

Moçambique

Inquérito Demográfico e de Saúde 2022–23

Relatório de Indicadores-Chave

Instituto Nacional de Estatística
Maputo, Moçambique

The DHS Program
ICF
Rockville, Maryland, USA

Julho 2023



MINISTÉRIO DA SAÚDE



Partnership | Progress | Prosperity



unicef  for every child



O Inquérito Demográfico e de Saúde 2022–23 em Moçambique (IDS 2022–23) foi implementado pelo Instituto Nacional de Estatística. O IDS 2022–23 foi financiado pelo Governo de Moçambique, Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), Banco Mundial, UNICEF, Foreign, Commonwealth & Development Office of the United Kingdom (FCDO), Alto Comissariado do Canadá e Gavi, the Vaccine Alliance. O ICF forneceu assistência técnica por meio do Programa DHS, um projeto financiado pela USAID que fornece apoio e assistência técnica na implementação de inquéritos demográficos e de saúde em países de todo o mundo.

Informações adicionais sobre o IDS 2022–23 podem ser obtidas no Instituto Nacional de Estatística, Avenida 24 de Julho, 1989, Maputo, Moçambique; caixa postal número 493, telefones (+258) 21 356 700; fax: (258) 21327 927; email: info@ine.gov.mz; Internet: www.ine.gov.mz.

Informações sobre o Programa DHS podem ser obtidas no ICF, 530 Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850, EUA; telefone: +1-301-407-6500; fax: +1-301-407-6501; e-mail: info@DHSprogram.com; internet: www.DHSprogram.com.

O conteúdo deste relatório é de responsabilidade exclusiva do INE e do ICF e não reflete necessariamente as opiniões da USAID, do Governo dos Estados Unidos ou de outras agências doadoras.

Citação Recomendada:

Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF. 2023. Inquérito Demográfico e de Saúde em Moçambique 2022–23. Maputo, Moçambique e Rockville, Maryland, EUA: INE e ICF.

ÍNDICE

QUADROS E GRÁFICOS.....	v
ACRÓNIMOS E SIGLAS.....	vii
1 INTRODUÇÃO.....	1
Objectivo do Inquérito	1
2 IMPLEMENTAÇÃO DO INQUÉRITO.....	3
2.1 Desenho da Amostra.....	3
2.2 Questionários.....	4
2.3 Antropometria, Testagem de Anemia e Malária.....	5
2.4 Formação de Formadores e Pré-teste.....	6
2.5 Formação do Pessoal de Campo	7
2.6 Trabalho de Campo	7
2.7 Processamento de Dados	7
3 PRINCIPAIS CONCLUSÕES.....	9
3.1 Taxas de Resposta	9
3.2 Características dos Respondentes	9
3.3 Fecundidade.....	11
3.4 Fecundidade na Adolescência	12
3.5 Preferências em Relação à Fecundidade.....	13
3.6 Planeamento Familiar	14
3.6.1 Uso de Contraceptivos	14
3.6.2 Necessidade e Demanda de Planeamento Familiar.....	16
3.7 Mortalidade na Infância.....	18
3.8 Cuidados Maternos	19
3.8.1 Cuidados Pré-natal	19
3.8.2 Toxoide de Tétano	23
3.8.3 Cuidados no Parto.....	24
3.8.4 Cuidados Pós-parto (CPP) para a Mãe.....	25
3.9 Procura de Cuidados e Tratamento de Doenças Infantis	25
3.10 Estado Nutricional das Crianças.....	27
3.11 Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas.....	30
3.12 Anemia	32
3.12.1 Prevalência de Anemia em Crianças.....	32
3.12.2 Prevalência de Anemia em Mulheres.....	34
3.13 Malária.....	35
3.13.1 Posse e Uso de Redes Mosquiteiras Tratadas com Insecticida	35
3.13.2 Malária na Gravidez.....	39
3.13.3 Gestão de Casos de Malária em Crianças	40
3.13.4 Prevalência de Malária em Crianças	41
3.14 HIV	42
3.14.1 Conhecimento sobre Prevenção entre os Jovens.....	42
3.14.2 Comportamento Sexual.....	44
3.14.3 Testagem Prévia de HIV	47
REFERÊNCIAS.....	51

QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 1	Resultados de entrevistas de agregados familiares e de indivíduos.....	9
Quadro 2	Características sociodemográficas dos entrevistados	10
Quadro 3	Fecundidade actual	11
Quadro 4	Gravidez e maternidade na adolescência	13
Quadro 5	Intenções reprodutivas por número de filhos vivos	14
Quadro 6	Uso actual de contraceptivos segundo as características sociodemográficas	15
Quadro 7	Necessidade e procura de planeamento familiar entre as mulheres actualmente casadas.....	17
Quadro 8	Mortalidade infantil e infanto-juvenil.....	19
Quadro 9	Indicadores de cuidados da saúde materna	21
Quadro 10	Tratamento de infeções respiratórias agudas, febre e diarreia	26
Quadro 11	Estado nutricional das crianças.....	28
Quadro 12	Indicadores de alimentação de lactentes e crianças	31
Quadro 13	Prevalência da anemia nas crianças	33
Quadro 14	Prevalência da anemia nas mulheres	34
Quadro 15	Posse de redes tratadas com inseticida (RTIs) nos agregados familiares	36
Quadro 16	Uso de redes tratadas com inseticida por crianças e mulheres grávidas.....	38
Quadro 17	Uso de tratamento intermitente preventivo (TIP) por mulheres durante a gravidez.....	39
Quadro 18	Crianças com febre e procura de cuidados, diagnóstico e tratamento de febre	41
Quadro 19	Prevalência da malária em crianças	42
Quadro 20	Conhecimento sobre a prevenção do HIV/SIDA entre os jovens.....	43
Quadro 21.1	Parceiros múltiplos e relações sexuais de risco nos últimos 12 meses: Mulheres	44
Quadro 21.2	Parceiros múltiplos e relações sexuais de risco nos últimos 12 meses: Homens.....	46
Quadro 22.1	Cobertura de testagem prévia de HIV: Mulheres	48
Quadro 22.2	Cobertura de testagem prévia de HIV: Homens	49
Gráfico 1	Tendências da fecundidade por área de residência	12
Gráfico 2	Tendências na utilização, necessidade e procura por planeamento familiar.....	18
Gráfico 3	Tendências nas taxas de mortalidade neonatal, infantil e infanto-juvenil	19
Gráfico 4	Tendências nos cuidados prenatais.....	23
Gráfico 5	Tendências no local do parto	24
Gráfico 6	Tendências do estado nutricional.....	30
Gráfico 7	Tendências da amamentação exclusiva	32
Gráfico 8	Tendências da anemia infantil	33
Gráfico 9	Tendências de anemia em mulheres	35
Gráfico 10	Tendências na posse de RTIs nos agregados familiares	37
Gráfico 11	Tendências no uso de RTIs por mulheres grávidas e crianças.....	38
Gráfico 12	Tendências no uso de TIP durante a gravidez	40
Gráfico 13	Tendências no uso de terapia combinada à base de artemisina (TCA).....	41
Gráfico 14	Tendências na prevalência de malária em crianças	42

ACRÓNIMOS E SIGLAS

AE	Área de enumeração
AF	Agregado familiar
ALCP	Alimentação de lactentes e crianças pequenas
CNBS	Comité Nacional de Bioética para a Saúde
CPN	Cuidados pré-natais
CPP	Consulta pós-parto
CSPPro	Census and Survey Processing
DHS	Demographic and Health Survey
DIU	Dispositivos intrauterinos
DP	Desvios padrão
DPINE	Delegação Provincial do Instituto Nacional de Estatística
FCDO	Foreign, Commonwealth & Development Office
GPS	Sistema de posicionamento global
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
INS	Instituto Nacional de Saúde
IRA	Infecção respiratória aguda
MISAU	Ministério da Saúde
MR/MMR	Vacina contra sarampo ou sarampo e rubéola
NN	Neonatal
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNN	Pós-neonatal
REMILD	Rede mosquiteira tratada com inseticida de longa duração
RGPH	Recenseamento Geral de População e Habitação
RTI	Redes mosquiteiras tratadas com inseticida
SRO	Sais de reidratação oral
TBN	Taxa bruta de natalidade
TCA	Terapia combinada à base de artemisinina
TDR	Teste de diagnóstico rápido
TEF	Taxas específicas de fecundidade
TFG	Taxa de fecundidade geral
TGF	Taxa global de fecundidade
TIP	Tratamento intermitente preventivo
USAID	United States Agency for International Development

1 INTRODUÇÃO

O Inquérito Demográfico e de Saúde 2022–23 em Moçambique (IDS 2022–23) foi implementado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em colaboração com Ministério da Saúde (MISAU) e o Instituto Nacional de Saúde (INS). A recolha de dados decorreu de 27 de Julho de 2022 a 27 de Fevereiro de 2023. O IDS foi financiado pelo Governo de Moçambique e pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), Banco Mundial, UNICEF, Foreign, Commonwealth & Development Office of the United Kingdom (FCDO), Alto Comissariado do Canadá e Gavi, the Vaccine Alliance. Os recursos fornecidos pelo FCDO e pelo Alto Comissariado do Canadá foram gerenciados pelo FUNUAP. A assistência técnica foi dada pelo ICF, através do DHS Program. Este Relatório de Indicadores-Chave apresenta uma primeira visão de resultados seleccionados do IDS 2022–23. Uma análise abrangente dos dados será apresentada em um relatório final em 2023.

OBJECTIVO DO INQUÉRITO

O principal objectivo do IDS 2022–23 é fornecer estimativas actualizadas de indicadores básicos demográficos e de saúde que permitem monitorar e avaliar o desempenho da implementação das políticas públicas e o alcance dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Como objectivos específicos, o IDS visa estimar os níveis e tendências de:

- Fecundidade e preferências de fecundidade;
- Contracepção;
- Saúde materno-infantil;
- Mortalidade adulta, materna e infantil;
- Imunização infantil;
- Amamentação e práticas de alimentação de crianças;
- Diversidade na dieta alimentar das mulheres;
- Violência baseada em gênero;
- Gênero, estado nutricional de mulheres e crianças;
- Conscientização sobre HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis;
- Doenças não transmissíveis e outros indicadores relevantes para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Determinar os factores relacionados à morbilidade e mortalidade materna e neonatal (ou seja, cuidados pré-natais e de parto, cuidados com a gravidez).

2 IMPLEMENTAÇÃO DO INQUÉRITO

2.1 DESENHO DA AMOSTRA

O desenho da amostra para o IDS 2022–23 teve duas etapas, e tinha como objectivo fornecer estimativas para o nível nacional, para áreas urbanas e rurais e cada uma das dez províncias (Niassa, Cabo Delgado, Nampula, Zambézia, Tete, Manica, Sofala, Inhambane, Gaza, Maputo) e a Cidade de Maputo, a capital do País.

A primeira etapa envolveu a selecção da amostra de conglomerados (clusters), consistindo em áreas de enumeração (AEs) delineadas para a população com base no IV Recenseamento Geral de População e Habitação (IV RGPH) de 2017. Um total de 619 áreas de enumeração foram seleccionadas com probabilidade proporcional ao tamanho, com base no número de agregados familiares em cada estrato. Das 619 AEs, 232 são de áreas urbanas e 387 de áreas rurais.

No segundo estágio, 26 agregados familiares foram seleccionados sistematicamente com probabilidades iguais em cada conglomerado. Com base nesse procedimento, foram seleccionados, no total, 16 045 agregados familiares (AFs) para o IDS 2022–23. Esse número é um pouco menor do que o tamanho da amostra alvo de 16 094, porque duas AEs (uma de Cabo Delgado e outra de Zambézia, ambas rurais) não foram trabalhadas devido aos problemas de segurança.

Uma operação de listagem de domicílios foi realizada em todas as AEs seleccionadas antes da pesquisa. A operação de listagem consistiu em visitar cada uma das AEs seleccionadas, elaborar um mapa de localização e outro de esboço detalhado, onde eram listadas todas as estruturas residenciais (domicílios residenciais encontrados na AE) e não residenciais, o endereço e o nome de chefes de agregados familiares. A lista de estruturas residenciais resultante serviu como quadro de amostragem para a selecção de agregados familiares na segunda etapa de amostragem. Durante a operação de listagem, as equipas de campo recolheram dados de posicionamento global (GPS)—latitude, longitude e altitude—para produzir as coordenadas geográficas para cada AE.

No processo de selecção de agregados familiares para as entrevistas, foi abrangida apenas a população residente em agregados familiares, sendo excluídos os agregados familiares e respectivos membros residentes em habitações colectivas, tais como hotéis, hospitais, quartéis militares, residências de estudantes, etc., e os sem-abrigo, os quais representam menos de 0,5% do total da população do País.

Para estimar os diferenciais geográficos para certos indicadores demográficos, a amostra permite fazer estimativas para regiões costeiras, fronteiriças e do interior.

Todas as mulheres de 15–49 anos residentes habituais ou visitantes na casa na noite anterior as entrevistas foram incluídas no IDS 2022–23 e foram elegíveis para serem entrevistadas. Em uma subamostra de metade de todos os agregados familiares seleccionados para o inquérito, todos os homens de 15–54 anos foram considerados elegíveis para serem entrevistados independentemente serem residentes habituais ou visitantes no agregado familiar.

Em uma subamostra de cerca de 46% (12 agregados familiares), a todas as mulheres de 15–49 anos encontradas foram registadas as medidas de peso e altura, e efectuada a testagem de anemia. Com o consentimento dos pais ou encarregados, foram registadas as medidas de peso e altura, bem como a testagem de malária e anemia para todas as crianças de 6–59 meses. Para crianças de 0–5 meses fez-se a medição do peso e altura.

Em metade da amostra de agregados familiares seleccionados em cada área de enumeração, foi aplicado o módulo de violência doméstica para mulheres de 15–49 anos e na outra metade, foi aplicado o mesmo módulo para homens de 15–54 anos. Em ambos casos, em cada agregado familiar amostral, era seleccionado

com probabilidades iguais uma mulher ou um homem elegível e residente habitual. Na primeira metade foram aplicados os seguintes módulos:

- Funcionalidades e crescimento para crianças de 2–4 anos de idade;
- Deficiência para pessoas de 5 anos e mais;
- Funcionalidade para crianças de 5–17 anos de idade;
- Disciplina para crianças de 1–14 anos (uma criança por cada agregado familiar seleccionado).

Na outra metade de agregados familiares usada para violência doméstica (homens) foram aplicados os seguintes módulos:

- Fístula em mulheres;
- Módulos sobre doenças crónicas, acidente e lesão, saúde mental e tuberculose (mulheres de 15–49 anos e homens de 15–54 anos).

Uma subamostra de aproximadamente 15% de todos os domicílios foi seleccionada para teste de qualidade de água consumida pelos agregados familiares.

2.2 QUESTIONÁRIOS

Cinco questionários foram usados para o IDS 2022–23: Questionário do Agregado Familiar, Questionário das Mulheres de 15–49 anos, Questionário dos Homens de 15–54 anos, Questionário de Biomarcadores, e Questionário de Qualidade da Água. Os questionários, baseados nos Questionários Modelo do Programa DHS, foram adaptados para refletir as questões da população e de saúde relevantes para Moçambique.

Com o questionário de agregado familiar foram recolhidas as seguintes informações:

- Listagem de membros do AF
- Características e condições de habitação
- Água e saneamento
- Posse de bens
- Posse e uso de redes mosquiteiras
- Identificação de participantes para diferentes módulos

Questionários das mulheres de 15–49 anos:

- Características da entrevistada
- Reprodução
- Planeamento familiar
- Gravidez e cuidados pós-natal
- Imunização da criança
- Saúde infantil e nutrição
- Índice de desenvolvimento a primeira infância
- Índice do funcionamento da criança
- Fecundidade
- Características do marido/ parceiro e ocupação da mulher
- HIV e SIDA
- Tuberculose
- Doenças crónicas
- Fístula
- Saúde mental
- Mortalidade adulta e materna
- Violência doméstica
- Outros aspetos de saúde

Questionário dos Homens de 15–54 anos:

- Características do Entrevistado
- Reprodução
- Planeamento familiar
- Situação matrimonial e atividade sexual
- Emprego e género
- Fecundidade
- HIV e SIDA
- Tuberculose
- Doenças crónicas
- Saúde mental
- Violência doméstica
- Outros aspetos de saúde

Questionário do Biomarcador:

- Antropometria
- Anemia
- Malária

O início de recolha de dados foi antecedido pela fase de listagem geo-referenciada (captação de coordenadas—latitude, longitude e altitude) de todas estruturas residenciais e não residenciais dentro do perímetro de cada área de enumeração seleccionada, usando um tablet com funcionalidades de Sistema de Posicionamento Global (GPS). No entanto, na fase de recolha de dados, apenas estruturas residenciais eram seleccionadas e novamente recolhidas coordenadas geográficas para confirmação em todos agregados familiares visitados.

De 2020 a 2021, foi elaborado o protocolo segundo as recomendações do Comité Nacional de Bioética para a Saúde (CNBS). O protocolo foi elaborado pelo INE em colaboração com MISAU, INS e ICF. No protocolo foram descritos todos os procedimentos que seriam aplicados em cada uma das etapas do inquérito desde a planificação até a disseminação dos resultados. Uma vez que o IDS 2022–23 tem vários módulos adicionais e cada módulo era aplicado a uma subamostra, houve necessidade de se descrever os procedimentos para selecção de grupos e subgrupos nos quais seriam aplicados os módulos.

Para além dos procedimentos amostrais foram descritas técnicas para a recolha de dados, desde como garantir a confidencialidade da informação a ser recolhida, como administrar os consentimentos e assentimentos, a condução das entrevistas, técnicas de colheita de amostras de sangue para anemia e malária, gestão do lixo biológico, procedimentos para teste de qualidade de água, segurança de dados entre outros.

Uma vez que a preparação do IDS coincidiu com a COVID-19, foi incluído no protocolo o plano da mitigação da COVID-19, para garantir que todos os envolvidos no processo de recolha de dados não fossem infectados, e em caso de infecção como minimizar o impacto. Outros aspectos como referenciamento de mulheres e crianças as unidades sanitárias (anemia grave, desnutrição aguda, malária grave e saúde mental), gestão do lixo biológico resultante dos testes de anemia, malária e de água foram descritos no Protocolo. O protocolo foi aprovado pelo CNBS, em Dezembro de 2021 sob registo número 78/CNBS/2021, e pelo Conselho de Revisão Institucional do ICF.

2.3 ANTROPOMETRIA, TESTAGEM DE ANEMIA E MALÁRIA

Antropometria

A antropometria é um dos indicadores directos do estado nutricional que permite a obtenção de medidas físicas de um indivíduo e suas proporções em relação ao seu crescimento e desenvolvimento.

As medições de peso foram feitas usando balanças *SECA* com visor digital, modelo *SECA 878*. A Altura foi medida com um altímetro com referência *ShorrBoard®*. Crianças com menos de 24 meses de idade foram medidas deitadas, enquanto crianças de 24–59 meses e adultos foram medidas em pé.

Para avaliar a precisão das medidas antropométricas, quatro crianças por área de enumeração foram seleccionadas aleatoriamente para segunda medição. O Programa DHS, para medidas antropométricas, define uma diferença de menos de 1 centímetro entre as duas medições de altura como um nível aceitável de precisão. Crianças com desvio padrão (*z scores*) menor ou maior que 3 para altura-para-idade, peso-para-altura ou peso-para-idade, foram marcadas e medidas uma segunda vez. A remedição dos casos sinalizados foi realizada para garantir medições precisas de altura.

As crianças com o desvio padrão (*z scores*) menor a -3 e maior que 3 confirmado para a altura-para-idade, peso-para-altura ou peso-para-idade foram referidas à unidade sanitária local para o seguimento.

Anemia

Amostras de sangue para teste de anemia foram colhidas em mulheres de 15–49 anos e em crianças de 6–59 meses, mediante a administração de um consentimento. Para as mulheres e crianças de 12–59 meses, as amostras foram colhidas através de uma picada no dedo e para crianças de 6–11 meses, as amostras foram colhidas por uma picada no calcanhar, usando uma microcuveta. A análise de hemoglobina foi realizada no local usando um dispositivo portátil *HemoCue® 201+*.

