Moçambique

Inquérito Demográfico e de Saúde 1997

Instituto Nacional de Estatística

DHS
Demographic and Health Surveys
Macro International Inc.

Indicadores para a cúpula mundial da criança, Moçambique 1997

INDICADORES BÁSICOS

Mortalidade
- Taxa de mortalidade infantil 135
- Taxa de mortalidade infanto-juvenil 201

Desnutrição
- Percentagem de crianças que sofrem de desnutrição crónica 35.9
- Percentagem de crianças que sofrem de desnutrição aguda 7.9
- Percentagem de crianças que sofrem de peso insuficiente 26.1

Abastecimento de água potável
- Percentagem de agregados familiares que abastecem-se de água en menos de 15 minutos 33.2

Tratamento de dejectos humanos
- Percentagem de agregados familiares com casa de banho 3.1

Escolarização
- Percentagem de mulheres com primário completo 6.5
- Percentagem de homens com primário completo 14.4
- Percentagem de meninas de 6-12 anos que frequentam a escola 51.2
- Percentagem de meninos de 6-12 anos que frequentam a escola 57.3
- Percentagem de mulheres alfabetizadas 32.8

Crianças em condições adversas
- Percentagem de crianças que são órphàs 1.0
- Percentagem de crianças que não vivem com a mãe 20.4
- Percentagem de crianças em agregados com um só adulto 8.0

INDICADORES DE APÓIO

Espaçamento dos nascimentos
- Percentagem de nascimentos com intervalo menor de 24 meses 18.5

Saúde materna
- Percentagem de nascimentos nos últimos três anos com atendimento pré-natal 71.4
- Percentagem de nascimentos nos últimos três anos com atendimento pré-natal nos primeiros três meses de gestação 17.5
- Percentagem de partos nos últimos três anos assistidos por profissionais de saúde 44.2
- Percentagem de partos nos últimos três anos realizados em unidades sanitárias 43.7
- Percentagem de partos de alto risco 59.1

Planeamento familiar
- Prevalência de uso de contraceptivos entre as mulheres em união 5.6
- Percentagem de demanda de serviços de planeamento familiar 22.5
- Percentagem de necessidade não satisfeita para evitar nascimento de alto risco 18.8

Nutrição
- Percentagem de mães com índice de massa corporal inferior a 18.5 ..... 10.9
- Percentagem de baixo peso à nascença 12.5
- Percentagem de crianças de menos de quatro meses exclusivamente amamentadas 34.9
- Percentagem de agregados familiares que tem sal iodada 1.3

Saúde infantil

Vacinação
- Percentagem de crianças menores de três anos cujas mães receberam vacina antitetânica durante a gravidez 33.6
- Percentagem de crianças de 12 a 23 meses vacinadas contra o sarampo 57.5
- Percentagem de crianças de 12 a 23 anos que receberam todas as vacinas 47.3

Tratamento da diarréia
- Percentagem de crianças menores de três anos que tiveram diarréia nas duas últimas semanas e que receberam uma terapia de rehidratação oral 48.6

Infecções respiratórias agudas
- Percentagem de crianças menores de três anos que tiveram sintomas de IRA nas duas últimas semanas et que foram tratadas por profissionais de saúde 38.5

Moçambique
Inquérito Demográfico e de Saúde 1997

Manuel da Costa Gaspar
Humberto A. Cossa
Clara Ribeiro dos Santos
Rosa Marlene Manjate
Juan Schoemaker

Instituto Nacional de Estatística
Maputo, Moçambique

Macro International Inc.
Calverton, Maryland, USA

Setembro 1998

O Programa DHS

Este relatório apresenta os resultados do Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS), realizado pelo Instituto Nacional de Estatística e pelo Ministério da Saúde, entre Março e Junho de 1997. O Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) em Moçambique faz parte dum programa internacional de inquéritos desenvolvido pela Macro International Inc., através de um contrato com a USAID - Washington, com o propósito de apoiar aos governos e instituições privadas dos países em desenvolvimento na realização de inquéritos nacionais por amostragem, nas áreas de população e saúde.

O Programa IDS tem por objectivo:

- Subsidiar a formulação de políticas e implementação de programas nas áreas de população e saúde;
- Aumentar a base internacional de dados sobre população e saúde para acompanhamento e avaliação;
- Aprimorar metodologia de inquérito por amostragem; e
- Consolidar, na área de inquérito, a capacidade técnica da instituição executora no país participante do Programa.

O Programa DHS teve início em 1984 e, desde então, já foram realizados inquéritos em mais de 60 países da América Latina, Caribe, África, Ásia e Leste Europeu.

Informações adicionais sobre o IDS podem ser obtidas nos seguintes endereços:

Citação recomendada:

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

Instituto Nacional de Estatística
Avenida Ahmed Sekou Touré 21
C.P. 493, Maputo
Telefone: (2581) 49.21.14
Fax: (2581) 49.27.13, 49.30.84
E-mail: INE@INESTAT.UEM.MZ

Ministério da Saúde
Avenida Salvador Allende
C.P. 264, Maputo
Telefone (2581) 42.71.31/4
Fax: (2581) 30.21.03

Macro Internacional Inc. - DHS Program
11785 Beltsville Drive, Suite 300
Calverton, MD 20705, U.S.A.
Telefone: (301) 572-0200
Fax: (301) 572-0999

CONTENIDO

Página

Lista de Quadros vii
Lista de Gráficos xi
Lista de Siglas xiii
Prefácio xv
Introdução xvii
Mapa de Moçambique xviii

CAPÍTULO 1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PAÍS E METODOLOGIA 1
1.1 Descrição geral do país 1
1.2 Política de população e programa de planeamento familiar 9
1.3 Objectivos, aspectos metodológicos e organização do inquérito 11

CAPÍTULO 2 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO E DOS AGREGADOS FAMILIARES 15
2.1 Características gerais da população 15
2.2 Características da habitação 21
2.3 Características das mulheres e dos homens entrevistados 23

CAPÍTULO 3 FECUNDIDADE 39
3.1 Introdução 39
3.2 Níveis, diferenciais e tendências da fecundidade 39
3.3 Fecundidade acumulada 43
3.4 Intervalos entre os nascimentos 44
3.5 Idade da mãe ao nascimento do primeiro filho 46
3.6 Fecundidade das adolescentes 48

CAPÍTULO 4 CONTRACEPÇÃO 51
4.1 Conhecimento da anticoncepção 51
4.2 Uso anterior e actual da anticoncepção 55
4.3 Uso actual da anticoncepção 58
4.4 Número de filhos no momento do primeiro uso de um método anticonceptivo 64
4.5 Efeito da amamentação na contracepção 65
4.6 Fontes de obtenção de métodos contraceptivos 66
4.7 Intenção de uso futuro de anticoncepção e motivos para não utilização 68
4.8 Exposição existente e aceitação da divulgação de mensagens sobre planeamento familiar pela rádio e televisão 70
4.9 Exposição existente a mensagens de planeamento familiar através da imprensa escrita 75
4.10 Contactos das não usuarias com os serviços de saúde 77
4.11 Atitudes em relação ao planeamento familiar 78

Página

CAPÍTULO 5 DETERMINANTES PRÓXIMOS DA FECUNDIDADE 83
5.1 Estado civil actual e relações sexuais das mulheres não unidas 83
5.2 Poligamia 87
5.3 Idade na primeira união 90
5.4 Idade no primeiro contacto sexual 93
5.5 Actividade sexual recente 96
5.6 Amenorréia pós-parto, abstinência e insusceptibilidade 99

CAPÍTULO 6 INTENÇÕES REPRODUTIVAS E PLANEAMENTO DA FECUNDIDADE . 103
6.1 Desejo de ter mais filhos 103
6.2 Concordancia na preferencia dos casais 105
6.3 Procura de anticoncepção 108
6.4 Número filhos ideal e existente 111
6.5 Planeamento dos nascimentos 114

CAPÍTULO 7 MORTALIDADE INFANTIL E INFANTO-JUVENIL 119
7.1 Metodologia e qualidade dos dados 119
7.2 Níveis e tendências da mortalidade 120
7.3 Diferenciais da mortalidade 121
7.4 Grupos de alto risco 125

CAPÍTULO 8 SAÚDE MATERNO-INFANTIL 129
8.1 Atenção pré-natal 130
8.2 Imunização anti-tetânica 132
8.3 Assistência ao parto 133
8.4 Características do parto 137
8.5 Imunização infantil 139
8.6 Infecções respiratórias agudas e febre 143
8.7 Diarreia 145

CAPÍTULO 9 AMAMENTAÇÃO DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO INFANTIL E DA MÃE . . 151
9.1 Amamentação ao peito e suplementos alimentares 151
9.2 Estado nutricional das crianças 156
9.3 Estado nutricional das mães 161

