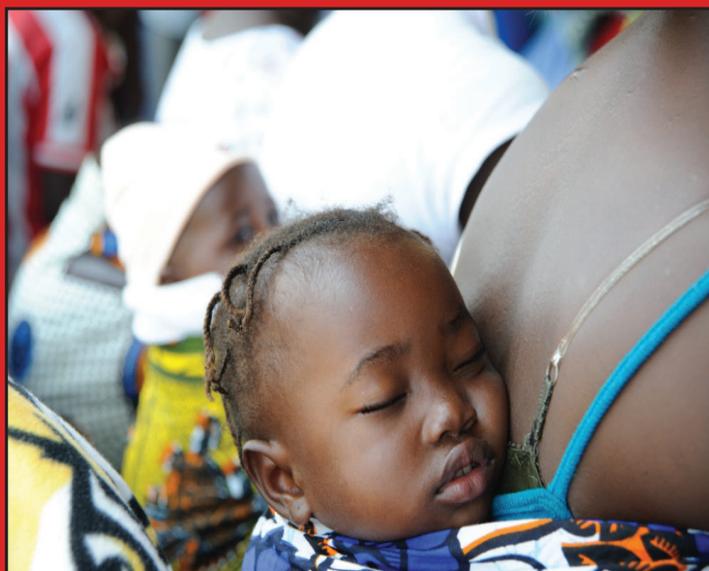




Angola

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

Principais Resultados





O Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde (IIMS 2015-2016) foi realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), em colaboração directa com o Ministério da Saúde (MINSA) e o Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial (MPDT). A coordenação do inquérito esteve a cargo do INE, com a colaboração do MINSA e a assistência técnica da UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e da ICF, através de The Demographic and Health Surveys Program (The DHS Program) e apoio logístico da Organização Mundial da Saúde (OMS). O inquérito foi financiado pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), através dos fundos da Iniciativa do Presidente dos Estados Unidos para o Controlo da Malária (PMI) e do Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para Alívio da SIDA (PEPFAR); Banco Mundial, através do Programa de Municipalização da Saúde do Ministério da Saúde e Governo de Angola.

Poderá obter informações adicionais sobre o inquérito junto do Instituto Nacional de Estatística (Telefone: +244 222 420 730/1; Internet: www.ine.gov.ao) e do Ministério da Saúde (www.minsa.gov.ao).

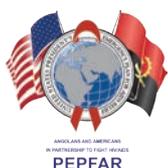
Para obter informações adicionais sobre o inquérito e The DHS Program, o favor de contactar ICF. 530 Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850, U.S.A. (Telefone: +1-301-407-6500; fax: +1-301-407-6501; E-mail: info@DHSprogram.com; Internet: www.DHSprogram.com; www.statcompiler.com).

Estilo recomendado para referências:

Instituto Nacional de Estatística (INE), Ministério da Saúde (MINSA), Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial (MPDT) e ICF, 2017. *Principais Resultados do IIMS 2015-2016*. Luanda, Angola. Rockville, Maryland, EUA: INE, MINSA, MPDT e ICF.

Fotografias da capa: © 2013 Guillermo Rodríguez Gaya

© 2010 Guy Oliver/IRIN



INQUÉRITO DE INDICADORES MÚLTIPLOS E DE SAÚDE 2015-2016

O Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde (IIMS 2015-2016) foi realizado no período entre Outubro de 2015 e Março de 2016. Com a realização do IIMS 2015-2016, Angola junta-se pela primeira vez, à lista de países que já realizaram um Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS), no âmbito de The DHS Program, realizando conjuntamente o quarto Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS IV) e o primeiro Inquérito Demográfico e de Saúde (DHS I). O IIMS 2015-2016 tem como objectivo fornecer informações actualizadas relativamente à situação dos homens, mulheres e crianças e medir o estado actual de alguns indicadores chaves, tais como os aspectos demográficos, saúde materno-infantil, planeamento familiar, nutrição, malária, anemia e VIH.

Quem participou no inquérito?

O IIMS 2015-2016 tem uma amostra que garante representatividade a nível nacional, provincial, urbano e rural. A amostra consiste de 14.379 mulheres de 15-49 anos, entrevistadas em todos os agregados familiares seleccionados e 5.684 homens de 15-54 anos, entrevistados em 50% dos agregados familiares. Isto corresponde a uma taxa de reposta de 96% para mulheres e 94% para homens.

ANGOLA



CARACTERÍSTICAS DOS AGREGADOS FAMILIARES E DOS INQUIRIDOS

Composição dos agregados familiares

Em Angola, o tamanho médio do agregado familiar é de 4,8 membros. Trinta e cinco por cento dos agregados familiares são chefiados por mulheres. A estrutura etária da população é muito jovem; cerca de metade (51%) da população tem menos de 15 anos.

Água, instalações sanitárias e electricidade

Cinquenta e três por cento dos agregados familiares têm acesso a uma fonte de água apropriada. O acesso à água apropriada varia de acordo com a área de residência, sendo dois terços (67%) dos agregados familiares nas áreas urbanas e um terço (32%) nas áreas rurais. Vinte e oito por cento dos agregados familiares levam 30 ou mais minutos para obter água.

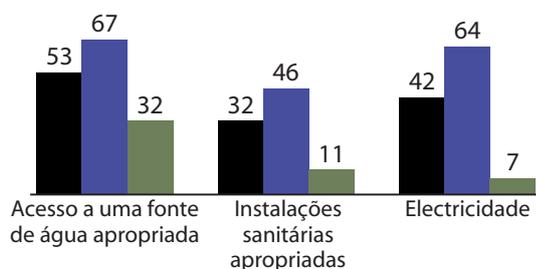
Um terço (32%) dos agregados familiares têm instalações sanitárias apropriadas. Três em cada dez não têm qualquer instalação sanitária.

A nível nacional, 4 em cada dez (42%) agregados familiares têm electricidade. A proporção de agregados familiares com electricidade é nove vezes maior nas áreas urbanas (64%) do que nas áreas rurais (7%).

Água, instalações sanitárias e electricidade por área de residência

Percentagem de agregados familiares que tem:

■ Angola ■ Urbana ■ Rural



© 2006 Alfredo L. Fort, Cortesia de Photoshare

Posse de bens

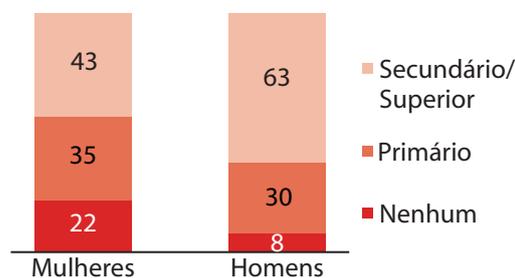
Em relação aos bens duráveis, a maioria dos agregados familiares têm posse de telefone celular (63%), televisão e rádio (51% cada um). Quanto aos meios de transporte, os agregados familiares têm mais acesso as motorizadas (18%) e carros/camiões (11%). Segundo a área de residência, uma maior proporção de agregados familiares nas áreas urbanas do que nas áreas rurais possuem bens duráveis como telefone celular (83% contra 31%) mas uma maior proporção de agregados familiares rurais possuem terra para agricultura (82% nas áreas rurais contra 17% nas áreas urbanas).

Escolaridade

Oito por cento dos homens e 22% das mulheres de 15-49 anos não têm nenhum nível de escolaridade. Três em cada dez homens e mais de um terço das mulheres frequentaram o nível primário. Sessenta e três por cento das homens e 43% das mulheres têm um nível de educação secundário ou superior. Seis em cada dez (58%) mulheres sabem ler, em comparação com 84% dos homens.

Nível de escolaridade

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



FECUNDIDADE E OS SEUS DETERMINANTES

Taxa Global de Fecundidade

Em Angola, as mulheres têm uma média de 6,2 filhos. Existem grandes diferenças entre as áreas de residência, sendo a taxa global de fecundidade mais baixa (5,3 filhos por mulher) na área urbana do que na área rural (8,2 filhos por mulher). Segundo a província, a fecundidade varia de 4,5 filhos em Luanda a 8,6 filhos no Bié.