Os resultados foram fornecidos verbalmente e por escrito para aqueles que foram testados. Os pais das crianças com hemoglobina abaixo de 7g/dl, foram aconselhados a levarem as crianças à uma unidade sanitária mais próxima para o seguimento. O mesmo sucedeu em relação às mulheres com hemoglobina abaixo de 7g/dl.

Malária

O teste da malária foi feito para crianças de 6–59 meses. Usando os mesmos procedimentos aplicados no teste de anemia, consistindo em colheita de amostra de sangue no dedo ou calcanhar da criança, através do teste de diagnóstico rápido da malária, *SD Bioline Malária Ag. P. f. (HRP-II)*.

Os resultados foram fornecidos verbalmente e por escrito para aqueles que foram testados. As crianças com resultado positivo para malária, que não apresentavam sintomas de malária grave, foram tratadas com antimaláricos (*Coartem*). As crianças com resultado positivo e com sintomas de malária grave, foram referidas à unidade sanitária mais próxima para o seguimento.

2.4 FORMAÇÃO DE FORMADORES E PRÉ-TESTE

A formação dos formadores decorreu de 28 de Fevereiro a 08 de Março de 2022. Contou com a participação de técnicos do INE, INS e MISAU e com assistência técnica de ICF e de UNICEF. A formação dos formadores foi híbrida sendo que alguns módulos foram ministrados virtualmente e foi uma oportunidade que serviu para o aprofundamento no domínio dos questionários, e na metodologia que seria aplicada na formação principal.

Logo após a formação dos formadores, realizou-se o pré-teste, onde participaram os técnicos do INE, INS e MISAU e com assistência técnica do ICF e do UNICEF. Para além dos formadores, participaram do pré-teste os inquiridores das províncias de Inhambane, Gaza, Província e Cidade de Maputo. O Piloto serviu para melhorar os instrumentos de recolha de dados e a metodologia do inquérito. Foram realizadas algumas práticas de campo onde se testou toda a metodologia e os instrumentos do inquérito.

2.5 FORMAÇÃO DO PESSOAL DE CAMPO

A formação do pessoal de campo foi de 23 de Maio a 24 de Junho, contou com os formadores das seguintes instituições INE, INS, MISAU, ICF e UNICEF, em formato presencial. Estiveram presentes candidatos a inquiridores e biomarcadores de todas as províncias do País. A formação consistiu em aulas teóricas e práticas na sala e no campo, para permitir que os candidatos estivessem suficientemente preparados para recolha de dados.

Em relação ao perfil dos candidatos, para ambas categorias (inquiridores e biomarcadores) foram recrutadas pessoas com o nível médio e não foi exigida nenhuma qualificação técnica específica bastando o candidato possuir o nível médio (geral ou técnico).

Enquanto os inquiridores foram formados para administrar os consentimentos e os questionários, os biomarcadores foram formados para administrar consentimento, recolher dados sobre altura e peso de crianças e adultos e colher amostras de sangue para medir a prevalência da anemia e da malária. A formação em medição de altura das crianças incluiu exercícios de padronização e repadronização para os técnicos que não passaram nos exercícios de padronização.

2.6 TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo arrancou no dia 27 de Julho em todas as províncias. No total, a recolha de dados foi garantida por 16 equipas, cada equipa era composta por 1 controladora, 4 inquiridores, 1 biomarcador e 2 motoristas. As províncias tinham entre uma (1) e duas (2) equipas para recolha de dados. Em cada província, a equipa tinha o acompanhamento de um supervisor provincial que era técnico da Delegação Provincial do Instituto Nacional de Estatística (DPINE), destacado para assistir tecnicamente e apoiar nas questões logísticas da equipa. Um supervisor dos serviços centrais, era destacado para assistir periodicamente as equipas no campo em função dos relatórios mensais de qualidade de dados.

2.7 PROCESSAMENTO DE DADOS

Para entrada de dados, foi instalado o software interativo *CSPRO* (*Census and Survey Processing System*) nos Tablets na plataforma Windows. Para salvaguardar uma possível perda de dados, foi inserido um cartão de memória de modo a permitir uma cópia de dados no respetivo tablet. O sistema implementado fazia a cópia de dados de forma automática durante o envio dos mesmos aos serviços centrais.

A transferência de dados entre os tablets da equipa era feita através do *Bluetooth* acoplado ao dispositivo de recolha de dados. O envio da informação do campo para os serviços centrais era feito diariamente, onde a controladora partilhava a internet do celular para o seu tablet (*hotspot*), e os dados eram transferidos via *Syncloud* para os serviços centrais.

Nos serviços centrais, sob a supervisão de técnicos de informática envolvidos no processo, uma equipa de editores de dados tinha a missão de receber os dados e verificar as inconsistências de forma a detectar os erros cometidos. Esta equipa, interagiu com o pessoal de campo com vista a corrigir os erros. Para além disso, a equipa dos editores fazia a codificação das respostas abertas e das ocupações.

Para a monitoria do trabalho de campo foi usada uma ferramenta (*dashboard*) que permitiu a nível central, a visualização em tempo útil de resultados parciais e acompanhamento do trabalho diário das equipas. A informação obtida no *dashboard* era partilhada com o pessoal de campo com o objectivo de assegurar a qualidade dos dados e o cumprimento dos prazos estipulados.

3 PRINCIPAIS CONCLUSÕES

3.1 TAXAS DE RESPOSTA

O **Quadro 1** apresenta as taxas de resposta para o IDS 2022–23. Um total de 16 045 agregados familiares (domicílios) foram seleccionados para a amostra do IDS 2022–23, dos quais 14 640 agregados familiares encontravam-se ocupados no momento do inquérito. Desses, 14 250 foram entrevistados com sucesso, resultando numa taxa de resposta de 97%. Nos agregados familiares entrevistados, 13 976 mulheres de 15–49 anos foram identificadas como elegíveis para entrevista individual. As entrevistas foram concluídas com 13 183 mulheres, resultando em uma taxa de resposta de 94%. Na subamostra de agregados familiares seleccionados para a pesquisa masculina, 6 282 homens de 15–54 anos foram identificados como elegíveis para entrevista individual e 5 380 foram entrevistados com sucesso, resultando numa taxa de resposta de 86%.

Quadro 1 Resultados de entrevistas de agregados familiares e de indivíduos

Número de agregados familiares, número de entrevistados e taxas de respostas, segundo área de residência (casos não ponderados), Moçambique IDS 2022–23

Resultado	Área de residência		Total
	Urbana	Rural	
Entrevistas do agregado familiar			
Agregados familiares seleccionados	6 035	10 010	16 045
Agregados familiares ocupados	5 659	8 981	14 640
Agregados familiares entrevistados	5 492	8 758	14 250
Taxa de resposta do agregado familiar ¹	97,0	97,5	97,3
Entrevistas com mulheres 15–49 anos			
Número de mulheres elegíveis	6 108	7 868	13 976
Número de mulheres elegíveis entrevistadas	5 695	7 488	13 183
Taxa de resposta das mulheres elegíveis ²	93,2	95,2	94,3
Entrevistas do agregado familiar em subamostra			
Agregados familiares seleccionados	3 017	5 006	8 023
Agregados familiares ocupados	2 837	4 495	7 332
Agregados familiares entrevistados	2 740	4 387	7 127
Taxa de resposta do agregado familiar em subamostra ¹	96,6	97,6	97,2
Entrevistas com homens 15–54 anos			
Número de homens elegíveis	2 884	3 398	6 282
Número de homens elegíveis entrevistados	2 341	3 039	5 380
Taxa de resposta dos homens elegíveis ²	81,2	89,4	85,6

¹ Agregados familiares entrevistados/Agregados familiares encontrados

² Respondentes entrevistados/Respondentes elegíveis

3.2 CARACTERÍSTICAS DOS RESPONDENTES

O **Quadro 2** apresenta números ponderados e não ponderados, a distribuição percentual de mulheres e homens entrevistados de 15–49 anos e 15–54 anos respectivamente, por características seleccionadas. Os resultados apresentados neste relatório são baseados em dados ponderados, pelo que os resultados são representativos para o país, área de residência (urbana e rural) e de cada uma das regiões.

- Quanto a distribuição da população entrevistada por idade, constatou-se que há maior concentração dos entrevistados nas faixas etárias de 15–24 anos de idade entre homens e mulheres.
- Mais de 50% de homens e mulheres reportaram um bom estado de saúde.

- Cerca de 30% de mulheres e homens professam a religião Católica seguida da evangélica/pentecostal (28% e 26% respetivamente).
- Em relação ao estado civil, a maioria das mulheres entrevistadas vivem em união marital (37%) e nos homens, a maioria são solteiros (39%).
- Mais de metade de mulheres e homens entrevistados vivem na área rural.
- De acordo com a distribuição dos casos ponderados, a província de Nampula tem a maior proporção de inquiridos, seguida da província da Zambézia.
- Quanto ao nível de escolaridade frequentado, destaca-se o nível primário com 43% das mulheres e 47% dos homens.

Quadro 2 Características sociodemográficas dos entrevistados

Distribuição percentual de homens e mulheres de 15–49 anos segundo características seleccionadas, Moçambique IDS 2022–23

Características seleccionadas	Mulheres			Homens		
	Percentagem ponderada	Casos ponderados	Casos não ponderados	Percentagem ponderada	Casos ponderados	Casos não ponderados
Grupo de idade						
15–19	23,1	3 050	3 109	27,1	1 386	1 439
20–24	20,4	2 693	2 625	19,1	976	981
25–29	16,7	2 195	2 070	15,3	781	761
30–34	12,0	1 577	1 601	12,4	635	621
35–39	11,3	1 486	1 520	9,8	500	501
40–44	8,9	1 171	1 234	8,7	446	438
45–49	7,7	1 011	1 024	7,6	390	385
Estado de saúde reportado						
Muito bom	16,5	2 169	2 060	14,8	759	830
Bom	59,2	7 806	7 991	62,7	3 208	3 193
Moderado	23,2	3 063	2 911	17,5	894	915
Mau	1,0	132	206	4,4	225	168
Muito mau	0,1	13	15	0,5	27	20
Religião						
Católica	29,7	3 920	3 077	29,0	1 483	1 215
Islâmica	20,6	2 715	2 418	20,8	1 064	977
Zione/Sião	12,1	1 595	2 065	9,5	485	615
Evangélica/Pentecostal	28,2	3 721	4 339	25,7	1 316	1 480
Anglicana	1,9	246	285	0,9	45	48
Sem religião	7,0	927	938	12,5	641	717
Outra	0,5	60	61	1,6	80	74
Estado civil						
Solteiro(a)	22,0	2 896	3 135	38,6	1 976	2 119
Casado(a)	27,8	3 660	3 083	30,7	1 570	1 367
União marital	36,6	4 827	5 112	25,6	1 310	1 320
Divorciado(a)/separado(a)	10,8	1 421	1 431	4,7	242	300
Viúvo(a)	2,9	378	422	0,3	17	20
Área de residência						
Urbana	38,8	5 120	5 695	40,6	2 078	2 254
Rural	61,2	8 063	7 488	59,4	3 036	2 872
Província						
Niassa	6,5	861	1 113	6,7	342	472
Cabo Delgado	5,3	705	1 314	5,4	275	540
Nampula	23,2	3 064	1 446	24,8	1 266	592
Zambézia	16,6	2 193	976	16,9	863	395
Tete	10,0	1 314	1 168	10,0	513	444
Manica	6,9	909	1 196	6,8	347	485
Sofala	6,9	909	1 218	7,0	356	520
Inhambane	4,2	555	1 008	3,2	165	325
Gaza	5,1	670	1 209	3,9	198	407
Maputo	10,2	1 347	1 276	10,1	515	449
Cidade de Maputo	5,0	655	1 259	5,4	274	497
Nível de escolaridade						
Nenhum	26,7	3 522	3 033	10,6	543	453
Primário	42,5	5 601	5 426	46,6	2 385	2 268
Secundário	28,1	3 709	4 259	38,8	1 983	2 170
Superior	2,7	352	465	4,0	203	235

Continua...

Quadro 2—Continuação

Características seleccionadas	Mulheres			Homens		
	Porcentagem ponderada	Casos ponderados	Casos não ponderados	Porcentagem ponderada	Casos ponderados	Casos não ponderados
Quintil de riqueza						
Mais baixo	18,4	2 420	1 824	16,3	833	643
Segundo	17,9	2 363	1 861	19,3	986	790
Médio	18,0	2 372	2 420	17,7	906	923
Quarto	21,3	2 810	3 115	19,4	991	1 126
Mais elevado	24,4	3 218	3 963	27,3	1 398	1 644
Total 15–49	100,0	13 183	13 183	100,0	5 114	5 126
50–54	na	na	na	na	266	254
Total 15–54	na	na	na	na	5 380	5 380

Nota: As categorias de educação referem-se ao nível de educação mais elevado frequentado, mesmo que o nível não tenha sido concluído.
na = não aplicável

3.3 FECUNDIDADE

O **Quadro 3** mostra a taxa global de fecundidade (TGF) e as taxas específicas de fecundidade por idade (TEFs) entre as mulheres por faixas etárias de 5 anos para o período de 3 anos anteriores ao inquérito.

Taxa global de fecundidade

O número médio de filhos que uma mulher teria ao fim do seu período reprodutivo se ela tivesse filhos ao nível das actuais taxas específicas de fecundidade por idade. As taxas específicas de fecundidade por idade são calculadas para os 3 anos anteriores ao inquérito, com base em histórias detalhadas de gravidezes fornecidas pelas mulheres.

Amostra: Mulheres dos 15–49 anos

Quadro 3 Fecundidade actual

Taxas específicas de fecundidade, taxa global de fecundidade, taxa geral de fecundidade, e taxa bruta de natalidade para os três anos antes do inquérito, segundo área de residência, Moçambique IDS 2022–23

Grupo de idade	Área de residência		Total
	Urbana	Rural	
10–14	[5]	[9]	[7]
15–19	101	197	158
20–24	171	256	224
25–29	156	232	202
30–34	137	195	171
35–39	103	141	126
40–44	37	85	68
45–49	[16]	[45]	[36]
TGF (15–49)	3,6	5,8	4,9
TFG	126	202	173
TBN	28,8	37,3	34,5

Nota: As taxas específicas de fecundidade são por cada 1,000 mulheres. As taxas do grupo de idade 45–49 anos podem ser parciais devido aos valores truncados. As taxas referem-se ao período de 1–36 meses antes da entrevista. As taxas para o grupo de idade de 10–14 anos baseiam-se em dados retrospectivos de mulheres de 15–17 anos.

TGF: Taxa Global da Fecundidade expressa o número de filhos por cada mulher

TFG: Taxa de Fecundidade Geral expressa o número de filhos em cada 1,000 mulheres de 15–44 anos

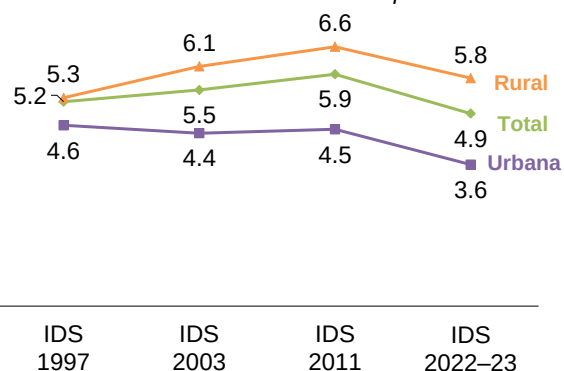
TBN: Taxa Bruta de Natalidade expressa o número de nascimentos em cada 1,000 habitantes

- Se a fecundidade se mantivesse constante nos níveis actuais, uma mulher em Moçambique teria uma média de 4,9 filhos ao longo da vida reprodutiva.
- Em Moçambique, a fecundidade é mais elevada nas áreas rurais do que nas urbanas. Em média, as mulheres em áreas rurais têm 5,8 filhos ao longo da vida reprodutiva, em comparação com as mulheres em áreas urbanas que têm em média 3,6 filhos.
- A fecundidade é baixa entre adolescentes de 15–19 anos (158 nascimentos por 1 000 mulheres), atinge o pico na faixa etária de 20–24 anos (224 nascimentos por 1 000 mulheres).

Tendências: O **Gráfico 1** mostra tendências na fecundidade de Moçambique. Entre 1997 a 2011 a tendência da TGF não foi consistente. A TGF aumentou gradualmente de 5,2 filhos por mulher no IDS de 1997 para 5,9 filhos por mulher no IDS de 2011 e depois diminuiu para 4,9 filhos por mulher no IDS de 2022–23. Essa tendência verificou-se também nas áreas rurais. Nas áreas urbanas, a TFR foi consistente do IDS de 1997 ao IDS de 2011 e depois diminuiu entre o IDS de 2011 e IDS 2022–23.

Gráfico 1 Tendências da fecundidade por área de residência

Taxa global de fecundidade para os 3 anos anteriores a cada inquérito



3.4 FECUNDIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Gravidez na adolescência

Percentagem de mulheres de 15–19 anos que alguma vez ficaram grávidas.

Amostra: Mulheres de 15–19 anos

O **Quadro 4** mostra, gravidez e maternidade na adolescência, onde:

- Trinta e seis por cento das mulheres de 15–19 anos já estiveram alguma vez grávidas.
- Cerca de 29% das mulheres de 15–19 teve pelo menos um nascido vivo.
- A percentagem de mulheres de 15–19 que teve gravidez que terminou em perda é de 3%.
- Cerca de 8% das mulheres de 15–19 encontravam-se grávidas à data da entrevista.

Quadro 4 Gravidez e maternidade na adolescência

Percentagem de mulheres de 15–19 anos que tiveram um nado-vivo, percentagem de mulheres que nunca teve perda de gravidez, percentagem de mulheres que actualmente está grávida e percentagem de mulheres que esteve grávida, segundo características seleccionadas, Moçambique IDS 2022–23

Características seleccionadas	Percentagem de mulheres de 15–19 anos que:				Número de mulheres
	Já teve um nado vivo	Já teve perda de gravidez ¹	Actualmente grávida	Já esteve grávida	
Idade					
15	6,3	0,7	2,4	9,4	593
16	10,2	1,5	5,3	16,6	573
17	23,3	3,5	6,5	30,6	545
18	37,0	5,1	11,5	47,9	685
19	61,5	5,5	10,8	69,1	654
Área de residência					
Urbana	18,1	3,4	5,5	24,4	1 265
Rural	36,3	3,4	9,0	44,2	1 785
Província					
Niassa	40,9	6,6	12,0	52,3	189
Cabo Delgado	46,4	2,9	9,8	55,3	149
Nampula	34,5	3,0	10,0	42,0	703
Zambézia	26,4	0,9	4,7	31,8	533
Tete	32,2	0,6	9,2	39,7	280
Manica	32,1	9,2	7,8	40,0	217
Sofala	27,5	4,9	9,4	37,4	219
Inhambane	25,1	5,5	4,9	32,3	141
Gaza	24,9	1,9	6,0	30,3	185
Maputo	12,0	4,2	4,5	18,2	299
Cidade de Maputo	8,4	3,2	1,8	11,9	136
Nível de escolaridade					
Nenhum	47,6	3,5	11,8	55,8	438
Primário	36,5	3,7	8,5	44,0	1 351
Secundário	14,2	3,0	5,0	20,9	1 240
Superior	(0,0)	(0,0)	(2,4)	(2,4)	20
Quintil de riqueza					
Mais baixo	44,4	3,0	8,4	49,2	481
Segundo	41,1	4,0	8,6	49,6	503
Médio	35,8	3,8	12,3	47,8	540
Quarto	26,0	3,7	7,5	33,1	737
Mais elevado	9,2	2,7	3,2	13,8	788
Total	28,8	3,4	7,5	36,0	3 050

Nota: Percentagens com parênteses estão baseadas em 25–49 casos não ponderados.