CAPÍTULO 10 SIDA 163
10.1 Conhecimentos e informação sobre SIDA 164
10.2 Conhecimentos sobre formas de prevenção do SIDA 168
10.3 Conhecimento do SIDA através da percepção do risco 171
10.4 Percepção de risco de contrair o HIV/SIDA 171
10.5 Mudança de comportamento sexual face ao SIDA 173
10.6 Conhecimento e uso do preservativo 176
10.7 Percepção do risco de contrair o SIDA entre casais 179

APÊNDICE A DESENHO E COBERTURA DA AMOSTRA 183
A.1 Introdução 185
A.2 Desenho e Selecção 185
A.3 Probabilidades de Selecção 187
A.4 Resultados da Amostra 188

APÊNDICE B ESTIMATIVA DE ERROS DE AMOSTRAGEM 191

APÊNDICE C PESSOAL DA PESQUISA 211

APÊNDICE D QUESTIONARIOS 217

LISTA DE QUADROS

Página

Quadro 1.1	Indicadores económicos seleccionados	4
Quadro 1.2	População e taxa de crescimento, 1950-1991	5
Quadro 1.3	Composição da população por idade, 1950-1980	7
Quadro 1.4	População Por sexo e Densidade Demográfica	8
Quadro 1.5	Resultados da amostra	13
Quadro 2.1	População nos agregados familiares, por idade, residência e sexo	16
Quadro 2.2	Composição dos agregados familiares	17
Quadro 2.3	Crianças que vivem com os pais ou outras pessoas	18
Quadro 2.5	Nível de instrução da população dos agregados familiares: população feminina	20
Quadro 2.6	Frequência escolar	21
Quadro 2.7	Características das habitações	22
Quadro 2.8	Bens duráveis do agregado familiar	23
Quadro 2.9	Características seleccionadas das pessoas entrevistadas	24
Quadro 2.10	Nível de instrução da população feminina entrevistada	26
Quadro 2.11	Nível de instrução da população masculina entrevistada	27
Quadro 2.12	Nível de escolaridade alcançado e razões para abandonar a escola	28
Quadro 2.13	Acesso das mulheres aos meios de comunicação de massa	30
Quadro 2.14	Acesso dos homens aos meios de comunicação de massa	31
Quadro 2.15	Trabalho da mulher nos últimos 12 meses	32
Quadro 2.16	Trabalho e tipo de remuneração das mulheres	34
Quadro 2.17	Pessoa que decide sobre as receitas segundo idade, nível de escolaridade e estado civil	35
Quadro 2.18	Cuidado das crianças enquanto as mães trabalham, segundo características seleccionadas	37
Quadro 3.1	Fecundidade actual	39
Quadro 3.2	Fecundidade, nascidos vivos e gravidez por características seleccionadas	41
Quadro 3.3	Tendência da fecundidade	42
Quadro 3.4	Fecundidade por duração da união	43
Quadro 3.5	Filhos nascidos vivos e filhos sobreviventes	44
Quadro 3.6	Intervalo entre os nascimentos	45
Quadro 3.7	Idade na época do nascimento do primeiro filho	47
Quadro 3.8	Fecundidade na adolescência	47
Quadro 3.9	Crianças nascidas de adolescentes	48
Quadro 4.1	Anticoncepção: conhecimento entre mulheres e homens	52
Quadro 4.2	Anticoncepção: conhecimento de métodos nos casais	53
Quadro 4.3	Anticoncepção: conhecimento de qualquer método e de métodos modernos	54
Quadro 4.4	Uso anterior ou actual de anticoncepção por idade: mulheres	56
Quadro 4.5	Uso anterior ou actual de anticoncepção por idade: homens	57
Quadro 4.6	Uso actual de anticoncepção por idade: mulheres	58
Quadro 4.7	Uso actual de anticoncepção por idade: homens	60
Quadro 4.8	Uso actual de anticoncepção por características seleccionadas: mulheres	61
Quadro 4.9	Uso actual de anticoncepção por características seleccionadas: homens	62
Quadro 4.10	Número de filhos quando do primeiro uso de método anticonceptivo	64
Quadro 4.11	Percepção do efeito anticonceptivo do aleitamento materno por idade e educação	65
Quadro 4.12	Fonte de obtenção de métodos	66
Quadro 4.13	Uso futuro de anticoncepção	68

Página

Quadro 4.14	Razões para o não uso	69
Quadro 4.15	Método anticonceptivo preferido para uso futuro	69
Quadro 4.16	Audiência de programa sobre planeamento familiar no rádio ou televisão: mulheres	70
Quadro 4.17	Audiência de programa sobre planeamento familiar no rádio ou televisão: homens	71
Quadro 4.18	Aceitabilidade de mensagens de planeamento familiar pelo rádio ou televisão: mulheres	73
Quadro 4.19	Aceitabilidade de mensagens de planeamento familiar pelo rádio ou televisão: homens	74
Quadro 4.20	Mensagens imprimidas sobre planeamento familiar	75
Cuadro 4.21	Contacto de mulheres não usuárias com os Serviços de Saúde	77
Quadro 4.22	Discussão sobre planeamento familiar entre os casais	78
Quadro 4.23	Percepção das esposas sobre a atitude dos esposos sobre planeamento familiar	79
Quadro 4.24	Atitude do casal em relação ao planeamento familiar	80
Quadro 4.25	Percepção dos conjuges sobre a aprovação do planeamento familiar pelo outro conjuge	81
Quadro 5.1	Estado civil actual	84
Quadro 5.2	Relações sexuais das mulheres não unidas	87
Quadro 5.3	Número de esposas e co-esposas	88
Quadro 5.4	Número de parceiras sexuais dos homens por características socioeconomicas	89
Quadro 5.5	Idade na primeira união das mulheres	90
Quadro 5.6	Idade na primeira união dos homens	91
Quadro 5.7	Idade mediana na primeira união	92
Quadro 5.8	Idade na primeira relação sexual das mulheres	94
Quadro 5.9	Idade na primeira relação sexual dos homens	94
Quadro 5.10	Idade mediana na primeira relação sexual	95
Quadro 5.11	Actividade sexual recente por características demográficas e socioeconómicas	97
Quadro 5.12	Actividade sexual recente dos homens por características demográficas e socioeconómicas	98
Quadro 5.13	Amenorréia, abstinência e insuscetibilidade pós-parto	99
Quadro 5.14	Duração mediana da insuscetibilidade pós-parto, por características seleccionadas	101
Quadro 6.1	Intenções reprodutivas por número de filhos vivos	104
Quadro 6.2	Intenções reprodutivas por idade	105
Quadro 6.3	Intenções reprodutivas dos casais monógamos	106
Quadro 6.4	Desejo de não ter mais filhos	107
Quadro 6.5	Procura por anticoncepção das mulheres unidas	109
Quadro 6.6	Número ideal de filhos	112
Quadro 6.7	Número ideal de filhos por características seleccionadas	113
Quadro 6.8	Planeamento dos nascimentos	115
Quadro 6.9	Taxa global de fecundidade desejada	116
Quadro 7.1	Mortalidade infantil e na infância	120
Quadro 7.2	Mortalidade infantil e na infância por características sócio-económicas	122
Quadro 7.3	Mortalidade infantil e na infância por características bio-demográficas	124
Quadro 7.4	Grupos de alto risco	126
Quadro 8.1	Assistência pré-natal	130
Quadro 8.2	Número de consultas pré-natais e período da gestação na primeira consulta	131

