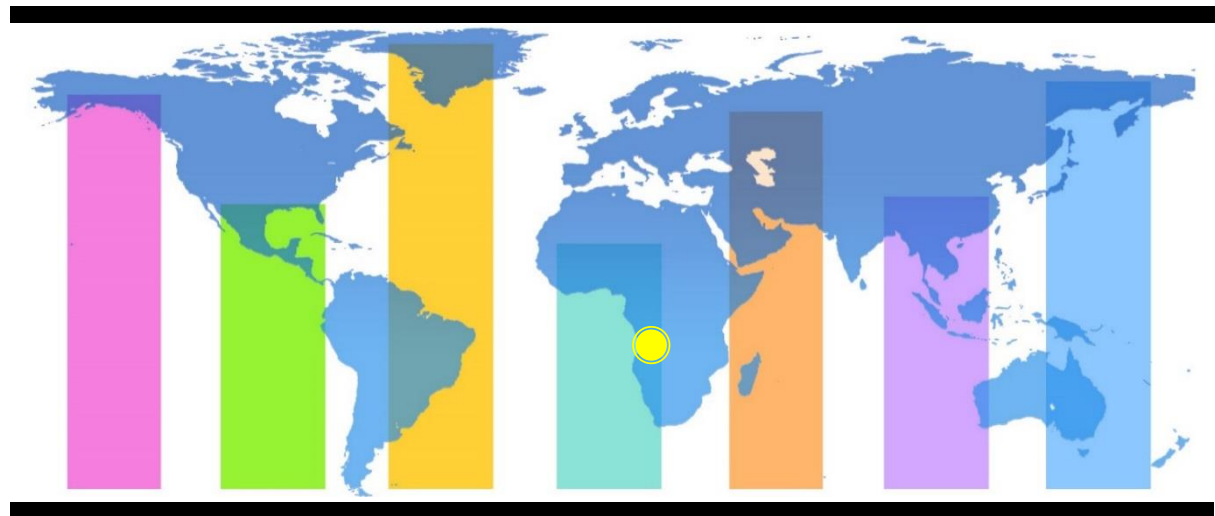


Angola



**Inquérito de Indicadores
Múltiplos e de Saúde (IIMS) 2023–2024**

Relatório de Indicadores Básicos



Angola

Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde (IIMS) 2023–2024

Relatório de Indicadores Básicos

Instituto Nacional de Estatística (INE)
Ministério da Saúde (MINSA)
Luanda, Angola

The DHS Program
ICF
Rockville, Maryland, EUA

Janeiro de 2025



minsa.gov.ao
MINISTÉRIO DA SAÚDE



O Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde de Angola (IIMS 2023–2024) foi implementado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em parceria com o Ministério da Saúde (MINSa). O IIMS 2023–2024 foi financiado pelo Governo do País, a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), Banco Mundial, através dos Projectos de Saúde do MINSa, e UNICEF. O ICF forneceu assistência técnica por meio do DHS Program, um projecto financiado pela USAID que oferece apoio e assistência técnica na implementação de inquéritos demográficos e de saúde em países de todo o mundo.

Informações adicionais sobre o IIMS 2023–2024 podem ser obtidas no Instituto Nacional de Estatística, Rua Ho-Chi-Minh C.P. 1215 - Luanda - Angola; telefone: +244 226420730; +244 233958; e-mail: geral@ine.gov.ao; www.ine.gov.ao.

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

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

Citação Recomendada:

INE, MINSa e ICF. 2024. *Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde de Angola, 2023–2024: Relatório de Indicadores Básicos*. Luanda, Angola, se a publicação for feita em Luanda, Angola e Rockville, Maryland, EUA.

ÍNDICE

QUADROS E GRÁFICOS	v
ACRÓNIMOS E SIGLAS	vii
SÍNTESE DOS INDICADORES.....	ix
1 INTRODUÇÃO.....	1
Objectivos do Inquérito	1
2 IMPLEMENTAÇÃO DO INQUÉRITO.....	3
2.1 Desenho da Amostra	3
2.2 Questionários	4
2.3 Antropometria, Testagem de Malária.....	5
2.3.1 Antropometria.....	5
2.3.2 Testagem para Anemia nas Crianças	6
2.3.3 Testagem de Malária nas Crianças.....	6
2.4 Teste Piloto	6
2.5 Formação de Formadores e do Pessoal de Campo.....	6
2.6 Trabalho de Campo	7
2.7 Processamento de Dados.....	7
3 PRINCIPAIS RESULTADOS.....	9
3.1 Taxas de Resposta	9
3.2 Características dos Respondentes	9
3.3 Fecundidade	11
3.4 Fecundidade na Adolescência.....	12
3.5 Preferências em Relação À Fecundidade	13
3.6 Planeamento Familiar	13
3.6.1 Uso de Contraceptivos.....	13
3.6.2 Necessidade e Procura de Planeamento Familiar	17
3.7 Mortalidade na Infância.....	19
3.8 Cuidados Maternos.....	20
3.8.1 Cuidados Pré-natais	20
3.8.2 Toxóide Tetânico	21
3.8.3 Cuidados no Parto	23
3.8.4 Cuidados Pós-parto para a Mãe	23
3.8.5 Razão de Mortalidade Materna.....	24
3.8.6 Razão de Mortalidade Relacionada com a Gravidez	24
3.9 Cobertura da Vacinação	25
3.9.1 Cobertura de Vacinação Infantil.....	25
3.9.2 Cobertura Vacinal de Acordo com o Calendário Nacional de Vacinação	26
3.10 Procura de Cuidados e Tratamento PARA Doenças Infantis.....	29
3.11 Estado Nutricional das Crianças.....	31
3.12 Aleitamento Materno e Alimentação em Crianças Menores de 2 Anos	33
3.13 Malária	35
3.13.1 Posse e Uso de Redes Mosquiteiras Tratadas com Insecticida.....	35
3.13.2 Malária na Gravidez.....	38
3.13.3 Gestão de Casos de Malária em Crianças	40
3.13.4 Prevalência de Malária em Crianças.....	41
3.14 VIH	43
3.14.1 Conhecimento Sobre Prevenção do VIH Entre os Jovens	43
3.14.2 Comportamento Sexual.....	44
3.14.3 Testagem Prévia de VIH	47
REFERÊNCIAS	51
ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO.....	53

QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 1	Resultados das entrevistas aos agregados familiares e a indivíduos	9
Quadro 2	Características sociodemográficas dos entrevistados.....	10
Quadro 3	Fecundidade actual.....	11
Quadro 4	Gravidez e maternidade na adolescência	12
Quadro 5	Intenções reprodutivas por número de filhos vivos	13
Quadro 6	Uso actual de contraceptivos segundo as características sociodemográficas	15
Quadro 7	Necessidade e procura de planeamento familiar	18
Quadro 8	Mortalidade infantil e infanto-juvenil.....	19
Quadro 9	Indicadores de cuidados da saúde materna	22
Quadro 10	Razão de mortalidade materna.....	24
Quadro 11	Tendências da mortalidade relacionada com a gravidez	25
Quadro 12	Vacinação por características sociodemográficas.....	27
Quadro 13	Tratamento de infeções respiratórias agudas, febre e diarreia	30
Quadro 14	Estado nutricional das crianças	32
Quadro 15	Indicadores de alimentação de lactentes e crianças	34
Quadro 16	Posse de Mosquiteiro Tratado com Insecticida (MTI) nos agregados familiares.....	36
Quadro 17	Uso de mosquiteiros tratado com insecticida (MTI) por crianças e mulheres grávidas.....	37
Quadro 18	Uso de tratamento intermitente preventivo (TIP) por mulheres durante a gravidez.....	39
Quadro 19	Crianças com febre e procura de cuidados, diagnóstico e tratamento de febre	41
Quadro 20	Prevalência de malária em crianças.....	42
Quadro 21	Conhecimento sobre a prevenção do VIH entre os jovens	43
Quadro 22.1	Parceiros múltiplos e relações sexuais de risco nos últimos 12 meses: Mulheres	45
Quadro 22.2	Parceiros múltiplos e relações sexuais de risco nos últimos 12 meses: Homens.....	46
Quadro 23.1	Cobertura de testagem prévia de VIH: Mulheres	48
Quadro 23.2	Cobertura de testagem prévia de VIH: Homens.....	49
Gráfico 1	Tendências da fecundidade por área de residência.....	11
Gráfico 2	Tendências na utilização, necessidade e procura de planeamento familiar	19
Gráfico 3	Tendências nas taxas de mortalidade neonatal, infantil e infanto-juvenil	20
Gráfico 4	Tendências nos cuidados pré-natais	21
Gráfico 5	Tendências na assistência ao parto	23
Gráfico 6	Tendências da vacinação em crianças.....	26
Gráfico 7	Tendências do estado nutricional das crianças.....	33
Gráfico 8	Tendências da amamentação exclusiva.....	35
Gráfico 9	Tendência de posse de MTI nos agregados familiares	36
Gráfico 10	Uso de mosquiteiros tratados com insecticidas por crianças e mulheres grávidas.....	38
Gráfico 11	Tendências no uso de TIP durante a gravidez	39
Gráfico 12	Tendências no uso de terapia combinada à base de artemisina (TCA).....	40
Gráfico 13	Tendências na prevalência de malária em crianças.....	42
Gráfico 14	Conhecimento sobre a prevenção do VIH entre os jovens	44

ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACT	<i>Artemisinin-based Combination Therapy</i> (Terapia Combinada à base de Artemisinina)
CATV	Centro de Aconselhamento e Testagem Voluntária
CECOMA	Central de Compras e Aprovisionamento de Medicamentos e Meios Médicos
DBS	<i>Dried Blood Spots</i> (Gotas de Sangue Seco)
DCIE	Departamento de Censos e Inquéritos Especiais
DCNT	Doenças Crónicas Não Transmissíveis
DEDS	Departamento de Estatísticas Demográficas e Sociais
DHS	<i>Demographic Health Survey</i> (Inquérito Demográfico e de Saúde)
DID	Departamento de Informação e Difusão
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública
DPS	Direcção Provincial de Saúde
DTI	Departamento de Tecnologia de Informação
EIA	Exame Imunoenzimático
GEPE	Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística
GPS	<i>Global Positioning System</i> (Sistema de Posicionamento Global)
IFI	Imunofluorescência Indirecta
IIMS	Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
INIS	Instituto Nacional de Investigação em Saúde
INLS	Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA
IRA	Infecção Respiratória Aguda
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
MICS	<i>Multiple Indicator Cluster Survey</i> (Inquérito de Indicadores Múltiplos)
MINSA	Ministério da Saúde de Angola
MTI	Rede Mosquiteira Tratada com Insecticida
ODS	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PNLCM	Programa Nacional de Luta contra a Malária
PNN	Programa Nacional de Nutrição
REDISSE	Regional Disease Surveillance Systems Enhancement
SC	Secção Censitária
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SPINE	Serviços Provinciais do Instituto Nacional de Estatística
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SRO	Sais de Reidratação Oral
TDR	Teste de Diagnóstico Rápido
TFG	Taxa de Fecundidade Geral
TGF	Taxa Global de Fecundidade
TIP	Tratamento Intermitente Preventivo
UNFPA	<i>United Nations Population Fund</i> (Fundo das Nações Unidas para a População)
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i> (Fundo das Nações Unidas para a Infância)
USAID	<i>United States Agency for International Development</i> (Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional)

SÍNTESE DOS INDICADORES

Nº	Descrição do Indicador	Angola	Urbana	Rural	Homens	Mulheres
Fecundidade						
1	Taxa global de fecundidade (15–49 anos)	4,8	3,8	6,9	-	-
2	Taxa bruta de natalidade (15–49 anos)	33,7	29,4	40,5	-	-
Contraceção						
3	Necessidade satisfeita de planeamento familiar entre as mulheres casadas ou em união de facto (todos os métodos)	17,1	23,0	8,3	-	-
4	Percentagem de mulheres de 15–49 anos, casadas ou em união de facto, que usam preservativo masculino	2,2	3,3	0,6	-	-
5	Percentagem de mulheres de 15–49 anos, não casadas ou que não vivem maritalmente, mas que são sexualmente activas, que usam preservativo masculino	16,5	20,8	3,3	-	-
Mortalidade (para os cinco anos anteriores ao inquérito)						
6	Taxa de mortalidade pós-neonatal	15				
7	Taxa de mortalidade infantil	32				
8	Taxa de mortalidade infanto-juvenil	52				
Malária						
9	Percentagem de agregados familiares que possuem, pelo menos, um MTI	28,8	27,2	31,2	-	-
10	Percentagem de crianças menores de 5 anos que dormiram debaixo de um MTI, durante a noite anterior ao inquérito	21,8	22,3	21,2	-	-
11	Percentagem de grávidas de 15–49 anos que dormiram debaixo de um MTI, durante a noite anterior ao inquérito	23,9	20,4	28,5	-	-
Consultas Pré-Natais e Assistência ao Parto						
12	Percentagem de mulheres de 15–49 anos com filhos nascidos vivos nos últimos 2 anos, que tiveram 4 ou mais consultas pré-natais para o último nado-vivo	51,2	69,0	31,0	-	-
13	Percentagem de mulheres de 15–49 anos com filhos nascidos vivos nos últimos 2 anos, atendidas por pessoal de saúde qualificado nas consultas pré-natais	77,3	89,9	62,9	-	-
14	Percentagem de mulheres de 15–49 anos, com filhos nascidos vivos nos últimos 2 anos, cujos partos foram assistidos por pessoal de saúde qualificado	49,8	73,8	22,7	-	-
15	Percentagem de partos ocorridos em uma unidade de saúde nos últimos 2 anos	45,8	69,6	18,9	-	-
16	Percentagem de mulheres de 15–49 anos, com filhos nascidos vivos nos últimos 2 anos, que fizeram consultas pós-natais 2 dias após o parto	14,6	19,4	9,1	-	-
Vacinação Infantil						
17	Percentagem de crianças de 12–23 meses vacinadas contra as doenças infantis (BCG, DPT, Poliomielite e Sarampo)	29,4	43,6	14,3	28,0	30,7
18	Percentagem de crianças de 12–23 meses vacinadas contra a BCG	67,3	88,1	45,3	65,6	69,0
Nutrição nas Crianças						
19	Percentagem de crianças menores de 5 anos com malnutrição geral grave	6,3	5,1	7,7	7,2	5,4
20	Percentagem de crianças menores de 5 anos com malnutrição crónica grave	16,4	11,0	22,9	19,4	13,5
21	Percentagem de crianças menores de 5 anos com malnutrição aguda grave	1,6	2,0	1,1	1,6	1,6
Comportamento Sexual—Homens						
23	Percentagem de homens de 15–24 anos com conhecimento abrangente sobre a prevenção do VIH	33,7	42,4	12,9	-	-
24	Percentagem de homens de 15–49 anos que tiveram 2 ou mais parceiro(a)s nos últimos 12 meses	20,9	21,1	20,6	-	-
25	Percentagem de homens de 15–49 anos que tiveram 2 ou mais parceiro(a)s nos últimos 12 meses e usaram preservativo na última relação sexual	35,0	42,5	17,3	-	-
26	Percentagem de homens de 15–49 anos que foram testados nos últimos 12 meses e que receberam os resultados do último teste	17,3	20,5	9,9	-	-
Comportamento Sexual—Mulheres						
27	Percentagem de mulheres de 15–24 anos com conhecimento abrangente sobre a prevenção do VIH	24,6	31,5	9,2	-	-
28	Percentagem de mulheres de 15–49 anos que tiveram 2 ou mais parceiro(a)s nos últimos 12 meses	3,0	3,8	1,3	-	-
29	Percentagem de mulheres de 15–49 anos que tiveram 2 ou mais parceiro(a)s nos últimos 12 meses e usaram preservativo na última relação sexual	39,9	45,0	8,0	-	-
30	Percentagem de mulheres de 15–49 anos que foram testadas nos últimos 12 meses e que receberam os resultados do último teste	25,3	30,2	15,2	-	-

1 INTRODUÇÃO

O Instituto Nacional de Estatística (INE), em parceria com o Ministério da Saúde (MINSa) e com assistência técnica e financeira de parceiros internacionais, realizou o quinto Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS V), combinado com o segundo Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS II), designado como “Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde” e denominado “IIMS 2023–2024”. A recolha de dados decorreu de 07 de Agosto de 2023 a 16 de Janeiro de 2024.

O IIMS 2023–2024 foi financiado pelo Governo de Angola, pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e pelo Banco Mundial, através dos Projectos de Saúde do MINSa. Outras agências e organizações facilitaram a implementação bem-sucedida deste inquérito por meio de apoio técnico ou financeiro como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA).

A assistência técnica foi fornecida pelo ICF, através do Programa de Pesquisa Demográfica e de Saúde (DHS Program), que é financiado pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e oferece apoio financeiro e assistência técnica para pesquisas populacionais e de saúde em países de todo o mundo.

Este Relatório de Indicadores Básicos apresenta uma primeira visão de resultados seleccionados do IIMS 2023–2024. Uma análise abrangente dos dados será apresentada num relatório final, a ser divulgado no final de abril 2025.

OBJECTIVOS DO INQUÉRITO

O principal objectivo do IIMS 2023–2024 é fornecer estimativas actualizadas de indicadores básicos demográficos e de saúde que permitem monitorizar os progressos na concretização dos compromissos nacionais e internacionais, com o propósito de apoiar o país na avaliação dos seus progressos em direcção aos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável, bem como na monitorização e avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012–2025 e do Plano Nacional de Desenvolvimento 2023–2027.

O inquérito tem como objectivos específicos principais:

- Conhecer os níveis e tendências da fecundidade e da mortalidade infantil e juvenil, bem como os factores determinantes da sua evolução;
- Medir as taxas de conhecimento e de prática de acordo com o tipo de método contraceptivo;
- Obter informações sobre o número desejado de crianças e a atitude face ao planeamento familiar das mulheres e dos homens;
- Recolher dados sobre saúde materna: consultas pré-natais e pós-natais, assistência ao parto e aleitamento materno;
- Recolher dados sobre a saúde das crianças, nomeadamente, vacinação, prevalência de anemia, frequência de doenças diarreicas, Infecções Respiratórias Agudas (IRA), prevenção e tratamento de outras doenças das crianças menores de cinco anos;
- Recolher dados sobre a utilização dos mosquiteiros e do tratamento do paludismo, em particular nas mulheres grávidas e crianças menores de cinco anos;
- Medir o estado nutricional das mulheres e das crianças menores de cinco anos, através de medidas antropométricas (peso e altura) e por recolha de sangue para determinar o nível de Anemia, bem como o da Malária;

- Recolher dados sobre o conhecimento, atitude e comportamento sexual das mulheres e dos homens, incluindo os jovens e adolescentes em relação às Infecções de Transmissão Sexual (ITS) e à SIDA;
- Determinar as taxas de mortalidade materna;
- Medir a massa corporal;
- Determinar a taxa de prevalência do VIH;
- Determinar a taxa de prevalência da Hepatite B;
- Recolher dados sobre a violência doméstica.

2 IMPLEMENTAÇÃO DO INQUÉRITO

2.1 DESENHO DA AMOSTRA

Para o IIMS 2023–2024 foram aplicados os mesmos instrumentos e parâmetros de controlo de qualidade utilizados pelo Programa de Inquéritos Demográficos e de Saúde, incorporando algumas adaptações à realidade do país. Foram incluídas algumas questões relacionadas com as necessidades institucionais identificadas durante o processo de consulta aos utilizadores das informações.

Este primeiro relatório contém os resultados para os principais indicadores e a sua análise é limitada a um nível descritivo. Os resultados dos dados analisados neste relatório não esgotam o fluxo de informações que serão incluídas no relatório final, o qual conterá informações mais detalhadas para cada um dos temas que constituem os questionários do inquérito. Uma vez publicado o Relatório Final do IIMS 2023–2024, a base de dados anonimizada encontrar-se-á disponível para todos os que desejem realizar análises mais aprofundadas sobre os dados.

O desenho da amostra do IIMS 2023–2024 foi seleccionado a partir da base dos resultados e da cartografia do Recenseamento Geral da População e Habitação (RGPH) de Angola, levado a cabo pelo INE em 2014 e dimensionada de modo independente para cada uma das 18 províncias do país e a nível de área de residência urbana e rural. Para o dimensionamento da amostra foi utilizada a informação do IIMS 2015–2016 com um limite máximo para o erro relativo de amostragem de::

1. Estimativas de alguns indicadores-chave;
2. Necessidade de disponibilizar estimativas ao nível provincial e urbano/rural;
3. Necessidade de se estabelecer um equilíbrio entre os erros amostrais, que reduzem à medida que o tamanho da amostra aumenta, e os erros não amostrais, que normalmente aumentam à medida que o tamanho da amostra aumenta.

A amostra do IIMS 2023–2024 é estratificada e seleccionada em duas etapas. Cada província é estratificada em áreas urbanas e rurais, resultando em 36 estratos amostrais. As amostras de conglomerados são seleccionadas independentemente em cada estrato em duas etapas. A estratificação implícita e a distribuição proporcional são realizadas em cada nível administrativo inferior, ordenando a estrutura amostral dentro de cada estrato antes da selecção da amostra, e utilizando uma selecção proporcional ao tamanho na primeira etapa de amostragem.

Na primeira etapa, 630 conglomerados são seleccionadas com probabilidade proporcional ao tamanho do conglomerado e com selecção independente em cada estrato amostral. O tamanho do conglomerado é o número de agregados familiares residentes baseado no Censo de 2014. A amostra abrange apenas a população residente em agregados familiares, sendo excluídos os agregados familiares e respectivos membros residentes em residências colectivas, tais como hotéis, hospitais, quartéis militares, residências de estudantes, etc., e os sem-abrigo. Na segunda etapa de selecção, um número fixo de 26 agregados familiares por conglomerado foram seleccionados sistematicamente com igual probabilidade a partir da nova listagem de agregados familiares. Agregados familiares foram inquiridos, usando o questionário do agregado familiar. As mulheres de 15–49 anos foram entrevistadas usando o Questionário Individual da Mulher e os homens de 15–54 anos foram inquiridos em metades dos agregados familiares usando o Questionário Individual do Homem.

Para alguns indicadores, em cada um dos agregados familiares, foi seleccionado com probabilidades iguais um membro elegível. Por exemplo, para as questões de trabalho infantil e disciplina infantil, foi seleccionada uma criança por agregado familiar. Para questões de violência doméstica, foi seleccionada uma mulher de 15–49 anos. O sistema CAPI (Entrevista Pessoal Assistida por Computador) foi aplicada para a selecção com probabilidades iguais de um respondente elegível.