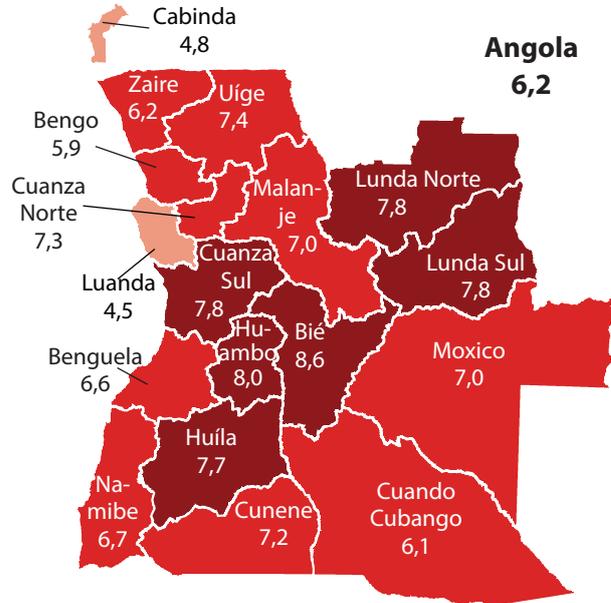
A fecundidade é mais elevada nas mulheres sem escolaridade (7,8 filhos por mulher) do que nas mulheres com o ensino secundário ou superior (4,5 filhos por mulher). Quanto ao nível socioeconómico*, as mulheres dos agregados familiares no primeiro quintil têm a fecundidade mais alta (8,5 filhos por mulher) e as dos agregados familiares no quinto quintil têm o nível mais baixo (4,0 filhos por mulher).



© 2006 Alfredo L. Fort, Cortesia de Photoshare

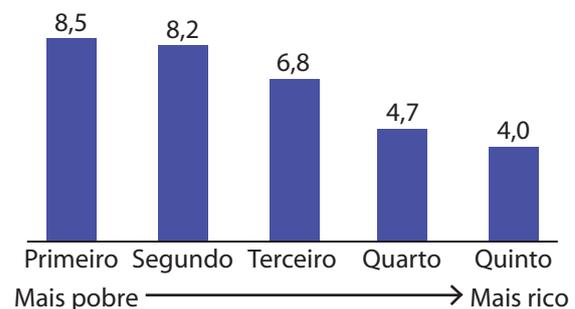
Taxa global de fecundidade por província

Número de filhos por mulher para os três anos anteriores ao inquérito



Taxa global de fecundidade por quintil socioeconómico

Número de filhos por mulher para os três anos anteriores ao inquérito



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

Idade mediana na primeira relação sexual, no primeiro parto e na primeira união

Os homens e mulheres tendem a ter a primeira relação sexual quase ao mesmo tempo. A idade mediana na primeira relação sexual para os homens e mulheres de 25-49 anos é de 16,6 e 16,7, respectivamente.

Entre as mulheres, a idade na primeira relação sexual aumenta consoante o nível de escolaridade. As mulheres com nível secundário ou superior iniciam mais tarde a primeira relação sexual (17,6 anos) comparado com as mulheres sem escolaridade (15,9 anos). Os homens mostram o comportamento contrário. Os homens de 25-54 anos com nível secundário ou superior iniciam a primeira relação à idade mediana de 16,6 anos, e os homens sem nenhum nível iniciam a primeira relação um ano mais tarde, aos 17,5 anos. Quase um quarto de homens e mulheres iniciam a actividade sexual antes dos 15 anos, e dois terços iniciam antes dos 18 anos.

As mulheres têm o seu primeiro filho aproximadamente três anos depois da primeira relação sexual, aos 19,5 anos. A idade mediana no primeiro nascimento varia de 18,5 anos no Bié a 21,3 anos no Moxico.

As mulheres casam um ano depois do primeiro parto, aos 20,5 anos. Os homens casam quatro anos mais tarde que as mulheres, aos 24,4 anos. Mulheres sem nenhum nível e com nível primário casam mais cedo (aos 19,8 anos e 19,5 em comparação com 22,5 anos para as mulheres com escolaridade secundário ou superior). No total, 7% dos homens e 30% das mulheres casam antes dos 18 anos. Quarenta e oito por cento dos homens e 55% das mulheres de 15-49 anos são actualmente casados*.

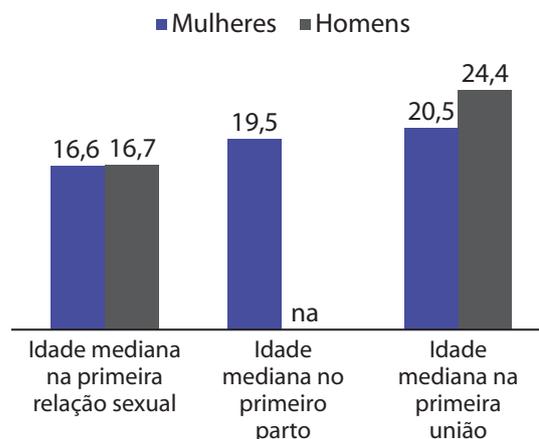
Poligamia

Vinte e dois por cento das mulheres de 15-49 anos encontram-se em uniões poligâmicas, com pelo menos uma co-esposa. No entanto, 8% dos homens têm mais de uma esposa. A poligamia tem uma relação inversa com o quintil socioeconómico: 13% dos homens mais pobres têm duas ou mais esposas, em comparação com 2% dos homens mais ricos.

*No IIMS 2015-2016, actualmente casado refere-se aos respondentes que declaram ser casados ou vivem com um parceiro em união de facto..

Idade mediana na primeira relação sexual, no primeiro parto e na primeira união

Entre homens e mulheres de 25-49 anos



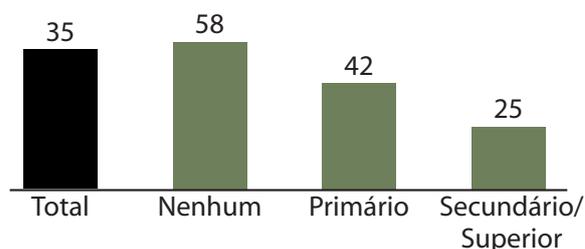
Fecundidade na adolescência

Cerca de um terço (35%) das mulheres de 15-19 anos já iniciaram a vida reprodutiva (29% já tiveram uma criança nascida viva e 6% estão grávidas pela primeira vez).

A iniciação da vida reprodutiva na adolescência é duas vezes maior nas mulheres adolescentes sem nenhum nível de escolaridade (58%) do que nas com nível secundário ou superior (25%). Por província, a iniciação da vida reprodutiva na adolescência varia de 21% em Luanda a 60% na Lunda Sul.

Fecundidade nas adolescentes por nível de escolaridade

Percentagem de mulheres de 15-19 anos que já iniciaram a vida reprodutiva



PLANEAMENTO FAMILIAR

Conhecimento de métodos contraceptivos

Noventa e cinco por cento dos homens e 79% das mulheres de 15-49 anos conhecem pelo menos um método de planeamento familiar. O método moderno mais conhecido tanto por homens e mulheres é o preservativo masculino (94% e 73%, respectivamente).

Uso de métodos contraceptivos

Entre as mulheres actualmente casadas de 15-49 anos, 14% usam actualmente algum método contraceptivo e 13% usam um método moderno. Os métodos contraceptivos modernos mais usados pelas mulheres casadas são as injeções (5%), a pílula (4%) e o preservativo masculino (3%).

As mulheres não casadas mas sexualmente activas são mais propensas a usar métodos contraceptivos. Cerca de um quarto (27%) usam um método contraceptivo moderno. O preservativo masculino (20%) e a pílula (4%) são os métodos mais usados por estas mulheres.

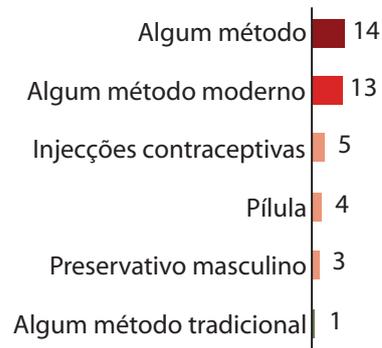
O uso de métodos contraceptivos modernos entre mulheres casadas é maior na área urbana (18%) do que na área rural (apenas 2%). Por província, o Cuando Cubango conta com a percentagem mais baixa de uso de métodos modernos por mulheres casadas (1%) e Luanda com a percentagem mais alta (30%). O uso de métodos modernos aumenta drasticamente com o quintil socioeconómico. Apenas 1% das mulheres casadas no primeiro quintil socioeconómico usa métodos modernos, comparado com 31% das mulheres no quinto quintil.

Fonte de métodos contraceptivos modernos

A fonte de planeamento familiar depende do método usado. Por exemplo, 87% de usuárias de injeções contraceptivas obtêm este método do sector público. O contrário verifica-se para os preservativos masculinos, onde 82% são obtidos do sector privado (primariamente das farmácias). Quanto à pílula, a fonte varia: 53% de usuárias obtêm-a do sector privado e 43% do sector público.

