento familiar satisfeita por métodos modernos (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

	PROVÍNCIA											Rácio cobertura / maior cobertura
	Niassa	Cabo Delgado	Nampula	Zambézia	Tete	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo Província	Maputo Cidade	
2015	42.7	46.6	47.6	37.3	54.3	40.4	41.2	58.2	64	60.6	68	0.55
2011	31	22.1	18.4	14.5	40.2	32	25.2	32.3	36.5	53.1	57.5	0.25
2003	30.5	43.2	66.8	36.3	37.9	30.3	27.4	31.1	36.5	61.7	54.7	0.45
1997	15.2	2.8	9.6	15.4	18.5	20	7	18	5.7	27.5	51.7	0.05

**Tabela 4.4.3. Demanda de planeamento familiar satisfeita por métodos modernos, por nível de escolaridade**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos, casadas no período de realização dos inquéritos, com demanda de planeamento familiar satisfeita por métodos modernos (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

	NÍVEL DE ESCOLARIDADE				Rácio Nenhum / Secundário
	Nenhum	Primário	Secundário	Superior	
2015	40.1	50.2	63.6	78.1	0.63
2011	19.1	30.7	52.4	67.5	0.36
2003	40.4	48.8	71.1	-	0.57
1997	9.3	19.2	49.3	-	0.19

**Tabela 4.4.4. Demanda de planejamento familiar satisfeita por métodos modernos, por quintil de riqueza**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos, casadas no período de realização dos inquéritos, com demanda de planejamento familiar satisfeita por métodos modernos (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

QUINTIL DE RIQUEZA						
	Mais baixo	Segundo	Medio	Quarto	Mais elevado	Rácio mais baixo / mais elevado
2015	38	38.6	45.2	58	66	0.58
2011	11.2	19	23.1	36.3	51.2	0.22
2003	38.1	40.8	47.9	43.7	60.3	0.63
1997	3.4	7.8	12.9	16.3	35.5	0.10

**Tabela 4.5.1. Maternidade na adolescência, por idade**

Percentagem de mulheres de 15-19 anos que tiveram uma criança nascida viva, no período de realização dos inquéritos (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

IDADE						
	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos	19 anos	Rácio menor idade / maior idade
2015	9.6	21.5	31.4	49.8	67	0.14
2011	5.3	14.1	29	44.9	63.5	0.08
2003	6	14.2	28.5	50.6	65.2	0.09
1997	3.6	15.2	28	47.5	58.7	0.06

**Tabela 4.5.2. Maternidade na adolescência, por área de residência**

Percentagem de mulheres de 15-19 anos que tiveram uma criança nascida viva, no período de realização dos inquéritos (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

ÁREA DE RESIDÊNCIA			
	Urbano	Rural	Rácio Rural / Urbano
2015	26.8	45.9	1.71
2011	25.4	31.7	1.25
2003	26.8	40.5	1.51
1997	25.4	32.4	1.28

**Tabela 4.5.3. Maternidade na adolescência, por província**

Percentagem de mulheres de 15-19 anos que tiveram uma criança nascida viva, no período de realização dos inquéritos (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

PROVÍNCIA												
	Niassa	Cabo Delgado	Nampula	Zambézia	Tete	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo Província	Maputo Cidade	Rácio menor cobertura/ maior cobertura
2015	47.6	55.6	44.2	38.6	42.1	40.5	31.8	38.1	34.5	20.6	15.3	0.28
2011	38.1	44.4	31.1	33.3	28.7	31.9	23.1	22.4	28.2	26.3	16.7	0.38
2003	55.2	43.7	40.2	41.9	34.1	33	38.4	30.6	29	24.2	16.8	0.30
1997	33.2	46.7	43.7	22.6	27.9	35.4	40.1	36.6	12.3	21.1	20	0.45

**Tabela 4.5.4. Maternidade na adolescência, por nível de escolaridade**

Percentagem de mulheres de 15-19 anos que tiveram uma criança nascida viva, no período de realização dos inquéritos (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

NÍVEL DE ESCOLARIDADE				
	Nenhum	Primário	Secundário	Rácio Nenhum/ Secundário
2015	55.2	43.5	25.4	2.17
2011	40.3	31	21.80	1.85
2003	51.1	32.1	12.20	4.19
1997	36	30.1	3.80	9.47

**Tabela 4.5.5. Maternidade na adolescência, por quintil de riqueza**

Percentagem de mulheres de 15-19 anos que tiveram uma criança nascida viva, no período de realização dos inquéritos (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

QUINTIL DE RIQUEZA						
	Mais baixo	Segundo	Médio	Quarto	Mais elevado	Rácio mais baixo/ mais elevado
2015	47.5	48.8	45.1	37.9	21.9	2.17
2011	33.2	29.9	34.9	34.6	18.2	1.82
2003	48.5	38.3	40.5	35.5	20.1	2.41
1997	48.1	21.2	28.6	37.7	17.9	2.69



## CUIDADOS PRÉ-NATAIS

O presente capítulo aborda aspectos ligados aos cuidados pré-natais em mulheres de 15 aos 49 anos de idade. Apresenta informação sobre a prevenção e controlo da malária durante a gravidez, assistência aos cuidados pré-natais, assistência ao parto por profissionais de saúde qualificados e partos ocorridos numa unidade sanitária, durante o período de 2003 a 2015.

	Variáveis analisadas
Mulheres dos 15 aos 49 anos de idade	Assistência aos cuidados pré-natais, uso de redes mosquiteiras, tratamento intermitente e preventivo, assistência ao parto por profissional de saúde qualificado e local de parto (partos ocorridos numa unidade sanitária).

## 5. Cuidados pré-natais

Os cuidados pré-natais compreendem um conjunto de cuidados de saúde dirigidos a mulher durante a gravidez e incluem ações e orientações adequadas para que a mulher possa viver a gestação e o parto de uma forma segura, positiva e enriquecedora (Fernandes et al., 2015). Por outro lado, o período pré-natal pode ser considerado como um dos momentos-chave para a preservação da saúde da gestante e do bebê durante e após a gestação (Nhatave, 2006).

Dentro do ciclo de cuidados de saúde reprodutiva, os cuidados pré-natais desempenham um papel importante dos cuidados de saúde primários, na promoção da saúde, o rastreio, o diagnóstico e prevenção das doenças (WHO, 2016; Nhatave, 2006). Os cuidados pré-natais constituem ainda uma oportunidade para comunicar e apoiar as mulheres, as famílias e as comunidades, em fases críticas da vida das mulheres (WHO, 2016).

### 5.1. Assistência pré-natal

A assistência pré-natal é uma intervenção importante para a promoção e prevenção da saúde da gestante e do bebê, oferecendo melhor qualidade de vida e reduzindo os riscos à saúde.

Diversos organismos internacionais e nacionais têm definido metas para tornar a gravidez e parto seguros. Uma das estratégias para o alcance desta meta é a participação de um profissional qualificado no atendimento à mulher no período gestacional. O profissional de saúde qualificado é aquele que foi educado e treinado, com proficiência nas habilidades necessárias para o cuidado e acompanhamento de gravidez e parto normais e período pós-parto imediato (WHO; 2004).

#### 5.1.2. Assistência pré-natal por idade

O gráfico 50, mostra a percentagem de mulheres que receberam cuidados pré-natais de um profissional de saúde qualificado para o último nado-vivo, no período de realização dos inquéritos.

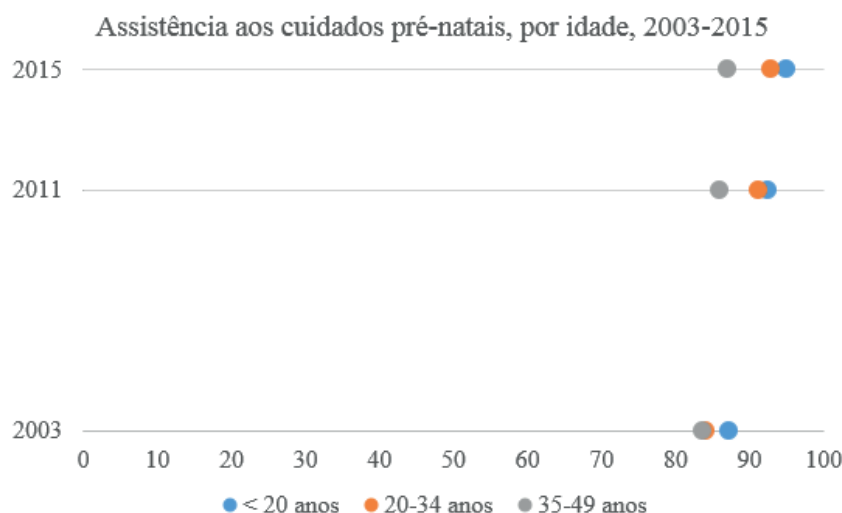


Gráfico 50. Percentagem de mulheres grávidas de 15-49 anos que receberam cuidados pré-natais de um profissional de saúde qualificado, por idade

De um modo geral, observa-se que durante o período de análise houve uma tendência de aumento das percentagens de mulheres que receberam cuidados pré-natais em todos grupos etários. Nota-se também que, a percentagem de mulheres que receberam cuidados pré-natais foi maior no grupo etário de menores de 20 anos comparado com o segundo (20-34 anos) e terceiro (35-49 anos) grupos etários (gráfico 50) (**Tabela 5.1.2**).

### 5.1.3. Assistência pré-natal por área de residência

A percentagem de mulheres que receberam cuidados pré-natais é mais elevada nas áreas urbanas comparativamente às áreas rurais (gráfico 51).

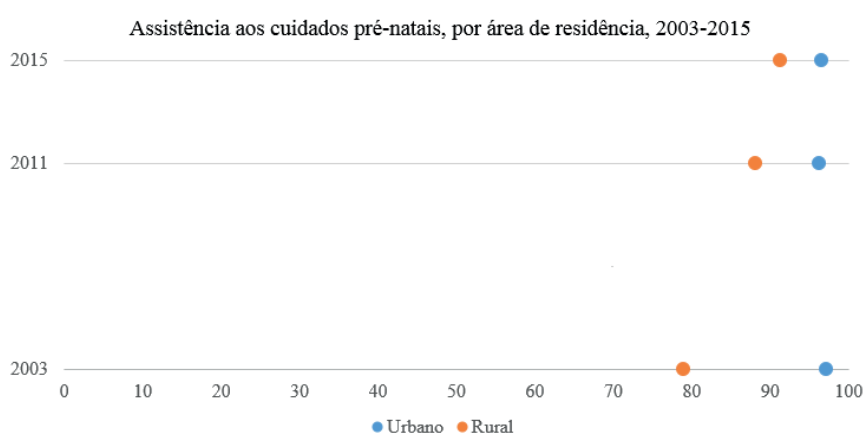


Gráfico 51. Percentagem de mulheres grávidas de 15-49 anos que receberam cuidados pré-natais de um profissional de saúde qualificado, por área de residência

O gráfico também mostra que houve uma tendência de redução das desigualdades nas mulheres que receberam cuidados pré-natais de um profissional de saúde qualificado. Sendo que em 2015, observa-se um aumento da percentagem de mulheres que receberam cuidados pré-natais relativamente a 2003 (com rácios de 0.95 e 0.81, respectivamente) (**Tabela 5.1.3**).

#### 5.1.4. Assistência pré-natal por província

Em relação à percentagem de mulheres que receberam cuidados pré-natais por província (gráfico 52), observa-se que houve redução das desigualdades entre as províncias no período em referência (2003-2015).

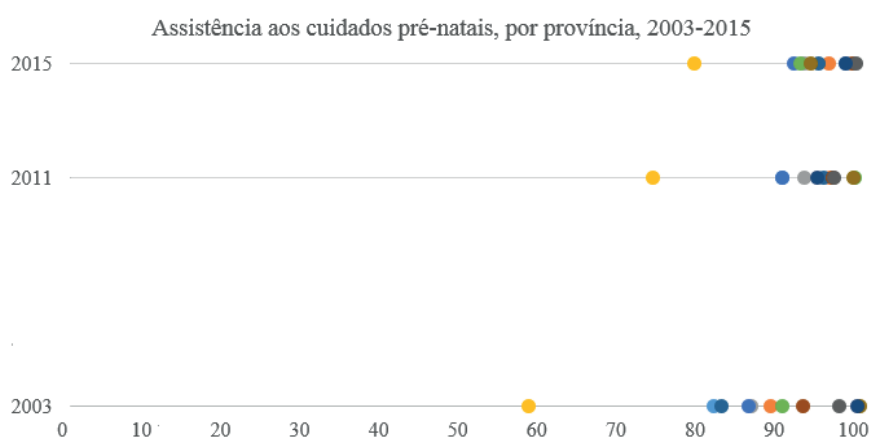


Gráfico 52. Percentagem de mulheres grávidas de 15-49 anos que receberam cuidados pré-natais de um profissional de saúde qualificado, por província

Nota-se que as províncias de Gaza, Inhambane e Maputo Cidade apresentaram taxas mais altas no ano 2015. Observa-se também que a província de Zambézia apresentou taxas mais baixas ao longo do período em análise comparativamente as demais províncias (**Tabela 5.1.4**).

#### 5.1.5. Assistência pré-natal por nível de escolaridade

No período em análise observou-se um ligeiro aumento de percentagem de mulheres que receberam cuidados pré-natais, em todos níveis de escolaridade (gráfico 53). Contudo, mantem-se as desigualdades no acesso aos cuidados pré-natais de um profissional de saúde entre as mulheres sem escolaridade e com nível de educação superior.



Gráfico 53. Percentagem de mulheres grávidas de 15-49 anos que receberam cuidados pré-natais de um profissional de saúde qualificado, por nível de escolaridade

Para mais informação sobre assistência aos cuidados pré-natais, por nível de escolaridade, consulte a **Tabela 5.1.5**.

### 5.1.6. Assistência pré-natal por quintil de riqueza

De 2003 a 2015, foram registadas percentagens mais altas de assistência pré-natal no quintil mais elevado comparativamente ao quintil mais baixo (com rácios de 0.68 e 0.87 para os anos 2003 e 2015) (gráfico 54).

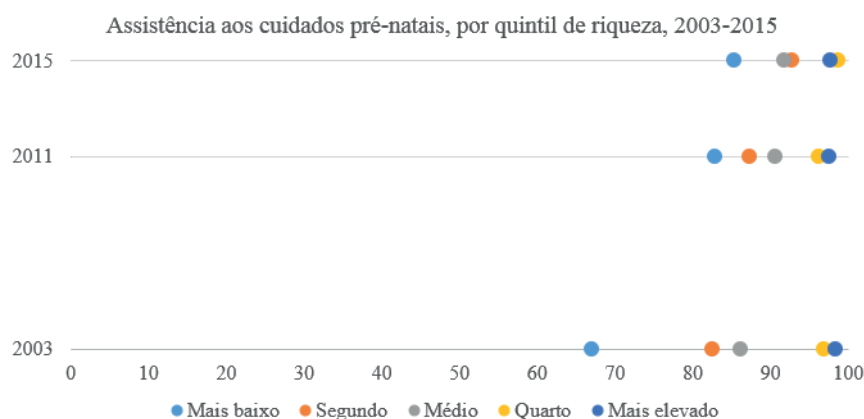


Gráfico 54. Percentagem de mulheres grávidas de 15-49 anos que receberam cuidados pré-natais de um profissional de saúde qualificado, por quintil de riqueza

Em 2015, destaca-se também um aumento da percentagem de mulheres que receberam cuidados pré-natais no segundo quintil comparativamente aos anos anteriores (**Tabela 5.1.6**).

## **5.2. Prevenção e controlo de malária durante a gravidez**

A malária é endémica em Moçambique, contribuindo para o efeito, as condições climáticas e ambientais como temperaturas e padrões de chuvas favoráveis (Arroz *et al.*, 2016). Constitui uma das complicações durante a gravidez que afecta significativamente a saúde materna e do recém-nascido (USAID, 2008).

Os efeitos da infecção com malária em mulheres grávidas podem variar de ligeiros à graves, dependendo do nível de transmissão e do nível de imunidade da gestante. Por outro lado, o nível de imunidade depende de factores tais como: a intensidade de transmissão da malária, o número de gravidezes anteriores e a presença de outras condições que podem baixar a resposta imunológica durante a gravidez (USAID, 2008).

Uma das medidas recomendadas para a prevenção da malária durante a gravidez é o uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticida (RTI) e o tratamento intermitente preventivo (TIP).

### **5.2.1. Uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticida**

Diversos factores influenciam a posse e o uso das RTI, tais como: a disponibilidade das redes, os conhecimentos sobre o seu uso, a durabilidade das RTI (estimada em três anos), entre outros. Em geral, a disponibilidade das redes é garantida pelo Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM) através das consultas pré-natais e campanhas nacionais de distribuição de redes mosquiteiras (Arroz *et al.*, 2016).

### **5.2.2. Uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticida por área de residência**

O gráfico 55, mostra a percentagem de mulheres grávidas de 15-49 anos que dormiram debaixo de uma RTI a noite anterior da realização dos inquéritos.

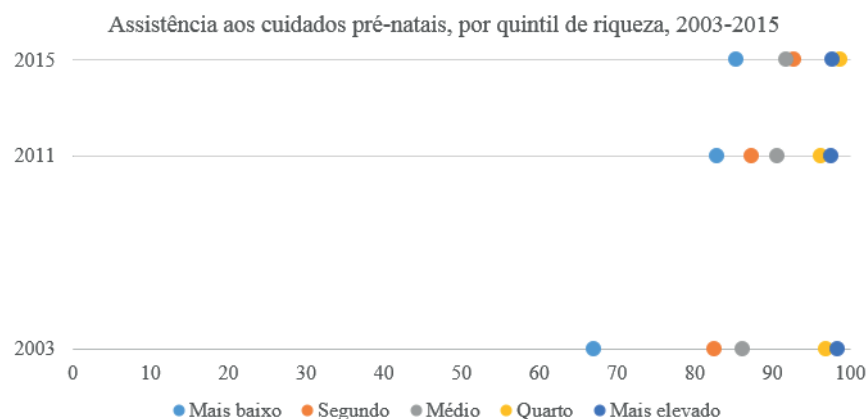


Gráfico 55. Percentagem de mulheres grávidas de 15-49 anos que dormiram debaixo de uma RTI a noite anterior ao inquérito, por área de residência

No período de 2011 a 2015, a percentagem de mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma RTI aumentou nas duas áreas de residência. Contudo, as diferenças entre ambas prevalecem, sendo que as percentagens de mulheres grávidas que dormem debaixo de uma RTI são mais elevadas nas áreas urbanas comparativamente às áreas rurais (com rácios de 0.59 e 0.79, para os anos 2011 e 2015) (gráfico 6) (Tabela 5.2.2).

### 5.2.3. Uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticida por província

No que concerne ao uso de RTI (gráfico 56), verifica-se que as províncias de Sofala, Cabo Delgado e Inhambane apresentaram percentagens mais altas no ano 2015 relativamente ao ano 2011.