Na subamostra de Agregados Familiares selecionados para pesquisa masculina (8.189 Agregados Familiares), todas as mulheres e homens que foram elegíveis para a pesquisa individual foram também elegíveis para o teste de diagnóstico rápido (TDR) de VIH, testes de VIH e Hepatite-B, medição antropométrica e medição da pressão arterial. As crianças menores de 5 anos foram elegíveis para a medição antropométrica, e as crianças de 6–59 meses foram elegíveis para testes de anemia e malária. Os resultados dos testes de VIH e Hepatite B em adultos e de anemia em crianças e mulheres serão publicados no relatório final.

2.2 QUESTIONÁRIOS

Quatro questionários foram usados no IIMS 2023–2024: Questionário para o Agregado Familiar, Questionário para Mulheres de 15–49 anos, Questionário para Homens de 15–54 anos e o Questionário de Biomarcadores. Os questionários foram concebidos com base nos Questionários Modelo do IDS 8 e do MICS V, e foram adaptados para reflectir as questões da população e de saúde relevantes para a população angolana.

Com o questionário para o Agregado Familiar, foram recolhidas as seguintes informações:

- Listagem e características básicas do Agregado Familiar
- Dificuldades funcionais
- Trabalho infantil
- Disciplina infantil
- Emprego
- Características da habitação
- Água e saneamento
- COVID-19
- Posse e uso de redes mosquiteiras
- Identificação de participantes para os diferentes módulos

O Questionário para mulheres de 15–49 anos possui 15 secções e recolheu informações sobre:

- Características da inquirida
- Reprodução
- Contracepção
- Gravidez e cuidados pós-natais
- Imunização das crianças
- Saúde e nutrição das crianças
- Índice de desenvolvimento da primeira infância
- Funcionalidade da criança (5 a 17 anos de idade)
- Nupcialidade e actividade sexual
- Preferências de fecundidade
- Características do esposo/parceiro e género
- VIH e SIDA
- Outros problemas de saúde
- Mortalidade adulta e materna
- Violência doméstica

O Questionário para Homens de 15–54 anos possui 10 secções e recolheu informações sobre:

- Características do Inquirido
- Reprodução
- Contracepção
- Nupcialidade e actividade sexual
- Preferências de fecundidade

- Emprego e papéis de género
- VIH e SIDA
- Outros problemas de saúde
- Violência doméstica

O Questionário de Biomarcadores foi usado para recolher dados de crianças menores de 5 anos, mulheres de 15–49 anos e homens de 15–54 anos, numa subamostra de 50% dos agregados familiares seleccionados para entrevistas aos homens. As crianças menores de 5 anos de idade foram pesadas e medidas e foi realizado um teste de sangue a todas as crianças de 6–59 meses para avaliar a prevalência da anemia e da malária. Foram recolhidas amostras de sangue a todas as mulheres de 15–49 anos e a todos os homens de 15–54 anos, para avaliar a prevalência do VIH e da Hepatite B.

- Crianças menores de 5 anos:
 - Antropometria
 - Anemia
 - Malária
- Mulheres de 15–49 anos e homens de 15–54 anos:
 - Antropometria
 - Pressão arterial
 - VIH
 - Hepatite B

Como parte metodológica do IIMS 2023–2024, o início da recolha de dados foi antecedido pela fase de listagem georreferenciada (captação de coordenadas—latitude, longitude e altitude) de todos os agregados familiares existentes nas secções censitárias, usando um *tablet* com funcionalidades de Sistema de Posicionamento Global (GPS). Este trabalho consiste em identificar, enumerar e registar no aplicativo do *tablet* todos os agregados encontrados na área de trabalho, isto é, registar os nomes dos chefes dos agregados familiares encontrados nas habitações, juntamente com o endereço.

2.3 ANTROPOMETRIA, TESTAGEM DE MALÁRIA

2.3.1 Antropometria

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

O IIMS 2023–2024 obteve medições antropométricas em crianças com idade inferior a 24 meses para o peso e comprimento, e medições de altura e peso para as crianças com menos de 60 meses. Para garantir a qualidade das medições, os técnicos de saúde receberam formação para o uso dos equipamentos e a técnica adequada à realização destas medições, através de actividades teóricas e práticas em sala de aula e em unidades de saúde.

As medições de peso foram realizadas usando balanças com visor digital, modelo SECA 878. O peso das crianças com menos de 24 meses foi aferido com a criança no colo da mãe e as de 24–59 meses foram medidas em pé. A altura e o comprimento foram medidos com um altímetro com referência ShorrBoard®. Crianças com menos de 24 meses de idade foram medidas deitadas, enquanto crianças de 24–59 meses e adultos foram medidos em pé.

Para avaliar a precisão das medidas antropométricas, até duas crianças foram seleccionadas aleatoriamente por conglomerado para uma segunda medição. Para as medições antropométricas, o DHS Program define uma diferença de menos de 1 centímetro entre as duas medições de altura como um nível aceitável de precisão. Crianças com desvio padrão (*z* scores) menor ou maior do que para altura-para-idade, peso-para-

altura ou peso-para-idade, foram sinalizadas e medidas uma segunda vez. A segunda medição dos casos sinalizados foi realizada para garantir medições precisas de altura.

De acordo com o Protocolo Nacional de Gestão Integrada da Desnutrição Aguda (GIDA), todas as crianças de 0–59 meses identificadas com um peso para altura menor do que –3DP foram encaminhadas para a unidade sanitária mais próxima para acompanhamento.

2.3.2 Testagem para Anemia nas Crianças

O IIMS 2023–2024 incluiu igualmente o teste para a determinação do estado do nível de hemoglobina nas crianças de 6–59 meses. Este teste foi feito mediante a medição da quantidade de hemoglobina no sangue, através do uso do HemoCue Hb 201+. Para garantir a qualidade das medições, os técnicos de saúde receberam treinos teóricos e práticos no uso deste equipamento e na execução correcta da recolha de amostras de sangue para a realização do teste com o referido aparelho. Crianças identificadas com hemoglobina com valores de menos de 8 g/dl foram consideradas com anemia grave e encaminhadas para uma unidade sanitária mais próxima.

2.3.3 Testagem de Malária nas Crianças

Foram colhidas amostras de sangue para teste para diagnosticar a malária em crianças de 6–59 meses, mediante a administração de um consentimento informado. Para as crianças de 12–59 meses, as amostras foram colhidas através de uma picada no dedo, e para as crianças de 6–11 meses, as amostras foram colhidas por uma picada no calcanhar, usando uma microcuveta. A análise de sangue foi realizada através do teste de diagnóstico rápido da malária, SD Bioline Malária Ag. P. f. (HRP-II).

Os resultados foram fornecidos verbalmente e por escrito para aqueles que foram testados. As crianças com resultado positivo para malária, que não apresentam sintomas de malária grave, foram tratadas com anti-maláricos (Coartem). As crianças com resultado positivo e/ou com sintomas de malária grave foram encaminhadas para a unidade sanitária mais próxima para seguimento.

2.4 TESTE PILOTO

A formação para o Teste Piloto realizou-se no período de 13 de Abril a 10 de Maio de 2023, na província de Luanda. O piloto serviu para melhorar os instrumentos de recolha de dados e a metodologia do inquérito. Foram realizadas algumas práticas de campo onde se testou toda a metodologia e os instrumentos do inquérito. Teve uma duração de 27 dias e contou com 98 participantes.

No Teste Piloto participaram os técnicos do INE e MINSAs, com assistência técnica do ICF. A UNICEF participou especificamente nos módulos ligados a Deficiência, Índice de Desenvolvimento da Primeira Infância e funcionalidade da criança de 5 a 17 anos de idade. Para além dos formadores, participaram também técnicos de saúde e inquiridores provenientes de três províncias: Luanda, Cuanza-Sul e Cuanza-Norte.

O trabalho de campo para o Teste Piloto foi realizado em cinco (5) dias, com dois (2) dias para a listagem e três (3) dias para a recolha de dados junto dos agregados familiares na área urbana e rural.

2.5 FORMAÇÃO DE FORMADORES E DO PESSOAL DE CAMPO

A formação dos formadores decorreu de 05–08 de Junho, na província de Luanda, e contou com a participação de técnicos do INE e MINSAs e com assistência técnica do ICF. A formação do pessoal de campo decorreu de 12 de Junho a 14 de Julho de 2023, na província da Huíla, e contou com a participação de formadores do INE, MINSAs, ICF e UNICEF, em formato presencial. Participaram técnicos de saúde e inquiridores de todas as províncias do país. Teve uma duração de 35 dias e contou com 333 participantes.

A formação consistiu em aulas teóricas e práticas em sala e no terreno, para permitir que os candidatos estivessem suficientemente preparados para recolha de dados. Durante a formação, os inquiridores aprenderam também a forma correcta de preenchimento dos questionários usando o CAPI (Entrevista Pessoal Assistida por Computador).

Entretanto, como o trabalho de campo não arrancou na data prevista (17 de Julho de 2023) e segundo a metodologia dos Inquéritos Demográficos e de Saúde (IDS), foi realizada uma acção de formação de refrescamento para os agentes de campo e para os técnicos de saúde em sessões separadas, em formato virtual via plataforma Teams, durante 3 (três) dias consecutivos, de 02–04 de Agosto de 2023.

Em relação ao perfil dos candidatos, para os inquiridores foram recrutados indivíduos com nível de instrução superior, conhecimentos de informática na óptica do utilizador e domínio da língua local da província a que se candidata. Para os técnicos de saúde, deviam ser médicos, enfermeiros ou técnicos de laboratório.

Enquanto os inquiridores foram formados para administrar o consentimento informado e os questionários, os técnicos de saúde foram formados para administrar consentimento informado, recolher dados sobre altura e peso de crianças e adultos, e colher amostras de sangue para medir a prevalência da anemia, malária, VIH, Hepatite B e aferir a pressão arterial. A formação para medição de altura em crianças incluiu exercícios de padronização e segunda medição para os técnicos que não passaram nos exercícios de padronização.

2.6 TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo teve início no dia 07 de Agosto de 2023 em todas as províncias. No total, a recolha de dados foi garantida por 21 equipas. Todas as províncias tinham uma equipa para recolha dos dados, excepto Luanda, Moxico e Cuando Cubango, que devido à dimensão da amostra e à dispersão dos conglomerados tiveram duas equipas.

Cada equipa foi constituída por um supervisor, dois inquiridores do sexo masculino, dois do sexo feminino, dois técnicos de saúde, um cartógrafo e um motorista. Em cada província, a equipa teve o acompanhamento de um supervisor provincial, técnico do Serviço Provincial do Instituto Nacional de Estatística (SPINE), destacado para assistir tecnicamente e apoiar nas questões logísticas da equipa. No total, para execução da recolha de dados do inquérito foram recrutados 21 supervisores, 21 cartógrafos, 42 técnicos de saúde, 84 inquiridores e 21 motoristas.

Uma equipa de supervisão nacional (composta por técnicos do INE e do MINSA) era destacada periodicamente para apoiar as equipas no terreno em função das necessidades verificadas no sistema de controlo de qualidade de dados (*dashboard*) desenhado pelo DHS Program.

2.7 PROCESSAMENTO DE DADOS

Durante todo o processo de tratamento de dados foram utilizados procedimentos padrão do DHS Program para os inquéritos CAPI¹. A introdução do CAPI no IIMS 2023–2024 facilitou a recolha rápida e segura dos dados das entrevistas.

Para inserção de dados, os inquiridores realizaram as entrevistas directamente no computador, através do *software* interactivo CSPro (Census and Survey Processing System) instalado nos *tablets* na plataforma Windows. Para salvaguardar uma possível perda de dados, foi inserido um cartão de memória de modo a permitir uma cópia de dados no respectivo *tablet*. O sistema implementado fazia a cópia de dados de forma automática durante o envio dos mesmos aos serviços centrais.

¹ Em inglês, a sigla CAPI corresponde a “Computer Assisted Personal Interview”, que significa entrevista feita no terreno através de computador.

A transferência de dados entre os *tablets* da equipa era feita através do Bluetooth acoplado ao dispositivo de recolha de dados. O envio da informação do terreno para os serviços centrais era feito diariamente, onde o supervisor com acesso à Internet no seu *tablet* transferia os dados via Syncloud para os serviços centrais.

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

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

3 PRINCIPAIS RESULTADOS

3.1 TAXAS DE RESPOSTA

O **Quadro 1** apresenta as taxas de resposta para o IIMS 2023–2024. Um total de 16.380 agregados familiares (domicílios) foi seleccionado para a amostra do IIMS 2023–2024, dos quais 16.345 encontravam-se ocupados no momento do inquérito. Desses, 16.243 foram entrevistados com sucesso, resultando numa taxa de resposta de 99%. Nos agregados familiares entrevistados, 15.748 mulheres de 15–49 anos foram identificadas como elegíveis para entrevista individual. As entrevistas foram concluídas com 14.717 mulheres, resultando numa taxa de resposta de 94%. Na subamostra de agregados familiares seleccionados para a pesquisa masculina, 7.084 homens de 15–54 anos foram identificados como elegíveis para entrevista individual e 6.604 foram entrevistados com sucesso, resultando numa taxa de resposta de 93%.

Quadro 1 Resultados das entrevistas aos agregados familiares e a indivíduos

Número de agregados familiares, número de entrevistados e taxas de resposta, segundo área de residência (casos não ponderados), Angola IIMS 2023–2024

Resultado	Área de residência		Total
	Urbana	Rural	
Entrevistas ao agregado familiar			
Agregados familiares seleccionados	8.814	7.566	16.380
Agregados familiares ocupados	8.798	7.547	16.345
Agregados familiares entrevistados	8.720	7.523	16.243
Taxa de resposta do agregado familiar ¹	99,1	99,7	99,4
Entrevistas a mulheres com 15–49 anos			
Número de mulheres elegíveis	9.681	6.067	15.748
Número de mulheres elegíveis entrevistadas	9.066	5.651	14.717
Taxa de resposta das mulheres elegíveis ²	93,6	93,1	93,5
Entrevistas ao agregado familiar em subamostra			
Agregados familiares seleccionados	4.407	3.782	8.189
Agregados familiares ocupados	4.401	3.772	8.173
Agregados familiares entrevistados	4.365	3.762	8.127
Taxa de resposta do agregado familiar em subamostra ¹	99,2	99,7	99,4
Entrevistas a homens com 15–54 anos			
Número de homens elegíveis	4.334	2.750	7.084
Número de homens elegíveis entrevistados	4.043	2.561	6.604
Taxa de resposta dos homens elegíveis ²	93,3	93,1	93,2

¹ Agregados familiares entrevistados/Agregados familiares ocupados

² Respondentes entrevistados/Respondentes elegíveis

3.2 CARACTERÍSTICAS DOS RESPONDENTES

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

- Quanto à distribuição da população entrevistada por idade, constatou-se que há maior concentração dos entrevistados nas faixas etárias de 15–19 anos de idade, tanto entre homens como entre mulheres.
- Trinta e quatro por cento dos entrevistados professam a religião católica, seguida da religião protestante (31% das mulheres e 27% dos homens).
- Em relação ao estado civil, 48% das mulheres e 42% dos homens afirmaram serem casados ou viverem em união de facto. No entanto, 41% das mulheres e mais de metade dos homens (54%) afirmaram nunca terem casado nem vivido em união de facto.
- Dois terços dos entrevistados (68% das mulheres e 70% dos homens) residem na área urbana.
- Devido à distribuição da amostra, a província de Luanda apresenta o maior número de mulheres e homens entrevistados (33% das mulheres e 38% dos homens). É seguida pelas províncias do Cuanza Sul e de Benguela, Huambo, todas com 6–8% de mulheres e homens entrevistados.

- Em relação ao nível de escolaridade, o **Quadro 2** ilustra que 18% das mulheres e 8% dos homens não completaram nenhum nível de escolaridade, 27% das mulheres e 22% dos homens frequentaram o ensino primário, quase metade das mulheres e mais de metade dos homens frequentaram o ensino secundário (49% e 62%, respectivamente). Somente 7% das mulheres e 8% dos homens frequentaram o ensino superior.

Quadro 2 Características sociodemográficas dos entrevistados						
Distribuição percentual de mulheres e homens de 15–49 anos segundo características seleccionadas, Angola IIMS 2023–2024						
Características seleccionadas	Mulheres			Homens		
	Percentagem ponderada	Casos ponderados	Casos não ponderados	Percentagem ponderada	Casos ponderados	Casos não ponderados
Grupo de idade						
15–19	26,3	3.874	3.918	29,0	1.817	1.894
20–24	20,4	3.006	3.055	20,4	1.281	1.262
25–29	15,7	2.317	2.290	13,5	845	852
30–34	12,7	1.875	1.807	12,5	787	753
35–39	10,6	1.565	1.578	10,1	634	642
40–44	7,8	1.152	1.115	7,5	469	443
45–49	6,3	928	954	7,0	441	433
Estado de saúde reportado						
Muito bom	12,6	1.860	1.729	5,3	331	456
Bom	49,2	7.246	7.680	53,3	3.346	3.235
Moderado	34,0	5.007	4.821	38,6	2.422	2.395
Mau	3,7	545	439	2,6	165	178
Muito mau	0,4	58	48	0,1	9	15
Religião						
Católica	33,9	4.983	5.401	34,2	2.145	2.290
Metodista	4,1	596	562	4,7	294	263
Assembleia de Deus	15,7	2.304	1.823	10,8	678	495
Universal	1,5	227	144	1,3	83	69
Testemunhas de Jeová	3,4	498	329	3,4	214	178
Protestante	31,2	4.596	5.063	27,4	1.717	1.954
Islâmica	0,4	59	53	0,8	51	34
Animista	0,1	15	18	0,0	0	1
Sem religião	8,0	1.183	1.021	16,8	1.056	958
Outra	1,7	255	303	0,5	34	37
Estado civil						
Nunca casado(a)	41,4	6.089	5.807	53,5	3.356	3.256
Casado(a)	5,5	803	640	5,2	326	245
Em união de facto	42,4	6.242	6.516	37,0	2.320	2.489
Divorciado(a)/separado(a)	8,9	1.306	1.447	3,8	237	258
Viúvo(a)	1,9	276	307	0,6	35	31
Área de residência						
Urbana	67,7	9.958	9.066	69,6	4.367	3.886
Rural	32,3	4.759	5.651	30,4	1.907	2.393
Província						
Cabinda	3,0	435	877	2,9	179	351
Zaire	1,2	179	601	1,2	75	262
Uíge	4,9	721	759	4,5	280	320
Luanda	33,0	4.857	1.318	38,4	2.411	702
Cuanza Norte	2,3	342	629	2,8	176	313
Cuanza Sul	7,5	1.110	870	7,1	446	359
Malanje	4,0	585	856	3,7	231	383
Lunda Norte	3,6	534	700	4,1	254	346
Benguela	7,5	1.109	985	6,4	400	354
Huambo	7,3	1.074	935	6,0	377	348
Bié	5,6	820	864	5,1	322	354
Moxico	2,5	368	640	2,2	136	267
Cuando Cubango	1,6	229	577	1,5	96	247
Namibe	1,7	255	966	1,5	95	369
Huíla	7,0	1.036	821	6,2	387	311
Cunene	2,8	413	844	2,2	136	288
Lunda Sul	2,6	379	703	2,4	148	328
Bengo	1,9	273	772	2,0	125	377
Nível de escolaridade						
Nenhum	18,2	2.683	3.226	8,0	502	604
Primário	26,5	3.904	4.149	21,7	1.364	1.547
Secundário	48,7	7.161	6.747	62,2	3.900	3.715
Superior	6,6	969	595	8,1	508	413
Quintil de riqueza						
Mais baixo	16,2	2.387	3.071	13,2	827	1.128
Segundo	17,4	2.564	2.853	16,9	1.059	1.242
Terceiro	19,7	2.893	3.287	17,8	1.119	1.412
Quarto	22,7	3.347	2.850	24,1	1.510	1.247
Mais elevado	24,0	3.525	2.656	28,0	1.758	1.250
Total 15–49	100,0	14.717	14.717	100,0	6.274	6.279
50–54	na	na	na	na	330	325
Total 15–54	na	na	na	na	6.604	6.604

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

3.3 FECUNDIDADE

O **Quadro 3** mostra a Taxa Global de Fecundidade (TGF) e as taxas específicas de fecundidade entre as mulheres por grupos de idade para o período de 3 anos anteriores ao inquérito.

Taxa Global de Fecundidade

Número médio de filhos que uma mulher teria no fim do seu período reprodutivo se tivesse filhos ao nível das actuais taxas específicas de fecundidade por idade. As taxas específicas de fecundidade por idade são calculadas para os 3 anos anteriores ao inquérito, com base em histórias detalhadas de gravidezes fornecidas pelas mulheres.

Amostra: Mulheres de 15–49 anos

- Se a fecundidade se mantivesse constante nos níveis actuais, uma mulher teria em média 4,8 filhos ao longo da vida reprodutiva (**Quadro 3**).
- A Taxa Global de Fecundidade (TGF) é mais elevada na área rural (6,9) do que na área urbana (3,8).
- A fecundidade entre adolescentes de 15–19 anos é de 122 filhos por 1.000 mulheres. A taxa global de fecundidade é máximo no grupo de idade dos 20–24 anos, com 203 filhos por 1.000 mulheres.
- Em Angola, a fecundidade entre adolescentes é mais elevada na área rural. Em média, as mulheres de 15–19 anos da área rural têm 195 filhos por 1.000 mulheres, e as mulheres na área urbana têm 88 filhos por 1.000 mulheres.

Quadro 3 Fecundidade actual

Taxas específicas de fecundidade, taxa global de fecundidade, taxa de fecundidade geral e taxa bruta de natalidade para os três anos antes do inquérito, segundo área de residência, Angola IIMS 2023–2024

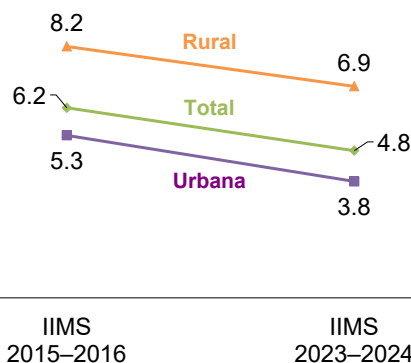
Grupo de idade	Área de residência		Total
	Urbana	Rural	
10–14	[2]	[7]	[4]
15–19	88	195	122
20–24	159	302	203
25–29	158	282	197
30–34	159	263	191
35–39	126	207	154
40–44	53	106	72
45–49	[14]	[23]	[17]
TGF (15–49)	3,8	6,9	4,8
TFG	128	238	163
TBN	29,4	40,5	33,7

Notas: As taxas específicas de fecundidade são por cada 1.000 mulheres. As estimativas entre parêntesis rectos estão truncadas. As taxas referem-se ao período de 1–36 meses anterior à entrevista. As taxas para o grupo de idade de 10–14 anos baseiam-se em dados retrospectivos de mulheres de 15–17 anos. TGF: Taxa Global de Fecundidade expressa o número de filhos por cada mulher. TFG: Taxa de Fecundidade Geral expressa o número de filhos em cada 1.000 mulheres de 15–44 anos. TBN: Taxa Bruta de Natalidade expressa o número de nascimentos em cada 1.000 habitantes

Tendências: Em relação ao IIMS 2015–2016, a taxa de fecundidade geral reduziu, passando de 6,2 filhos por cada mulher em idade reprodutiva para 4,8 filhos por cada mulher no IIMS 2023–2024. Na área rural reduziu de 8,2 filhos por cada mulher em idade reprodutiva no IIMS 2015–2016 para 6,9 filhos ao IIMS 2023–2024; enquanto na área urbana reduziu de 5,3 para 3,8 filhos por cada mulher em idade reprodutiva (**Gráfico 1**).

