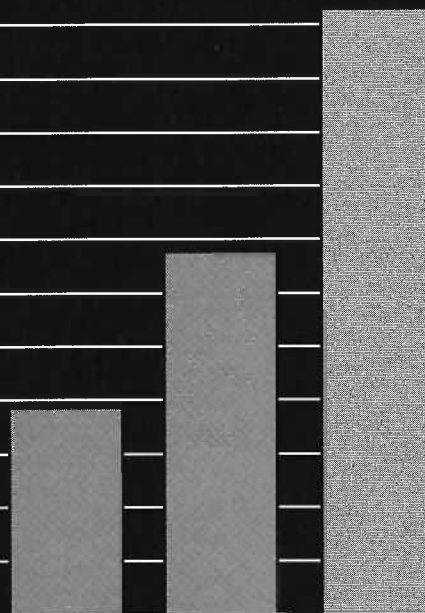


Mozambique



Demographic and Health Survey 1997

SUMMARY REPORT

Cover: The proportion of children who had received all the vaccines under the Expanded Program of Immunization program is 90 percent for children whose mothers have secondary or more education, against 31 percent among children of uneducated mothers (see Figure 13).

MOZAMBIQUE DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEY 1997

SUMMARY REPORT

Background 3

Fertility 4

 Fertility Levels and Trends 4

 Marriage 5

 Adolescent Fertility 6

 Fertility Preferences 6

Family Planning 8

 Knowledge and Use of Contraception 8

 Current Use of Contraception 8

 Need for Family Planning Services 9

 Attitudes toward Family Planning 10

Maternal and Child Health 11

 Infant and Child Mortality 11

 Antenatal Care 12

 Assistance at Delivery 13

 Immunization 14

 Acute Respiratory Infections 14

 Fever 15

 Diarrhea 15

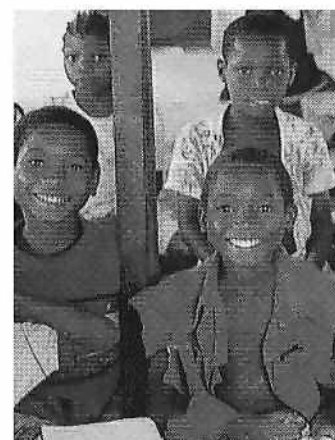
 Breastfeeding and Supplementation 16

 Nutritional Status of Children 16

AIDS Awareness 16

Conclusions 17

Fact Sheet 18



Ricardo Rangel (CFF)

Instituto Nacional de Estatística
Avenida Ahmed Sekou Touré 21
C.P. 493
Maputo, Mozambique

Ministério da Saúde
Avenida Salvador Allende
C.P. 264
Maputo, Mozambique

This report summarizes the findings of the 1997 Mozambique Demographic and Health Survey (MDHS) conducted by the Instituto Nacional de Estatística and the Ministry of Health. Macro International Inc. provided technical assistance. Funding was provided by the U.S. Agency for International Development (USAID).

The MDHS is part of the worldwide Demographic and Health Surveys (DHS) program, which is designed to collect data on fertility, family planning, and maternal and child health. Additional information about the Mozambique survey may be obtained from Instituto Nacional de Estatística, Avenida Ahmed Sekou Touré 21, C.P. 493, Maputo, Mozambique, Telephone (2581) 49.21.14, Fax (2581) 49.27.13. Additional information about the DHS program may be obtained by writing to: DHS, Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705 (Telephone 301-572-0200 and Fax 301-572-0999).

Background

The main objective of the Mozambique Demographic and Health Survey (MDHS) is to provide reliable, current population and health data to policymakers, program managers and researchers, so they can make informed decisions in their efforts to define population and health policies.

The nationally representative population sample includes urban and rural areas and all 11 provinces, including the capital, Maputo City. Fieldwork for the survey was carried out between March and July 1997. The survey gathered information on 9,282 households, which included a total of 40,433 persons. Data were gathered from 8,779 women of reproductive ages (15 to 49 years) and 2,335 men age 15 to 64 years. The information gathered includes fertility and reproductive behavior, maternal and child health, infant and child mortality, contraceptive knowledge and use, and knowledge and attitudes regarding HIV/AIDS.

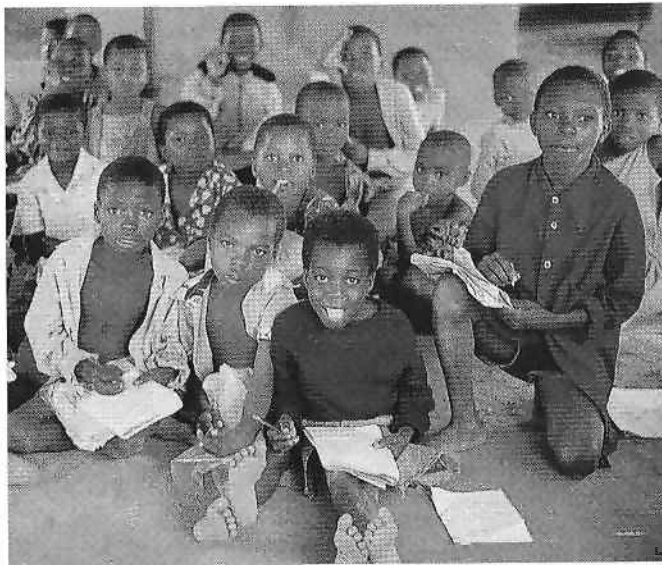


MACRO INTERNATIONAL/J. Schoemaker

Fertility

Fertility Levels and Trends

The total fertility rate (TFR) among Mozambican women was 5.6 during the period 1992-1997—5.8 in rural areas and 5.1 in urban areas. The TFR combines age-specific fertility rates, and reflects the average number of children women will have at the end of their reproductive years if current fertility levels remain unchanged. The mean number of children among women age 40 to 49 years, an indicator of fertility levels in the past, is 5.8, just above the current TFR. However, the birth history data for women suggest there has been a slight decrease in fertility over the last decade (from the period 1982-1987 to 1992-97).

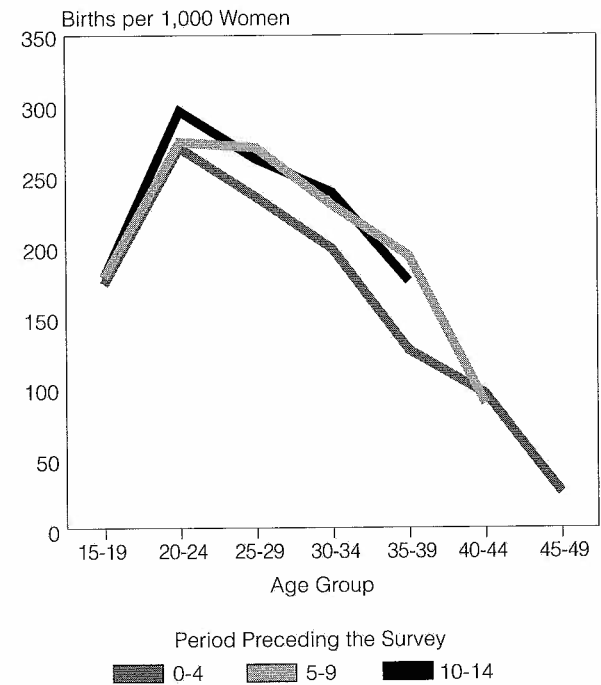


Ricardo Rangel (CFF)

The total fertility rate (TFR) among Mozambican women was 5.6 during the period 1992-1997—5.8 in rural areas and 5.1 in urban areas.

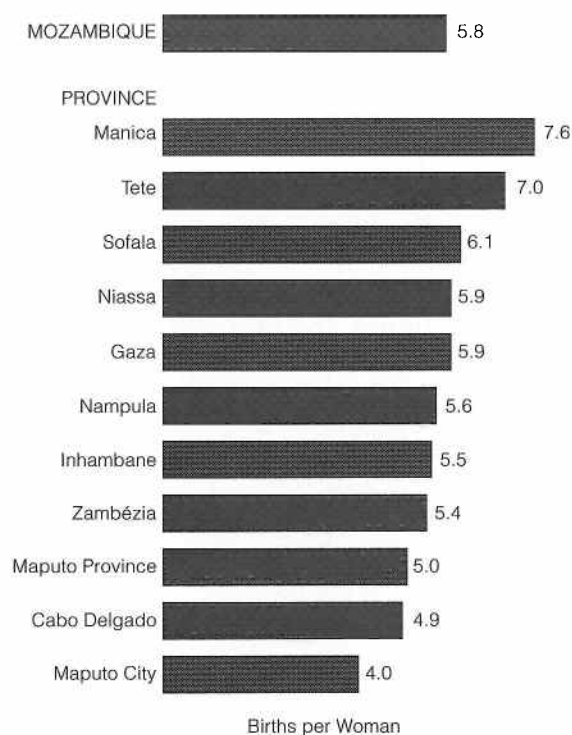
Six percent of women in union reach the end of their childbearing years without having had any children, an indicator of primary infecundity. This proportion is larger than that typically found in sub-Saharan Africa.

Figure 1
Age-Specific Fertility Rates



Fertility levels vary considerably by province. Manica and Tete provinces show the highest TFR (7.7 and 7.1, respectively), whereas in Maputo City the TFR is 4.0. Fertility levels also vary by education, the number of children decreasing as women's level of education increases. The largest gap is found between women with primary education (5.7) and those with secondary or more education (3.7).

Figure 2
Total Fertility Rate by Province



Marriage

About three-quarters of Mozambican women in the reproductive age group are either married or living in a consensual union; 15 percent are single. Three-quarters of those in union live in consensual unions, and a quarter are legally married. Nine percent of women are separated, 1 percent are widowed and 0.4 percent are divorced. More than 70 percent of women in union live in a monogamous union, whereas more than a quarter lives in a polygamous union. Among the latter, about half have one co-wife, while the other half has two or more co-wives. Polygamy is more prevalent among uneducated women and in rural areas.

Median age at first union is 17.1 years among women age 25 to 49 years and 22.3 years among men age 25 to 64 years. However, the median age at first intercourse is 15.9 for women and 18.3 for men in those age groups.

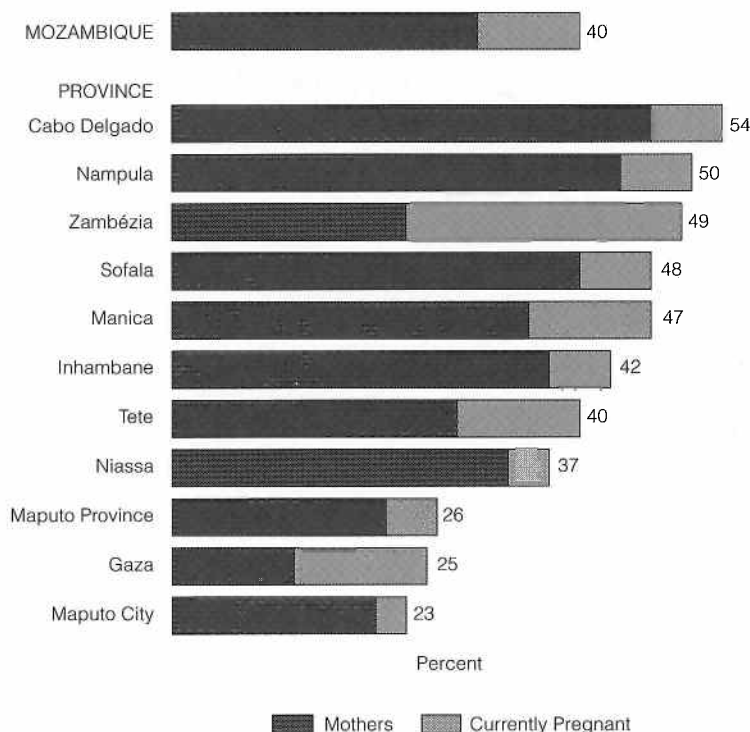
Median age at first union is 17.1 years among women age 25 to 49 years and 22.3 years among men age 25 to 64 years.

Adolescent Fertility

Most Mozambican women start their childbearing in adolescence. The median age at first birth is 19.2 years, and is almost the same in urban (19.0) and rural areas (19.2). Forty percent of adolescents have begun childbearing, thirty percent have already given birth and 10 percent are currently pregnant. Among women age 19, two-thirds have begun childbearing (59 percent have had their first child and 8 percent are pregnant for the first time).

The smallest proportion of adolescents who started childbearing is found in Maputo City, where 23 percent already had a child or were pregnant. In the other provinces, the proportions vary from 25 percent in Gaza to 54 percent in Niassa.

Figure 3
Percentage of Adolescents (Women 15-19) Who Have Started Childbearing, by Province



Fertility Preferences

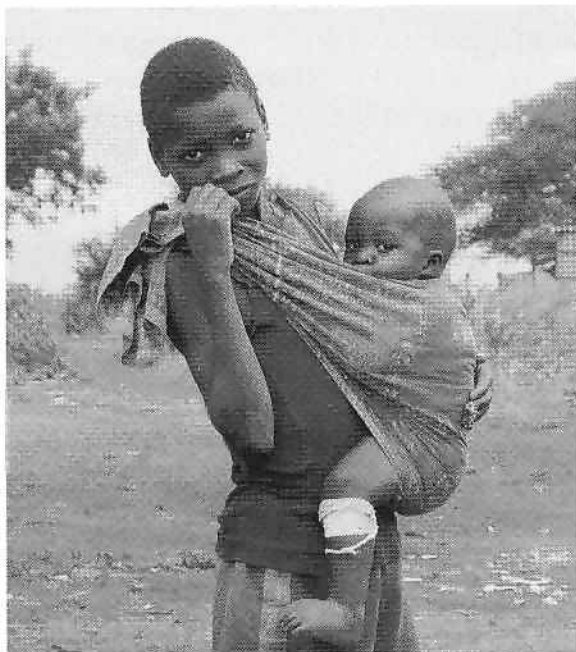
More than 40 percent of women want six or more children. The mean ideal number of children among women is 5.9, compared with 7.4 among men.