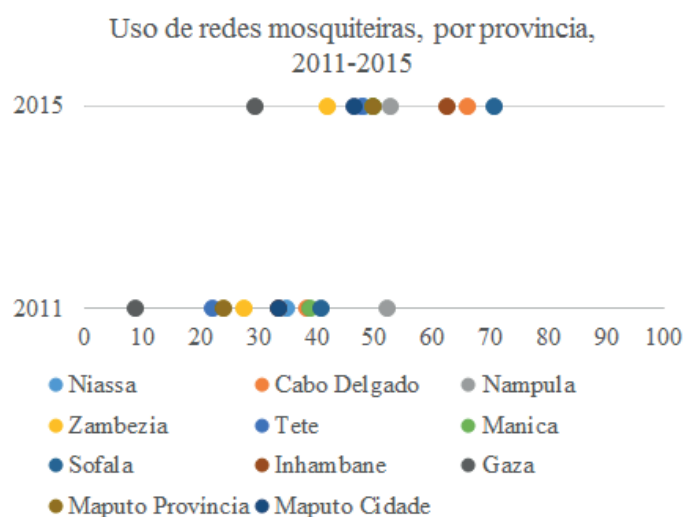


Gráfico 56. Percentagem de mulheres grávidas de 15-49 anos que dormiram debaixo de uma RTI a noite anterior ao inquérito, por província

Observa-se também que no ano 2015 persistem as desigualdades entre as províncias em relação ao uso de RTI (Tabela 5.2.3).

#### 5.2.4. Uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticida por nível de escolaridade

No período de 2011 a 2015, a percentagem de uso de RTI em mulheres com nível de educação aumentou em todos níveis. Contudo prevalecem as diferenças entre ambas, sendo maior a percentagem de uso de RTI em mulheres com nível de educação secundário comparativamente às mulheres sem escolaridade (com rácios de 0.59 e 0.79, para os anos 2011 e 2015) (gráfico 57) (**Tabela 5.2.4**).

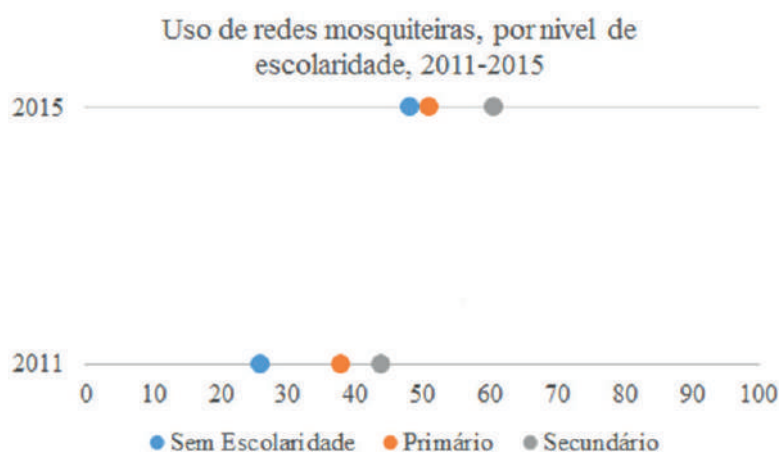


Gráfico 57. Percentagem de mulheres grávidas de 15-49 anos que dormiram debaixo de uma RTI a noite anterior ao inquérito, por nível de escolaridade

#### 5.2.5. Uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticida por quintil de riqueza

De 2011 a 2015, observa-se um aumento do uso de RTI em todos os quintis de riqueza, com destaque ao quintil mais elevado e ao quarto quintil (gráfico 58).

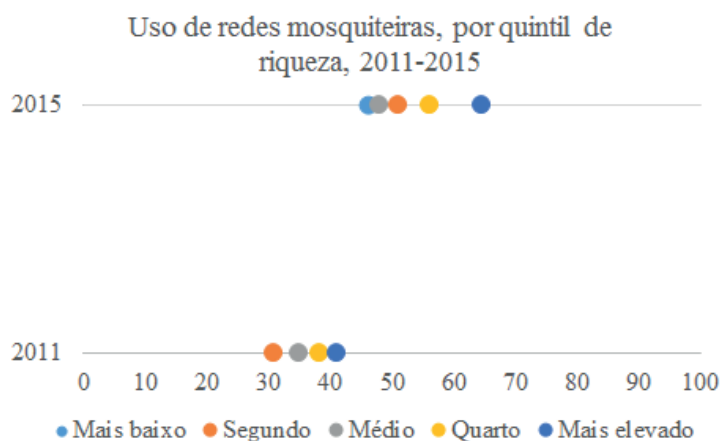


Gráfico 58. Percentagem de mulheres grávidas de 15-49 anos que dormiram debaixo de uma RTI a noite anterior ao inquérito, por quintil de riqueza

Em 2015, nota-se que a diferença entre o quintil mais baixo e o mais elevado aumentou (rácio =0.71) relativamente ao ano 2011 (rácio =0.75 ) (**Tabela 5.2.5**).

### 5.3. Tratamento intermitente preventivo

Em áreas de transmissão estável da malária, o Tratamento Intermitente Preventivo (TIP) com sulfadoxina-pirimetamina (SP) em mulheres grávidas é reconhecido como um instrumento útil na prevenção da malária e suas complicações nesse grupo populacional (MISAU, 2006). Em Janeiro de 2005, foi aprovada a estratégia de TIP na mulher grávida, tendo a sua implementação iniciado em Abril de 2006, após um período preparatório prolongado (MISAU, 2012). De acordo com as normas nacionais, a estratégia de TIP consiste na administração de três comprimidos de SP em três ocasiões separadas por um intervalo mínimo de quatro semanas. O TIP inicia a partir da 20ª semana de gestação ou depois quando a mulher grávida começa a sentir os movimentos fetais (MISAU, 2012).

#### 5.3.1. Tratamento intermitente preventivo por área de residência

O gráfico 59 mostra a percentagem de mulheres de 15-49 anos com um nado-vivo nos dois anos anteriores a realização dos inquéritos, e que durante a gravidez do último nado-vivo, receberam SP/Fansidar.

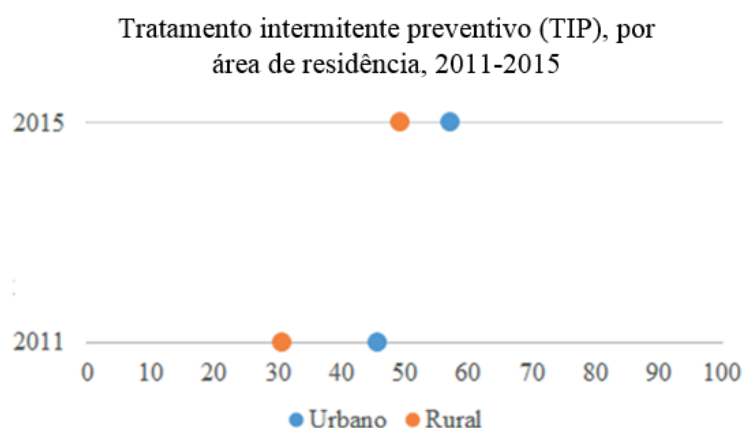


Gráfico 59. Percentagem de mulheres de 15-49 anos que receberam SP/Fansidar durante uma consulta pré-natal, por área de residência

A percentagem de mulheres que receberam SP/Fansidar durante uma consulta pré-natal é mais elevada nas áreas urbanas relativamente às áreas rurais ao longo do período em análise.

Em 2015, na área rural registou-se um aumento da percentagem de mulheres que receberam SP/Fansidar comparativamente ao ano de 2011 (com rácios de 0.86 e 0.67, respectivamente) (Tabela 5.3.1).

### 5.3.2. Tratamento intermitente preventivo por província

Em relação ao TIP por província (gráfico 60), observa-se que as províncias que apresentaram percentagens mais altas em 2015 são Gaza e Sofala.

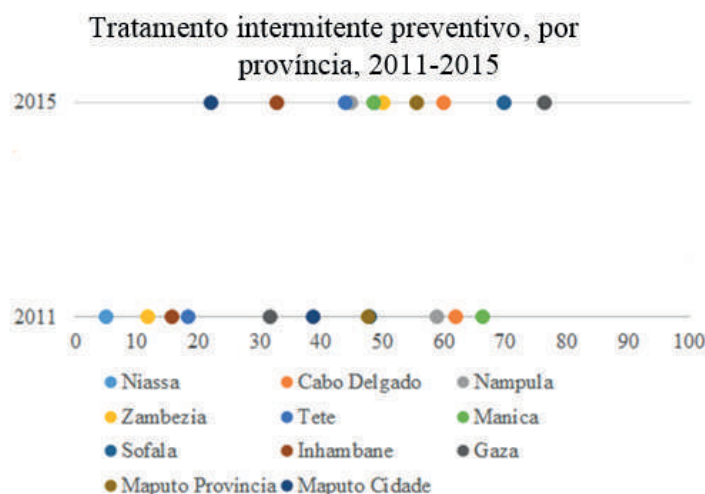


Gráfico 60. Percentagem de mulheres de 15-49 anos que receberam SP/Fansidar durante uma consulta pré-natal, por província

Para mais informação sobre TIP, por província, consulte a **Tabela 5.3.2**.

### 5.3.3. Tratamento intermitente preventivo por nível de escolaridade

No período de 2011 a 2015, houve um aumento de percentagens de mulheres grávidas que receberam TIP em todos níveis de educação. Contudo, as diferenças persistem entre ambos, sendo maiores as percentagens de mulheres com nível de educação secundário que receberam TIP em comparação as mulheres sem escolaridade (com rácios de 0.62 e 0.80, para os anos 2011 e 2015) (gráfico 61) (**Tabela 5.3.3**).

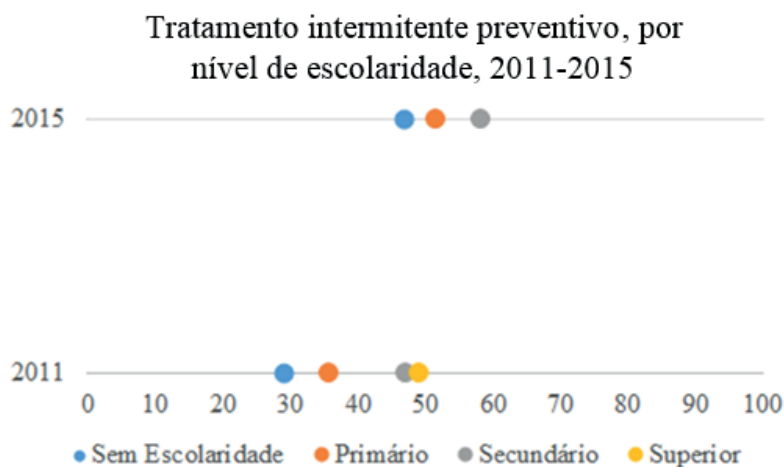
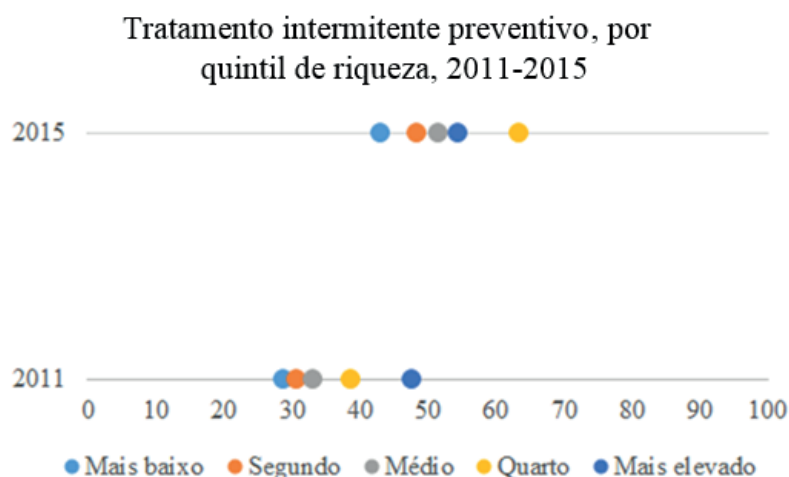


Gráfico 61. Percentagem de mulheres de 15-49 anos que receberam SP/Fansidar durante uma consulta pré-natal, por nível de escolaridade

### 5.3.4. Tratamento intermitente preventivo por quintil de riqueza

No período de 2011 a 2015, houve aumento de percentagens de mulheres que receberam SP/Fansidar durante uma consulta pré-natal em todos quintís. Contudo, as desigualdades persistem entre os quintís, sendo as percentagens mais altas em mulheres que receberam SP/Fansidar durante uma consulta pré-natal no quintil mais elevado do que o quintil mais baixo (com rácios de 0.60 e 0.79 para os anos 2011 e 2015, respectivamente) (gráfico 62).



*Gráfico 62. Percentagem de mulheres de 15-49 anos que receberam SP/Fansidar durante uma consulta pré-natal, por quintil de riqueza*

Em 2015, destaca-se um aumento de percentagem de mulheres que receberam SP/Fansidar no quarto quintil comparativamente ao ano 2011 (**Tabela 5.3.4**).

### 5.4. Assistência ao parto por profissional de saúde

A saúde e a sobrevivência dos recém-nascidos estão estreitamente associadas à assistência médica e aos cuidados de saúde que a mãe recebe antes e durante a gravidez, no parto e no período pós-natal. Neste contexto, a assistência profissional especializada durante o parto e imediatamente a seguir contribui para salvar vidas de muitas mães e bebés e evitar complicações associadas ao parto (Pearson et al., 2018).

Os profissionais de saúde são também de suma importância, ao ser coadjuvantes desta experiência. Têm a oportunidade de disponibilizar os seus conhecimentos a serviço do bem-estar da mulher e do bebé, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos (FEBRASGO, 2001).

### 5.4.1. Assistência ao parto por idade

O gráfico 63, mostra a percentagem de partos assistidos por profissional de saúde, nos dois anos anteriores a realização dos inquéritos.

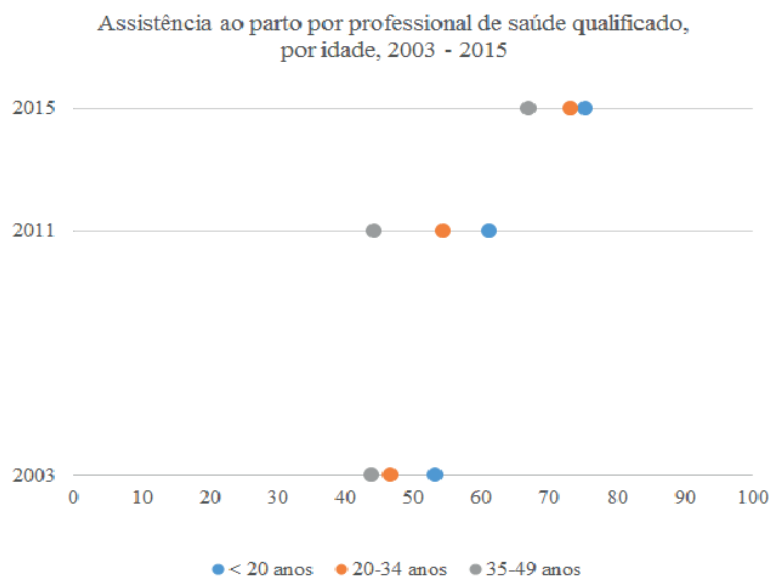


Gráfico 63. Percentagem de partos assistidos por profissional de saúde qualificado, por idade

De 2003 a 2015, a percentagem de partos assistidos por profissional de saúde qualificado foi maior nos grupos etários de mulheres menores de 20 anos de idade comparado com o segundo (20-34) e o último intervalo (35-49) de idades (gráfico 63) (**Tabela 5.4.1**).

### 5.4.2. Assistência ao parto por área de residência

As percentagens de assistência ao parto por profissional qualificado são mais elevadas nas áreas urbanas relativamente as áreas rurais (gráfico 64).

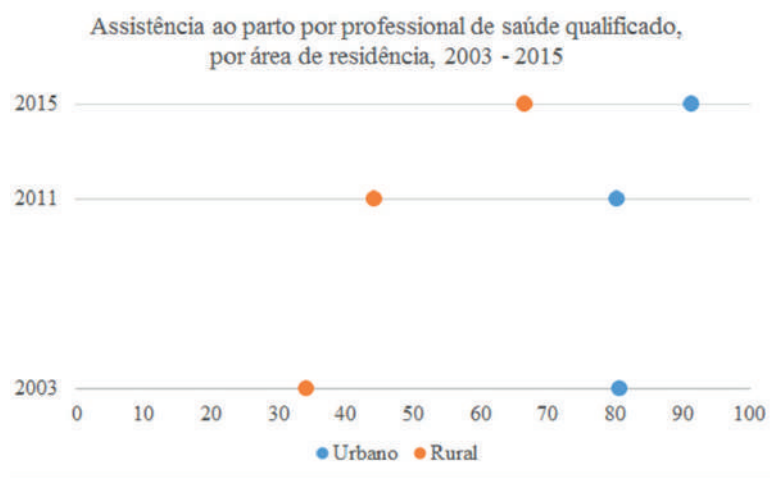


Gráfico 64. Percentagem de partos assistidos por profissional de saúde qualificado, por área de residência

Em 2003, nota-se que a diferença entre a área urbana e rural foi acentuada (rácio=0.42). Observa-se também uma redução das diferenças entre ambas áreas, com rácios de 0.55 e 0.73 para os anos 2011 e 2015, respectivamente (**Tabela 5.4.2**).

### 5.4.3. Assistência ao parto por província

No que concerne a assistência ao parto por profissional de saúde qualificado por província (gráfico 65), nota-se que as províncias de Maputo Cidade, Maputo Província, Inhambane, Gaza e Niassa apresentaram taxas mais altas no ano 2015.



Gráfico 65. Percentagem de partos assistidos por profissional de saúde qualificado, por província

### 5.4.4. Assistência ao parto por nível de escolaridade

Durante o ano de 2015, verificou-se uma maior percentagem de partos assistidos por profissional de saúde qualificado em mulheres com nível superior comparativamente a mulheres sem escolaridade (gráfico 66) (**Tabela 5.4.4**).



Gráfico 66. Percentagem de partos assistidos por profissional de saúde qualificado, por nível de escolaridade

### 5.4.5. Assistência ao parto por quintil de riqueza

As mulheres que estão no quintil mais elevado possuem percentagens mais elevadas de partos assistidos por profissionais de saúde qualificado em relação as mulheres que estão no quintil de riqueza mais baixo (gráfico 67).

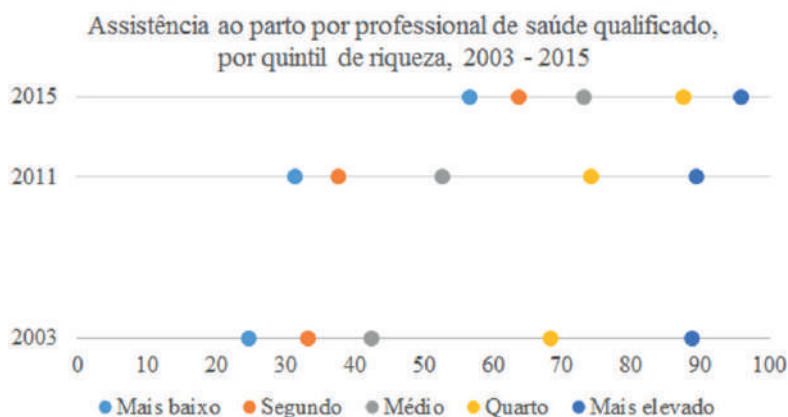


Gráfico 67. Percentagem de partos assistidos por profissional de saúde qualificado, por quintil de riqueza

Em 2015, nota-se que a diferença entre o quintil mais baixo e o quintil mais elevado foi menor (rácio=0.59) comparativamente aos anos anteriores (rácio=0.28 e rácio=0.35, para os anos 2003 e 2011) (**Tabela 5.4.5**).