Gráfico 1 Tendências da fecundidade por área de residência

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



3.4 FECUNDIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Gravidez na adolescência

Percentagem de mulheres de 15–19 anos que já ficaram grávidas.

Amostra: Mulheres de 15–19 anos

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

- Vinte e sete por cento das mulheres de 15–19 anos já estiveram grávidas.
- Vinte e um por cento das mulheres de 15–19 anos tiveram pelo menos um nascido-vivo.
- Dois por cento das mulheres de 15–19 anos já tiveram perda de gravidez.
- Sete por cento das mulheres de 15–19 anos encontravam-se grávidas à data da entrevista.

Quadro 4 Gravidez e maternidade na adolescência

Percentagem de mulheres de 15–19 anos que tiveram um nado-vivo, percentagem de mulheres que nunca teve perda de gravidez, percentagem de mulheres que actualmente está grávida e percentagem de mulheres que já esteve grávida, segundo características seleccionadas, Angola IMS 2023–2024

Características seleccionadas	Percentagem de mulheres de 15–19 anos que:				Número de mulheres
	Já teve um nado-vivo	Já teve perda de gravidez ¹	Actualmente grávida	Já esteve grávida	
Idade					
15	3,0	0,1	1,7	4,7	846
16	8,4	0,9	4,6	13,4	815
17	20,2	2,1	9,6	28,6	749
18	35,2	3,3	8,6	43,2	815
19	44,5	2,9	10,2	51,6	650
Área de residência					
Urbana	15,1	1,3	5,0	20,0	2.655
Rural	34,4	2,9	10,4	42,5	1.220
Provincia					
Cabinda	14,8	1,9	10,8	27,0	111
Zaire	22,2	0,0	10,3	29,4	41
Uíge	27,6	1,1	6,2	31,3	197
Luanda	9,2	2,0	4,1	13,9	1.241
Cuanza Norte	34,4	3,2	11,6	41,3	79
Cuanza Sul	44,1	4,2	10,8	51,4	278
Malanje	25,9	0,2	3,7	28,2	178
Lunda Norte	32,1	1,6	10,3	38,9	124
Benguela	20,2	0,9	7,7	26,9	306
Huambo	26,6	2,2	7,5	32,4	309
Bié	28,4	2,9	9,7	37,5	251
Moxico	26,8	0,0	8,4	33,4	98
Cuando Cubango	37,9	4,0	7,1	44,0	57
Namibe	18,2	0,9	8,0	26,3	66
Huíla	19,6	0,0	6,1	25,0	254
Cunene	11,3	2,3	5,3	17,2	94
Lunda Sul	27,8	1,4	8,7	36,4	115
Bengo	32,2	0,0	3,3	35,5	73
Nível de escolaridade					
Nenhum	34,4	3,5	10,6	42,7	373
Primário	26,7	2,2	9,0	34,0	1.224
Secundário	16,1	1,3	4,9	20,9	2.271
Superior	*	*	*	*	6
Quintil de riqueza					
Mais baixo	32,8	2,9	8,5	39,6	593
Segundo	37,4	2,4	12,9	47,5	666
Terceiro	26,2	1,6	7,1	32,7	749
Quarto	12,6	1,6	6,8	19,5	898
Mais elevado	7,0	1,1	0,9	8,2	969
Total	21,2	1,8	6,7	27,1	3.874

Nota: Percentagens baseadas em menos de 25 casos não ponderados não são apresentadas (*).

¹ Morte fetal, aborto espontâneo ou interrupção voluntária de gravidez

3.5 PREFERÊNCIAS EM RELAÇÃO À FECUNDIDADE

Desejo de outro filho

As mulheres foram questionadas se queriam mais filhos e, em caso afirmativo, quanto tempo preferiam esperar antes do nascimento do próximo filho. As mulheres esterilizadas foram excluídas dessa amostra.

Amostra: Mulheres de 15–49 anos actualmente casadas ou em união de facto

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

- Dezoito por cento de mulheres actualmente casadas ou em união de facto desejam ter outro filho dentro de 2 anos, 20% desejam ter outro filho em 2 ou mais anos e 8% deseja ter outro filho, mas ainda não decidiu quando.
- Trinta e três por cento das mulheres reportaram que não querem ter mais filhos ou são esterilizados.
- Setenta e um por cento das mulheres sem filhos vivos desejam ter filhos nos próximos 2 anos.
- Entre as mulheres com 6 ou mais filhos vivos, 6% deseja ter outro filho em breve.

Quadro 5 Intenções reprodutivas por número de filhos vivos

Distribuição percentual de mulheres de 15–49 anos actualmente casadas/em união de facto por desejo de ter filhos, segundo número de filhos vivos, Angola IIMS 2023–2024

Desejo de ter filhos	Número de filhos vivos ¹							Total
	0	1	2	3	4	5	6+	
Ter outro(a) brevemente ²	71,1	30,4	22,5	18,6	10,8	8,8	5,7	17,9
Ter outro(a) mais tarde ³	5,7	39,2	33,6	19,0	14,8	9,6	3,8	19,5
Ter outro(a), mas indecisa quando	8,0	10,4	10,0	9,2	7,9	8,5	4,1	8,2
Indecisa	2,7	8,4	14,4	18,8	20,8	21,2	22,3	17,2
Não quer ter mais filhos	3,1	9,2	17,8	29,3	40,2	46,4	55,4	32,2
Esterilizada ⁴	2,0	0,3	0,2	0,3	0,5	0,4	1,4	0,6
Declarou-se estéril	7,4	2,1	1,5	4,8	5,0	5,1	7,4	4,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de mulheres	229	1.056	1.326	1.142	1.035	828	1.430	7.046

¹ O número de filhos vivos inclui gravidez actual

² Deseja o próximo nascimento dentro de 2 anos

³ Deseja esperar o próximo nascimento para daqui a 2 ou mais anos

⁴ Inclui a esterilização feminina ou masculina

3.6 PLANEAMENTO FAMILIAR

3.6.1 Uso de Contraceptivos

Prevalência da Contracepção

Percentagem de mulheres que usam algum método contraceptivo.

Amostra: Mulheres actualmente casadas ou em união de facto de 15–49 anos de idade e mulheres não casadas/não em união de facto sexualmente activas de 15–49 anos de idade

Métodos Modernos

Inclui esterilização masculina e feminina, injectáveis, dispositivos intrauterinos (DIU), pílulas, implantes, preservativos femininos e masculinos, contracepção de emergência, método dos dias fixos e método da amenorreia lactacional.

O planeamento familiar é uma intervenção importante para a saúde da mulher e da criança, uma vez que permite prevenir as gravidezes precoces ou não desejadas, alargar o período entre os nascimentos e limitar o número de filhos. Além disso, actua directamente na redução da morbilidade e mortalidade materna, perinatal, neonatal e infantil.

O **Quadro 6** apresenta o uso de contraceptivos entre mulheres de 15–49 anos de idade actualmente casadas ou em união de facto e não casadas/não em união de facto sexualmente activas.

- Dezassete por cento das mulheres actualmente casadas ou em união de facto e 30% das mulheres não casadas/não em união de facto sexualmente activas usam algum método de planeamento familiar.
- Entre as mulheres actualmente casadas ou em união de facto, 15% usam algum método moderno e 2% usam algum método tradicional.
- Os métodos modernos mais usados, entre as mulheres actualmente casadas ou em união de facto, são: injectáveis (6%), pílula (3%) e os preservativos masculinos e implantes (ambos com 2%).
- Os métodos modernos mais usados entre as mulheres não casadas/não em união de facto sexualmente activas, são: o preservativo masculino (17%), os injectáveis (4%) e os implantes (1%).

Tendências: Em relação ao IIMS 2015–2016, houve um aumento de 14% para 17% no uso dos contraceptivos entre as mulheres actualmente casadas ou em união de facto e de 13% para 30% entre as mulheres não casadas/não em união de facto.

Quadro 6 Uso actual de contraceptivos segundo as características sociodemográficas

Distribuição percentual de mulheres de 15–49 anos de idade actualmente casadas/em união de facto e de mulheres sexualmente activas não unidas de facto por método contraceptivo usado actualmente, segundo características seleccionadas, Angola IIMS 2023–2024

Características seleccionadas	Método moderno											Método tradicional					Número de mulheres				
	Algum método	Algum método moderno	Esterilização feminina	Dispositivo contraceptivo intrauterino (DIU)	Injectáveis	Implantes	Pílula	Preservativo masculino	Preservativo feminino	Contracepção de emergência	MDF	MAL	Outro	Algum método tradicional	Abstinência sexual periódica	Coito interrompido		Outro	Não está a usar nenhum método	Total	
MULHERES ACTUALMENTE CASADAS/EM UNIÃO DE FACTO																					
Número de filhos vivos																					
0	4,3	4,3	1,2	0,0	0,0	0,0	0,1	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	95,7	100,0	364
1–2	18,4	15,6	0,3	0,4	6,0	2,0	2,4	2,9	0,0	0,2	0,1	1,1	0,2	2,8	1,3	1,3	0,3	81,6	100,0	2.403	
3–4	19,2	17,1	0,4	0,2	7,6	1,8	3,4	2,2	0,0	0,0	0,0	1,3	0,2	2,1	1,2	0,5	0,4	80,8	100,0	2.116	
5+	15,7	13,7	1,1	0,0	5,2	1,5	2,2	1,4	0,0	0,1	0,1	1,5	0,6	2,0	1,0	0,5	0,5	84,3	100,0	2.162	
Grupo de idade																					
15–19	7,2	6,3	0,0	0,0	1,1	0,6	1,1	1,8	0,0	0,0	0,0	1,3	0,4	0,8	0,6	0,2	0,0	92,8	100,0	461	
20–24	15,9	13,7	0,0	0,0	5,7	0,9	1,4	3,3	0,0	0,1	0,1	1,9	0,3	2,1	0,5	1,2	0,3	84,1	100,0	1.300	
25–29	20,9	17,9	0,2	0,6	8,0	2,1	2,0	2,8	0,0	0,2	0,1	1,8	0,2	3,0	1,0	1,3	0,8	79,1	100,0	1.463	
30–34	20,1	18,0	0,1	0,3	7,8	2,0	3,9	2,4	0,0	0,1	0,0	0,8	0,5	2,0	1,6	0,4	0,1	79,9	100,0	1.309	
35–39	18,9	16,1	1,0	0,0	6,3	3,2	2,4	1,6	0,0	0,0	0,1	1,0	0,4	2,8	1,8	0,4	0,7	81,1	100,0	1.072	
40–44	14,8	13,4	1,7	0,0	4,5	1,2	2,9	1,2	0,0	0,1	0,2	1,1	0,5	1,5	0,7	0,5	0,2	85,2	100,0	831	
45–49	11,4	9,9	2,3	0,0	2,6	0,4	3,8	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	1,0	0,5	0,0	88,6	100,0	611	
Área de residência																					
Urbana	23,0	20,1	0,7	0,3	8,3	2,5	3,6	3,3	0,0	0,2	0,1	0,7	0,4	2,8	1,3	1,0	0,4	77,0	100,0	4.225	
Rural	8,3	7,0	0,4	0,0	2,4	0,5	0,9	0,6	0,0	0,0	0,0	2,1	0,1	1,3	0,7	0,3	0,3	91,7	100,0	2.820	
Provincia																					
Cabinda	37,6	21,0	0,7	0,0	9,7	0,6	6,4	2,2	0,0	0,0	0,5	0,9	0,0	16,6	4,5	9,1	2,9	62,4	100,0	217	
Zaire	20,5	17,5	1,6	0,3	7,2	2,4	1,6	2,0	0,0	1,1	0,0	0,7	0,3	2,9	2,5	0,2	0,3	79,5	100,0	71	
Uíge	4,5	4,3	0,9	0,0	0,9	0,7	0,9	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,3	0,0	0,3	0,0	95,5	100,0	361	
Luanda	24,4	20,9	0,6	0,5	9,0	2,8	3,7	3,7	0,0	0,0	0,0	0,2	0,4	3,5	2,2	0,7	0,6	75,6	100,0	1.995	
Cuanza Norte	11,5	9,3	0,3	0,0	6,2	0,6	1,3	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	0,8	1,4	0,0	88,5	100,0	217	
Cuanza Sul	16,5	15,5	2,4	0,0	6,4	1,2	2,8	1,9	0,0	0,4	0,0	0,3	0,0	1,0	0,1	0,3	0,6	83,5	100,0	696	
Malanje	8,7	8,7	0,2	0,4	2,6	0,6	1,5	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	91,3	100,0	299	
Lunda Norte	3,1	2,5	0,0	0,0	1,6	0,5	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,6	0,0	96,9	100,0	344	
Benguela	17,3	16,7	0,2	0,2	6,5	1,6	3,7	3,7	0,0	0,2	0,5	0,0	0,3	0,6	0,0	0,6	0,0	82,7	100,0	524	
Huambo	25,8	23,3	0,2	0,0	5,9	3,3	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	12,6	0,4	2,5	2,3	0,0	0,2	74,2	100,0	509	
Bié	7,1	6,9	0,0	0,0	1,8	0,8	1,7	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,2	0,0	0,2	0,0	92,9	100,0	430	
Moxico	3,1	2,6	0,0	0,0	0,8	0,3	1,2	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2	0,3	0,0	96,9	100,0	210	
Cuando Cubango	21,4	18,8	0,0	0,3	6,5	0,2	2,0	3,7	0,0	0,0	0,0	4,8	1,4	2,5	1,3	1,1	0,2	78,6	100,0	126	
Namibe	9,6	8,9	0,0	0,5	3,0	0,0	2,2	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,7	0,3	0,3	0,0	90,4	100,0	87	
Huíla	9,0	8,3	0,6	0,0	3,1	1,3	1,7	0,8	0,0	0,0	0,3	0,4	0,0	0,7	0,3	0,4	0,0	91,0	100,0	448	
Cunene	26,3	23,0	1,6	0,0	9,8	3,0	2,4	1,5	0,2	0,8	0,0	3,5	0,0	3,3	1,1	1,3	0,8	73,7	100,0	171	
Lunda Sul	15,4	15,0	0,2	0,0	5,8	1,1	2,5	4,9	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0	0,0	0,3	84,6	100,0	185	
Bengo	13,8	13,2	0,0	0,2	8,2	1,3	1,7	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,6	0,0	0,6	0,0	86,2	100,0	153	

Continua...

Quadro 6—Continuação

Características seleccionadas	Método moderno											Método tradicional					Total	Número de mulheres		
	Algum método	Algum método moderno	Esterilização feminina	Dispositivo contraceptivo intrauterino (DIU)	Injectáveis	Implantes	Pílula	Preservativo masculino	Preservativo feminino	Contracepção de emergência	MDF	MAL	Outro	Algum método tradicional	Abstinência sexual periódica	Coito interrompido			Outro	Não está a usar nenhum método
Nível de escolaridade																				
Nenhum	5,9	4,9	0,8	0,0	1,5	0,2	0,9	0,4	0,0	0,0	0,0	1,0	0,1	0,9	0,4	0,4	0,1	94,1	100,0	1.789
Primário	14,1	12,3	0,5	0,0	4,4	1,2	1,3	1,9	0,0	0,0	0,0	2,4	0,6	1,8	0,9	0,4	0,5	85,9	100,0	2.070
Secundário	24,7	21,2	0,6	0,4	9,4	2,2	4,0	3,3	0,0	0,2	0,2	0,6	0,2	3,5	1,7	1,2	0,5	75,3	100,0	2.780
Superior	29,6	28,5	0,4	0,4	9,5	7,2	5,5	4,2	0,0	0,2	0,1	0,4	0,6	1,1	0,5	0,5	0,1	70,4	100,0	407
Quintil de riqueza																				
Mais baixo	4,1	3,7	0,1	0,0	1,7	0,1	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,5	0,2	0,3	0,0	95,9	100,0	1.347
Segundo	9,5	8,0	0,5	0,0	2,0	0,8	0,9	0,5	0,0	0,0	0,0	3,0	0,3	1,5	0,8	0,3	0,4	90,5	100,0	1.501
Terceiro	17,6	15,3	0,7	0,0	6,5	1,1	2,2	2,9	0,0	0,1	0,0	0,7	0,9	2,3	0,8	0,9	0,7	82,4	100,0	1.435
Quarto	24,7	21,6	0,5	0,7	10,7	2,0	3,3	3,3	0,0	0,2	0,1	0,5	0,3	3,1	1,6	1,0	0,5	75,3	100,0	1.382
Mais elevado	29,8	26,2	1,3	0,3	8,9	4,5	5,8	4,2	0,0	0,2	0,2	0,5	0,2	3,6	2,1	1,3	0,3	70,2	100,0	1.381
Total	17,1	14,9	0,6	0,2	5,9	1,7	2,5	2,2	0,0	0,1	0,1	1,2	0,3	2,2	1,1	0,7	0,4	82,9	100,0	7.046
MULHERES SEXUALMENTE ACTIVAS NÃO UNIDAS DE FACTO¹																				
Área de residência																				
Urbana	36,1	33,0	0,4	0,2	4,5	1,3	3,4	20,8	0,1	0,6	0,4	0,2	0,9	3,2	1,1	1,8	0,3	63,9	100,0	1.410
Rural	11,1	9,1	0,8	0,0	2,5	0,0	1,2	3,3	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	2,0	0,6	1,2	0,1	88,9	100,0	461
Total	30,0	27,1	0,5	0,1	4,0	1,0	2,9	16,5	0,1	0,4	0,3	0,5	0,7	2,9	1,0	1,6	0,2	70,0	100,0	1.871

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

MDF = método dos dias fixos (colar)

MAL = método da amenorreia lactacional

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

3.6.2 Necessidade e Procura de Planeamento Familiar

Necessidades de planeamento familiar não satisfeitas

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

Necessidades de planeamento familiar satisfeitas

Uso actual de contraceptivos (qualquer método).

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

Procura de planeamento familiar:

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

Proporção da procura satisfeita:

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

Proporção da procura satisfeita por métodos modernos:

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

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

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

- A procura total de planeamento familiar entre as mulheres de 15–49 anos de idade actualmente casadas ou em união de facto é de 54% e nas mulheres não casadas/não em união de facto sexualmente activas é de 78%.
- Trinta e sete por cento das mulheres casadas ou em união de facto e 48% das mulheres não casadas/não em união de facto sexualmente activas têm a necessidade de planeamento familiar não satisfeita.
- A percentagem da procura de planeamento familiar satisfeita por métodos modernos é 27% entre as mulheres de 15–49 anos de idade actualmente casadas ou em união de facto e 35% para mulheres não casadas ou não em união de facto e sexualmente activas
- A percentagem de mulheres casadas ou em união de facto com necessidades satisfeitas por métodos modernos é quase três vezes superior na área urbana (20%), em comparação com a área rural (7%).
- Em relação às mulheres não casadas/não em união de facto sexualmente activas com necessidades satisfeitas por métodos modernos, a diferença é mais de três vezes superior na área urbana (33%), em comparação com a área rural (9%).

Quadro 7 Necessidade e procura de planeamento familiar

Percentagem de mulheres de 15–49 anos actualmente casadas/em união de facto e de mulheres não casadas sexualmente activas, com necessidade de planeamento familiar não satisfeita, percentagem com necessidade de planeamento familiar satisfeita, percentagem com necessidade de planeamento familiar satisfeita actualmente a recorrer a métodos modernos, percentagem que procura planeamento familiar, percentagem da procura de planeamento familiar que é satisfeita e percentagem da procura de planeamento familiar que é satisfeita com métodos modernos, segundo características seleccionadas, Angola IIMS 2023–2024

Características seleccionadas	Necessidade de planeamento familiar não satisfeita	Necessidade de planeamento familiar satisfeita (actualmente a usar)		Procura de planeamento familiar total ³	Número de mulheres	Percentagem com procura satisfeita ¹	
		Todos os métodos	Métodos modernos ²			Todos os métodos	Métodos modernos ²
MULHERES ACTUALMENTE CASADAS/EM UNIÃO DE FACTO							
Grupo de idade							
15–19	44,4	7,2	6,3	51,6	461	13,9	12,3
20–24	41,2	15,9	13,7	57,0	1.300	27,8	24,1
25–29	36,5	20,9	17,9	57,5	1.463	36,4	31,2
30–34	39,2	20,1	18,0	59,3	1.309	33,8	30,4
35–39	37,2	18,9	16,1	56,1	1.072	33,7	28,7
40–44	38,2	14,8	13,4	53,1	831	28,0	25,1
45–49	19,6	11,4	9,9	31,0	611	36,7	31,8
Área de residência							
Urbana	36,7	23,0	20,1	59,7	4.225	38,4	33,7
Rural	37,9	8,3	7,0	46,2	2.820	17,9	15,2
Província							
Cabinda	26,6	37,6	21,0	64,2	217	58,6	32,8
Zaire	33,8	20,5	17,5	54,3	71	37,7	32,3
Uíge	42,2	4,5	4,3	46,7	361	9,7	9,1
Luanda	39,3	24,4	20,9	63,7	1.995	38,2	32,7
Cuanza Norte	52,7	11,5	9,3	64,2	217	17,9	14,5
Cuanza Sul	41,1	16,5	15,5	57,6	696	28,7	26,9
Malanje	39,5	8,7	8,7	48,1	299	18,0	18,0
Lunda Norte	38,5	3,1	2,5	41,6	344	7,5	5,9
Benguela	21,2	17,3	16,7	38,5	524	44,9	43,3
Huambo	30,4	25,8	23,3	56,1	509	45,9	41,5
Bié	31,1	7,1	6,9	38,1	430	18,6	18,0
Moxico	28,7	3,1	2,6	31,8	210	9,7	8,3
Cuando Cubango	38,8	21,4	18,8	60,2	126	35,5	31,3
Namibe	40,8	9,6	8,9	50,4	87	19,0	17,7
Huíla	45,0	9,0	8,3	54,0	448	16,6	15,3
Cunene	42,8	26,3	23,0	69,0	171	38,1	33,3
Lunda Sul	38,3	15,4	15,0	53,6	185	28,7	28,1
Bengo	40,9	13,8	13,2	54,6	153	25,2	24,2
Nível de escolaridade							
Nenhum	37,0	5,9	4,9	42,8	1.789	13,7	11,5
Primário	37,9	14,1	12,3	52,0	2.070	27,1	23,6
Secundário	37,0	24,7	21,2	61,7	2.780	40,0	34,4
Superior	36,2	29,6	28,5	65,8	407	45,0	43,3
Quintil de riqueza							
Mais baixo	35,9	4,1	3,7	40,0	1.347	10,3	9,2
Segundo	39,6	9,5	8,0	49,1	1.501	19,3	16,3
Terceiro	40,0	17,6	15,3	57,5	1.435	30,5	26,5
Quarto	38,2	24,7	21,6	62,9	1.382	39,3	34,3
Mais elevado	32,0	29,8	26,2	61,9	1.381	48,2	42,3
Total	37,2	17,1	14,9	54,3	7.046	31,5	27,4
MULHERES SEXUALMENTE ACTIVAS NÃO UNIDAS DE FACTO⁴							
Área de residência							
Urbana	45,3	36,1	33,0	81,4	1.410	44,4	40,5
Rural	55,4	11,1	9,1	66,5	461	16,7	13,7
Total	47,8	30,0	27,1	77,7	1.871	38,6	34,8

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

¹ A percentagem com procura satisfeita corresponde à necessidade satisfeita a dividir pela procura total

² Os métodos modernos incluem esterilização feminina, esterilização masculina, dispositivos intrauterinos (DIU), implantes, injectáveis, pílula, preservativos masculinos, preservativos femininos, contraceptivo de emergência, método dos dias fixos e método da amenorria lactacional.