The mean ideal number of children among women is 5.9, compared with 7.4 among men.

Most respondents currently in union (72 percent of women and 75 percent of men) say they want more children. However, among men and women, about 28 percent say they want to wait at least two years before having another child, which indicates they may be candidates for using family planning for spacing purposes. Among men and women in union, those who want no more children represent 12 and 16 percent, respectively; this group constitutes potential users of family planning for limiting.

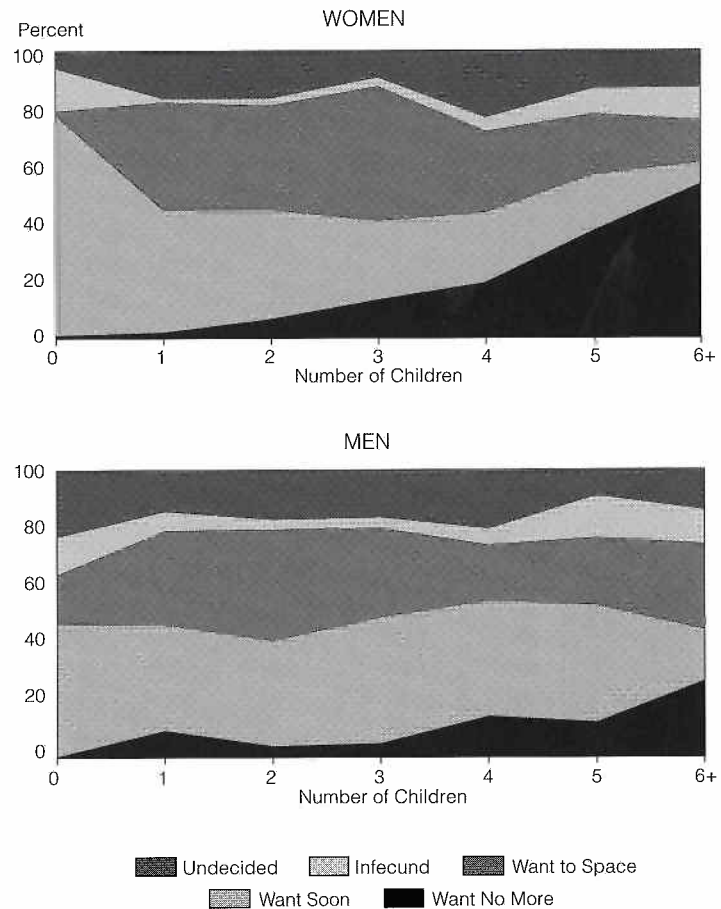
About 28 percent of both men and women say they want to wait at least two years before having another child.

The desire to have more children in the next two years decreases as the number of living children increases—from 81 percent among childless women to 26 percent among women with six or more children. Inversely, the proportion of women who want no more children increases from 1 percent among childless women to 53 percent among women with six or more children.



MACRO INTERNATIONAL/J. Schoemaker

Figure 4
Reproductive Intentions of Men and Women According to Number of Children



Family Planning

Knowledge and Use of Contraception

Knowledge of contraception among women and men is low in Mozambique: approximately 40 percent of women and 30 percent of men in union have never heard about modern contraceptives. However, among those who have heard of contraceptives, those who have heard of modern methods represent a much larger proportion than those who have heard of a traditional or folkloric method.

Among men and women who were not married but were sexually active, 76 percent of women and 90 percent of men said they knew about at least one modern method of contraception, implying relatively higher motivation to prevent unwanted pregnancies.

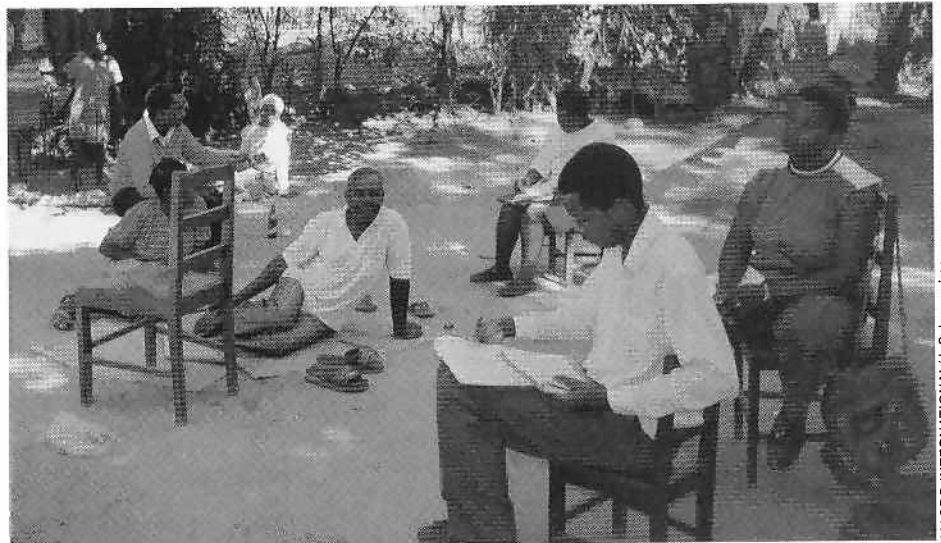
The most widely known modern methods of contraception among currently married women are the pill and injections (56% and 53%, respectively), whereas the implant, vaginal methods and male sterilization are less known.

Among women and men currently in union 12 percent of women and 20 percent of men said they have used a modern contraceptive at some time.

Approximately 40 percent of women and 30 percent of men in union have never heard about modern contraceptives.

Current Use of Contraception

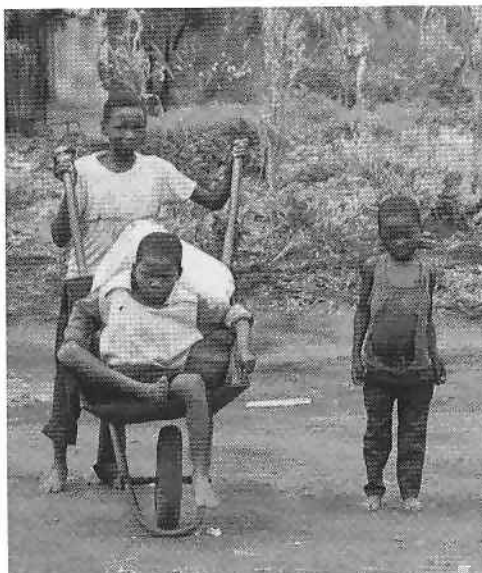
Current use of modern methods among women and men currently in union is 5 and 7 percent, respectively, with the most prevalent method used by women being injections and the pill (2 percent each). Other modern methods, such as implant, vaginal methods and male sterilization are seldom being used. Less than 1 percent of women use a traditional or folkloric method.



There are considerable differences in contraceptive prevalence rates by residence: 17 percent of urban women use modern contraceptives, while use among rural women is only 2 percent. The highest contraceptive prevalence is in Maputo City, where 29 percent of women currently in union use a modern contraceptive method. Maputo Province also shows a higher than average prevalence rate. Provinces with less than one percent contraceptive use are Sofala, Cabo Delgado, Nampula, and Gaza.

The proportion of women using modern contraception increases markedly with educational attainment—from 3 percent among uneducated women to 27 percent among those with secondary or more education.

Seventeen percent of urban women use modern contraceptives, while use among rural women is only 2 percent.

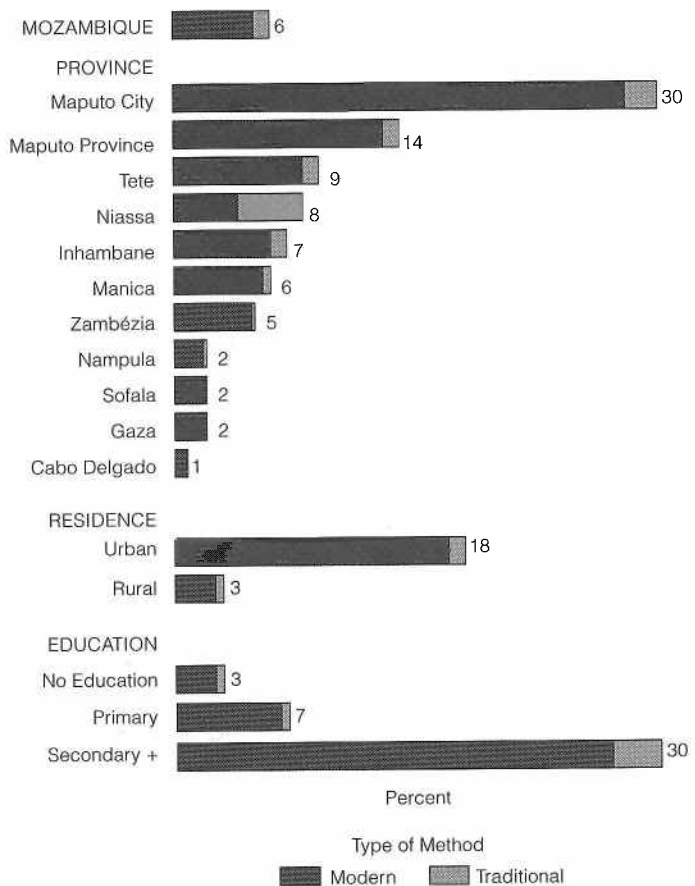


MACRO INTERNATIONAL/J. Schoemaker

Need for Family Planning Services

Unmet need for family planning refers to the proportion of fecund women who want to stop childbearing or wish to delay the birth of the next child for two or more years but are not using a contraceptive method. Women who are using a family planning method are said to have a *met need* for family planning. The *total demand* for family planning represents those women who have met need and unmet need.

Figure 5
Current Use of Contraception among Women Currently in Union

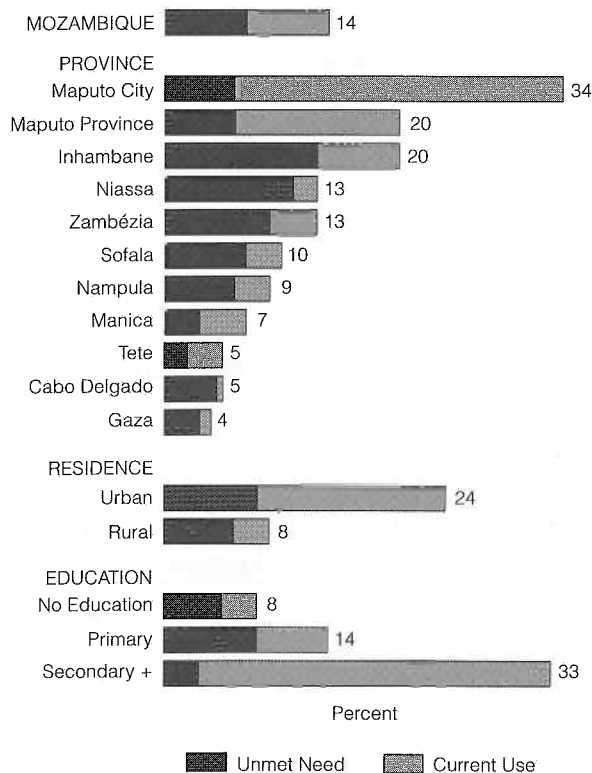


The total demand for family planning among nonsterilized women who are currently in union is 14 percent; 7 percent represent unmet need and 7 percent represent current use.

The demand for family planning services is three times higher in urban (24%) than in rural (8%) areas. Conversely, unmet need represents a much larger proportion of total demand in rural (70%) than in urban areas (34%).

The level of total demand is closely associated with education—going from 8 percent among uneducated women to 33 percent among women with secondary or more education.

Figure 6
Total Demand for family Planning (Unmet Need and Current Use)



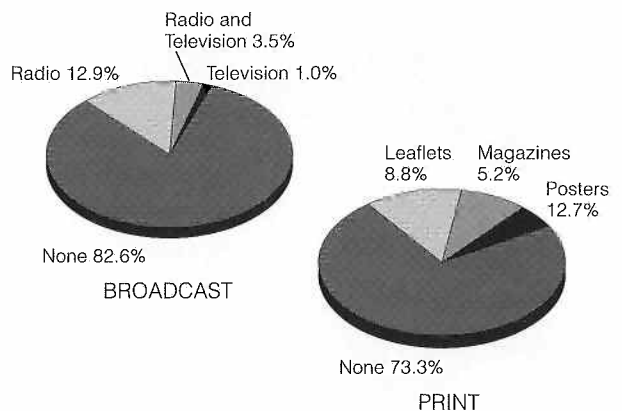
Attitudes toward Family Planning

Two-thirds of women in union have never discussed family planning with their partner, and only 12 percent have discussed it more than twice, indicating that spouses and partners fail to communicate with one another about their reproductive intentions and desire for family planning.

More than half (55%) of nonsterilized women currently in union approve of family planning, while only slightly more than one-third (35%) of their husbands approve. In nearly 30 percent of couples, both partners approve of family planning, whereas in 13 percent of couples both partners disapprove of family planning.