## 5.5. Local do parto

Tanto a gestação, assim como o parto e puerpério constituem uma das experiências humanas mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedor para todos que nela participam. Os profissionais de saúde são também de suma importância, ao ser coadjuvantes desta experiência. Têm a oportunidade de disponibilizar os seus conhecimentos a serviço do bem-estar da mulher e do bebé, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos (FEBRASGO, 2001).

### 5.5.1. Partos ocorridos numa unidade sanitária por idade

O gráfico 68 mostra a percentagem dos partos ocorridos numa unidade sanitária, nos dois anos anteriores a realização dos inquéritos.

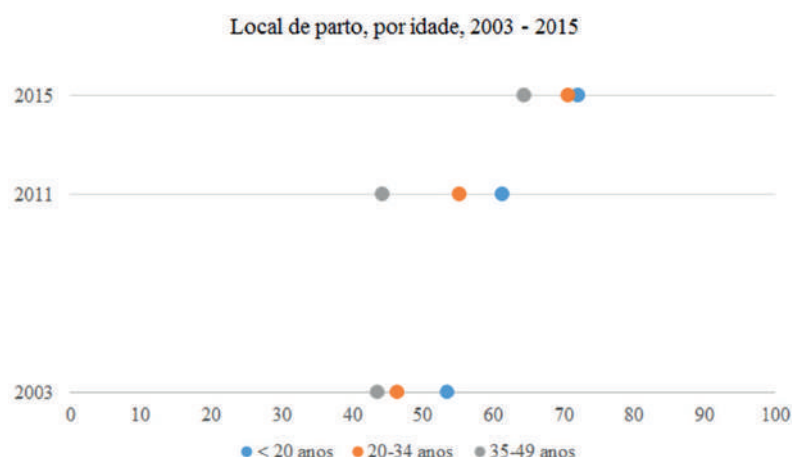


Gráfico 68. Percentagem de partos ocorridos numa unidade sanitária, por idade

Nota-se que de 2003 a 2015 a percentagem de mulheres cujo parto ocorreu numa unidade sanitária foi maior no grupo etário de menores de 20 anos comparado com o primeiro (20-34) e último intervalo (35-49) de idades (gráfico 68) (**Tabela 5.5.1**).

### 5.5.2. Partos ocorridos numa unidade sanitária, por província

Em relação aos partos ocorridos numa unidade sanitária por província (gráfico 69), verifica-se que as províncias de Maputo Cidade, Inhambane, Maputo Província, Gaza e Niassa apresentaram percentagens mais altas no ano de 2015.

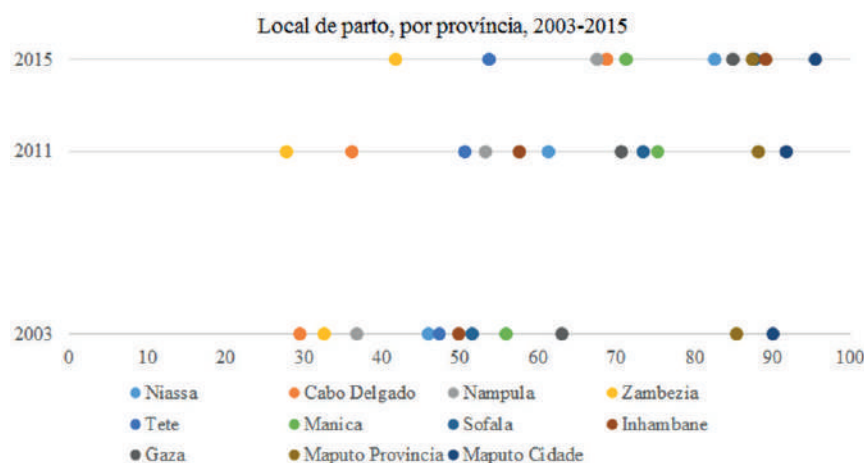


Gráfico 69. Percentagem de partos ocorridos numa unidade sanitária, por província

De 2011 a 2015, observa-se também que a província de Zambézia apresentou as percentagens mais baixas de partos ocorridos numa unidade sanitária comparativamente as demais províncias (**Tabela 5.5.2**).

### 5.5.3. Partos ocorridos numa unidade sanitária por nível de escolaridade

Em 2015 (gráfico 70), nota-se que a percentagem de partos ocorridos numa unidade sanitária foi maior em mulheres que possuíam nível superior.

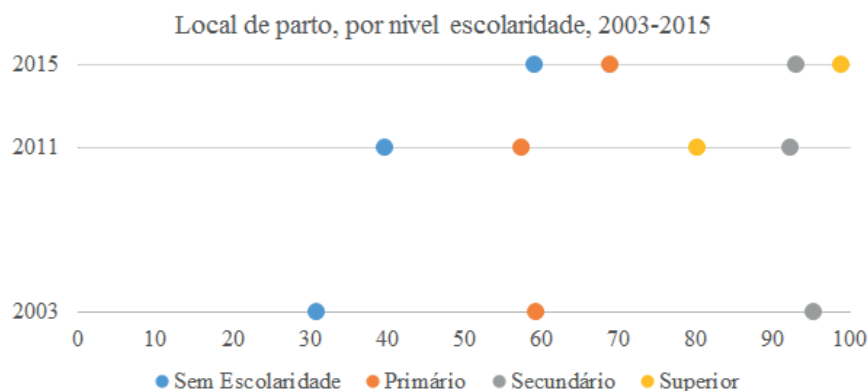


Gráfico 70. Percentagem de partos ocorridos numa unidade sanitária, por nível de escolaridade

De 2003 a 2015, observa-se também uma melhoria do cenário com rácios de 0.32, 0.43 e 0.63 para os anos 2003, 2011 e 2015, respectivamente (**Tabela 5.5.3**).

### 5.5.4. Partos ocorridos numa unidade sanitária por quintil de riqueza

De 2003 a 2015, observam-se percentagens mais altas de partos ocorridos numa unidade sanitária no quintil mais elevado comparativamente ao quintil mais baixo (com rácios de 0.28 e 0.54 para os anos 2003 e 2015) (gráfico 71).

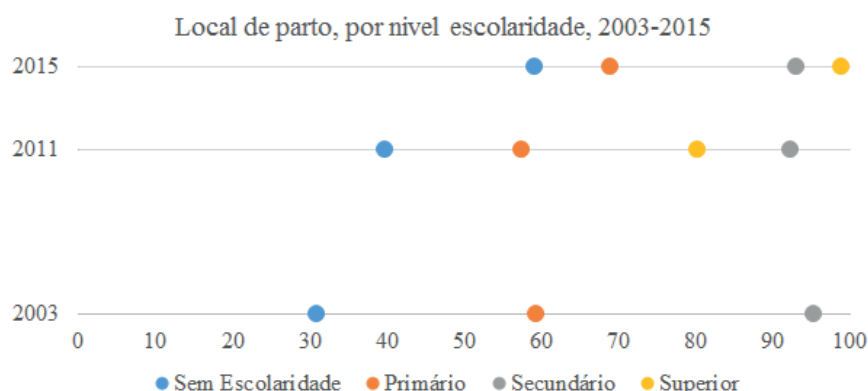


Gráfico 70. Percentagem de partos ocorridos numa unidade sanitária, por nível de escolaridade

Para mais informação sobre partos ocorridos numa unidade sanitária, por quintil de riqueza, consulte a **Tabela 5.5.4**.

## LISTA DE TABELAS

Para mais informação sobre cuidados pré-natais, consulte as seguintes tabelas:

Tabela 5.1.2.	Assistência aos cuidados pré-natais por idade	
Tabela 5.1.3.	Assistência aos cuidados pré-natais por área de residência	
Tabela 5.1.4.	Assistência aos cuidados pré-natais por província	
Tabela 5.1.5.	Assistência aos cuidados pré-natais por nível de escolaridade	
Tabela 5.1.6.	Assistência aos cuidados pré-natais por quintil de riqueza	
Tabela 5.2.2.	Uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticida por	área
	de residência	
Tabela 5.2.3.	Uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticida por província	
Tabela 5.2.4.	Uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticida por nível de	
	escolaridade	
Tabela 5.2.5.	Uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticida por quintil de riqueza	
Tabela 5.3.1.	Tratamento intermitente e preventivo por área de residência	
Tabela 5.3.2.	Tratamento intermitente e preventivo por província	
Tabela 5.3.3.	Tratamento intermitente e preventivo por nível de escolaridade	
Tabela 5.3.4.	Tratamento intermitente e preventivo por quintil de	
Tabela 5.4.1.	Assistência ao parto por idade	
Tabela 5.4.2.	Assistência ao parto por área de residência	
Tabela 5.4.3.	Assistência ao parto por província	
Tabela 5.4.4.	Assistência ao parto por nível de escolaridade	
Tabela 5.4.5.	Assistência ao parto por quintil de riqueza	
Tabela 5.5.1.	Partos ocorridos numa unidade sanitária por idade	
Tabela 5.5.2.	Partos ocorridos numa unidade sanitária por província	
Tabela 5.5.3.	Partos ocorridos numa unidade sanitária por nível de escolaridade	
Tabela 5.5.4.	Partos ocorridos numa unidade sanitária por quintil de riqueza	

**Tabela 5.1.2. Assistência aos cuidados pré-natais por idade**

Percentagem de mulheres grávidas de 15-49 anos que receberam cuidados pré-natais de um profissional de saúde qualificado, por idade (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003)

Anos	IDADE			Rácio menor idade/menor idade
	<20 anos	20-34 anos	35-49 anos	
2015	95.1	92.8	87	0.91
2011	92.4	91.3	85.9	0.93
2003	87.2	84	83.6	0.96

**Tabela 5.1.3. Assistência aos cuidados pré-natais por área de residência**

Percentagem de mulheres grávidas de 15-49 anos que receberam cuidados pré-natais de um profissional de saúde qualificado, por área de residência (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003)

Anos	ÁREA DE RESIDÊNCIA		Rácio Rural/Urbano
	Urbano	Rural	
2015	96.5	91.3	0.95
2011	96.3	88.2	0.92
2003	97.1	78.9	0.81

**Tabela 5.1.4. Assistência aos cuidados pré-natais por província**

Percentagem de mulheres grávidas de 15-49 anos que receberam cuidados pré-natais de um profissional de saúde qualificado, por província (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003)

Anos	PROVÍNCIA											Rácio menor cobertura/menor cobertura
	Niassa	Cabo Delgado	Nampula	Zambézia	Tete	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo Província	Maputo Cidade	
2015	98.1	96	92.9	79	92	92.3	94.7	99	99	93.7	98	0.79
2011	90	96.1	92.9	74	90	99.2	95.2	96	97	99	94.4	1.07
2003	81.3	88.6	86.1	58	86	90.1	82.4	93	97	99.9	99.5	0.58

**Tabela 5.1.5. Assistência aos cuidados pré-natais por nível de escolaridade**

Percentagem de mulheres grávidas de 15-49 anos que receberam cuidados pré-natais de um profissional de saúde qualificado, por nível de escolaridade (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003)

NÍVEL DE ESCOLARIDADE					
Anos	Sem Escolaridade	Primário	Secundário	Superior	Rácio sem escolaridade / secundário
2015	85.5	94.7	97.8	-	-
2011	85.5	92.2	98.1	100	0.87
2003	75	91.5	98.7	80.2	0.76

**Tabela 5.1.6. Assistência aos cuidados pré-natais por quintil de riqueza.**

Percentagem de mulheres grávidas de 15-49 anos que receberam cuidados pré-natais de um profissional de saúde qualificado, por quintil de riqueza (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003)

QUINTIL DE RIQUEZA						
Anos	Mais baixo	Segundo	Médio	Quarto	Mais elevado	Rácio mais baixo / mais elevado
2015	85.3	92.8	91.8	98.7	97.7	0.87
2011	82.8	87.4	90.7	96.2	97.5	0.85
2003	67	82.5	86.1	96.9	98.3	0.68

**Tabela 5.2.2. Uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticida por área de residência**

Percentagem de mulheres grávidas de 15-49 anos que dormiram debaixo de uma RTI a noite anterior da realização dos inquéritos (IMASIDA 2015, IDS 2011)

ÁREA DE RESIDÊNCIA			
Anos	Urbano	Rural	Rácio Rural / Urbano
2015	56.6	50.2	0.89
2011	46.5	30.1	0.65

**Tabela 5.2.3. Uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticida por província**

Percentagem de mulheres grávidas de 15-49 anos que dormiram debaixo de uma RTI a noite anterior da realização dos inquéritos (IMASIDA 2015, IDS 2011)

PROVÍNCIA												
Anos	Niassa	Cabo Delgado	Nampula	Zambézia	Tete	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo Província	Maputo Cidade	Rácio menor cobertura / maior cobertura
2015	48	66	53	42	48	50	71	63	30	50	46	0.42
2011	35	38	52	28	22	39	41	34	9	24	33	0.17

**Tabela 5.2.4. Uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticida por nível de escolaridade**

Percentagem de mulheres grávidas de 15-49 anos que dormiram debaixo de uma RTI a noite anterior da realização dos inquéritos (IMASIDA 2015, IDS 2011)

NÍVEL DE ESCOLARIDADE				
Anos	Sem Escolaridade	Primário	Secundário	Rácio Sem escolaridade / secundário
2015	48.2	51	60.7	0.79
2011	26	37.9	44	0.59

**Tabela 5.2.5. Uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticida por quintil de riqueza**

Percentagem de mulheres grávidas de 15-49 anos que dormiram debaixo de uma RTI a noite anterior da realização dos inquéritos (IMASIDA 2015, IDS 2011)

QUINTIL DE RIQUEZA						
Anos	Mais baixo	Segundo	Médio	Quarto	Mais elevado	Rácio mais baixo / mais elevado
2015	46.1	50.9	48	56.1	64.6	0.71
2011	30.7	30.8	35	38.2	41.1	0.75

**Tabela 5.3.1. Tratamento intermitente e preventivo por área de residência**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos com um nado-vivo nos dois anos anteriores a realização dos inquéritos que, durante a gravidez do último nado-vivo, receberam SP/ Fansidar (IMASIDA 2015, IDS 2011)

ÁREA DE RESIDÊNCIA			
Anos	Urbano	Rural	Rácio Rural/Urbano
2015	57.3	49.4	0.86
2011	45.7	30.7	0.67

**Tabela 5.3.2. Tratamento intermitente e preventivo por província**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos com um nado-vivo nos dois anos anteriores a realização dos inquéritos que, durante a gravidez do último nado-vivo, receberam SP/ Fansidar (IMASIDA 2015, IDS 2011)

PROVÍNCIA												
Anos	Niassa	Cabo Delgado	Nampula	Zambézia	Tete	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo Província	Maputo Cidade	Rácio menor cobertura/ maior cobertura
2015	49	60	45	50	44	49	70	33	76	56	22	0.29
2011	5	62	59	12	18	66	48	16	32	48	39	0.08

**Tabela 5.3.3. Tratamento intermitente e preventivo por nível de escolaridade**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos com um nado-vivo nos dois anos anteriores a realização dos inquéritos que, durante a gravidez do último nado-vivo, receberam SP/ Fansidar (IMASIDA 2015, IDS 2011)

NÍVEL DE ESCOLARIDADE					
Anos	Sem Escolaridade	Primário	Secundário	Superior	Rácio Sem escolaridade/ secundário
2015	46.9	51.7	58.3	-	0.80
2011	29.2	35.7	47.1	49	0.62

**Tabela 5.3.4. Tratamento intermitente e preventivo por quintil de riqueza**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos com um nado-vivo nos dois anos anteriores a realização dos inquéritos que, durante a gravidez do último nado-vivo, receberam SP/Fansidar (IMASIDA 2015, IDS 2011)

QUINTIL DE RIQUEZA						
Anos	Mais baixo	Segundo	Médio	Quarto	Mais elevado	Rácio mais baixo/mais elevado
2015	43	48.3	51.5	63.4	54.5	0.79
2011	28.8	30.6	33.2	38.8	47.8	0.60

**Tabela 5.4.1. Assistência ao parto por idade**

Percentagem de partos assistidos por profissional de saúde, nos dois anos anteriores a realização dos inquéritos (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003)

IDADE				
Anos	< 20 anos	20-34 anos	35-49 anos	Rácio menor idade/maior idade
2015	75.3	73.3	67.1	0.89
2011	61.3	54.5	44.3	0.72
2003	53.2	46.6	43.9	0.83

**Tabela 5.4.2. Assistência ao parto por área de residência**

Percentagem de partos assistidos por profissional de saúde, nos dois anos anteriores a realização dos inquéritos (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003)

ÁREA DE RESIDÊNCIA			
Anos	Urbano	Rural	Rácio Rural/Urbano
2015	91.4	66.6	0.73
2011	80.3	44.3	0.55
2003	80.7	34.2	0.42

**Tabela 5.4.3. Assistência ao parto por província**

Percentagem de partos assistidos por profissional de saúde, nos dois anos anteriores a realização dos inquéritos (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003)

Anos	PROVÍNCIA											Rácio menor cobertura/menor cobertura
	Níassia	Cabo Delgado	Nampula	Zambézia	Tete	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo Província	Maputo Cidade	
2015	85.2	67.2	74.4	45.7	57	73.3	89.5	89.1	86	88.6	95.7	0.68
2011	60.5	35.3	55.3	26.4	52	74	71.1	59.4	71	84	90.8	0.58
2003	47	31.4	38.2	32.1	47	55.9	51	49	61	85.2	89.2	0.38

**Tabela 5.4.4. Assistência ao parto por nível de escolaridade**

Percentagem de partos assistidos por profissional de saúde, nos dois anos anteriores a realização dos inquéritos (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003)

Anos	NÍVEL DE ESCOLARIDADE					Rácio sem escolaridade/secundário
	Sem Escolaridade	Primário	Secundário	Superior		
2015	60.5	73.3	93	-		0.65
2011	39.6	56.9	90.5	93.6		0.44
2003	31.4	59.2	94.7	80.2		0.33

**Tabela 5.4.5. Assistência ao parto por quintil de riqueza**

Percentagem de partos assistidos por profissional de saúde, nos dois anos anteriores a realização dos inquéritos (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003)

Anos	QUINTIL DE RIQUEZA					Rácio mais baixo/menos elevado
	Mais baixo	Segundo	Médio	Quarto	Mais elevado	
2015	56.6	63.7	73.2	87.5	95.8	0.59
2011	31.5	37.7	52.6	74.2	89.5	0.35
2003	24.7	33.4	42.5	68.4	88.7	0.28

### 5.5.1. Partos ocorridos numa unidade sanitária por idade

Percentagem dos partos ocorridos numa unidade sanitária, nos dois anos anteriores a realização dos inquéritos (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003)

Anos	IDADE			Rácio menor idade / maior idade
	< 20 anos	20-34 anos	35-49 anos	
2015	72.1	70.7	64.5	0.89
2011	61.3	55.2	44.4	0.72
2003	53.5	46.4	43.7	0.82

### 5.5.2. Partos ocorridos numa unidade sanitária por província

Percentagem dos partos ocorridos numa unidade sanitária, nos dois anos anteriores a realização dos inquéritos (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003)

Anos	PROVÍNCIA											Rácio menor cobertura / maior cobertura
	Niassa	Cabo Delgado	Nampula	Zambézia	Tete	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo Província	Maputo Cidade	
2015	82.6	68.8	67.5	41.8	54	71.3	87.8	89.2	85	87.5	95.5	0.61
2011	61.4	36.2	53.3	27.8	51	75.3	73.4	57.7	71	88.3	91.8	0.59
2003	46	29.6	36.8	32.7	47	56	51.6	49.8	63	85.4	90.1	0.38

### 5.5.3. Partos ocorridos numa unidade sanitária por nível de escolaridade

Percentagem dos partos ocorridos numa unidade sanitária, nos dois anos anteriores a realização dos inquéritos (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003)

Anos	NÍVEL DE ESCOLARIDADE				Rácio sem escolaridade / secundário
	Sem Escolaridade	Primário	Secundário	Superior	
2015	59.1	69	93.1	-	0.63
2011	39.7	57.4	92.4	98.9	0.43
2003	31	59.4	95.4	80.2	0.32

#### 5.5.4. Partos ocorridos numa unidade sanitária por quintil de riqueza

Percentagem dos partos ocorridos numa unidade sanitária, nos dois anos anteriores a realização dos inquéritos (IMASIDA 2015, IDS 2011, IDS 2003)

QUINTIL DE RIQUEZA						
Anos	Mais baixo	Segundo	Médio	Quarto	Mais elevado	Rácio mais baixo / mais elevado
2015	51.9	59.4	71	86.6	95.3	0.54
2011	31.2	38.2	52.9	74.4	91.5	0.34
2003	24.9	33.1	41.9	68.2	89.4	0.28



## CONHECIMENTOS RELACIONADOS COM MÉTODOS DE PREVENÇÃO DE HIV/SIDA

**A**lcançar um alto nível de conhecimento da população sobre o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) constitui um factor determinante para reduzir a mortalidade, morbilidade, podendo também contribuir para a redução de número de novas infecções por HIV. Por outro lado, esta redução constitui também uma estratégia-chave para atingir a meta de ter uma população saudável e produtiva no país (MISAU, 2013).