¹ Morte fetal, aborto espontâneo ou interrupção voluntária de gravidez

3.5 PREFERÊNCIAS EM RELAÇÃO À FECUNDIDADE

Desejo por outro filho

As mulheres foram questionadas se queriam mais filhos e, em caso afirmativo, quanto tempo preferiam esperar antes do nascimento do próximo filho. Assume-se que as mulheres que são esterilizadas não querem ter mais filhos.

Amostra: Mulheres actualmente casadas de 15–49 anos

O **Quadro 5** mostra as preferências em relação a fecundidade entre as mulheres actualmente casadas de 15–49 anos por número de filhos vivos.

- Cerca de 22% de mulheres deseja ter outro filho em breve (dentro de 2 anos), 19% deseja ter outro filho mais tarde (2 e mais anos) e 8% deseja ter outro filho, mas ainda não decidiram quando.
- A percentagem de mulheres que desejam ter (outro) filho em breve (nos próximos 2 anos) diminui com o número de filhos vivos, de 66% sem filhos vivos para 7% com seis e mais filhos.
- Uma em cada quatro mulheres dizem que não querem ter mais filhos ou são esterilizadas (26%).
- A percentagem de mulheres que não querem ter mais filhos ou são esterilizadas aumenta com o número de filhos vivos, de menos de 1% sem filhos vivos para 51% com seis filhos ou mais.

Quadro 5 Intenções reprodutivas por número de filhos vivos

Distribuição percentual de mulheres actualmente casadas/unidas de 15–49 anos por desejo de ter filhos, segundo número de filhos vivos, Moçambique IDS 2022–23

Desejo de ter filhos	Número de filhos vivos ¹							Total
	0	1	2	3	4	5	6+	
Ter outro(a) brevemente ²	66,2	30,4	26,8	18,3	14,5	9,1	7,1	22,4
Ter outro(a) mais tarde ³	4,8	32,5	27,5	18,7	15,2	14,1	7,1	19,3
Ter outro(a), mas indecisa quando	6,5	10,6	11,0	10,0	6,1	3,7	2,8	7,9
Indecisa	10,5	17,0	17,3	21,7	24,3	25,3	26,8	20,7
Não quer ter mais filhos	0,6	6,7	14,7	28,1	37,4	42,3	49,6	25,5
Esterilizado ⁴	0,0	0,5	0,3	0,7	0,5	1,2	1,5	0,6
Declarou-se estéril	11,3	2,3	2,5	2,5	2,0	4,3	5,1	3,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de mulheres	589	1 483	1 669	1 532	1 253	798	1 164	8 488

¹ O número de filhos vivos inclui gravidez actual

² Deseja o próximo nascimento dentro de 2 anos

³ Deseja esperar o próximo nascimento para 2 anos ou mais

⁴ Inclui a esterilização feminina ou masculina

3.6 PLANEAMENTO FAMILIAR

3.6.1 Uso de Contraceptivos

Prevalência de Contracepção

Percentagem de mulheres que usam algum método contraceptivo.

Amostra: Mulheres actualmente casadas de 15–49 anos de idade e mulheres não casadas sexualmente activas de 15–49 anos de idade

Métodos Modernos

Inclui esterilização masculina e feminina, injectáveis, dispositivos intrauterinos (DIUs), pílulas, implantes, preservativos femininos e masculinos, contracepção de emergência, método de dias padrão e método de amenorria por lactância.

O planeamento familiar é uma intervenção importante para a saúde da mulher e da criança, uma vez que permite prevenir as gravidezes precoces ou não desejadas, alargar o período entre os nascimentos e limitar o número de filhos.

O **Quadro 6** apresenta o uso de contraceptivos entre mulheres actualmente casadas e não casadas sexualmente activas.

- No geral, 26% de mulheres actualmente casadas de 15–49 anos de idade e 47% de mulheres não casadas sexualmente activas, usam algum método de planeamento familiar. Entre as mulheres actualmente casadas, 25% usam algum método moderno e 1% usam algum método tradicional.
- A percentagem de uso de métodos modernos entre as mulheres actualmente casadas de 15–49 anos de idade, é maior na área urbana (40%) em comparação com a área rural (18%).
- Em relação às províncias, Zambézia (11%), Nampula (13%) e Cabo Delgado (14%), são as que apresentam a percentagem mais baixa de mulheres actualmente casadas, que usam algum método moderno.
- Os métodos modernos mais usados, entre as mulheres actualmente casadas de 15–49 anos de idade, são, injeção (13%), implante (5%) e pílula (5%). No entanto, para as mulheres não casadas sexualmente activas, o preservativo masculino (15%), implantes (12%) e injectáveis (12%) são os métodos modernos mais usados.

Quadro 6 Uso actual de contraceptivos segundo as características sociodemográficas

Distribuição percentual de mulheres actualmente casadas/em união e de mulheres sexualmente activas não unidas de 15–49 anos de idade por método contraceptivo usado actualmente, segundo características seleccionadas, Moçambique IDS 2022–23

Características seleccionadas	Método moderno													Método tradicional				Não está usando nenhum método	Total	Número de mul-heres	
	Algun- méto- do	Algun- méto- do mo- derno	Ester- iliza- ção femi- nina	DIU	Inject- áveis	Imp- lantes	Pílula	Pre- serva- tivo mas- culino	Pre- serva- tivo femi- nino	Con- tra- cep- tivo de emer- gên- cia	Méto- do dos dias pad- rão	Méto- do de amen- orreia por lac- tância	Outro	Algun- méto- do tradi- cional	Absti- nência sexual peri- ódica	Coito inter- rom- pido	Outro				
MULHERES ACTUALMENTE CASADAS/ EM UNIÃO																					
Número de filhos vivos																					
0	3,8	3,5	0,0	0,2	0,4	1,3	0,5	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	96,2	100,0	771	
1–2	28,2	27,2	0,4	1,2	12,4	6,7	4,8	1,4	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	1,0	0,4	0,5	0,1	71,8	100,0	3 146	
3–4	30,7	29,6	0,6	1,1	14,6	5,1	6,2	1,7	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	1,1	0,4	0,4	0,3	69,3	100,0	2 683	
5+	26,3	25,4	1,4	1,1	14,6	4,4	3,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	1,0	0,4	0,2	0,4	73,7	100,0	1 888	
Grupo de idade																					
15–19	14,3	13,6	0,0	0,6	8,1	3,0	1,2	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,1	0,6	0,0	85,7	100,0	951	
20–24	24,6	23,8	0,2	0,9	13,0	5,3	3,2	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,8	0,3	0,5	0,0	75,4	100,0	1 823	
25–29	27,3	26,6	0,1	1,0	13,2	7,3	3,7	0,9	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,8	0,3	0,2	0,2	72,7	100,0	1 737
30–34	33,2	32,3	0,2	1,0	15,8	5,4	6,7	2,7	0,0	0,0	0,0	0,1	0,4	0,0	0,9	0,3	0,5	0,1	66,8	100,0	1 256
35–39	34,8	33,3	1,1	1,5	16,5	5,8	7,4	0,9	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	1,5	0,8	0,4	0,3	65,2	100,0	1 122	
40–44	28,2	27,1	1,9	1,3	10,8	4,2	6,9	1,7	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	1,1	0,3	0,3	0,5	71,8	100,0	857	
45–49	17,6	16,1	2,5	1,1	5,5	2,6	3,5	0,8	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	1,5	0,5	0,0	1,0	82,4	100,0	742	
Área de residência																					
Urbana	41,3	40,1	1,1	1,9	15,7	9,8	8,8	2,6	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	1,2	0,3	0,6	0,3	58,7	100,0	2 735	
Rural	19,3	18,4	0,4	0,6	11,0	3,0	2,6	0,6	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,9	0,4	0,3	0,2	80,7	100,0	5 753	
Província																					
Niassa	23,4	21,2	0,4	0,0	14,8	3,5	2,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	0,6	0,1	1,5	76,6	100,0	576	
Cabo Delgado	14,0	13,7	0,2	0,0	11,0	0,9	1,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,0	0,2	0,1	86,0	100,0	524	
Nampula	13,5	13,1	0,6	2,1	7,0	2,1	1,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0	86,5	100,0	2 151	
Zambézia	11,6	11,2	0,0	0,0	7,4	1,0	1,6	0,6	0,0	0,0	0,0	0,2	0,5	0,4	0,2	0,2	0,0	88,4	100,0	1 425	
Tete	33,1	31,5	0,8	0,7	19,6	4,9	4,4	1,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	1,6	0,9	0,6	0,1	66,9	100,0	913
Manica	27,1	26,5	0,7	0,3	14,3	5,3	5,6	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,6	0,1	0,5	0,0	72,9	100,0	634	
Sofala	28,3	26,8	0,0	0,6	11,2	11,1	2,7	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,9	0,5	0,1	71,7	100,0	605	
Inhambane	42,1	41,1	1,0	0,3	20,2	9,3	9,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,2	0,0	0,9	57,9	100,0	320	
Gaza	48,3	46,8	1,0	0,8	25,6	7,7	9,8	1,6	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	1,5	0,5	0,2	0,8	51,7	100,0	374	
Maputo	65,5	63,2	2,3	2,5	17,6	15,5	17,4	7,4	0,0	0,2	0,2	0,1	0,0	2,3	0,8	0,7	0,7	34,5	100,0	694	
Cidade de Maputo	59,2	58,4	1,7	4,0	15,0	16,8	16,4	3,8	0,0	0,0	0,6	0,2	0,1	0,8	0,1	0,4	0,2	40,8	100,0	272	
Nível de esco- laridade																					
Nenhum	12,8	11,9	0,5	0,5	7,0	2,0	1,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,2	0,3	0,3	87,2	100,0	2 712	
Primário	24,8	23,7	0,5	0,7	13,6	4,0	3,7	0,7	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	1,0	0,4	0,4	0,3	75,2	100,0	3 857	
Secundário	48,1	47,2	1,0	2,1	18,9	12,2	9,6	3,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,9	0,4	0,5	0,0	51,9	100,0	1 750	
Superior	55,4	54,3	2,6	5,2	7,0	11,5	20,9	5,9	0,0	0,0	1,1	0,0	0,2	1,1	0,5	0,6	0,0	44,6	100,0	168	
Quintil de riqueza																					
Mais baixo	9,7	9,2	0,3	0,3	6,7	0,8	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,2	0,2	0,1	90,3	100,0	1 711	
Segundo	14,6	13,5	0,4	0,7	8,0	2,8	1,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	1,1	0,4	0,3	0,3	85,4	100,0	1 804	
Médio	20,5	19,5	0,4	0,8	12,7	2,9	2,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	1,0	0,5	0,3	0,3	79,5	100,0	1 705	
Quarto	34,0	33,5	0,5	0,6	18,6	6,7	5,6	1,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,5	0,0	0,4	0,1	66,0	100,0	1 654	
Mais elevado	55,7	53,8	1,7	2,9	17,1	13,3	14,3	4,2	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	1,8	0,5	0,8	0,5	44,3	100,0	1 613	
Total	26,4	25,4	0,6	1,0	12,5	5,2	4,6	1,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	1,0	0,3	0,4	0,3	73,6	100,0	8 488	
MULHERES NÃO CASADAS SEXUALMENTE ACTIVAS ¹																					
Área de residência																					
Urbana	53,9	53,4	0,4	1,9	9,4	13,9	7,2	20,2	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,5	0,1	0,2	0,2	46,1	100,0	878	
Rural	35,6	35,3	0,0	1,0	15,2	8,8	3,6	6,6	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,2	0,1	64,4	100,0	531	
Total	47,0	46,6	0,2	1,6	11,6	12,0	5,8	15,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,4	0,1	0,2	0,1	53,0	100,0	1 409	

Nota: Se for usado mais do que um método, apenas o mais eficaz é considerado nesta tabulação

¹ Mulheres que tiveram relações sexuais nos 30 dias anteriores a entrevista

3.6.2 Necessidade e Demanda de Planeamento Familiar

Necessidades de planeamento familiar não satisfeitas

Proporção de mulheres que (1) não estão grávidas e não estão na amenorreia pós-parto e são consideradas fecundas e desejam adiar seu próximo parto por 2 anos ou mais ou parar de ter filhos, mas não usam algum método contraceptivo, ou (2) actualmente têm uma gravidez indesejada, ou (3) estão na amenorreia pós-parto e seu último nascimento nos últimos 2 anos foi indesejado.

Necessidades de planeamento familiar satisfeitas

Uso actual de contraceptivos (qualquer método).

Amostra: Mulheres actualmente casadas de 15–49 anos de idade e mulheres não casadas sexualmente activas de 15–49 anos

Demanda por planeamento familiar:

Necessidade não satisfeita por planeamento familiar + Necessidade satisfeita (uso actual de contraceptivo qualquer método)

Proporção da demanda satisfeita:

$$\frac{\text{Uso actual de contraceptivo (qualquer método)}}{\text{Necessidade não satisfeita + uso actual de contraceptivo (qualquer método)}}$$

Proporção de demanda satisfeita por métodos modernos:

$$\frac{\text{Uso actual de contraceptivo (qualquer método moderno)}}{\text{Necessidade não satisfeita + uso actual de contraceptivo (qualquer método)}}$$

Os indicadores de necessidade e demanda de planeamento familiar ajudam a avaliar até que ponto os programas de planeamento familiar atendem à demanda pelos serviços.

O **Quadro 7** mostra os resultados sobre necessidades e demanda de planeamento familiar entre mulheres de 15–49 anos de idade actualmente casadas e, não casadas/não em união e sexualmente activas.

- A demanda total de planeamento familiar entre as mulheres de 15–49 anos de idade actualmente casadas/em união é de 53% e, nas mulheres não casadas/não em união e sexualmente activas é de 85%.
- Cerca de três em cada dez mulheres casadas/em união (27%) e quatro em cada dez mulheres não casadas/não em união e sexualmente activas (38%) tem a necessidade de planeamento familiar não satisfeita.
- Entre as mulheres actualmente casadas, a percentagem de demanda satisfeita por métodos modernos é de 48%, em comparação com 55% entre as mulheres solteiras sexualmente activas.

Quadro 7 Necessidade e procura de planeamento familiar entre as mulheres actualmente casadas

Percentagem de mulheres actualmente casadas/unidas e de mulheres não casadas sexualmente activas de 15–49 anos, com necessidade de planeamento familiar não satisfeita, percentagem com necessidade de planeamento familiar satisfeita, percentagem com necessidade de planeamento familiar satisfeita actualmente a recorrer a métodos modernos, percentagem que procura planeamento familiar, percentagem da procura de planeamento familiar que é satisfeita e percentagem da procura de planeamento familiar que é satisfeita com métodos modernos, segundo características seleccionadas, Moçambique IDS 2022–23

Características seleccionadas	Necessidade de planeamento familiar não satisfeita	Necessidade satisfeita de planeamento familiar (actualmente a usar)		Procura total de planeamento familiar ³	Número de mulheres	Percentagem com procura satisfeita ¹	
		Todos os métodos	Métodos modernos ²			Todos os métodos	Métodos modernos ²
MULHERES ACTUALMENTE CASADAS/ EM UNIÃO							
Grupo de idade							
15–19	31,3	14,3	13,6	45,6	951	31,3	29,8
20–24	27,1	24,6	23,8	51,7	1 823	47,6	46,1
25–29	28,6	27,3	26,6	56,0	1 737	48,8	47,5
30–34	26,7	33,2	32,3	60,0	1 256	55,4	53,9
35–39	25,6	34,8	33,3	60,4	1 122	57,6	55,1
40–44	24,2	28,2	27,1	52,5	857	53,8	51,7
45–49	18,2	17,6	16,1	35,8	742	49,1	44,9
Área de residência							
Urbana	22,2	41,3	40,1	63,5	2 735	65,0	63,1
Rural	28,6	19,3	18,4	47,9	5 753	40,2	38,4
Província							
Niassa	29,8	23,4	21,2	53,2	576	44,0	39,9
Cabo Delgado	27,7	14,0	13,7	41,7	524	33,5	32,8
Nampula	32,2	13,5	13,1	45,7	2 151	29,6	28,6
Zambézia	33,2	11,6	11,2	44,7	1 425	25,9	25,0
Tete	23,8	33,1	31,5	56,9	913	58,2	55,3
Manica	24,2	27,1	26,5	51,3	634	52,8	51,7
Sofala	21,4	28,3	26,8	49,7	605	56,9	54,0
Inhambane	21,7	42,1	41,1	63,9	320	65,9	64,3
Gaza	20,8	48,3	46,8	69,1	374	69,8	67,7
Maputo	11,3	65,5	63,2	76,8	694	85,2	82,3
Cidade de Maputo	16,8	59,2	58,4	76,0	272	77,9	76,8
Nível de escolaridade							
Nenhum	30,0	12,8	11,9	42,8	2 712	30,0	27,8
Primário	28,1	24,8	23,7	52,9	3 857	46,8	44,9
Secundário	18,8	48,1	47,2	66,9	1 750	71,9	70,5
Superior	15,9	55,4	54,3	71,3	168	77,7	76,2
Quintil de riqueza							
Mais baixo	36,3	9,7	9,2	46,0	1 711	21,2	20,0
Segundo	28,7	14,6	13,5	43,2	1 804	33,6	31,2
Médio	27,3	20,5	19,5	47,8	1 705	42,8	40,7
Quarto	23,5	34,0	33,5	57,5	1 654	59,1	58,3
Mais elevado	16,2	55,7	53,8	71,9	1 613	77,4	74,9
Total	26,6	26,4	25,4	52,9	8 488	49,8	48,0
MULHERES SEXUALMENTE ACTIVAS NÃO UNIDAS ⁴							
Área de residência							
Urbana	33,8	53,9	53,4	87,7	878	61,4	60,9
Rural	44,2	35,6	35,3	79,8	531	44,6	44,2
Total	37,7	47,0	46,6	84,7	1 409	55,4	55,0

Nota: Os números neste quadro correspondem a definição revista de necessidade não satisfeita descrita em Bradley et al., 2012.

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

² Os métodos modernos incluem a esterilização feminina, esterilização masculina, dispositivos intrauterinos (DIU), implantes, injectáveis, pílula, preservativos masculinos, preservativos femininos, contraceptivo de emergência, método de dias padrão e método de amenorreia por lactância.

³ A procura total é a soma das necessidades satisfeita e não satisfeita.

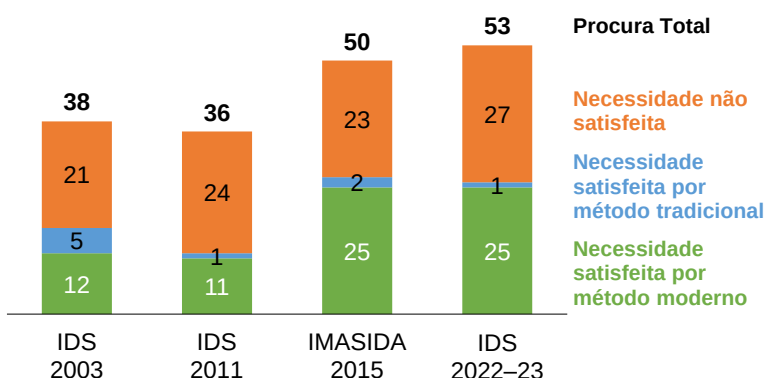
⁴ Mulheres que tiveram relações sexuais nos 30 dias anteriores a entrevista

Tendências:

- A percentagem de uso de métodos modernos entre as mulheres de 15–49 anos de idade actualmente casadas aumentou de 12% em 2003 para 25% em 2022–23 (**Gráfico 2**).
- A percentagem de mulheres casadas com necessidade não satisfeita aumentou de 21% em 2003 para 27% em 2022–23.
- A demanda total por planeamento familiar entre mulheres actualmente casadas aumentou de 38% no IDS 2003 e 36% no IDS 2011 para 53% no IDS 2022–23.

Gráfico 2 Tendências na utilização, necessidade e procura por planeamento familiar

Percentagem de mulheres de 15–49 anos actualmente casadas/unidas



3.7 MORTALIDADE NA INFÂNCIA

Mortalidade neonatal: probabilidade de morrer durante primeiro mês de vida.

Mortalidade pós-neonatal: A probabilidade de morrer entre o primeiro mês de vida e o primeiro aniversário (calculada como a diferença entre mortalidade infantil e neonatal).