The proportion of respondents who heard or saw family planning messages on radio or television is low for women (17%) and for men (23%). Radio is the most widely used communication medium: 16 percent of women and 22 percent of men have heard family planning messages on radio, while television messages reached only 5 percent of women and 8 percent of men.

Figure 7
Exposure to Family Planning Messages among Women



Maternal and Child Health

Infant and Child Mortality

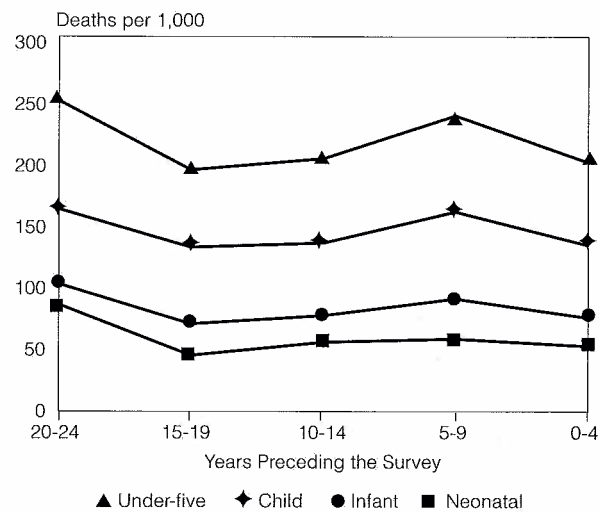
During the period 0-4 years prior to the survey (1992-1997), two out of ten children died before reaching their fifth birthday: of 1,000 births, 135 children died prior to their first birthday and 77 died between the first and the fifth birthday.

During the period 5-9 years preceding the survey (1987-1992), infant (${}_1q_0$) and child mortality (${}_4q_1$) was noticeably higher than the periods before and after. From the period 1982-1987 to the period 1987-1992, infant mortality rose from 136 to 161 per thousand and child mortality rose from 78 to 93 per thousand. These increases may have been due, in part, to the decreased production and distribution of food caused by the civil war and a series of natural disasters, such as floods, droughts, and cyclones.

Contrary to observations in other developing countries, including sub-Saharan Africa, infant and child mortality in Mozambique has not declined significantly. Mortality levels of today are about the same as mortality levels at the time of independence in 1975.

Mortality levels of today are about the same as mortality levels at the time of independence in 1975.

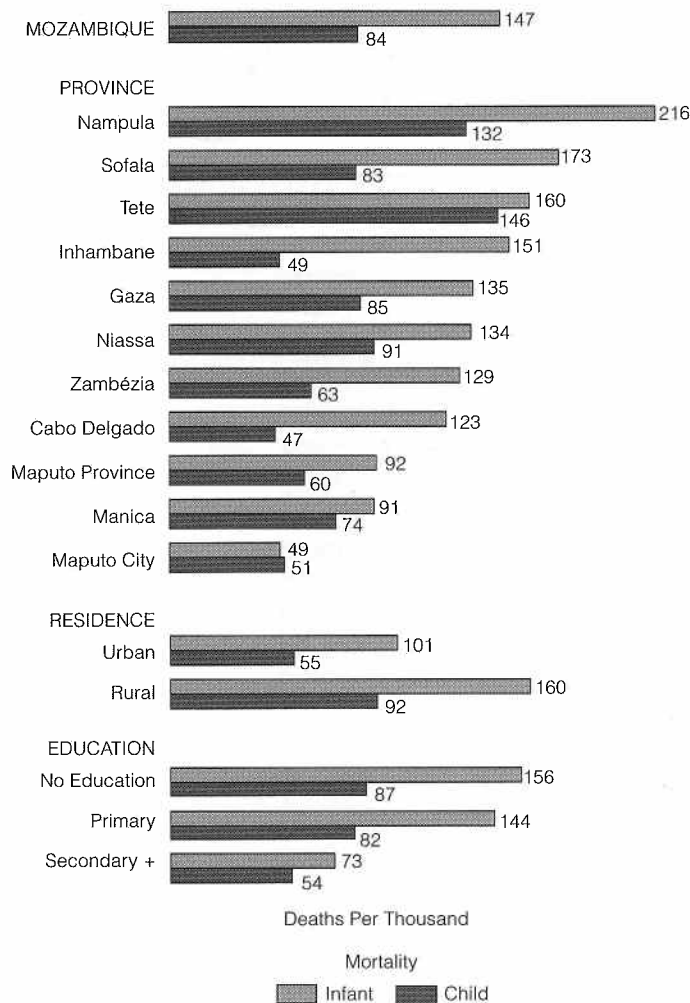
Figure 8
Childhood Mortality Rates for Five-Year Periods Preceding the Survey



Martinho (CFF)

Infant and child mortality rates are significantly higher among children whose mothers are uneducated and reside in rural areas. The highest infant mortality is found in Nampula (216 per thousand) and the lowest in Maputo City (49 per thousand), e.g., the probability of dying during the first year of life is 4.4 times higher for a child born in Nampula than for a child born in Maputo City.

Figure 9
Infant and Child Mortality Rates for the Ten-year Period Preceding the Survey



Antenatal Care

Most mothers receive antenatal care. Seventy-one percent of pregnant women received at least one antenatal care visit from a health professional. Almost all antenatal care visits were dispensed by Ministry of Health nurses, who monitored 69 percent of pregnancies, while doctors observed only 2 percent, and 1 percent were observed by a traditional birth attendant. Among women who gave birth during the last three years, about a quarter (27%) did not receive any antenatal care.

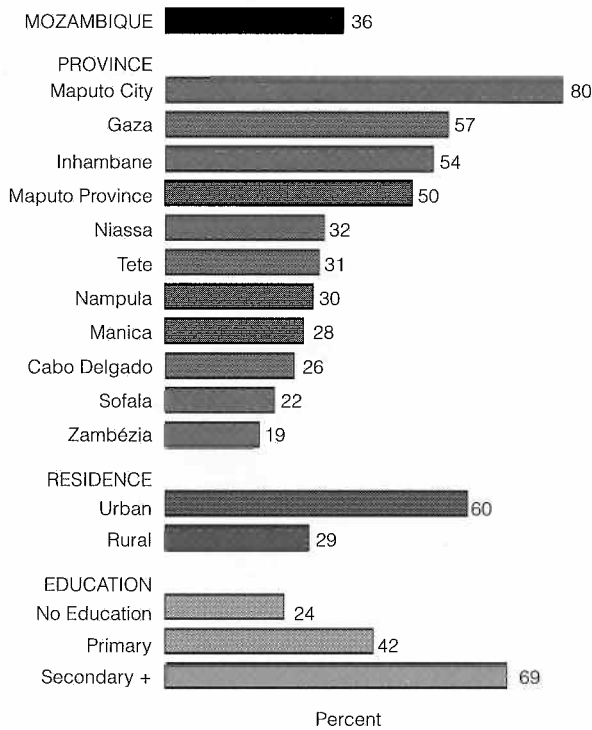
A third of all births in the three years preceding the survey were to women who received at least one tetanus toxoid vaccination during pregnancy. Coverage varies widely depending on a woman's socioeconomic situation: 61 percent of mothers in urban areas are vaccinated

A third of all births in the three years preceding the survey were to women who received at least one tetanus toxoid vaccination during pregnancy.



vs. 26 percent in rural areas; 69 percent of women with secondary or higher education are vaccinated, and 24 percent of women with little or no education do not receive the vaccine. Regional variations are also noticed: Maputo City (80%) to Sofala (22%) and Zambézia (19%).

Figure 10
Percentage of Births for Which Mothers Received Tetanus Toxoid

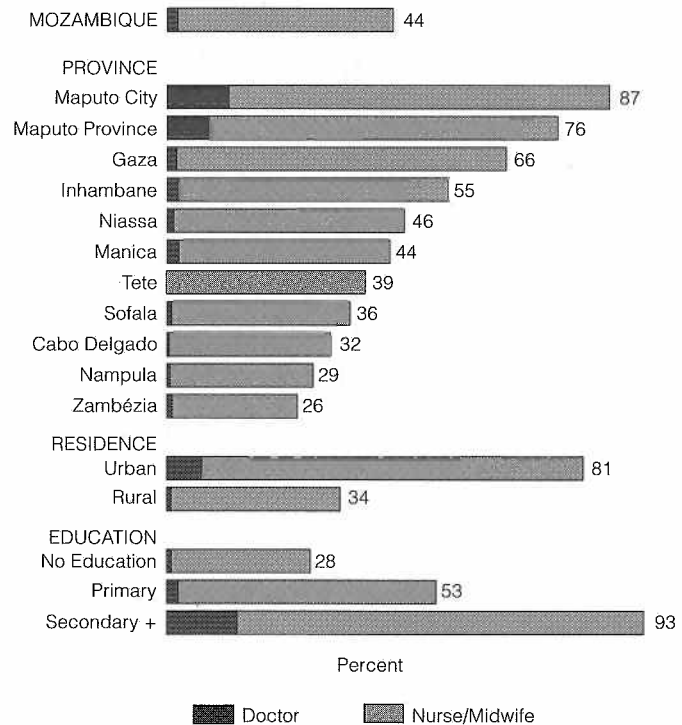


Assistance at Delivery

Forty-four percent of births were assisted by a health professional, most of them (42 percent) by a nurse. Only 2 percent were assisted by a doctor. The proportion assisted by a health professional is 82 percent in urban areas vs. 34 percent in rural areas; 28 percent among women with little or no education vs. 93 percent among those with secondary or higher education; 86 percent in Maputo City vs. 26 percent in Zambézia.

Forty-four percent of children are delivered in a health facility and 55 percent at home. Delivery in a health facility occurs more frequently in urban areas (82%) than in rural areas (33%). Differences among provinces are also considerable—from 23 percent in Zambézia to 87 percent in Maputo. These differences are explained by the fact that health facilities are less accessible in rural areas.

Figure 11
Percentage of Births for Which Mothers Received Assistance from a Health Professional During Delivery

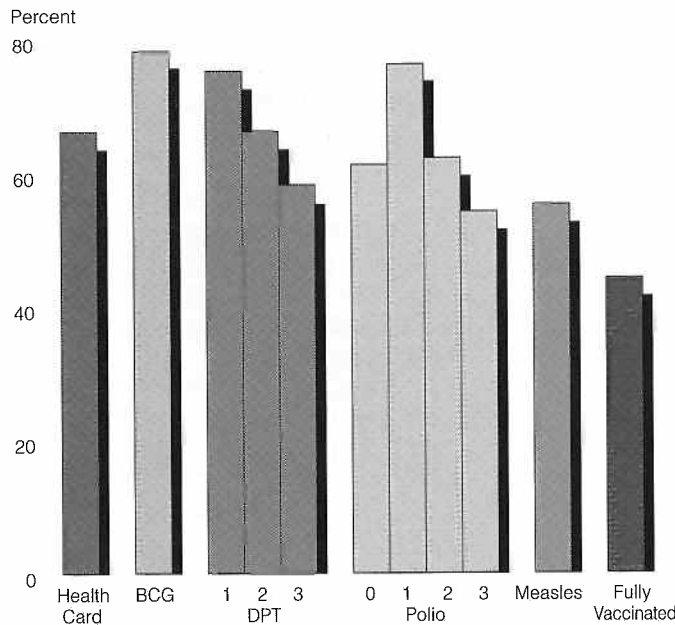


Immunization

Seventy-eight percent were immunized against tuberculosis (BCG vaccine), 60 percent received the third dose against diphtheria, pertussis and tetanus (DPT), 55 percent received the third dose against polio, and 58 percent were vaccinated against measles. Less than half of children age 12-23 months (47%) received all vaccines required in the Expanded Program of Immunization (EPI).

The proportion of children who received all vaccines under the EPI program is 85 percent in urban areas versus 36 percent in rural areas; 90 percent of children whose mothers have secondary or higher education, and 31 percent among children of uneducated mothers.

Figure 12
Percentage of Children Age 12-23 Months Who Have Been Vaccinated

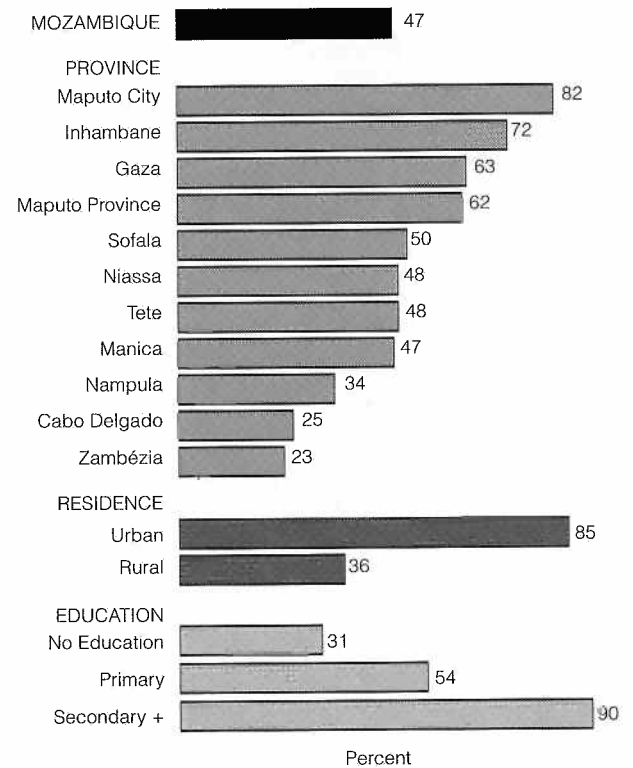


Less than half of children age 12-23 months (47%) received all vaccines required in the Expanded Program of Immunization.