O Governo de Moçambique através do Ministério da Saúde comprometeu-se a eliminar a transmissão vertical, reduzir a transmissão sexual em 50% e aumentar a cobertura de terapia antirretroviral (TARV) em 80% até 2015. De modo a atingir estes objectivos, é importante que as pessoas infectadas ou em risco de infecção pelo HIV possuam conhecimento abrangente sobre HIV, bem como, conhecimentos sobre atitudes e comportamento vinculado ao HIV/SIDA.

O presente capítulo apresenta informação sobre o conhecimento de métodos para prevenir HIV/SIDA durante o período de 2003 à 2015.

	Variáveis analisadas
<b>Mulheres dos 15 aos 49 anos de idade</b>	Conhecimento abrangente sobre HIV/SIDA (métodos para prevenir HIV/SIDA), limitação do número de parceiros sexuais e uso de preservativo.

## 6. Conhecimentos relacionados com métodos de prevenção de HIV/SIDA

Desde o início do milénio as declarações e compromissos internacionais relacionados ao HIV tem vindo a aumentar, destacando a importância de se focar nos jovens para combater a pandemia (UNICEF, 2011). Contudo, em muitos casos, os jovens continuam a ter pouca informação e entendimento sobre HIV; e podem não estar cientes de sua vulnerabilidade ou a melhor forma de prevenir infecções (UNICEF, 2011). O acompanhamento contínuo dos padrões de comportamento e atitudes em relação ao HIV é um componente chave da avaliação das intervenções programáticas que tem vindo a ser implementadas durante o período de 2003 à 2015.

### 6.1. Conhecimentos sobre métodos para prevenir HIV/SIDA

#### 6.1.1. Conhecimentos sobre métodos para prevenir HIV/SIDA por estado civil

O gráfico 72, mostra a percentagem de mulheres de 15-49 anos de idade que, com resposta a uma questão directa feita nos inquéritos, afirmaram que as pessoas podem reduzir o risco de contrair SIDA através de uso de preservativo e de limitação de parceiros sexuais.

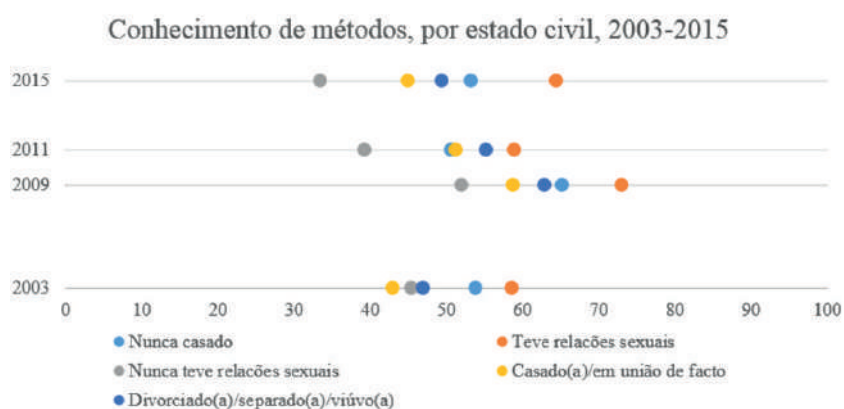


Gráfico 72. Percentagem de conhecimento de métodos para prevenir HIV/SIDA por estado civil

De 2003 à 2015 verifica-se que as mulheres que já tiveram relações sexuais apresentam um alto nível de conhecimento sobre métodos de prevenir HIV/SIDA comparativamente às que nunca tiveram relações sexuais (com rácios de 0.77 e 0.51, respectivamente). As mulheres casadas apresentam um baixo nível de conhecimento comparativamente as mulheres que nunca casaram (com rácios de 1,26 e 1.19 para os anos 2003 e 2015) (Tabela 6.1.1).

### 6.1.2. Conhecimentos sobre métodos para prevenir HIV/SIDA por área de residência

Para os anos 2003 e 2015, observa-se que em ambas as zonas, o nível de conhecimento de métodos para prevenir HIV/SIDA permaneceu quase estacionário (com rácios de 0.66 e 0.69, respectivamente) (gráfico 73)

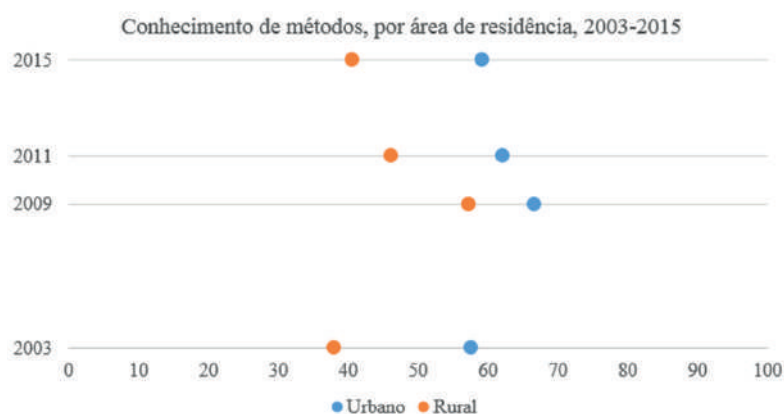


Gráfico 73. Percentagem de conhecimento de métodos para prevenir HIV/SIDA por área de residência

Em 2009, o nível de conhecimento de métodos para prevenir HIV/SIDA foi maior em ambas as zonas (rácio = 0.86) relativamente aos anos anteriores (**Tabela 6.1.2**).

### 6.1.3. Conhecimentos sobre métodos para prevenir HIV/SIDA por província

Em 2015, as províncias de Inhambane, Maputo Província e Maputo Cidade apresentaram percentagens mais altas de nível de conhecimento sobre métodos para prevenir HIV/SIDA comparativamente a outras províncias (gráfico 74).

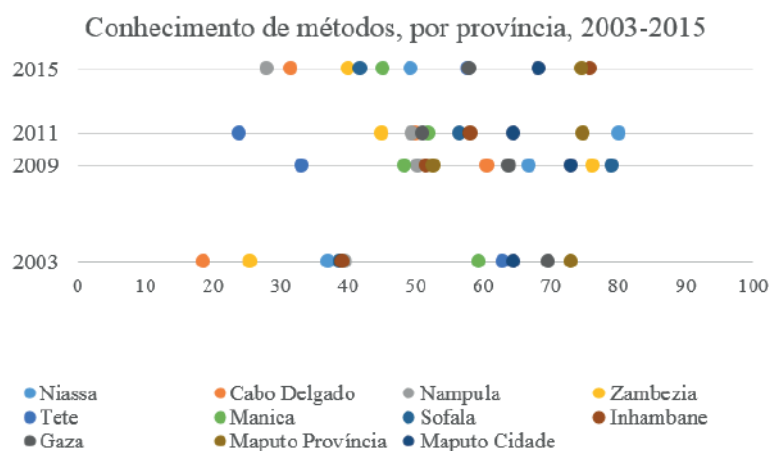


Gráfico 74. Percentagem de conhecimento de métodos para prevenir HIV/SIDA por província

Nota-se também que as desigualdades mantiveram-se constantes ao longo dos anos em análise, sendo menos acentuadas em 2015 (**Tabela 6.1.3**).

#### 6.1.4. Conhecimentos sobre métodos para prevenir HIV/SIDA por nível de escolaridade

De 2003 à 2015, observa-se que as percentagens de conhecimento sobre métodos para prevenir HIV/SIDA são mais elevadas em mulheres com um nível de educação superior comparativamente as mulheres sem escolaridade (com rácios de 0.37 e 0.46 para os anos 2003 e 2005, respectivamente) (gráfico 75 ) (**Tabela 6.1.4**).

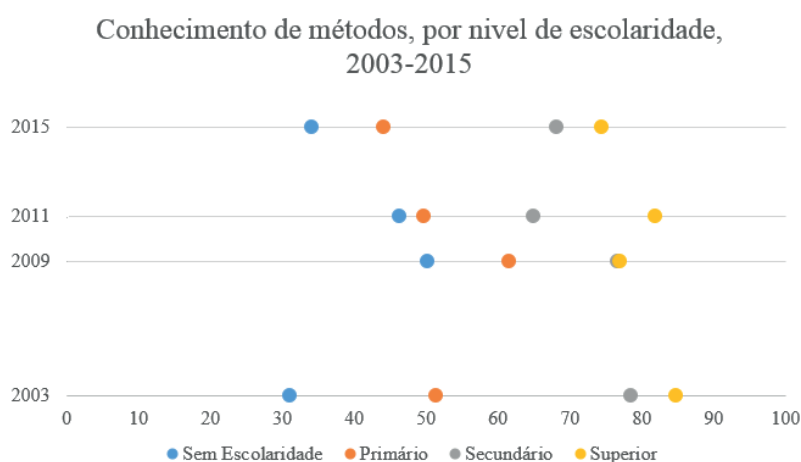


Gráfico 75. Percentagem de conhecimento de métodos para prevenir HIV/SIDA por nível de escolaridade

#### 6.1.5. Conhecimentos sobre métodos para prevenir HIV/SIDA por quintil de riqueza

De 2003 a 2015, verifica-se um ligeiro aumento das percentagens de conhecimento sobre métodos para prevenir HIV/SIDA em todos os quintis (gráfico 76), com destaque para o quarto quintil.

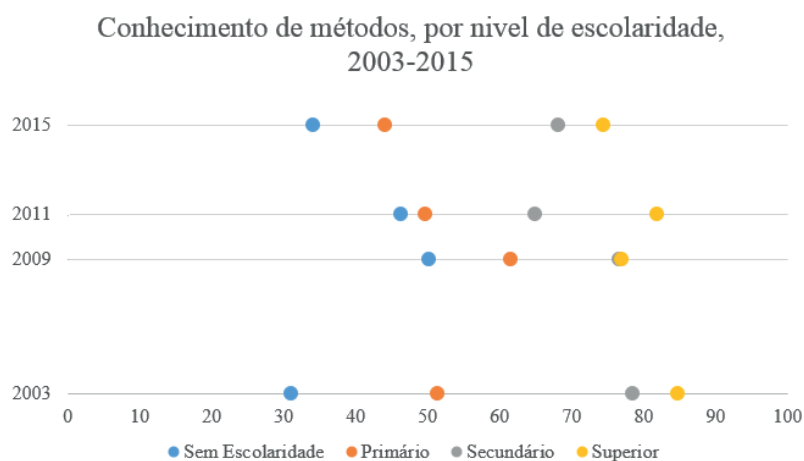


Gráfico 76. Percentagem de conhecimento de métodos para prevenir HIV/SIDA por quintil de riqueza

Verifica-se também que, nos anos 2003 e 2015 as desigualdades mantiveram-se constantes, sendo menos acentuadas em 2009 e 2011 (**Tabela 6.1.5**).

## LISTA DE TABELAS

Para mais informação sobre mortalidade neonatal e infanto-juvenil, consulte as seguintes tabelas:

- Tabela 6.1.1. Conhecimentos sobre métodos para prevenir HIV/SIDA por estado civil
- Tabela 6.1.2. Conhecimentos sobre métodos para prevenir HIV/SIDA por área de residência
- Tabela 6.1.3. Conhecimentos sobre métodos para prevenir HIV/SIDA por província
- Tabela 6.1.4. Conhecimentos sobre métodos para prevenir HIV/SIDA por nível de escolaridade
- Tabela 6.1.5. Conhecimentos sobre métodos para prevenir HIV/SIDA por quintil de riqueza

**Tabela 6.1.1. Conhecimentos sobre métodos para prevenir HIV/SIDA por estado civil**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos de idade que, com resposta a uma questão directa feita nos inquéritos, afirmaram que as pessoas podem reduzir o risco de contrair SIDA através de uso de preservativo e de limitação de parceiros sexuais (IMASIDA 2015, IDS 2011, INSIDA 2009, IDS 2003).

ESTADO CIVIL						
Anos	Nunca casado	Teve relações sexuais	Nunca teve relações sexuais	Casado(a)/ em união de facto	Divorciado(a)/ separado(a)/ viúvo(a)	Rácio Nunca casado/ Casado
2015	53.2	64.4	33.4	44.9	49.4	1.19
2011	50.7	59	39.3	51.2	55.3	0.99
2009	65.2	73	52	58.8	62.9	1.12
2003	53.9	58.6	45.4	42.9	47	1.26

**Tabela 6.1.2. Conhecimentos sobre métodos para prevenir HIV/SIDA por área de residência**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos de idade que, com resposta a uma questão directa feita nos inquéritos, afirmaram que as pessoas podem reduzir o risco de contrair SIDA através de uso de preservativo e de limitação de parceiros sexuais (IMASIDA 2015, IDS 2011, INSIDA 2009, IDS 2003).

ÁREA DE RESIDÊNCIA			
Anos	Urbano	Rural	Rácio Rural/ Urbano
2015	59.1	40.6	0.69
2011	62.1	46.1	0.74
2009	66.7	57.2	0.86
2003	57.6	38	0.66

**Tabela 6.1.3. Conhecimentos sobre métodos para prevenir HIV/SIDA por províncias**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos de idade que, com resposta a uma questão directa feita nos inquéritos, afirmaram que as pessoas podem reduzir o risco de contrair SIDA através de uso de preservativo e de limitação de parceiros sexuais (IMASIDA 2015, IDS 2011, INSIDA 2009, IDS 2003).

PROVÍNCIAS												
Anos	Niassa	Cabo Delgado	Nampula	Zambézia	Tete	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo Província	Maputo Cidade	Rácio menor cobertura/ maior cobertura
2015	49.3	31.5	28	40.1	58	45	42	75.9	58	74.7	68.2	0.37
2011	80.1	50	49.5	45	24	52	57	58.1	51	74.8	64.6	0.30
2009	66.8	60.6	50.3	76.2	33	48	79	51.6	64	52.6	73.1	0.42
2003	37.1	18.7	39.5	25.5	63	59	39	39.1	70	73	64.5	0.26

**Tabela 6.1.4. Conhecimentos sobre métodos para prevenir HIV/SIDA por nível de escolaridade**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos de idade que, com resposta a uma questão directa feita nos inquéritos, afirmaram que as pessoas podem reduzir o risco de contrair SIDA através de uso de preservativo e de limitação de parceiros sexuais (IMASIDA 2015, IDS 2011, INSIDA 2009, IDS 2003).

NÍVEL DE ESCOLARIDADE					
Anos	Sem Escolaridade	Primário	Secundário	Superior	Rácio sem escolaridade / superior
2015	34.1	44.1	68.2	74.4	0.46
2011	46.3	49.7	64.9	81.9	0.57
2009	50.2	61.6	76.7	76.9	0.65
2003	31.1	51.4	78.5	84.7	0.37

**Tabela 6.1.5. Conhecimentos sobre métodos para prevenir HIV/SIDA por quintil de riqueza**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos de idade que, com resposta a uma questão directa feita nos inquéritos, afirmaram que as pessoas podem reduzir o risco de contrair SIDA através de uso de preservativo e de limitação de parceiros sexuais (IMASIDA 2015, IDS 2011, INSIDA 2009, IDS 2003).

QUNTIL DE RIQUEZA						
Anos	Mais baixo	Segundo	Médio	Quarto	Mais elevado	Rácio mais baixo / mais elevado
2015	30.3	34.1	42.8	56	67.3	0.45
2011	42.1	47.5	50	51.2	64.5	0.65
2009	58.4	55.5	53.6	62.1	69.6	0.84
2003	29.5	34.3	43.1	51.4	65.8	0.45

## 6.3. Conhecimentos sobre a limitação de parceiros sexuais como forma de prevenir HIV/SIDA

### 6.3.1. Conhecimentos sobre a limitação de parceiros sexuais como forma de prevenir HIV/SIDA por estado civil

O gráfico 77 mostra a Percentagem de mulheres que afirmaram que as pessoas podem reduzir o risco de contrair HIV através de limitação de parceiros sexuais (parceiro que não tem outros parceiros).

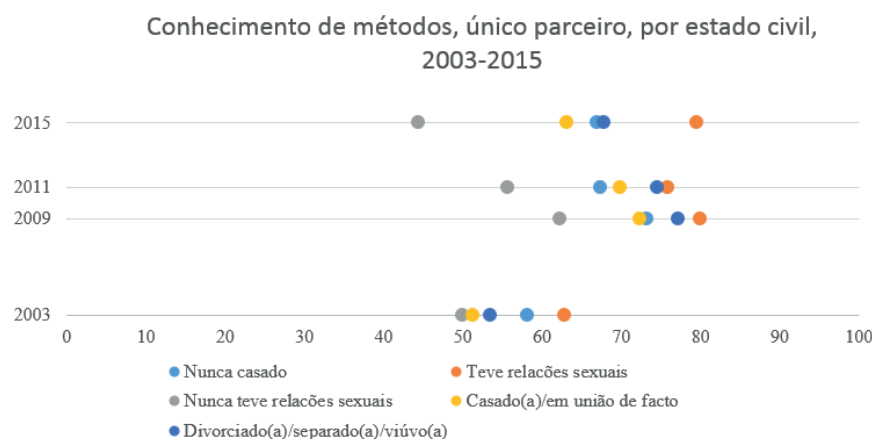


Gráfico 77 Percentagem de conhecimento sobre limitação de parceiros sexuais por estado civil

De 2003 a 2015, observa-se que as mulheres que já tiveram relações sexuais apresenta percentagens mais elevadas de conhecimento sobre a limitação de parceiros sexuais em relação as mulheres que nunca tiveram relações sexuais (com rácios de 1.26 e 1.79 para os anos 2003 e 2015, respectivamente) (**Tabela 6.3.1**).

### 6.3.2. Conhecimentos sobre a limitação de parceiros sexuais como forma de prevenir HIV/SIDA por área de residência

De um modo geral, verifica-se que ao longo do período em análise as percentagens de conhecimento sobre a limitação de parceiros sexuais são mais elevadas nas zonas urbanas relativamente as zonas rurais (gráfico 78).