Página

Quadro 8.3 Vacinação antitetânica 133
Quadro 8.4 Local do parto 134
Quadro 8.5 Assistência médica durante o parto 136
Quadro 8.6 Características do parto 138
Quadro 8.7 Complicações durante o parto 139
Quadro 8.8 Vacinação, por fonte de informação 140
Quadro 8.9 Vacinação no primeiro ano de vida 141
Quadro 8.10 Vacinação por características seleccionadas 142
Quadro 8.11 Prevalência e tratamento das infecções respiratórias agudas 144
Quadro 8.12 Prevalência da diarreia 145
Quadro 8.13 Conhecimento dos cuidados na diarreia por características demográficas 147
Quadro 8.14 Tratamento da diarreia 149
Quadro 8.15 Práticas alimentares entre as crianças que tiveram diarreia 150
Quadro 9.1 Início da amamentação 152
Quadro 9.2 Condição da amamentação, por idade 153
Quadro 9.3 Duração mediana e frequência da amamentação 155
Quadro 9.4 Condição de amamentação e alimentação específica 156
Quadro 9.5 Estado nutricional das crianças menores de três anos 160
Quadro 9.6 Índice de Massa Corporal como indicador da situação nutricional das mães 161
Quadro 10.1 Conhecimento de SIDA segundo fonte de informação: mulheres 165
Quadro 10.2 Conhecimento de SIDA segundo fonte de informação: homens 166
Quadro 10.3 Conhecimento de formas para evitar o SIDA entre as mulheres 169
Quadro 10.4 Comhecimento de formas para evitar o SIDA entre os homens 170
Quadro 10.5 Percepção de categorías de risco ao SIDA entre as mulheres 172
Quadro 10.7 Percepção do risco de contrair SIDA entre os casais 173
Quadro 10.8 Comportamento entre as mulheres para prevenir o SIDA 174
Quadro 10.9 Comportamento entre os homens para prevenir o SIDA 177
Quadro 10.10 Conhecimento e uso de preservativos entre as mulheres por características seleccionadas 178
Quadro 10.11 Conhecimento e uso de preservativos entre os homens por características seleccionadas 180
Quadro A.1 Taxas de resposta na IDS-97 por província e área de residéncia 189
Quadro A.2 Taxas de resposta por província e área de residéncia 190
Quadro B.1 Variáveis seleccionadas para o cálculo dos erros de amostragem 196
Quadro B.2 Erros de amostragem para a o total Moçambique 197
Quadro B.3 Erros de amostragem para a área urbana de Moçambique 198
Quadro B.4 Erros de amostragem para a área rural de Moçambique 199
Quadro B.5 Erros de amostragem para aProvíncia de Niassa 200
Quadro B.6 Erros de amostragem para a Província de Cabo Delgado 201
Quadro B.7 Erros de amostragem para a Província de Nampula 202
Quadro B.8 Erros de amostragem para a Província de Zambezia 203
Quadro B.9 Erros de amostragem para a Província de Tete 204
Quadro B.10 Erros de amostragem para a Província de Manica 205
Quadro B.11 Erros de amostragem para a Província de Sofala 206
Quadro B.12 Erros de amostragem para a Província de Inhambane 207
Quadro B.13 Erros de amostragem para a Província de Gaza 208
Quadro B.14 Erros de amostragem para a Província de Maputo 209
Quadro B.15 Erros de amostragem para Maputo Cidade 210

LISTA DE GRÁFICOS

Página

Gráfico 2.1	Distribuição da população por sexo e idade	17
Gráfico 3.1	Taxas de fecundidade por idade	40
Gráfico 3.2	Taxas de fecondidade por idade para períodos quinquenais anteriores ao inquérito	42
Gráfico 3.3	Taxa global de fecunidade por características socio-demográficas	43
Gráfico 3.4	Percentagem de adolescentes que já iniciaram a maternidade	49
Gráfico 4.1	Percentagem de mulheres e homens que conhecem um método contraceptivo	55
Gráfico 4.2	Uso actual da contracepção entre as mulheres em união	59
Gráfico 4.3	Uso actual da contracepção entre os homens em união	63
Gráfico 4.4	Fonte de abastecimento mais recente de métodos entre as mulheres utilisando actualmente um método	67
Gráfico 4.5	Exposição a mensagens sobre PF entre as mulheres	72
Gráfico 5.1	Situação marital das mulheres de 15 a 49 anos	85
Gráfico 5.2	Situação marital dos homens de 15 a 64 anos	85
Gráfico 5.3	Idade mediana na primeira união entre as mulheres de 20-49 anos e os homems de 25-64 anos	93
Gráfico 5.4	Idade mediana na primeira relação sexual entre as mulheres de 20-49 anos e os homems de 25-64 anos	96
Gráfico 5.5	Percentagem de mulheres en amenorréia, abstinência e insusceptibilidade	100
Gráfico 6.1	Percentagem de mulheres e de homens que não querem mais filhos, segundo número de filhos vivos	105
Gráfico 6.2	Percentagem de mulheres em união que não desejam mais filhos, por características seleccionadas	108
Gráfico 6.3	Necesidade satisfeita e não satisfeita de serviços de PF, por características seleccionadas	110
Gráfico 6.4	Numero ideal de filhos entre homens e mulheres, por características seleccionadas	114
Gráfico 6.5	Taxa de global fecundidade desejada e real, por características seleccionadas	117
Gráfico 7.1	Taxas de mortalidade neo-natal, pós neo-natal, infantil, pós-infantil e infanto-juvenil	121
Gráfico 7.2	Taxa de mortalidade infantil e infanto-juvenil, segundo características seleccionadas	123
Gráfico 7.3	Taxa de mortalidade infantil e infanto-juvenil, segundo características bio-demográficas	124
Gráfico 7.4	Nascimentos com risco elevado de mortalidade e mulheres em união com risco de conceber uma criança com risco elevado de mortalidade	125
Gráfico 8.1	Percentegem dos nados vivos nos três anos antes do inquérito cujas mães receberam atendimento pré-natal e assistência o parto	135
Gráfico 8.2	Alimentação e ingestão de líquidos em episódios de diarreia	150
Gráfico 9.1	Amamentação e alimentação suplementar das crianças menores de três anos	154
Gráfico 9.2	Percentagem de crianças menores de 3 anos classificadas como subnutridas	158
Gráfico 9.3	Estado nutricional das crianças menores de três anos de acordo com os desvio da população de referencia indicado pelo Z-Score	159
Gráfico 10.1	Estado nutricional das crianças menores de três anos de acordo com os desvio da população de referencia indicado pelo Z-Score	175

LISTA DE SIGLAS

AP	Vacina contra a Poliomielite
APE	Agente Polivalente Elementar (Agente Saúde Comunitário)
BCG	Vacina contra a Tuberculose
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
DTP	Vacina contra Difteria, Tétano e Tosse Convulsa
IRA	Infecções respiratórias agudas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PF	Planeamento Familiar
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SRO	Sais de Rehidratação Oral
TRO	Terapêutica de Rehidratação Oral
VAT	Vacinação Anti-Tetânica

PREFÁCIO

É com grande satisfação que o Instituto Nacional de Estatística e o Ministério da Saúde apresentam os resultados finais do Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS), cujos dados foram recolhidos de Março a Junho de 1997. Este relatório apresenta os resultados principais do inquérito e cobre os tópicos mais importantes e prioritários sobre aspectos demográficos, saúde materno-infantil, serviços de saúde e planeamento familiar, a nível nacional e provincial.

Se bem que o nosso aparelho estatístico tem já uma longa tradição de recolha periódica de dados indispensáveis para o conhecimento das características demográficas e sociais de Moçambique, a realização do IDS em 1997 é motivo de uma dupla satisfação. Por um lado, estamos convencidos que o IDS contém informação valiosa para um melhor conhecimento sobre a população moçambicana e para o desenvolvimento de políticas adequadas no campo populacional e da saúde. Por outro lado, com a realização deste inquérito, que faz parte dum programa internacional de Inquéritos Demográficos e de Saúde (DHS), Moçambique junta-se à longa lista de países africanos e de outros continentes que já o realizaram.

Expressamos os nossos mais profundos reconhecimentos à todas entidades, singulares e colectivas que contribuíram para a realização deste projecto com sucesso. Salientamos em particular o apóio financeiro recebido da Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos da América (USAID) e a assistência técnica da Macro International Inc., também dos Estados Unidos da América.

Desejamos também manifestar o nosso maior reconhecimento às mulheres e homens que aceitaram colaborar neste inquérito, bem como às equipas de campo, coordenadores, supervisores, críticos, codificadores, digitadores e programadores, cuja participação e dedicação foram indispensáveis para o sucesso do projecto.

Finalmente, a realização deste inquérito é um exemplo salutar de uma colaboração intersectorial que importa sublinhar. Estamos certos de que isoladamente não ter sido possível realizá-lo com sucesso. Neste sentido, torna-se necessário consolidar e preservar as experiências adquiridas no âmbito deste inquérito, que muito contribuíram para o reforço da colaboração institucional e racionalização dos limitados recursos de que dispomos. Bem haja o IDS 97 expressão de visão comum e partilhada dos problemas demográficos e de saúde do nosso País.

João Dias Loureiro
Presidente do Instituto Nacional de Estatística

Abdul Razak Noormahomed
Vice-Ministro da Saúde

Maputo, Março de 1998

INTRODUÇÃO

Este relatório apresenta os resultados do Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS), realizado pelo Instituto Nacional de Estatística e pelo Ministério da Saúde com apóio técnico da Macro International Inc. O IDS 1997 faz parte do programa mundial de inquéritos conhecidos por Demographic and Health Surveys, actualmente na sua terceira fase de execução.

Estes tipos de inquéritos são realizados na base duma amostra de representatividade nacional, provincial e regional de mulheres de 15 a 49 anos e são desenhados para proporcionar informações principalmente sobre fecundidade, saúde materno-infantil e características sócio-económicas da população entrevistada. Na área da fecundidade, as informações recolhidas permitem avaliar os seus níveis e tendências, conhecimento e uso de métodos contraceptivos, amamentação e outros determinantes próximos desta variável demográfica, como por exemplo, a proporção de mulheres casadas e/ou em união marital e a duração da amenorréia pós-parto. Investiga, ainda, intenções reprodutivas e necessidades não satisfeitas relacionadas com o planeamento familiar.