Acute Respiratory Infections

During the two weeks preceding the survey, the prevalence of cough and rapid breathing among children under three years of age was 12 percent; slightly more than one-third (39%) of these children received care in a health facility.

Figure 13
Percentage of Children Age 12-23 Months Who Are Fully Vaccinated



Fever

Given that malaria is endemic in Mozambique and is one of the main causes of death among children, it is particularly important to examine the prevalence of its main symptom, fever. Forty-four percent of children under three years of age had fever in the two weeks preceding the survey. There are no significant differences by age, sex, or birth order of the child. Likewise, there are no significant differences according to area of residence or the mother's educational level.

Diarrhea

Twenty-one percent of children under three were reported to have had diarrhea in the two weeks preceding the survey including 3 percent with bloody diarrhea; of these, 35 percent were taken to a health facility for treatment.

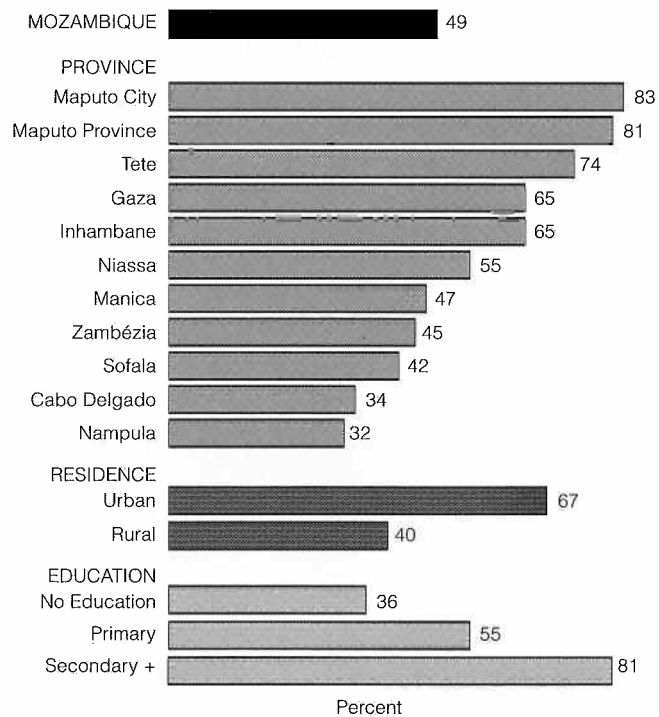
The prevalence of diarrhea is greater among children age 6-23 months. The low prevalence of diarrhea (10%) among children under six months may be due to the protection they receive from breastfeeding, which is nearly universal in Mozambique.

The prevalence of diarrhea is significantly higher in urban areas (31% versus 18% in rural areas), which is indicative of the current degradation of the environment in urban areas. Likewise, there are significant differences among provinces, the prevalence being higher in the northern provinces of Nampula, Zambézia, and Tete (25, 35 and 26 percent, respectively) and lower in Gaza and Inhambane, both with 8 percent prevalence rates.

Forty-two percent of children with diarrhea were given a solution prepared with ORS packets (oral rehydration solution) and almost half (49%) received either ORS treatment or a homemade solution.

Children living in urban areas received more of either the ORS or the homemade solution than those living in rural areas (67% versus 40%). The use of rehydration therapy is lower in Cabo Delgado, Nampula, Zambézia and Sofala Provinces. More than 80 percent of children whose mothers had secondary or higher education received rehydration therapy, versus 36 percent of children with uneducated mothers.

Figure 14
Percentage of Children with Diarrhea Who Were Treated with Oral Rehydration Therapy



Breastfeeding and Supplementation

Almost all children are breastfed (95%). In general, the proportion of children being breastfed is very high (more than 90%); there are no significant differences between urban and rural areas, between educated and uneducated women, or among provinces. The large majority of children are breastfed within one hour after birth.

Supplementation (juice, water, tea, milk and other) occurs too early in Mozambique: over half of newborns under four months receive supplemental foods or liquids.

Supplementation occurs too early with over half of newborns receiving supplemental foods or liquids.

Nutritional Status of Children

Sixteen percent of children under three suffer from severe chronic malnutrition (stunting). In the northern provinces of Niassa, and Cabo Delgado about 50 percent of children show chronic malnutrition. In general, children in the southern provinces of Inhambane, Gaza, and Maputo present a better nutritional condition.

AIDS Awareness

In general, AIDS awareness is fairly high: 82 percent of all women and 94 percent of all men said they know of or have heard of AIDS. More widespread awareness of AIDS is found in provinces where HIV/AIDS is more prevalent: Tete, Manica, and Maputo City.

The widespread knowledge of AIDS, however, does not correlate with adequate knowledge about how the disease is transmitted. About 40 percent of those interviewed declared that they did not know of any way to prevent AIDS. In rural areas, only 10 percent of all women and 22 percent of all men mentioned the condom as a means of preventing the disease. In urban areas, these proportions are higher—30 and 54 percent, respectively.



MACRO INTERNATIONAL/J. Schoemaker

Conclusions

Fertility levels remain high, and evidence of a fertility decline is questionable.

The knowledge of modern contraception is still low, and this is reflected in the fact that the current use of such methods by women currently in union is only 5 percent. Since the ideal number of children is 5.9 for women and 7.4 for men currently in union, the total demand for family planning is still relatively low: 24 percent in urban areas and 8 percent in rural areas. This suggests that the need for education, information and family planning services is extensive.

Infant and child mortality remain high; a surge in mortality occurred during the period 1987-1992. Aside from that increase, over the last 20-25 years (1975-1997), mortality levels remained nearly constant.

There are large differences in the levels of fertility, mortality, and contraceptive use among different sectors of the population. Urban areas, especially Maputo City, show the most favorable indicators, compared with the remainder of the country. On the other hand, people with little or no education and those who reside in rural areas are at a greater disadvantage. To counteract the inequalities found in this survey, it will be necessary to give priority to information and education, as well as the distribution of financial and human resources.



MACRO INTERNATIONAL/J. Schoemaker



Troels Nerim (CFE)

Fact Sheet

Demographic Indicators, 1997 (Preliminary Census Data, 1997)

Total Population (thousands)	15,740
Men (thousands)	7,451
Women (thousands)	8,289
Sex ratio	89.9

Mozambique Demographic and Health Survey, 1997

Sample

Selected households	11,059
Household response rate (percentage)	95.9
Women 15-49 years old	9,590
Women's response rate (percentage)	91.5
Men 15-64 years old	2,889
Men's response rate (percentage)	80.8

Socio-demographic characteristics of the respondents

	Women 15-49	Men 15-64
Educational level		
No education	42.9	19.6
Primary	52.7	69.6
Secondary	4.4	10.8

Marital status

Single	15.1	24.4
Married	19.7	20.9
In consensual union	54.7	50.3
Widow/widower	1.2	0.2
Divorced	0.4	0.3
Separated	8.9	4.0

Religion

Catholic	29.2	34.7
Protestant	26.2	18.6
Muslim	17.1	17.4
Other	6.4	7.2
No religion	20.4	20.6

Fertility

Total Fertility Rate (TFR)	
Total	5.6
Urban	5.1
Rural	5.8
Women currently in union (percentage)	74.4
Women currently pregnant (percentage)	12.6
Median age at first union	
Women 25-49 years old (in years)	17.1
Men 25-64 years old (in years)	22.3

Fertility preferences

	Women in union	Men in union
Want another child soon	34.5	34.8
Want to delay next birth by		
at least two years	28.7	28.3
Do not want another child	16.2	11.7
Mean ideal number of children	6.2	8.1
	All Women 15-49	All Men 15-64
Mean ideal number of children	5.9	7.4

Family Planning

Percent of women and men who:

	Women in union	Men in union
Know any contraceptive method	62.0	68.7
Know at least one modern method	60.4	65.6
Have ever used any method	13.4	27.3
Have ever used any modern method	12.2	20.4
Are currently using any method	5.6	9.9
Are currently using any modern method	5.1	6.5

Infant and child mortality

Infant mortality rate (${}_1q_0$)	134.6
Under five mortality rate (${}_5q_0$)	200.9
Child mortality rate (${}_4q_1$)	76.6
Neo-natal mortality rate	53.9
Post-neonatal mortality rate	80.7

Mother and child health

Percent of children whose mothers:

- received two or more tetanus toxoid injections while pregnant 28.8
- received antenatal care from a health professional 71.4
- were assisted at delivery by a health professional 44.2

Percent of children age 12- 23 months who received:

- BCG 78.1
- DPT (three doses) 59.6
- Polio (three doses) 55.3
- Measles 57.5
- All vaccinations 47.3

Percent of children under three years who:

- had diarrhea in the two weeks before the survey 20.7
- had cough accompanied by short, rapid breathing in the two weeks before the survey 11.8

Breastfeeding and nutrition

Percentage of children that were breastfed	94.8
Median duration of breastfeeding (months)	22.4
Percentage of children 0 -1 month old who are exclusively breastfed	53.1
Percentage of children 4-5 months who received supplemental foods	48.8

Percentage of children under 3 years

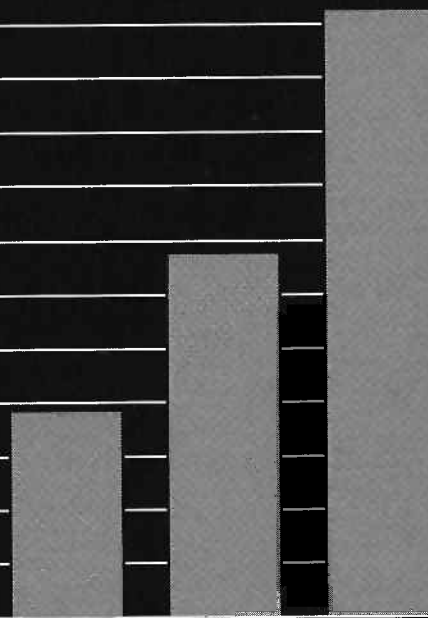
with chronic malnutrition (stunting)	35.9
--	------

Mother's nutritional status

Percentage of mothers under 145 cms in height	4.8
Percentage of mothers with a body mass index below 18.5	10.9

	All Women	All Men
Percentage who know about AIDS	82.2	93.9

Moçambique



Inquérito Demográfico e de Saúde 1997

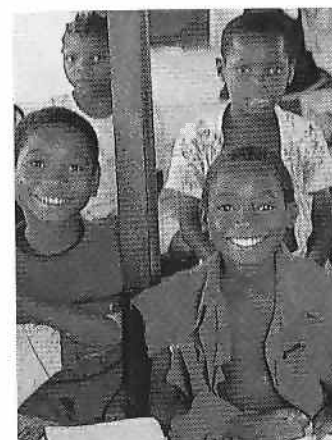
RELATÓRIO RESUMIDO

Cobertura: A percentagem de crianças que receberam todas as vacinas do Programa Alargado de Vacinação é de 90% daquelas cujas mães têm o nível secundário ou mais contra 31% daquelas cujas mães nunca frequentaram a escola (ver Gráfico 13).

INQUÉRITO DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE MOÇAMBIQUE 1997

RELATÓRIO RESUMIDO

Antecedentes	3
Fecundidade e Nupcialidade	4
Níveis e tendências da fecundidade	4
Nupcialidade	5
Fecundidade das adolescentes	6
Preferências reprodutivas	6
Planeamento Familiar	8
Conhecimento e uso da anticoncepção	8
Uso Actual da contracepção	8
Necessidade de serviços de planeamento familiar	9
Atitude perante o planeamento familiar	10
Saúde Materno-infantil	11
Mortalidade infantil e pós-infantil	11
Assistência pré-natal	12
Assistência ao parto	13
Vacinação	14
Infecções respiratórias agudas	14
Febre	15
Diarréia	15
Amamentação e alimentação complementar	16
Estado nutricional das crianças	16
Conhecimento do SIDA	16
Conclusões	17
Dados Básicos	18



Instituto Nacional de Estatística
Avenida Ahmed Sekou Touré 21
C.P. 493
Maputo, Mozambique

Ministério da Saúde
Avenida Salvador Allende
C.P. 264
Maputo, Mozambique

Este relatório resume os resultados mais importantes do Inquérito Demográfico e de Saúde em Moçambique (IDSM), realizada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) e pelo Ministério da Saúde, com apóio técnico da Macro International Inc. O IDSM faz parte dum programa mundial de Inquéritos Demográficos e de Saúde (DHS) desenvolvido pela Macro International Inc. e financiado pela Agencia para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos (USAID).

O programa DHS, visa apoiar os governos e instituições privadas dos países em desenvolvimento na realização de inquéritos nacionais por amostragem, nas áreas de população e saúde. Em particular, o IDSM teve como objectivo recolher informações sobre fecundidade, saúde materno-infantil e características sócio-económicas da população entrevistada. Informações adicionais sobre o IDSM de 1997 podem ser obtidas do Instituto Nacional de Estatística, Avenida Ahmed Sekou Touré 21, C.P. 493, Maputo, Moçambique, Telefone: (2581) 49.21.14, Fax: (2581) 49.27.13. Informações adicionais sobre o programa DHS podem ser obtidas da Macro International Inc.—DHS Program 11785 Beltsville Drive, Suite 300 Calverton, MD 20705, USA Telefone: (301) 572-0200 Fax: (301)572-0999.

Antecedentes

O objectivo principal do Inquérito Demográfico e de Saúde em Moçambique (IDSM 1997) é fornecer informação actualizada e confiável sobre as características da população, sobretudo a aspectos demográficos e de saúde que permitam apoiar os dirigentes políticos, planificadores, directores de projectos e investigadores na formulação de opções políticas e investigações futuras devidamente informadas.