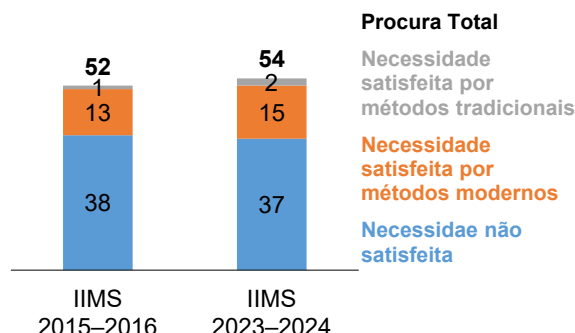
³ A procura total equivale à soma da necessidade satisfeita e não satisfeita.

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

Tendências: Em relação ao IIMS 2015–2016, entre as mulheres casadas ou em união de facto, houve um aumento na necessidade de planeamento familiar satisfeita (de 14% para 17%) e na procura de planeamento familiar total (de 52% para 54%), registando-se ainda um ligeiro aumento na necessidade satisfeita por métodos modernos (de 13% para 15%) (Gráfico 2).

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

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



3.7 MORTALIDADE NA INFÂNCIA

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

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

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

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

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

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

Quadro 8 Mortalidade infantil e infanto-juvenil

Taxas de mortalidade neonatal, pós-neonatal, infantil, pós-infantil e infanto-juvenil, para períodos quinquenais anteriores ao inquérito, Angola IIMS 2023–2024

Anos anteriores ao inquérito	Mortalidade neonatal (NN)	Mortalidade pós-neonatal (PNN) ¹	Mortalidade infantil (1q0)	Mortalidade pós-infantil (4q1)	Mortalidade infanto-juvenil (5q0)
0–4	16	15	32	21	52
5–9	15	13	29	21	49
10–14	19	13	32	19	50

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

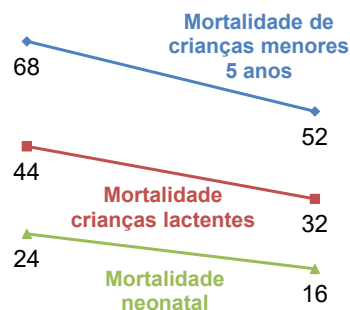
Para os últimos 5 anos anteriores à entrevista:

- A taxa de mortalidade neonatal é de 16 mortes por 1.000 nados-vivos.
- A taxa de mortalidade infantil é de 32 mortes por 1.000 nados-vivos.
- A taxa de mortalidade infanto-juvenil para os últimos 5 anos anteriores à entrevista é de 52 por 1.000 nados-vivos.

Tendências: Houve uma redução das taxas de mortalidade neonatal (de 24 para 16 mortes por 1.000 nascidos vivos), infantil (de 44 para 32 mortes por 1.000 nascidos vivos) e infanto-juvenil (de 68 para 52 mortes por 1.000 nascidos vivos) comparativamente ao IIMS de 2015–2016 (**Gráfico 3**).

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

Mortes por 1.000 nados-vivos no período de 5 anos anteriores ao inquérito



IIMS 2015–2016 IIMS 2023–2024

3.8 CUIDADOS MATERNOS

Os cuidados adequados durante a gravidez e o parto são importantes para a saúde da mãe e do recém-nascido. O **Quadro 9** apresenta os principais indicadores relacionados com os cuidados maternos.

3.8.1 Cuidados Pré-natais

Cuidados pré-natais por um profissional de saúde qualificado:

É a assistência à gravidez feita por profissional de saúde qualificado, como médicos, enfermeira/parteira, e parteira auxiliar.

Amostra: Mulheres de 15–49 anos que tiveram um nado-vivo ou nado-morto nos 2 anos anteriores à entrevista.

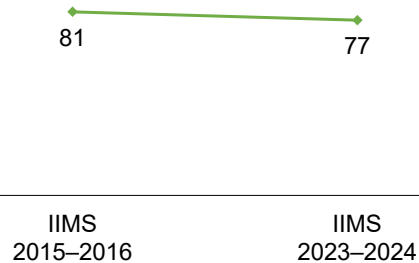
Os cuidados pré-natais (CPN) prestados por um profissional de saúde qualificado são importantes para monitorizar a gravidez e reduzir os riscos de morbilidade e mortalidade para a mãe e o recém-nascido durante a gravidez, parto e pós-parto.

- Setenta e sete por cento das mulheres de 15–49 anos de idade que tiveram um nado-vivo nos dois anos anteriores a entrevista receberam cuidados pré-natais por um profissional de saúde qualificado (**Quadro 9**).
- Cinquenta e um por cento de mulheres que tiveram um nado-vivo nos dois anos anteriores à entrevista tiveram quatro ou mais consultas pré-natais com um profissional de saúde qualificado.
- Das mulheres que tiveram um nado-vivo nos 2 anos anteriores a entrevista, 86% das mulheres em áreas urbanas referiu ter tomado algum suplemento à base de ferro durante a gravidez, sendo 54% da área rural.

Tendências: Relativamente ao IIMS 2015–2016, houve uma redução de quatro pontos percentuais (de 81% para 77%) nas mulheres que receberam consultas pré-natais realizadas por profissional de saúde qualificado nos últimos dois anos, para o seu último nascido-vivo (**Gráfico 4**).

Gráfico 4 Tendências nos cuidados pré-natais

Percentagem de mulheres que recebeu CPN de um profissional de saúde qualificado nos 2 anos anteriores ao inquérito para seu nascido vivo mais recente



3.8.2 Toxóide Tetânico

Protecção contra o tétano neonatal

O número de doses de toxóide tetânico necessárias para proteger um recém-nascido do tétano neonatal depende das vacinas da mãe. Um nado-vivo está protegido contra o tétano neonatal se a mãe recebeu pelo menos uma das seguintes combinações:

- Duas doses de toxóide tetânico durante a gravidez
- Duas ou mais doses, a última das quais num período de três anos antes do parto
- Três ou mais doses, a última das quais num período de cinco anos antes do parto
- Quatro ou mais doses, a última das quais num período de 10 anos antes do parto
- Cinco ou mais doses a qualquer momento antes do nascimento

Amostra: Mulheres de 15–49 anos de idade com nados-vivos nos 2 anos anteriores à entrevista.

As doses de toxóide tetânico são administradas durante a gravidez para prevenir o tétano neonatal, uma das principais causas de morte infantil precoce em muitos países. O tétano neonatal é frequentemente causado pelo não cumprimento dos procedimentos de assepsia (higiénicos) durante o parto e ao recém-nascido.

- Das mulheres grávidas que tiveram nados-vivos nos 2 anos anteriores à entrevista, 49% tiveram o seu nado-vivo mais recente protegidos contra o tétano neonatal (**Quadro 9**).

Quadro 9 Indicadores de cuidados da saúde materna

Entre as mulheres de 15–49 anos que tiveram um nado-vivo e/ou um nado-morto nos dois anos anteriores ao inquérito, percentagem que recebeu cuidados pré-natais (CPN) de um profissional de saúde qualificado para o mais recente nado-vivo ou nado-morto, percentagem com quatro ou mais CPN para o mais recente nado-vivo ou nado-morto, percentagem que tomou suplementos à base de ferro durante a gravidez para o mais recente nado-vivo ou nado-morto e percentagem cujo mais recente nado-vivo foi vacinado contra o tétano neonatal; entre todos os nados-vivos e nados-mortos nos dois anos anteriores ao inquérito, percentagem de partos assistidos por um profissional de saúde qualificado e percentagem de partos ocorridos em uma unidade sanitária; e entre as mulheres de 15–49 anos com um nado-vivo ou nado-morto nos dois anos anteriores ao inquérito, a percentagem de mulheres que fez uma consulta pós-parto (CPP) durante os dois primeiros dias após o parto, segundo características seleccionadas, Angola IIMS 2023–2024

Características seleccionadas	Mulheres que tiveram um nado-vivo e/ou um nado-morto nos 2 anos anteriores ao inquérito					Nados-vivos e nados-mortos nos 2 anos anteriores ao inquérito			Mulheres que tiveram um nado-vivo e/ou um nado-morto nos 2 anos anteriores ao inquérito	
	Percentagem que recebeu cuidados pré-natais de um profissional de saúde qualificado ¹	Percentagem com 4+ consultas CPN	Percentagem que tomou algum suplemento à base de ferro durante a gravidez ²	Percentagem cujo nado-vivo mais recente foi vacinado contra o tétano neonatal ³	Número de mulheres	Percentagem de partos assistidos por um profissional de saúde qualificado ¹	Percentagem de partos ocorridos na unidade sanitária	Número de partos	Percentagem de mulheres que tiveram uma consulta CPP nos primeiros 2 dias após o parto ⁴	Número de mulheres
NADOS-VIVOS										
Idade da mãe no nascimento										
<20	79,4	48,9	73,7	43,6	891	51,0	47,8	916	16,1	891
20–34	78,7	54,2	73,1	50,9	2.615	51,2	46,7	2.722	14,3	2.615
35–49	68,3	42,3	59,0	50,3	622	42,2	38,8	644	13,9	622
Área de residência										
Urbana	89,9	69,0	85,9	64,1	2.200	73,8	69,6	2.272	19,4	2.200
Rural	62,9	31,0	54,3	32,4	1.929	22,7	18,9	2.009	9,1	1.929
Provincia										
Cabinda	96,6	89,8	92,4	74,4	96	90,1	86,9	98	48,9	96
Zaire	86,5	66,1	76,8	57,9	45	78,1	74,3	48	38,7	45
Uíge	83,8	46,7	66,4	39,3	247	48,6	45,7	259	27,7	247
Luanda	89,8	79,3	87,2	68,6	851	79,0	76,7	877	10,6	851
Cuanza Norte	74,0	41,3	72,2	50,6	126	44,6	31,9	134	4,3	126
Cuanza Sul	83,3	35,0	78,4	50,2	429	30,7	26,7	438	19,0	429
Malanje	74,0	51,1	53,0	49,1	193	44,6	40,4	198	10,3	193
Lunda Norte	69,1	41,4	57,6	35,4	216	40,4	36,4	227	16,9	216
Benguela	86,9	59,0	83,6	46,4	314	56,4	48,5	333	19,0	314
Huambo	84,3	38,2	75,0	47,8	360	35,1	33,3	376	8,0	360
Bié	53,5	28,5	52,4	31,3	291	21,5	20,5	301	4,2	291
Moxico	48,3	35,7	41,6	32,0	127	41,8	33,2	131	3,5	127
Cuando Cubango	69,1	51,7	62,7	55,9	94	30,3	23,3	97	20,0	94
Namibe	62,7	47,4	54,1	45,9	66	54,0	51,8	69	10,5	66
Huíla	38,0	29,7	36,9	16,4	309	27,3	23,5	323	9,5	309
Cunene	92,6	47,5	85,9	62,5	141	54,5	53,5	146	35,4	141
Lunda Sul	93,7	50,0	84,3	61,9	130	65,9	52,7	134	9,9	130
Bengo	80,0	69,2	81,5	56,9	93	56,4	55,1	94	14,2	93
Nível de escolaridade da mãe										
Nenhum	52,4	22,0	43,1	29,6	989	21,0	18,0	1.025	7,6	989
Primário	74,7	42,8	68,0	45,2	1.319	37,5	33,4	1.382	12,9	1.319
Secundário	92,0	70,8	88,7	60,9	1.649	72,2	67,4	1.698	20,3	1.649
Superior	99,3	96,7	88,2	80,8	172	98,2	96,1	177	12,5	172
Quintil de riqueza										
Mais baixo	52,6	24,0	43,7	26,3	1.004	17,2	14,0	1.053	7,5	1.004
Segundo	71,8	35,1	64,4	38,9	1.043	27,6	23,6	1.087	10,7	1.043
Terceiro	88,4	59,8	83,2	57,0	886	67,5	60,7	916	20,6	886
Quarto	93,1	76,7	88,0	65,7	671	78,4	74,2	691	19,4	671
Mais elevado	96,5	88,4	95,0	79,6	525	91,9	91,1	534	19,6	525
Total	77,3	51,2	71,1	49,3	4.129	49,8	45,8	4.282	14,6	4.129
NADOS-MORTOS										
Total	(78,3)	(42,5)	(72,2)	na	24	(51,6)	(50,4)	24	(9,7)	24
NADOS-VIVOS E NADOS-MORTOS⁵										
Total	77,3	51,2	71,1	na	4.149	49,8	45,8	4.306	14,6	4.149

Notas: Se for mencionada mais do que uma fonte de assistência, apenas o profissional com as qualificações mais elevadas será considerado nesta tabulação. Percentagens com parênteses baseiam-se em 25–49 casos não ponderados; percentagens baseadas em menos de 25 casos não ponderados não são apresentadas (*). Nados-mortos são mortes fetais em gestações com duração de 28 ou mais semanas. Quando a duração da gravidez é relatada em meses, nados-mortos são mortes fetais em gestações com duração de 7 ou mais meses

na = não aplicável

¹ Profissional de saúde qualificado: médico, enfermeira/parteira ou parteira auxiliar.

² Comprimidos de sal ferroso.

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

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

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

Tendências: Houve um decréscimo na proporção de mulheres que foram protegidas contra o tétano neonatal nos dois anos anteriores ao inquérito, passando de 64% da IIMS 2015–2016 para 49% no inquérito actual.

3.8.3 Cuidados no Parto

Partos institucionais

Partos que ocorrem em uma unidade sanitária.

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

Assistência especializada durante o parto

Partos realizados com assistência de médicos, enfermeira/parteira, e parteira auxiliar.

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

O acesso a cuidados médicos adequados e condições de assepsia (higiénicas) durante o parto pode reduzir o risco de complicações e infecções que podem levar à morte ou a doenças graves da mãe e do recém-nascido ou de ambos (Van Lerberghe e De Brouwere 2001; WHO 2006a).

- Quarenta e seis por cento dos partos em mulheres dos 15–49 anos de idade nos 2 anos anteriores ao inquérito ocorreram em unidades sanitárias (**Quadro 9**).
- Cinquenta por cento dos partos ocorridos nos 2 anos anteriores ao inquérito foram assistidos por um profissional de saúde qualificado.
- Cinquenta um por cento de mulheres receberam 4 e mais consultas pré-natais.

Tendências: Em relação aos partos assistidos por um profissional de saúde qualificado, registou-se um ligeiro decréscimo relativamente ao IIMS 2015–2016 (de 50% para 50%) (**Gráfico 5**).

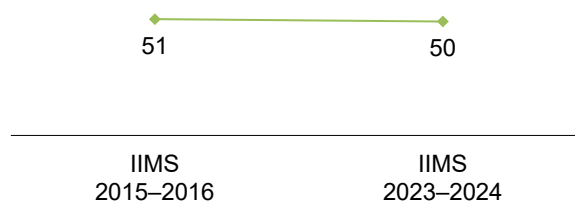
3.8.4 Cuidados Pós-parto para a Mãe

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

Quinze por cento de mulheres que tiveram um parto nos 2 anos anteriores ao inquérito fizeram o controlo pós-natal durante os primeiros 2 dias após o parto.

Gráfico 5 Tendências na assistência ao parto

Percentagem de partos nos 2 anos anteriores ao inquérito assistidos por um profissional de saúde qualificado



3.8.5 Razão de Mortalidade Materna

Razão de mortalidade materna

Número de mortes maternas por 100.000 nados-vivos. O número de mortes maternas corresponde ao número de mães declaradas como tendo morrido nos sete anos anteriores ao inquérito, seja durante a gravidez ou parto, ou nos 42 dias seguintes ao parto ou à interrupção da gravidez, pelo respectivo grupo etário na altura da morte. Excluem-se as mortes por acidente ou violência. A razão de mortalidade materna é calculada dividindo a taxa de mortalidade materna padronizada por idade para mulheres de 15–49 anos nos 7 anos anteriores ao inquérito pela taxa de fecundidade geral (TFG) para o mesmo período de tempo.

Amostra: Mães (em vida ou mortas) de 15–49 anos nos 7 anos anteriores ao inquérito.

O **Quadro 10** mostra a estimativa da razão de mortalidade materna (RMM). A RMM é estimada em 170 mortes por 100.000 nados-vivos no período de sete anos antes do inquérito (com um intervalo de confiança de 99–242). Por outras palavras, por cada 1.000 nados-vivos, 1,7 mulheres morreram durante a gravidez ou parto ou nos 42 dias seguintes ao parto ou à interrupção da gravidez, excluindo as mortes devidas a violência ou acidentes. O intervalo de confiança de 99 a 242 significa que é provável que o verdadeiro valor se situe entre 99 e 242 mortes por causas maternas por 100.000 nascidos vivos. O risco de morte materna ao longo da vida é de 0,009, o que indica que, com as taxas de mortalidade materna observadas no período de sete anos antes do inquérito, 0,9% das mulheres são susceptíveis de sofrer uma morte materna (ou seja, um risco de vida para uma em aproximadamente 111 mulheres).

Quadro 10 Razão de mortalidade materna

Taxa global de fecundidade, taxa de fecundidade geral, razão de mortalidade materna e risco de morte materna ao longo da vida nos sete anos anteriores ao inquérito, Angola IIMS 2023–2024

Taxa global de fecundidade (TGF)	5,2
Taxa de fecundidade geral (TFG) ¹	165
Índice de mortalidade materna (IMM) ²	170 IC: (99, 242)
Risco de morte materna ao longo da vida ³	0,009

IC: Intervalo de confiança

¹ Taxa ajustada à idade expressa por cada 1.000 mulheres de 15–49 anos

² Expresso por 100.000 nados-vivos; calculado como a taxa de mortalidade materna ajustada à idade a multiplicar por 100 e a dividir pela taxa de fecundidade geral ajustada à idade

³ Calculado como $1 - (1 - IMM)^{TGF}$ onde TGF representa a taxa global de fecundidade nos sete anos anteriores ao inquérito

3.8.6 Razão de Mortalidade Relacionada com a Gravidez

Razão de mortalidade relacionada com a gravidez

Número de mortes relacionadas com a gravidez por 100.000 nados-vivos. O número de mortes relacionadas com a gravidez corresponde ao número de mães declaradas como tendo morrido nos 7 anos anteriores ao inquérito, seja durante a gravidez ou parto, ou nos 2 meses seguintes ao parto ou à interrupção da gravidez, pelo respectivo grupo etário na altura da morte. A razão de mortalidade relacionada com a gravidez é calculado dividindo a taxa de mortalidade relacionada com a gravidez padronizada por idade para mulheres de 15–49 anos nos sete anos anteriores ao inquérito pela taxa de fecundidade geral (TFG) para o mesmo período de tempo.

Amostra: Mães (vivas ou mortas) de 15–49 anos nos 7 anos anteriores ao inquérito.

A mortalidade materna difere da mortalidade relacionada com a gravidez de duas maneiras. Primeiro, a mortalidade materna restringe-se às mortes ocorridas nos 42 dias após o parto ou a interrupção da gravidez, enquanto a mortalidade relacionada com a gravidez inclui as mortes até dois meses após o parto ou a interrupção da gravidez. Em segundo lugar, a mortalidade materna exclui as mortes devido a acidentes ou violência, enquanto a mortalidade relacionada com a gravidez inclui essas mortes. Assim, a taxa de mortalidade relacionada com a gravidez será geralmente superior à taxa de mortalidade materna e não pode ser inferior. O indicador medido no IIMS 2015–2016 foi a mortalidade relacionada com a gravidez. Por

isso, para discutir tendências comparando com o IIMS 2015–2016, deve-se utilizar a razão de mortalidade relacionada com a gravidez.

A razão de mortalidade relacionada com a gravidez é de 185 IC: (112, 257), o que significa que nos sete anos anteriores ao inquérito se estimou 185 óbitos de mulheres por causas relacionadas com a gravidez por 100.000 nados-vivos (**Quadro 11**). A estimativa da razão de mortalidade relacionada com a gravidez para o IIMS 2015–2016 foi de 239 mortes por 100.000 nados-vivos, com um intervalo de confiança entre 164 e 313. No entanto, isso não é estatisticamente significativo.

3.9 COBERTURA DA VACINAÇÃO

A imunização de crianças contra doenças comuns evitáveis por vacina é crucial para reduzir a morbidade e mortalidade infantil. A informação foi recolhida a partir do cartão de vacinação infantil ou do caderno de saúde

materno-infantil. Em seguida, as mães foram inquiridas sobre as vacinas que as crianças teriam recebido, mas que não estivessem registadas no cartão/caderno. Na ausência do cartão/caderno de saúde materno-infantil, foram feitas perguntas às mães, de modo a obter a vacina efectuada por história, que incluem a BCG, Pentavalente, Poliomielite, Sarampo, Hepatite B, Pneumococia, Rotavírus e a Febre-Amarela.