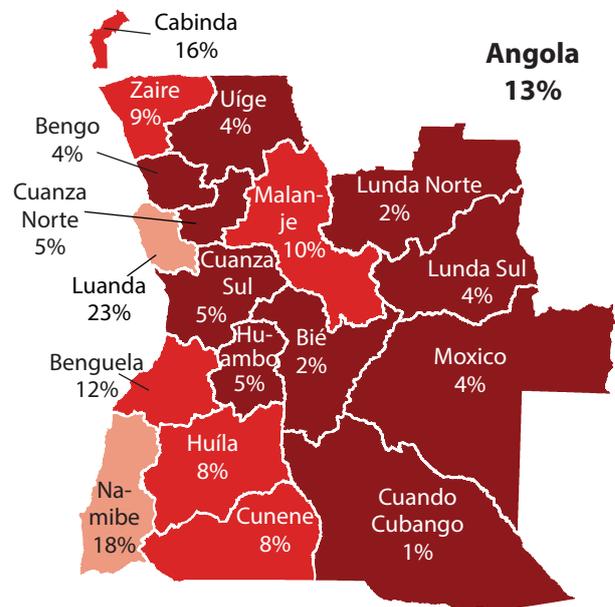
Uso de métodos contraceptivos

Percentagem de mulheres actualmente casadas de 15-49 anos



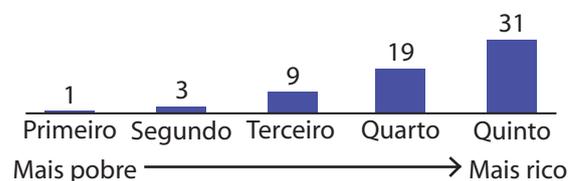
Uso de métodos modernos por província

Percentagem de mulheres actualmente casadas de 15-49 anos que usam métodos contraceptivos modernos



Uso de métodos modernos por quintil socioeconómico

Percentagem de mulheres actualmente casadas de 15-49 anos que usam métodos contraceptivos modernos



Procura de planeamento familiar

Cerca de um terço (35%) das mulheres de 15-49 anos casadas querem adiar o parto seguinte por dois anos ou mais. Adicionalmente, 17% das mulheres casadas desejam não ter mais filhos. As mulheres que desejam adiar ou limitar os nascimentos têm uma procura de planeamento familiar. A procura total de planeamento familiar para mulheres casadas em Angola é de 52%.

Procura de planeamento familiar satisfeita por métodos modernos

A procura total de planeamento familiar inclui necessidade satisfeita e não satisfeita. A necessidade satisfeita é a percentagem de mulheres casadas que actualmente usam métodos contraceptivos. Em Angola, 14% das mulheres casadas usam o planeamento familiar (13% usam métodos modernos e 1% métodos tradicionais). A necessidade não satisfeita é definida como a proporção de mulheres casadas que desejam adiar ou limitar os nascimentos, mas não usam um método contraceptivo. Quase 4 em cada dez (38%) mulheres casadas têm uma necessidade de planeamento familiar não satisfeita: 26% desejam adiar os nascimentos e 12% desejam limitá-los.

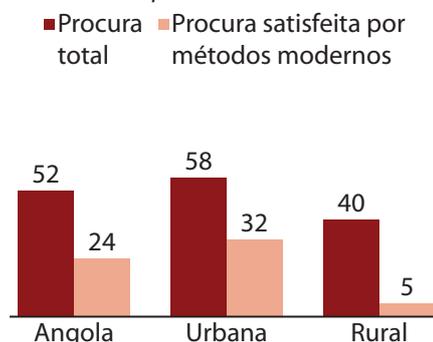
A procura satisfeita por métodos modernos mede quanto as mulheres casadas que desejam adiar ou limitar os nascimentos usam métodos contraceptivos modernos. Os resultados do IIMS 2015-2016 mostram que, em Angola, um quarto (24%) da procura de planeamento familiar é satisfeita por métodos modernos.

As mulheres nas áreas urbanas têm uma maior procura de planeamento familiar (58%) que as mulheres nas áreas rurais (40%). Contudo, apesar da procura ser maior, as mulheres nas áreas urbanas têm maior percentagem da procura satisfeita por métodos modernos (32%) do que as mulheres nas áreas rurais (5%).

A procura satisfeita por métodos modernos também aumenta com o quintil socioeconómico, crescendo de 3% entre as mulheres do primeiro quintil para 48% entre as mulheres do quinto quintil, o que representa um valor 16 vezes mais alto.

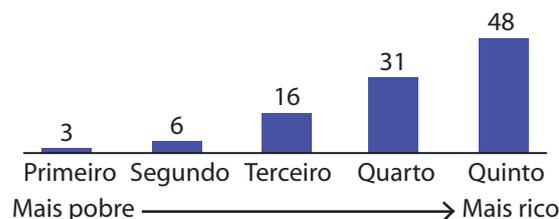
Procura de planeamento familiar por área de residência

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



Procura de planeamento familiar satisfeita por métodos modernos por quintil socioeconómico

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



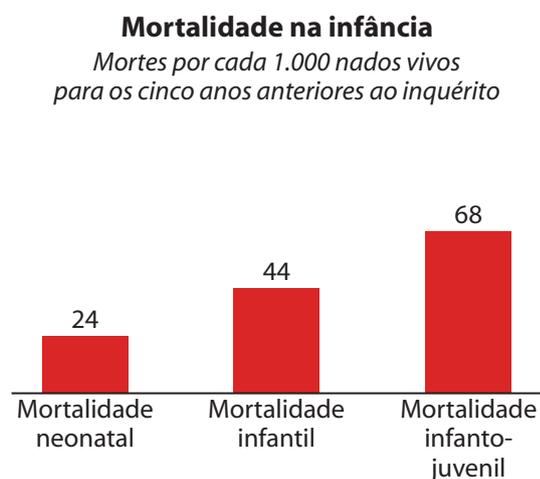
Escolha informada

As usuárias de planeamento familiar devem ser informadas dos efeitos secundários dos métodos contraceptivos, o que fazer se ocorrerem efeitos secundários, e outros métodos que poderiam usar. Sete em cada dez (72%) usuárias de métodos contraceptivos modernos foram informadas dos efeitos secundários ou dos problemas que podem causar o método contraceptivo. Seis em cada dez (59%) foram informadas do que é necessário fazer se ocorressem esses efeitos. Para além disso, três quartos (73%) das usuárias foram informadas sobre outros métodos que poderiam usar.

MORTALIDADE NA INFÂNCIA

Taxas de mortalidade

As taxas de mortalidade neonatal e infantil são de 24 e 44 mortes em cada 1.000 nados vivos, respectivamente. A taxa de mortalidade infanto-juvenil é de 68 mortes por 1.000 nados vivos. Isto significa que 1 em cada 15 crianças morre antes do seu quinto aniversário.

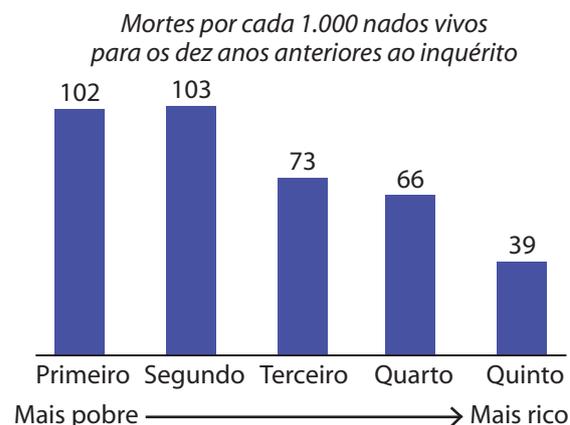


Taxas de mortalidade por características socioeconómicas

As taxas de mortalidade para os 10 anos anteriores ao inquérito variam segundo a área de residência, província e quintil socioeconómico.

A diferença segundo a área de residência na taxa de mortalidade infanto-juvenil é de 68 mortes por cada 1.000 nados vivos nas áreas urbanas a 98 por 1.000 nados vivos nas áreas rurais. A taxa de mortalidade infanto-juvenil é 2,5 vezes maior nas crianças do primeiro e segundo quintil do que nas crianças do quinto quintil (102 e 103 mortes por 1.000 nados vivos nos primeiros dois quintis contra 39 no quinto quintil).