Mortalidade infantil: A probabilidade de morrer entre o nascimento e o primeiro aniversário.

Mortalidade pós-infantil: a probabilidade de morrer entre o primeiro e o quinto aniversário.

Mortalidade infanto-juvenil: A probabilidade de morrer entre o nascimento e o quinto aniversário.

O **Quadro 8** apresenta estimativas para três períodos sucessivos de 5 anos anteriores ao inquérito. As taxas são estimadas a partir das informações recolhidas como parte de uma história retrospectiva de gravidez, na qual as entrevistadas listam todas as crianças nascidas, juntamente com a data de nascimento de cada criança, estado de sobrevivência e idade actual ou idade à morte.

- A taxa de mortalidade neonatal é de 24 mortes por 1 000 nascidos vivos.
- A taxa de mortalidade infantil é de 39 mortes por 1 000 nascidos vivos.
- A taxa de mortalidade infanto-juvenil para os últimos 5 anos anteriores ao inquérito é de 60 por 1 000 nascidos vivos.

Quadro 8 Mortalidade infantil e infanto-juvenil

Taxas de mortalidade neonatal, pós-neonatal, infantil, pós-infantil e infanto-juvenil, para períodos quinquenais anteriores ao inquérito, Moçambique IDS 2022–23

Anos anteriores ao inquérito	Mortalidade neonatal (NN)	Mortalidade pós-neonatal (PNN) ¹	Mortalidade infantil (iQo)	Mortalidade pós-infantil (4Q1)	Mortalidade infanto-juvenil (5Qo)
0–4	24	15	39	22	60
5–9	19	20	39	23	61
10–14	18	22	40	27	65

¹ Calculada a partir da diferença entre a mortalidade infantil e a mortalidade neonatal

Tendências: O Gráfico 3 mostra tendências das taxas de mortalidade infanto-juvenil, de mortalidade infantil e de mortalidade neonatal, dos últimos IDS realizados no país. Há uma redução de todas as taxas de mortalidade analisadas. No entanto, nota-se que a taxa de mortalidade neonatal é a que registou menor decréscimo no período em análise, passando de 54 mortes por 1 000 nascidos vivos no IDS 1997 para 24 mortes por 1 000 nascidos vivos no IDS 2022–23. As outras duas taxas registaram um decréscimo mais acentuado.

3.8 CUIDADOS MATERNOS

Os cuidados adequados durante a gravidez, o parto, e durante o período pós-parto são importantes para a saúde da mãe e do bebé. O Quadro 9 apresenta os principais indicadores relacionados aos cuidados maternos.

3.8.1 Cuidados Pré-natal

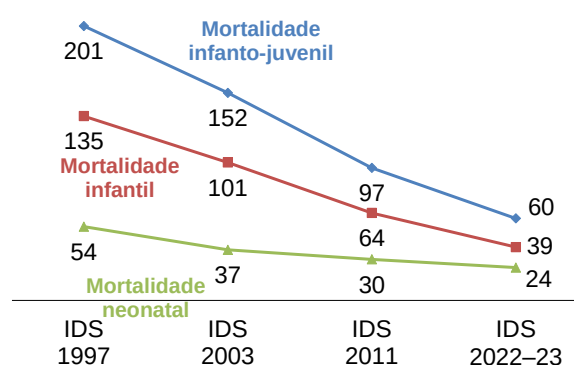
Cuidados pré-natais por um profissional de saúde qualificado

Assistência à gravidez recebida de profissional de saúde qualificado, como médicos e enfermeiras/parteras.

Amostra: Mulheres de 15–49 anos que tiveram um nado-vivo ou nado-morto nos 2 anos anteriores ao inquérito

Gráfico 3 Tendências nas taxas de mortalidade neonatal, infantil e infanto-juvenil

Mortes por 1 000 nados-vivos no período de 5 anos anteriores ao inquérito



Os cuidados pré-natais (CPN) de um profissional de saúde qualificado são importantes para monitorar a gravidez e reduzir os riscos de morbilidade e mortalidade para a mãe e o bebé durante a gravidez, parto e durante o período pós-parto.

- Oitenta e sete por cento de mulheres de 15–49 anos de idade, que tiveram um nado-vivo nos dois anos anteriores ao inquérito, recebeu cuidados pré-natais de um profissional de saúde qualificado (**Quadro 9**).
- Em relação às províncias, Zambézia, é a que apresenta a cobertura mais baixa em cuidados pré-natais de um profissional de saúde qualificado (66%).
- Aproximadamente cinco em cada dez (49%) mulheres que tiveram um nado-vivo nos dois anos anteriores ao inquérito, tiveram quatro ou mais consultas pré-natais.
- A proporção de mulheres que recebeu quatro ou mais consultas pré-natais é maior na área urbana (68%) em comparação com a área rural (41%).

- A cobertura de 4 ou mais consultas pré-natais nas mulheres que tiveram um nado-vivo nos dois anos anteriores ao inquérito varia entre as províncias, sendo a província de Maputo a que tem a maior percentagem (83%) e Zambézia a que tem a percentagem mais baixa (26%).
- A proporção de mulheres que teve um nado-vivo nos dois anos anteriores ao inquérito e que receberam quatro ou mais consultas pré-natais aumenta com o nível de escolaridade da mulher, passando de 35% entre as mulheres sem qualquer nível de escolaridade para 88% nas mulheres com nível superior.
- Das mulheres que tiveram um nado-vivo nos 2 anos anteriores ao inquérito, 78% referiu ter tomado quaisquer suplementos a base de ferro durante a gravidez, sendo 88% das mulheres nas áreas urbanas e 74% das mulheres nas áreas rural.
- A província da Zambézia apresenta a percentagem mais baixa (61%) de mulheres que tomou suplementos contendo o sal ferroso, enquanto a província de Maputo tem a maior percentagem (95%).

Quadro 9 Indicadores de cuidados da saúde materna

Entre as mulheres de 15–49 anos que tiveram um parto-vivo e/ou um parto-morto nos dois anos anteriores ao inquérito, a percentagem de mulheres que receberam cuidados pré-natais (CPN) de um profissional de saúde qualificado para o parto mais recente parto-vivo ou parto-morto, percentagem com quatro ou mais CPN para o parto mais recente parto-vivo ou parto-morto, percentagem que tomou suplementos à base de ferro durante a gravidez para o parto mais recente parto-vivo ou parto-morto e percentagem cujo parto mais recente parto-vivo foi vacinado contra o tétano neonatal; e entre as mulheres de 15–49 anos com um parto-vivo ou parto-morto nos dois anos anteriores ao inquérito, a percentagem de mulheres que tomaram uma consulta CPP nos primeiros 2 dias após o parto, segundo características seleccionadas, Moçambique IDS 2022–23

Características seleccionadas	Mulheres que tiveram um parto-vivo e/ou um parto-morto nos 2 anos anteriores ao inquérito				Nados-vivos e nados-mortos nos 2 anos anteriores ao inquérito				Mulheres que tiveram um parto-vivo e/ou um parto-morto nos 2 anos anteriores ao inquérito			
	Percentagem que recebeu cuidados pré-natais de um profissional de saúde qualificado ¹	Percentagem com 4+ consultas CPN	Percentagem que tomou quaisquer suplementos à base de ferro durante a gravidez ²	Percentagem cujo parto-vivo foi mais recente foi protegido contra o tétano neonatal ³	Percentagem de partos assistidos por um profissional de saúde qualificado ¹	Percentagem de partos ocorridos na unidade sanitária	Número de partos	Percentagem de mulheres que tiveram uma consulta CPP nos primeiros 2 dias após o parto ⁴	Número de mulheres			
NADOS-VIVOS												
Idade da mãe no nascimento												
<20	87,7	45,7	76,9	45,9	72,7	69,3	912	36,0	890			890
20–34	87,6	51,1	78,8	48,9	66,9	64,4	2 481	35,8	2 416			2 416
35–49	82,9	41,9	75,2	45,6	61,7	57,5	534	35,1	516			516
Área de residência												
Urbana	97,4	68,0	88,1	60,8	91,3	90,3	1 098	42,7	1 065			1 065
Rural	83,0	41,1	73,9	42,8	58,3	54,6	2 828	33,1	2 757			2 757
Província												
Niassa	89,6	49,2	79,3	59,5	81,6	77,2	348	50,8	331			331
Cabo Delgado	98,5	53,4	93,3	55,3	62,1	57,7	283	46,3	277			277
Nampula	89,5	37,7	70,8	38,3	57,1	52,4	1 043	15,5	1 023			1 023
Zambézia	65,9	25,8	60,6	34,3	51,7	48,1	708	19,2	692			692
Tete	76,1	46,6	76,4	40,6	68,1	65,3	403	57,6	391			391
Manica	96,0	65,5	86,4	65,9	75,7	75,2	305	26,4	294			294
Sofala	97,6	68,7	91,9	38,9	79,0	78,5	276	56,0	270			270
Inhambane	99,6	68,1	94,9	74,1	82,6	81,7	125	35,4	124			124
Gaza	99,1	77,0	91,9	65,2	85,8	87,2	149	67,3	147			147
Maputo	99,5	82,7	95,2	74,9	96,5	97,3	196	78,3	190			190
Cidade de Maputo	100,0	81,2	94,1	72,2	96,4	94,5	88	41,0	84			84
Nível de escolaridade da mãe												
Nenhum	77,5	34,7	68,1	33,3	55,2	51,6	1 151	30,7	1 117			1 117
Primário	87,7	47,2	78,2	49,8	64,7	61,2	1 917	33,8	1 864			1 864
Secundário	97,8	69,3	90,1	61,9	89,9	89,2	816	46,3	800			800
Superior	100,0	88,0	94,2	76,3	100,0	100,0	41	59,0	40			40
Quartil de riqueza												
Mais baixo	78,5	30,8	65,4	35,2	45,0	39,1	1 021	21,3	993			993
Segundo	79,2	39,3	71,3	38,2	54,3	50,3	881	34,3	865			865
Médio	88,0	49,1	81,0	50,2	69,0	67,6	739	38,0	723			723
Quarto	98,2	63,6	88,9	60,5	91,7	90,4	783	43,9	757			757
Mais elevado	99,3	77,7	93,5	67,4	96,7	96,9	502	52,0	485			485
Total	87,0	48,6	77,9	47,8	67,5	64,6	3 926	35,8	3 822			3 822

Continua ...

Quadro 9—Continuação

Características selecionadas	Mulheres que tiveram um nado-vivo e/ou um nado-morto nos 2 anos anteriores ao inquérito			Nados-vivos e nados-mortos nos 2 anos anteriores ao inquérito		Mulheres que tiveram um nado-vivo e/ou um nado-morto nos 2 anos anteriores ao inquérito
	Percentagem que recebeu cuidados pré-natais de um profissional de saúde qualificado ¹	Percentagem com 4+ consultas CPN	Percentagem que tomou quaisquer suplementos à base de ferro durante a gravidez ²	Percentagem cujo nado-vivo mais recente foi protegido contra o tétano neonatal ³	Percentagem de partos assistidos por um profissional de saúde qualificado ¹	Percentagem de mulheres que tiveram uma consulta CPP nos primeiros 2 dias após o parto ⁴
				Número de mulheres	Percentagem de partos ocorridos na unidade sanitária	Número de partos

NADOS-VIVOS E NADOS-MORTOS ⁵						
Total	87,0	48,6	77,8	na	64,7	3 975
				3 866	35,8	3 866

Nota: Se foi mencionada mais do que uma fonte de assistência, apenas o profissional com as qualificações mais elevadas será considerado nesta tabulação. Nados-mortos são mortes fetais em gestações com duração de 28 ou mais semanas. Quando a gravidez a duração é relatada em meses, nados-mortos são mortes fetais em gestações com duração de 7 ou mais meses

na = não aplicável

¹ O profissional de saúde qualificado: médicos, enfermeiros ou parteiras.

² Comprimidos de sal ferroso.

³ Inclui mães que tomaram duas injeções durante a gravidez do seu mais recente nado-vivo, ou duas ou mais injeções (a última nos 3 anos após o mais recente nado-vivo), ou três ou mais injeções (a última nos 5 anos após o mais recente nado-vivo), ou quatro ou mais injeções (a última nos 10 anos após o mais recente nado-vivo), ou cinco ou mais injeções em qualquer altura antes do mais recente nado-vivo

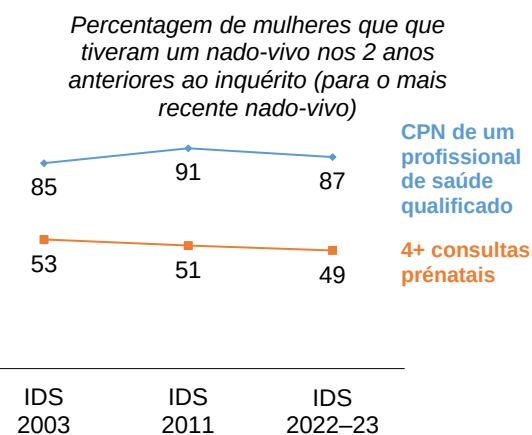
⁴ Inclui mulheres que foram examinadas por um médico, enfermeiro, parteira, parteira tradicional e atores comunitários

⁵ Para as mulheres que tiveram um nado-vivo e ou nado-morto nos 2 anos anteriores ao inquérito, os dados sobre cuidados pré-natais e exames pós-partos apenas são tabulados para o parto mais recente.

Tendências:

- A percentagem de mulheres de 15–49 anos com um nado-vivo nos dois anos anteriores à entrevista que recebeu cuidados pré-natais de um profissional de saúde qualificado aumentou em 6 pontos percentuais de IDS 2003 para o IDS 2011 (85% e 91%, respetivamente), tendo de seguida reduzido em 4 pontos percentuais de IDS 2011 para o IDS 2022–23 (91% e 87% respetivamente) (**Gráfico 4**).
- A percentagem de mulheres de 15–49 anos que receberam 4 ou mais consultas pré-natais tende a reduzir ao longo dos últimos anos, tendo passado de 53% no IDS 2003 para 49% no IDS 2022–23.

Gráfico 4 Tendências nos cuidados prenatais



3.8.2 Toxoide de Tétano

Proteção contra o tétano neonatal

O número de injeções de toxoide tetânico necessárias para proteger um bebé do tétano neonatal depende das vacinas da mãe. Um nascimento está protegido contra o tétano neonatal se a mãe recebeu pelo menos uma das seguintes combinações:

- Duas injeções de toxoide tetânico durante a gravidez
- Duas ou mais injeções, a última dentro de 3 anos após o nascimento
- Três ou mais injeções, a última até 5 anos após o nascimento
- Quatro ou mais injeções, a última dentro de 10 anos após o nascimento
- Cinco ou mais injeções a qualquer momento antes do nascimento

Amostra: Mulheres de 15–49 anos de idade com nascidos vivos nos 2 anos anteriores ao inquérito

Injecções de toxoide tetânico são administradas durante a gravidez para prevenir o tétano neonatal, uma das principais causas de morte infantil precoce em muitos países. O tétano neonatal é frequentemente causado pela falha em observar os procedimentos higiénicos durante o parto.

- Das mulheres grávidas que tiveram nados-vivos nos 2 anos anteriores ao inquérito, 48% receberam injeções suficientes de toxoide tetânico para proteger seu bebê contra o tétano neonatal.
- A percentagem de mulheres grávidas que tiveram nados-vivos nos 2 anos anteriores ao inquérito, que receberam injeções suficientes de toxoide tetânico para proteger seu bebê é duas vezes mais alta em mulheres com nível superior (76%) em comparação com as de nenhum nível de escolaridade (33%).
- Em relação ao quintil de riqueza, a percentagem de mulheres que receberam injeções suficientes de toxoide tetânico para proteger seu bebê varia de 35% em mulheres de quintil mais baixo a 67% do quintil mais elevado.

3.8.3 Cuidados no Parto

Partos institucionais

Partos que ocorrem em uma unidade sanitária.

Amostra: Todos os nados-vivos e/ou nados-mortos nos 2 anos anteriores ao inquérito.

Assistência do parto por um profissional de saúde qualificado

Partos realizados com assistência de médicos e enfermeiras/parteiras

Amostra: Todos os nados-vivos e/ou nados-mortos nos 2 anos anteriores ao inquérito.

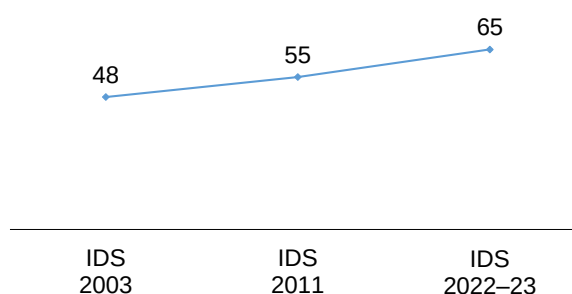
O acesso aos cuidados médicos adequados e condições higiênicas durante o parto pode reduzir o risco de complicações e infeções que podem levar à morte ou à doenças graves da mãe e do bebé ou de ambos (Van Lerberghe e De Brouwere 2001; OMS 2006a).

- Cerca de 65% de partos entre as mulheres de 15–49 anos de idade nos 2 anos anteriores ao inquérito ocorreram em unidades sanitárias. Ver **Quadro 9**.
- Em relação a idade da mãe ao nascimento, as mulheres que tiveram nados-vivos na faixa etária de 35–49 anos, são as que apresentam percentagem mais baixa de partos ocorridos em uma unidade sanitária (58%).
- A percentagem de partos de nados-vivos ocorridos em uma unidade sanitária é maior na área urbana (90%) em comparação com a área rural (55%).
- Na análise por província, os dados mostram que Zambézia apresenta a percentagem mais baixa de partos com nados-vivos ocorridos em uma unidade sanitária (48%).
- Sessenta e oito por cento dos partos ocorridos nos 2 anos anteriores ao inquérito, foram assistidos por um profissional de saúde qualificado.
- Os partos assistidos por um profissional de saúde qualificado variam em função da área de residência, sendo, 91% para área urbana e 58% para área rural.
- A província da Zambézia é a que apresenta a cobertura mais baixa de partos com nados-vivos assistidos por um profissional de saúde qualificado (52%).

Tendências: A percentagem de partos ocorridos em unidades sanitárias, aumentou de 48% no IDS 2003 para 65% no IDS 2022–23 (**Gráfico 5**).

Gráfico 5 Tendências no local do parto

Percentagem de partos nos 2 anos anteriores ao inquérito ocorridos nas unidades sanitárias



3.8.4 Cuidados Pós-parto (CPP) para a Mãe

A maioria das mortes maternas e neonatais ocorre durante as primeiras 48 horas após o parto. Assim sendo o pronto atendimento pós-parto da mãe e a criança, é importante para tratar qualquer complicação decorrente do parto, bem como para fornecer à mãe informações importantes sobre como cuidar de si e de seu filho. Ver **Quadro 9**.

- Cerca de 36% de mulheres que tiveram partos nos 2 anos anteriores ao inquérito tiveram CPP nos primeiros 2 dias.
- A província de Nampula (16%) apresenta as percentagens mais baixas de mulheres que teve uma CPP nos primeiros 2 dias após o parto.

3.9 PROCURA DE CUIDADOS E TRATAMENTO DE DOENÇAS INFANTIS

Infecção respiratória aguda (IRA), febre e desidratação por diarreia são as causas que mais contribuem para a morbidade e mortalidade infantil em países em desenvolvimento (OMS 2003). A atenção médica imediata quando uma criança apresenta os sintomas dessas doenças é crucial para reduzir as mortes infantis. O **Quadro 10** apresenta informações sobre a procura de cuidados e tratamento de crianças menores de 5 anos com IRA, febre e diarreia.