3.9.1 Cobertura de Vacinação Infantil

Cobertura de todas as vacinas básicas

Percentagem das crianças que receberam vacinas específicas a uma dada altura antes da entrevista (de acordo com o cartão/caderno de saúde materno-infantil ou a declaração da mãe).

Considera-se que a criança tomou todas as vacinas básicas se recebeu pelo menos:

- Uma dose da vacina BCG, que protege contra a tuberculose
- Três doses de vacina contra a poliomielite administradas como vacina oral contra a poliomielite (POV), vacina inactivada contra a poliomielite (VPI) ou uma combinação de POV e VPI
- Três doses de vacina contendo DPT, que protege contra a difteria, tosse convulsa, e tétano.
- Uma dose de vacina contra o sarampo administrada como sarampo-rubéola (MR).

Amostra: Crianças de 12 a 23 meses

Em Angola, as vacinas da BCG e Pólio Oral 0 são geralmente administradas aquando do nascimento ou ao primeiro contacto com o profissional de saúde. As vacinas contra Poliomielite e a DPT são administradas aos 2, 4 e 6 meses de idade. A primeira vacinação contra o Sarampo-Rubéola deve ser administrada aos 9 meses de idade.

Quadro 11 Tendências da mortalidade relacionada com a gravidez

Estimativas directas da taxa de mortalidade relacionada com a gravidez para os sete anos anteriores ao inquérito, por faixas etárias de 5 anos, Angola IIMS 2023–2024

	Taxa de mortalidade relacionada com a gravidez ^{1,2}	
	2016–24	2008–16
Taxa global de fecundidade (TGF)	5,2	6,2
Taxa de fecundidade geral (TFG) ³	165	206
Índice de mortalidade relacionada com a gravidez (IMG) ⁴	185	239
Intervalo de confiança	(112, 257)	(164, 313)
Risco de morte relacionada com a gravidez ao longo da vida ⁵	0,010	0,015

¹ A mortalidade relacionada com a gravidez define-se como a morte de uma mulher grávida ou dentro do período de dois meses após a interrupção da gravidez, por qualquer motivo, incluindo acidentes ou violência

² Expressa por 1.000 mulheres-anos de exposição

³ Taxa ajustada à idade expressa por cada 1.000 mulheres de 15–49 anos

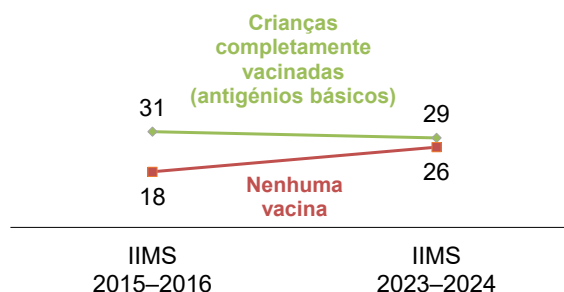
⁴ Expresso por 100.000 nados-vivos; calculado como a taxa de mortalidade relacionada com a gravidez ajustada à idade a multiplicar por 100 e a dividir pela taxa de fecundidade geral ajustada à idade

⁵ Calculado como $1-(1-IMG)^{TGF}$ onde TGF representa a taxa global de fecundidade nos sete anos anteriores ao inquérito

Tendências: Comparativamente ao IIMS 2015–2016, houve uma redução de dois pontos percentuais (de 31% para 29%) de crianças completamente vacinadas (antígenos básicos) (**Gráfico 6**).

Gráfico 6 Tendências da vacinação em crianças

Percentagem de crianças de 12–23 meses



3.9.2 Cobertura Vacinal de Acordo com o Calendário Nacional de Vacinação

Uma segunda medida de cobertura vacinal consiste na percentagem de crianças de 12–23 meses e de 24–35 meses que estão totalmente vacinadas de acordo com o calendário nacional de vacinação. Neste relatório, uma criança de 12–23 meses de idade é considerada totalmente vacinada de acordo com o calendário nacional se tiver recebido todos os antígenos básicos, bem como uma dose à nascença de Hepatite B e POV, uma de VPI, três doses de Hepatite B e Haemophilus Influenza (dadas como parte da vacina pentavalente contra DPT), três doses da vacina pneumocócica, duas doses da vacina contra rotavírus, e uma dose contra o Sarampo-Rubéola. A vacinação contra a Febre Amarela dever ser administrada aos 9 meses. Crianças de 24–35 meses de idade são consideradas totalmente vacinadas de acordo com o calendário nacional de vacinação se receberem uma segunda dose da vacina contra Sarampo-Rubéola, e além de todas as vacinas relevantes para uma criança de 12–23 meses.

- Quinze por cento das crianças dos 12–23 meses de idade estavam totalmente vacinadas de acordo com o calendário nacional de vacinação (**Quadro 12**).
- Vinte seis por cento das crianças 12–23 meses de idade não receberam nenhuma vacina.
- Dez por cento das crianças de 24–35 meses de idade foram totalmente vacinadas de acordo com o calendário nacional de vacinação.
- As províncias de Luanda, Cabinda e Uíge (com 2%, 6% e 9%, respectivamente) tiveram as percentagens mais baixas de crianças de 12–23 meses de idade sem vacinas, enquanto as províncias do Moxico, Huíla e Bié (com 67%, 58%, e 42%, respectivamente) tiveram as percentagens mais elevadas.
- As províncias de Luanda, Benguela e Cunene (com 34%, 28%, e 18%, respectivamente) apresentaram um maior número de crianças de 12–23 meses de idade completamente vacinadas de acordo com o calendário nacional de vacinação, enquanto as províncias do Moxico, da Lunda Norte, e Cabinda (com 1%, 3%, e 4%, respectivamente) registaram um menor número.

Quadro 12 Vacinação por características sociodemográficas

Percentagem de crianças de 12–23 meses e entre 24–35 meses que receberam vacinas específicas antes do inquérito (de acordo com o registo no cartão de saúde da criança ou a declaração da mãe), percentagem com vacinação completa segundo antígenos básicos, percentagem com vacinação completa segundo o calendário nacional de vacinação e a percentagem de crianças não vacinadas, segundo características seleccionadas, Angola IIMS 2023–2024

Características seleccionadas	Crianças 12–23 meses																	Crianças 24–35 meses:						
	BCG	HepB (dose ao nascer) ¹	DPT-HepB-Hib			VOP ²			PCV			Rotavírus		Sarampo-Rubéola	Febre-Amarela	Crianças completamente vacinadas (anti-génios básicos) ³	Crianças completamente vacinadas (de acordo com o calendário nacional de vacinação) ⁴	Número de crianças não vacinadas	Número de crianças	Sarampo-Rubéola	Com esquema de vacinação completo (de acordo com o esquema nacional) ⁵	Número de crianças		
			1	2	3	0 (dose ao nascer)	1	2	3	VPI	1	2	3										1	2
Sexo																								
Masculino	65,6	54,8	60,3	51,9	40,1	53,9	62,4	49,3	34,8	46,1	57,8	47,4	33,3	54,2	43,1	47,6	40,6	28,0	14,4	27,7	908	35,2	9,5	1.022
Feminino	69,0	57,9	65,3	54,9	42,6	57,1	66,0	53,6	37,9	49,1	62,2	50,8	37,7	60,0	47,7	51,4	44,3	30,7	14,8	24,6	939	30,4	10,5	884
Ordem de nascimento																								
1	77,0	67,0	73,5	64,2	53,9	68,9	75,8	60,7	49,4	57,7	70,5	57,3	45,8	67,5	56,4	59,5	51,2	41,6	27,2	17,2	463	37,5	13,0	457
2–3	65,7	53,5	62,4	54,5	41,6	52,3	64,0	51,4	34,5	46,2	60,7	51,4	34,7	56,7	45,3	49,7	44,4	28,3	12,2	27,9	620	37,1	10,9	666
4–5	65,8	54,5	58,4	49,0	34,1	52,6	57,7	46,0	29,3	45,4	53,1	43,5	30,5	52,8	39,6	46,4	38,5	24,2	9,4	27,1	442	30,8	10,5	428
6+	58,5	49,2	54,4	42,0	33,0	46,3	56,9	45,8	31,0	38,7	53,1	40,7	29,2	48,9	37,9	39,0	31,9	20,9	8,5	34,3	322	22,1	3,7	355
Cartão de vacinação⁵																								
Visto	89,1	68,0	90,7	81,2	69,0	82,6	91,8	81,3	69,8	58,1	87,3	74,1	59,1	84,2	69,7	68,5	60,6	58,3	30,3	1,8	837	47,5	27,6	617
Não visto ou não tem	86,2	82,3	72,0	54,4	34,4	60,0	70,3	45,6	15,7	70,3	67,7	51,4	29,2	63,9	46,4	60,1	50,4	9,8	3,4	9,6	502	41,0	2,5	727
Nunca teve	12,7	11,5	7,7	6,6	2,6	6,3	12,8	8,0	1,7	7,8	7,3	5,7	3,0	5,7	4,3	7,7	4,7	0,9	0,0	82,7	507	6,5	0,2	561
Área de residência																								
Urbana	88,1	79,4	84,5	74,6	59,5	77,8	83,6	69,7	52,6	67,8	81,3	70,4	52,5	79,8	66,5	69,2	61,7	43,6	24,9	8,6	950	47,3	16,3	1.034
Rural	45,3	32,0	39,9	31,1	22,1	31,9	43,8	32,2	19,3	26,2	37,5	26,6	17,6	33,1	23,1	28,7	22,2	14,3	3,8	44,6	897	15,9	2,4	872

Continua...

Quadro 12—Continuação

Características seleccionadas	Crianças 12–23 meses																						Crianças 24–35 meses:			
	BCG	HepB (dose ao nas- cer) ¹	DPT-HepB-Hib			VOP ²			PCV			Rotavírus		Sarampo-Rubéola		Febre- Amarela ⁷	Crianças completa- mente vacinadas (anti- génios básicos) ³	Crianças completa- mente vacinadas (de acordo com o calendário nacional de vacina- ção) ⁴	Número de crianças	Número de crianças	Sarampo- Rubéola 2	Com esquema de vacinação completo (de acordo com o esquema nacional) ⁵	Número de crianças			
			1	2	3	0 (dose ao nascer)	1	2	3	VPI	1	2	3	1	2											
			1	2	3	1	2	3	1	2	1	2	3	1	2									1	2	1
Provincia																										
Cabinda	93,9	93,9	92,1	90,5	85,3	65,4	91,9	88,8	46,0	84,5	93,0	90,0	84,4	91,7	81,5	82,2	70,3	41,8	4,4	6,1	45	49,1	3,0	45		
Zaire	85,4	45,0	81,7	77,5	58,0	78,3	86,7	75,4	47,3	44,7	81,4	71,3	55,0	77,3	53,9	59,0	50,8	44,4	9,1	10,8	23	26,2	3,1	18		
Uíge	84,8	49,5	81,3	68,7	60,3	51,3	80,2	71,2	51,7	46,3	77,8	65,0	53,6	72,1	59,3	61,8	58,1	41,8	16,1	8,9	127	46,8	8,6	117		
Luanda	94,0	92,5	92,2	83,8	63,7	89,2	94,0	73,5	58,5	82,4	92,7	83,5	59,2	91,6	79,7	81,5	68,8	47,4	33,9	2,1	323	61,4	22,3	400		
Cuanza Norte	48,8	53,6	53,1	50,2	41,3	50,8	70,9	58,1	34,8	36,4	56,2	49,8	34,9	47,6	44,6	56,1	40,8	24,9	12,1	24,4	63	36,6	7,9	50		
Cuanza Sul	70,3	57,7	55,7	43,3	30,5	61,2	63,7	42,9	26,5	36,0	53,5	39,3	24,1	45,0	33,5	40,0	28,1	22,0	10,1	20,6	211	18,4	5,8	218		
Malanje	56,8	48,7	45,8	42,5	32,9	39,4	46,8	41,0	28,2	26,5	43,2	36,3	25,2	44,2	35,6	34,9	33,8	21,4	7,0	40,4	90	15,6	2,3	75		
Lunda Norte	60,0	44,2	51,4	31,3	23,7	39,0	54,9	35,4	20,8	19,0	42,9	29,3	15,4	43,5	21,5	33,1	30,1	16,0	2,6	30,7	99	14,1	1,2	104		
Benguela	71,5	67,8	65,1	59,1	51,2	51,5	66,0	57,1	46,8	61,1	60,0	52,3	41,8	56,3	48,5	50,8	47,8	35,6	27,6	20,3	139	44,1	16,8	135		
Huambo	55,3	41,5	46,9	43,3	27,9	41,9	45,3	38,7	19,8	41,0	44,9	35,6	23,8	44,9	37,3	38,5	34,8	17,5	12,7	41,5	141	22,9	4,5	160		
Bié	53,7	31,4	51,4	36,3	27,9	41,7	43,0	37,6	29,8	44,5	44,8	28,7	18,2	44,6	25,7	37,7	29,4	25,1	4,4	42,2	143	17,5	3,2	127		
Moxico	30,2	23,0	24,0	20,8	8,8	23,1	22,8	17,5	8,7	17,7	20,8	15,1	10,2	15,2	9,8	12,8	11,1	4,0	1,3	66,5	73	3,5	0,7	63		
Quando																										
Cubango	68,9	51,0	61,5	47,5	33,6	60,0	63,0	46,9	28,1	38,4	60,5	45,1	29,0	52,4	40,8	42,8	40,8	20,5	5,5	25,3	43	24,7	3,8	45		
Namibe	55,1	54,5	56,0	46,0	32,9	48,9	52,0	44,5	23,0	52,2	52,3	41,9	25,3	53,5	37,3	48,8	46,6	16,4	12,2	38,2	30	21,6	5,2	33		
Huíla	35,5	29,2	39,8	30,8	25,0	33,2	38,0	27,8	23,8	21,2	38,0	28,0	21,9	35,5	28,4	28,6	28,1	21,6	5,8	58,2	146	18,5	8,3	158		
Cunene	69,2	48,4	76,1	72,5	58,2	52,8	76,3	70,4	55,3	58,9	70,1	62,6	56,0	68,6	58,3	53,4	41,5	42,8	18,0	18,0	60	40,6	18,8	66		
Lunda Sul	72,9	64,5	67,0	50,4	41,0	75,6	75,7	59,5	38,4	51,1	54,0	38,3	26,4	55,0	35,1	46,2	36,7	30,0	4,8	16,4	55	18,1	2,1	56		
Bengo	68,4	67,4	68,4	48,4	32,4	55,0	68,4	46,9	33,9	51,3	69,3	43,1	28,8	62,4	46,9	50,8	48,5	26,4	20,2	28,8	35	31,0	12,8	35		
Nível de escolaridade																										
Nenhum	39,1	26,9	34,2	24,5	16,2	27,6	34,9	26,7	14,5	23,7	29,8	22,4	14,1	26,9	18,5	24,3	19,6	11,6	2,3	53,6	446	11,4	1,7	486		
Primário	60,8	49,2	55,5	44,4	32,5	46,7	59,1	43,3	29,2	36,6	52,6	39,0	25,5	47,9	34,7	39,3	30,6	20,6	7,5	28,8	600	20,8	3,0	578		
Secundário	87,1	76,4	83,2	74,7	59,6	75,9	83,6	70,4	51,8	68,5	81,2	69,6	52,3	79,5	66,5	69,0	62,0	43,1	24,1	9,3	731	48,9	17,1	743		
Superior	96,4	96,4	95,4	92,5	87,3	94,5	93,1	80,9	76,6	76,4	95,4	92,0	83,4	95,3	89,5	94,3	87,0	74,6	55,1	3,6	70	90,0	38,0	99		
Quartil de riqueza																										
Mais baixo	37,0	26,0	34,5	24,9	18,0	24,2	38,4	26,2	15,1	22,6	32,1	21,8	13,2	26,0	16,6	23,9	18,6	10,4	2,5	52,2	455	14,6	1,8	464		
Segundo	54,3	39,1	47,8	37,0	26,0	39,6	49,5	37,0	23,2	30,5	44,0	31,2	20,6	42,6	29,6	32,7	25,2	17,5	5,2	37,1	479	18,2	3,2	455		
Terceiro	81,0	66,1	74,8	64,2	51,2	71,5	75,2	62,8	45,0	58,3	71,8	59,5	45,4	68,7	55,5	58,7	51,3	36,1	15,6	14,1	381	29,0	7,8	424		
Quarto	93,0	87,3	90,2	81,3	61,4	81,3	90,7	76,1	55,0	74,6	87,7	79,0	55,5	85,8	75,1	75,5	66,1	45,8	25,9	2,6	287	53,7	19,1	301		
Mais elevado	97,6	95,1	94,3	89,0	76,1	89,6	93,0	80,3	66,6	79,4	92,7	83,8	67,6	91,7	79,8	85,5	79,4	57,9	41,0	2,3	245	73,7	29,1	262		
Total	67,3	56,4	62,8	53,4	41,4	55,5	64,2	51,5	36,4	47,6	60,0	49,1	35,6	57,1	45,4	49,5	42,5	29,4	14,6	26,1	1.847	33,0	10,0	1.906		

Notas: Considera-se uma criança vacinada se a vacina constar no cartão de saúde da criança ou for declarada pela mãe. Para crianças cuja informação se baseia na declaração da mãe, não é recolhida a data da vacinação. Assume-se que as doses de vacinas administradas durante o primeiro e o segundo ano de vida são as mesmas que se verificam para as crianças com um registo de vacinação por escrito. BCG = Bacille Calmette-Guérin; DPT = Difteria, tosse convulsa, tétano; HepB = Hepatite B; Hib = Haemophilus influenzae tipo b; PCV = Vacina contra a pneumocócica; VOP = Vacina oral contra pólio; VPI = Vacina injectável contra pólio

¹ Considera-se que as crianças receberam HepB (à nascença) se isso tiver sido registado no cartão ou declarado pela mãe, independentemente do momento.

² VOP 0 é a vacina contra a poliomielite administrada à nascença.

³ BCG, três doses de DPT, três doses da vacina contra pólio (excluindo a vacina contra Pólio administrada à nascença) e uma dose de vacina contra o sarampo.

⁴ BCG, HepB (à nascença), três doses de DPT-HepB-Hib, quatro doses de VOP, uma dose de VPI, três doses de vacina PCV, duas doses de vacina contra o rotavírus, uma dose de vacina contra o sarampo-rubéola, e uma dose de febre-amarela.

⁵ BCG, HepB (à nascença), três doses de DPT-HepB-Hib, quatro doses de VOP, uma dose de VPI, três doses de vacina PCV, duas doses de vacina contra o rotavírus, duas doses de vacina contra o sarampo-rubéola, e uma dose de febre-amarela

⁶ Cartão de saúde da criança ou outro tipo de documento.

⁷ Em 1980 a vacina contra febre-amarela foi introduzida no calendário nacional de vacinação de rotina.

3.10 PROCURA DE CUIDADOS E TRATAMENTO PARA DOENÇAS INFANTIS

A infecção respiratória aguda (IRA), febre e doenças diarreicas agudas são as causas que mais contribuem para a morbidade e mortalidade infantil em países em desenvolvimento (OMS 2003). A atenção médica imediata quando uma criança apresenta os sintomas dessas doenças é crucial para reduzir as mortes infantis.

O **Quadro 13** apresenta informações sobre a procura de cuidados e tratamento para crianças menores de 5 anos com IRA, febre e diarreia. No geral, 65% das crianças menores de 5 anos apresentaram sintomas de IRA, 61% apresentaram febre e 52% tiveram diarreia nas 2 semanas anteriores ao inquérito.

- Das crianças menores de 5 anos com sintomas de IRA nas últimas 2 semanas anteriores ao inquérito, 69% do sexo masculino e 62% do feminino tiveram aconselhamento ou tratamento em uma unidade sanitária ou por um profissional de saúde.
- Das crianças menores de 5 anos com sintomas de febre nas últimas 2 semanas anteriores ao inquérito, 58% do sexo masculino e 63% do feminino tiveram aconselhamento ou tratamento em uma unidade sanitária ou por um profissional de saúde.
- Das crianças menores de 5 anos com diarreia nas últimas 2 semanas anteriores ao inquérito, 51% do sexo masculino e 54% do feminino tiveram aconselhamento ou tratamento em uma unidade sanitária ou por um profissional de saúde.
- Quatro em cada dez crianças 39% com diarreia receberam sais de reidratação oral (SRO), 32% receberam suplementos de zinco, 20% receberam SRO e suplementos de zinco e 12% receberam SRO, suplementos de zinco e alimentação complementar.

Tendências: Os dados recolhidos do IIMS 2015–2016 e IIMS 2023–2024 IIMS 2023–2024 mostram um aumento de 15 pontos percentuais em crianças menores de 5 anos com sintomas de infecção respiratória aguda que receberam aconselhamento ou tratamento em uma unidade sanitária ou por um profissional de saúde.