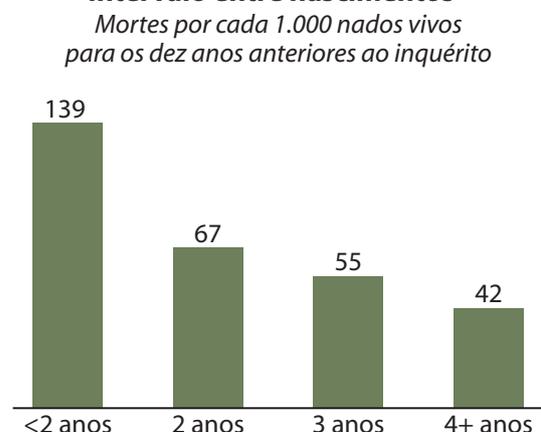
Taxa de mortalidade infanto-juvenil por quintil socioeconómico



Intervalo entre nascimentos

Manter um intervalo de 36 meses entre nascimentos reduz o risco de morte infantil. Em Angola, o intervalo mediano entre nascimentos é de 30,8 meses. A mortalidade infanto-juvenil diminui em função do intervalo entre o nascimento anterior. Os dados mostram um risco muito elevado quando o intervalo é inferior a 24 meses (139 mortes por 1.000 nados vivos) em comparação com os intervalos maiores. No total, um quarto dos nascimentos ocorrem dentro dos primeiros 24 meses após o nascimento anterior.

Taxa de mortalidade infanto-juvenil por intervalo entre nascimentos



CUIDADOS DE SAÚDE MATERNA

Cuidados pré-natais

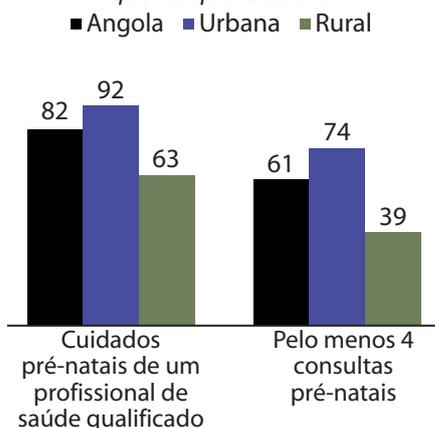
Oito em cada dez (82%) mulheres de 15-49 anos com um filho nascido vivo nos cinco anos anteriores ao inquérito fizeram pelo menos uma consulta pré-natal atendida por um profissional de saúde qualificado (médico, enfermeira ou parteira). Embora a cobertura de cuidados pré-natais é de 92% nas áreas urbanas, a cobertura diminui a 63% nas áreas rurais. Por outro lado, 18% das mulheres em Angola não fizeram nenhuma consulta pré-natal.

A quantidade e momento dos cuidados pré-natais são igualmente importantes. Embora a cobertura de cuidados pré-natais seja alta no geral, a percentagem de mulheres que recebem pelo menos quatro consultas pré-natais é mais baixa. No total, 61% das mulheres recebem quatro ou mais consultas e apenas 40% recebem a primeira consulta durante os primeiros três meses de gravidez.

Três quartos das mulheres tomaram xarope ou sulfato ferroso durante a gravidez. Dois terços dos últimos partos foram protegidos contra o tétano neonatal. Entre as mulheres que receberam consultas pré-natais para o nascimento mais recente, 86% tiveram a pressão sanguínea medida, 82% deram uma amostra de urina e 85% deram uma amostra de sangue para avaliar o estado clínico.

Cuidados pré-natais e número de consultas por área de residência

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



Parto e cuidados pós-parto

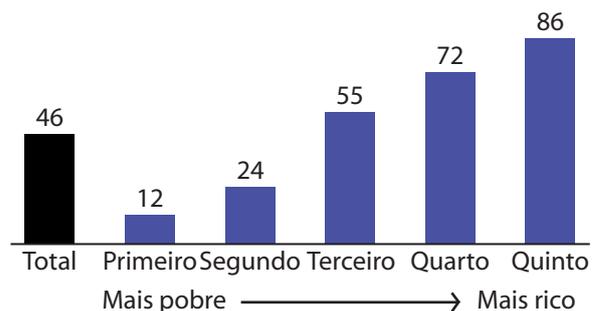
Menos de metade (46%) dos partos em Angola ocorrem numa unidade sanitária, sendo 44% no sector público. Cinquenta e três por cento dos partos ocorrem em casa. Metade (50%) dos partos são assistidos por um profissional de saúde qualificado.

As mulheres no quinto quintil socioeconómico são mais propensas a dar à luz numa unidade sanitária que as mulheres no primeiro quintil (86% contra 12%). Por província, os partos em unidades sanitárias variam de 17% no Bié a 86% no Zaire.

Os dias e semanas após o parto são uma fase crítica na vida das mães e dos seus recém-nascidos. Menos de um quarto (23%) das mulheres recebem uma consulta pós-natal nos primeiros dois dias após o parto, e 62% não recebem nenhuma consulta pós-parto. Um em cada cinco (21%) recém-nascidos teve uma consulta pós-natal nos primeiros dois dias após o nascimento.

Partos em unidades sanitárias por quintil socioeconómico

Entre nados vivos nos cinco anos anteriores ao inquérito, percentagem dos partos ocorridos em unidades sanitárias



Mortalidade associada à gravidez

O IIMS 2015-2016 perguntou às mulheres sobre as mortes das suas irmãs para determinar a mortalidade associada à gravidez ou ao parto. Em Angola, a razão de mortalidade associada à gravidez é de 239 mortes por cada 100.000 nados vivos (intervalo de confiança de 164 a 313), ou seja, por cada 1.000 nados vivos em Angola nos sete anos anteriores ao inquérito, morreram aproximadamente duas mulheres durante a gravidez, parto ou nos dois meses após o parto.

SAÚDE DA CRIANÇA

Cobertura de todas as vacinas básicas

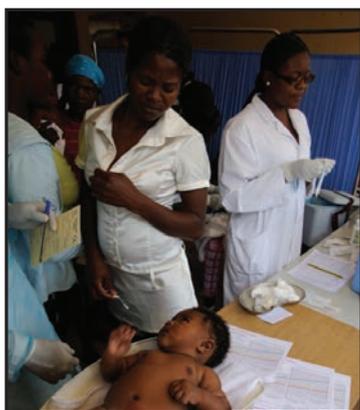
Três em cada dez (31%) crianças de 12-23 meses receberam todas as vacinas básicas. Considera-se que receberam todas as vacinas básicas, se a criança recebeu pelo menos: uma dose da vacina BCG e da vacina contra o sarampo e três doses da vacina pentavalente e da vacina contra a poliomielite. No total, 18% das crianças de 12-23 meses não receberam nenhuma vacina.

A taxa de cobertura das vacinas básicas aumenta consoante o nível de escolaridade da mãe, sendo 16% nas crianças cuja mãe não tem nenhum nível e 51% nas crianças cuja mãe tem nível secundário ou superior. A mesma tendência verifica-se por quintil socioeconómico, sendo 13% nas crianças do primeiro quintil e 57% nas crianças do quinto quintil. A cobertura das vacinas básicas é menor na província do Cuando Cubango (8%) e maior na província de Luanda (50%).

Outras vacinas

Segundo o IIMS 2015-2016, 13% de crianças de 12-23 meses receberam todas as vacinas que são apropriadas para a sua idade – BCG, Hepatite B, três doses de pentavalente, quatro doses da vacina contra a poliomielite, três doses da vacina pneumocócica, duas doses de Rotavírus. Para as crianças de 24-35 meses, as vacinas apropriadas incluem uma segunda dose da vacina contra o sarampo. Apenas 9% dessas crianças receberam todas as vacinas apropriadas para a sua idade.

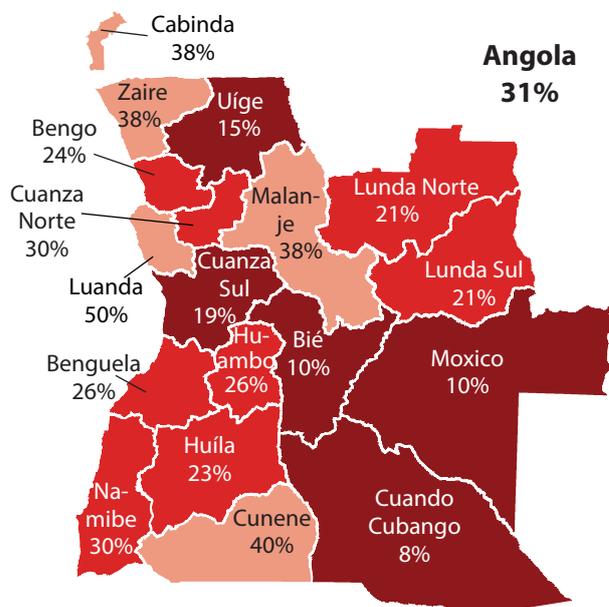
Metade (49%) das crianças de 12-23 meses receberam a vacina contra a Febre Amarela.