Na área da saúde materno-infantil, recolhe dados sobre a mortalidade materna e infantil e na infância, DTS/SIDA, gravidez, assistência pré-natal e durante o parto. Relativamente ao nível de saúde da criança, os dados recolhidos permitem estimar taxas e tendências da mortalidade infantil e na infância, assim como a análise de seus determinantes sócio-económicos, uma vez que são investigadas as principais causas de doenças predominantes na infância (diarréia e infecções respiratórias), bem como imunização, estado nutricional, acesso a água e serviço de higiene.

O IDS recolheu também informações sobre as características sócio-económicas da população entrevistada, como: idade, educação, acesso aos meios de comunicação, ocupação, religião, condições da habitação no respeitante ao acesso a água, saneamento, electricidade, bens duráveis de consumo, número de divisões usadas para dormir e material de construção predominante no pavimento.

Foi também considerada uma sub-amostra de 30% dos agregados familiares seleccionados para inquirir a população masculina, com o propósito de recolher informação sobre conhecimento, atitudes e práticas relacionadas com o planeamento familiar, intenções reprodutivas, conhecimento e comportamento sexual face ao SIDA.

O IDS teve início em finais de Julho de 1996, com a criação de brigadas de campo para actualização cartográfica e listagem dos agregados familiares para o marco amostral. A recolha de dados para o inquérito principal decorreu entre Março e Julho de 1997.

Com a realização deste inquérito Moçambique passa a dispor de dados actualizados, fidedignos, representativos e de alta comparabilidade com outros países da região. A informação recolhida, registada no banco de dados, encontra-se disponível no Instituto Nacional de Estatística (INE) aos usuários que queiram gerar indicadores e abordar aspectos não focados no presente relatório.

Mapa de Moçambique

CAPÍTULO 1

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PAÍS E METODOLOGIA

1.1 Descrição geral do país

Geografia

Moçambique situa-se na faixa sul-oriental do Continente Africano, entre os paralelos 10˚27' e 26˚52' de latitude Sul e entre os meridianos 30˚12' e 40˚51' longitude Este. Ao Norte limita com a Tanzânia; ao Oeste com o Malawi, Zâmbia, Zimbabwe e Swazilândia; e ao Sul com a África do Sul.

Toda a faixa Este, banhada pelo Oceano Índico numa extensão de 2,470 km, tem um significado vital tanto para Moçambique como para os países vizinhos situados no interior que só têm ligação com o oceano através dos portos moçambicanos. A superfície do seu território é de 799,380 km^2.

O país está dividido em 11 Províncias: ao Norte, Niassa, Cabo Delgado e Nampula, ao Centro, Zambézia, Tete, Manica e Sofala, ao Sul, Inhambane, Gaza, Maputo e Maputo Cidade (Mapa 1). O território moçambicano, como toda a região Austral do Continente Africano, não apresenta grande variedade de paisagem. Da costa para o interior podem-se distinguir três tipos de relevos:

- a **planície litoral** que ocupa grande parte do território (40 %). Esta é a região natural onde se observa a maior concentração da população,
- os **planaltos** com altitudes que variam entre 200 e 1,000 metros,
- os **grandes planaltos e montanhas** que ocupam uma pequena parte do território nacional, com altitudes superiores a 1,000 metros. Do ponto de vista da distribuição geográfica da população, já que não constituem uma superfície contínua, não oferecem grandes obstáculos para assentamentos humanos.

História

Moçambique adquiriu a actual forma geográfica, representada no Mapa 1, em Maio de 1891, altura em que foi assinado o tratado Anglo-Português de partilha das zonas de influência em África. Tal tratado serviu para legitimar, entre as nações coloniais europeias, uma ocupação que no caso de Moçambique remonta do século XVI, período em que Portugal iniciou a ocupação da costa oriental de África.

O País tornou-se independente de Portugal em 1975, após dez anos de luta armada de libertação nacional movida pela FRELIMO (Frente de Libertação Nacional de Moçambique). A independência política de Moçambique foi negociada entre a Frelimo e o Governo português no acordo de Lusaka a 7 de Setembro de 1974. Um governo de transição chefiado por Joaquim Chissano, então Primeiro-Ministro, governou até 25 de Junho de 1975, dia da Independência de Moçambique.

O primeiro Governo moçambicano estabeleceu uma estratégia de transformação socialista da sociedade moçambicana. Entre as suas actividades, até finais da década de 80, o Governo de Moçambique levou a efeito programas amplos no âmbito da educação, saúde e habitação. Reconhece-se, por exemplo, que as campanhas nacionais de imunização contra a varíola, tétano e sarampo, bem como a formação de pessoal especializado, tiveram uma contribuição importante para a redução da mortalidade infantil.

Porém, os esforços de reconstrução nacional e melhoria do nível de vida da população moçambicana nos primeiros anos de Independência não se consolidaram e, em muitos casos, colapsaram. Os anos que se seguiram à Independência foram marcados por um colapso da economia e uma deterioração crescente da estabilidade político-militar e social. Só em 1992 as forças políticas, nacionais e internacionais, chegaram a um acordo com vista ao fim do conflito armado e à estabilização política de Moçambique. Entre outros aspectos, a busca da paz e democratização conduziram à assinatura do acordo de Roma a 15 de Outubro de 1992, entre a Frelimo e a RENAMO (Resistência Nacional Moçambicana).

Em Outubro de 1994, realizaram-se as primeiras eleições gerais e multipartidárias, as quais foram ganhas pelo partido Frelimo. O novo Governo tomou posse em Dezembro de 1994, tendo criado um programa quinquenal para o período 1995-1999 que foi aprovado pela Assembleia da República através da Resolução 4/95 de Maio do Boletim da República. Neste programa o Governo propõe-se realizar acções que:

> resultem na garantia da paz, estabilidade e unidade nacionais, na redução dos níveis de pobreza absoluta, visando a sua erradicação a médio prazo, e na melhoria de vida do povo, com incidência na educação, saúde, desenvolvimento rural e emprego. A definição destas acções como objectivos principais do governo, resulta da constatação de que a paz e a estabilidade são as condições básicas para a reactivação da actividade económica e social. Só com o crescimento da produção interna será possível eliminar a pobreza e promover o desenvolvimento económico e humano auto-sustentado (Boletim da República, I Série, N˚ 18, 4˚ Suplemento)

Grande parte das características demográficas da população moçambicana só poderão ser devidamente compreendidas quando situadas no contexto mais amplo das transformações sociais, económicas e culturais ocorridas no País, tanto no período pré-colonial como durante as duas décadas que se seguiram à Independência política, em 1975. Tal análise situa-se para além do âmbito deste relatório, mas os dois exemplos seguintes ilustram a importância e a influência directa da história sócio-política nas mudanças demográficas da população moçambicana.

Um exemplo refere-se à taxa de crescimento da população moçambicana relativamente baixa durante a primeira metade do século XX. Tal taxa deveu-se à falta de condições adequadas de saúde e higiene que marcou Moçambique durante a primeira metade do Século XX; como escreveu Newitt (1995: 474) no seu livro *A History of Mozambique,* até à década de 50, 'A malária, doença do sono, lepra e bilharziose eram doenças endémicas, e um terço das crianças morriam durante a infância'.

Porém, nas décadas 30 e 40 o Governo português criou unidades de combate à malária e à doença do sono; depois da Segunda Guerra Mundial, outras doenças foram adicionadas àquela lista de prioridades, tais como bilharziose, tuberculose e lepra. Se bem que os graves problemas de saúde da população moçambicana nunca foram adequadamente confrontados durante o período colonial, certamente que as acções de saúde pública com impacto mais amplo foram as causas mais directas do começo da diminuição da mortalidade a partir de 1950 (Newitt, 1995: 474-475). Esta mudança dum componente importante do crescimento da população, como é a mortalidade, originou a aceleração do ritmo de crescimento demográfico nas últimas décadas do período colonial.

O outro exemplo refere-se às migrações mais recentes, nomeadamente aos movimentos externos e internos da população, causados pelo conflito armado que assolou Moçambique durante cerca de uma década e meia até às eleições gerais e multipartidárias de Outubro de 1994. Se bem que este movimentos migratórios

são fenómenos histórico-estruturais que sempre marcaram fortemente a evolução da população moçambicana, o conflito armado mais recente gerou fluxos migratórios muito específicos e, sem dúvida, com profundas implicações para o processo de urbanização, o estado e ritmo de crescimento da população, entre outros aspectos demográficos. Fontes diversas estimaram que por volta de 1990 mais de 100,000 pessoas teriam morrido como resultado directo do conflito armado; cerca de um milhão e meio de pessoas encontravam-se refugiadas nos países vizinhos e, dentro do país, um terço da população tinha sido forçado a deslocar-se das suas zonas habituais de residência.