A amostra foi desenhada para ser representativa a nível nacional, por áreas de residência urbano-rural e para cada uma das onze províncias de Moçambique, incluindo a Cidade de Maputo, abrangendo somente a população residente em agregados familiares. A actividade de recolha de dados teve início em Março e terminou em Julho de 1997.

O IDSM recolheu informações de 9,282 agregados familiares e um total de 40,433 pessoas registadas na amostra. Estas informações foram recolhidas a partir de entrevistas a 8,779 mulheres em idade reprodutiva (dos 15-49 anos) e uma sub-amostra de 2,335 homens dos 15 aos 64 anos. A informação recolhida abrange principalmente aspectos relacionados com os níveis actuais da fecundidade e outros aspectos do comportamento reprodutivo da população, bem como questões sobre mortalidade e saúde materno-infantil, anticoncepção, amplitude do planeamento familiar, e conhecimento e atitudes relativamente às DTS.

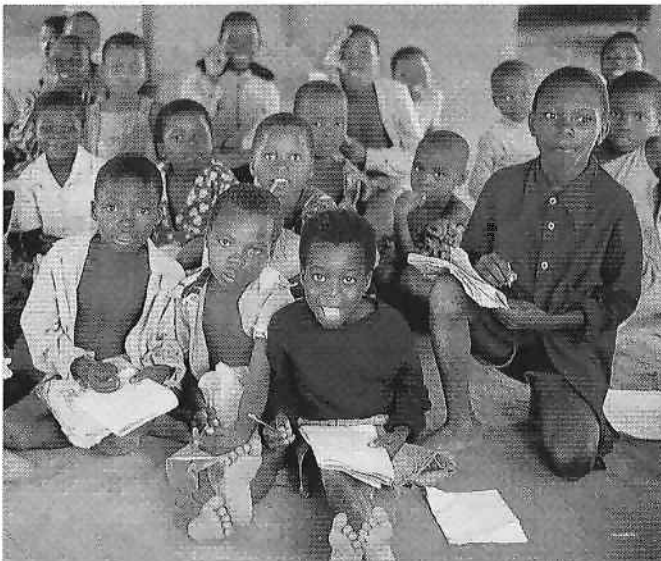


MACRO INTERNATIONAL/J. Schoemaker

Fecundidade e Nupcialidade

Níveis e tendências da fecundidade

A taxa global de fecundidade (TGF) das mulheres moçambicanas é de 5,6 filhos por mulher, para o período 1992-1997, sendo 5,8 nas áreas rurais e 5,1 nas áreas urbanas. Este indicador combina as taxas específicas de fecundidade calculadas para cada um dos grupos de idade para o período seleccionado e pode interpretar-se como o número médio de filhos que teriam as mulheres durante toda a sua vida reprodutiva, se as condições de fecundidade se mantivessem constantes. O número médio de filhos das mulheres de 40-49 anos, indicador que permite estimar a nível de fecundidade prevalecente no passado recente estima-se em 5,8 por mulher, valor que é praticamente igual à TGF mencionada acima. De qualquer modo, os dados apontam para uma diminuição ligeira da fecundidade durante as duas décadas passadas. No Gráfico 1 se observa uma diminuição das taxas de fecundidade no período 1982-87 em relação ao período 1992-97.

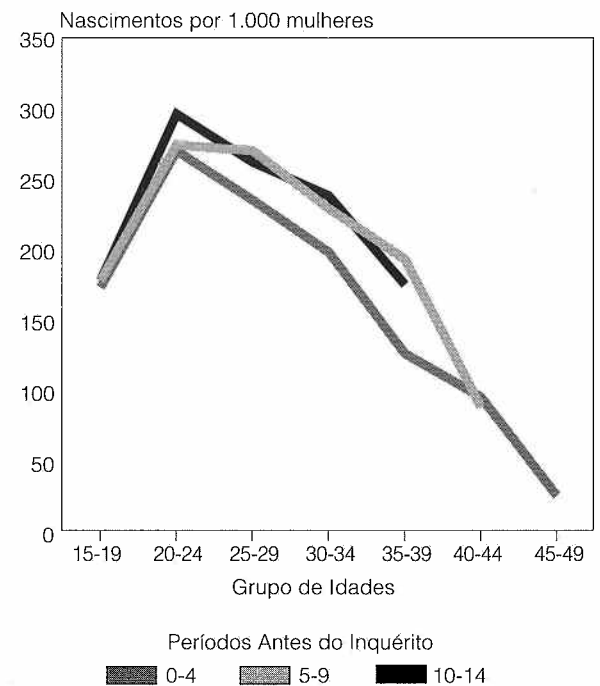


Ricardo Rangel (CFP)

A taxa global de fecundidade (TGF) das mulheres moçambicanas é de 5,6 filhos por mulher, para o período 1992-1997, sendo 5,8 nas áreas rurais e 5,1 nas áreas urbanas.

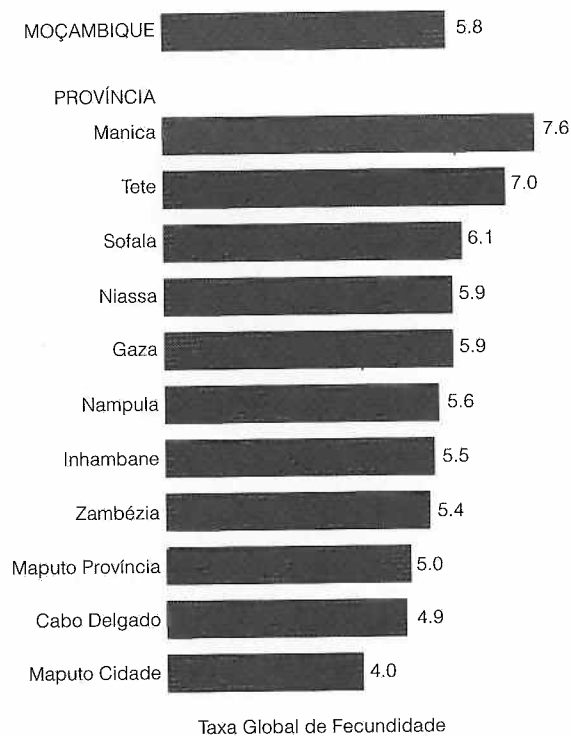
A proporção de mulheres em união conjugal e sem filhos no final do período reprodutivo, índice de esterilidade primária, é de 6%. Esta proporção é um pouco superior ao padrão característico do continente Africano.

Gráfico 1
Taxas específicas de fecundidade por idade



Os níveis de fecundidade variam significativamente em termos regionais, principalmente segundo as províncias. As províncias de Manica e Tete apresentam as TGF mais elevadas, 7,7 e 7,1 filhos por mulher, respectivamente, enquanto a Cidade de Maputo apresenta a TGF muito menor, 4,0 filhos por mulher. Quanto à escolaridade, observa-se um menor número de filhos à medida que as mulheres aumentam o seu nível educacional. A maior diferença situa-se na passagem do nível primário (5,7) para o secundário e mais (3,6).

Gráfico 2
Taxa global de fecundidade por província



Nupcialidade

O IDSM indica que cerca de 15 por cento das moçambicanas em idade reprodutiva são solteiras, enquanto aproximadamente três quartos (74%) estão unidas. Nestas últimas, três quartos vivem em união de facto e um quarto são casadas formalmente; em quase todos os grupos etários a proporção de casadas em relação às unidas é de uma para três mulheres. Os restantes estados civis representam proporções muito inferiores às duas categorias anteriores: 9% das mulheres são separadas, 1% viúvas e 0,4% divorciadas. Mais de dois terços das mulheres unidas vivem num regime matrimonial monogâmico, enquanto cerca de um terço vivem em regime poligâmico; destas últimas, cerca de metade tem só uma co-esposa e a outra metade duas ou mais co-esposas (14%). A prevalência de poligamia nas zonas rurais é praticamente o dobro da existente nas zonas urbanas.

A idade mediana na época da primeira união é 17,1 anos, para as mulheres de 25-49 anos, e de 22,3 anos para os homens de 25-64 anos. Contudo, a idade mediana na primeira relação sexual é de 15,9 anos para as mulheres e 18,3 anos para os homens. Ou seja, as mulheres começam a sua experiência sexual aproximadamente um ano antes de se unirem ou casarem, e dois anos e meio mais cedo do que os homens.

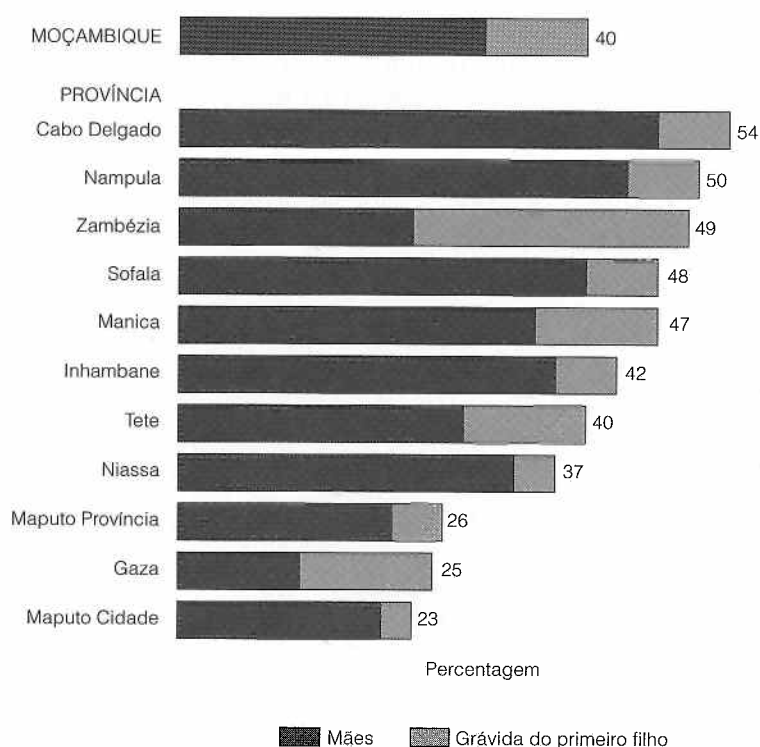
A idade mediana na época da primeira união é 17,1 anos, para as mulheres de 25-49 anos, e de 22,3 anos para os homens de 25-64 anos.

Fecundidade das adolescentes

A idade mediana do início da procriação é 19,2 anos, sendo praticamente idêntica nas áreas urbanas (19,0 anos) e nas rurais (19,2 anos). As mulheres casadas ou unidas, que representam 74% de todas as mulheres em idade reprodutiva, têm em média 3,5 filhos por mulher, dos quais 2,7 estão actualmente vivos.

Se agregarmos a percentagem das que já são mães (30%) às que estão esperando seu primeiro filho (10%), verifica-se que em Moçambique 40% das adolescentes já iniciaram a maternidade. Entre as adolescentes de 19 anos, dois terços já iniciaram a maternidade (59% já são mães e 8% estão grávidas pela primeira vez)

Gráfico 3
Percentagem de adolescentes (mulheres de 15-19 anos) que já iniciaram a maternidade, por província



A percentagem mais baixa regista-se na Cidade de Maputo, onde 23% das adolescentes iniciaram a maternidade em comparação com as restantes províncias que apresentam percentagens que variam entre 25% em Gaza e 54% no Niassa.

Preferências reprodutivas

Mais de 40% das mulheres desejam seis ou mais filhos. O número médio ideal de filhos para as mulheres é 5.9 contra 7.4 para os homens. No caso particular dos homens em uniões polígamas, o número médio ideal de filhos é de 10.6 filhos por homem.

O número médio ideal de filhos para as mulheres é 5.9 contra 7.4 para os homens.

A maioria dos entrevistados de ambos os sexos deseja ter mais filhos: 72% das mulheres e 75% dos homens entrevistados. Contudo, perto de 28% das mulheres e dos homens não deseja ter filhos nos próximos dois anos, podendo-se inferir que este grupo é um potencial utilizador dos métodos de planeamento familiar para espaçamento das gestações. Cerca de 16% das entrevistadas e 12% dos entrevistados afirmaram não desejar mais filhos, podendo-se assim interpretar que este grupo é um potencial utilizador de planeamento familiar para limitar a família.

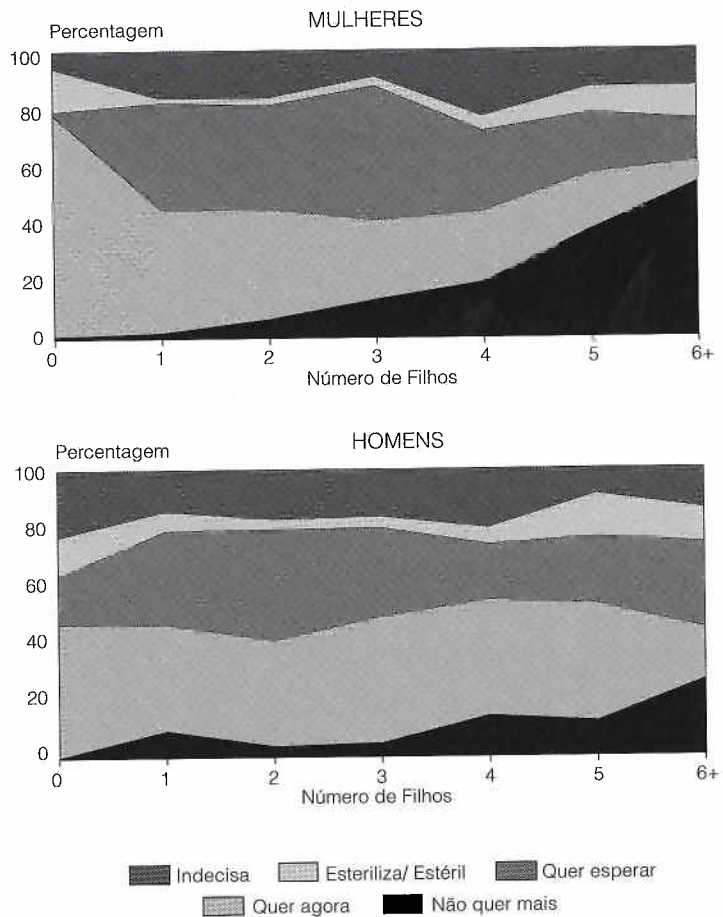
Perto de 28% das mulheres e dos homens não deseja ter filhos nos próximos dois anos.