© 2010 Guy Oliver/IRIN

Cobertura de todas as vacinas básicas por província

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



Doenças da infância

Nas duas semanas anteriores ao inquérito, 3% das crianças menores de cinco anos tiveram sintomas de infecção respiratória aguda (IRA). Para metade destas crianças (49%) foi-lhes procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária ou junto de um profissional de saúde.

Dezasseis por cento das crianças com menos de cinco anos tiveram diarreia nas duas semanas anteriores ao inquérito. A prevalência de diarreia varia em função da idade. As crianças de 6-23 meses têm maior prevalência de diarreia (27%) e as crianças de 48-59 meses apresentam a prevalência mais baixa (6%). Para 45% de crianças com diarreia foi-lhes procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária ou junto de um profissional de saúde.

É recomendável que as crianças com diarreia recebam Terapia de Reidratação Oral (TRO), o que inclui líquido pré-empacotado de sais de reidratação oral, fluido caseiro recomendado ou aumento de líquidos. Cinquenta e três por cento das crianças com diarreia receberam TRO. Contudo, 3 em cada dez (29%) crianças com diarreia não receberam nenhum tratamento.

PRÁTICAS ALIMENTÍCIAS E SUPLEMENTAÇÃO

Aleitamento materno e alimentação complementar

A amamentação é muito comum em Angola: 95% das crianças são amamentadas. O início precoce da amamentação é importante para a mãe e para a criança. Quase metade (48%) das crianças iniciaram amamentação dentro da primeira hora após o nascimento. Embora não seja o recomendado, 11% das crianças receberam algum alimento diferente do leite materno nos primeiros três dias de vida.

É recomendado que as crianças sejam exclusivamente amamentadas com leite materno nos primeiros seis meses de vida (aleitamento exclusivo). Trinta e oito por cento das crianças menores de seis meses recebem aleitamento materno exclusivo. O aleitamento materno exclusivo diminui consoante a idade da criança. As crianças de 0-1 mês recebem 3,6 vezes mais aleitamento materno exclusivo (62%) do que as crianças de 4-5 meses (17%).

A duração média da amamentação nas crianças é de 18,7 meses. A duração média da amamentação exclusiva é de 3,1 meses.

A introdução de alimentos complementares é recomendado a partir dos seis meses para reduzir o risco de malnutrição. Três quartos (75%) das crianças de 6-8 meses são amamentadas e consomem alimentos complementares.

Posse de sal iodado no agregado familiar

Os micronutrientes são vitaminas e minerais essenciais para a boa saúde. O iodo é um micronutriente importante para o desenvolvimento físico e mental. A fortificação de sal é uma maneira comum de prevenir a deficiência de iodo. Nove em cada dez agregados familiares possuem sal iodado. A posse de sal iodado é maior nas áreas urbanas (95%) do que nas áreas rurais (80%).

Suplementação de Vitamina A e ferro

A vitamina A é importante na prevenção de cegueira e infecção nas crianças. Três quartos (75%) das crianças de 6-23 meses consumiram alimentos ricos em Vitamina A nas 24 horas anteriores ao inquérito. Apenas 6% das crianças de 6-59 meses consumiram um suplemento de Vitamina A nos seis meses anteriores.

A deficiência de ferro é uma das principais causas de anemia e tem consequências graves na saúde da criança. Seis em cada dez crianças de 6-23 meses consumiram alimentos ricos em ferro nas 24 horas anteriores ao inquérito e 1 em cada 10 crianças de 6-59 meses recebeu um suplemento de sulfato ferroso nos sete dias anteriores ao inquérito.

As mulheres grávidas devem tomar comprimidos ou xarope de sulfato ferroso durante a gravidez para prevenir anemia e outras complicações. Um terço das mulheres de 15-49 anos tomaram sulfato ferroso por 90 dias ou mais durante a sua última gravidez.



© 2004 IRIN

ESTADO NUTRICIONAL

Estado nutricional das crianças

O IIMS 2015-2016 avaliou o estado nutricional de crianças menores de cinco anos por a comparação de medições de peso e altura, utilizando uma referência padrão internacional.

Mais de um terço (38%) das crianças apresentam malnutrição crónica (são muito baixas para sua idade). A prevalência de malnutrição crónica varia por província: de 22% em Cabinda a 51% no Bié. A malnutrição crónica diminui com o nível de escolaridade da mãe e o quintil socioeconómico.

Cerca de 5% de crianças apresentam malnutrição aguda (têm baixo peso para sua altura). Uma em cada cinco (19%) crianças tem um peso baixo para sua idade, ou seja, apresentam malnutrição geral.



© OMS/Angola

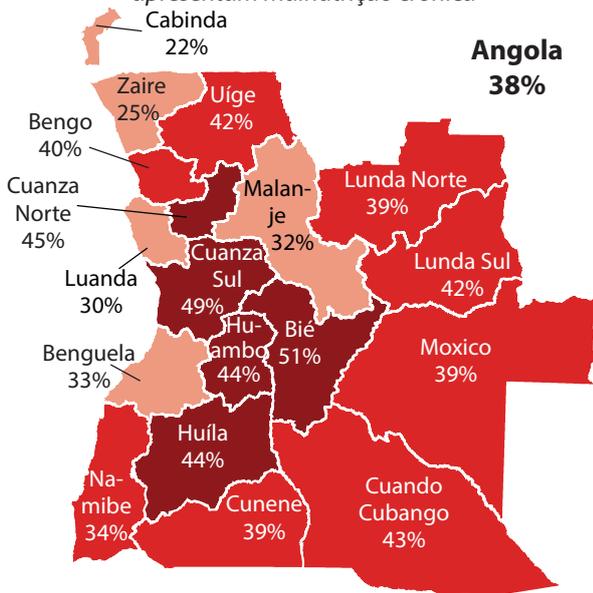
Anemia

No total, quase dois terços (65%) das crianças de 6-59 meses são anémicas e 2% sofrem de anemia grave.

A anemia é mais comum nas crianças de 6-8 meses (83%) e 9-11 meses (82%). No geral, a anemia diminui ligeiramente com o nível de escolaridade da mãe: 67% das crianças cuja mãe não tem nenhum nível de escolaridade ou ensino primário sofrem de anemia, em comparação com 63% das crianças cuja mãe tem escolaridade secundária ou superior. A anemia varia de 50% na Lunda Sul a 77% no Cuando Cubango.

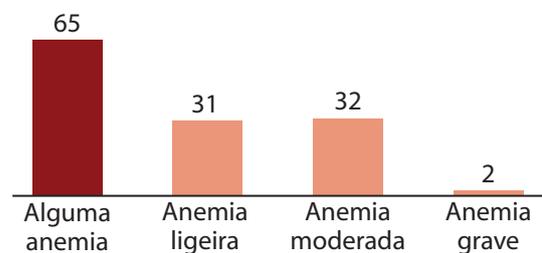
Malnutrição crónica por província

Percentagem de crianças menores de cinco anos que apresentam malnutrição crónica



Prevalência de anemia nas crianças

Percentagem de crianças de 6-59 meses com anemia



PREVENÇÃO DA MALÁRIA

Posse e uso de mosquiteiros

Três em cada dez (31%) agregados familiares possuem pelo menos um Mosquiteiro Tratado com Insecticida (MTI). Quase todos os MTI em Angola são Mosquiteiros Tratados com Insecticida de Longa Duração (MTILD); 29% dos agregados familiares possuem pelo menos um MTILD. Mais de metade dos mosquiteiros nos agregados familiares foram obtidos por uma campanha de distribuição massiva. A posse de MTILD varia de 7% no Moxico a 45% no Namibe.

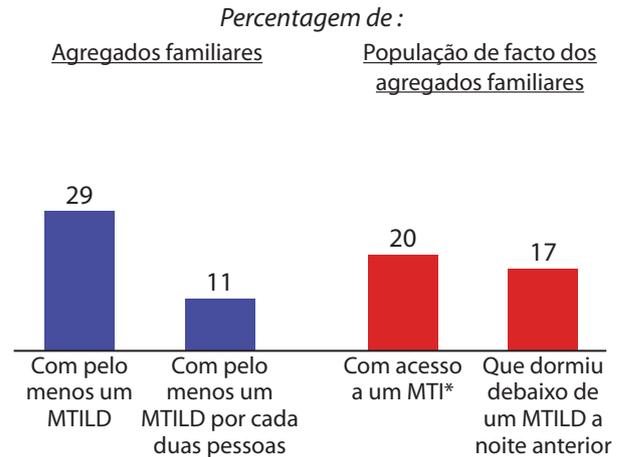
Apenas 1 em cada dez (11%) agregados familiares possui suficientes MTILD para cobrir cada pessoa que dormiu em casa na noite anterior (assumindo que cada mosquiteiro é usado por duas pessoas). No total, 20% da população tem acesso a um MTI, e 17% das pessoas no agregado familiar dormiram debaixo de um MTILD na noite anterior ao inquérito. O uso de MTILD varia por província, sendo mais baixo no Moxico (5%) e mais alto em Cabinda (31%).