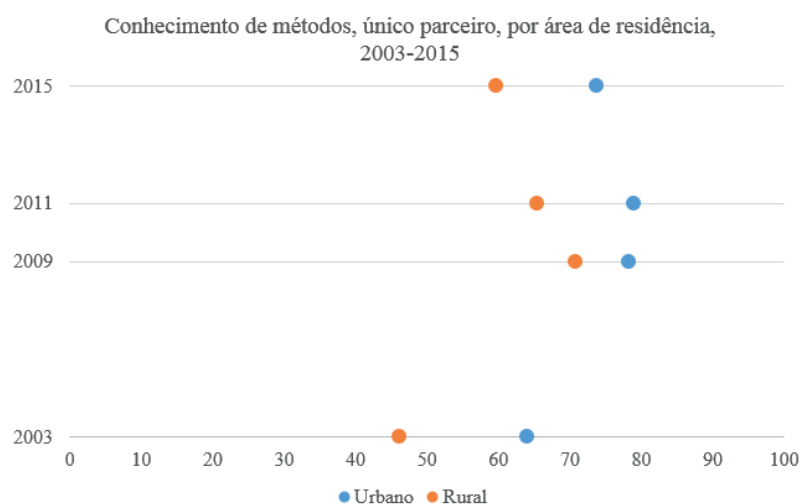


Gráfico 78. Percentagem de conhecimento sobre limitação de parceiros sexuais por área de residência

Em 2015 nota-se um aumento das percentagens de conhecimento sobre a limitação de parceiros sexuais em ambas áreas de residência (rácio= 0.81) comparativamente ao ano 2003 (rácio = 0.72) (**Tabela 6.3.2**).

### 6.3.3. Conhecimentos sobre a limitação de parceiros sexuais como forma de prevenir HIV/SIDA por província

Em 2015, observa-se que as províncias de Maputo Província, Maputo Cidade e Gaza apresentaram percentagens mais elevadas de conhecimento sobre a limitação de parceiros sexuais (gráfico 79).

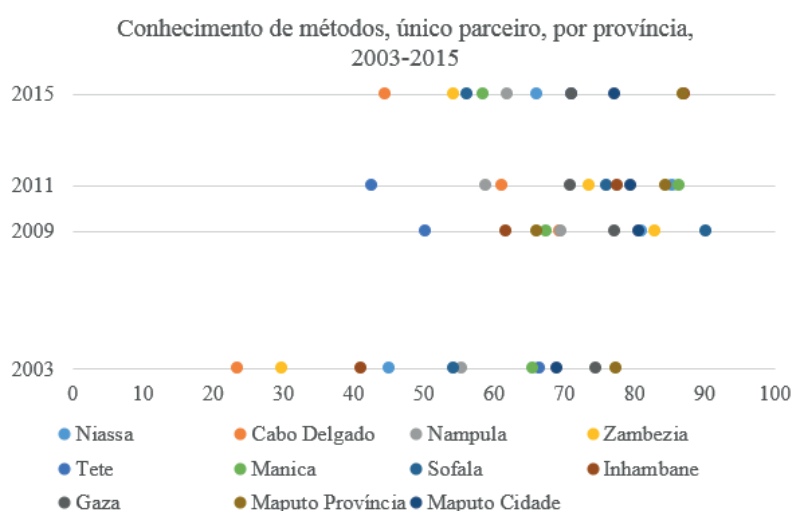


Gráfico 79. Percentagem de conhecimento sobre limitação de parceiros sexuais por província

Verifica-se também que as desigualdades foram menos acentuadas em 2015 relativamente ao ano 2003 (**Tabela 6.3.3**).

### 6.3.4. Conhecimentos sobre a limitação de parceiros sexuais como forma de prevenir HIV/SIDA por nível de escolaridade

De 2003 a 2015, observa-se uma maior percentagem de conhecimento sobre a limitação de parceiros sexuais em mulheres com nível de educação secundária comparativamente as mulheres sem escolaridade (com rácios de 0.49 e 0.63 para os anos 2003 e 2015, respectivamente) (gráfico 80) (Tabela 6.3.4).

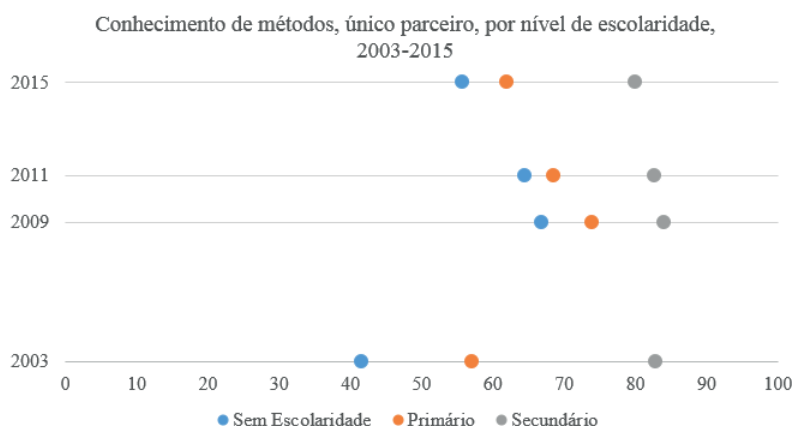


Gráfico 80. Percentagem de conhecimento sobre limitação de parceiros sexuais por nível de escolaridade

### 6.3.5. Conhecimentos sobre a limitação de parceiros sexuais como forma de prevenir HIV/SIDA por quintil de riqueza

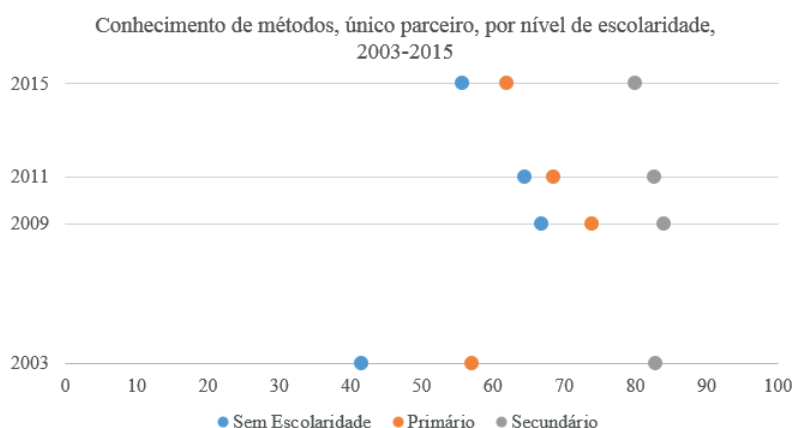


Gráfico 81. Percentagem de conhecimento sobre limitação de parceiros sexuais por quintil de riqueza

Em 2003, nota-se que a diferença entre o quintil mais baixo e o quintil mais elevado foi acentuada (rácio=0.55). Contudo, este cenário foi melhorando com o decorrer dos anos até o ano 2015 (rácio=0.69) (gráfico 81) (Tabela 6.3.5).

## LISTA DE TABELAS

Para mais informação sobre mortalidade neonatal e infanto-juvenil, consulte as seguintes tabelas:

- Tabela 6.3.1. Conhecimentos sobre a limitação de parceiros sexuais como forma de prevenir HIV/SIDA por estado civil
- Tabela 6.3.2. Conhecimentos sobre a limitação de parceiros sexuais como forma de prevenir HIV/SIDA por área de residência
- Tabela 6.3.3. Conhecimentos sobre a limitação de parceiros sexuais como forma de prevenir HIV/SIDA por província
- Tabela 6.3.4. Conhecimentos sobre a limitação de parceiros sexuais como forma de prevenir HIV/SIDA por nível de escolaridade
- Tabela 6.3.5. Conhecimentos sobre a limitação de parceiros sexuais como forma de prevenir HIV/SIDA por quintil de riqueza

**Tabela 6.3.1. Conhecimentos sobre o uso de preservativo como forma de prevenir HIV/ SIDA por estado civil**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos de idade que, com resposta a uma questão directa feita nos inquéritos, afirmaram que as pessoas podem reduzir o risco de contrair SIDA através de limitação de parceiros sexuais (IMASIDA 2015, IDS 2011, INSIDA 2009, IDS 2003).

ESTADO CIVIL						
Anos	Nunca casado	Teve relações sexuais	Nunca teve relações sexuais	Casado(a)/ em união de facto	Divorciado(a)/ separado(a)/ viúvo(a)	Rácio Nunca casado/ Casado
2015	66.9	79.6	44.4	63.2	67.8	1.059
2011	67.4	75.9	55.7	69.9	74.6	0.96
2009	73.3	79.9	62.2	72.3	77.2	1.01
2003	58.2	62.8	49.9	51.3	53.4	1.13

**Tabela 6.3.2. Conhecimentos sobre o uso de preservativo como forma de prevenir HIV/ SIDA por área de residência**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos de idade que, com resposta a uma questão directa feita nos inquéritos, afirmaram que as pessoas podem reduzir o risco de contrair SIDA através de limitação de parceiros sexuais (IMASIDA 2015, IDS 2011, INSIDA 2009, IDS 2003).

ÁREA DE RESIDÊNCIA			
Anos	Urbano	Rural	Rácio Rural/ Urbano
2015	73.7	59.7	0.81
2011	78.9	65.4	0.83
2009	78.3	70.8	0.90
2003	64	46.1	0.72

**Tabela 6.3.3. Conhecimentos sobre o uso de preservativo como forma de prevenir HIV/ SIDA por província**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos de idade que, com resposta a uma questão directa feita nos inquéritos, afirmaram que as pessoas podem reduzir o risco de contrair SIDA através de limitação de parceiros sexuais (IMASIDA 2015, IDS 2011, INSIDA 2009, IDS 2003).

PROVÍNCIAS												
Anos	Niassa	Cabo Delgado	Nampula	Zambézia	Tete	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo Província	Maputo Cidade	Rácio menor cobertura/ maior cobertura
2015	66.2	44.5	61.9	54.4	71.2	58.5	56	87.3	71.2	87	77.3	0.51
2011	85.5	61.2	59	73.6	42.6	86.5	76	77.6	70.9	84.6	79.5	0.49
2009	81.1	69.4	69.7	83.1	50.3	67.5	90	61.7	77.2	66.2	80.7	0.56
2003	45.1	23.6	55.5	29.8	66.6	65.6	54	41.2	74.6	77.4	69	0.30

**Tabela 6.3.4. Conhecimentos sobre o uso de preservativo como forma de prevenir HIV/ SIDA por nível de escolaridade**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos de idade que, com resposta a uma questão directa feita nos inquéritos, afirmaram que as pessoas podem reduzir o risco de contrair SIDA através de limitação de parceiros sexuais (IMASIDA 2015, IDS 2011, INSIDA 2009, IDS 2003).

NÍVEL DE ESCOLARIDADE					
Anos	Sem Escolaridade	Primário	Secundário	Superior	Rácio sem escolaridade/ secundário
2015	55.8	62	79.9	88.5	0.63
2011	64.5	68.6	82.7	94.8	0.68
2009	66.9	73.9	84.1	88.2	0.76
2003	41.5	57	82.8	84.7	0.49

**Tabela 6.3.5. Conhecimentos sobre o uso de preservativo como forma de prevenir HIV/ SIDA por quintil de riqueza**

Percentagem de mulheres de 15-49 anos de idade que, com resposta a uma questão directa feita nos inquéritos, afirmaram que as pessoas podem reduzir o risco de contrair SIDA através de limitação de parceiros sexuais (IMASIDA 2015, IDS 2011, INSIDA 2009, IDS 2003).

QUINTIL DE RIQUEZA						
Anos	Mais baixo	Segundo	Médio	Quarto	Mais elevado	Rácio mais baixo/ mais elevado
2015	53.8	56.4	60.9	70.4	78.3	0.69
2011	61.9	64.8	67.1	72.3	81.4	0.76
2009	73.3	67.2	68.3	75.2	80.4	0.91
2003	38.9	43.6	51.9	55.9	71.2	0.55

## CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS: MORTALIDADE NEONATAL E INFANTO-JUVENIL

O presente capítulo apresenta informação sobre a mortalidade neonatal e infanto-juvenil durante o período de 1997 à 2015. Apresenta também os resultados das estimativas da mortalidade neonatal e infantil até 2030 de acordo com as tendências actuais de cobertura de intervenções.

	Variáveis analisadas
<b>Mortalidade neonatal e infanto-juvenil</b>	Cruzamento de dados de mortalidade com: sexo, ordem de nascimento, tamanho do bebé, espaçamento entre as gravidezes, área de residência, nível de escolaridade e quintil de riqueza.

## 7.1 Mortalidade neonatal

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, embora ser recém-nascido não seja uma doença, um grande número de crianças morre logo após o nascimento: muitas delas nas primeiras quatro semanas de vida (mortes neonatais), e a maioria durante a primeira semana (mortes neonatais precoces). As mortes neonatais e natimortos decorrem de saúde materna precária, cuidados inadequados durante a gravidez, manejo inadequado de complicações durante a gravidez e o parto, falta de higiene durante o parto e nas primeiras horas críticas após o nascimento e falta de cuidados com o recém-nascido. Outros factores como o status social da mulher, o seu estado nutricional no momento da concepção, gravidez precoce e falta de espaçamento entre gravidezes também contribuem para aumentar o risco de mortalidade neonatal (WHO,2006).

### 7.1.1 Mortalidade neonatal por sexo

De acordo com o gráfico 82, observa-se que a taxa de mortalidade neonatal diminuiu de 1997 a 2011 em ambos os sexos. Sendo que, ao longo do período em análise, mais crianças do sexo masculino morreram nos primeiros 30 dias.

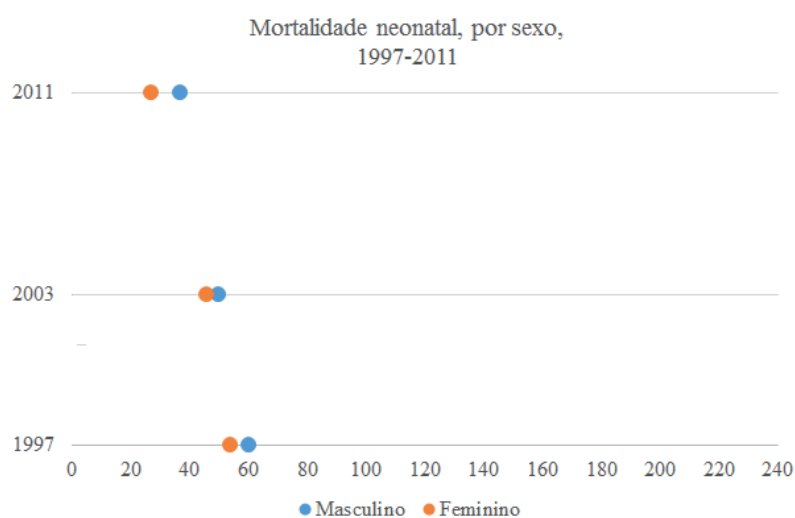


Gráfico 82. Distribuição das taxas de mortalidade neonatal por sexo

Em 2011, nota-se que a diferença entre os sexos diminuiu (rácio=0.73), comparativamente aos anos anteriores (cujos rácios para os anos 1997 a 2003 situavam-se entre 0.9 e 0.92), o que pressupõe uma maior iniquidade entre eles (**Tabela 7.1.1**).

### 7.1.2 Mortalidade neonatal por ordem de nascimento

De 1997 a 2011, é possível observar uma diminuição da taxa de mortalidade neonatal para cada ordem de nascimento (gráfico 83).

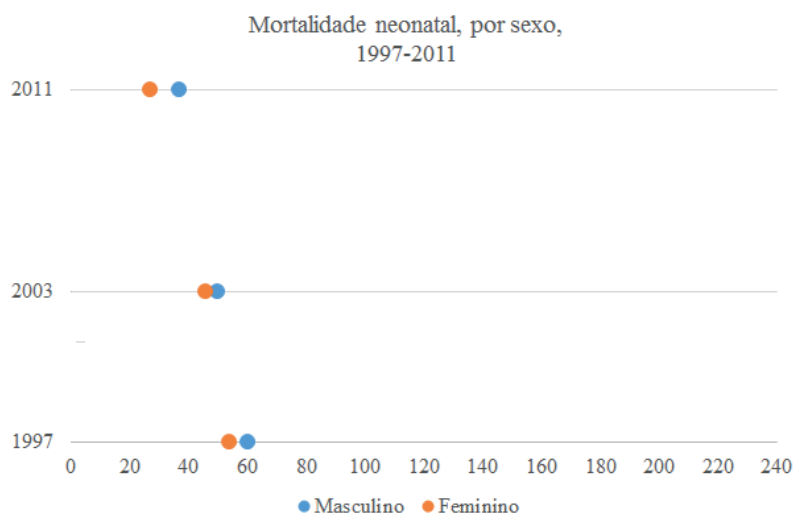


Gráfico 83. Distribuição das taxas de mortalidade neonatal por ordem de nascimento

Observa-se também que, a taxa de mortalidade é maior em crianças que nasceram primeiro comparativamente as que se encontram na ordem três ou superior de nascimento (**Tabela 7.1.2**).

### 7.1.3 Mortalidade neonatal por tamanho do bebé

Nota-se que, de 1997 a 2011 houve um aumento da taxa de mortalidade neonatal entre os bebés com tamanho pequeno ou muito pequeno (gráfico 84).

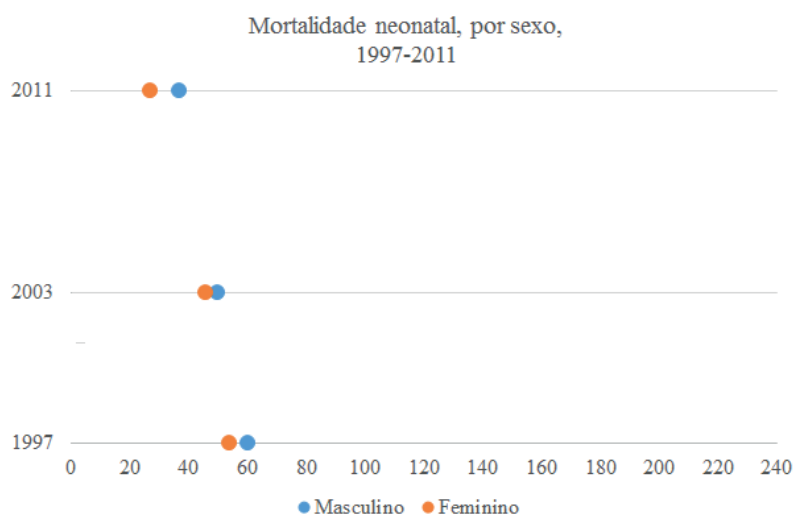


Gráfico 84. Distribuição das taxas de mortalidade neonatal por tamanho do bebé

Em geral, observa-se que a taxa de mortalidade neonatal é maior em crianças com tamanho de bebê ao nascimento pequeno/muito pequeno, o que pressupõe uma maior iniquidade devido ao tamanho (**Tabela 7.1.3**).

#### 7.1.4 Mortalidade neonatal por espaçamento entre as gravidezes

Verifica-se que a mortalidade neonatal diminui à medida que o espaçamento entre as gravidezes aumenta durante o período em análise, com exceção do ano 2011 para o grupo com espaçamento superior a quatro anos (gráfico 85) (**Tabela 7.1.4**).