Economia

A despeito dos seus ricos recursos naturais e da sua posição estratégica na região da África Austral, Moçambique é actualmente considerado um dos países mais pobres do mundo. Em 1997, o *Relatório de Desenvolvimento Humano 1997* (RDH 97), publicado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), classifica Moçambique na ordem do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) como o 116º entre 175 países. Para além do IDH, o RDH97 introduziu pela primeira vez um Índice de Pobreza Humana (IPH), o qual utiliza indicadores das medidas de privação mais elementares: esperança de vida reduzida, falta de acesso à educação básica e aos recursos públicos e privados (PNUD, 1997: 5). Com base no IPH Moçambique figura entre os sete países onde a pobreza humana afecta mais de 50 % de toda a população; todos estes países, com excepção de um, são africanos: Níger, Serra Leoa, Bourkina Faso, Etiópia, Mali, Camboja e Moçambique.

Esta imagem da posição de Moçambique a nível internacional é reveladora duma crise económica profunda e prolongada produzida por uma multiplicidade de factores. Primeiro, aquando da sua Independência política em 1975, Moçambique herdava um desenvolvimento dos recursos naturais fraco e uma grande pobreza de capital humano qualificado, mesmo quando comparado com outros países da África Austral. A economia de Moçambique tinha uma estrutura moldada para servir interesses coloniais; em particular, a economia nacional dependia fortemente das receitas provenientes dos serviços ferro-portuários e dos contratos de fornecimento de mão-de-obra barata para os países vizinhos. Segundo os dados do RDH97, em 1960 Moçambique tinha um rendimento *per capita* de 129 US dólares.

Segundo, os anos que se seguiram à Independência foram caracterizados por uma recessão económica profunda. O Governo moçambicano introduziu mudanças radicais, incluindo a nacionalização e socialização dos principais meios de produção e infra-estruturas económicas e sociais. A agricultura, que absorve a maior parte dos recursos humanos do País, foi concebida como a base do desenvolvimento e a indústria o factor dinamizador; mas os esforços de reestruturação da economia, segundo moldes de economia socialista fortemente controlada pelo Estado, não conduziram à recuperação económica preconizada pelo Governo.

Terceiro, na década de 80 para além de um conjunto de factores climáticos desfavoráveis, particularmente a seca e outras calamidades naturais, Moçambique viveu uma instabilidade política e militar com implicações dramáticas. A produção agro-pecuária decresceu para níveis alarmantes e a sobrevivência duma parte significativa da população passou a depender da ajuda alimentar externa. O conflito armado que assolou o País, durante cerca de uma década e meia, não só destruiu infra-estruturas económicas e sociais, como também não permitiu uma consolidação dos programas de saúde e de educação iniciados nos primeiros anos de Independência. No início da década de 90, o Banco Mundial classificou Moçambique como o país mais pobre do mundo, pois o seu rendimento *per capita* tinha decrescido para cerca de 80 US dólares.

Contudo, a partir de meados da década de 80, o Governo iniciou um programa de reformas económicas e diálogo com as principais instituições económicas internacionais, nomeadamente o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, com vista a reactivar a economia de Moçambique. Em 1987, o *Programa de Reabilitação Económica* foi introduzido com o objectivo de i) reverter o declínio da produção, ii) garantir um nível mínimo de consumo e renda, especialmente para a população rural, iii) reduzir os desequilíbrios financeiros, iv) fortalecer a posição da balança de pagamentos e v) criar as condições para o crescimento económico.

A década de 90 foi palco dum esforço ainda mais intenso e bem sucedido, não só em termos políticos como económicos. O compromisso do Governo com a reforma económica tem-se traduzido num crescente controle dos mecanismos económico-financeiros e a reactivação da produção nacional. Por exemplo, depois da taxa anual de inflação acumulada ter atingido em 1994 mais de 70 %, em 1996 já tinha diminuído para cerca de 17 % e, em 1997, existem fortes evidências que baixe para um único dígito. Além disso, a taxa de câmbio parece ter estabilizado, o crescimento económico tem aumentado substancialmente nos últimos dois anos (Veja-se o Quadro 1.1).

Quadro 1.1 Indicadores económicos seleccionados, Moçambique

Indicadores	1995	1996
Produto Interno Bruto	13,195	19,363
Taxa de crescimento (%)	1.4	6.4
Consumo Privado	7,714	11,297
Taxa de crescimento (%)	2.0	2.6
Consumo Público	1,657	2,318
Taxa de crescimento (%)	-38.0	0.7
Formação Bruta de Capital	8,200	11,322
Taxa de crescimento (%)	-8.0	4.6
Procura Interna	17,571	24,937
Taxa de crescimento (%)	-8.1	3.3
Exportações de Bens e Serviços	3,617	5,411
Taxa de crescimento (%)	15.8	18.8
Procura Global	21,189	30,348
Taxa de crescimento (%)	-4.8	6.0
Importações de Bens e Serviços	7,994	10,985
Taxa de crescimento (%)	-13.8	5.3
Taxa de Câmbio (MT/US$)	8,890	11,140
Taxa de crescimento (%)	50.2	25.3
Deflator do Consumo Privado (em %)	50.4	42.8
Salário Mínimo Mensal (1,000 MT)	170.2	244.9
Taxa de Inflação Acumulada (%)	54.1	16.6

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (1996). *Anuário Estatístico 1996 - Moçambique.* Maputo.

Se a tendência da recuperação e crescimento económico se mantiver, 1996 poderá ser visto como crucial para a economia de Moçambique. Os aspectos positivos da economia moçambicana mais recentes são visíveis: forte controle da inflação e das taxas de câmbio; o aumento do PIB per capita de 1.4 % em 1995 para 6.4 % em 1996; recuperação e consolidação da actividade agrícola e industrial; aumento das exportações e crescente interesse dos investidores no País, tanto nacionais como estrangeiros.

Porém, os aspectos desfavoráveis e negativos da economia moçambicana ainda são muitos. Primeiro, tal como ficou claro no início desta secção, Moçambique continua a ser um dos países mais pobres do mundo. Segundo, o nível de qualificação dos recursos humanos é extremamente baixo. Terceiro, a estrutura não só económica mas também institucional, sobretudo administrativa, é extremamente débil. Quarto, Moçambique continua profundamente vulnerável e, sobretudo, dependente das ajudas internacionais.

Dinâmica da população

Evolução da população: histórica e actual

Os dados demográficos disponíveis permitem-nos descrever a evolução histórica, pelo menos na segunda metade do século XX. Em 1950, a população total de Moçambique era cerca de 6.5 milhões de habitantes. Desde então, ela cresceu de forma acelerada, tendo atingido 7.6 milhões em 1960, 9.4 milhões em 1970, e 12.1 milhões em 1980.

Quadro 1.2 População e taxa de crescimento, 1950-1991

Evolução da população total por sexo e taxa de crescimento, Moçambique 1950-1991

Data	População (em milhares)			Taxa de crescimento
	Total	Homens	Mulheres	
1950	6,466	3,131	3,335	-
1955	6,954	3,368	3,585	1.5
1960	7,595	3,683	3,913	1.8
1965	8,407	4,081	4,326	2.0
1970	9,408	4,572	4,836	2.3
1975	10,627	5,171	5,456	2.4
1980	12,130	5,909	6,222	2.7
1991	14,420	6,977	7,443	2.6[1]

Fonte: Direcção Nacional de Estatística/Unidade de População e Planificação. *Relatório Nacional sobre População e Desenvolvimento* Maputo, 1993; *Moçambique: Panorama Demográfico e Sócio-Económico*, Maputo, 1995.

[1] Taxa de crescimento natural.

O censo populacional previsto para 1990 não se realizou, por causa do conflito armado que assolava o País na altura. Porém, como forma de minimizar a falta de informação censal, o Governo decidiu realizar em Outubro de 1991 o Inquérito Demográfico Nacional (IDN). Este inquérito foi concebido segundo um marco amostral adaptado às circunstâncias político-militares difíceis em que se encontrava o país. Para esse ano estimou-se uma população total de 14.4 milhões de habitantes.

Contudo, em Agosto de 1997, um mês depois de ter terminado a recolha dos dados para o IDS, realizou-se o II Recenseamento Geral da População e Habitação do período pós-Independência. De acordo com os dados preliminares deste último Recenseamento, a população actual de Moçambique é de 15.7 milhões de habitantes (INE, 1997). Este último recenseamento, teve uma cobertura censal de aproximadamente 95 %, realizou-se num ambiente político e social de paz, pois teve lugar cerca de três anos depois das primeiras eleições gerais e multipartidárias de 1994.

Esta evolução do tamanho da população de Moçambique sugere, por um lado, que a mesma duplicou, em relação a 1950, por volta na década de 80. Actualmente Moçambique ocupa o terceiro lugar entre os países mais populosos da África Austral; o primeiro é a África do Sul com 40.6 milhões e o segundo a Tanzânia com 29,2 milhões (PNUD, 1997: 194-195).