As crianças e mulheres grávidas são as mais vulneráveis à malária. Um quinto (20%) das crianças menores de cinco anos e 21% das mulheres grávidas dormiram debaixo de um MTILD na noite anterior ao inquérito. Nos agregados familiares com pelo menos um MTI, o uso é maior: nestes agregados familiares, 61% das crianças e 68% das mulheres grávidas dormiram debaixo de um MTI.

Pulverização Intra-Domiciliar (PID)

Dois por cento das habitações foram pulverizadas nos 12 meses anteriores ao inquérito. A província do Huambo apresenta a maior cobertura de PID (5%). Apesar da baixa cobertura de PID, quase um terço (32%) dos agregados familiares beneficiaram da PID nos últimos 12 meses e/ou têm um MTI.

Posse, acesso e uso de mosquiteiros



*Se cada rede fosse usado no máximo por duas pessoas

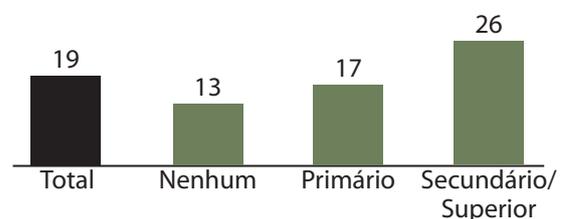
Tratamento Intermitente e Preventivo (TIP) durante a gravidez

A malária na gravidez está associada com impactos de saúde adversos na saúde da mãe e da criança, incluindo anemia e baixo peso ao nascer. Para prevenir a malária, as mulheres grávidas devem receber TIP (três doses ou mais de SP/Fansidar, das quais pelo menos uma seja administrada numa consulta pré-natal).

Mais de um terço (37%) das mulheres grávidas receberam duas ou mais doses de SP/Fansidar, mais apenas 19% receberam três ou mais doses. O TIP aumenta com o nível de escolaridade. Apenas 13% das mulheres sem nenhum nível de escolaridade receberam três ou mais doses de SP/Fansidar durante a última gravidez, em comparação com 26% das mulheres com nível de escolaridade secundário ou superior.

TIP por nível de escolaridade

Percentagem de mulheres de 15-49 anos, com um nado vivo nos dois anos anteriores ao inquérito, que receberam três ou mais doses de SP/Fansidar, das quais, pelo menos uma foi administrada durante uma consulta pré-natal



PREVALÊNCIA DE FEBRE, MALÁRIA E ANEMIA NAS CRIANÇAS

Febre em crianças

Quinze por cento das crianças menores de cinco anos tiveram febre nas duas semanas anteriores ao inquérito. Entre as crianças que tiveram febre, para 51% foi procurado aconselhamento ou tratamento numa unidade sanitária ou junto de um profissional de saúde (e para 27% foi procurado no mesmo dia ou dia seguinte). Num terço das crianças com febre se extraiu sangue do dedo ou calcanhar para testar para malária.

Em Angola, o tratamento recomendado para malária é a terapia combinada à base de artemisinina (TCA). Das crianças com febre que tomaram medicamentos antimaláricos, 77% tomaram algum TCA.

Prevalência da malária

Em 50% dos agregados familiares, as crianças de 6-59 meses foram elegíveis e se extraiu sangue para o teste de diagnóstico rápido (TDR) de malária no IIMS 2015-2016. Segundo os resultados do TDR, 14% das crianças testaram positivas para malária (*P. falciparum* ou *P. vivax* ou ambos).

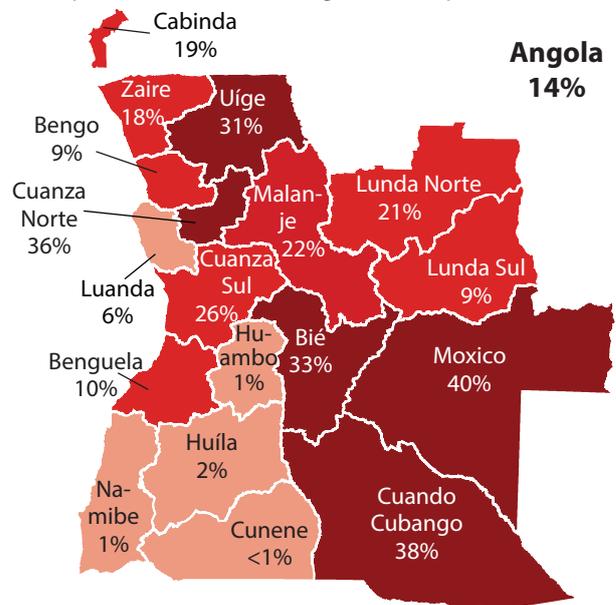
A malária é dez vezes mais prevalente entre crianças dos agregados familiares mais pobres (mais de 20% nos primeiros dois quintis) do que entre crianças dos agregados familiares mais ricos (2% no quinto quintil). A prevalência é maior na área rural (22%) do que na área urbana (8%). Por província, a prevalência de malária varia de menos de 1% no Cunene a 40% no Moxico.



© 2006 Alfredo L Fort, Cortesia de Photoshare

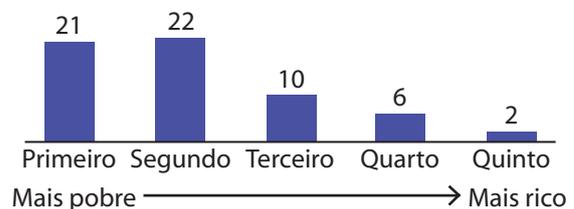
Prevalência da malária nas crianças por província

Percentagem de crianças de 6-59 meses com resultado positivo no Teste de Diagnóstico Rápido (TDR)



Prevalência da malária nas crianças por quintil socioeconómico

Percentagem de crianças de 6-59 meses com resultado positivo no TDR



Prevalência da anemia associada à malária

A anemia moderada-severa associada à malária (hemoglobina abaixo de 8 g/dl de sangue) é um sintoma comum em crianças com malária. Em Angola, 6% das crianças de 6-59 meses sofrem de anemia com esta classificação. As crianças de 12-17 meses têm o maior nível de anemia moderada-severa (9%). A prevalência de anemia moderada-severa é maior em crianças cuja mãe não tem nenhum nível de escolaridade (8%).

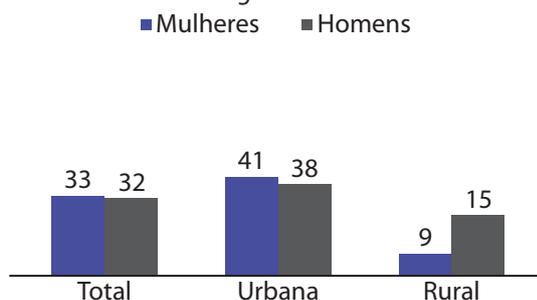
CONHECIMENTOS, ATITUDES E COMPORTAMENTOS EM RELAÇÃO AO VIH E SIDA

Conhecimento sobre VIH entre os jovens

O conhecimento dos dois métodos principais para prevenir o VIH é maior nos homens jovens do que nas mulheres jovens. Sete em cada dez (69%) homens jovens e 6 em cada dez (62%) mulheres jovens de 15-24 anos sabem que é possível de reduzir o risco de contágio com VIH usando preservativo e limitando as relações sexuais a um único parceiro não infectado. Ademais, mais de um terço de homens jovens (36%) e mulheres jovens (37%) rejeitam as duas concepções erradas mais comuns sobre o VIH e dizem que uma pessoa aparentemente saudável pode ter VIH. Conjuntamente, esses cinco elementos de conhecimento compõem o conhecimento abrangente do VIH. Cerca de um terço de homens e mulheres jovens têm conhecimento abrangente do VIH. Tanto para os homens jovens como para as mulheres jovens, conhecimento abrangente é maior nas áreas urbanas e entre as pessoas com escolaridade secundária ou superior.

Conhecimento abrangente do VIH* entre os jovens por área de residência

Percentagem de jovens de 15-24 anos com conhecimento abrangente do VIH



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

Prevenção da Transmissão do VIH de Mãe Para o Filho (TMPF)

Mais de metade dos homens (53%) e mulheres (57%) de 15-49 anos sabem que o VIH pode ser transmitido durante a gravidez, durante o parto e através da amamentação. Uma percentagem ligeiramente maior (58% das mulheres e 62% dos homens) sabe que o risco de TMPF pode ser reduzido se a mãe tomar medicamentos especiais.