O desejo de ter mais filhos dentro dos próximos dois anos diminui com o número de filhos vivos existentes, de 81% para as mulheres que ainda não tiveram filhos até 26% para as que já têm 6 ou mais filhos. Pelo contrário, a percentagem de mulheres que não desejam mais filhos aumenta com o número de filhos vivos, desde 1% nas que ainda não têm filhos até 53% nas que têm 6 ou mais filhos.



MACRO INTERNATIONAL/J. Schoemaker

Gráfico 4
Intenções reprodutivas das mulheres e dos homens em união segundo o número de filhos



Planeamento Familiar

Conhecimento e uso da anticoncepção

Em Moçambique, o conhecimento de métodos anticonceptivos modernos é baixo, tanto entre as mulheres como entre os homens. Aproximadamente 40% de mulheres e 30% de homens não conhecem nem um método anticonceptivo moderno. No entanto, os poucos que conhecem algum método anticonceptivo são mais os métodos modernos do que tradicionais ou folclóricos.

O grupo tanto de mulheres como homens que revelou um melhor conhecimento dos métodos anticonceptivos é o que eram sexualmente activos mas não casados ou unidos. Com efeito, 76% de mulheres e 90% de homens sexualmente activos mas não unidos, conhecem algum método anticonceptivo moderno. Isto sugere uma maior preocupação com a prevenção de possível gravidez não desejada neste grupo de pessoas

Entre os métodos modernos, os mais conhecidos pelas mulheres são a pílula e as injeções (56% e 53%, respectivamente),

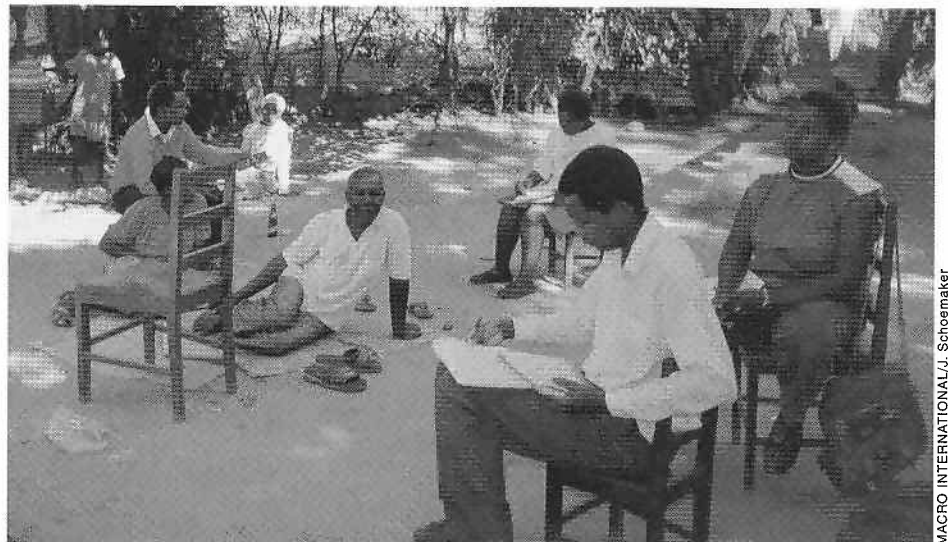
enquanto que o implante, os métodos vaginais e a esterilização masculina são praticamente desconhecidos.

Cerca de 12% de mulheres e 20% de homens em união declararam ter usado alguma vez algum método moderno na sua vida.

Aproximadamente 40% de mulheres e 30% de homens não conhecem nem um método anticonceptivo moderno.

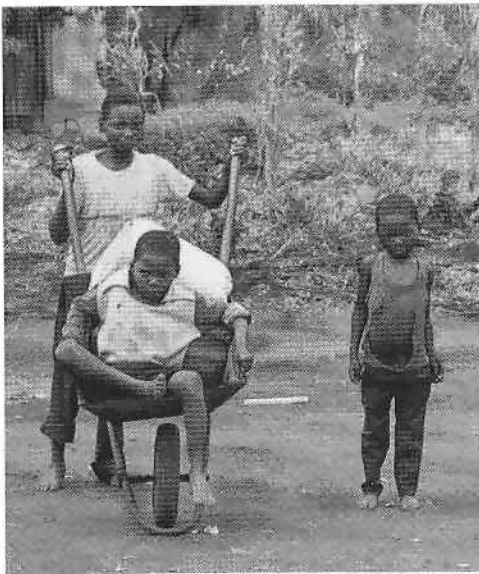
Uso actual da contracepção

O uso actual de métodos modernos entre as mulheres e os homens em união é de 5% e de 7%, respectivamente, sendo as injeções e a pílula os métodos que apresentam maior prevalência de uso entre as mulheres (2%). Quanto a métodos tais como o implante, métodos vaginais e esterilização masculina praticamente não são utilizados. Também, menos de 1% das mulheres utiliza métodos tradicionais ou folclóricos.



Existem diferenças marcadas na prevalência da contraceção segundo a residência: enquanto que 17% das mulheres urbanas utilizam anticonceptivos modernos, nas rurais apenas 2% das mulheres o fazem. A prevalência anticonceptiva moderna mais elevada encontra-se na Cidade de Maputo, onde 29% das mulheres actualmente unidas ou casadas declararam usar um método moderno. Também, a prevalência anticonceptiva na Província de Maputo é mais elevada do que no resto do país. As Províncias com prevalência anticonceptiva abaixo de um por cento são: Sofala, Cabo Delgado, Nampula, e Gaza.

Considerando os níveis de instrução, a proporção de mulheres que utilizam algum método moderno aumenta acentuadamente com o aumento do número de anos de escolarização, de 3% entre as mulheres sem instrução para a 27% entre as que têm o nível secundário ou mais.

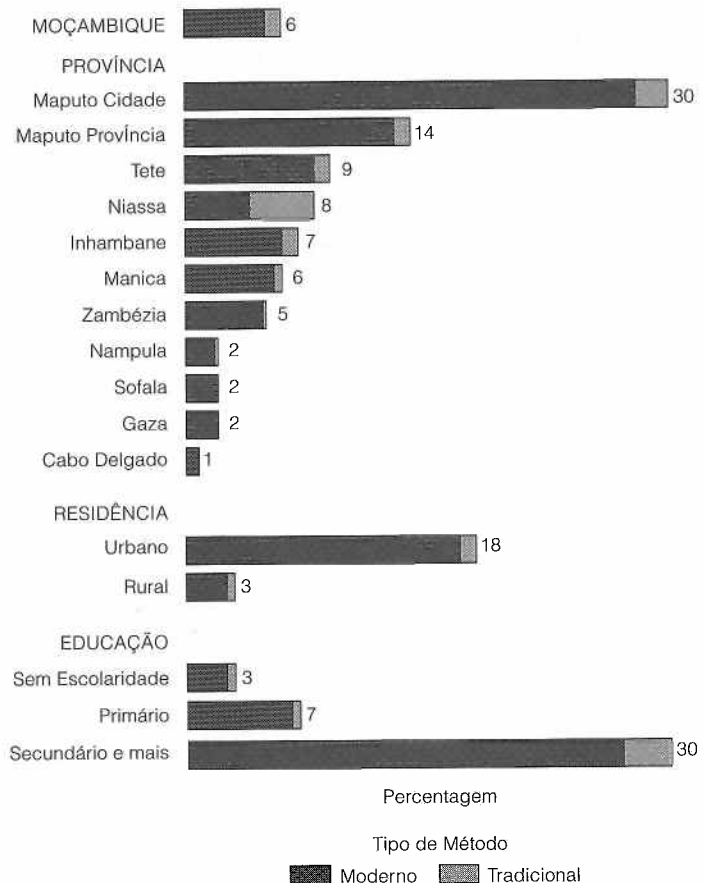


MACRO INTERNATIONAL/J.J. Schoemaker

Necessidade de serviços de planeamento familiar

Definiu-se como *necessidade não satisfeita de planeamento familiar* o grupo de mulheres, não estéreis, que declara que não deseja mais crianças ou quer esperar dois ou mais anos até voltar a engravidar, mas não está a utilizar planeamento familiar. Ao grupo de mulheres que estão a utilizar planeamento familiar na altura do inquérito, designa-se como *necessidade satisfeita de planeamento familiar*. Ao somatório da necessidade satisfeita e não satisfeita, foi dada a designação de *demanda total de planeamento familiar*.

Gráfico 5
Uso actual da contraceção



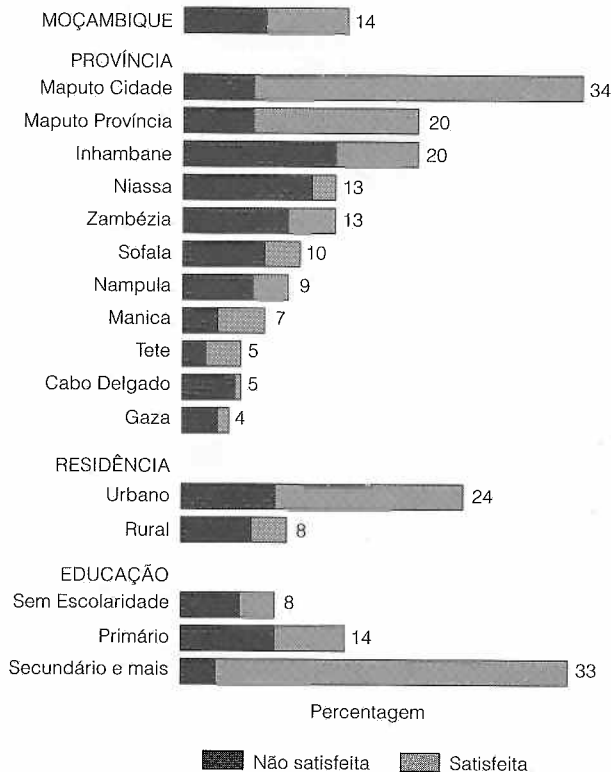
A demanda total de planeamento familiar (PF) entre as mulheres unidas não estéreis é cerca de 14%, dos quais 7% constitui a necessidade de planeamento familiar não satisfeita e os restantes 7% necessidade satisfeita;

A demanda total de PF na zona urbana é três vezes maior (24%) do que na área rural (8%). Por seu turno, a necessidade não satisfeita é muito maior nas áreas rurais (70%) do que nas áreas urbanas (34%).

A demanda total de PF encontra-se significativamente associada ao nível educacional, aumentando de 8% nas mulheres sem escolarização até 33% nas que têm ensino secundário ou superior.

Gráfico 6

Procura total de planificação familiar (procura não satisfeita e satisfeita)



Atitude perante o planeamento familiar

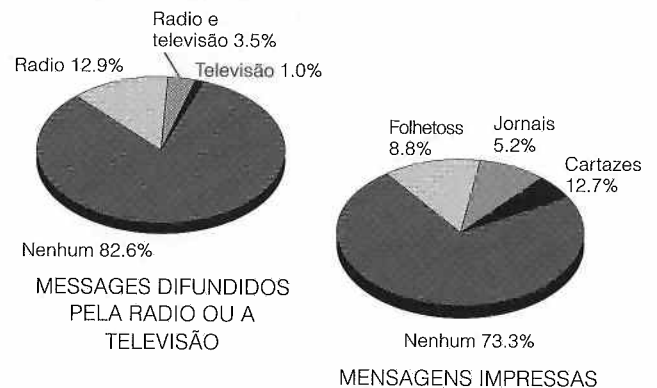
Dois terços das mulheres casadas nunca falaram com os seus parceiros sobre planeamento familiar e apenas 12% falaram mais de duas vezes, o que sugere a existência de um grande falta de comunicação entre os esposos relativamente às suas intenções reprodutivas e ao uso do planeamento familiar.

Mais de metade (55%) das mulheres actualmente unidas e não esterilizadas apro-vam o planeamento familiar; mas, de acordo com as próprias mulheres entrevistadas, apenas pouco mais dum terço (35%) dos esposos apro-vam. Cerca de 30% das mulheres declararam que ambos os cônjuges aprovam planeamento familiar, enquanto em 13% dos casais ambos desaprovam o PF.

A percentagem de inquiridos que ouviu/viu uma mensagem sobre PF, através da rádio ou televisão, durante o mês anterior à entrevista, foi muito baixa para os dois sexos: 17% para as mulheres e 23% para os homens. Mas a rádio é, sem dúvida, o meio de comunicação mais importante; cerca de 16% das mulheres e 22% dos homens tinham ouvido mensagens sobre planeamento familiar só através da rádio. Por seu turno, o impacto da televisão é ainda insignificante, pois as mensagens alcançaram apenas 5% das mulheres e 8% dos homens.