Por outro lado, entre 1950 e 1980, a taxa de crescimento passou de 1.5 % no período 1950-1955, para 1.8 % em 1960, 2.3 % em 1970, e 2.7 % em 1980. Sendo assim, a taxa de crescimento demográfica atingiu na década de 80 o nível mais elevado na história da população moçambicana das últimas cinco décadas e, talvez mesmo, em todo o século XX.

O rápido crescimento populacional foi causado pelas elevadas taxas de natalidade numa altura em que a mortalidade começou a diminuir. Durante as décadas de 50 e 60 a taxa de natalidade manteve-se quase constante e a níveis elevados, na ordem dos 49 nascimentos por mil habitantes. Esta taxa sofreu ligeiras alterações ao reduzir sucessivamente para 48 por mil em 1970, 47 em 1980 e 45 por mil em 1990. Em contrapartida, no mesmo período a taxa de mortalidade observou um significativo declínio. Em 1950 registaram-se 32 óbitos em cada mil habitantes, tendo reduzido para 20 em 1990. O maior declínio da mortalidade, principalmente a infantil, registou-se nos primeiros cinco anos da Independência Nacional (1975-1980), como resultado das melhorias das condições de saúde, educação e habitação, entre outras.

Porém, o mais surpreendente na evolução da população mais recente não é tanto a aceleração da taxa de crescimento entre 1950 e 1980, visto esta ser previsível desde que a diminuição da mortalidade iniciou sem ser acompanhada por uma redução similar da fecundidade. O mais surpreendente foram os fenómenos dramáticos entre 1980 e 1997, os quais certamente contêm a resposta para a compreensão do tamanho da população de Moçambique significativamente abaixo de todas as estimativas e projecções que se fizeram.

Tanto o INE como algumas instituições internacionais projectaram que a população moçambicana deveria rondar presentemente pelos 18 milhões de habitantes. No presente momento, os dados mais detalhados do censo de 1997 ainda não estão disponíveis. Em particular, desconhecem-se as taxas de crescimento natural da população, bem como os saldos migratórios; sem estes dados, não é possível interpretar e avaliar os componentes de mudança da população, nomeadamente a mortalidade, natalidade e o movimento migratório.

Composição da população

A evolução da estrutura da população pode ser resumida em três grandes grupos de idades: o grupo dos jovens (0-14 anos), o grupo dos potencialmente activos ou adultos (15-64), e o dos idosos (65 anos e mais).

A evolução histórica da taxa de natalidade modelou uma estrutura da população bastante jovem, caracterizada por uma base muito larga e um achatamento no topo. O Quadro 1.3 mostra que entre 1950 e 1980 registou-se um aumento proporcional dos jovens. Em 1990 a população menor de 15 anos representava 45.6 %, os adultos (15-64 anos) 51.9 % e os idosos (acima dos 64 anos) 2.5 %. Ou seja, a população de Moçambique tem estado a rejuvenescer na sua base. Do mesmo modo, a proporção do grupo de idosos também tem diminuído ao longo das décadas, outra evidência do seu rejuvenescimento, neste caso no topo da pirâmide etária.

Quadro 1.3 Composição da população por idade, 1950-1980

Composição da população total por sexo e grupos seleccionados de idade, Moçambique 1950-1980

Grupos de idade	1950	1960	1970	1980
0-14	40.6	42.6	43.8	44.4
15-59	51.4	51.2	51.4	51.3
60+	8.0	6.2	4.8	4.3

Fonte: Direcção Nacional de Estatística/Unidade de População e Planificação. *Relatório Nacional sobre População e Desenvolvimento* Maputo, 1993

Esta estrutura populacional, típica de um país menos desenvolvido, tem implicações sócio-económicas, pois a sua população é mais propensa ao consumo do que a produção devido a elevada proporção de dependentes. Nesse ano, a razão de dependência demográfica[1] era de 92.5 %, o que significa que havia aproximadamente 93 pessoas dependentes por cada 100 em idade produtiva. Em outras palavras, esta estrutura pressiona de forma preponderante os sectores chaves do desenvolvimento, principalmente a educação, saúde, emprego e habitação.

Distribuição geográfica da população

A população do País é predominantemente rural. Em 1980, 73 % da população total residia nas áreas rurais enquanto que a restante morava nas 12 cidades consideradas urbanas. Só a capital do País acolhia 48 % do total da população urbana, o que demonstra um padrão de distribuição muito heterogéneo.

Neste padrão é notável, a acentuada concentração da população nas províncias do litoral e uma fraca densidade no interior do País. As Províncias de Zambézia e Nampula que ocupam 1/4 da superfície do território, agrupam quase 40 % da população total (Quadro 1.4).

A região Norte que ocupa o segundo lugar quanto a extensão territorial com 293,287 km^2, de acordo com os resultados preliminares do censo populacional de 1997, apresenta a mais baixa densidade demográfica de todas as regiões (17.4 hab./km^2). A região Centro é a mais extensa do País com 335,411 km^2

[1] A razão de dependência é calculada pela expressão matemática:

$$\frac{P_{0-14}+P_{65+}}{P_{15-64}} * 100$$

Quadro 1.4 População por sexo e densidade demográfica

Distribuição da população e região por sexo e densidade demográfica, segundo regiões e províncias, Censo 1997

Região/Província	População (em milhares)			Densidade demográfica (hab/km^2)
	Total	Homens	Mulheres	
Norte				
Niassa	**5,113**	**2,499**	**2,614**	**17.4**
Cabo	764	370	394	5.9
Delgado	1,284	617	667	15.5
Nampula	3,065	1,512	1,553	37.6
Centro	**6,760**	**3,176**	**3,530**	**20.0**
Zambézia	3,202	1,540	1,662	30.5
Tete	1,149	5460	603	11.4
Manica	975	462	513	15.8
Sofala	1,380	628	72	20.3
Sul	**3,921**	**1,776**	**2,145**	**23.0**
Inhambane	1,112	484	628	16.2
Gaza	1,034	445	589	13.7
Maputo	809	377	432	31.0
Maputo Cidade	996	470	496	3,220
Total	**15,740**	**7,451**	**8,289**	**19.7**

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 1997. *Resultados Preliminares do II Recenseamento Geral de População e Habitação de 1997.* Maputo.

apresenta a densidade demográfica intermédia de todas as regiões (20 hab./km^2). Finalmente, a região Sul ocupa a menor extensão territorial com 170,680 km^2 apresenta a densidade demográfica mais elevada de todas as regiões (23 hab./km^2).

Actualmente, em consequência da migração rural-urbano e da reclassificação territorial de 1986 que eleva para categoria urbano 23 cidades e 68 vilas, presume-se que a população urbana do País supere os 20 %.

Língua e religião

A diversidade linguística de Moçambique constitui uma das suas principais riquezas culturais, o que torna a sua população multilingue. A língua oficial do País é o Português, falado pela metade da população (50.2 %), de acordo com os resultados do Inquérito Demográfico Nacional de 1991. Ainda segundo este inquérito, 54 % é monolingue, ou seja, fala apenas uma língua, o português ou um idioma nacional. As línguas mais utilizada na comunicação diária são as seguintes: Português (39 %), Xitsonga (23 %), Emakua (13 %), Chishona (4 %), e Chisena (3 %).

A maioria da população do País é católica com 24 % do total de crentes, os protestantes ocupam o segundo lugar, representado 22 %; os muçulmanos situam-se na terceira posição com 20 %. No entanto, convém mencionar também que 32 % da população do País não professa nenhuma religião ou crença.

1.2 Política de população e programa de planeamento familiar

Política de população

Do ponto de vista demográfico, como já foi mencionado, a população do País vem crescendo a ritmos cada vez mais acelerados, em resultado da manutenção de elevadas taxas da natalidade e da redução gradual da mortalidade, sobretudo nas camadas mais pobres. A percepção do Governo sobre esta matéria é que as questões populacionais e as do desenvolvimento sócio-económico estão estreitamente interligadas.

Reconhecendo essa inter-relação, o Governo incluiu no seu Programa Quinquenal, 1994-1999, a necessidade de se elaborar a política nacional de população, como parte integrantes das estratégias do desenvolvimento nacional. Em outras palavras, pretende-se formular uma política nacional de população que não se limita apenas aos aspectos do crescimento populacional, mas que também incorpora outras variáveis que são reconhecidas como críticas para o desenvolvimento nacional, incluindo o estatuto da mulher, a qualidade de vida da população e equidade social.

Programa nacional de planeamento familiar

Em Moçambique, o Planeamento Familiar teve início em 1978, mas só em 1980 se desenvolveu como um programa nacional. Desde o seu início, o programa foi integrado no Programa de Saúde Materno-Infantil do Serviço Nacional de Saúde. A extensão a todos os distritos e à rede de Cuidados de Saúde Primários só foi possível com a introdução do Planeamento Familiar nos currícula de formação das parteiras, técnicos de medicina e médicos. Os seus objectivos foram, desde o início: i) proteger e melhorar a saúde materna, em particular das mulheres com alto risco reprodutivo e, ii) melhorar a saúde das crianças, promovendo um intervalo entre nascimentos sucessivos de, pelo menos, dois anos.