Múltiplos parceiros sexuais

O risco de contrair o VIH e outras infecções transmissíveis sexualmente é mais alto se uma pessoa tem parceiros sexuais múltiplos. Dezoito por cento dos homens e 2% das mulheres de 15-49 anos afirmaram ter tido dois ou mais parceiros sexuais no último ano. Entre as pessoas com dois ou mais parceiros nos últimos 12 meses, 30% dos homens e 24% das mulheres usaram um preservativo na última relação sexual. Ao longo da vida, os homens têm mais parceiros do que as mulheres (a média é de 6,7 parceiros contra 2,0, respectivamente).

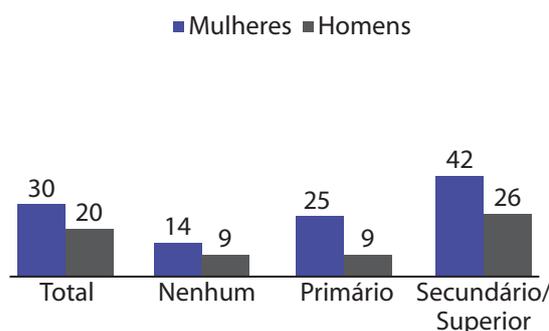
Teste de VIH

Sete em cada dez (70%) homens e dois terços (67%) das mulheres de 15-49 anos sabem onde fazer o teste de VIH. Um terço (32%) dos homens e menos de metade (47%) das mulheres alguma vez fizeram o teste de VIH e receberam os resultados. Pelo contrário, dois terços (66%) dos homens e metade (50%) das mulheres nunca fizeram o teste de VIH.

Nos 12 meses anteriores ao inquérito, 2 em cada dez (20%) homens e 3 em cada dez (30%) mulheres fizeram o teste de VIH e receberam os resultados. A proporção dos homens e mulheres que fizeram o teste nos 12 meses anteriores ao inquérito aumenta consoante o nível de escolaridade. Entre as mulheres com um nado vivo nos dois anos anteriores ao inquérito, 37% receberam aconselhamento, fizeram o teste de VIH e receberam o resultado durante uma consulta pré-natal.

Teste recente de VIH por nível de escolaridade

Percentagem de pessoas de 15-49 anos que foram testadas nos 12 meses anteriores ao inquérito e receberam os resultados do último teste



PREVALÊNCIA DE VIH

Prevalência de VIH

Os dados da prevalência de VIH foram obtidos através de amostras de sangue fornecidas voluntariamente em 50% dos agregados familiares seleccionados para as entrevistas. No total, 85% dos 5.714 homens e 90% das 7.346 mulheres de 15-49 anos forneceram amostras para o teste de VIH.

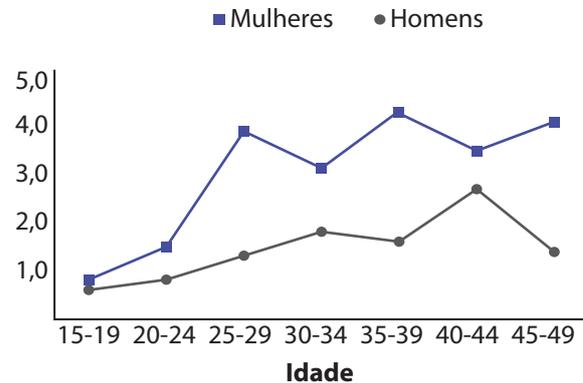
No total, 2,0% da população angolana de 15-49 anos é VIH positiva. A prevalência de VIH é maior nas mulheres (2,6%) do que nos homens (1,2%).

A prevalência de VIH é maior nas mulheres nas áreas urbanas (3,0%) do que nas áreas rurais (1,7%). Nos homens, verifica-se o contrário: é ligeiramente maior nas áreas rurais (1,4%) do que nas áreas urbanas (1,2%). Por província, a prevalência de VIH varia consideravelmente, sendo menor no Zaire (0,5%) e maior no Cunene (6,1%).

Entre as mulheres, a prevalência de VIH é maior no grupo etário de 35-39 anos (4,3%) e menor no grupo etário de 15-19 anos (0,8%). Nos homens, a prevalência é maior no grupo etário de 40-44 anos (2,7%) e menor no grupo de 15-19 anos (0,6%).

Prevalência de VIH por idade

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



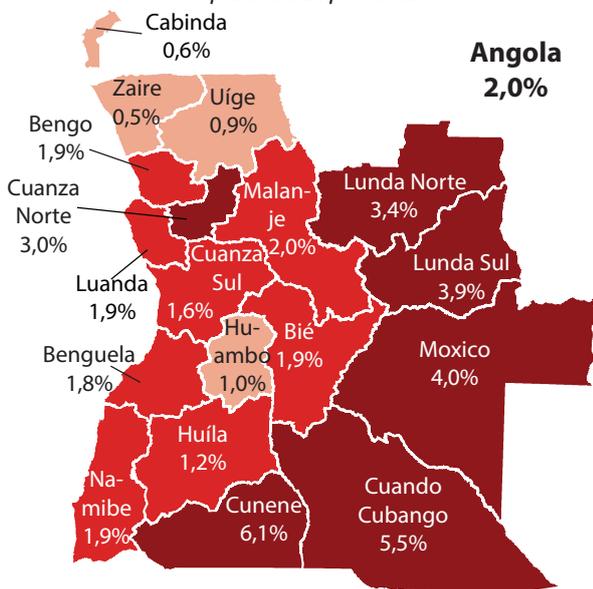
Prevalência de VIH entre os jovens

No total, 0,9% dos jovens de 15-24 anos são VIH positivos. Entre os jovens, a prevalência é mais elevada nas mulheres (1,1%) do que nos homens (0,7%). A prevalência de VIH dos jovens nas áreas urbanas é duas vezes maior do que nas áreas rurais (1,1% contra 0,5%). Esta diferença é mais pronunciada no sexo feminino: 1,4% das jovens nas áreas urbanas são VIH positivas em comparação com 0,5% nas áreas rurais.

A prevalência de VIH é maior nas mulheres jovens divorciadas/separadas/viúvas (5,7%) do que nas nunca casadas (0,9%) e nas actualmente casadas ou em união de facto (1,3%).

Prevalência de VIH por província

Percentagem de pessoas de 15-49 anos que são VIH positivas



© 2008 Nate Miller, Cortesia de Photoshare

EMPODERAMENTO DA MULHER

Emprego

Cerca de 9 em cada dez (89%) homens casados e três quartos (75%) das mulheres casadas de 15-49 anos estavam empregados nos 7 dias anteriores ao inquérito. A maioria de homens e mulheres empregados são pagos em dinheiro (73% e 55% respectivamente). Porém, 12% dos homens e 30% das mulheres não são remunerados pelo seu trabalho.

Quatro em cada dez mulheres empregadas e remuneradas em dinheiro decidem sozinhas como usar a sua remuneração, e a mesma proporção decide em conjunto com o marido. Quase 7 em cada 10 mulheres têm rendimentos inferiores aos do marido.

Participação das mulheres na tomada de decisões

O IIMS 2015-2016 recolheu informações sobre a participação da mulher em três diferentes tipos de decisões. Oitenta e oito por cento das mulheres casadas participam na tomada de decisões sobre as visitas a seus familiares ou parentes; 81% participam na tomada de decisões sobre as compras importantes do agregado familiar; três quartos participam na tomada de decisões sobre seus cuidados de saúde.

No total, 65% das mulheres casadas participam em todas as três decisões e 7% não participam em nenhuma das decisões.

Problemas no acesso aos cuidados de saúde

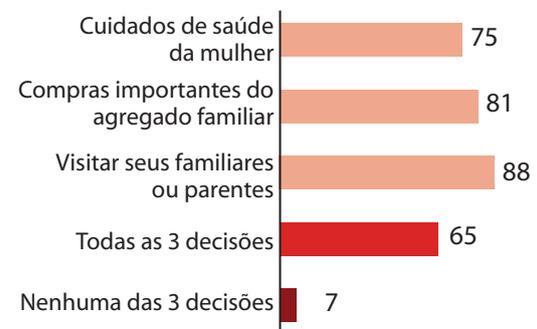
Sete em cada dez mulheres em Angola reportaram pelo menos um problema no acesso aos cuidados de saúde. Sessenta e três por cento tiveram dificuldades em obter dinheiro para o aconselhamento ou tratamento, e 52% tiveram problemas com a distância à unidade sanitária.