- No geral, menos de 1% de crianças menores de 5 anos apresentou sintomas de IRA, 10% apresentou febre e 9% teve diarreia nas 2 semanas anteriores ao inquérito (dados não mostrados).
- Entre crianças menores de 5 anos com sintomas de IRA nas últimas 2 semanas anteriores ao inquérito, 76% teve aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária ou por um profissional de saúde.
- Entre as crianças menores de 5 anos com febre nas últimas 2 semanas anteriores ao inquérito, 64% teve aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária ou por um profissional de saúde.
- Entre as crianças menores de 5 anos com diarreia nas últimas 2 semanas anteriores ao inquérito, 65% teve aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária ou por um profissional de saúde.
- Cinco em cada dez crianças (50%) com diarreia receberam sais de rehidratação oral (SRO), 43% receberam suplementos de zinco, 29% receberam SRO e suplementos de zinco e 23% receberam SRO, suplementos de zinco e continuaram a comer.

Quadro 10 Tratamento de infecções respiratórias agudas, febre e diarreia

Entre as crianças menores de 5 anos com sintomas de infecção respiratória aguda (IRA) ou febre durante as 2 semanas anteriores a entrevista, percentagem das que tive aconselhamento ou tratamento na unidade sanitária ou por agente de saúde¹; e entre as crianças menores de 5 anos com diarreia durante as 2 semanas anteriores a entrevistas, a percentagem das que tive aconselhamento ou tratamento, percentagem das que recebeu o líquido feito na base de pacotes de sais de reidratação oral (SRO), e percentagem que recebeu zinco, percentagem que recebeu SRO e zinco e percentagem de crianças que recebeu SRO, zinco e alimentação complementar, segundo características seleccionadas, Moçambique IDS 2022–23

Características selecionadas	Crianças com sintomas de IRA ¹			Crianças com febre			Crianças com diarreia			
	Porcentagem de crianças que teve aconselhamento ou tratamento ²	Número de crianças	Porcentagem de crianças que teve aconselhamento ou tratamento ²	Número de crianças	Porcentagem de crianças que teve aconselhamento ou tratamento ²	Porcentagem de crianças que recebeu líquidos SRO	Porcentagem de crianças que recebeu zinco	Porcentagem de crianças que recebeu SRO e zinco	Porcentagem de crianças que recebeu SRO, zinco e continuaram a comer ³	Número de crianças
Idade em meses										
<6	*	3	73,9	50	59,3	43,0	39,4	24,8	19,3	73
6–11	*	6	71,5	102	67,2	47,7	49,4	32,2	26,1	129
12–23	*	14	67,9	221	67,9	50,4	42,5	29,7	24,2	273
24–35	*	11	61,7	210	65,9	53,4	43,5	32,5	27,1	160
36–47	*	13	59,3	201	70,8	53,5	49,5	30,7	19,6	109
48–59	*	8	57,6	170	44,0	44,9	24,8	19,1	16,6	73
Sexo										
Masculino	(73,2)	32	67,1	428	63,1	47,1	44,3	28,6	22,4	385
Feminino	(80,4)	23	60,8	526	66,5	52,3	41,6	30,1	24,2	432
Área de residência										
Urbana	(65,8)	22	68,9	321	71,0	51,3	47,1	31,5	21,2	315
Rural	(83,3)	33	60,9	634	61,1	48,9	40,2	28,1	24,7	502
Província										
Niassa	*	2	66,1	62	64,0	45,5	41,8	30,6	24,3	116
Cabo Delgado	*	8	78,7	98	70,8	63,7	45,9	36,3	21,0	86
Nampula	*	2	56,1	226	73,0	48,4	53,2	32,6	31,2	161
Zambézia	*	2	48,6	148	(48,5)	(47,6)	(25,1)	(15,2)	(13,5)	96
Tete	*	5	45,1	71	67,3	76,6	52,7	48,5	41,3	121
Manica	*	4	67,6	66	60,3	39,7	37,6	27,1	25,5	42
Sofala	*	3	84,7	89	72,6	36,5	31,9	10,5	4,0	66
Inhambane	*	1	75,5	63	57,1	33,5	35,3	24,6	18,8	31
Gaza	(82,2)	17	78,3	60	69,8	33,7	52,3	20,3	14,1	42
Maputo	*	9	(60,3)	38	(56,2)	(37,4)	(33,8)	(30,4)	(14,7)	26
Cidade de Maputo	*	3	62,1	33	48,5	27,7	34,2	16,9	7,9	29
Nível de escolaridade da mãe										
Nenhum	*	11	54,1	214	64,2	50,8	41,3	28,7	25,0	220
Primário	(72,3)	25	62,1	478	62,6	47,5	39,5	24,9	20,4	381
Secundário	(91,8)	19	73,2	245	70,8	54,3	52,6	39,3	27,9	207
Superior	*	0	(85,6)	18	*	*	*	*	*	9
Quintil de riqueza										
Mais baixo	*	6	57,8	198	54,6	43,5	30,6	21,5	19,8	172
Segundo	*	7	46,8	195	59,5	47,1	36,5	23,0	21,1	174
Médio	*	10	69,6	190	70,9	50,8	53,0	34,2	29,4	149
Quarto	*	15	75,5	213	72,4	56,5	49,9	36,3	23,6	186
Mais elevado	*	17	68,3	158	68,0	51,3	45,8	33,0	23,7	136
Total	76,2	55	63,6	954	64,9	49,8	42,9	29,4	23,3	817

Nota: Percentagens com parênteses estão baseadas em 25–49 casos não ponderados; percentagens baseadas em menos de 25 casos não ponderados não são apresentadas (*).

¹ Os sintomas de IRA incluem tosse acompanhada de respiração curta e acelerada, associada a problemas de congestionamento do peito e/ou dificuldades respiratórias relacionadas com o peito (São uma aproximação a pneumonia).

² Inclui aconselhamento ou tratamento das seguintes fontes: sector público, sector privado, loja, mercado/dumba nengue e vendedor ambulante. Exclui aconselhamento ou tratamento por um médico tradicional e outro.

³ Continuaram a comer refere-se a casos de crianças que receberam mais comida, a quantidade habitual, ou um pouco menos comida quando tiveram diarreia.

3.10 ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS

A antropometria é comumente utilizada para medir o estado nutricional infantil. As medidas antropométricas são utilizadas para informar os indicadores de crescimento infantil. A distribuição de altura e peso para crianças menores de 5 anos é comparada com a população de referência padrão de crescimento da OMS (OMS 2006b). A distribuição de uma população bem nutrida será semelhante à população de referência, enquanto a distribuição de uma população malnutrida não. Os índices altura-para-idade, peso-para-altura e peso-para-idade podem ser expressos em unidades de desvio padrão (z scores) da mediana da população de referência. Valores superiores a dois desvios padrão abaixo da mediana dos padrões de crescimento infantil da OMS são usados para definir a desnutrição.

Desnutrição crónica (avaliada por altura para idade)

Altura-para-idade é uma medida de crescimento instável. As crianças cujo z score de altura-para-idade está abaixo de menos dois desvios padrão (-2 DP) da mediana da população de referência são consideradas de ter desnutrição crónica. As crianças que estão abaixo de menos três desvios padrão (-3 DP) são consideradas de ter desnutrição crónica grave.

Amostra: Crianças menores de 5 anos

Desnutrição aguda (avaliado por peso para altura)

O índice de peso-para-altura mede a massa corporal em relação à altura ou comprimento do corpo e descreve a desnutrição aguda. As crianças cujo z score está abaixo de menos dois desvios padrão (-2 DP) da mediana da população de referência são consideradas de ter desnutrição aguda. As crianças cujo z score de peso-para-altura está abaixo de menos três desvios padrão (-3 DP) da mediana da população de referência são consideradas de ter desnutrição aguda grave.

Amostra: Crianças menores de 5 anos

Baixo peso (avaliado por peso para idade)

O peso-para-idade é um índice composto de altura-para-idade e peso-para-altura que leva em consideração tanto a perda de peso quanto a baixa estatura. Crianças cujo z score de peso para idade está abaixo de menos dois desvios padrão (-2 DP) da mediana da população de referência são classificadas como abaixo do peso. Crianças cujo z score de peso para idade está abaixo de menos três desvios padrão (-3 DP) da mediana são consideradas gravemente abaixo do peso.

Amostra: Crianças menores de 5 anos

Sobrepeso (avaliado por peso para altura)

Crianças cujo z score de peso-para-altura está mais de dois desvios padrão (+2 DP) acima da mediana da população de referência são consideradas como sobrepeso.

Amostra: Crianças menores de 5 anos

- Aproximadamente 37% de crianças menores de 5 anos apresentam desnutrição crónica e 4% apresentam desnutrição aguda e 3% apresentam sobrepeso (**Quadro 11**).
- As províncias de Nampula, Cabo Delgado e Zambézia, apresentam prevalências altas de desnutrição crónica com 47%, 45% e 44%, respectivamente.

Quadro 11 Estado nutricional das crianças

Percentagem de crianças menores 5 anos classificadas como malnutridas segundo os três índices antropométricos de estado nutricional: altura por idade, peso por altura e peso por idade, segundo características seleccionadas, Moçambique IDS 2022–23

Características seleccionadas	Altura por idade ¹				Peso por altura				Peso por idade			
	Percentagem abaixo de -3 DP		Valor-z médio (DP)	Número de crianças	Percentagem abaixo de -3 DP		Valor-z médio (DP)	Número de crianças	Percentagem abaixo de -3 DP		Valor-z médio (DP)	Número de crianças
	Percentagem abaixo de -2 DP ²	Percentagem abaixo de -2 DP ³			Percentagem superior a +2 DP ⁴	Percentagem abaixo de -2 DP ⁵						
Idade em meses												
<6	3,6	15,8	-0,7	498	1,4	7,5	0,1	508	3,6	10,3	-0,4	513
6-11	6,5	20,2	-1,0	396	1,9	7,0	-0,2	423	3,5	14,6	-0,7	406
12-23	15,7	41,8	-1,7	828	1,0	5,5	-0,2	872	4,6	20,0	-1,0	834
24-35	20,4	46,9	-2,0	888	0,2	2,4	0,1	954	3,9	16,5	-1,0	897
36-47	16,6	42,7	-1,8	809	0,5	1,9	0,1	894	2,6	14,8	-1,0	815
48-59	9,7	35,4	-1,6	808	0,3	1,8	0,0	893	2,7	13,6	-1,0	819
0-23	10,1	29,3	-1,2	1 722	1,3	6,4	-0,1	1 803	4,1	15,9	-0,8	1 753
24-59	15,7	41,8	-1,8	2 505	0,3	2,1	0,1	2 741	3,1	15,0	-1,0	2 530
Sexo												
Masculino	15,3	40,9	-1,7	2 063	0,9	4,4	-0,0	2 197	4,3	17,3	-1,0	2 084
Feminino	11,6	32,8	-1,5	2 165	0,6	3,2	0,0	2 348	2,8	13,5	-0,8	2 200
Estado da entrevista da mãe												
Entrevistada	13,4	36,4	-1,6	3 735	0,7	4,0	0,0	3 925	3,5	14,8	-0,9	3 787
Não entrevistada, mas no agregado familiar	13,0	40,6	-1,4	231	0,7	3,5	-0,0	299	3,4	22,0	-0,9	234
Não entrevistada, não pertence ao agregado familiar ⁶	13,9	37,7	-1,5	261	0,8	2,1	0,1	321	3,0	16,8	-0,8	263
Área de residência												
Urbana	7,9	26,3	-1,3	1 223	0,7	2,9	0,1	1 265	2,1	10,9	-0,7	1 234
Rural	15,7	41,0	-1,7	3 005	0,7	4,2	-0,0	3 279	4,0	17,2	-1,0	3 050
Província												
Niassa	11,0	35,9	-1,4	386	1,7	6,5	-0,1	389	3,6	17,4	-1,0	388
Cabo Delgado	18,9	44,7	-1,8	296	0,7	3,3	0,1	314	4,5	18,2	-1,0	300
Nampula	18,6	46,7	-1,9	1 132	0,4	3,7	0,0	1 229	4,0	18,0	-1,1	1 145
Zambézia	17,9	43,7	-1,7	647	1,7	6,8	-0,3	806	5,5	23,7	-1,1	659
Tete	11,8	35,9	-1,6	448	0,7	3,4	0,1	469	3,3	12,5	-0,9	463
Manica	14,3	39,1	-1,8	335	0,2	0,9	0,3	341	2,9	13,9	-0,8	338
Sofala	8,0	29,5	-1,4	304	0,3	2,8	-0,0	310	3,6	12,2	-0,8	306
Inhambane	3,9	15,8	-0,9	167	0,0	0,3	0,2	169	0,6	6,0	-0,4	167
Gaza	3,2	17,7	-1,0	180	0,0	1,9	0,1	182	0,6	6,5	-0,5	181
Maputo	1,5	8,6	-0,8	245	0,3	1,2	0,2	248	0,6	1,8	-0,2	248
Cidade de Maputo	2,0	10,8	-0,6	87	0,0	1,5	0,1	88	0,4	4,4	-0,2	88
Nível de escolaridade da mãe ⁷												
Nenhum	18,6	44,5	-1,8	1 188	1,4	5,3	-0,0	1 317	6,1	20,0	-1,1	1 217
Primário	13,2	37,7	-1,6	1 968	0,5	3,4	-0,0	2 079	3,0	15,2	-0,9	1 987
Secundário	6,7	23,9	-1,2	754	0,4	3,2	0,0	771	1,1	8,5	-0,6	759
Superior	1,0	5,9	-0,5	51	0,0	0,7	0,3	51	0,7	5,7	-0,1	51

Continua ...

Quadro 11—Continuação

Características selecionadas	Altura por idade ¹				Peso por altura				Peso por idade				
	Porcentagem		Valor-z médio (DP)	Número de crianças	Porcentagem		Valor-z médio (DP)	Número de crianças	Porcentagem		Valor-z médio (DP)	Número de crianças	
	abaixo de -3 DP	abaixo de -2 DP ²			abaixo de -3 DP	abaixo de -2 DP ³			superior a +2 DP ⁴	abaixo de -3 DP			abaixo de -2 DP ⁵
Quintil de riqueza													
Mais baixo	16,8	47,0	-1,8	1 064	1,1	5,8	2,1	-0,1	1 209	5,8	19,6	-1,2	1 085
Segundo	16,7	43,0	-1,8	916	0,9	3,8	3,2	0,0	1 011	3,7	17,8	-1,0	932
Médio	16,4	42,3	-1,8	881	0,4	2,3	3,9	0,1	921	3,3	17,7	-1,0	887
Quarto	8,4	25,2	-1,3	797	0,7	3,5	4,0	0,1	821	2,2	10,9	-0,7	807
Mais elevado	4,2	14,8	-0,9	569	0,3	2,4	3,1	0,1	583	1,2	6,0	-0,4	572
Total	13,4	36,7	-1,6	4 228	0,7	3,8	3,2	0,0	4 545	3,5	15,4	-0,9	4 284

Nota: Cada um dos índices é expresso em unidades de desvio padrão (DP) da média dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS. Total inclui 7 crianças com falta de informação sobre a educação da mãe.

¹ Mediu-se o comprimento das crianças com menos de 2 anos e a altura de todas as outras crianças.

² Inclui crianças que estão abaixo de -3 DP da média da população dos padrões de crescimento infantil da OMS. As crianças nesta coluna são consideradas como tendo desnutrição crónica.

³ Inclui crianças que estão abaixo de -3 DP da média da população dos padrões de crescimento infantil da OMS. As crianças nesta coluna são consideradas como tendo desnutrição aguda.

⁴ As crianças nesta coluna são consideradas com sobrepeso.

⁵ Inclui crianças que estão abaixo de -3 DP da média da população dos padrões de crescimento infantil da OMS

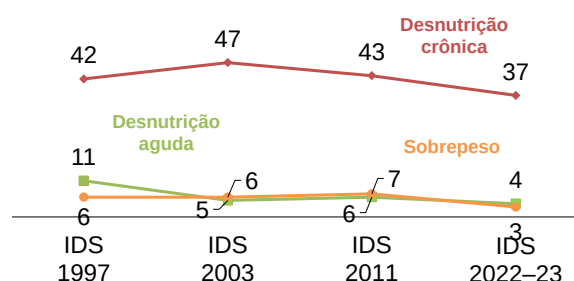
⁶ Inclui crianças cujas mães já faleceram

⁷ Para as mulheres não entrevistadas, a informação é retirada do questionário de agregados familiares. Excluem-se as crianças cujas mães não foram listadas no questionário do agregado familiar.

Tendências: A percentagem de crianças menores de 5 anos com desnutrição crónica diminuiu de 43% em 2011 para 37% em 2022–23 (**Gráfico 6**).

Gráfico 6 Tendências do estado nutricional

Percentagem de crianças menores de 5 anos de idade malnutridas



3.11 ALIMENTAÇÃO DE LACTENTES E CRIANÇAS PEQUENAS

Práticas ideais de alimentação de lactentes e crianças pequenas (ALCP) são essenciais para a saúde e a sobrevivência de bebés e crianças. As práticas recomendadas da ALCP incluem o início precoce da amamentação na primeira hora de vida, amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e alimentação das crianças com uma dieta que atenda a uma diversidade mínima (OMS e UNICEF 2021).

Início precoce da amamentação

Percentagem de crianças nascidas nos últimos 2 anos que foram amamentadas até a primeira hora após o nascimento.

Amostra: Crianças nascidas nos últimos 2 anos

Aleitamento materno exclusivo até 6 meses

Percentagem de crianças de 0–5 meses de idade que foram alimentadas exclusivamente com leite materno no dia anterior a entrevista.

Amostra: Crianças de 0–5 meses morando com a mãe

Diversidade alimentar mínima 6–23 meses

Percentagem de crianças de 6–23 meses de idade que foram alimentadas com um mínimo de 5 dos 8 grupos de alimentos definidos, durante o dia anterior. Os 8 grupos de alimentos são: leite materno; grãos, raízes e tubérculos; leguminosas e amêndoas; laticínios (iogurte de leite, queijo); qualquer outra carne (carnes, peixes, aves e vísceras); ovos; frutas e vegetais ricos em vitamina A; e outras frutas e vegetais.

Amostra: Crianças de 6–23 meses morando com a mãe

Os principais indicadores de alimentação de lactentes e crianças pequenas são apresentados no **Quadro 12**.

- Cerca de 77% de crianças de 0–23 meses de idade foram amamentadas na primeira hora após o nascimento.
- Cinquenta e seis por cento das crianças de 0–5 meses foram amamentadas exclusivamente no dia anterior à entrevista.
- Em relação às crianças de 6–23 meses, 14% foram alimentadas no dia anterior a entrevista, com comida e bebida, pelo menos de 5 dos grupos alimentares definidos.

Quadro 12 Indicadores de alimentação de lactentes e crianças

Percentagem de crianças alimentadas de acordo com várias práticas ALCP, Moçambique IDS 2022–23

Indicador	Indicador numerador e denominador	Valor
Início precoce da amamentação ¹	Percentagem de crianças de 0–23 meses que foram amamentadas na primeira hora após o nascimento	77,1
	Número de crianças de 0–23 meses	3 926
Amamentação exclusiva menos de 6 meses	Percentagem de crianças de 0–5 meses que foram exclusivamente alimentadas com leite materno no dia anterior a entrevista	55,5
	Número de filhos mais novos de 0–5 meses que vivem com a mãe	997
Diversidade dietética mínima 6–23 meses	Percentagem de crianças de 6–23 meses que foram alimentadas com comida e bebida, pelo menos, de 5 dos 8 grupos alimentares definidos no dia anterior	14,4
	Número de filhos mais novos de 6–23 meses que vivem com a mãe	2 677
Consumo de bebidas doces 6–23 meses	Percentagem de crianças de 6–23 meses que receberam uma bebida doce no dia anterior	20,4
	Número de filhos mais novos de 6–23 meses que vivem com a mãe	2 677
Consumo de alimentos pouco saudáveis 6–23 meses	Percentagem de crianças de 6–23 meses que foram alimentadas com comida pouco saudável no dia anterior	10,2
	Número de filhos mais novos de 6–23 meses que vivem com a mãe	2 677

¹ Inclui crianças nascidas nos 2 anos anteriores à entrevista, independentemente de as crianças estarem vivas ou mortas no momento da entrevista

Práticas não saudáveis de alimentação de lactentes e crianças pequenas devem ser evitadas pelo impacto negativo no crescimento e desenvolvimento infantil, o que aumenta o risco de deficiência de micronutrientes, diabetes, obesidade, doenças cardíacas, entre outras doenças crónicas não transmissíveis que podem acompanhar até a vida adulta. A definição do indicador abaixo para consumo de alimentos não saudáveis descreve o grupo de alimentos não saudáveis (Alimentos com alto teor de açúcar, sal ou gorduras) não saudáveis, que são geralmente consumidos por bebés e crianças (OMS e UNICEF 2021).