Gráfico 7

Exposição a mensagens sobre planificação familiar



Saúde Materno-infantil

Mortalidade infantil e pós-infantil

Durante o período de 0-4 anos antes do inquérito, ou seja, entre 1992-1997, 2 em cada 10 crianças (201 por mil) morreram antes de atingir o seu quinto aniversário de vida. Em cada 1000 nascimentos, 135 morreram antes de completar o primeiro aniversário e 77 faleceram entre o primeiro e o quinto ano de vida.

No período de 5-9 anos que precederam ao inquérito, correspondente aos anos 1987-1992, se evidencia uma subida pronunciada nos níveis de mortalidade infantil (${}_1q_0$) e pós-infantil (${}_4q_1$). Assim, do período 1982-1987 ao período 1987-1992 a mortalidade infantil passa de 136 por mil a 161 por mil, e a mortalidade pós-infantil passa de 78 por mil a 93 por mil. Vários factores conjunturais provavelmente contribuíram para este incremento na mortalidade. Deve-se recordar que durante o período em análise o País foi afectado pela guerra e por várias calamidades naturais: cheias, secas, ciclones, entre outros, que teriam dificultado a produção e distribuição de alimentos.

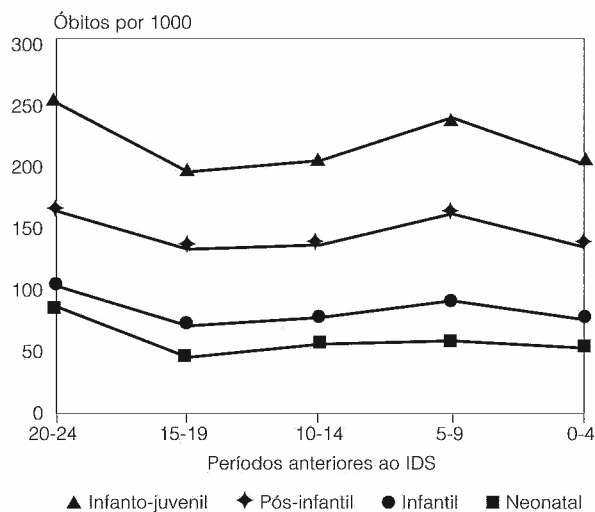
Ao contrário do que se observou na maioria dos países em vias de desenvolvimento, incluindo os da África subsahariana, em Moçambique, os níveis de mortalidade não

diminuíram significativamente. Quer dizer, os níveis actuais de mortalidade são praticamente iguais aos observados na altura da Independência Nacional em 1975.

Os níveis actuais de mortalidade são praticamente iguais aos observados na altura da Independência Nacional em 1975.

Gráfico 8

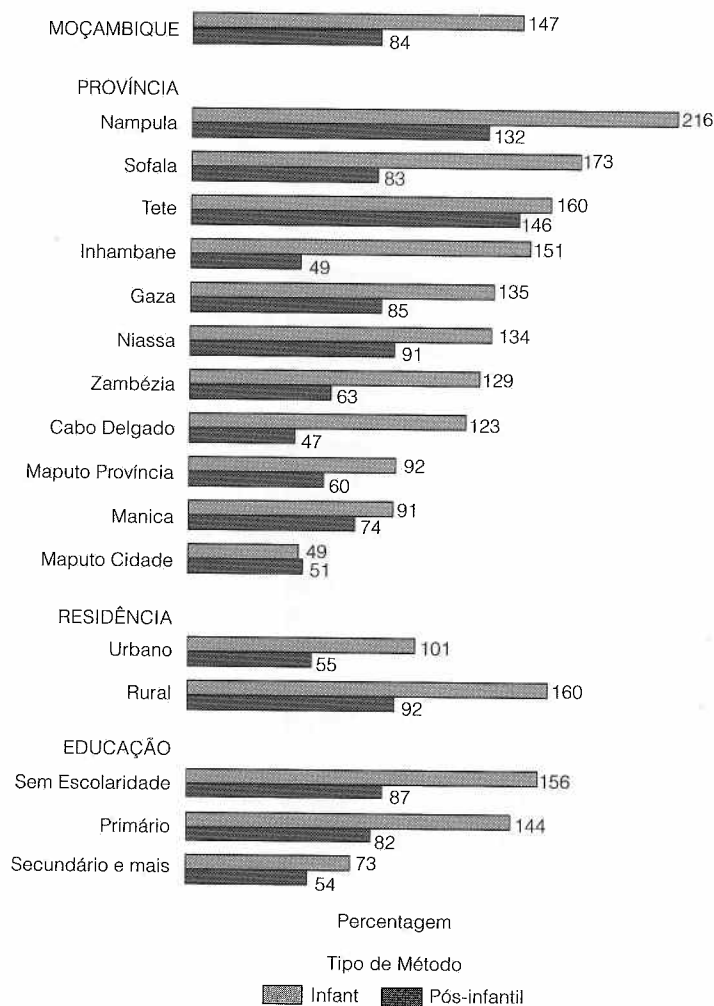
Taxas de mortalidade neonatal, infantil, pós-infantil e infanto-juvenil, por períodos quinquenais precedentes ao inquérito



No Gráfico 9 pode-se apreciar que os níveis de mortalidade infantil e pós-infantil são significativamente mais altos entre as crianças cujas mães não têm escolarização e residem nas áreas rurais. O maior índice de mortalidade infantil ocorre em Nampula (216 por mil) e o mais baixo em Maputo Cidade (49 por mil). Por outras palavras, a probabilidade de morte durante o primeiro ano de vida é 4.4 vezes maior nas crianças nascidas em Nampula que nas nascidas em Maputo-Cidade.

Gráfico 9

Taxas de mortalidade infantil e pós-infantil nos dez anos antes do inquérito



Assistência pré-natal

A maioria das mães recebem assistência pré-natal. A cobertura pré-natal com pelo menos uma consulta é de 71%. Se bem que esta percentagem abranja pessoal de saúde, enfermeira e médico, na realidade o atendimento é, na sua quase totalidade, realizado pelas enfermeiras do SMI. Estas observaram 69% das gestações, tendo o atendimento pré-natal por médico sido apenas de 2%. O atendimento exclusivo por parteira tradicional foi insignificante, apenas de 1%. Um pouco mais de um quarto das mulheres grávidas nos três anos precedentes ao inquérito (27%) não receberam qualquer tipo de assistência durante a gravidez.

Um terço das mulheres receberam pelo menos uma injeção antitetânica durante a gravidez. A cobertura varia substancialmente segundo a situação sócio-económica das mulheres.

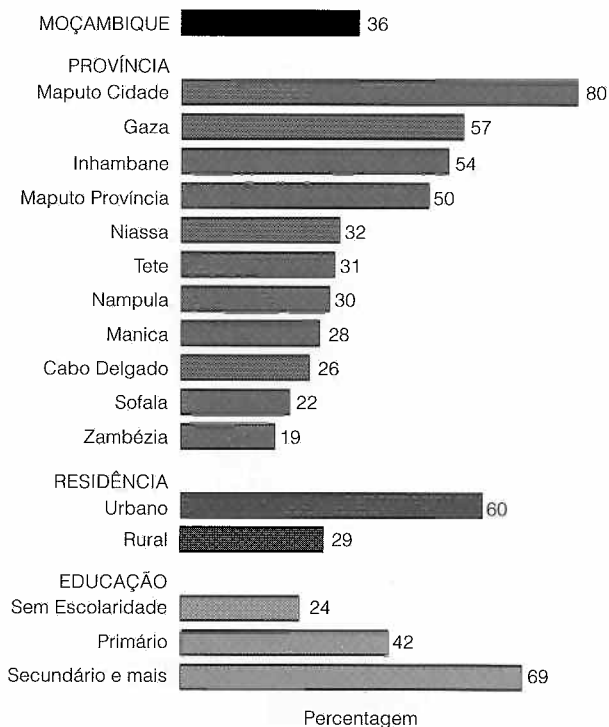
Um terço das mulheres receberam pelo menos uma injeção antitetânica durante a gravidez.



Assim, 61% das mulheres da área urbana recebeu a injeção, contra 29% das rurais. A cobertura é de 69% entre as mulheres que fizeram estudos a nível secundário ou mais contra 24% das que nunca frequentaram a escola. As variações regionais também são importantes: a cobertura varia de 80% na Cidade de Maputo a 22% e 19% nas Províncias de Sofala e Zambézia respectivamente.

Gráfico 10

Percentagem de nascimentos cujas mães receberam vacina antitetânica



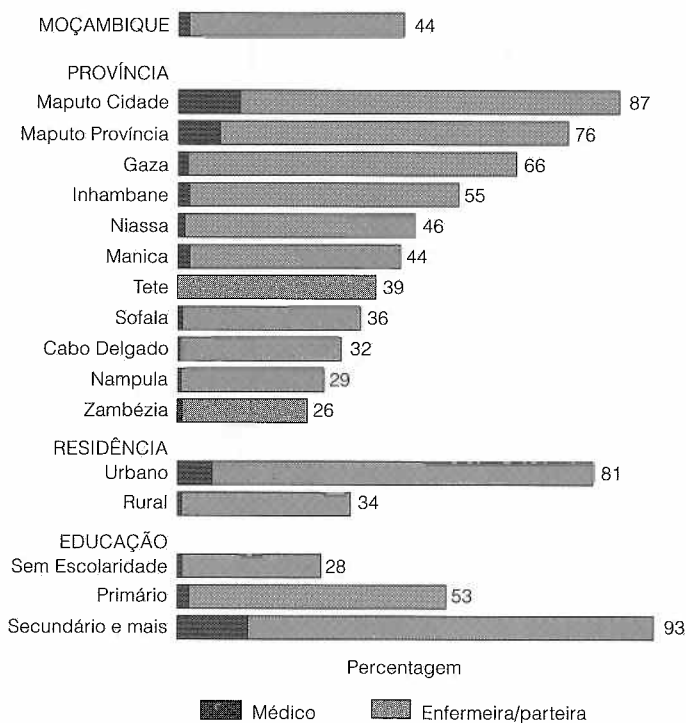
Assistência ao parto

Quarenta e quatro por cento dos nascimentos receberam assistência do pessoal de saúde, na sua maioria (42%) de enfermeiras. Apenas uma percentagem mínima de 2% foi realizado por médico. A proporção de partos assistidos é de 82% nas áreas urbanas, contra 34% nas rurais, 28% nas mulheres sem nenhum grau de escolaridade, contra 93% nas com nível secundário ou mais; 86% na Cidade de Maputo contra 26% na Zambézia.

A cobertura de partos institucionais avaliada no inquérito foi de 44%, ainda inferior à proporção de partos realizados em casa (55%). A ocorrência do partos institucionais é muito mais frequente nas zonas urbanas do que nas áreas rurais (82 contra 33%). As diferenças in-terprovinciais também são muito marcantes, variando desde uma cobertura de partos

Gráfico 11

Percentagem de nascimentos cujas mães receberam atenção do pessoal de saúde durante o parto

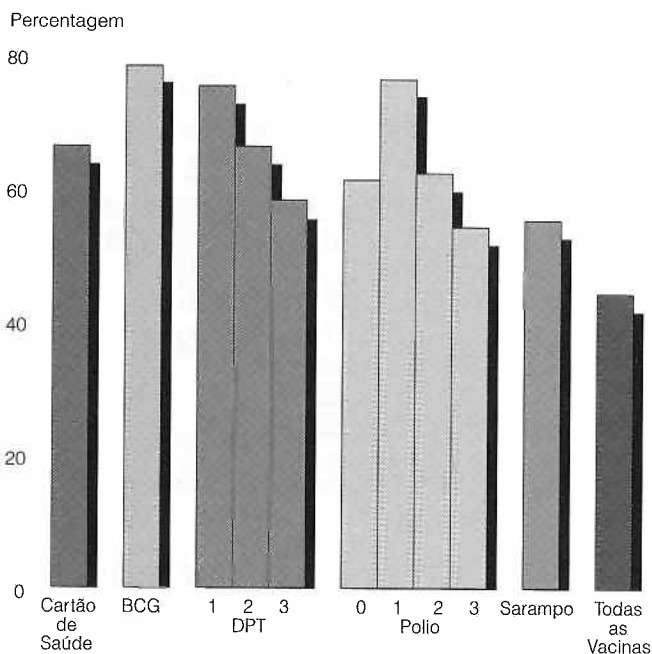


institucionais de 23%, na província da Zambézia até atingir 87%, na cidade de Maputo, facto que está seguramente relacionado com o menor acesso às unidades sanitárias nas áreas rurais

Vacinação

Entre as crianças de 12 a 23 meses, dois terços (66%) apresentou o cartão comprovativo de que foram imunizadas; 78% foram imunizadas contra a tuberculose (vacina BCG); 60% receberam a terceira dose de DPT, 55% receberam a terceira dose de pólio e 58% foram vacinada contra o sarampo. Um pouco menos da metade das crianças (47%) de 12 a 23 meses receberam todas as vacinas do Programa Alargado de Vacinação (PAV).