© 2005 David Snyder, Cortesia de Photoshare

Participação das mulheres na tomada de decisões

Percentagem de mulheres casadas de 15-49 anos que geralmente participam nas decisões



VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Atitudes em relação à agressão física contra as esposas

Dois em cada dez homens e um quarto das mulheres de 15-49 anos concordam que se justifica que o marido bata na sua mulher para qualquer das seguintes razões: a mulher queima a comida, discute com o marido, ausenta-se da casa sem informar ao marido, se descuida das crianças, ou recusa-se ter relações sexuais com o marido.

A percentagem mais elevada de homens e mulheres concorda que a agressão física se justifica se a mulher descuida as crianças (11% dos homens e 16% das mulheres) e se a mulher discute com o marido (11% dos homens 15% das mulheres).

Experiência de violência física

Quase um terço (32%) das mulheres de 15-49 anos sofreram violência física em algum momento desde os 15 anos, e 22% foram vítimas de violência física nos 12 meses anteriores ao inquérito. A experiência de violência física desde os 15 anos é maior nas mulheres empregadas e pagas em dinheiro (37%) em comparação com as mulheres sem emprego (29%) e as empregadas e não pagas em dinheiro (28%).

Entre as mulheres alguma vez casadas e que sofreram violência física desde os 15 anos, quase três quartos delas (73%) relataram que o marido/parceiro actual cometeu a violência. Para as mulheres nunca casadas, o perpetrador mais comum é a mãe/madrasta (31%).

Experiência de violência sexual

Oito por cento das mulheres de 15-49 anos sofreram violência sexual em algum momento. A experiência de violência sexual é maior nas áreas urbanas do que nas áreas rurais (9% contra 6%). Nos 12 meses anteriores ao inquérito, 5% das mulheres sofreram violência sexual.

Violência durante a gravidez

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

Violência conjugal

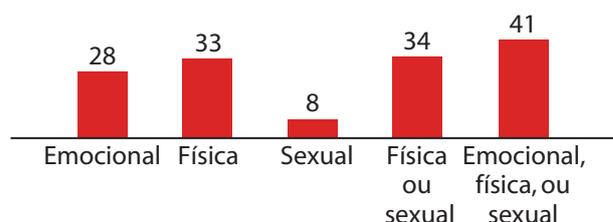
Um terço (34%) das mulheres de 15-49 anos e casadas em algum momento sofreram violência conjugal, quer seja violência física ou sexual. Um quarto (26%) das mulheres alguma vez casadas sofreu violência conjugal nos 12 meses anteriores ao inquérito. A experiência de violência conjugal varia de 11% no Cuando Cubango a 57% em Malanje.

Procura de ajuda contra a violência

Trinta e seis por cento das mulheres que sofreram violência física ou sexual procuraram ajuda para acabar com a violência. Destas, 64% procuraram ajuda da própria família e 20% da família do marido/parceiro.

Violência Conjugal

Percentagem de mulheres de 15-49 anos alguma vez casadas que sofreram as seguintes formas de violência por parte do marido/parceiro mais recente



BEM-ESTAR DAS CRIANÇAS

Registo de nascimento

Um quarto das crianças menores de cinco anos têm registo de nascimento. A proporção de crianças que têm registo de nascimento é duas vezes maior nas áreas urbanas do que nas áreas rurais (33% contra 14%).

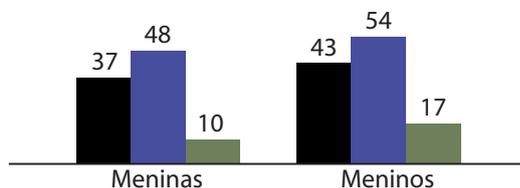
Escolaridade

Sete em cada dez crianças de 6-11 anos frequentam o ensino primário. Quatro em cada dez crianças de 12-18 anos frequentam o ensino secundário. Os meninos são mais propensos a frequentar o ensino secundário (43%) que as meninas (37%). Para ambos os sexos, a frequência escolar no nível secundário é muito mais elevada nas áreas urbanas do que nas áreas rurais.

Taxa líquida de frequência escolar secundário por área de residência

Percentagem da população de 12-18 anos que actualmente frequenta o ensino secundário

■ Angola ■ Urbana ■ Rural



Trabalho infantil

Entre as crianças de 5-11 anos, o trabalho infantil é definido como: pelo menos uma hora de trabalho numa actividade económica, 28 ou mais horas de tarefas domésticas, ou trabalho em condições perigosas. Entre as crianças de 12-14 anos, o trabalho infantil é pelo menos 14 horas de trabalho numa actividade económica, 28 ou mais horas em tarefas domésticas, ou trabalho em condições perigosas. Por último, entre as crianças de 15-17 anos, o trabalho infantil inclui pelo menos 43 horas numa actividade económica, 43 ou mais horas em tarefas domésticas, ou trabalho em condições perigosas.

Vinte e três por cento das crianças de 5-17 anos estão envolvidas em trabalho infantil. Doze por cento trabalham em condições perigosas.



© 2013 Kristy Siegfried/IRIN



© 2005 Felix Masa, Cortesia de Photoshare



© OMS/Angola



© OMS/ Angola



© OMS/ Angola

INDICADORES

Fecundidade	Residência		
	Angola	Urbano	Rural
Taxa Global de Fecundidade (TGF)	6,2	5,3	8,2
Idade mediana na primeira relação sexual para mulheres de 25-49 anos	16,6	16,9	16,0
Mulheres de 15-19 anos que já iniciaram a vida reprodutiva (%)	35	29	49
Planeamento familiar (entre mulheres casadas de 15-49 anos)			
Uso de algum método contraceptivo (%)	14	20	2
Uso de um método contraceptivo moderno (%)	13	18	2
Procura total de planeamento familiar (%) ¹	52	58	40
Procura satisfeita por métodos modernos (%)	24	32	5
Saúde materna e infantil			
Mulheres de 15-49 anos que receberam uma consulta pré-natal de um profissional de saúde qualificado (%) ²	82	92	63
Partos ocorridos numa unidade sanitária (%)	46	65	17
Partos assistidos por um profissional de saúde qualificado (%) ²	50	68	21
Crianças de 12-23 meses que receberam todas as vacinas básicas (%) ³	31	40	17
Nutrição			
Crianças menores de 5 anos com malnutrição crónica (%)	38	32	46
Crianças de 6-59 meses com anemia (%)	65	65	65
Mortalidade na infância (mortes por 1.000 nados vivos) ⁴			
Taxa de mortalidade infantil	44	43	61
Taxa de mortalidade infanto-juvenil	68	68	98
Malária			
Agregados familiares com pelo menos 1 MTILD (%)	29	29	29
Crianças menores de 5 anos que dormiram debaixo de um MTILD (%)	20	22	18
Mulheres de 15-49 anos com um nado vivo nos últimos 2 anos e que receberam 3+ doses de SP/Fansidar, das quais pelo menos uma foi administrada durante uma visita pré-natal (TIP) (%)	19	24	11
Prevalência de malária em crianças de 6-59 meses (%) ⁵	14	8	22
VIH/SIDA (entre mulheres e homens de 15-49 anos)			
Mulheres que fizeram o teste de VIH nos últimos 12 meses e receberam os resultados (%)	30	37	13
Homens que fizeram o teste de VIH nos últimos 12 meses e receberam os resultados (%)	20	23	11
Prevalência de VIH (%)	2,0	2,1	1,5
Prevalência de VIH nas mulheres (%)	2,6	3,0	1,7
Prevalência de VIH nos homens (%)	1,2	1,2	1,4
Empoderamento das mulheres e violência doméstica (entre mulheres de 15-49 anos)			
Mulheres casadas que participam na tomada de decisões (%) ⁶	65	67	62
Mulheres alguma vez casadas que sofreram violência física ou sexual cometida pelo marido/parceiro (%)	34	35	32

¹Procura total é a soma de necessidade satisfeita (uso contraceptivo actual) e não satisfeita (mulheres casadas que desejam adiar o parto seguinte por 2 ou mais anos ou não ter mais filhos, mas não se encontram a usar um método contraceptivo). ²Por profissional de saúde qualificado entende-se médico, enfermeira ou parteira. ³BCG, sarampo, três doses de pentavalente e da vacina contra a poliomielite, excluindo poliomielite ao nascer. ⁴As estimativas são para os 10 anos antes do inquérito excepto para a taxa nacional (em itálico) que é para o período de 5 anos antes do inquérito. ⁵Segundo os resultados do Teste de Diagnóstico Rápido (TDR). ⁶Considera-se que as mulheres participam na tomada de decisão se tomam cada uma das decisões seguintes sozinhas ou em conjunto com o seu parceiro: cuidados de saúde da própria mulher, compras importantes do agregado familiar, visitas a familiares ou parentes da mulher.