Consumo de bebidas doces em crianças de 6–23 meses

Percentagem de crianças de 6–23 meses de idade que recebeu alguma bebida doce no dia anterior.

Consumo de alimentos não saudáveis em crianças de 6–23 meses

Percentagem de crianças de 6–23 meses de idade que foi alimentada com grupo de alimentos não saudáveis durante o dia anterior.

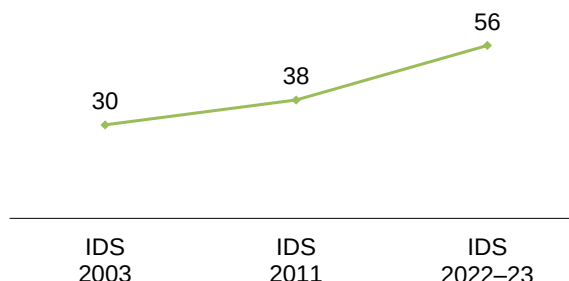
Amostra: Crianças de 6–23 meses que vivem com a mãe

- Vinte por cento de crianças de 6–23 meses receberam uma bebida doce no dia anterior à entrevista (**Quadro 12**).
- Dez por cento de crianças de 6–23 meses foram alimentadas com alimentos não saudáveis (**Quadro 12**).

Tendências: A percentagem de crianças menores de 6 meses que são amamentadas exclusivamente aumentou ao longo do tempo, de 30% no IDS 2003, para 38% no IDS 2011 e 56% no IDS 2022–23 (Gráfico 7).

Gráfico 7 Tendências da amamentação exclusiva

Percentagem de crianças de 0–5 meses exclusivamente amamentadas



3.12 ANEMIA

3.12.1 Prevalência de Anemia em Crianças

A anemia é uma condição caracterizada por baixos níveis de hemoglobina no sangue. As causas da anemia incluem deficiência de ferro e outras deficiências nutricionais, malária, infeções por ancilostomídeos ou outros helmintos, infeções crônicas e condições genéticas, como a doença falciforme. A anemia é uma preocupação de saúde pública, que afeta o desenvolvimento cognitivo das crianças e está associada a problemas de saúde de longo prazo e a morte (Chaparro e Suchdev 2019).

Anemia em crianças

Estado de anemia	Nível de hemoglobina em gramas/decilitro*
Qualquer anemia	<11,0
Anemia Leve/Ligeira	10,0–10,9
Anemia Moderada	7,0–9,9
Anemia grave	<7,0
Sem anemia	≥11,0

* Os níveis de hemoglobina são ajustados para altitude em áreas de enumeração acima de 1 000 metros.

Amostra: crianças de 6–59 meses.

Num total de 4 138 crianças de 6–59 meses elegíveis para teste de anemia no inquérito, 94% foram testadas. Ver **Quadro 13**.

- Cerca de 73% de crianças de 6–59 meses de idade apresenta algum tipo de anemia, dos quais, 28% com anemia leve/ligeira, 40% anemia moderada e 4% anemia grave.
- A percentagem de crianças com qualquer tipo de anemia é maior entre as de 6–11 meses de idade (89%).

Quadro 13 Prevalência da anemia nas crianças

Percentagem de crianças de 6–59 meses classificadas como tendo anemia, segundo características seleccionadas, Moçambique IDS 2022–23

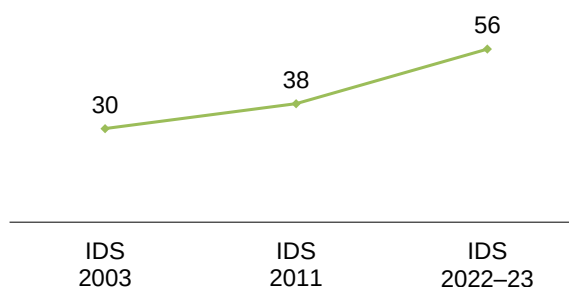
Características seleccionadas	Estado de anemia por nível de hemoglobina				Número de crianças 6–59 meses
	Qualquer tipo de anemia (<11,0 g/dl)	Ligeira (10,0–10,9 g/dl)	Moderada (7,0–9,9 g/dl)	Grave (<7,0 g/dl)	
Idade em meses					
6–11	88,5	29,5	52,9	6,1	413
12–23	83,2	27,6	47,7	7,9	873
24–35	73,1	27,3	41,1	4,7	958
36–47	66,3	28,0	36,0	2,3	881
48–59	59,9	28,6	30,3	1,0	897
6–23	84,9	28,2	49,4	7,3	1 286
24–59	66,6	28,0	35,9	2,7	2 736
Sexo					
Masculino	72,9	27,9	40,8	4,3	1 937
Feminino	72,0	28,2	39,7	4,1	2 085
Área de residência					
Urbana	65,2	31,5	32,5	1,2	1 110
Rural	75,2	26,7	43,2	5,3	2 912
Provincia					
Niassa	60,2	29,8	29,1	1,3	344
Cabo Delgado	78,3	26,4	47,2	4,8	267
Nampula	84,0	23,8	51,6	8,5	1 097
Zambézia	74,7	24,9	45,3	4,6	695
Tete	62,8	30,5	31,0	1,3	427
Manica	67,0	39,1	27,0	0,9	309
Sofala	77,8	24,8	48,0	5,0	275
Inhambane	66,0	31,5	33,5	1,1	155
Gaza	68,5	34,6	33,3	0,6	165
Maputo	56,4	34,3	22,0	0,0	210
Cidade de Maputo	43,8	30,8	13,0	0,0	78
Quintil de riqueza					
Mais baixo	78,3	22,8	48,5	7,0	1 063
Segundo	77,9	24,9	47,3	5,8	887
Médio	70,8	31,0	36,2	3,7	826
Quarto	69,6	35,0	33,5	1,1	736
Mais elevado	57,4	29,8	27,0	0,7	509
Total	72,5	28,1	40,2	4,2	4 022

Nota: O quadro baseia-se nas crianças que passaram a noite anterior à entrevista no agregado familiar e que foram submetidas a testes de anemia. A prevalência da anemia, com base nos níveis de hemoglobina, é ajustada para altitude com as fórmulas no CDC, 1998 e limites definidos na OMS 2017. A hemoglobina é medida em gramas por decilitro (g/dl) com o dispositivo HemoCue 201+.

Tendências: A percentagem de crianças de 6–59 meses com qualquer tipo de anemia aumentou de 64% em 2015 para 80% em 2018 antes de diminuir para 73% em 2022–23 (**Gráfico 8**).

Gráfico 8 Tendências da anemia infantil

Percentagem de crianças de 0–5 meses exclusivamente amamentadas



3.12.2 Prevalência de Anemia em Mulheres

A anemia em adultos pode causar fadiga, letargia, redução da produtividade física e baixo desempenho no trabalho (Chaparro e Suchdev 2019). A anemia é uma grande preocupação em mulheres grávidas porque pode levar ao aumento da mortalidade materna e a resultados indesejados do parto (Haider et al. 2013).

Níveis de hemoglobina abaixo dos quais as mulheres são consideradas anémicas

Mulheres	Nível de hemoglobina em gramas/decilitro*
Mulheres não grávidas de 15–49 anos	<12,0
Mulheres grávidas de 15–49 anos	<11,0

* Os níveis de hemoglobina são ajustados para o tabagismo e para a altitude em áreas de enumeração acima de 1 000 metros.

Amostra: mulheres de 15–49 anos

Num total de 6 183 mulheres de 15–49 anos elegíveis para teste de anemia no inquérito, 95% foram testadas.

- Cerca de 52% de mulheres de 15–49 anos, apresentam qualquer tipo de anemia; das quais 24% com anemia leve/ligeira, 26% anemia moderada e 2% anemia grave. Ver **Quadro 14**.
- A prevalência de anemia varia de acordo com o estado da gravidez: cerca de 61% das mulheres grávidas apresentam algum tipo de anemia, e a proporção da mesma nas mulheres não grávidas é 51%.

Quadro 14 Prevalência da anemia nas mulheres

Percentagem de mulheres de 15–49 anos, classificadas como tendo anemia, segundo características seleccionadas, Moçambique IDS 2022–23

Características seleccionadas	Estado de anemia por nível de hemoglobina				Número de mulheres
	Qualquer tipo de anemia (NG <12.0 g/dl / G <11.0 g/dl)	Ligeira (NG 11.0–11.9 g/dl / G 10.0–10.9 g/dl)	Moderada (NG 8.0–10.9 g/dl / G 7.0–9.9 g/dl)	Grave (NG <8.0 g/dl / G <7.0 g/dl)	
Grupo de idade					
15–19	54,4	24,8	27,3	2,2	1 378
20–29	49,7	23,6	25,1	1,1	2 198
30–39	52,4	23,9	26,5	2,0	1 350
40–49	52,0	24,7	25,1	2,2	981
Número de filhos vivos					
0	53,2	23,7	26,8	2,7	1 404
1	49,9	23,4	25,5	1,1	942
2–3	50,1	23,7	24,8	1,6	1 673
4–5	54,5	26,3	26,9	1,4	1 114
6+	51,3	23,6	25,8	1,9	774
Situação de gravidez					
Grávida	60,6	21,2	38,1	1,2	447
Não grávida ¹	51,1	24,4	24,9	1,8	5 460
Área de residência					
Urbana	47,5	23,9	22,1	1,5	2 278
Rural	54,5	24,3	28,3	1,9	3 629
Província					
Niassa	27,5	15,1	11,3	1,0	380
Cabo Delgado	50,9	22,5	26,0	2,4	308
Nampula	61,3	28,6	31,6	1,0	1 439
Zambézia	70,3	27,2	39,8	3,3	947
Tete	36,6	15,7	19,9	1,0	581
Manica	42,3	22,8	18,5	1,0	406
Sofala	62,3	25,4	33,2	3,8	394
Inhambane	50,9	26,4	22,3	2,1	256
Gaza	47,6	25,9	20,5	1,3	312
Maputo	36,7	21,9	13,4	1,4	598
Cidade de Maputo	42,9	23,4	18,5	1,0	286

Continua...

Quadro 14—Continuação

Características selecionadas	Estado de anemia por nível de hemoglobina				Número de mulheres
	Qualquer tipo de anemia (NG <12.0 g/dl / G <11.0 g/dl)	Ligeira (NG 11.0–11.9 g/dl / G 10.0–10.9 g/dl)	Moderada (NG 8.0–10.9 g/dl / G 7.0–9.9 g/dl)	Grave (NG <8.0 g/dl / G <7.0 g/dl)	
Nível de escolaridade					
Nenhum	56,8	26,2	28,3	2,3	1 588
Primário	53,6	24,1	28,1	1,4	2 513
Secundário	45,7	22,8	21,3	1,6	1 655
Superior	36,3	18,5	15,7	2,2	151
Quintil de riqueza					
Mais baixo	60,3	25,1	33,4	1,8	1 096
Segundo	55,3	25,4	27,8	2,1	1 090
Médio	52,5	24,2	27,0	1,4	1 070
Quarto	50,7	22,9	25,5	2,3	1 253
Mais elevado	42,8	23,5	18,1	1,3	1 398
Total	51,8	24,1	25,9	1,7	5 907

Nota: A prevalência da anemia, com base nos níveis de hemoglobina, é ajustada para altitude e para consumo de tabaco, se conhecido, com as fórmulas no CDC, 1998 e limites definidos na OMS, 2017. A hemoglobina é medida em gramas por decilitro (g/dl) com o dispositivo HemoCue 201+.

G = grávida

NG = não grávida

¹ Inclui mulheres que não sabem se estão grávidas

Tendências: A percentagem de mulheres de 15–49 anos com qualquer tipo de anemia permaneceu consistente ao longo do tempo—54% em 2011 e 52% em 2022–23 (**Gráfico 9**).

Gráfico 9 Tendências de anemia em mulheres

Percentagem de mulheres com qualquer anemia



3.13 MALÁRIA

3.13.1 Posse e Uso de Redes Mosquiteiras Tratadas com Inseticida

As redes mosquiteiras tratadas com inseticida (RTIs) repelem e matam os mosquitos, proporcionando assim protecção contra picadas de mosquitos e reduzindo a transmissão de parasitas da malária. Quando se atinge uma alta cobertura, as RTIs ajudam a diminuir o risco de malária ao nível individual, bem como a nível da comunidade, reduzindo a população de vectores. A distribuição e uso de RTIs é uma das principais intervenções para prevenir a infecção por malária.

IDS 2011 IDS 2022–23

Posse de redes mosquiteiras tratadas com inseticida

Agregados familiares que tenham pelo menos uma rede mosquiteira tratada com inseticida (RTIs). Uma RTI é uma rede mosquiteira tratada na fábrica que não requer nenhum tratamento adicional.

Amostra: Agregados familiares

Cobertura total de RTIs para o agregado familiar

Percentagem de agregados familiares com pelo menos uma RTI para cada duas pessoas.

Amostra: Agregados familiares (com pelo menos uma pessoa que passou a noite anterior à entrevista).

O **Quadro 15** mostra informações sobre a posse de RTIs pelos agregados familiares.

- Cerca de 57% de agregados familiares possuem pelo menos uma RTI.
- Trinta e dois por cento de agregados familiares tem pelo menos uma RTI para cada duas pessoas.

Quadro 15 Posse de redes tratadas com inseticida (RTIs) nos agregados familiares

Percentagem de agregados familiares com pelo menos uma rede tratada com inseticida (RTI); número médio de RTIs por agregado familiar; e percentagem de agregados familiares com pelo menos uma RTI para cada duas pessoas que passaram a noite anterior à entrevista no agregado familiar, segundo características seleccionadas, Moçambique IDS 2022–23

Características seleccionadas	Percentagem de agregados familiares com pelo menos uma RTI ¹	Número médio de RTIs ¹ por agregado familiar	Número de agregados familiares	Percentagem de agregados familiares com pelo menos uma RTI ¹ para cada duas pessoas que passaram a noite anterior no agregado familiar ²	Número de agregados familiares com pelo menos uma pessoa que passou a noite anterior no agregado familiar
Área de residência					
Urbana	62,1	1,4	4 795	36,8	4 756
Rural	53,7	1,1	9 455	29,6	9 345
Província					
Niassa	44,1	0,9	897	20,9	884
Cabo Delgado	66,7	1,7	745	44,7	743
Nampula	69,1	1,5	3 403	39,3	3 357
Zambézia	41,0	0,8	2 582	20,2	2 579
Tete	33,4	0,6	1 482	14,7	1 477
Manica	62,7	1,3	936	30,8	915
Sofala	80,0	1,8	931	48,2	927
Inhambane	74,6	1,7	717	55,3	692
Gaza	68,5	1,4	692	42,3	677
Maputo	52,3	1,0	1 276	32,2	1 271
Cidade de Maputo	42,7	0,8	590	22,5	581
Quintil de riqueza					
Mais baixo	47,5	0,9	2 956	23,4	2 932
Segundo	51,3	1,0	2 926	27,3	2 881
Médio	55,5	1,1	2 885	32,0	2 843
Quarto	66,6	1,4	2 709	36,8	2 689
Mais elevado	62,9	1,5	2 773	41,3	2 755
Total	56,5	1,2	14 250	32,0	14 101

¹ A rede tratada com inseticida (RTI) é uma rede tratada com inseticida de longa duração a partir da fábrica e que não requer nenhum tratamento adicional. No IDS 2011 e no IMASIDA 2015, era conhecido como uma rede mosquiteira tratada com inseticida de longa duração (MTILD/REMILD).

² Pessoas que passaram a noite anterior a entrevista no agregado familiar

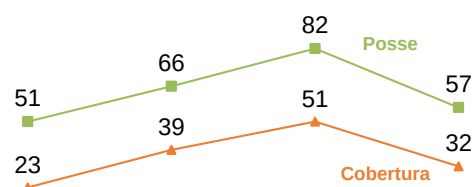
Tendências: Entretanto, de 2018 a 2022–23 a percentagem diminuiu consideravelmente para 57%. O mesmo cenário registou-se para a percentagem de agregados familiares que possuem pelo menos uma RTI para cada duas pessoas, onde a diminuição foi de 51% em 2018 para 32% em 2022–23 (**Gráfico 10**).

O **Quadro 16** mostra o uso de RTIs por crianças menores de 5 anos e por mulheres grávidas.

- Aproximadamente 43% de crianças menores de 5 anos dormiram debaixo de uma RTI na noite anterior à entrevista.
- Em agregados familiares com pelo menos uma RTI, 71% de crianças dormiram debaixo de uma RTI, na noite anterior à entrevista.
- Cerca de 47% de mulheres grávidas de 15–49 anos dormiram debaixo de uma RTI na noite anterior à entrevista.
- Setenta e dois por cento (72%) de mulheres grávidas em agregados familiares possuem pelo menos uma RTI, dormiram debaixo de uma RTI na noite anterior à entrevista.

Gráfico 10 Tendências na posse de RTIs nos agregados familiares

Percentagem de agregados familiares que possuem pelo menos uma rede tratada com insecticida (RTI) e percentagem de agregados familiares com pelo menos uma rede RTI para cada duas pessoas



Nota: A definição das RTIs no IDS 2011 e no IMASIDA 2015 incluiu redes que foram tratadas com insecticida ao domicílio nos últimos 12 meses

Quadro 16 Uso de redes tratadas com inseticida por crianças e mulheres grávidas

Percentagem de crianças menores de 5 anos que dormiram a noite anterior a entrevista debaixo de uma rede tratada com inseticida (RTI); entre crianças menores de 5 anos em agregados familiares com pelo menos uma RTI, percentagem que dormiu a noite anterior à entrevista de baixo de uma RTI; percentagem de mulheres grávidas de 15–49 anos que dormiram a noite anterior à entrevista de baixo de uma RTI; e entre as mulheres grávidas de 15–49 anos em agregados familiares com pelo menos uma RTI, a percentagem que dormiu a noite anterior à entrevista de baixo de uma RTI, segundo características seleccionadas, Moçambique IDS 2022–23

Características seleccionadas	Crianças menores de 5 anos em todos os agregados familiares		Crianças menores de 5 anos em agregados familiares com pelo menos uma RTI ¹		Mulheres grávidas de 15–49 anos em todos os agregados familiares		Mulheres grávidas de 15–49 anos em agregados familiares com pelo menos uma RTI ¹	
	Percentagem que dormiu a noite anterior de baixo de uma RTI ¹	Número de crianças	Percentagem que dormiu a noite anterior de baixo de uma RTI ¹	Número de crianças	Percentagem que dormiu a noite anterior de baixo de uma RTI ¹	Número de mulheres grávidas	Percentagem que dormiu a noite anterior de baixo de uma RTI ¹	Número de mulheres grávidas
Área de residência								
Urbana	55,1	2 947	79,4	2 044	55,9	269	78,8	191
Rural	37,4	7 394	66,8	4 146	42,8	685	69,3	424
Província								
Niassa	33,5	854	76,3	375	29,9	84	(78,8)	32
Cabo Delgado	47,2	673	69,7	456	52,4	68	78,4	46
Nampula	46,3	2 677	63,7	1 947	47,5	300	65,2	218
Zambézia	36,2	2 015	82,9	880	37,5	99	*	40
Tete	28,0	1 085	79,8	381	37,5	98	(80,8)	46
Manica	47,7	789	71,8	524	54,4	83	71,7	63
Sofala	57,5	707	70,9	573	70,8	85	80,2	75
Inhambane	52,8	356	68,1	276	58,1	33	(71,7)	27
Gaza	44,9	415	63,9	291	35,9	37	(49,2)	27
Maputo	50,3	550	76,3	363	(49,1)	46	(76,0)	30
Cidade de Maputo	36,2	221	63,9	125	(31,8)	22	(55,3)	12
Quintil de riqueza								
Mais baixo	32,5	2 632	66,0	1 296	36,5	215	67,5	117
Segundo	37,6	2 298	68,2	1 267	46,2	195	76,9	117
Médio	41,7	2 073	70,9	1 219	47,2	233	71,5	153
Quarto	52,5	1 971	72,7	1 425	52,2	184	70,3	137
Mais elevado	56,5	1 367	78,5	983	54,6	127	76,2	91
Total	42,5	10 341	70,9	6 190	46,5	955	72,2	615

Nota: O quadro baseia-se em crianças e mulheres grávidas que passaram a noite anterior à entrevista no agregado familiar. Percentagens com parênteses estão baseadas em 25–49 casos não ponderados; percentagens baseadas em menos de 25 casos não ponderados não são apresentadas (*)

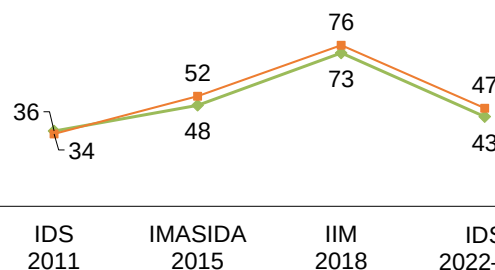
¹ A rede tratada com inseticida (RTI) é uma rede tratada com inseticida de longa duração a partir da fábrica e que não requer nenhum tratamento adicional. No IDS 2011 e no IMASIDA 2015, era conhecido como uma rede mosquiteira tratada com inseticida de longa duração (MTILD/REMILD).