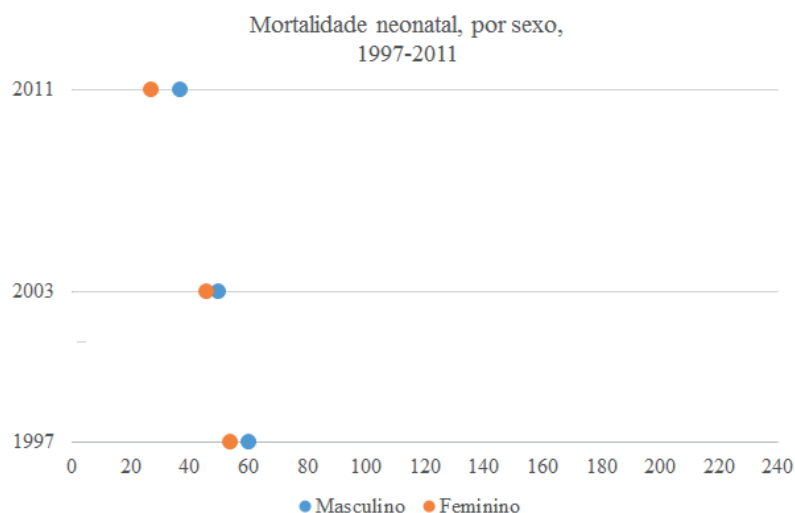


Gráfico 85. Distribuição das taxas de mortalidade neonatal por espaçamento entre as gravidezes

#### 7.1.5 Mortalidade neonatal por área de residência

De 1997 a 2011, o gráfico mostra diminuição da mortalidade neonatal em ambas as áreas de residência (com rácios de 1.04 e 0.91 para os anos 1997 e 2011, respectivamente) (**Tabela 7.1.5**).

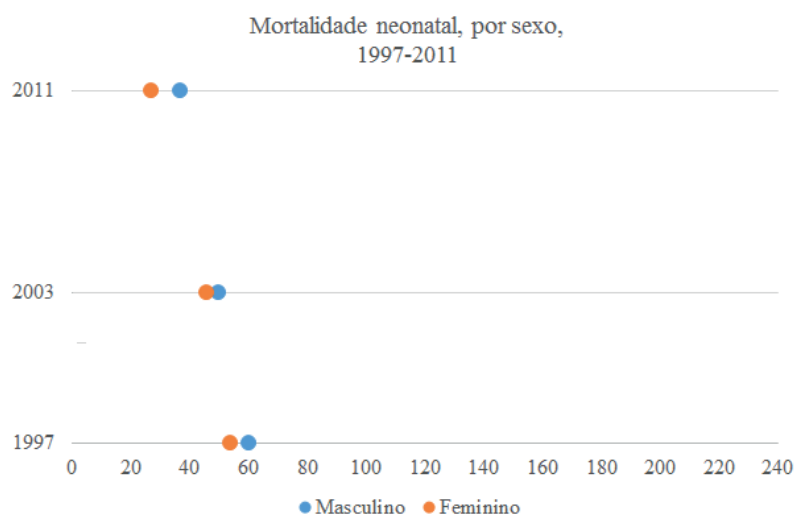


Gráfico 86. Distribuição das taxas de mortalidade neonatal por área de residência

### 7.1.6 Mortalidade neonatal por província

Em relação a mortalidade neonatal por província (gráfico 87), observa-se que as províncias de Tete, Sofala, Maputo Província e Maputo Cidade apresentaram taxas mais altas no ano de 2011.

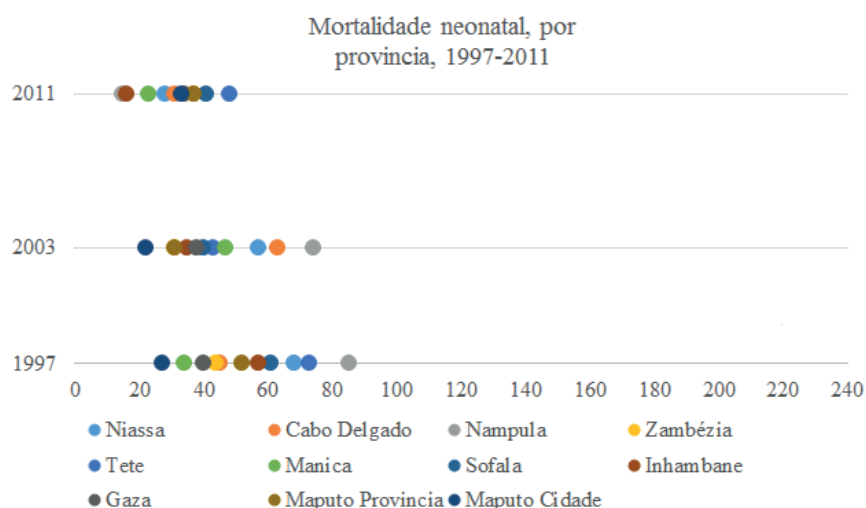


Gráfico 87. Distribuição das taxas de mortalidade neonatal por província

Observa-se também que Maputo Cidade passou de ser a província com menor taxa de mortalidade neonatal (nos anos 1997 e 2003) a situar-se no grupo de províncias com taxas moderadas/mais elevadas de mortalidade neonatal no ano 2011 (**Tabela 7.1.6**).

### 7.1.7 Mortalidade neonatal por nível de escolaridade da mãe

Nota-se que a percentagem de mortes neonatais aumentou em crianças de mães com um nível superior de escolaridade (gráfico 88).

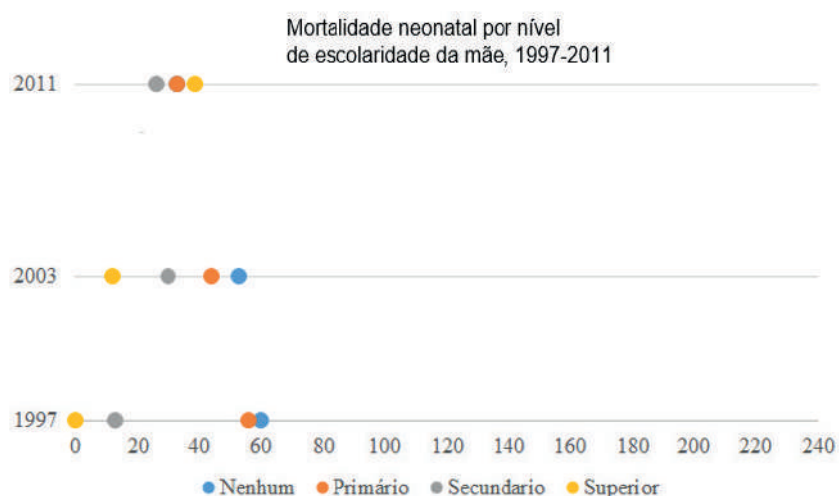


Gráfico 88. Distribuição das taxas de mortalidade neonatal por nível de escolaridade

Verifica-se também uma diminuição da mortalidade neonatal em crianças de mães sem escolaridade e com nível primário (**Tabela 7.1.7**).

### 7.1.8 Mortalidade neonatal por quintil de riqueza

Pode-se observar, que de 1997 para 2011 houve uma diminuição da mortalidade neonatal para todos os quintis de riqueza (gráfico 89).

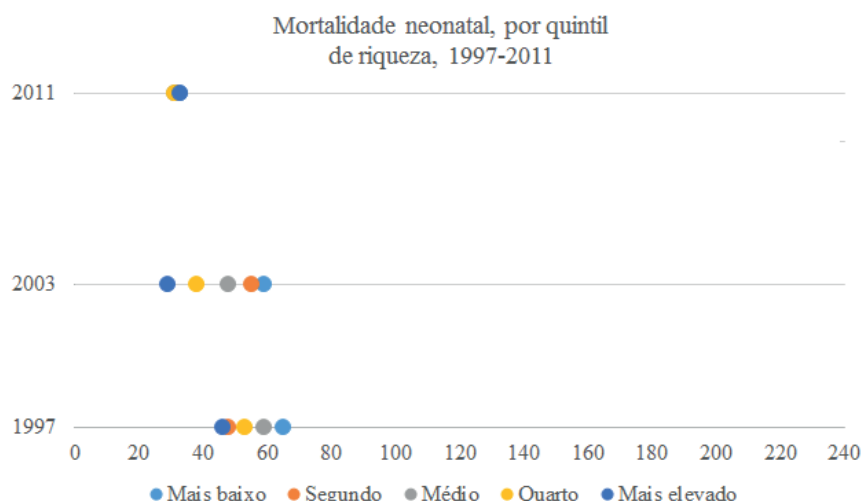


Gráfico 89. Distribuição das taxas de mortalidade neonatal por quintil de riqueza

Em 2011, observa-se uma diminuição acentuada da mortalidade neonatal entre todos quintis, mostrando uma maior equidade entre os grupos (**Tabela 7.1.8**).

## 7.2 Mortalidade infanto-juvenil

A mortalidade infanto-juvenil, que se refere a probabilidade de morrer antes de completar cinco anos de vida, é reconhecida como um indicador sensível da saúde de uma população e é também determinada tanto por factores relacionados ao atendimento pré-natal e ao parto, quanto por condições ambientais adversas (Alberto et al., 2010).

### 7.2.1 Mortalidade infanto-juvenil por sexo

A taxa de mortalidade infanto-juvenil diminuiu de 1997 a 2011 em ambos os sexos (gráfico 90).

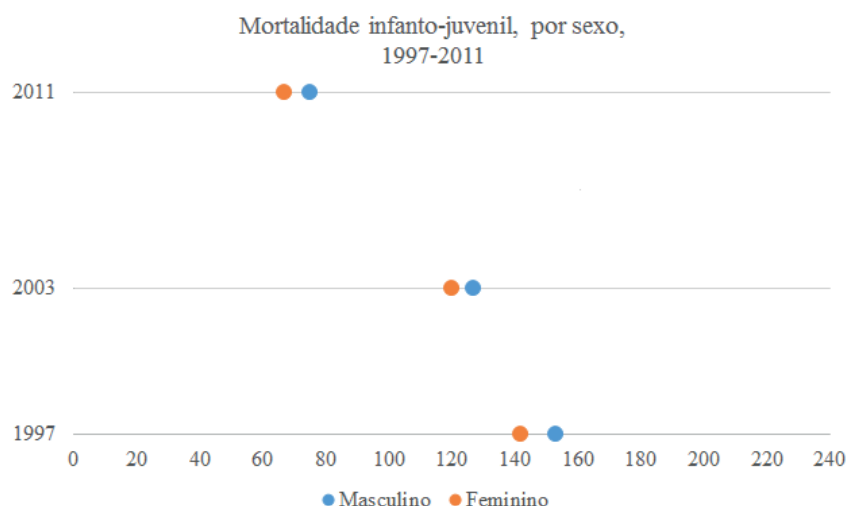


Gráfico 90. Distribuição das taxas de mortalidade infanto-juvenil por sexo

Verifica-se também que ao longo do período em análise, mais crianças do sexo masculino morreram comparativamente as do sexo feminino (com rácios de 0.93, 0.94 e 0.89 para os anos 1997, 2003 e 2011, respectivamente) (**Tabela 7.2.1**).

## 7.2.2 Mortalidade infanto-juvenil por ordem de nascimento

Em relação à mortalidade infanto-juvenil por ordem de nascimento (gráfico 91), nota-se que de 1997 a 2011, a taxa de mortalidade é maior em crianças que nasceram primeiro comparativamente as que se encontram nas demais ordens de nascimento (**Tabela 7.2.2**).

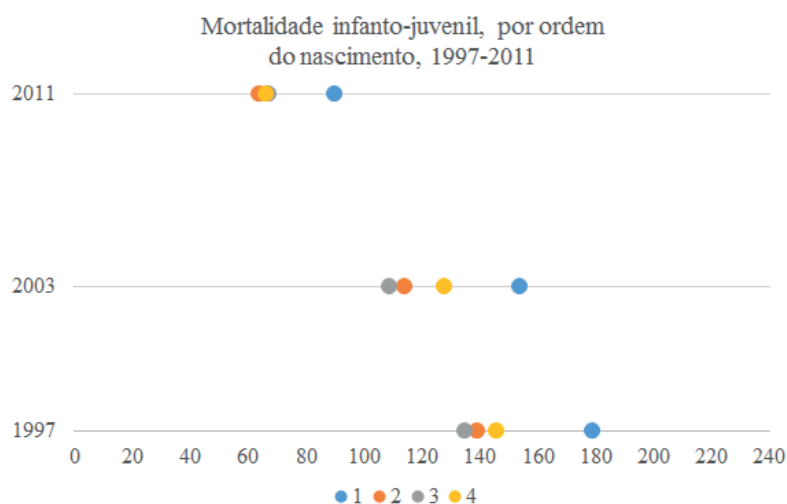


Gráfico 91. Distribuição das taxas de mortalidade infanto-juvenil por ordem de nascimento

### 7.2.3 Mortalidade infanto-juvenil por área de residência

De 1997 a 2015, verifica-se que houve uma diminuição da mortalidade infanto-juvenil em ambas áreas de residência (gráfico 92).

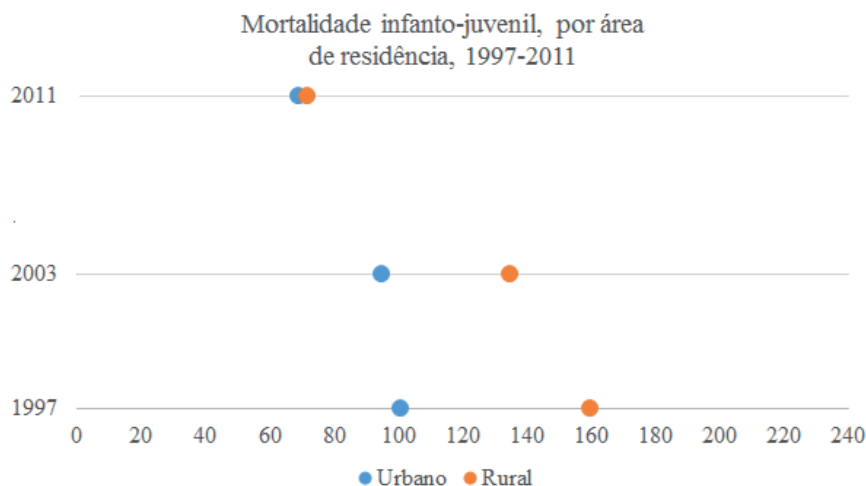


Gráfico 92. Distribuição das taxas de mortalidade infanto-juvenil por área de residência

Constata-se também que, ao longo do três anos a taxa de mortalidade infanto-juvenil foi sempre mais elevada na zona rural comparativamente à área urbana (com rácios de 1.58, 1.42 e 1.04 para os anos 1997, 2003 e 2011, respectivamente) (Tabela 7.2.3).

### 7.2.4 Mortalidade infanto-juvenil por província

De 1997 a 2011 (gráfico 93), observa-se um aumento das taxas de mortalidade infanto-juvenil nas províncias de Zambézia, Tete e Cabo Delgado.

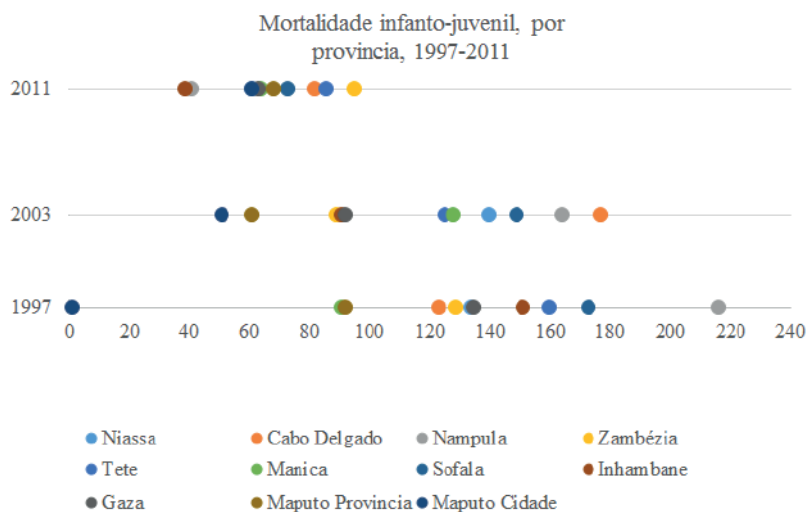


Gráfico 93. Distribuição das taxas de mortalidade infanto-juvenil por província

Ao longo destes três anos, houve também uma diminuição significativa das taxas de mortalidade infanto-juvenil nas províncias de Inhambane e Nampula (**Tabela 7.2.4**).

### 7.2.5 Mortalidade infanto-juvenil por nível de escolaridade da mãe

Em relação à taxa de mortalidade infanto-juvenil, nota-se que esta é elevada nas crianças de mães sem escolaridade e com nível primário (gráfico 94), tendo havido uma diminuição da taxa ao longo dos anos em análise para o nível primário.

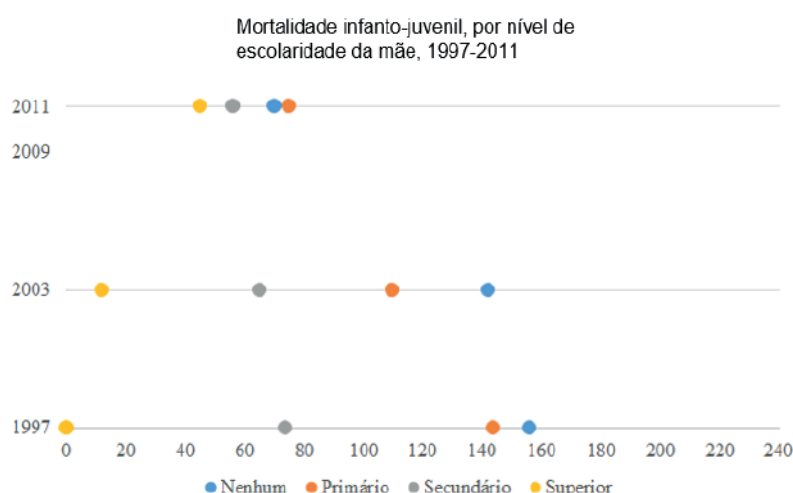
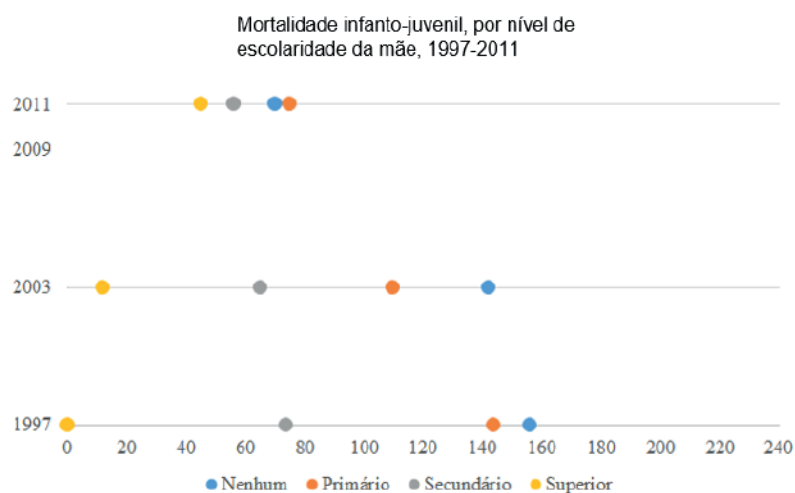


Gráfico 94. Distribuição das taxas de mortalidade infanto-juvenil por nível de escolaridade

Pode-se observar também uma tendência de diminuição das diferenças entre os diferentes níveis de escolaridade (**Tabela 7.2.5**).