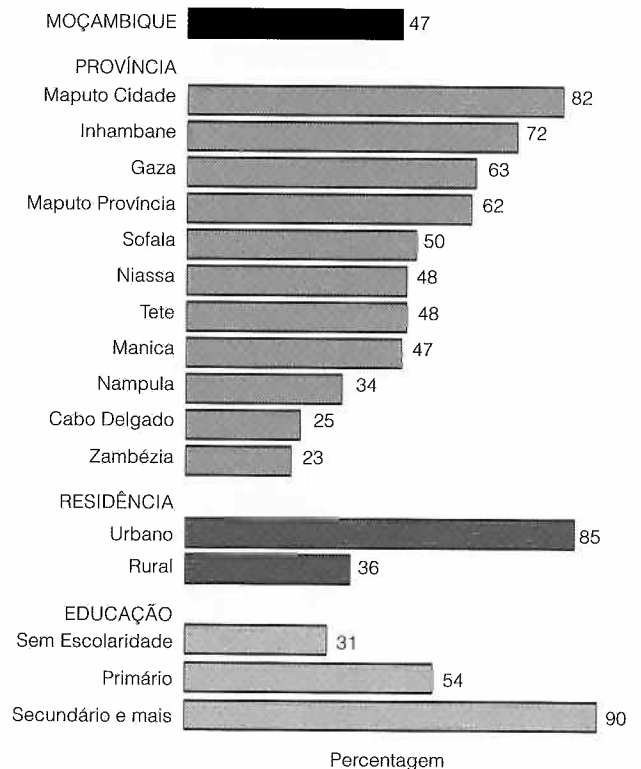
Gráfico 12
Percentagem de crianças entre 12 e 23 meses que foram vacinadas



Um pouco menos da metade das crianças (47%) de 12 a 23 meses receberam todas as vacinas do Programa Alargado de Vacinação.

A percentagem de crianças que receberam todas as vacinas do PAV, é de 85% nas áreas urbanas contra 36% nas rurais; de 90% daquelas cujas mães têm o nível secundário ou mais contra 31% daquelas cujas mães nunca frequentaram a escola.

Gráfico 13
Percentagem de crianças entre 12 e 23 meses que receberam todas as vacinas



Infecções respiratórias agudas

A prevalência encontrada para tosse e respiração rápida, nas duas semanas anteriores ao inquérito, nas crianças menores de 3 anos, foi de 12%. Destas, um pouco mais de um terço (39%) procurou tratamento na unidade sanitária.

Febre

Sendo a malária endémica no País e uma das principais causas de morte nas crianças, tem particular importância o estudo da prevalência do seu principal sintoma, a febre. Com efeito, 44% das crianças menores de três anos apresentaram febre nas duas semanas anteriores ao inquérito. As diferenças encontradas consoante a idade da criança, o sexo ou a ordem de nascimento não foram importantes. Do mesmo modo, o local de residência e a educação materna não se encontravam associadas a diferenças marcadas na prevalência do sintoma.

Diarréia

A prevalência de episódios diarreicos febre nas duas semanas anteriores ao inquérito foi de 21%, dos quais 3% foi diarreia com sangue. Entre as crianças que tiveram diarreia, 35% foram levadas a tratamento na unidade sanitária.

A prevalência de diarreia foi maior dos 6-23 meses mas, no caso de diarreia com sangue, o grupo mais atingido foi o dos 24-35 meses. A baixa prevalência de 10% verificada nos menores de 6 meses está seguramente relacionada com a protecção conferida pelo aleitamento materno que, em Moçambique, é quase universal.

As crianças residindo nas zonas urbanas apresentaram uma prevalência significativamente superior de diarreia (31 contra 18 %) que as residindo nas áreas rurais, o que é sintomático da situação actual de contaminação ambiental na zona urbana. Também se

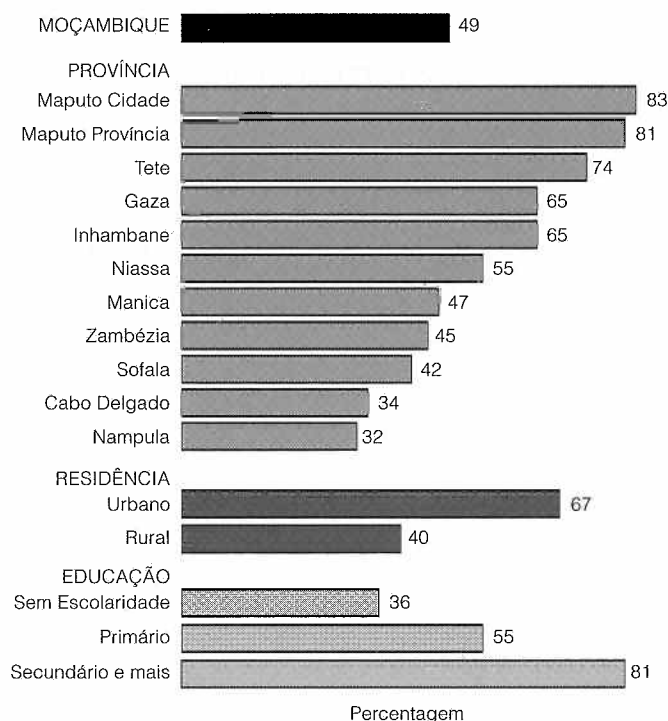
registaram diferenças interprovinciais acentuadas tendo-se verificado a maior prevalência nas províncias do Norte de Nampula, Zambézia e Tete (25, 35 e 26 %, respectivamente) a menor em Gaza e Inhambane, ambas com 8%.

No que se refere ao tratamento efectuado à criança com um episódio de diarreia, foram utilizados os SRO em 42 % dos episódios e a rehidratação oral, com os SRO ou uma mistura caseira, em cerca de metade (49 %) dos episódios.

As crianças residindo em áreas urbanas receberam mais o SRO ou misturas de rehidratação caseiras (67 versus 40%) que as crianças das áreas rurais. Nas províncias de Cabo Delgado, Nampula, Zambézia e Sofala a situação é pior quer no que se refere ao correcto tratamento dos episódios de diarreia. Mais de 80% das mães com o nível secundário ou mais administrou correctamente o tratamento correcto de fluidos de rehidratação contra 36% das mulheres sem escolaridade

Gráfico 14

Entre as crianças que tiveram um episódio diarreico, percentagem das que receberam rehidratação oral



Amamentação e alimentação complementar

Quase a totalidade das crianças (95%) são amamentadas ao peito. Em geral, a proporção de crianças alimentadas ao peito é elevada (mais de 90%) e não existem diferenças assinaláveis entre as províncias, entre o campo e a cidade, lugar de nascimento da criança, e nível educacional das mães. A grande maioria (81%) das crianças começaram a amamentação na hora seguinte ao parto.

Observa-se que a alimentação complementar (suco, água, chás, leite e outros) é introduzida precocemente em Moçambique: mais da metade das crianças menores de quatro meses de idade recebeu, além da amamentação, uma complementação.

A alimentação complementar é introduzida precocemente: mais da metade das crianças menores de quatro meses de idade recebeu, além da amamentação, uma complementação.

Estado nutricional das crianças

Cerca de 16% das crianças menores de três anos sofrem desnutrição crónica severa. Nas províncias do Norte, Niassa e Cabo Delgado aproximadamente 50% das crianças tem problemas de desnutrição aguda e crónica. Em geral, as crianças das províncias do Sul, Inhambane, Gaza e Maputo têm uma situação nutricional relativamente melhor.

Conhecimento do SIDA

O nível de conhecimento da existência do SIDA é bastante elevado: 82% de mulheres e 94% de homens conhecem ou já ouviram falar desta doença. A maior percentagem das pessoas que já tinham ouvido falar de SIDA é nas províncias que possuem actualmente uma maior prevalência de HIV/SIDA no país: Tete, Manica e a capital do país, Cidade de Maputo.

Contudo, estes altos níveis de conhecimento da existência do SIDA não correspondem a um conhecimento adequado sobre as formas de transmissão desta doença. Cerca de 40% das pessoas entrevistadas afirmaram que não conheciam nenhum meio para evitar contrair o SIDA.

Na zonas rurais apenas 10% das mulheres e 22% dos homens referiram-se ao preservativo como um dos meios de evitar a transmissão do SIDA. Na zona urbana estas proporções são mais altas, de 30% et de 54%, respectivamente.



Conclusões

A fecundidade permanece relativamente elevada e, de imediato, não existem ainda indicações certas de que a sua diminuição seja uma realidade.

O conhecimento dos métodos anticonceptivos modernos é ainda bastante baixo e isto reflecte-se na utilização da anticoncepção moderna nas mulheres em união é de apenas 5%. Visto que o número médio ideal de filhos para as mulheres é 5.9 filhos e para os homens 7.4, a demanda total de planeamento familiar é ainda relativamente baixa: 24% nas zonas urbanas e apenas 8% nas zonas rurais. Nestes termos, as potencialidades para serviços de educação, informação e planeamento reprodutivo são enormes.

A mortalidade infantil e pós-infantil permanece significativamente elevada, e, no período 1987-1992 a mortalidade infanto-juvenil aumentou significativamente. De um modo geral, nos últimos 20-25 anos, ou seja entre 1972 e 1997, as taxas mostram-se praticamente constantes.

Existem consideráveis diferenças nos níveis da fecundidade, mortalidade e uso de serviços de planeamento familiar. As zonas urbanas e, sobretudo a Cidade de Maputo apresenta vantagens consideráveis relativamente ao resto do País. As pessoas não escolarizadas e residentes em áreas rurais encontram-se em maior desvantagem. Para que os níveis des-favoráveis e diferenciais encontrados neste inquérito possam ser ultrapassados será indispensável dar prioridade e investir na informação, educação e disponibilização de recursos humanos e financeiros.



MACRO INTERNATIONAL/J.J. Schoemaker



Troels Nerlem (CFF)

Dados Básicos

Indicadores Demográficos, 1997

(Dados Preliminares do Censo Populacional de 1997)

População, Total (em milhares)	15,740
População, Homens (em milhares)	7,451
População, Mulheres (em milhares)	8,289
Índice de masculinidade	89.9

Inquérito Demográfico e de Saúde, 1997

Amostra

Agregados seleccionados	11,059
Taxa de resposta dos (em percentagem)	95.9
Mulheres de 15-49 anos	9,590
Taxa de resposta dos (em percentagem)	91.5
Homens de 15-64 anos	2,889
Taxa de resposta dos (em percentagem)	80.8

	Mulheres de 15-49 anos	Homens de 15-64 anos
--	---------------------------	-------------------------

Nível de escolaridade

Sem escolaridade	42.9	19.6
Primário	52.7	69.6
Secundário ou mais	4.4	10.8

Estado Civil

Solteiro	15.1	24.4
Casado	19.7	20.9
União de facto	54.7	50.3
Viúvo	1.2	0.2
Divorciado	0.4	0.3
Separado	8.9	4.0

Religião

Católica	29.	34.7
Protestante	26.2	18.6
Muçulmana	17.1	17.4
Outras	6.4	7.2
Nenhuma	20.4	20.6

Fecundidade

Mulheres actualmente em união (em percentagem)	74.4
Taxa Global de Fecundidade (TGF)	
Área urbana	5.1
Área rural	5.8
Mulheres actualmente em união (em percentagem)	74.4
Mulheres actualmente grávidas (em percentagem)	12.6
Idade média ao primeiro casamento	
Mulheres de 25-49 anos (em anos)	17.1
Homens de 25-64 anos (em anos)	22.3

Preferencias em Matéria de Fecundidade

	Mulheres em união	Homens em união
Solteiro	15.1	24.4
Deseja mais filhos	34.5	34.8
Deseja atrasar pelo menos 2 anos		
o próximo nascimento	28.7	28.3
Não deseja mais filhos	16.2	11.7
Número médio ideal de filhos	6.2	8.1
	Todas as mulheres de 15-49 anos	Todos os homens de 15-64 anos
Número médio ideal de filhos	5.9	7.4

Planeamento Familiar (%)

	Mulheres em união	Homens em união
Solteiro	15.1	24.4
Conhece pelo menos um método contraceptivo	62.0	68.7
Conhece pelo menos um método moderno	60.4	65.6
Ja fizeram uso de algum método contraceptivo	13.4	27.3
Ja fizeram uso de algum método moderno	12.2	20.4
Actualmente usa algum método contraceptivo	5.6	9.9
Actualmente usa algum método moderno	5.1	6.5

Mortalidade infanto-juvenil

Taxa de mortalidade infantil (${}_1q_0$)	134.6
Taxa de mortalidade na infancia (${}_3q_0$)	200.9
Taxa de mortalidade pós-infantil (${}_4q_1$)	76.6
Taxa de mortalidade neo-natal	53.9
Taxa de mortalidade pós-neonatal	80.7

Saúde da mãe e da criança (%)

Crianças cujas mães:

- receberam duas ou mais doses de vacina antitetânica durante a gravidez. 28.8
- receberam atenção dum profissional de saúde durante a gravidez
- receberam assistência dum profissional de saúde durante o parto

Criança de 12 a 23 meses de idade que receberam:

- BCG
- DPT (as três doses)
- Pólio (as três doses)
- Anti sarampo
- Todas as vacinas

Crianças menores de 3 anos que:

- tiveram que tiveram diarreia
- crianças doentes de IRA

Lactação e nutrição infantil

Percentagem de crianças que alguma vez foram amamentadas ao peito	94.8
Duração mediana da amamentação (meses)	22.4
Percentagem de crianças de 0 a 1 meses exclusivamente amamentados ao peito	53.1
Percentagem de filhos de 4 a 5 meses amamentados ao peito e que recebem suplementos alimentares	48.8

Percentagem de crianças menores de 3 anos

com desnutrição crónica	35.9
-------------------------------	------

Nutrição das mães

Percentagem de mães com altura inferior a de 145 cms	4.8
Percentagem com índice de massa corporal (IMC) menor de 18.5	10.9

	Mulheres	Homens
Percentagem que conhece o SIDA	82.2	93.9