Os Serviços de Planeamento Familiar estão sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, através do Serviço Nacional de Saúde. Baseam-se nos seguintes princípios:

- distribuição gratuita de anticonceptivos, incluindo a esterilização cirúrgica, sendo da livre escolha do utilizador. Integração dos serviços de Planeamento Familiar nos Serviços de Saúde Materno-Infantil a nível da rede de Cuidados de Saúde Primários existente no País, não estando, portanto, constituído como um programa vertical. As actividades educativas e de divulgação são realizadas com as utilizadoras das Unidades Sanitárias, em particular no atendimento pré-natal e pós-parto,

- aleitamento materno, como método preferido para amamentação do recém-nascido e como um meio indirecto de espaçamento dos nascimentos,

- envolvimento da comunidade com a participação de parteiras tradicionais e agentes polivalentes elementares, a nível das aldeias, e

- inclusão de Organizações não-Governamentais na produção, distribuição e divulgação de materiais de Planeamento Familiar.

O programa tem como objectivo alcançar a cobertura de 20 % das mulheres em idade reprodutiva, priorizando as de elevado risco obstétrico, aumentar a proporção de mulheres com um intervalo maior que dois anos entre os nascimentos e reduzir a gravidez na adolescência.

Programas e prioridades de saúde

Desde a proclamação da Independência Nacional, em 1975, o Governo considerou a Saúde como um bem e condição essencial para um desenvolvimento sustentável, estando actualmente referido na Constituição (artigo 94) que "todos os cidadãos têm direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, e o dever de defender e promover a saúde". O Governo constatou que o estado de pobreza da população influencia grandemente o seu estado de saúde e que, embora se possam estabelecer mecanismos para atenuar a pobreza e melhorar o estado de Saúde da população, a solução da pobreza passa pelo desenvolvimento económico e social, pelo que, em última análise, a Saúde da comunidade resulta de um esforço de desenvolvimento multi-sectorial. Desta forma a Política de Saúde do Governo é o somatório da política dos diversos sectores com implicações na saúde da população. A política do Sector Saúde diz respeito a um conjunto de actividades específicas que complementam as dos restantes sectores.

O Governo baseou a sua política de saúde na estratégia de Cuidados de Saúde Primários, de modo a poder prestar assistência à grande maioria da população, em particular os seus grupos mais vulneráveis, tendo em reduzir as elevados taxas de morbi-mortalidade no País. Os êxitos alcançados nesta política foram, no entanto, severamente afectados pela guerra que afectou o País até 1992.

Actualmente, é objectivo principal do Sector Saúde contribuir através de actividades específicas para promover, preservar, manter e melhorar a Saúde da Comunidade. Foram estabelecidas como prioridades da Política do sector saúde as seguintes:

- preservar e melhorar a saúde da mulher e da criança, através dos programas de Saúde Materno-Infantil, Programa Alargado de Vacinação e Saúde Escolar, num Programa Nacional Integrado,

- prestação de cuidados de saúde à população vulnerável, em particular às famílias ou indivíduos em pobreza absoluta,

- prestação de cuidados de saúde à terceira idade,

- desenvolver actividades que promovam a saúde dos trabalhadores, em particular as destinadas à prevenção dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais,

- diminuir a incidência e prevalência das doenças mais comuns e endémicas, particularmente as com maior responsabilidade nas taxas de morbilidade e mortalidade,

- contribuir para a melhoria do estado nutricional da população, em particular das crianças, incluindo a prevenção e tratamento das deficiências em micro-nutrientes,

- educação, informação e comunicação para a saúde e,

- concepção, implementação e desenvolvimento de programas de estudo e valorização da Medicina Tradicional.

Para atingir os seus objectivos o Sector Saúde previu a existência de um Sistema de Saúde subdividido em três sectores que se complementam: i) Sector público, o Serviço Nacional de Saúde, organizado por níveis de atenção de saúde, dispensando cuidados integrados de saúde; ii) Sector privado, podendo tratar-se de instituições com fins lucrativos ou não-lucrativos; iii) Sector comunitário que se pretende auto-sustentável, envolvendo as parteiras tradicionais e agentes polivalentes elementares, compreendendo os Postos de Saúde das aldeias.

As principais metas do Programa Nacional Integrado de atenção à mulher e à criança são:

- redução em cerca de um terço da Mortalidade Materna, estimada em mais de 700 óbitos em cada 100,000 nados vivos,

- atingir uma cobertura de 80 % no atendimento pré-natal e 45 % no parto institucional,

- atingir uma cobertura de 20 % nas mulheres em idade reprodutiva utilizadoras de Planeamento Familiar,

- redução de um terço da Taxa de Mortalidade Infantil, para menos de 100 óbitos em cada 1,000 nados vivos e da Taxa de Mortalidade de menores de 5 anos para menos de 200 em cada 1,000 nados vivos,

- erradicação da poliomielite, eliminação do tétano neo-natal e diminuição significativa da incidência do sarampo e,

- redução das taxas de malnutrição aguda, crónica e de baixo peso à nascença.

1.3 Objectivos, aspectos metodológicos e organização do inquérito

Objectivos

O IDS tinha os seguintes objectivos:

- Subsidiar a formulação de políticas e implementação de programas nas áreas de população e saúde;

- Aumentar a base internacional de dados sobre população e saúde para acompanhamento e avaliação; e

- Consolidar a capacidade técnica do pessoal do INE e do MISAU em matéria de inquéritos por amostragem.

O Programa internacional de inquéritos desta natureza teve início em 1984 e, desde então, já foram realizados inquéritos em mais de 50 países da América Latina, Caribe, África, Ásia e Leste Europeu.

Aspectos metodológicos

Questionários

Para a recolha de dados, adoptou-se metodologia de entrevistas aos agregados familiares de casa em casa, com aplicação de três tipos de questionários:

- Questionário de Agregados Familiares;
- Questionário de Mulheres;
- Questionário de Homens.

Os questionários tiveram por base o modelo utilizado pelos Inquéritos Demográficos e de Saúde para a terceira fase, contextualizados e acrescidos de questões específicas em atendimento às necessidades de dados para o País. Para facilitar a comunicação com a população analfabeta estes questionários foram traduzidos para dois idiomas maternos (Emakua e Xitsonga) e devidamente pré-testados na Cidade de Maputo, entre Outubro e Novembro de 1996.

Desenho e implementação da amostra

A amostra foi desenhada para ser representativa a nível nacional, provincial e áreas de residência urbano-rural, abrangendo somente a população residente em agregados familiares. Foi excluída da amostra a população que residia em instituições não residenciais, como hotéis, hospitais, quartéis militares, etc.

Tendo em conta a necessidade de obter indicadores de níveis de fecundidade, mortalidade infantil e na infância, de prevalência de uso de contraceptivos, etc. nos domínios acima mencionados, estimou-se que o tamanho da amostra devia permitir obter 9,000 entrevistas completas de mulheres de 15 a 49 anos. Um terço dos agregados familiares seleccionado foram também entrevistados os homens de 15 a 64 anos que aí se encontravam.

No momento da preparação do marco amostral a informação pré-censal existia somente para as áreas urbanas, isto é, para as capitais provinciais e para a Cidade de Maputo[2]. No domínio urbano a selecção foi feita em duas etapas. Na primeira, as áreas de enumeração foram seleccionadas com probabilidade proporcional ao tamanho, conforme o material cartográfico pré-censal. Na segunda, os agregados familiares dentro de cada área de enumeração foram seleccionados com probabilidade inversamente proporcional ao tamanho da área, para que dentro deste domínio a amostra seja auto-ponderada.

As características gerais da população entrevistada são resumidas no Quadro 1.5. No Anexo A apresentam-se os resultados mais detalhados da amostra estudada, incluindo dados das entrevistas feitas aos agregados familiares, bem como entrevistas individuais às mulheres e homens.

[2] A preparação do marco amostral coincidiu com os preparativos do II Recenseamento Geral de População e Habitação, que se realizou em Agosto de 1997.

Quadro 1.5 Resultados da amostra

Resultados das entrevistas dos agregados familiares e das entrevistas individuais aos homens e mulheres, por área de residência. Moçambique 1997

Resultado	Residência		Total
	Urbano	Rural	
MULHERES			
Agregados Familiares			
Seleccionados	2,515	8,544	11,059
Encontrados	2,178	7,503	9,681
Completos	2,090	7,192	9,282
Taxa de resposta	96.0	95.9	95.9
Mulheres			
Elegíveis	2,747	6,843	9,590
Entrevistadas	2,514	6,265	8,779
Taxa de resposta	91.5	91.6	91.5
HOMENS			
Agregados Familiares			
Seleccionados	809	2,613	3,422
Encontrados	717	2,370	3,087
Entrevistados	689	2,299	2,988
Taxa de resposta	96.1	97.0	96.8
Homens			
Elegíveis	958	1,931	2,889
Entrevistados	753	1,582	2,335
Taxa de resposta	78.6	81.9	80.8

Dos 11,059 agregados familiares seleccionados, obtiveram-se informações completas para 96 %, ou seja 9,282 agregados. Em termos de áreas de residência, não houve diferença significativa na taxa de resposta obtida nas zonas urbanas e rurais. A maioria das entrevistas não realizadas deveu-se a ausência das pessoas elegíveis (4.4 %) e por desocupação dos domicílios na altura do inquérito (4.1 %).