Tendências:

- A percentagem de crianças menores de 5 anos que dormiu debaixo de uma RTI na noite anterior à entrevista, aumentou de 36% em 2011 para 73% em 2018, tendo registado uma diminuição considerável em 2022–23, para 43% (**Gráfico 11**).
- A percentagem de mulheres de 15–49 anos que dormiu debaixo de uma RTI na noite anterior à entrevista aumentou de 34% em 2011 para 76% em 2018, e diminuiu para 47% em 2022–23.

Gráfico 11 Tendências no uso de RTIs por mulheres grávidas e crianças

Percentagem de crianças menores de 5 anos e mulheres grávidas que dormiram a noite anterior a entrevista debaixo de uma RTI



Nota: A definição das RTIs no IDS 2011 e no IMASIDA 2015 incluiu redes que foram tratadas com insecticida ao domicílio nos últimos 12 meses

3.13.2 Malária na Gravidez

Tratamento intermitente preventivo (TIP) durante a gravidez

Percentagem de mulheres que tomaram pelo menos 3 doses de SP/Fansidar durante a última gravidez.

Amostra: Mulheres de 15–49 anos com nados-vivos ou nados-mortos nos 2 anos anteriores ao inquérito.

A infecção por malária durante a gravidez é um problema de saúde pública em Moçambique, com riscos substanciais para a mãe, o feto e o recém-nascido. O tratamento intermitente preventivo da malária na gravidez (TIP) é uma das estratégias recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a prevenção da malária. O TIP ajuda a prevenir episódios de malária materna, anemia materna e fetal, parasitemia placentária, baixo peso à nascença e mortalidade neonatal.

- Cerca de 25% de mulheres de 15–49 anos com nados-vivos nos dois anos anteriores ao inquérito receberam três ou mais doses de TIP (**Quadro 17**).

Quadro 17 Uso de tratamento intermitente preventivo (TIP) por mulheres durante a gravidez

Percentagem de mulheres de 15–49 anos com um nado-vivo e/ou um nado-morto nos dois anos anteriores ao inquérito que receberam uma ou mais doses de SP/Fansidar, receberam duas ou mais doses de SP/Fansidar e três ou mais doses de SP/Fansidar durante a gravidez que resultou no nado-vivo ou nado-morto mais recente, segundo características seleccionadas, Moçambique IDS 2022–23

Características seleccionadas	Percentagem que recebeu uma ou mais doses de SP/Fansidar	Percentagem que recebeu duas ou mais doses de SP/Fansidar	Percentagem que recebeu três ou mais doses de SP/Fansidar	Número de mulheres que tiveram um nado-vivo e/ou nado-morto nos 2 anos anteriores ao inquérito
NADOS-VIVOS				
Área de residência				
Urbana	73,3	57,3	33,7	1 065
Rural	56,0	41,0	22,1	2 757
Provincia				
Niassa	57,8	47,2	21,6	331
Cabo Delgado	85,9	70,0	34,9	277
Nampula	72,4	58,2	32,6	1 023
Zambézia	43,6	36,3	20,0	692
Tete	49,5	19,1	7,6	391
Manica	40,9	22,1	11,7	294
Sofala	49,2	28,0	17,1	270
Inhambane	74,5	55,6	37,1	124
Gaza	63,4	43,3	26,2	147
Maputo	82,9	73,8	52,3	190
Cidade de Maputo	77,2	66,1	38,8	84
Nível de escolaridade				
Nenhum	52,7	36,2	14,4	1 117
Primário	60,9	46,2	26,3	1 864
Secundário	71,4	56,4	37,2	800
Superior	74,8	60,1	44,5	40
Quintil de riqueza				
Mais baixo	52,9	38,9	20,1	993
Segundo	55,1	42,4	21,2	865
Médio	58,6	40,9	21,9	723
Quarto	71,0	53,2	30,3	757
Mais elevado	74,9	59,6	40,3	485
Total	60,8	45,5	25,3	3 822
NADOS-MORTOS				
Total	65,0	47,6	30,4	45
NADOS-VIVOS E NADOS-MORTOS¹				
Total	60,9	45,6	25,4	3 866

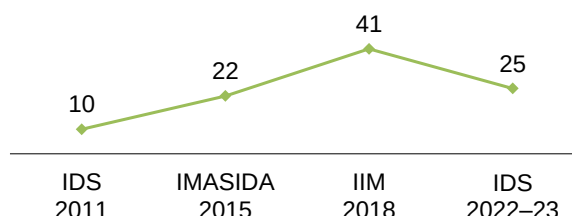
Nota: Nados-mortos são mortes fetais em gestações com duração de 28 ou mais semanas. Quando a gravidez a duração é relatada em meses, nados-mortos são mortes fetais em gestações com duração de 7 ou mais meses

¹ Para as mulheres que tiveram um nado-vivo e ou um nado-morto nos 2 anos anteriores ao inquérito, os dados apenas são referentes ao parto mais recente.

Tendências: A percentagem de mulheres que tiveram um nado-vivo nos dois anos anteriores ao inquérito e que receberam três doses de Fansidar na gravidez do último nado-vivo aumentou de 10% no IDS 2011 para 41% no IIM 2018, antes de diminuir para 25% no IDS 2022–23 (**Gráfico 12**).

Gráfico 12 Tendências no uso de TIP durante a gravidez

Percentagem de mulheres com um nado vivo nos 2 anos anteriores ao inquérito que tomaram 3 ou mais doses de TIP durante a gravidez



3.13.3 Gestão de Casos de Malária em Crianças

Procura de cuidados para crianças menores de 5 anos com febre

Percentagem de crianças menores de 5 anos com febre nas 2 semanas anteriores a entrevista para as quais foi procurado o aconselhamento ou tratamento junto de um profissional de saúde, unidade sanitária ou farmácia.

Amostra: Crianças menores de 5 anos com febre nas 2 semanas anteriores à entrevista.

Diagnóstico de malária em crianças menores de 5 anos com febre

Percentagem de crianças menores de 5 anos com febre nas 2 semanas anteriores a entrevista que tiveram sangue colhido de um dedo ou de calcanhar para teste.

Amostra: Crianças menores de 5 anos com febre nas 2 semanas anteriores a entrevista.

Terapia combinada à base de artemisinina (TCA) para crianças menores de 5 anos com febre

Percentagem de crianças menores de 5 anos com febre nas 2 semanas anteriores à entrevista que receberam a TCA.

Amostra: Crianças menores de 5 anos com febre nas 2 semanas anteriores à entrevista que tomaram qualquer medicamento antimalárico.

- A percentagem de crianças menores de 5 anos que tiveram febre nas duas semanas anteriores à entrevista é de 10% (**Quadro 18**).
- Entre as crianças com febre, 64%, foi-lhes procurado o aconselhamento ou tratamento e 51% foi colhido sangue para análises.
- Entre as crianças menores de 5 anos que tiveram febre nas duas semanas anteriores à entrevista e tomaram qualquer antimalárico, 85% receberam qualquer TCA.

Quadro 18 Crianças com febre e procura de cuidados, diagnóstico e tratamento de febre

Percentagem de crianças menores de 5 anos com febre nas 2 semanas anteriores a entrevistas; entre as crianças com menos de 5 anos com febre, percentagem à qual foi solicitado aconselhamento ou tratamento, percentagem de quem foram obtidas amostras de sangue de um dedo ou calcanhar; e entre as crianças menores de 5 anos com febre que tomaram qualquer medicamento antimalárico, percentagem que recebeu terapia combinada à base de artemisina (TCA), segundo características seleccionadas, Moçambique IDS 2022–23

Características seleccionadas	Crianças menores de 5 anos		Crianças menores de 5 anos com febre			Crianças menores de 5 anos com febre que tomaram algum medicamento antimalárico	
	Percentagem com febre nas duas semanas anteriores ao inquérito	Número de crianças	Percentagem de crianças para as quais foi solicitado aconselhamento ou tratamento ¹	Percentagem de crianças das quais foram obtidas amostras de sangue de um dedo ou calcanhar para testes	Número de crianças	Percentagem que recebeu qualquer TCA	Número de crianças
Área de residência							
Urbana	11,8	2 709	68,9	52,4	321	91,0	53
Rural	9,5	6 687	60,9	50,6	634	83,0	154
Província							
Niassa	7,7	798	66,1	58,3	62	(100,0)	27
Cabo Delgado	15,9	614	78,7	64,0	98	(50,9)	19
Nampula	9,0	2 499	56,1	54,6	226	(100,0)	73
Zambézia	8,4	1 760	48,6	41,1	148	*	26
Tete	7,2	987	45,1	45,0	71	*	6
Manica	9,2	723	67,6	43,9	66	*	14
Sofala	13,9	641	84,7	67,8	89	(69,1)	24
Inhambane	21,7	293	75,5	55,2	63	*	14
Gaza	16,8	357	78,3	44,6	60	*	4
Maputo	7,4	510	(60,3)	(38,7)	38	*	1
Cidade de Maputo	15,3	214	62,1	23,9	33	*	0
Quintil de riqueza							
Mais baixo	8,2	2 430	57,8	51,6	198	81,2	59
Segundo	9,4	2 073	46,8	40,3	195	(86,4)	39
Médio	10,2	1 854	69,6	54,0	190	82,3	48
Quarto	11,9	1 794	75,5	61,9	213	(90,4)	53
Mais elevado	12,7	1 245	68,3	46,4	158	*	8
Total	10,2	9 396	63,6	51,2	954	85,0	207

Nota: Percentagens com parênteses estão baseadas em 25–49 casos não ponderados; percentagens baseadas em menos de 25 casos não ponderados não são apresentadas (*).

¹ Inclui aconselhamento ou tratamento das seguintes fontes: sector público, sector privado, loja, mercado/dumba nengue e vendedor ambulante. Exclui aconselhamento ou tratamento por um médico tradicional e outro.

Tendências: Entre as crianças menores de 5 anos que tiveram febre e tomaram um antimalárico, a percentagem que receberam ACT aumentou de 60% em 2011 para 99% em 2018, antes de diminuir para 85% em 2022–23 (**Gráfico 13**).

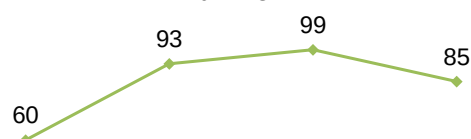
3.13.4 Prevalência de Malária em Crianças

A testagem da malária em crianças de 6–59 meses de idade foi feito usando um teste de diagnóstico rápido (TDR - SD Bioline Pf). Cerca de 94% de crianças elegíveis para teste de malária no inquérito foram submetidas ao teste.

- A prevalência de malária em crianças de 6–59 meses na base de TDR é de 32% (**Quadro 19**).

Gráfico 13 Tendências no uso de terapia combinada à base de artemisina (TCA)

Entre crianças que tomaram um antimalárico, a percentagem que tomou um TCA



IDS 2011	IMASIDA 2015	IIM 2018	IDS 2022–23
----------	--------------	----------	-------------

Quadro 19 Prevalência da malária em crianças

Percentagem de casos positivos por malária baseados nos testes rápidos de diagnósticos (TDR) entre crianças de 6–59 meses, segundo características seleccionadas, Moçambique IDS 2022–23

Características seleccionadas	Prevalência de malária de acordo com o TDR	
	TDR positivo	Número de crianças
Área de residência		
Urbana	12,0	1 102
Rural	39,9	2 914
Província		
Niassa	33,8	344
Cabo Delgado	38,1	268
Nampula	54,7	1 086
Zambézia	34,9	695
Tete	19,5	427
Manica	10,2	309
Sofala	33,2	275
Inhambane	15,8	155
Gaza	5,7	165
Maputo	0,3	213
Cidade de Maputo	0,0	78
Quintil de riqueza		
Mais baixo	50,0	1 066
Segundo	47,5	884
Médio	30,5	821
Quarto	11,3	733
Mais elevado	2,1	512
Total	32,3	4 016

TDR = Teste de diagnóstico rápido (SD Bioline Malaria Ag Pf)

Tendências: A prevalência da malária foi estável entre os períodos de 2011 a 2018, com uma redução de 39% em 2018 para 32% em 2022–23 (**Gráfico 14**).

Gráfico 14 Tendências na prevalência de malária em crianças

Percentagem de crianças de 6–59 meses que testaram positivo para malária pelo TDR



3.14 HIV

3.14.1 Conhecimento sobre Prevenção entre os Jovens

Conhecimento sobre a prevenção do HIV

Saber que o uso consistente de preservativos durante as relações sexuais e ter apenas um parceiro fiel não infectado pode reduzir as chances de contrair o HIV, saber que uma pessoa de aparência saudável pode ter HIV e rejeitar dois grandes equívocos sobre a transmissão do HIV: o HIV pode ser transmitido pela picada de mosquito e uma pessoa pode ser infectada ao compartilhar comida com uma pessoa que tem HIV.

Amostra: Mulheres e homens de 15–24 anos

O conhecimento de como o HIV é transmitido é crucial para permitir que as pessoas evitem a infeção pelo HIV e isso é especialmente relevante para os jovens, que geralmente correm maior risco porque podem ter

relacionamentos mais curtos com mais parceiros ou se envolverem em outros comportamentos de risco. Ver **Quadro 20**.

- Menos de um terço de mulheres e homens de 15–24 anos de idade (27% e 31% respectivamente) tem conhecimento sobre prevenção do HIV e SIDA.
- Os mulheres e homens das áreas rurais (21% e 26% respectivamente) apresentam um conhecimento sobre prevenção do HIV e SIDA menor, em comparação com os homens e mulheres das áreas urbanas (37% e 38% respectivamente).
- O conhecimento sobre a prevenção do HIV e SIDA aumenta com o nível de escolaridade, sendo as mulheres e homens com formação superior, o grupo com maior percentagem (79% e 65% respectivamente).

Quadro 20 Conhecimento sobre a prevenção do HIV/SIDA entre os jovens

Percentagem de mulheres e homens jovens de 15–24 anos com conhecimento sobre a prevenção do HIV segundo características seleccionadas, Moçambique IDS 2022–23

Características seleccionadas	Mulheres de 15–24 anos		Homens de 15–24 anos	
	Percentagem com conhecimento sobre a prevenção do HIV/SIDA ¹	Número de mulheres	Percentagem com conhecimento sobre a prevenção do HIV/SIDA ¹	Número de homens
Grupo de idade				
15–19	22,1	3 050	27,2	1 386
15–17	19,2	1 711	23,9	845
18–19	25,7	1 339	32,5	541
20–24	33,2	2 693	36,2	976
20–22	31,6	1 799	33,9	627
23–24	36,6	894	40,3	350
Estado civil				
Nunca casou	29,0	2 579	31,0	1 795
Já teve relações sexuais	38,2	1 340	34,8	1 155
Nunca teve relações sexuais	19,0	1 238	24,2	640
Alguma vez casado(a)/unido(a)	25,9	3 164	30,7	568
Área de residência				
Urbana	37,3	2 275	38,1	1 003
Rural	20,7	3 468	25,7	1 360
Provincia				
Niassa	14,8	390	54,2	153
Cabo Delgado	34,1	293	19,1	126
Nampula	11,4	1 351	28,2	596
Zambézia	21,4	1 013	22,5	346
Tete	35,9	557	29,1	239
Manica	39,8	403	32,4	175
Sofala	39,7	426	27,9	172
Inhambane	22,7	228	43,8	84
Gaza	24,8	295	36,7	113
Maputo	44,4	522	31,3	242
Cidade de Maputo	58,2	264	42,8	117
Nível de escolaridade				
Nenhum	16,3	955	21,0	171
Primário	18,8	2 550	19,5	1 031
Secundário	40,0	2 144	41,6	1 112
Superior	78,6	94	65,1	49
Quintil de riqueza				
Mais baixo	11,8	1 022	17,2	336
Segundo	19,1	1 055	24,5	428
Médio	22,2	975	25,7	415
Quarto	29,4	1 327	36,3	497
Mais elevado	46,9	1 363	40,9	687
Total 15–24	27,3	5 743	30,9	2 362

¹ Conhecimento sobre a prevenção do HIV e SIDA significa saber que o uso consistente de preservativos durante as relações sexuais e ter apenas um parceiro fiel não infetado podem reduzir as hipóteses de se contrair o HIV, saber que uma pessoa com aspeto saudável pode ter HIV e rejeitar os dois preconceitos mais comuns sobre a transmissão ou prevenção do HIV: O HIV pode ser transmitido por picadas de mosquitos e uma pessoa pode ser infetada ao partilhar alimentos com uma pessoa que tenha HIV.

3.14.2 Comportamento Sexual

A informação sobre comportamento sexual é importante na concepção e monitoramento de programas de intervenção para controlar a propagação de HIV. Ver **Quadros 21.1 e 21.2**.

- Quatro por cento de mulheres e 36% de homens de 15–49 anos de idade tiveram relações sexuais com dois ou mais parceiros nos últimos 12 meses.
- Entre as mulheres e homens que tiveram relações sexuais com dois ou mais parceiros nos últimos 12 meses, menos de um terço (27% e 28% respectivamente) reportaram ter usado preservativo na última relação sexual.
- As percentagens de mulheres e de homens que tiveram relações sexuais com dois ou mais parceiros nos últimos 12 meses variam em função do nível de escolaridade, sendo maior no grupo de indivíduos com nível superior (6% e 47% respectivamente).
- Entre os inquiridos que tiveram relações sexuais com um parceiro com quem não eram casados nem em união, 37% das mulheres e 47% dos homens usaram preservativo na última vez que tiveram relações sexuais com esse parceiro.