### 7.2.6 Mortalidade infanto-juvenil por quintil de riqueza

De um modo geral, observa-se que ao longo dos anos a taxa de mortalidade infanto-juvenil foi menor no quintil mais elevado comparativamente aos outros quintis (gráfico 95).



*Gráfico 95. Distribuição das taxas de mortalidade infanto-juvenil por quintil de riqueza*

No ano de 2011, tanto o primeiro como o segundo quintil apresentaram taxas mais elevadas. Contudo, neste mesmo ano as diferenças da taxa de mortalidade entre os grupos foi mínima (**Tabela 7.2.6**).

## LISTA DE TABELAS

Para mais informação sobre mortalidade neonatal e infanto-juvenil, consulte as seguintes tabelas:

Tabela 7.1.1.	Mortalidade neonatal por sexo
Tabela 7.1.2.	Mortalidade neonatal por ordem de nascimento
Tabela 7.1.3.	Mortalidade neonatal por tamanho do bebé
Tabela 7.1.4.	Mortalidade neonatal por espaçamento entre as gravidezes
Tabela 7.1.5.	Mortalidade neonatal por área de residência
Tabela 7.1.6.	Mortalidade neonatal por província
Tabela 7.1.7.	Mortalidade neonatal por nível de escolaridade da mãe
Tabela 7.1.8.	Mortalidade neonatal por quintil de riqueza
Tabela 7.2.1.	Mortalidade infanto-juvenil por sexo
Tabela 7.2.2.	Mortalidade infanto-juvenil por ordem de nascimento
Tabela 7.2.3.	Mortalidade infanto-juvenil por área de residência
Tabela 7.2.4.	Mortalidade infanto-juvenil por província
Tabela 7.2.5.	Mortalidade infanto-juvenil por nível de escolaridade da mãe
Tabela 7.2.6.	Mortalidade infanto-juvenil por quintil de riqueza

**Tabela 7.1.1. Mortalidade neonatal por sexo**

Taxas de mortalidade neonatal para o período de 10 anos antes dos inquéritos (IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

SEXO			
Anos	Masculino (M)	Feminino (F)	Rácio F/M
2011	37	27	0.73
2003	50	46	0.92
1997	60	54	0.9

**Tabela 7.1.2. Mortalidade neonatal por ordem de nascimento**

Taxas de mortalidade neonatal para o período de 10 anos antes dos inquéritos (IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

ORDEM DE NASCIMENTO					
Anos	1	2	3	4	Rácio menor ordem/menor ordem
2011	46	27	29	28	0.59
2003	63	38	42	60	0.60
1997	82	51	49	47	0.57

**Tabela 7.1.3. Mortalidade neonatal por tamanho do bebé**

Taxas de mortalidade neonatal para o período de 10 anos antes dos inquéritos (IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

TAMANHO DO BEBÉ			
Anos	Pequeno/Muito pequeno	Médio/Grande	Rácio Pequeno/Médio
2011	71	23	3.07
2003	68	27	2.52
1997	59	24	2.46

**Tabela 7.1.4. Mortalidade neonatal por espaçamento entre as gravidezes**

Taxas de mortalidade neonatal para o período de 10 anos antes dos inquéritos (IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

ESPAÇAMENTO ENTRE AS GRAVIDEZES					
Anos	< 2 anos	2 anos	3 anos	4 + anos	Rácio menor espaçamento/menor espaçamento
2011	57	19	19	21	2.71
2003	81	26	26	21	3.86
1997	78	43	43	43	1.81

**Tabela 7.1.5. Mortalidade neonatal por área de residência**

Taxas de mortalidade neonatal para o período de 10 anos antes dos inquéritos (IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

ÁREA DE RESIDÊNCIA			
Anos	Urbano	Rural	Rácio rural/urbano
2011	34	31	0.91
2003	35	53	1.51
1997	55	57	1.04

**Tabela 7.1.6. Mortalidade neonatal por província**

Taxas de mortalidade neonatal para o período de 10 anos antes dos inquéritos (IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

PROVÍNCIA												
Anos	Niassa	Cabo Delgado	Nampula	Zambézia	Tete	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo Província	Maputo Cidade	Rácio menor cobertura/ maior cobertura
2011	28	31	15	37	48	23	41	16	34	37	33	0.31
2003	57	63	74	31	43	47	40	35	38	31	22	0.35
1997	68	45	85	44	73	34	61	57	40	52	27	0.32

**Tabela 7.1.7. Mortalidade neonatal por nível de escolaridade da mãe**

Taxas de mortalidade neonatal para o período de 10 anos antes dos inquéritos (IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

NÍVEL DE ESCOLARIDADE					
Anos	Nenhum	Primário	Secundário	Superior	Rácio Nenhum/ Secundário
2011	33	33	26	39	1.27
2003	53	44	30	12	1.77
1997	60	56	13	0	4.61

**Tabela 7.1.8. Mortalidade neonatal por quintil de riqueza**

Taxas de mortalidade neonatal para o período de 10 anos antes dos inquéritos (IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

QUINTIL DE RIQUEZA						
Anos	Mais baixo	Segundo	Médio	Quarto	Mais elevado	Rácio mais baixo / mais elevado
2011	33	32	31	31	33	1
2003	59	55	48	38	29	2.03
1997	65	48	59	53	46	1.41

**Tabela 7.2.1. Mortalidade infanto-juvenil por sexo**

Taxas de mortalidade infanto-juvenil para o período de 10 anos antes dos inquéritos (IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

SEXO			
Anos	Masculino	Feminino	Rácio feminino / masculino
2011	75	67	0.89
2003	127	120	0.94
1997	153	142	0.93

**Tabela 7.2.2. Mortalidade infanto-juvenil por ordem de nascimento**

Taxas de mortalidade infanto-juvenil para o período de 10 anos antes dos inquéritos (IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

ORDEM DO NASCIMENTO					
Anos	1	2	3	4	Rácio menor cobertura / maior cobertura
2011	90	64	67	66	0.71
2003	154	114	109	128	0.71
1997	179	139	135	146	0.75

**Tabela 7.2.3. Mortalidade infanto-juvenil por área de residência**

Taxas de mortalidade infanto-juvenil para o período de 10 anos antes dos inquéritos (IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

ÁREA DE RESIDÊNCIA			
Anos	Urbano	Rural	Rácio rural / urbano
2011	69	72	1.04
2003	95	135	1.42
1997	101	160	1.58

**Tabela 7.24. Mortalidade infanto-juvenil por província**

Taxas de mortalidade infanto-juvenil para o período de 10 anos antes dos inquéritos (IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

PROVÍNCIA												
Anos	Niassa	Cabo Delgado	Nampula	Zambézia	Tete	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo Província	Maputo Cidade	Rácio menor cobertura/menor cobertura
2011	61	82	41	95	86	64	73	39	63	68	61	0.43
2003	140	177	164	89	125	128	149	91	92	61	51	0.29
1997	134	123	216	129	160	91	173	151	135	92	1	0.01

**Tabela 7.2.5. Mortalidade infanto-juvenil por nível de escolaridade da mãe**

Taxas de mortalidade infanto-juvenil para o período de 10 anos antes dos inquéritos (IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

NÍVEL DE ESCOLARIDADE					
Anos	Nenhum	Primário	Secundário	Superior	Rácio nenhum/secundário
2011	70	75	56	45	1.25
2003	142	110	65	12	2.18
1997	156	144	74	0	2.11

**Tabela 7.2.6. Mortalidade infanto-juvenil por quintil de riqueza**

Taxas de mortalidade infanto-juvenil para o período de 10 anos antes dos inquéritos (IDS 2011, IDS 2003, IDS 1997)

QUINTIL DE RIQUEZA						
Anos	Mais baixo	Segundo	Médio	Quarto	Mais elevado	Rácio mais baixo/mais elevado
2011	83	74	69	61	64	1.30
2003	143	147	128	106	71	2.01
1997	188	136	144	134	95	1.98

## ESTIMATIVAS DA MORTALIDADE NEONATAL E INFANTIL ATÉ 2030 DE ACORDO COM AS TENDÊNCIAS ACTUAIS DE COBERTURA DE INTERVENÇÕES

Foram utilizados dados de cobertura histórica em um modelo Bayesiano para ajustar a tendência da cobertura das intervenções até o ano 2030. As estimativas produzidas no modelo foram posteriormente utilizadas para gerar as mudanças de mortalidade e as vidas adicionalmente salvas por intervenções usando a ferramenta LiST(Lives Saved Tool) para ver o impacto de cada intervenção ao longo do tempo.

Ampliou-se um grupo de intervenções para expôr as oportunidades perdidas que existem de modo a intensificar ainda mais a redução da mortalidade.

### 7.3 Mortes evitadas pelo aumento de cobertura de intervenções

#### 7.3.1 Mortes adicionais evitadas em crianças

Das 31 intervenções analisadas (anexo 1), estima-se que as três intervenções que mais contribuirão para salvar vidas em crianças menores de cinco anos até ao ano 2030 serão: ACTs- Compostos de artemesinina para o tratamento da malária (93.029 vidas salvas), vacina pneumocócica (51.539 vidas salvas) e mudanças na amamentação (49.891 vidas salvas) (Gráficos 96 e 97).



Gráfico 96. Vidas salvas em crianças por intervenções

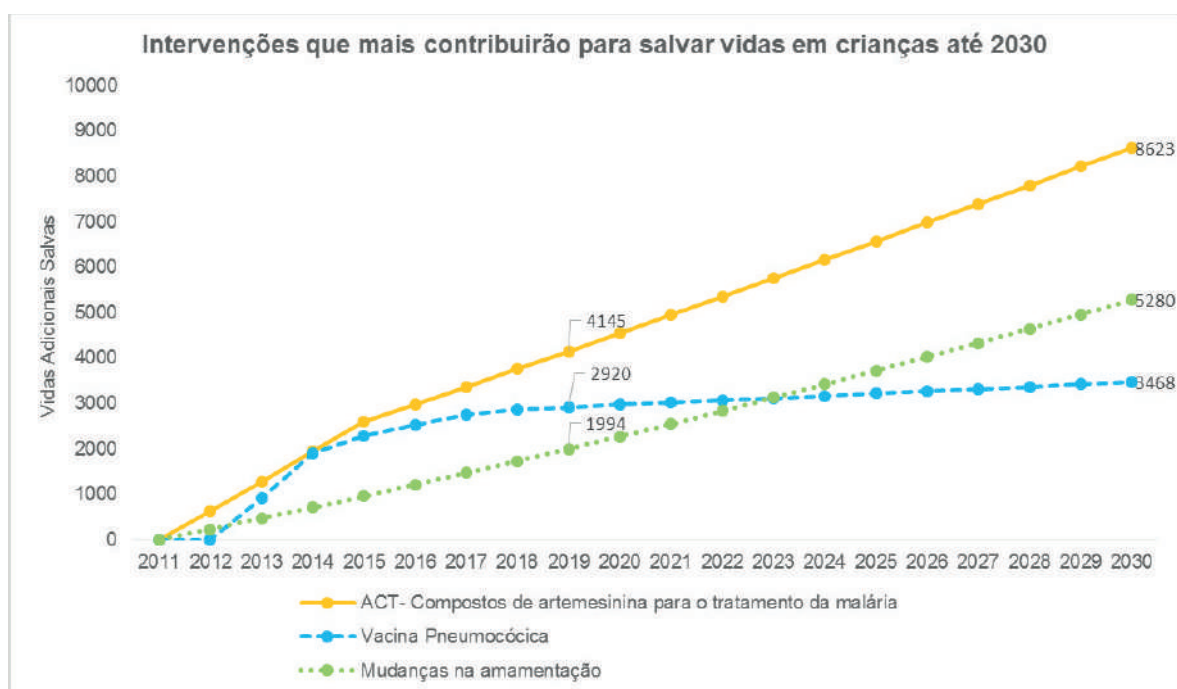


Gráfico 97. Intervenções que mais contribuirão para salvar vidas em crianças menores de 5 anos até 2030, (valores anuais de projecção)

### 7.3.2 Análise de oportunidades perdidas

O efeito da ampliação de intervenções individuais para alcançar a cobertura universal, a fim de quantificar as oportunidades perdidas para evitar mortes por tipo de intervenções, é mostrado na tabela abaixo:

Intervenções		Vidas Salvas	Aumento de 90% da cobertura	Vidas Extra Salvas	Vidas Salvas	Aumento de 90% da cobertura	Vidas Extra Salvas
Vacinas	Vacina contra sarampo	1444	2365	921	0	0	0
	DPT	1602	3629	2027	0	0	0
	Vacina contra H.influenzae b	10935	19388	8453	0	0	0
Preventivas	Partos institucionais	11771	34513	22742	1276	3800	2524
	ITN/IRS Famílias protegidas contra a malária	39363	56017	16654	0	0	0
	Praticas limpas pos natais	17167	20276	3109	0	0	0

Curativas	Compostos de artemesinina para o tratamento da malária	65382	138621	73239	0	0	0
	Solucao de reidratação oral (SRO)	-22616	34627	12011	0	0	0
	Zinco	3219	11214	7995	0	0	0
	90% SRO- Zinco	14640	70527	55887	0	0	0

Tabela I. Análise de oportunidades perdidas

Mediante esta análise foi possível constatar que o uso combinado da solução de reidratação oral e de zinco contribuíram com 55.887 vidas extras adicionais salvas em crianças menores de cinco anos (gráfico 98).

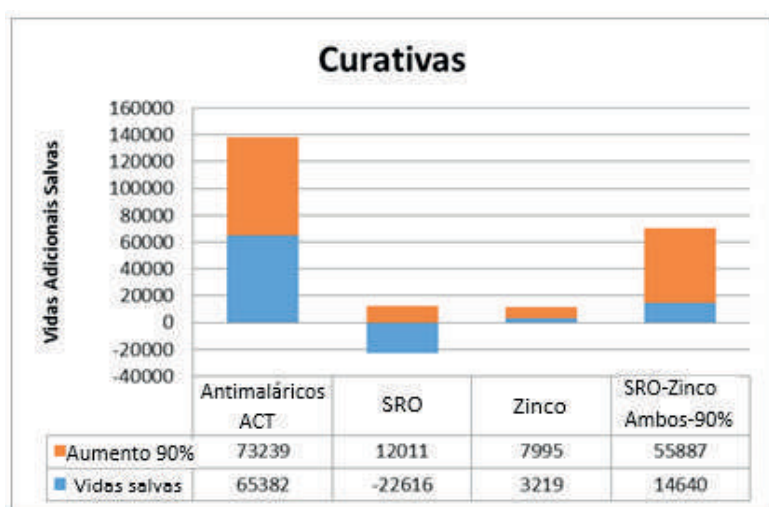


Gráfico 98. Vidas adicionais salvas (intervenções curativas)

Verifica-se também que a vacina contra Haemophilus influenzae b será a que mais contribuirá para salvar vidas, totalizando 10.935 vidas extras adicionais salvas em crianças menores de cinco anos até ao ano 2030 (gráfico 99).

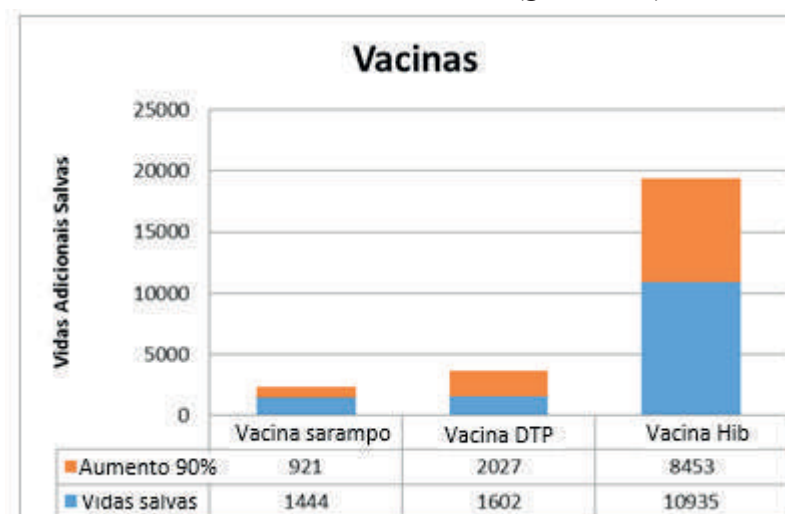


Gráfico 99. Vidas adicionais salvas (vacinas)

#### Mensagens-chave:

- o A análise sobre a mortalidade em crianças menores de 5 anos, mostra que de um modo geral houve uma redução das taxas de mortalidade infanto-juvenil ao longo dos anos 1997-2011.
- o Tanto a ordem de nascimentos como o tamanho do bebé influenciaram na mortalidade, tendo sido a taxa de mortalidade mais elevada para o primeiro nascimento (primogénitos) e em crianças com baixo peso à nascença.
- o A taxa de mortalidade mostra-se também maior em: menor espaçamento entre as gravidezes, crianças residentes na zona rural e nos quintis mais baixos.
- o As três intervenções que mais contribuirão para salvar vidas em crianças menores de cinco anos até o ano 2030, serão: ACTS- Compostos de artemesinina para o tratamento da malária, vacina pneumocócica e mudanças na amamentação.



## **MULHERES DE 15 AOS 49 ANOS DE IDADE: ESTIMATIVAS DE MORTALIDADE MATERNA**

O presente capítulo apresenta estimativas da mortalidade materna até 2030 de acordo com as tendências actuais de cobertura de intervenções.

## ESTIMATIVAS DA MORTALIDADE MATERNA ATÉ 2030 DE ACORDO COM AS TENDÊNCIAS ACTUAIS DE COBERTURA DE INTERVENÇÕES

Foram utilizados dados de cobertura histórica em um modelo Bayesiano para ajustar a tendência da cobertura das intervenções até o ano 2030. As estimativas produzidas no modelo foram posteriormente utilizadas para gerar as mudanças de mortalidade e as vidas adicionalmente salvas por intervenções usando a ferramenta LiST(Lives Saved Tool) para ver o impacto de cada intervenção ao longo do tempo. Ampliou-se um grupo de intervenções para expôr as oportunidades perdidas que existem de modo a intensificar ainda mais a redução da mortalidade.

### 8 MORTES EVITADAS PELO AUMENTO DE COBERTURA DE INTERVENÇÕES

#### 8.1 Mortes maternas adicionais evitadas

De acordo com os gráficos 100 e 101, espera-se que a gestão de trabalho de parto e do parto seja o maior contribuinte na poupança de vidas entre o grupo materno (3.283 vidas salvas), sendo responsável por 34,59% das vidas salvas.