Quadro 13 Tratamento de infeções respiratórias agudas, febre e diarreia

Entre as crianças menores de 5 anos com sintomas de infeção respiratória aguda (IRA) ou febre durante as 2 semanas anteriores à entrevista, percentagem das que tiveram aconselhamento ou tratamento na unidade sanitária ou por agente de saúde; e entre as crianças menores de 5 anos com diarreia durante as 2 semanas anteriores à entrevista, a percentagem das que tiveram aconselhamento ou tratamento, percentagem das que receberam o líquido feito na base de pacotes de sais de reidratação oral (SRO), e percentagem das que receberam zinco, percentagem das que receberam SRO e zinco e percentagem de crianças que recebeu SRO, zinco e alimentação complementar, segundo características seleccionadas, Angola IIMS 2023–2024

Características seleccionadas	Crianças com sintomas de IRA ¹		Crianças com febre		Crianças com diarreia				Número de crianças	
	Percentagem de crianças que teve aconselhamento ou tratamento ²	Número de crianças	Percentagem de crianças que teve aconselhamento ou tratamento ²	Número de crianças	Percentagem de crianças que teve aconselhamento ou tratamento ²	Percentagem de crianças que recebeu líquidos feito de pacote SRO	Percentagem de crianças que recebeu zinco	Percentagem de crianças que recebeu SRO e zinco		Percentagem de crianças que recebeu SRO, zinco e alimentação complementar ³
Idade em meses										
<6	*	22	57,0	117	42,0	20,7	19,4	7,5	6,6	115
6–11	(47,3)	42	57,5	143	51,7	29,4	28,5	17,2	8,8	220
12–23	(74,3)	39	65,8	301	54,7	41,9	37,7	24,1	15,0	387
24–35	(39,9)	28	64,7	211	55,6	44,8	27,4	18,5	13,0	270
36–47	*	22	63,4	242	52,4	34,6	36,4	18,8	10,7	181
48–59	(87,1)	33	66,6	159	58,5	50,9	37,8	27,2	15,5	161
Sexo										
Masculino	68,8	70	61,5	588	51,6	38,2	31,0	20,9	12,7	675
Feminino	62,2	116	65,1	585	55,4	39,1	33,8	19,1	12,0	658
Área de residência										
Urbana	71,7	118	67,6	613	52,8	38,8	31,5	16,8	10,4	789
Rural	52,2	68	58,6	561	54,4	38,5	33,7	24,7	15,1	544
Província										
Cabinda	*	2	75,5	37	68,4	24,2	33,5	12,6	12,6	33
Zaire	*	0	(64,2)	17	*	*	*	*	*	11
Uíge	*	5	70,1	196	77,0	56,5	49,3	34,5	19,9	104
Luanda	*	88	55,8	206	43,4	35,8	23,6	10,1	6,2	321
Cuanza Norte	*	0	73,6	32	52,3	29,0	11,7	9,7	9,7	32
Cuanza Sul	*	19	64,7	111	54,4	48,3	45,6	30,4	18,7	131
Malanje	*	3	(69,8)	23	42,0	44,5	33,3	30,3	18,0	34
Lunda Norte	*	3	68,4	59	59,6	37,5	23,8	9,0	9,0	45
Benguela	*	4	59,5	112	46,6	24,5	20,4	8,9	8,9	156
Huambo	*	10	(50,1)	49	40,3	22,2	21,4	11,4	7,0	68
Bié	*	2	66,3	58	66,0	69,0	58,9	57,7	26,4	84
Moxico	*	0	(50,8)	20	(63,2)	(36,6)	(64,2)	(28,8)	(14,2)	16
Cuando Cubango	*	6	70,5	50	62,4	42,5	29,0	23,2	10,5	50
Namibe	*	0	(53,3)	7	(72,5)	(17,6)	(63,0)	(12,4)	(7,3)	14
Huíla	*	5	*	32	35,2	29,5	37,0	20,6	13,7	80
Cunene	54,0	31	61,3	86	64,2	41,1	35,9	26,1	17,2	90
Lunda Sul	*	1	71,8	48	62,3	21,2	16,8	2,9	2,9	36
Bengo	*	4	63,3	29	69,2	50,0	36,4	28,8	17,1	29
Nível de escolaridade da mãe										
Nenhum	(59,6)	33	55,3	251	55,2	39,1	37,2	24,7	14,6	237
Primário	66,8	54	61,3	414	54,3	38,0	30,3	20,9	10,9	427
Secundário	65,1	100	70,1	485	51,6	37,7	30,8	16,9	12,5	629
Superior	*	0	(44,2)	24	(63,9)	(58,2)	(50,9)	(33,7)	(11,2)	40
Quintil de riqueza										
Mais baixo	51,0	38	51,9	280	47,5	27,4	28,9	18,5	10,4	268
Segundo	(57,1)	31	66,7	320	63,6	49,1	42,5	31,9	19,6	303
Terceiro	(75,9)	50	66,5	278	51,5	39,4	30,4	16,7	10,0	343
Quarto	*	34	68,4	177	52,3	36,9	27,0	13,5	10,0	256
Mais elevado	*	33	65,9	120	50,4	39,0	32,0	17,9	10,8	164
Total	64,6	186	63,3	1.173	53,5	38,7	32,4	20,1	12,3	1.333

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

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

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

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

3.11 ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS

A antropometria é comumente utilizada para medir o estado nutricional infantil. As medidas antropométricas são utilizadas para informar os indicadores de crescimento infantil. A distribuição de altura e peso para crianças menores de 5 anos é comparada com a população de referência padrão de crescimento da OMS (OMS 2006b).

A distribuição de uma população bem nutrida será semelhante à da população de referência, enquanto a distribuição de uma população mal nutrida será diferente. Os índices altura-para-idade, peso-para-altura e peso-para-idade podem ser expressos em unidades de Desvio Padrão (DP) da mediana da população de referência. Valores superiores a dois desvios padrão abaixo da mediana dos padrões de crescimento infantil da OMS são usados para definir a desnutrição.

Desnutrição crônica (avaliada por altura para idade)

Altura-para-idade é uma medida de atraso no crescimento. As crianças cujo z score de altura-para-idade está abaixo de menos dois desvios padrão (-2 DP) da mediana da população de referência têm atraso no crescimento e são consideradas com baixa altura para a idade (com desnutrição crônica). As crianças que estão abaixo de menos três desvios padrão (-3 DP) são consideradas com desnutrição crônica grave.

Amostra: Crianças menores de 5 anos

Desnutrição aguda (avaliada por peso para altura)

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

Amostra: Crianças menores de 5 anos

Baixo peso (avaliado por peso para idade)

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

Amostra: Crianças menores de 5 anos

Sobrepeso (avaliado por peso para altura)

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

Amostra: Crianças menores de 5 anos

O IIMS 2023–2024 identificou um total de 6.924 crianças com menos de 5 anos que eram elegíveis para medições de altura e peso. A percentagem com dados válidos de altura para a idade foi de 87%, de peso para a altura, 90%, e de peso para a idade, 88% (dados não mostrados).

Quadro 14 Estado nutricional das crianças

Percentagem de crianças menores 5 anos classificadas como malnutridas segundo os três índices antropométricos de estado nutricional: altura por idade, peso por altura e peso por idade, segundo características seleccionadas, Angola IIMS 2023–2024

Características seleccionadas	Altura por idade ¹				Peso por altura					Peso por idade			
	Perce-ntagem abaixo de -3 DP	Perce-ntagem abaixo de -2 DP ²	Valor z médio (DP)	Número de crianças	Perce-ntagem abaixo de -3 DP	Perce-ntagem abaixo de -2 DP ²	Perce-ntagem superior a +2 DP	Valor z médio (DP)	Número de crianças	Perce-ntagem abaixo de -3 DP	Perce-ntagem abaixo de -2 DP ²	Valor z médio (DP)	Número de crianças
Idade em meses													
<6	9,0	22,7	-0,9	651	1,3	5,0	9,9	0,3	664	4,1	13,4	-0,6	680
6–11	10,2	28,2	-1,2	606	2,6	7,6	3,4	-0,4	617	5,7	19,6	-1,0	619
12–23	17,1	44,2	-1,7	1.100	2,0	6,5	1,0	-0,5	1.138	7,0	23,7	-1,2	1.121
24–35	19,8	47,2	-1,8	1.132	2,3	5,5	2,0	-0,3	1.162	8,0	24,9	-1,3	1.151
36–47	21,6	47,7	-1,9	1.262	1,1	4,2	1,9	-0,1	1.295	6,7	21,4	-1,2	1.277
48–59	14,0	36,0	-1,6	1.119	0,7	3,6	1,8	-0,3	1.162	5,0	20,6	-1,2	1.128
0–23	13,1	34,2	-1,3	2.357	1,9	6,4	4,0	-0,2	2.419	5,9	19,8	-1,0	2.420
24–59	18,6	43,8	-1,8	3.513	1,3	4,4	1,9	-0,2	3.620	6,6	22,3	-1,2	3.556
Sexo													
Masculino	19,4	43,8	-1,7	2.857	1,6	6,0	3,6	-0,2	2.956	7,2	23,8	-1,2	2.923
Feminino	13,5	36,3	-1,5	3.013	1,6	4,4	1,9	-0,2	3.083	5,4	18,9	-1,1	3.053
Estado da entrevista da mãe													
Entrevistada	16,2	39,2	-1,6	4.921	1,5	4,9	2,9	-0,2	4.952	6,1	20,9	-1,1	5.005
Não entrevistada, mas no agregado familiar	15,5	43,6	-1,6	613	2,0	6,8	3,2	-0,3	678	6,8	21,5	-1,2	634
Não entrevistada, não pertence ao agregado familiar ³	20,3	44,6	-1,7	336	1,6	6,3	0,9	-0,4	409	7,6	25,9	-1,2	336
Área de residência													
Urbana	11,0	30,9	-1,3	3.229	2,0	5,7	2,2	-0,3	3.302	5,1	17,8	-1,0	3.294
Rural	22,9	50,9	-2,0	2.641	1,1	4,6	3,4	-0,2	2.738	7,7	25,5	-1,3	2.682
Província													
Cabinda	15,1	29,5	-1,3	141	0,6	4,8	2,0	-0,2	144	4,6	13,6	-0,9	142
Zaire	13,5	41,2	-1,8	85	3,0	8,3	2,5	-0,3	87	10,3	24,9	-1,3	86
Uíge	26,3	47,6	-1,9	352	1,5	6,0	0,7	-0,4	356	9,4	29,0	-1,4	360
Luanda	7,6	23,6	-1,0	1.443	3,0	6,5	2,6	-0,3	1.477	4,5	15,6	-0,9	1.480
Cuanza Norte	19,7	46,7	-2,0	148	0,3	2,5	3,6	-0,1	149	6,7	22,1	-1,2	150
Cuanza Sul	19,1	53,2	-2,0	521	0,3	1,4	3,3	0,0	538	6,2	19,5	-1,2	526
Malanje	19,9	44,7	-1,6	278	1,1	5,2	3,4	-0,3	275	9,1	26,0	-1,2	288
Lunda Norte	14,6	36,5	-1,5	326	1,9	9,2	3,1	-0,4	337	6,2	21,0	-1,1	329
Benguela	16,9	44,2	-1,8	362	0,7	3,3	2,2	-0,1	377	3,6	20,8	-1,0	369
Huambo	21,4	47,2	-2,0	556	0,6	4,5	2,8	-0,2	563	7,1	26,2	-1,3	566
Bié	23,7	56,5	-2,1	396	1,5	3,7	4,1	-0,1	403	7,6	25,7	-1,4	407
Moxico	9,4	34,2	-1,3	171	3,4	11,1	4,5	-0,5	170	5,1	20,9	-1,1	172
Quando Cubango	15,9	37,6	-1,5	106	1,2	3,6	5,9	-0,1	108	5,4	18,1	-0,9	106
Namibe	18,9	44,1	-1,6	99	1,7	5,6	3,5	-0,3	110	6,8	23,4	-1,2	101
Huíla	23,5	47,1	-1,9	439	1,1	4,1	2,8	-0,0	459	9,0	24,8	-1,2	442
Cunene	12,7	39,7	-1,5	161	0,4	6,0	0,4	-0,5	196	5,5	24,4	-1,2	161
Lunda Sul	15,2	36,4	-1,4	186	0,7	4,5	1,7	-0,5	188	5,5	19,6	-1,1	188
Bengo	17,6	43,5	-1,7	100	2,4	6,2	2,1	-0,4	101	5,1	19,7	-1,2	101
Nível de escolaridade da mãe⁴													
Nenhum	21,8	50,9	-1,9	1.426	1,2	4,7	3,8	-0,2	1.461	7,3	25,2	-1,3	1.452
Primário	20,3	45,5	-1,8	1.586	1,3	4,3	3,1	-0,2	1.618	7,6	24,6	-1,2	1.628
Secundário	11,1	31,9	-1,3	2.230	1,6	5,9	2,1	-0,3	2.260	5,0	17,1	-1,0	2.264
Superior	3,0	11,6	-0,5	269	5,4	6,6	3,3	-0,3	268	2,9	11,5	-0,6	269
Sem informação	*	*	*	23	*	*	*	*	24	*	*	*	26
Quintil de riqueza													
Mais baixo	25,6	52,5	-2,0	1.295	1,4	5,2	3,4	-0,2	1.367	10,1	29,2	-1,4	1.317
Segundo	22,4	49,4	-1,9	1.417	0,8	4,0	3,7	-0,1	1.446	6,1	23,6	-1,2	1.440
Terceiro	11,9	39,4	-1,6	1.185	0,9	5,3	2,3	-0,2	1.221	5,7	20,6	-1,2	1.214
Quarto	10,3	26,7	-1,2	1.128	1,8	5,7	1,8	-0,3	1.142	4,3	16,0	-0,9	1.138
Mais elevado	6,6	23,3	-0,9	845	3,8	6,4	2,2	-0,3	864	4,3	13,4	-0,8	868
Total	16,4	39,9	-1,6	5.870	1,6	5,2	2,8	-0,2	6.039	6,3	21,3	-1,1	5.976

Notas: Cada um dos índices é expresso em unidades de desvio padrão (DP) da média dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS. Percentagens baseadas em menos de 25 casos não ponderados não são apresentadas (*)

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

² Inclui crianças que estão abaixo de -3 DP da média da população dos padrões de crescimento infantil da OMS.

³ Inclui crianças cujas mães já faleceram.

⁴ Para as mulheres não entrevistadas, a informação é retirada do questionário de agregados familiares. Excluem-se as crianças cujas mães não foram listadas no questionário do agregado familiar.

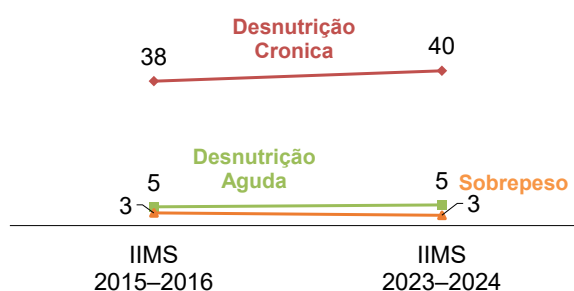
O **Quadro 14** apresenta o estado nutricional das crianças menores de 5 anos de acordo com os três indicadores antropométricos. A nível nacional, verifica-se que 40% sofrem de desnutrição crónica grave (2 DP), e 17% sofrem de desnutrição crónica grave (-3 DP). Por outro lado, 5% das crianças com menos de 5 anos manifestaram desnutrição aguda (P/A -2 SD), e 2% se encontram no nível grave. Observa-se que 21% das crianças menores de 5 anos apresentam baixo peso em relação à sua idade (P/I 2 DP) e 6% situam-se num nível grave (-3 DP), sendo que 3% se encontram com sobrepeso.

Existe uma variabilidade entre províncias; em relação à desnutrição crónica, as três maiores percentagens foram encontradas nas províncias do Bié, Cuanza Sul e Uíge (com 57%, 53%, e 48%, respectivamente) e as menores nas províncias de Luanda e Cabinda (24% e 30%, respectivamente). Para a desnutrição aguda, as províncias com maiores percentagens foram o Moxico, Lunda Norte e Zaire (com 11%, 9%, e 8%, respectivamente), tendo-se encontrado as percentagens mais baixas nas províncias do Cuanza Sul, Cuanza Norte, e Benguela (com 1%, 3%, e 3%, respectivamente).

Tendências: Em relação ao estado nutricional das crianças, comparativamente ao IIMS 2015–2016, houve um aumento de dois pontos percentuais (de 38% para 40%) de desnutrição crónica em crianças menores de 5 anos (**Gráfico 7**).

Gráfico 7 Tendências do estado nutricional das crianças

Percentagem de crianças menores de 5 anos de idade malnutridas



3.12 ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO EM CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS

Práticas de aleitamento materno em menores de 2 anos são essenciais para a saúde e a sobrevivência das crianças. As práticas recomendadas do aleitamento materno em crianças menores de 2 anos incluem o início precoce do aleitamento materno na primeira hora de vida, aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida e alimentação complementar das crianças com uma dieta que atenda a uma diversidade mínima (OMS e UNICEF 2021).

Início precoce da amamentação

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

Amostra: Crianças nascidas nos últimos 2 anos

Aleitamento materno exclusivo até 6 meses

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

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

Diversidade alimentar mínima 6–23 meses

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

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

Os principais indicadores de alimentação de lactentes e crianças pequenas são apresentados no **Quadro 15**.

- Cinquenta e três por cento das crianças de 0–23 meses de idade foram amamentadas na primeira hora após o nascimento.
- Trinta e três por cento das crianças menores de 6 meses foram alimentadas com leite materno exclusivamente no dia anterior à entrevista.
- Em relação às crianças de 6–23 meses, 20% foram alimentadas no dia anterior à entrevista, com comida e bebida, pelo menos de 5 dos 8 grupos alimentares definidos.

Práticas não saudáveis de alimentação de lactentes e crianças devem ser evitadas porque podem promover aumento de peso não saudável e substituir alimentos nutritivos que fornecem nutrientes importantes para as crianças. Para lactentes e crianças, o consumo de alimentos e bebidas doces aumenta o risco de cárie dentária e obesidade infantil. A definição do indicador abaixo para consumo de alimentos não saudáveis descreve o grupo de alimentos não saudáveis (alimentos com alto teor de açúcar, sal ou gorduras), que são geralmente consumidos por bebês e crianças (OMS e UNICEF 2021).

Quadro 15 Indicadores de alimentação de lactentes e crianças

Percentagem de crianças alimentadas de acordo com várias práticas, Angola IIMS 2023–2024

Indicador	Valor
Indicador numerador e denominador	
Percentagem de crianças de 0–23 meses que foram amamentadas na primeira hora após o nascimento	53,4
Número de crianças de 0–23 meses	4.282
Percentagem de crianças de 0–5 meses que foram exclusivamente alimentadas com leite materno no dia anterior à entrevista	32,7
Número de filhos mais novos de 0–5 meses que vivem com a mãe	1.265
Percentagem de crianças de 6–23 meses que foram alimentadas no dia anterior com comida e bebida, pelo menos, de 5 dos 8 grupos alimentares definidos	19,9
Número de filhos mais novos de 6–23 meses que vivem com a mãe	2.750
Percentagem de crianças de 6–23 meses que receberam uma bebida doce no dia anterior	37,6
Número de filhos mais novos de 6–23 meses que vivem com a mãe	2.750
Percentagem de crianças de 6–23 meses que foram alimentadas com comida pouco saudável no dia anterior	14,9
Número de filhos mais novos de 6–23 meses que vivem com a mãe	2.750

Consumo de bebidas adoçadas em crianças de 6–23 meses

Percentagem de crianças de 6–23 meses de idade que receberam alguma bebida adoçada no dia anterior.

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

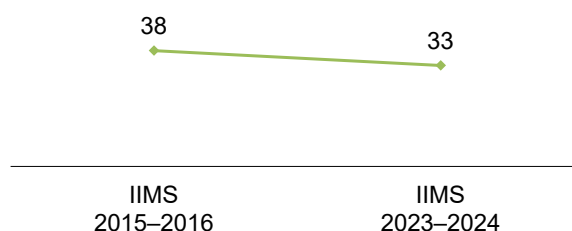
Percentagem de crianças de 6–23 meses de idade que foram alimentadas com grupo de alimentos não saudáveis durante o dia anterior.

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

- Cerca de 4 em cada 10 crianças (38%) de 6–23 meses consumiram uma bebida adoçada no dia anterior ao inquérito (**Quadro 15**).
- Quinze por cento de crianças de 6–23 meses comeram alimentos não saudáveis no dia anterior ao inquérito.
- Se compararmos os resultados do IIMS 2015–2016 e IIMS 2023–2024, houve uma diminuição de cinco pontos percentuais de crianças menores de 6 meses exclusivamente alimentadas com leite materno no dia anterior ao inquérito (**Gráfico 8**).

Gráfico 8 Tendências da amamentação exclusiva

Percentagem de crianças de 0–5 meses exclusivamente amamentadas



3.13 MALÁRIA

3.13.1 Posse e Uso de Redes Mosquiteiras Tratadas com Insecticida

Em Angola a malária é uma doença endémica, uma das principais causas de morbilidade e mortalidade que afecta todos os grupos etários. Os grupos mais vulneráveis são fundamentalmente as grávidas e crianças menores de 5 anos. As características geomorfológicas e climáticas de algumas províncias de Angola tornam-as de alto risco epidémico.

O IIMS 2023–2024, para além de ter recolhido informações sobre a prevalência, estratificada por província, através da utilização de Testes de Diagnóstico Rápido (TDR), também recolheu informações sobre a prevenção, como os Mosquiteiros Tratados com Insecticida (MTI) e o Tratamento Intermitente Preventivo (TIP) durante a gravidez.

Posse de redes mosquiteiras tratadas com insecticida

Agregados familiares que tenham pelo menos um Mosquiteiro Tratado com Insecticida (MTI).

Um MTI é uma rede mosquiteira tratada na fábrica que não requer nenhum tratamento adicional.

Amostra: Agregados Familiares (AF)

Cobertura total de MTI para o agregado familiar

Percentagem de agregados familiares com pelo menos um MTI para cada duas pessoas.

Amostra: Agregados Familiares com pelo menos uma pessoa que passou a noite anterior à entrevista no AF

O **Quadro 16** apresenta informações sobre a posse de MTI pelos agregados familiares.

- A percentagem de agregados familiares que possuem pelo menos um MTI foi de 29%.
- Treze por cento de agregados familiares possuem pelo menos um MTI para cada duas pessoas.

Quadro 16 Posse de Mosquiteiro Tratado com Insecticida (MTI) nos agregados familiares

Percentagem de agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro tratado com insecticida (MTI), número médio de MTI por agregado familiar; e percentagem de agregados familiares com pelo menos um MTI para cada duas pessoas que passaram a noite anterior à entrevista no agregado familiar, segundo características seleccionadas, Angola IIMS 2023–2024

Características seleccionadas	Percentagem de agregados familiares com pelo menos um MTI ¹	Número médio de MTI ¹ por agregado familiar	Número de agregados familiares	Percentagem de agregados familiares com pelo menos um MTI ¹ para cada duas pessoas que passaram a noite anterior no agregado familiar ²	Número de agregados familiares com pelo menos uma pessoa que passou a noite anterior no agregado familiar
Área de residência					
Urbana	27,2	0,5	9.744	11,6	9.714
Rural	31,2	0,5	6.499	14,2	6.475
Província					
Cabinda	20,2	0,3	404	4,0	402
Zaire	53,9	1,0	258	33,4	257
Uíge	59,2	1,2	851	28,5	849
Luanda	12,7	0,2	4.712	4,9	4.689
Cuanza Norte	61,5	1,0	491	32,2	488
Cuanza Sul	66,9	1,5	1.360	39,6	1.356
Malanje	37,6	0,6	650	11,8	649
Lunda Norte	32,1	0,5	685	10,9	685
Benguela	44,8	0,9	1.205	22,6	1.202
Huambo	27,0	0,4	1.199	7,6	1.199
Bié	19,0	0,3	945	3,8	938
Moxico	8,9	0,1	432	2,7	431
Cuando Cubango	20,7	0,3	306	7,2	303
Namibe	14,0	0,2	215	3,6	215
Huíla	12,3	0,2	1.376	4,3	1.376
Cunene	27,7	0,5	443	11,5	443
Lunda Sul	28,7	0,5	407	10,0	406
Bengo	31,3	0,5	305	11,4	302
Quintil de riqueza					
Mais baixo	21,0	0,3	3.562	8,9	3.545
Segundo	39,7	0,7	3.338	17,8	3.329
Terceiro	33,9	0,7	3.203	15,2	3.201
Quarto	27,9	0,6	3.003	11,9	2.981
Mais elevado	21,5	0,4	3.137	9,5	3.133
Total	28,8	0,5	16.243	12,6	16.189

¹ Um Mosquiteiro Tratado com Insecticida (MTI) é uma rede tratada com insecticida a partir da fábrica e que não requer nenhum tratamento adicional. No IIMS 2015–2016, era conhecido como um mosquiteiro tratada com insecticida de longa duração (MTILD).