Quadro 21.1 Parceiros múltiplos e relações sexuais de risco nos últimos 12 meses: Mulheres

Entre todas as mulheres de 15–49 anos, percentagem que teve relações sexuais com mais de um parceiro sexual nos últimos 12 meses e percentagem que teve relações sexuais nos últimos 12 meses com um parceiro com quem não estava casada, nem vivia em união de facto; entre as que tiveram mais que um parceiro nos últimos 12 meses, percentagem que declarou ter usado preservativo durante a última relação sexual; entre as mulheres dos 15–49 anos que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses com um parceiro com quem não estava casada nem vivia em união de facto, percentagem que usou preservativo durante a última relação sexual com tal parceiro; e entre as mulheres que alguma vez tiveram relações sexuais, número médio de parceiros sexuais durante a sua vida, segundo características seleccionadas, Moçambique IDS 2022–23

Características seleccionadas	Todas as mulheres			Mulheres com 2+ parceiros nos últimos 12 meses		Mulheres que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses com parceiros com quem não estavam casadas nem viviam em união de facto		Mulheres que já tiveram relações sexuais ¹	
	Percentagem que teve relações sexuais nos últimos 12 meses com um parceiro que não era o marido nem com quem vivia em união de facto	Percentagem com 2+ parceiros nos últimos 12 meses	Número de mulheres	Percentagem que declarou ter usado um preservativo na última relação sexual	Número de mulheres	Percentagem que declarou ter usado um preservativo na última relação sexual com tal parceiro	Número de mulheres	Número médio de parceiros sexuais ao longo da vida	Número de mulheres
Grupo de idade									
15–24	4,1	25,9	5 743	34,3	234	40,8	1 485	2,5	4 449
15–19	3,8	27,3	3 050	35,5	116	40,9	832	2,5	1 867
20–24	4,4	24,3	2 693	33,1	118	40,6	653	2,4	2 582
25–29	5,2	17,8	2 195	25,8	115	34,5	391	3,1	2 149
30–39	4,9	17,3	3 063	19,9	150	31,6	529	3,4	2 977
40–49	3,4	15,2	2 182	19,3	73	29,6	332	3,4	2 113
Estado civil									
Nunca casou	6,5	50,5	2 896	43,1	190	43,4	1 464	3,4	1 613
Casado(a)/união marital	2,6	3,3	8 488	8,3	221	37,4	280	2,8	8 334
Divorciado(a)/separado(a)/viúvo(a)	9,0	55,2	1 799	33,3	162	26,8	993	3,6	1 741
Área de residência									
Urbana	6,4	31,8	5 120	36,7	327	47,2	1 627	3,5	4 409
Rural	3,0	13,8	8 063	13,8	246	21,5	1 111	2,7	7 279

Continua...

Quadro 21.1—Continuação

Características seleccionadas	Todas as mulheres			Mulheres com 2+ parceiros nos últimos 12 meses		Mulheres que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses com parceiros com quem não estavam casadas nem viviam em união de facto		Mulheres que já tiveram relações sexuais ¹	
	Percentagem que teve relações sexuais nos últimos 12 meses com um parceiro que não era o marido nem com quem vivia em união de facto		Número de mulheres	Percentagem que declarou ter usado um preservativo na última relação sexual		Percentagem que declarou ter usado um preservativo na última relação sexual com tal parceiro		Número médio de parceiros sexuais ao longo da vida	Número de mulheres
	Percentagem com 2+ parceiros nos últimos 12 meses				Número de mulheres		Número de mulheres		
Província									
Niassa	2,8	19,6	861	(12,0)	24	27,6	169	2,8	774
Cabo Delgado	3,1	17,6	705	(10,3)	22	22,9	124	9,8	645
Nampula	3,7	14,5	3 064	8,0	114	14,0	444	2,7	2 719
Zambézia	4,7	17,5	2 193	30,7	104	36,9	384	2,5	1 930
Tete	1,0	13,5	1 314	*	14	25,3	177	1,8	1 182
Manica	3,5	14,0	909	(20,6)	32	35,0	127	1,8	806
Sofala	5,9	19,9	909	32,5	53	51,8	181	2,2	811
Inhambane	7,9	32,7	555	23,6	44	33,1	182	3,1	510
Gaza	3,0	29,9	670	(13,5)	20	26,1	200	2,3	616
Maputo	8,2	34,8	1 347	40,1	110	52,1	469	4,0	1 134
Cidade de Maputo	5,6	42,7	655	53,8	37	66,9	280	2,9	563
Nível de escolaridade									
Nenhum	3,4	12,0	3 522	4,7	118	13,1	423	3,0	3 316
Primário	3,6	15,7	5 601	24,3	201	27,5	878	2,8	4 980
Secundário	6,3	34,8	3 709	38,6	232	47,5	1 291	3,1	3 075
Superior	6,0	41,4	352	(47,4)	21	65,4	146	3,8	316
Quintil de riqueza									
Mais baixo	1,9	10,3	2 420	(3,3)	45	13,3	249	2,4	2 200
Segundo	3,1	10,8	2 363	(13,0)	73	13,3	256	2,7	2 176
Médio	3,4	15,7	2 372	13,2	81	21,1	371	2,7	2 142
Quarto	5,8	26,8	2 810	27,3	164	33,1	754	3,3	2 452
Mais elevado	6,5	34,4	3 218	41,9	208	55,2	1 108	3,6	2 717
Total	4,3	20,8	13 183	26,9	573	36,7	2 738	3,0	11 688

Nota: Percentagens com parênteses estão baseadas em 25–49 casos não ponderados; percentagens baseadas em menos de 25 casos não ponderados não são apresentadas (*).

¹ A média é calculada excluindo as inquiridas que deram respostas não numéricas.

Quadro 21.2 Parceiros múltiplos e relações sexuais de risco nos últimos 12 meses: Homens

Entre todos os homens de 15–49 anos, a percentagem que teve relações sexuais com mais de uma parceira sexual nos últimos 12 meses e percentagem que teve relações sexuais nos últimos 12 meses com uma parceira com quem não estava casado, nem vivia em união de facto; entre os homens que tiveram mais do que uma parceira nos últimos 12 meses, percentagem que declarou ter usado preservativo durante a última relação sexual; entre os homens de 15–49 anos que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses com uma parceira com quem não estava casado nem vivia em união de facto, percentagem que usou preservativo durante a última relação sexual com tal parceira; e entre os homens que alguma vez tiveram relações sexuais, número médio de parceiras sexuais durante a sua vida, segundo características seleccionadas, Moçambique IDS 2022–23

Características seleccionadas	Todos os homens			Homens com 2+ parceiras nos últimos 12 meses		Homens que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses com parceiras com quem não estavam casados nem viviam em união de facto		Homens que já tiveram relações sexuais ¹	
	Percentage m com 2+ parceiros nos últimos 12 meses	Percentage m que teve relações sexuais nos últimos 12 meses com parceiras com quem não estavam casados nem viviam em união de facto	Número de homens	Percentage m que declarou ter usado um preservativo na última relação sexual	Número de homens	Percentage m que declarou ter usado um preservativo na última relação sexual com tal parceiro	Número de homens	Número médio de parceiros sexuais ao longo da vida	Número de homens
Grupo de idade									
15–24	30,1	56,9	2 362	40,7	710	51,2	1 344	5,2	1 576
15–19	20,3	48,1	1 386	43,0	281	49,5	667	3,8	732
20–24	43,9	69,3	976	39,2	429	52,9	677	6,4	844
25–29	46,5	56,1	781	24,8	363	40,6	438	8,5	677
30–39	42,2	46,1	1 135	23,1	479	45,5	523	9,8	920
40–49	35,9	35,8	836	12,1	300	35,9	300	9,1	675
Estado civil									
Nunca casou	28,0	60,8	1 976	51,9	554	54,4	1 202	5,2	1 206
Casado(a)/união marital	40,5	41,0	2 880	14,5	1 166	37,1	1 180	8,4	2 453
Divorciado(a)/separado(a)/viúvo(a)	51,5	86,5	258	52,0	133	53,6	223	12,2	190
Tipo de união									
Em união poligâmica	73,7	32,5	269	8,0	198	31,9	87	11,9	237
Não em união poligâmica	37,1	41,8	2 611	15,9	968	37,5	1 092	8,0	2 216
Actualmente não em união	30,7	63,8	2 234	51,9	687	54,3	1 425	6,1	1 396
Área de residência									
Urbana	37,6	56,6	2 078	42,5	781	63,2	1 177	8,4	1 450
Rural	35,3	47,0	3 036	18,1	1 072	32,8	1 428	7,1	2 399
Província									
Niassa	53,6	64,8	342	16,3	183	30,8	222	11,3	331
Cabo Delgado	36,4	58,0	275	17,7	100	29,3	160	8,4	146
Nampula	38,5	51,7	1 266	14,4	487	21,3	655	7,5	1 073
Zambézia	29,5	43,4	863	10,5	255	28,2	375	6,4	672
Tete	22,9	36,4	513	49,1	118	73,5	187	3,7	350
Manica	26,3	27,6	347	23,4	91	84,5	96	5,2	251
Sofala	30,2	44,9	356	32,0	108	58,0	160	8,2	280
Inhambane	45,3	68,3	165	53,4	75	67,8	113	9,0	143
Gaza	50,8	70,3	198	47,6	101	61,1	139	11,4	169
Maputo	43,4	64,1	515	52,1	224	76,4	330	8,9	296
Cidade de Maputo	40,9	62,0	274	56,9	112	75,2	170	7,8	139
Nível de escolaridade									
Nenhum	27,0	34,6	543	8,9	147	13,6	188	6,6	419
Primário	36,4	48,4	2 385	13,7	868	26,9	1 156	7,5	1 858
Secundário	37,4	57,3	1 983	47,5	742	68,7	1 136	7,7	1 427
Superior	47,4	61,7	203	42,5	96	75,7	125	9,6	145
Quintil de riqueza									
Mais baixo	35,1	44,1	833	6,1	292	13,6	368	6,9	711
Segundo	29,9	39,8	986	12,6	295	19,9	393	6,5	779
Médio	36,5	49,2	906	18,8	331	33,7	445	7,3	708
Quarto	37,5	55,8	991	29,7	372	54,8	553	8,2	741
Mais elevado	40,2	60,5	1 398	53,0	563	74,5	846	8,7	910
Total 15–49	36,2	50,9	5 114	28,4	1 853	46,5	2 605	7,6	3 849
50–54	21,0	18,8	266	3,9	56	31,2	50	11,4	210
Total 15–54	35,5	49,3	5 380	27,7	1 909	46,2	2 655	7,8	4 059

¹ A média é calculada excluindo os inquiridos que deram respostas não numéricas.

3.14.3 *Testagem Prévia de HIV*

Os programas de testagem de HIV diagnosticam pessoas vivendo com HIV para que possam ser encaminhadas para atendimento e acesso ao tratamento antirretroviral. O conhecimento do sero estado de HIV ajuda também aos indivíduos HIV negativos a reduzirem o risco de infecção e permanecerem negativos. Ver **Quadros 22.1 e 22.2**.

- Mais da metade das mulheres (66%) e homens (58%) de 15–49 anos de idade, reportaram alguma vez terem sido submetido ao teste de HIV e receberam os resultados e, menos de um terço foram submetidos ao teste de HIV nos últimos 12 meses anteriores ao inquérito e receberam os resultados do último teste.
- A percentagem de mulheres submetidas ao teste de HIV nos últimos 12 meses anteriores ao inquérito e que recebeu os resultados do último teste é maior em mulheres da área urbana (40%) em comparação com as da área rural (20%).
- Em relação aos homens a percentagem que foi submetida ao teste de HIV nos últimos 12 meses anteriores ao inquérito e que recebeu resultado do último teste, é maior nos homens com nível superior (51%), em comparação com os sem nenhum nível, com uma diferença de 37 pontos percentuais.

Quadro 22.1 Cobertura de testagem prévia de HIV: Mulheres

Distribuição percentual de mulheres de 15–49 anos pelo estado de teste de HIV e se receberam os resultados do último teste, percentagem de mulheres que alguma vez foram submetidas ao teste e percentagem de mulheres submetidas ao teste nos últimos 12 meses e que receberam os resultados do último teste, segundo características seleccionadas, Moçambique IDS 2022–23

Características seleccionadas	Distribuição percentual de mulheres por estado de testagem e por se receberam os resultados do último teste			Total	Percentagem alguma vez submetida ao teste	Percentagem que foram submetidos ao teste de HIV nos últimos 12 meses e receberam os resultados do último teste	Número de mulheres
	Alguma vez submetida ao teste e recebeu os resultados	Alguma vez submetida ao teste e não recebeu os resultados	Nunca submetida a teste ¹				
Grupo de idade							
15–24	54,1	1,4	44,5	100,0	55,5	26,4	5 743
15–19	39,1	1,0	60,0	100,0	40,0	21,3	3 050
20–24	71,0	1,9	27,1	100,0	72,9	32,3	2 693
25–29	76,6	1,9	21,5	100,0	78,5	31,6	2 195
30–39	77,6	2,2	20,2	100,0	79,8	31,2	3 063
40–49	69,7	1,5	28,8	100,0	71,2	22,2	2 182
Estado civil							
Nunca casou	45,1	0,4	54,5	100,0	45,5	26,7	2 896
Já teve relações sexuais	68,3	0,7	31,0	100,0	69,0	41,5	1 642
Nunca teve relações sexuais	14,7	0,1	85,2	100,0	14,8	7,3	1 254
Casado(a)/união marital	70,8	2,1	27,1	100,0	72,9	27,7	8 488
Divorciado(a)/separado(a)/viúvo(a)	75,9	1,7	22,4	100,0	77,6	29,5	1 799
Área de residência							
Urbana	78,8	1,1	20,2	100,0	79,8	40,2	5 120
Rural	57,7	2,1	40,2	100,0	59,8	19,7	8 063
Província							
Niassa	46,2	2,7	51,1	100,0	48,9	14,7	861
Cabo Delgado	62,7	2,5	34,8	100,0	65,2	23,4	705
Nampula	49,2	3,2	47,5	100,0	52,5	12,4	3 064
Zambézia	56,5	1,1	42,4	100,0	57,6	17,1	2 193
Tete	68,8	0,1	31,1	100,0	68,9	26,0	1 314
Manica	77,3	2,3	20,4	100,0	79,6	39,0	909
Sofala	73,7	1,1	25,2	100,0	74,8	29,5	909
Inhambane	84,0	1,0	14,9	100,0	85,1	46,8	555
Gaza	86,5	1,5	11,9	100,0	88,1	51,8	670
Maputo	88,3	0,6	11,1	100,0	88,9	50,9	1 347
Cidade de Maputo	89,0	0,3	10,7	100,0	89,3	53,2	655
Nível de escolaridade							
Nenhum	50,7	2,9	46,4	100,0	53,6	13,5	3 522
Primário	65,8	1,6	32,6	100,0	67,4	23,7	5 601
Secundário	77,6	0,9	21,6	100,0	78,4	44,0	3 709
Superior	95,8	0,2	4,0	100,0	96,0	61,0	352
Quintil de riqueza							
Mais baixo	46,7	2,7	50,7	100,0	49,3	11,2	2 420
Segundo	54,2	2,1	43,6	100,0	56,4	12,8	2 363
Médio	61,6	2,3	36,1	100,0	63,9	23,1	2 372
Quarto	75,5	1,1	23,4	100,0	76,6	35,3	2 810
Mais elevado	83,6	0,7	15,7	100,0	84,3	47,8	3 218
Total	65,9	1,7	32,4	100,0	67,6	27,7	13 183

¹ Inclui entrevistadas que se recusaram a responder as perguntas sobre testes

Quadro 22.2 Cobertura de testagem prévia de HIV: Homens

Distribuição percentual de homens de 15–49 anos pelo estado de teste de HIV e se receberam os resultados do último teste, percentagem de homens que alguma vez foram submetidos ao teste e percentagem de homens submetidos ao teste nos últimos 12 meses e que receberam os resultados do último teste, segundo características seleccionadas, Moçambique IDS 2022–23

Características seleccionadas	Distribuição percentual de homens por estado de testagem e por se receberam os resultados do último teste			Total	Percentagem alguma vez submetido ao teste	Percentagem que foram submetidos ao teste de HIV nos últimos 12 meses e receberam os resultados do último teste	Número de homens
	Alguma vez submetido ao teste e recebeu os resultados	Alguma vez submetido ao teste e não recebeu os resultados	Nunca submetido a teste ¹				
Grupo de idade							
15–24	37,7	0,8	61,5	100,0	38,5	19,0	2 362
15–19	22,8	0,6	76,6	100,0	23,4	11,5	1 386
20–24	58,9	1,0	40,1	100,0	59,9	29,6	976
25–29	71,1	0,8	28,1	100,0	71,9	32,8	781
30–39	80,3	1,0	18,7	100,0	81,3	34,0	1 135
40–49	73,3	0,4	26,3	100,0	73,7	27,2	836
Estado civil							
Nunca casou	34,2	0,7	65,1	100,0	34,9	17,7	1 976
Já teve relações sexuais	44,5	0,7	54,7	100,0	45,3	23,9	1 323
Nunca teve relações sexuais	13,3	0,6	86,1	100,0	13,9	5,1	653
Casado(a)/união marital	72,6	0,9	26,6	100,0	73,4	30,2	2 880
Divorciado(a)/separado(a)/viúvo(a)	79,5	0,0	20,5	100,0	79,5	37,7	258
Área de residência							
Urbana	69,4	0,7	29,9	100,0	70,1	33,9	2 078
Rural	50,4	0,8	48,8	100,0	51,2	20,2	3 036
Província							
Niassa	52,4	0,1	47,5	100,0	52,5	22,9	342
Cabo Delgado	40,2	0,6	59,2	100,0	40,8	19,0	275
Nampula	51,2	0,8	48,0	100,0	52,0	15,9	1 266
Zambézia	51,8	0,9	47,3	100,0	52,7	27,7	863
Tete	60,7	1,2	38,0	100,0	62,0	26,2	513
Manica	62,3	0,4	37,3	100,0	62,7	27,5	347
Sofala	57,4	0,2	42,4	100,0	57,6	25,0	356
Inhambane	59,2	0,3	40,6	100,0	59,4	34,8	165
Gaza	67,7	2,6	29,7	100,0	70,3	30,3	198
Maputo	77,4	0,7	21,9	100,0	78,1	39,3	515
Cidade de Maputo	81,6	0,3	18,2	100,0	81,8	39,5	274
Nível de escolaridade							
Nenhum	39,9	0,8	59,3	100,0	40,7	13,6	543
Primário	51,7	0,8	47,5	100,0	52,5	20,3	2 385
Secundário	67,3	0,8	31,8	100,0	68,2	33,0	1 983
Superior	91,1	0,0	8,9	100,0	91,1	51,4	203
Quintil de riqueza							
Mais baixo	49,4	0,4	50,2	100,0	49,8	17,3	833
Segundo	46,0	1,3	52,8	100,0	47,2	19,8	986
Médio	50,9	0,4	48,6	100,0	51,4	21,3	906
Quarto	62,3	0,8	36,9	100,0	63,1	27,9	991
Mais elevado	73,5	0,8	25,7	100,0	74,3	36,3	1 398
Total 15–49	58,1	0,8	41,1	100,0	58,9	25,8	5 114
50–54	64,8	0,2	35,0	100,0	65,0	23,9	266
Total 15–54	58,4	0,7	40,8	100,0	59,2	25,7	5 380

¹ Inclui entrevistados que se recusaram a responder as perguntas sobre testes

REFERÊNCIAS

Bradley, S.E.K., T.N. Croft, J.D. Fishel, and C.F. Westoff. 2012. *Revising Unmet Need for Family Planning. DHS Analytical Studies No. 25*. Calverton, Maryland, USA: ICF International.

Centers for Disease Control and Prevention. 1998. Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 47 (RR-3): 1–29

Chaparro, C. M., and P. S. Suchdev. 2019. “Anemia Epidemiology, Pathophysiology, and Etiology in Low- and Middle-Income Countries.” *Annals of the New York Academy of Sciences* 1450 (1): 15–31. <https://doi:10.1111/nyas.14092>

Haider, B. A., I. Olofin, M. Wang, D. Spiegelman, M. Ezzati, W. W. Fawzi. 2013. “Anaemia, Prenatal Iron Use, and Risk of Adverse Pregnancy Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis.” *BMJ* 346: f3443. <https://doi.org/10.1136/bmj.f3443>

Van Lerberghe, W., and V. De Brouwere. 2001. “Of Blind Alleys and Things That Have Worked: History’s Lessons on Reducing Maternal Mortality.” In: De Brouwere, V., and W. Van Lerberghe, eds. *Safe Motherhood Strategies: A Recent Review of the Evidence*. Antwerp: ITG Press, 7–33.

World Health Organization (WHO). 2003. *World Health Report 2003*. Geneva: WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42789>

World Health Organization (WHO). 2006a. *Standards for Maternal and Neonatal Care*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216>

World Health Organization (WHO). 2006b. *Child Growth Standards*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). 2017. Nutritional anaemias: tools for effective prevention and control. Geneva: WHO. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513067>

World Health Organization (WHO) and United Nations Children’s Fund (UNICEF). 2021. *Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices: Definitions and Measurement Methods*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240018389>