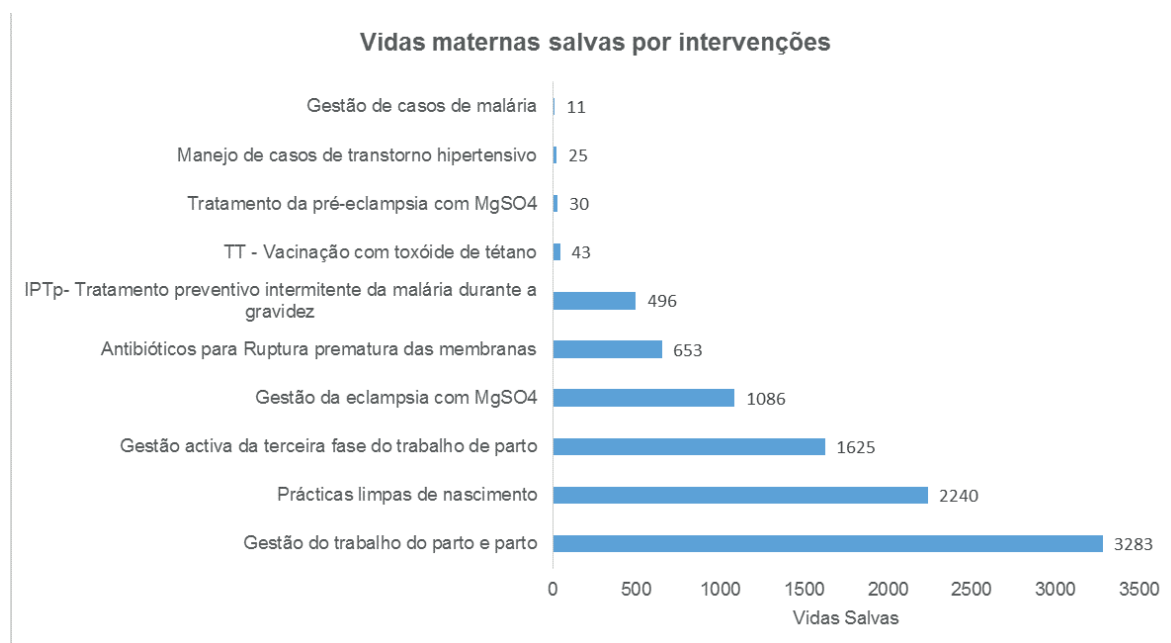


Gráfico 100. Vidas maternas salvas por intervenções

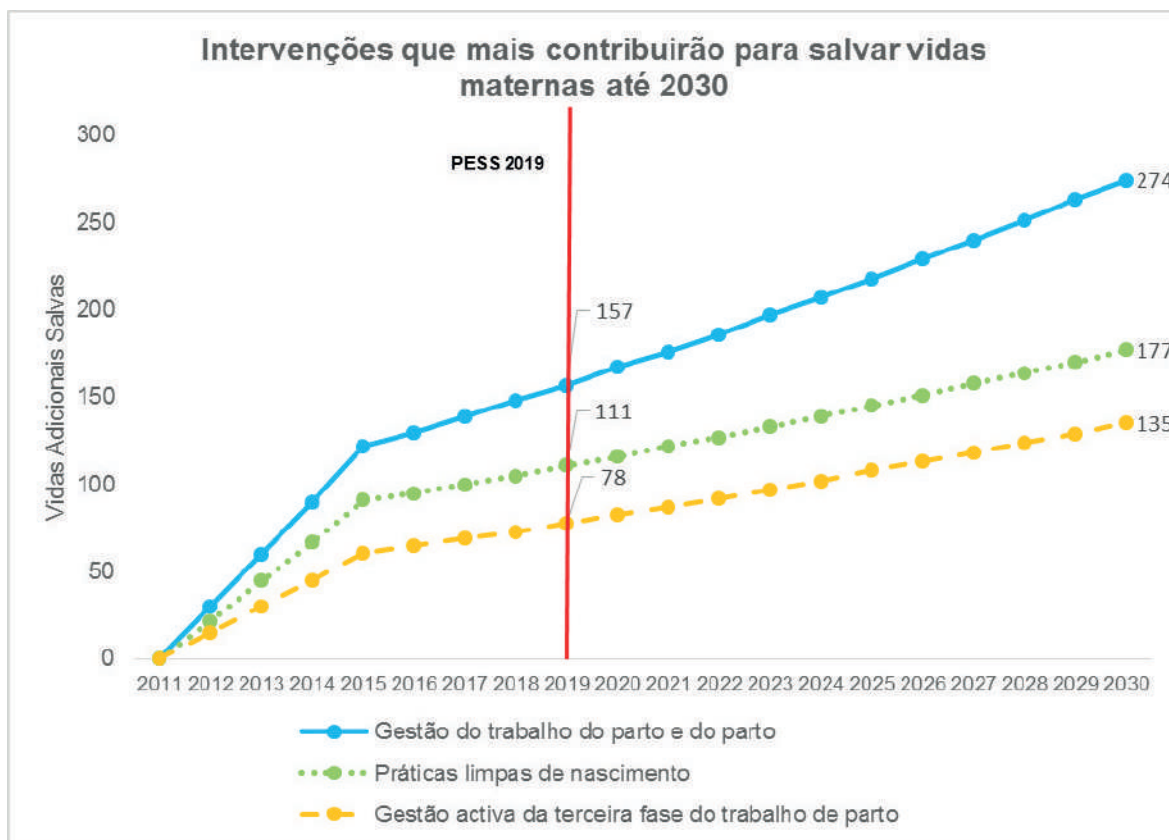


Gráfico 101 . Intervenções que mais contribuirão para salvar vidas maternas até 2030, (valores anuais de projecção)

### 8.1.2 Análise de oportunidades perdidas

O efeito da ampliação de intervenções individuais para alcançar a cobertura universal, a fim de quantificar as oportunidades perdidas para evitar mortes maternas por tipo de intervenções, é mostrado na tabela abaixo:

Intervenções		Vidas Salvas	Aumento de 90% da cobertura	Vidas Extra Salvas	Vidas Salvas	Aumento de 90% da cobertura	Vidas Extra Salvas
Preventivas	Partos institucionais	11771	34513	22742	1276	3800	2524
	RTI/IRS Famílias protegidas contra a malária	39363	56017	16654	0	0	0
	Práticas limpas pós natais	17167	20276	3109	0	0	0
Curativas	Compostos de Artemesinina para o Tratamento da malária	65382	138621	73239	0	0	0

*Tabela II. Análise de oportunidades perdidas*

Mediante esta análise, constata-se que as intervenções curativas (compostos de artemesinina para o tratamento de malária) contribuirão com 73.239 vidas extras adicionais salvas em mulheres dos 15 aos 49 anos de idade.

## REFERÊNCIAS

COUNTDOWN 2015. O planeamento familiar salva vidas e melhora a saúde. Folha de dados de 2012. Disponível em: [http://www.countdown2030europe.org/storage/app/media/IPPF\\_FactSheet-4\\_Health-pt.pdf](http://www.countdown2030europe.org/storage/app/media/IPPF_FactSheet-4_Health-pt.pdf) [Acesso: 20 de Novembro de 2017].

Gaspar, Manuel da Costa, Humberto A. Cossa, Clara Ribeiro dos Santos, Rosa Marlene Manjate e Juan Schoemaker. 1998. Moçambique, Inquérito Demográfico e de Saúde, 1997. Calverton, Maryland, USA: Instituto Nacional de Estatística e Macro International Inc.

Health Equity Assessment Toolkit (HEAT): Software for exploring and comparing health inequalities in countries. Built-in database edition. Version 1.1. Geneva, World Health Organization (WHO), 2017.

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

MEDEIROS, M. (2012). Medidas de Desigualdade e Pobreza. Fundação Universidade de Brasília. UnB. 22- 28 PP.

Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE), ICF Internacional, Araújo AKL, Filho ACAA, Araújo TME et al. Contracepção na adolescência. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online. 201 7(3):2815-2825. doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2815-2825.

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

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

Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI). Inquérito Demográfico e de Saúde 2003. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI.

Ministério da Saúde (MISAU). Plano Estratégico do Sector da Saúde. PESS 2014-2019.

Ministério da Planificação e Desenvolvimento de Moçambique (MPD). Estratégia Nacional de Desenvolvimento (2015-2035).

Ministério da Economia e Finanças (MEF). Transformando o Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: [https://www.google.es/?gws\\_rd=ssl#](https://www.google.es/?gws_rd=ssl#) [Acesso: 14 de Junho de 2017].

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

Ministério da Saúde (MISAU). Direcção Nacional de Saúde Pública; Departamento de Saúde Sexual e Reprodutiva. Aconselhamento e Serviços em Planeamento Familiar & Integração do Planeamento Familiar com Serviços de Saúde Primária e HIV. Moçambique: MISAU/DNSP; 2011.

Nodin, N. Sexualidade de A a Z. Lisboa: Bertrand; 2002.

NUNES, A., SANTOS J.R.S., BARATA R.B., VIANNA S.M. (2001). Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: Uma proposta de Monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 15-16 PP.

OMS. Diretriz: Suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes. Genebra: Organização Mundial da Saúde. 2013.

Santelli JS, Morrow B, Anderson JE, Lindberg LD. Contraceptive use and pregnancy risk among U.S. high school students, 1991-2003. *Perspect Sex Reprod Health*. 2006;38:106–11. doi: 10.1363/3810606.

Together 2030. High Level Statements and the 2030 Agenda: From Aspiration to Implementation? A Review of Statements delivered during the General Debate of the 71st United Nations General Assembly (September 20 - 26 2016). From policy to Action.

The DHS program. STAT compiler. USAID From the American People. Disponível em: <http://www.statcompiler.com/en/> [Acesso: 14 de Junho de 2017].

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

UNICEF. Análise da situação das crianças em Moçambique 2014.

UNICEF. Situação actual. Disponível em: <http://www.unicef.org.mz/nosso-trabalho/o-trabalho-do-unicef/nutricao/> [Acesso: 18 de Agosto de 2017].

WALKER N., TAM Y., FRIBERG I.K. (2013) Overview of the Lives Saved Tool (LiST). *BMC Public Health*. 13:3:1.

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

WHO. Immunization. Policy. Immunization routine. Table 3: Recommendations for Interrupted or Delayed Routine Immunization – Summary of WHO Position Papers. Disponível em: [http://www.who.int/immunization/policy/Immunization\\_routine\\_table3.pdf](http://www.who.int/immunization/policy/Immunization_routine_table3.pdf) [Acesso: 13 de Julho de 2017]

WHO. Weekly epidemiological record, NO. 3, 19 January 2007. 23-24 PP.

World Health Organization (WHO). Body mass index-BMI. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> [Acesso: 18 de Agosto de 2017]



## ANEXOS

### **ANEXO 1: Projeções de tendências futuras de cobertura usando um modelo de regressão bayesiano.**

Para cada indicador, foram utilizados os dados disponíveis dos inquéritos de base populacional (IDS - 1997, 2003, 2011, MICS – 2008, INSIDA 2010, IMASIDA 2015) para projetar taxas de cobertura futuras para 2015-2030 usando um modelo de regressão bayesiano.

O principal pressuposto do modelo foi como serão as tendências de cobertura futura das intervenções se as tendências de cobertura continuarem como tem vindo a ser no passado. Os indicadores foram assumidos como zero no início de 2015.

A inferência foi baseada em três cadeias paralelas simultaneamente em JAGS (versão 4.2.0, 2017). Tendo estimado uma taxa de cobertura futura de cada indicador para cada ano 2015-2030, foram traçadas essas taxas como uma tendência (“linha de tendência bruta”). Também foi calculada uma segunda linha de tendência (“linha de tendência deslocada”) que deslocou verticalmente a linha de tendência bruta, de modo que o valor da cobertura projectada no último ano para o qual tínhamos dados históricos, correspondeu aos dados históricos desse ano.

Ao calcular essa linha de tendência deslocada, teve-se em conta que as estimativas históricas individuais de pesquisas domiciliares tinham maior validade do que as estimativas específicas do ano projetadas pelo nosso modelo, fazendo por isso sentido, que uma linha de tendência futura cruzasse a última estimativa histórica conhecida.

## **ANEXO 2. Projeções de tendências futuras de cobertura usando um modelo de regressão bayesiano.**

Para cada indicador, foram utilizados os dados disponíveis dos inquéritos de base populacional (IDS - 1997, 2003, 2011, MICS – 2008, INSIDA 2010, IMASIDA 2015) para projetar taxas de cobertura futuras para 2015-2030 usando um modelo de regressão bayesiano.

O principal pressuposto do modelo foi como serão as tendências de cobertura futura das intervenções se as tendências de cobertura continuarem como tem vindo a ser no passado. Os indicadores foram assumidos como zero no início de 2015.

A inferência foi baseada em três cadeias paralelas simultaneamente em JAGS (versão 4.2.0, 2017). Tendo estimado uma taxa de cobertura futura de cada indicador para cada ano 2015-2030, foram traçadas essas taxas como uma tendência (“linha de tendência bruta”). Também foi calculada uma segunda linha de tendência (“linha de tendência deslocada”) que deslocou verticalmente a linha de tendência bruta, de modo que o valor da cobertura projectada no último ano para o qual tínhamos dados históricos, correspondeu aos dados históricos desse ano.

Ao calcular essa linha de tendência deslocada, teve-se em conta que as estimativas históricas individuais de pesquisas domiciliares tinham maior validade do que as estimativas específicas do ano projetadas pelo nosso modelo, fazendo por isso sentido, que uma linha de tendência futura cruzasse a última estimativa histórica conhecida.

## ANEXO 3

Tabela 1. Mortes adicionais evitadas em crianças		
Intervenções	Vidas Salvas	Proporção
ACTs - Compostos de artemesinina para o tratamento da malária	93029	22.20%
Vacina pneumocócica	51539	12.30%
Mudanças na amamentação	49891	11.91%
ITN/IRS - Famílias protegidas contra a malária	40142	9.58%
Gestão do parto e do trabalho de parto	31736	7.57%
Prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho (incluindo opções de aleitamento materno)	24499	5.85%
Antibióticos injetáveis para sepse neonatal/pneumonia	19797	4.72%
Práticas limpas pós-natais	16304	3.89%
Ressuscitação/Reanimação neonatal	16136	3.85%
Antibióticos orais para pneumonia	12812	3.06%
Vacina contra H. Influenzae b	12125	2.89%
Terapia Anti-retroviral	10406	2.48%
Práticas limpas de nascimento	9140	2.18%
Conexão de água em casa	7731	1.84%
Avaliação imediata	7537	1.80%
Cuidados térmicos	6730	1.61%
Saneamento melhorado	6287	1.50%
TIP	4796	1.14%
Zinco para o tratamento da diarreia	4177	1.00%
Antibióticos para Ruptura prematura das membranas pré-termo	3647	0.87%
Eliminação higiênica	2754	0.66%
Cotrimoxazole	2352	0.56%
Antibióticos para o tratamento da disenteria	2062	0.49%
Vacina DTP	1872	0.45%
Vacina contra o sarampo	1810	0.43%
Suplementação com vitamina A	1422	0.34%
Vitamina A para o tratamento do sarampo	1089	0.26%
TT- Vacinação com toxóide do tétano	652	0.16%
SYPH	556	0.13%
Fonte de água melhorada	-938	-0.22%
Solução de reidratação oral	-23058	-5.50%
Total	419034	100.00%

Fonte: Live Saved Tool (LiST)(Maio 2017).

## ANEXO 4

Tabela 2. Valores anuais de projeção de vidas salvas em crianças menores de cinco anos

Intervenções	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Composto de artemesinina para o tratamento da malária (ACTs)	0	632	1279	1936	2603	2982	3365	3753	4145	4542	4942	5346	5752	6161	6571	6983	7395	7806	8216	8623
Vacina pneumocócica	0	0	909	1891	2292	2522	2755	2873	2920	2967	3016	3065	3114	3164	3215	3265	3316	3367	3418	3468
Mudanças na amamentação	0	229	465	707	957	1207	1463	1726	1994	2268	2548	2833	3123	3418	3718	4022	4331	4644	4960	5280
Famílias protegidas contra malária (ITN/IRS)	0	168	344	527	717	913	1115	1325	1542	1767	1999	2239	2487	2743	3006	3277	3556	3843	4136	4437
Gestão do parto e do trabalho de parto	0	305	613	924	1237	1310	1386	1465	1547	1631	1717	1805	1894	1985	2078	2173	2269	2367	2466	2566
Prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho (incluindo opções de aleitamento materno)	0	574	1352	2290	1435	418	158	245	773	1050	1392	1687	1636	1691	1687	1645	1672	1672	1618	1503
Antibióticos injetáveis para seps neonatal/pneumonia	0	256	495	717	922	957	992	1026	1059	1091	1122	1050	1177	1202	1225	1247	1266	1283	1299	1311
Práticas limpas pós-natais	0	82	163	242	321	404	488	574	662	751	841	932	1024	1118	1211	1306	1402	1498	1594	1691
Resuscitação/Reanimação neonatal	0	117	236	356	477	509	543	578	614	651	689	728	767	808	849	891	934	978	1022	1067
Antibióticos orais para pneumonia	0	111	214	307	404	440	475	515	557	599	643	687	732	778	825	872	919	967	1016	1065

Fonte: Live Saved Tool (LiST) (Maio, 2017).

## ANEXO 5

**Tabela 3. Mortes maternas adicionais evitadas**

<b>Intervenções</b>	<b>Vidas Salvas</b>	<b>Proporção</b>
Gestão do trabalho do parto e do parto	3283	34.59%
Práticas limpas de nascimento	2240	23.60%
Gestão activa da terceira fase do trabalho de parto	1625	17.12%
Gestão da eclampsia com MgSO4	1086	11.44%
Antibióticos para Ruptura prematura das membranas pré-termo	653	6.88%
TIP - Tratamento preventivo intermitente da malária durante a gravidez	496	5.23%
TT- Vacinação com toxóide do tétano	43	0.45%
Tratamento da pré-eclâmpsia com MgSO4	30	0.32%
Manejo de casos de transtorno hipertensivo	25	0.26%
Gestão de casos de malária	11	0.12%
<b>Total</b>	<b>9492</b>	<b>100.00%</b>

Fonte: Live Saved Tool (LiST)(Maio 2017).

## ANEXO 6

Tabela 4. Valores anuais de projeção de vidas maternas salvas

Intervenções	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Gestao do trabalho do parto e do parto	0	30	60	90	122	130	139	148	157	167	176	186	197	207	218	229	240	251	263	274
Praticas limpas do nascimento	0	22	45	67	91	95	100	105	111	116	122	127	133	139	145	151	158	164	170	177
Gestao activa da terceira parte do trabalho do parto	0	15	30	45	61	65	69	73	78	83	87	92	97	102	108	113	118	124	129	135
Gestao da Eclampsia com Mg SO4	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Antibioticos para roptura prematura das membranas	0	6	12	18	24	26	28	29	31	33	35	37	39	41	43	46	48	50	52	55
IPtP- Tratamento preventivo intermitente da malaria durante a gravidez	0	4	9	14	19	20	21	23	24	25	27	28	30	31	33	34	36	38	39	41
TT- Vacinacao com toxcoide de tetano	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	4	4	4	4	5
Tratamento da Pre eclampsia com Mg SO4	0	10	20	30	40	43	46	49	52	55	58	62	65	68	72	76	79	83	87	90
Manejo de casos de transtorno hipertensivo	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
Gestao de caso de Malaria	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Fonte: Live Saved Tool (LiST) (Maio, 2017).

## GRUPO TÉCNICO DA PSMCN

### Análise de dados

Sérgio Chicumbe, INS  
Réka Maulide Cane, INS  
Ofélia Rambique, INS

Maria Patrícia Gonçalves, INS  
Hilénio Sabão, INS  
Elias Matusse, INS  
Euridsse Amade, INS  
Júlia Sambo, INS  
Isidro Saranga, INS  
Cristolde Salomão, INS  
Azarias Mulungo, INS  
Amílcar Magaço, INS  
Américo Fenias, INS  
Acácio Sabonete, INS

Sara Paulino, DNSP  
Celeste Moreira, DNSP  
Ananias António, DNSP

Samuel Fenias, DPC  
Dora Polana, DPC

Egídio Cueteia, MEF

Muemed Cassimo, INE

Dino Buene, SETSAN

Gabriel Simão, MINEDH

Vasco Muchanga, UEM  
Luísa Ana, UEM

Kátia Ngale, IIP-JHU