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

Tendências: A análise da tendência da posse de MTI em 2015–2016 e 2023–2024 mostra uma diminuição de dois pontos percentuais (de 31% para 29%). A posse de um MTI no agregado familiar para cada duas pessoas apresenta uma tendência de aumento de dois pontos percentuais (de 11% para 13%) (Gráfico 9).

Gráfico 9 Tendência de posse de MTI nos agregados familiares

Percentagem de agregados familiares que possuem pelo menos um mosquiteiro tratado com insecticida (MTI) e percentagem de agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro MTI para cada duas pessoas



IIMS
2015–2016

IIMS
2023–2024

Um Mosquiteiro Tratado com Insecticida (MTI) é uma rede tratada com insecticida a partir da fábrica e que não requer nenhum tratamento adicional, e anteriormente era conhecido como um mosquiteiro tratada com insecticida de longa duração (MTILD).

O **Quadro 17** apresenta o uso de MTI em crianças menores de 5 anos e em grávidas de 15–49 anos.

- Vinte e dois por cento das crianças menores de 5 anos e 24% das grávidas de 15–49 anos entrevistadas responderam ter dormido na noite anterior à entrevista debaixo de um MTI.
- Em agregados familiares com pelo menos um MTI, 64% das crianças dormiram debaixo de um MTI na noite anterior à entrevista.
- Em agregados familiares que possuem pelo menos um MTI, 75% das grávidas dormiram debaixo de uma rede mosquiteira na noite anterior à entrevista.

Quadro 17 Uso de mosquiteiros tratado com insecticida (MTI) por crianças e mulheres grávidas

Percentagem de crianças menores de 5 anos que dormiram na noite anterior à entrevista debaixo de uma rede tratada com insecticida (MTI); entre crianças menores de 5 anos em agregados familiares com pelo menos um MTI, percentagem que dormiu na noite anterior à entrevista debaixo de um MTI; percentagem de mulheres grávidas de 15–49 anos que dormiram na noite anterior à entrevista debaixo de um MTI; e entre as mulheres grávidas de 15–49 anos em agregados familiares com pelo menos um MTI, a percentagem que dormiu na noite anterior à entrevista debaixo de um MTI, segundo características seleccionadas, Angola IIMS 2023–2024

Características seleccionadas	Crianças menores de 5 anos em todos os agregados familiares		Crianças menores de 5 anos em agregados familiares com pelo menos um MTI ¹		Mulheres grávidas de 15–49 anos em todos os agregados familiares		Mulheres grávidas de 15–49 anos em agregados familiares com pelo menos um MTI ¹	
	Percentagem que dormiu na noite anterior debaixo de um MTI ¹	Número de crianças	Percentagem que dormiu na noite anterior debaixo de um MTI ¹	Número de crianças	Percentagem que dormiu na noite anterior debaixo de um MTI ¹	Número de mulheres grávidas	Percentagem que dormiu na noite anterior debaixo de um MTI ¹	Número de mulheres grávidas
Área de residência								
Urbana	22,3	6.485	65,9	2.199	20,4	720	71,9	204
Rural	21,2	5.454	61,1	1.892	28,5	531	78,0	194
Provincia								
Cabinda	16,5	246	71,9	56	14,7	36	*	7
Zaire	47,0	133	78,6	79	(49,3)	15	*	8
Uíge	45,5	701	70,9	450	53,6	66	78,4	45
Luanda	10,8	2.597	72,2	388	9,0	301	*	36
Cuanza Norte	51,5	347	79,6	225	65,2	44	88,7	32
Cuanza Sul	43,6	1.140	60,0	829	51,3	110	76,8	73
Malanje	24,2	561	53,3	254	43,6	49	(84,8)	25
Lunda Norte	27,2	602	67,8	241	33,2	65	(82,9)	26
Benguela	31,5	866	61,9	440	23,8	97	(54,5)	43
Huambo	20,8	1.036	67,9	317	23,2	122	(77,0)	37
Bié	14,4	845	60,0	202	13,2	93	*	15
Moxico	5,4	366	57,9	34	2,2	28	*	4
Quando Cubango	13,9	252	55,4	63	16,2	19	*	6
Namibe	10,0	210	70,4	30	6,9	18	*	2
Huíla	7,6	983	53,1	140	10,6	94	*	16
Cunene	12,3	435	47,3	113	15,0	43	*	9
Lunda Sul	20,6	389	56,5	142	20,2	31	*	8
Bengo	15,1	229	40,5	85	(20,7)	20	*	7
Quintil de riqueza								
Mais baixo	14,3	2.885	56,7	728	16,4	245	72,2	56
Segundo	27,8	2.890	64,6	1.245	33,3	301	77,1	130
Terceiro	24,9	2.533	64,5	978	25,1	291	70,6	103
Quarto	22,0	2.040	66,2	677	21,7	272	78,5	75
Mais elevado	19,5	1.590	66,8	464	18,2	143	(76,1)	34
Total	21,8	11.939	63,7	4.091	23,9	1.251	74,9	399

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

¹ O Mosquiteiro Tratado com Insecticida (MTI) é uma rede tratada com insecticida de longa duração a partir da fábrica e que não requer nenhum tratamento adicional. No IIMS 2015–2016, era conhecido como um mosquiteiro tratada com insecticida de longa duração (MTILD).

Tendências: Relativamente ao uso de MTI em grávidas de 15–49 anos, do IIMS 2015–2016 para o IIMS 2023–2024, observou-se um aumento de um ponto percentual nas que dormiram sob um MTI na noite anterior à entrevista (de 23 para 24%), enquanto nas crianças menores de 5 anos não se registou qualquer variação (**Gráfico 10**).

Gráfico 10 Uso de mosquiteiros tratados com insecticidas por crianças e mulheres grávidas

Percentagem de crianças menores de 5 anos e mulheres grávidas 15–49 anos que dormiram na noite anterior à entrevista debaixo de um mosquiteiro tratado com insecticida (MTI)



IIMS 2015–2016 IIMS 2023–2024

Um Mosquiteiro Tratado com Insecticida (MTI) é uma rede tratada com insecticida a partir da fábrica e que não requer nenhum tratamento adicional, e anteriormente era conhecido como um mosquiteiro tratada com insecticida de longa duração (MTILD).

3.13.2 Malária na Gravidez

Tratamento Intermitente Preventivo (TIP) durante a gravidez

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

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

A infecção por malária durante a gravidez é um problema de saúde pública no nosso País, com riscos substanciais para a mãe, feto e recém-nascido. O Tratamento Intermitente Preventivo da Malária na gravidez (TIP) é uma das estratégias recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a prevenção da Malária. O TIP ajuda a prevenir episódios de malária na grávida, anemia materna e fetal, parasitemia placentária, baixo peso à nascença e mortalidade neonatal.

- Entre as mulheres de 15–49 anos com nados-vivos nos dois anos anteriores ao inquérito, 31% receberam três ou mais doses de TIP (**Quadro 18**).

Quadro 18 Uso de tratamento intermitente preventivo (TIP) por mulheres durante a gravidez

Percentagem de mulheres de 15–49 anos com um nado-vivo e/ou um nado-morto nos dois anos anteriores ao inquérito que receberam uma ou mais doses de SP/Fansidar, receberam duas ou mais doses de SP/Fansidar e três ou mais doses de SP/Fansidar durante a gravidez que resultou no nado-vivo ou nado-morto mais recente, segundo características seleccionadas, Angola IIMS 2023–2024

Características seleccionadas	Percentagem que recebeu uma ou mais doses de SP/Fansidar	Percentagem que recebeu duas ou mais doses de SP/Fansidar	Percentagem que recebeu três ou mais doses de SP/Fansidar	Número de mulheres que tiveram um nado-vivo e/ou um nado-morto nos 2 anos anteriores ao inquérito
NADOS-VIVOS				
Área de residência				
Urbana	80,2	64,6	41,9	2.200
Rural	45,2	32,2	17,6	1.929
Provincia				
Cabinda	92,5	86,2	61,3	96
Zaire	84,4	54,5	14,5	45
Uíge	51,5	43,8	36,4	247
Luanda	81,5	70,1	44,1	851
Cuanza Norte	67,5	59,9	41,2	126
Cuanza Sul	71,5	51,3	15,0	429
Malanje	54,8	28,8	15,3	193
Lunda Norte	53,4	36,7	32,8	216
Benguela	67,5	56,3	43,9	314
Huambo	69,9	51,8	21,3	360
Bié	47,5	37,3	24,7	291
Moxico	40,4	30,0	16,5	127
Cuando Cubango	58,8	53,8	36,6	94
Namibe	51,8	41,8	36,2	66
Huíla	36,6	8,9	3,3	309
Cunene	45,0	36,5	31,0	141
Lunda Sul	81,1	69,6	53,0	130
Bengo	54,8	44,4	27,8	93
Quintil de riqueza				
Mais baixo	35,3	24,5	14,3	1.004
Segundo	53,6	39,4	21,2	1.043
Terceiro	76,6	57,6	36,5	886
Quarto	85,9	70,7	45,8	671
Mais elevado	89,3	76,3	50,5	525
Total	63,9	49,5	30,6	4.129
NADOS-MORTOS				
Total	(65,3)	(59,6)	(42,9)	24
NADOS-VIVOS E NADOS-MORTOS⁵				
Total	63,9	49,5	30,6	4.149

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

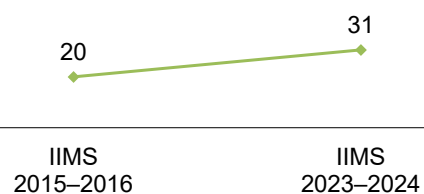
Percentagens com parênteses baseiam-se em 25–49 casos não ponderados.

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

Tendências: Em relação ao IIMS 2015–2016 e 2023–2024, verificou-se um aumento de 11 pontos percentuais no uso do TIP de 20% para 31%, em mulheres de 15–49 anos com nascidos vivos nos dois anos anteriores ao inquérito (**Gráfico 11**).

Gráfico 11 Tendências no uso de TIP durante a gravidez

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



3.13.3 Gestão de Casos de Malária em Crianças

Procura de cuidados para crianças menores de 5 anos com febre

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

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

Diagnóstico de malária em crianças menores de 5 anos com febre

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

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

Terapia Combinada à Base de Artemisinina (TCA/ACT) para crianças menores de 5 anos com febre

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

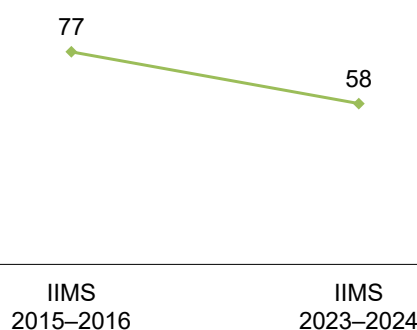
Amostra: Crianças menores de 5 anos com febre nas 2 semanas anteriores à entrevista que tomaram algum medicamento antimalárico.

- A percentagem de crianças menores de 5 anos que tiveram febre nas duas semanas anteriores à entrevista é de 12% (**Quadro 19**).
- Das crianças com febre, foi procurado aconselhamento ou tratamento a 63% e a 51% foi colhido sangue para análises.
- Das crianças menores de 5 anos que tiveram febre nas duas semanas anteriores à entrevista, que tomaram algum medicamento antimalárico, 58% receberam alguma TCA/ACT.

Tendências: Entre as crianças menores de 5 anos que tomaram um antimalárico, verificou-se uma diminuição do uso de TCA/ACT de 19 pontos percentuais, de 77% no IIMS 2015–2016 para 58% no IIMS 2023–2024 (**Gráfico 12**).

Gráfico 12 Tendências no uso de terapia combinada à base de artemisina (TCA)

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



Quadro 19 Crianças com febre e procura de cuidados, diagnóstico e tratamento de febre

Percentagem de crianças menores de 5 anos com febre nas 2 semanas anteriores à entrevista; entre as crianças com menos de 5 anos com febre, percentagem para as quais foi solicitado aconselhamento ou tratamento, percentagem das quais foram obtidas amostras de sangue de um dedo ou calcanhar; e entre as crianças menores de 5 anos com febre que tomaram algum medicamento antimalárico, percentagem que recebeu terapia combinada à base de artemisinina (TCA), segundo características seleccionadas, Angola IIMS 2023–2024

Características seleccionadas	Crianças menores de 5 anos		Crianças menores de 5 anos com febre			Crianças menores de 5 anos com febre que tomaram algum medicamento antimalárico	
	Percentagem com febre nas duas semanas anteriores ao inquérito	Número de crianças	Percentagem de crianças para as quais foi solicitado aconselhamento ou tratamento ¹	Percentagem de crianças das quais foram obtidas amostras de sangue de um dedo ou calcanhar para testes	Número de crianças	Percentagem que recebeu alguma TCA	Número de crianças
Área de residência							
Urbana	11,1	5.528	67,6	55,8	613	44,1	164
Rural	12,1	4.629	58,6	45,2	561	74,1	148
Provincia							
Cabinda	16,3	227	75,5	50,9	37	*	12
Zaire	15,6	109	(64,2)	(63,9)	17	*	8
Uíge	32,0	614	70,1	60,0	196	68,4	86
Luanda	9,3	2.219	55,8	49,1	206	*	42
Cuanza Norte	10,3	306	73,6	61,0	32	*	11
Cuanza Sul	10,9	1.014	64,7	52,5	111	*	30
Malanje	5,1	454	(69,8)	(60,9)	23	*	4
Lunda Norte	11,5	514	68,4	47,9	59	*	16
Benguela	14,7	762	59,5	49,7	112	(44,9)	38
Huambo	5,6	883	(50,1)	(33,8)	49	*	15
Bié	8,3	704	66,3	52,0	58	*	4
Moxico	6,3	312	(50,8)	(31,2)	20	*	3
Cuando Cubango	23,0	217	70,5	54,1	50	(95,6)	16
Namibe	4,0	177	(53,3)	(17,8)	7	*	1
Huíla	4,0	782	*	*	32	*	7
Cunene	24,5	352	61,3	30,9	86	*	5
Lunda Sul	15,6	310	71,8	60,2	48	*	9
Bengo	14,5	200	63,3	54,8	29	(92,0)	8
Quintil de riqueza							
Mais baixo	11,5	2.435	51,9	36,2	280	70,2	66
Segundo	13,0	2.467	66,7	53,6	320	76,1	89
Terceiro	12,7	2.183	66,5	56,8	278	43,2	79
Quarto	10,1	1.751	68,4	57,2	177	51,8	40
Mais elevado	9,1	1.321	65,9	53,5	120	(33,7)	38
Total	11,6	10.156	63,3	50,8	1.173	58,3	312

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

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

3.13.4 Prevalência de Malária em Crianças

A testagem da malária em crianças de 6–59 meses de idade foi realizada usando um Teste de Diagnóstico Rápido (TDR—SD Bioline Pf). Noventa e um por cento das crianças foram submetidas ao Teste de Diagnóstico Rápido (TDR) de malária.

- A prevalência de malária em crianças dos 6–59 meses com base no TDR foi de 17% (**Quadro 20**).
- A prevalência na área rural foi de 31% e na área urbana foi de 7%.
- No grupo etário dos 6–59 meses, as províncias do Uíge e Cuanza Norte (com 40% e 38%, respectivamente) foram as que apresentaram maior prevalência. As províncias do Cunene e Luanda (com 1% e 3%, respectivamente) apresentaram as prevalências mais baixas.

Quadro 20 Prevalência de malária em crianças

Percentagem de casos positivos de malária baseados nos testes de diagnóstico rápido (TDR) entre crianças de 6–59 meses, segundo características seleccionadas, Angola IIMS 2023–2024

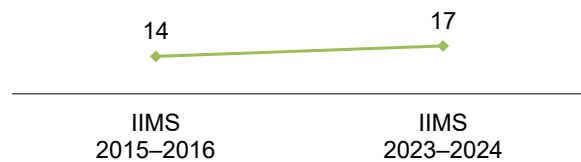
Características seleccionadas	Prevalência de malária de acordo com o TDR	
	TDR positivo	Número de crianças
Área de residência		
Urbana	6,5	2.972
Rural	30,8	2.424
Provincia		
Cabinda	16,5	127
Zaire	21,7	78
Uíge	39,7	318
Luanda	2,5	1.348
Cuanza Norte	37,8	132
Cuanza Sul	22,7	472
Malanje	35,0	258
Lunda Norte	28,8	264
Benguela	12,7	344
Huambo	19,6	488
Bié	36,1	367
Moxico	27,2	163
Cuando Cubango	7,3	103
Namibe	2,7	97
Huíla	11,2	408
Cunene	1,2	175
Lunda Sul	8,0	169
Bengo	36,6	86
Quintil de riqueza		
Mais baixo	31,0	1.207
Segundo	29,6	1.272
Terceiro	13,1	1.089
Quarto	3,2	1.047
Mais elevado	1,7	782
Total	17,4	5.396

TDR = Teste de diagnóstico rápido (SD Bioline)

Tendências: A percentagem de crianças de 6–59 meses que testaram positivo para malária pelo TDR teve um acréscimo de 14% em 2015–2016 para 17% em 2023–2024 (**Gráfico 13**).

Gráfico 13 Tendências na prevalência de malária em crianças

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



3.14 VIH

3.14.1 Conhecimento Sobre Prevenção do VIH Entre os Jovens

Conhecimento sobre a prevenção do VIH

Conhecer as formas de transmissão e prevenção do VIH e a importância do uso correcto dos preservativos durante as relações sexuais pode reduzir a probabilidade de contrair o VIH.

Amostra: Mulheres e homens de 15–24 anos

O conhecimento das diferentes formas de transmissão do VIH é crucial para a prevenção de novas infecções, especialmente entre os jovens, que correm maior risco por estarem na fase de desenvolvimento da sua identidade de género, experiência sexual, pressão social pelos seus pares e pela comunidade ou por se envolverem em outros comportamentos de risco.

O **Quadro 21** apresenta o nível de conhecimento entre jovens dos 15–24 anos sobre a prevenção do VIH.

- Vinte e cinco por cento das mulheres e 34% dos homens de 15–24 anos de idade tinham conhecimento sobre a prevenção do VIH.
- Trinta e dois por cento das mulheres na área urbana e 9% na área rural têm conhecimento sobre o VIH. Em relação aos homens, 42% na área urbana e 13% na área rural têm conhecimento sobre o VIH.
- O nível de conhecimento sobre o VIH é maior em mulheres e homens com formação superior, 66% e 79% respectivamente.

Quadro 21 Conhecimento sobre a prevenção do VIH entre os jovens

Percentagem de mulheres e homens jovens de 15–24 anos com conhecimento sobre a prevenção do VIH segundo características seleccionadas, Angola IIMS 2023–2024

Características seleccionadas	Mulheres de 15–24 anos		Homens de 15–24 anos	
	Percentagem com conhecimento sobre a prevenção do VIH/SIDA ¹	Número de mulheres	Percentagem com conhecimento sobre a prevenção do VIH/SIDA ¹	Número de homens
Grupo de idade				
15–19	19,3	3.874	27,5	1.817
15–17	15,7	2.410	23,3	1.122
18–19	25,1	1.464	34,4	694
20–24	31,4	3.006	42,4	1.281
20–22	30,1	1.835	41,8	796
23–24	33,5	1.171	43,4	486
Estado civil				
Nunca casou	26,3	4.831	34,6	2.738
Já teve relações sexuais	30,1	2.915	39,3	2.013
Nunca teve relações sexuais	20,4	1.916	21,7	725
Já casado(a)/ unido(a)	20,6	2.050	26,6	361
Área de residência				
Urbana	31,5	4.744	42,4	2.183
Rural	9,2	2.137	12,9	915
Província				
Cabinda	44,3	199	34,5	85
Zaire	33,3	87	18,7	37
Uíge	15,1	350	26,4	161
Luanda	33,4	2.226	50,8	1.158
Cuanza Norte	32,9	140	42,2	90
Cuanza Sul	15,8	472	13,5	236
Malanje	23,2	299	28,0	122
Lunda Norte	28,3	232	39,5	104
Benguela	16,3	529	28,6	210
Huambo	18,5	535	28,8	201
Bié	23,8	411	12,0	167
Moxico	14,7	177	10,7	68
Cuando Cubango	10,6	107	12,4	44
Namibe	26,4	122	32,0	47
Huíla	13,9	477	20,7	171
Cunene	27,8	187	10,4	64
Lunda Sul	16,3	202	20,8	70
Bengo	15,3	130	14,2	61
Nível de escolaridade				
Nenhum	6,4	749	15,7	187
Primário	9,0	1.827	12,0	728
Secundário	32,6	4.072	41,0	2.101
Superior	65,5	233	78,9	82
Quintil de riqueza				
Mais baixo	5,8	1.053	9,3	385
Segundo	11,8	1.180	14,9	515
Terceiro	26,4	1.419	29,0	566
Quarto	31,2	1.613	47,1	800
Mais elevado	38,1	1.615	46,8	832
Total 15–24	24,6	6.881	33,7	3.098

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

Tendências: O nível de conhecimento sobre o VIH entre as mulheres de 15–24 anos, no IIMS 2023–2024, teve um decréscimo de 8% em relação ao IIMS 2015–2016. Em relação aos homens, verificou-se um aumento de 1%

3.14.2 Comportamento Sexual

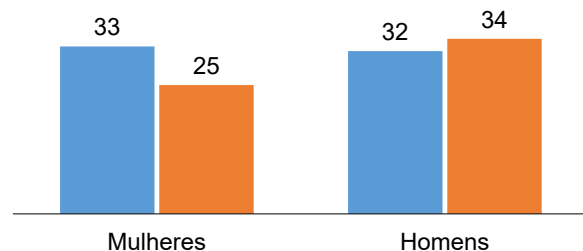
O conhecimento sobre comportamento sexual permite avaliar o nível de vulnerabilidade ao VIH. Auxilia na concepção e monitorização de programas de intervenção para prevenção de novas infecções de transmissão sexual.

- Três por cento das mulheres e 21% dos homens de 15–49 anos de idade responderam ter tido mais de dois parceiros nos últimos 12 meses.
- Vinte e nove por cento das mulheres e 48% dos homens de 15–49 anos de idade referiram ter tido relações sexuais com um parceiro com o qual não eram casados nem viviam em união de facto.
- Em relação ao uso do preservativo na última vez que tiveram relação sexual com um parceiro ou parceira com o qual não eram casados nem viviam em união de facto, 28% das mulheres e 47% dos homens afirmaram ter usado.
- Entre mulheres e homens com 2 ou mais parceiros nos últimos 12 meses, 45% das mulheres na área urbana e 8% na área rural referiram ter usado preservativo na última relação sexual; já entre os homens, a proporção foi de 43% na área urbana e de 17% na área rural (**Quadros 22.1 e 22.2**).

Gráfico 14 Conhecimento sobre a prevenção do VIH entre os jovens

Percentagem de jovens de 15–24 anos com conhecimento abrangente sobre a prevenção do VIH, segundo o sexo

■ IIMS 2015–2016 ■ IIMS 2023–2024



Quadro 22.1 Parceiros múltiplos e relações sexuais de risco nos últimos 12 meses: Mulheres

Entre todas as mulheres de 15–49 anos, percentagem que teve relações sexuais com mais de um parceiro sexual nos últimos 12 meses e percentagem que teve relações sexuais nos últimos 12 meses com um parceiro com quem não estava casada, nem vivia em união de facto; entre as que tiveram mais do que um parceiro nos últimos 12 meses, percentagem que declarou ter usado preservativo durante a última relação sexual; entre as mulheres de 15–49 anos que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses com um parceiro com quem não estavam casadas nem viviam em união de facto, percentagem que usou preservativo durante a última relação sexual com tal parceiro; e entre as mulheres que já tiveram relações sexuais, número médio de parceiros sexuais durante a sua vida, segundo características seleccionadas, Angola IIMS 2023–2024

Características seleccionadas	Todas as mulheres			Mulheres com 2+ parceiros nos últimos 12 meses		Mulheres que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses com parceiros com quem não estavam casadas nem viviam em união de facto		Mulheres que já tiveram relações sexuais ¹	
	Percentagem com 2+ parceiros nos últimos 12 meses	Percentagem que teve relações sexuais nos últimos 12 meses com um parceiro que não era o marido nem com quem vivia em união de facto	Número de mulheres	Percentagem que declarou ter usado um preservativo na última relação sexual	Número de mulheres	Percentagem que declarou ter usado um preservativo na última relação sexual com tal parceiro	Número de mulheres	Número médio de parceiros sexuais ao longo da vida	Número de mulheres
Grupo de idade									
15–24	3,1	40,1	6.881	42,3	215	30,2	2.756	2,1	4.926
15–19	2,3	36,8	3.874	48,3	91	30,0	1.426	1,8	2.086
20–24	4,1	44,2	3.006	37,9	125	30,4	1.330	2,3	2.840
25–29	4,8	28,7	2.317	47,0	112	26,8	664	2,7	2.272
30–39	2,6	19,8	3.440	32,7	90	21,0	680	2,5	3.328
40–49	0,8	10,0	2.080	*	17	16,0	207	2,5	2.060
Estado civil									
Nunca casou	4,5	54,2	6.089	52,2	275	30,5	3.300	2,4	4.080
Casado(a)/em união de facto	1,1	2,6	7.046	14,2	75	27,1	183	2,2	6.966
Divorciado(a)/separado(a)/viúvo(a)	5,4	52,1	1.582	22,7	86	15,6	825	3,0	1.540
Área de residência									
Urbana	3,8	32,3	9.958	45,0	375	34,2	3.221	2,6	8.276
Rural	1,3	22,8	4.759	8,0	60	7,7	1.087	1,9	4.310
Província									
Cabinda	1,9	26,8	435	*	8	16,6	116	2,2	362
Zaire	4,3	26,7	179	(22,2)	8	33,7	48	3,6	150
Uíge	2,6	31,4	721	*	19	12,3	227	2,4	623
Luanda	4,8	31,9	4.857	56,8	235	41,9	1.549	2,9	3.983
Cuanza Norte	1,0	14,4	342	*	3	25,8	49	1,8	312
Cuanza Sul	2,1	22,1	1.110	*	23	19,1	245	2,0	1.028
Malanje	0,9	27,1	585	*	5	19,1	159	2,1	506
Lunda Norte	3,8	23,2	534	(17,2)	20	12,2	124	3,1	497
Benguela	2,1	32,9	1.109	*	24	21,7	365	2,1	971
Huambo	2,0	29,9	1.074	*	21	16,0	322	1,6	922
Bié	0,7	27,1	820	*	6	18,2	222	1,6	717
Moxico	1,9	22,7	368	*	7	13,1	83	2,9	322
Cuando Cubango	2,8	32,3	229	*	6	20,0	74	2,7	206
Namibe	1,1	34,2	255	*	3	18,9	87	2,0	203
Huíla	1,2	29,8	1.036	*	12	18,4	308	1,8	889
Cunene	1,6	38,4	413	*	6	27,8	158	2,0	339
Lunda Sul	6,7	31,0	379	(9,8)	25	38,6	118	3,0	323
Bengo	0,8	19,6	273	*	2	17,7	53	2,0	234
Nível de escolaridade									
Nenhum	1,4	17,3	2.683	(0,0)	37	3,3	463	2,0	2.510
Primário	1,6	22,8	3.904	17,8	62	15,1	889	2,2	3.343
Secundário	3,6	35,9	7.161	40,9	259	33,6	2.570	2,5	5.848
Superior	7,9	39,8	969	*	76	44,9	386	2,8	885
Quintil de riqueza									
Mais baixo	1,0	24,2	2.387	(4,9)	23	4,4	578	1,9	2.144
Segundo	1,6	24,0	2.564	(8,8)	42	9,8	614	2,1	2.347
Terceiro	3,1	29,7	2.893	21,4	89	24,6	861	2,5	2.532
Quarto	4,1	33,4	3.347	47,2	136	35,5	1.118	2,6	2.775
Mais elevado	4,1	32,2	3.525	58,8	146	43,3	1.136	2,7	2.788
Total	3,0	29,3	14.717	39,9	435	27,5	4.308	2,4	12.586

Nota: Percentagens com parênteses baseiam-se em 25–49 casos não ponderados; percentagens baseadas em menos de 25 casos não ponderados não são apresentadas (*)
¹ A média é calculada excluindo as inquiridas que deram respostas não numéricas.

Quadro 22.2 Parceiros múltiplos e relações sexuais de risco nos últimos 12 meses: Homens

Entre todos os homens de 15–49 anos, a percentagem que teve relações sexuais com mais de uma parceira sexual nos últimos 12 meses e percentagem que teve relações sexuais nos últimos 12 meses com uma parceira com quem não estava casado, nem vivia em união de facto; entre os homens que tiveram mais do que uma parceira nos últimos 12 meses, percentagem que declarou ter usado preservativo durante a última relação sexual; entre os homens de 15–49 anos que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses com uma parceira com quem não estavam casados nem viviam em união de facto, percentagem que usou preservativo durante a última relação sexual com tal parceira; e entre os homens que já tiveram relações sexuais, número médio de parceiras sexuais durante a sua vida, segundo características seleccionadas, Angola IIMS 2023–2024

Características seleccionadas	Todos os homens			Homens com 2+ parceiras nos últimos 12 meses		Homens que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses com parceiras com quem não estavam casados nem viviam em união de facto		Homens que já tiveram relações sexuais ¹	
	Percentagem com 2+ parceiros nos últimos 12 meses	Percentagem que teve relações sexuais nos últimos 12 meses com parceiras com quem não estavam casados nem viviam em união de facto	Número de homens	Percentagem que declarou ter usado um preservativo na última relação sexual	Número de homens	Percentagem que declarou ter usado um preservativo na última relação sexual com tal parceiro	Número de homens	Número médio de parceiros sexuais ao longo da vida	Número de homens
Grupo de idade									
15–24	17,7	59,3	3.098	44,4	550	46,0	1.837	5,4	2.109
15–19	11,6	50,7	1.817	48,3	211	41,6	922	3,9	1.067
20–24	26,4	71,4	1.281	42,0	339	50,5	915	6,9	1.042
25–29	34,4	58,0	845	36,2	291	50,3	490	8,0	698
30–39	21,9	33,5	1.420	23,7	311	51,3	476	7,6	1.136
40–49	17,7	22,8	910	22,1	161	43,9	207	7,9	715
Estado civil									
Nunca casou	17,4	65,0	3.356	53,1	584	46,8	2.183	5,8	2.336
Casado(a)/em união de facto	24,4	22,8	2.645	16,3	644	51,9	603	7,2	2.107
Divorciado(a)/separado(a)/viúvo(a)	31,1	82,7	272	51,5	84	41,2	225	11,8	215
Tipo de união									
Em união poligâmica	64,6	29,6	273	7,9	176	38,0	81	9,7	208
Não em união poligâmica	19,7	22,0	2.372	19,5	468	54,1	522	6,9	1.899
Actualmente não em união	18,4	66,4	3.628	52,9	669	46,3	2.408	6,3	2.551
Área de residência									
Urbana	21,1	52,1	4.367	42,5	919	53,8	2.275	7,1	3.242
Rural	20,6	38,6	1.907	17,3	394	27,8	736	5,8	1.415
Província									
Cabinda	26,0	43,0	179	24,0	47	61,2	77	6,1	105
Zaire	41,0	60,3	75	73,9	31	72,6	45	6,0	56
Uíge	26,6	50,6	280	23,6	74	37,8	142	6,9	207
Luanda	18,5	51,1	2.411	45,6	447	56,6	1.232	6,9	1.847
Cuanza Norte	29,9	49,8	176	37,8	53	57,6	88	4,4	93
Cuanza Sul	32,4	47,9	446	19,6	144	40,8	213	6,3	368
Malanje	5,7	33,0	231	*	13	37,2	76	6,8	177
Lunda Norte	6,3	39,0	254	*	16	23,8	99	5,2	172
Benguela	35,7	56,0	400	25,2	143	36,7	224	8,0	356
Huambo	15,2	47,1	377	19,2	57	26,6	178	5,4	300
Bié	16,6	37,8	322	37,3	53	35,3	122	4,8	214
Moxico	15,0	45,2	136	(29,0)	20	26,0	62	8,0	49
Cuando Cubango	17,5	49,6	96	(17,3)	17	34,6	47	7,3	76
Namibe	21,5	42,7	95	46,9	20	63,4	40	6,6	70
Huíla	17,8	36,7	387	26,6	69	45,0	142	7,2	281
Cunene	21,2	56,7	136	35,1	29	54,8	77	10,3	91
Lunda Sul	38,0	58,5	148	39,9	56	45,5	87	7,3	108
Bengo	18,4	47,7	125	52,2	23	51,7	60	7,8	88
Nível de escolaridade									
Nenhum	11,3	31,4	502	24,7	57	17,7	158	5,2	342
Primário	15,9	35,5	1.364	12,6	217	23,9	484	5,7	963
Secundário	23,4	54,1	3.900	38,2	913	52,6	2.108	7,0	2.949
Superior	24,9	51,3	508	54,9	127	67,0	260	8,3	404
Quintil de riqueza									
Mais baixo	17,1	33,3	827	11,2	141	19,6	275	5,7	609
Segundo	21,6	42,9	1.059	19,1	228	27,4	455	6,0	794
Terceiro	22,0	47,5	1.119	35,0	246	44,5	531	7,1	779
Quarto	19,9	53,1	1.510	41,8	300	57,3	802	6,9	1.157
Mais elevado	22,6	53,9	1.758	47,3	397	58,4	947	7,3	1.318
Total 15–49	20,9	48,0	6.274	35,0	1.313	47,4	3.010	6,7	4.658
50–54	14,2	13,3	330	6,7	47	20,0	44	6,7	266
Total 15–54	20,6	46,3	6.604	34,0	1.360	47,0	3.054	6,7	4.923

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

3.14.3 *Testagem Prévia de VIH*

O conhecimento do estado serológico para o VIH ajuda na prevenção de novas infecções ao diagnosticar precocemente as pessoas que vivem com VIH e encaminhar para os serviços de cuidados e Tratamento Anti-retroviral (TARV).

- Cinquenta e quatro por cento das mulheres e 38% dos homens entre 15–49 anos de idade referiram já ter feito o teste do VIH.
- Cinquenta e dois por cento das mulheres e 36% dos homens responderam terem feito o teste do VIH e recebido o resultado.
- Vinte e cinco por cento das mulheres e 17% dos homens entre 15–49 anos de idade referiram ter feito o teste do VIH nos últimos 12 meses e recebido os resultados.
- Nos últimos 12 meses, 30% por cento das mulheres e 21% dos homens na área urbana referiram ter feito o teste do VIH e recebido o resultado; o mesmo verificou-se na área rural para 15% das mulheres e 10% dos homens (**Quadros 23.1 e 23.2**).

Quadro 23.1 Cobertura de testagem prévia de VIH: Mulheres

Distribuição percentual de mulheres de 15–49 anos pelo estado de teste do VIH e se receberam os resultados do último teste, percentagem de mulheres que já foram submetidas ao teste e percentagem de mulheres submetidas ao teste nos últimos 12 meses e que receberam os resultados do último teste, segundo características seleccionadas, Angola IIMS 2023–2024

Características seleccionadas	Distribuição percentual de mulheres tendo em conta o estado de testagem e se receberam os resultados do último teste			Total	Percentagem já submetida ao teste	Percentagem que foi submetida ao teste do VIH nos últimos 12 meses e recebeu os resultados do último teste	Número de mulheres
	Já submetida ao teste e recebeu os resultados	Já submetida ao teste e não recebeu os resultados	Nunca submetida ao teste ¹				
Grupo de idade							
15–24	38,5	1,6	59,9	100,0	40,1	22,5	6.881
15–19	23,2	1,5	75,3	100,0	24,7	15,5	3.874
20–24	58,3	1,6	40,2	100,0	59,8	31,5	3.006
25–29	65,3	1,9	32,8	100,0	67,2	32,3	2.317
30–39	67,2	2,7	30,1	100,0	69,9	30,1	3.440
40–49	56,9	2,0	41,1	100,0	58,9	19,3	2.080
Estado civil							
Nunca casou	39,5	1,4	59,0	100,0	41,0	23,9	6.089
Já teve relações sexuais	53,1	2,0	44,9	100,0	55,1	31,6	4.124
Nunca teve relações sexuais	11,1	0,3	88,6	100,0	11,4	7,5	1.965
Casado(a)/em união de facto	60,5	2,2	37,3	100,0	62,7	27,5	7.046
Divorciado(a)/separado(a)/viúvo(a)	62,3	2,9	34,8	100,0	65,2	21,3	1.582
Área de residência							
Urbana	63,1	1,8	35,1	100,0	64,9	30,2	9.958
Rural	28,8	2,2	69,0	100,0	31,0	15,2	4.759
Província							
Cabinda	70,9	0,5	28,6	100,0	71,4	29,9	435
Zaire	59,2	1,2	39,5	100,0	60,5	10,7	179
Uíge	40,4	2,0	57,6	100,0	42,4	18,8	721
Luanda	66,9	2,8	30,3	100,0	69,7	31,6	4.857
Cuanza Norte	54,4	3,2	42,4	100,0	57,6	17,9	342
Cuanza Sul	51,0	2,6	46,4	100,0	53,6	35,6	1.110
Malanje	40,0	5,4	54,7	100,0	45,3	23,3	585
Lunda Norte	43,1	0,8	56,1	100,0	43,9	18,2	534
Benguela	49,8	0,8	49,4	100,0	50,6	22,6	1.109
Huambo	29,6	0,5	69,9	100,0	30,1	12,5	1.074
Bié	27,2	0,0	72,8	100,0	27,2	16,4	820
Moxico	22,2	1,4	76,4	100,0	23,6	12,2	368
Cuando Cubango	51,3	1,0	47,8	100,0	52,2	20,6	229
Namibe	47,2	1,0	51,7	100,0	48,3	23,7	255
Huíla	43,5	1,7	54,8	100,0	45,2	23,5	1.036
Cunene	70,1	2,7	27,2	100,0	72,8	31,2	413
Lunda Sul	49,0	0,5	50,5	100,0	49,5	27,1	379
Bengo	54,2	1,0	44,7	100,0	55,3	27,5	273
Nível de escolaridade							
Nenhum	26,0	1,9	72,1	100,0	27,9	11,9	2.683
Primário	40,2	2,5	57,3	100,0	42,7	17,3	3.904
Secundário	63,8	1,8	34,4	100,0	65,6	31,2	7.161
Superior	84,5	1,0	14,4	100,0	85,6	51,2	969
Quintil de riqueza							
Mais baixo	22,0	1,9	76,0	100,0	24,0	11,2	2.387
Segundo	32,9	1,9	65,2	100,0	34,8	17,7	2.564
Terceiro	57,7	2,1	40,2	100,0	59,8	27,0	2.893
Quarto	66,0	2,6	31,4	100,0	68,6	29,9	3.347
Mais elevado	68,2	1,3	30,4	100,0	69,6	34,8	3.525
Total	52,0	2,0	46,0	100,0	54,0	25,3	14.717

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

Quadro 23.2 Cobertura de testagem prévia de VIH: Homens

Distribuição percentual de homens de 15–49 anos pelo estado de teste do VIH e se receberam os resultados do último teste, percentagem de homens que já foram submetidos ao teste e percentagem de homens submetidos ao teste nos últimos 12 meses e que receberam os resultados do último teste, segundo características seleccionadas, Angola IIMS 2023–2024

Características seleccionadas	Distribuição percentual de homens tendo em conta o estado de testagem e se receberam os resultados do último teste			Total	Percentagem já submetida ao teste	Percentagem que foi submetida ao teste do VIH nos últimos 12 meses e recebeu os resultados do último teste	Número de homens
	Já submetido ao teste e recebeu os resultados	Já submetido ao teste e não recebeu os resultados	Nunca submetido ao teste ¹				
Grupo de idade							
15–24	20,5	1,5	78,0	100,0	22,0	13,6	3.098
15–19	11,5	1,4	87,0	100,0	13,0	8,7	1.817
20–24	33,2	1,7	65,2	100,0	34,8	20,6	1.281
25–29	46,4	3,7	49,9	100,0	50,1	19,1	845
30–39	52,7	1,8	45,4	100,0	54,6	22,4	1.420
40–49	54,5	1,5	44,0	100,0	56,0	20,0	910
Estado civil							
Nunca casou	24,6	1,5	74,0	100,0	26,0	14,5	3.356
Já teve relações sexuais	29,0	1,3	69,7	100,0	30,3	16,7	2.612
Nunca teve relações sexuais	9,0	1,9	89,0	100,0	11,0	7,1	744
Casado(a)/em união de facto	49,3	2,4	48,3	100,0	51,7	20,2	2.645
Divorciado(a)/separado(a)/viúvo(a)	53,0	2,3	44,7	100,0	55,3	22,7	272
Área de residência							
Urbana	43,6	1,7	54,7	100,0	45,3	20,5	4.367
Rural	19,2	2,4	78,4	100,0	21,6	9,9	1.907
Província							
Cabinda	32,6	1,5	65,9	100,0	34,1	9,5	179
Zaire	37,2	0,2	62,6	100,0	37,4	8,2	75
Uíge	26,8	1,1	72,2	100,0	27,8	15,6	280
Luanda	49,3	0,8	49,9	100,0	50,1	23,9	2.411
Cuanza Norte	38,7	0,8	60,6	100,0	39,4	20,2	176
Cuanza Sul	19,9	0,3	79,8	100,0	20,2	10,5	446
Malanje	29,6	0,0	70,4	100,0	29,6	10,1	231
Lunda Norte	25,1	1,4	73,5	100,0	26,5	12,8	254
Benguela	32,9	1,0	66,1	100,0	33,9	13,1	400
Huambo	19,1	0,8	80,1	100,0	19,9	7,8	377
Bié	26,8	15,9	57,2	100,0	42,8	20,0	322
Moxico	23,9	1,2	74,9	100,0	25,1	9,3	136
Quando Cubango	25,3	0,2	74,5	100,0	25,5	12,1	96
Namibe	29,4	1,0	69,5	100,0	30,5	14,8	95
Huíla	22,7	4,3	73,1	100,0	26,9	10,8	387
Cunene	53,3	1,8	44,9	100,0	55,1	26,3	136
Lunda Sul	36,9	0,3	62,9	100,0	37,1	13,1	148
Bengo	34,8	5,9	59,4	100,0	40,6	16,0	125
Nível de escolaridade							
Nenhum	19,3	2,5	78,2	100,0	21,8	10,9	502
Primário	15,6	1,8	82,6	100,0	17,4	7,5	1.364
Secundário	41,1	1,8	57,1	100,0	42,9	19,4	3.900
Superior	70,8	2,2	27,0	100,0	73,0	33,2	508
Quintil de riqueza							
Mais baixo	12,7	2,4	84,8	100,0	15,2	6,8	827
Segundo	21,9	2,3	75,8	100,0	24,2	10,3	1.059
Terceiro	34,3	1,5	64,2	100,0	35,8	15,7	1.119
Quarto	42,0	2,2	55,7	100,0	44,3	21,7	1.510
Mais elevado	52,1	1,4	46,5	100,0	53,5	23,6	1.758
Total 15–49	36,2	1,9	61,9	100,0	38,1	17,3	6.274
50–54	51,0	2,0	47,0	100,0	53,0	20,6	330
Total 15–54	37,0	1,9	61,1	100,0	38,9	17,4	6.604

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

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). 2021. *Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices: Definitions and Measurement Methods*. Genebra: OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240018389>

Organização Mundial da Saúde (OMS). 2003. *World Health Report 2003*. Genebra: OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42789>

Organização Mundial da Saúde (OMS). 2006a. *Standards for Maternal and Neonatal Care*. Genebra: OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216>

Organização Mundial da Saúde OMS). 2006b. *Child Growth Standards*. Genebra: OMS.

ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO

Redacção

Ezequiel Luís, INE
Ketha Francisco, MINSa
Rosa Moreira, MINSa
Eliana Quintas, INE
Blasques Oliveira, MINSa
Fernanda Ndala, INE
Hilário Cassule, MINSa
Isabel Amaro, MINSa
Isilda Neves, MINSa
João Hebo, INE
Maria Francisco, MINSa
Maria Costa, MINSa
Natália da Conceição, MINSa
Naulila Papeseco, INE
Orlanda Bernardo, INE
Patrick Pedro, INE
Pedro Coimbra, INE
Rafael Ndimbo, MINSa
Tânia Suraya, MINSa
Teresa Spinola, INE
Zedequias Domingos, INE
Marina Coelho, UNFPA
Joana Abraão, UNICEF
Marcos Vilhena, UNICEF

Revisão e Controlo de Qualidade

José Calengi, INE
Hernany Luís, INE
Helga Freitas, MINSa
Maria Furtado, MINSa
Danielle Toth, ICF