Dos 9,282 agregados com informação completa, foram encontradas 9,590 mulheres, o que significa em média uma mulher por agregado; desta amostra foram entrevistadas 92 %, ou seja, 8,779 mulheres. Como se pode ver no Anexo A, a Província de Tete teve a taxa de resposta mais baixa (76.2 %), a qual se deveu aos trabalhos agrícolas e, em particular, ao facto de as terras de cultivo se encontrarem distantes dos locais de residência.

Organização do inquérito

Estrutura do trabalho de campo e controle de qualidade

O trabalho de campo foi executado por 11 equipas, uma por província, constituídas por seis pessoas cada: Supervisor, Crítico de Campo e quatro Inquiridoras, além do motorista. O Ministério de Saúde proporcionou a maior parte do pessoal de campo, enquanto que os restantes eram das Delegações Provinciais do INE ou contratados pelo Projecto.

As Supervisoras tiveram a seu cargo a responsabilidade de medir o peso e altura das crianças e das mães. O trabalho de campo contou com uma estreita cooperação das autoridades locais e dos guias que apoiaram na localização das agregados familiares seleccionados.

O trabalho de campo foi acompanhado pelo Director Técnico, Consultor Residente da Macro e por dois Coordenadores regionais que realizaram numerosas visitas as equipas.

Além disso, durante a recolha de dados foi operacionalizado um rigoroso controle a nível de cada equipa sobre o processo de recolha, mediante a detecção de erros por parte da crítica de campo, o que permitiu a correcção imediata ainda no terreno. A nível da coordenação central, os críticos de dados fizeram revisão adicional dos questionários e os problemas encontrados eram comunicados as respectivas equipas, via "memorandum", pela coordenação regional.

O processamento interactivo e por lotes de informação através do programa ISSA (Integrated System for Survey Analysis), permitiu, a nível central, a obtenção periódica de resultados parciais, para análise dos dados recolhidos até dado momento, mediante a produção de tabelas para acompanhamento e controle de qualidade. Os resultados dessas tabulações foram reportados em retro alimentação às entrevistadoras, assegurando a qualidade dos dados.

Formação do pessoal de campo e recolha de dados

A fim de assegurar a uniformidade da formação e dos procedimentos de trabalho de campo, todo o pessoal de campo foi formado ao mesmo tempo por técnicos do INE e da Macro Internacional. As equipas receberam treinamento teórico-prático durante 3 semanas e meia, através de aulas expositivas, dinâmica de grupo, dramatização, exercícios e prática de campo. O curso decorreu de l4 a 27 de Fevereiro de 1997; 50 mulheres e 22 homens participaram na formação. Dada a diversidade étnica e linguística de Moçambique, todos os participantes eram originários das províncias onde deveriam trabalhar, e falavam correctamente os idiomas predominantes nessas zonas. Concluída a formação, as equipas iniciaram a recolha de dados em Março de 1997, tendo terminado em Julho.

Processamento de dados

A entrada de dados começou em Março, duas semanas após o início da recolha, tendo terminado em Agosto, um mês depois do término do trabalho de campo. As actividades de processamento do inquérito envolveram processos manuais e automáticos: recepção e verificação dos questionários, crítica (revisão e codificação), digitação, edição, análise de inconsistências e supervisão, envolvendo 1 supervisor geral, 4 críticos de dados e 20 digitadores. Fez-se uso do software interactivo ISSA para micro-computadores, programa desenhado especialmente para agilizar a digitação dos dados, crítica, obtenção de frequências e tabulações. Este programa permite verificar interactivamente os intervalos das variáveis, detectar inconsistências e controlar o fluxo interno dos dados durante a digitação dos questionários.

CAPÍTULO 2

CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO E DOS AGREGADOS FAMILIARES

O IDS recolheu também informações sobre as características demográficas e sócio-económicas mais importantes de cada um dos residentes habituais nos agregados familiares seleccionados, assim como dos visitantes que aí passaram na noite anterior à entrevista. Através dum questionário específico, foram registadas as seguintes informações: relação de parentesco com o chefe do agregado familiar, condição de residência, sexo, idade, grau de escolaridade, sobrevivência dos parentes, posse de bens duráveis, entre outras.

O comportamento demográfico das mulheres e dos homens é geralmente influenciado por diversas características sociais, culturais e económicas. Por isso, a descrição das características sócio-culturais e económicas da população entrevistada é importante, por um lado porque permite contextualizar os dados apresentados nos capítulos que constituem este relatório. Por outro lado, a análise das características dos agregados entrevistados permite avaliar o nível de representatividade da amostra, bem como a qualidade dos dados recolhidos.

Neste capítulo apresentam-se as características da população seleccionada e dos seus respectivos agregados familiares. O capítulo está dividido em três partes. A primeira parte descreve as características gerais da população em termos da sua composição por idades, sexo, residência, tamanho dos agregados, relações de parentesco, adopção, e nível educacional das mulheres e homens entrevistados. A segunda parte dedica-se à características da habitação e ambiente em que vivem os entrevistados. Na terceira parte apresentam-se aspectos individuais mais específicos apenas para as pessoas entrevistadas no âmbito da pesquisa, incluindo mulheres e homens em idade reprodutiva.

Os dados dos membros dos agregados familiares e dos indivíduos entrevistados, tanto mulheres com homens, referem-se à população de facto; isto é, aos residentes habituais e visitantes que passaram a noite anterior à entrevista na unidade de habitação seleccionada.

2.1 Características gerais da população

População por área de residência, segundo idade e sexo

No Quadro 2.1 apresenta-se a distribuição da população por idade e sexo a partir das informações obtidas de 40,433 pessoas entrevistadas nos agregados familiares e no Gráfico 2.1 apresenta-se a pirâmide da população total.

A composição da população por sexo que obtida no IDS é consistente com os resultados preliminares do censo 97, mantendo a tendência esperada. A população feminina constitui 53 % do total e a masculina os 47 % restantes, o que representa um índice de masculinidade de 90 homens para cada 100 mulheres. Os mesmos valores foram apurados nos resultados preliminares do censo 97. É importante notar-se, contudo, o baixo índice de masculinidade no grupo de idades de 20-29 anos, o qual apresenta apenas 67 homens por cada 100 mulheres.

Quadro 2.1 População nos agregados familiares, por idade, residência e sexo

Distribuição percentual da população de facto dos agregados familiares, segundo a residência e sexo, por grupos de idade, Moçambique 1997

	Urbana			Rural			Total		
Grupo de idade	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
0-4	15.3	14.5	14.9	18.4	15.9	17.0	17.6	15.6	16.5
5-9	15.0	14.0	14.5	16.5	15.3	15.9	16.1	15.0	15.5
10-14	14.2	15.6	14.9	16.3	13.5	14.8	15.8	14.0	14.8
15-19	14.2	11.2	12.7	8.4	8.6	8.5	9.8	9.2	9.5
20-24	8.1	9.0	8.5	5.6	8.5	7.1	6.2	8.6	7.5
25-29	6.8	9.0	7.9	6.2	8.0	7.2	6.4	8.2	7.4
30-34	6.1	6.6	6.3	4.7	5.1	4.9	5.0	5.4	5.2
35-39	5.0	5.7	5.4	4.7	5.4	5.1	4.7	5.5	5.1
40-44	4.2	3.3	3.8	3.5	4.0	3.8	3.7	3.8	3.8
45-49	2.7	2.8	2.8	3.2	3.5	3.4	3.1	3.4	3.3
50-54	1.7	2.3	2.0	2.6	4.0	3.4	2.4	3.6	3.0
55-59	1.6	1.4	1.5	2.5	2.2	2.3	2.3	2.1	2.1
60-64	1.9	1.5	1.7	1.9	2.2	2.1	1.9	2.1	2.0
65-69	0.9	0.6	0.7	2.5	1.5	1.9	2.1	1.3	1.7
70-74	0.5	1.2	0.8	1.4	0.7	1.0	1.2	0.8	1.0
75-79	0.3	0.4	0.4	0.7	0.4	0.6	0.6	0.4	0.5
80 +	0.1	0.5	0.3	0.6	0.8	0.8	0.5	0.8	0.6
Não sabe	1.4	0.5	1.0	0.3	0.1	0.2	0.6	0.2	0.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número	4,592	4,670	9,261	14,531	16,610	31,140	19,122	21,279	40,402

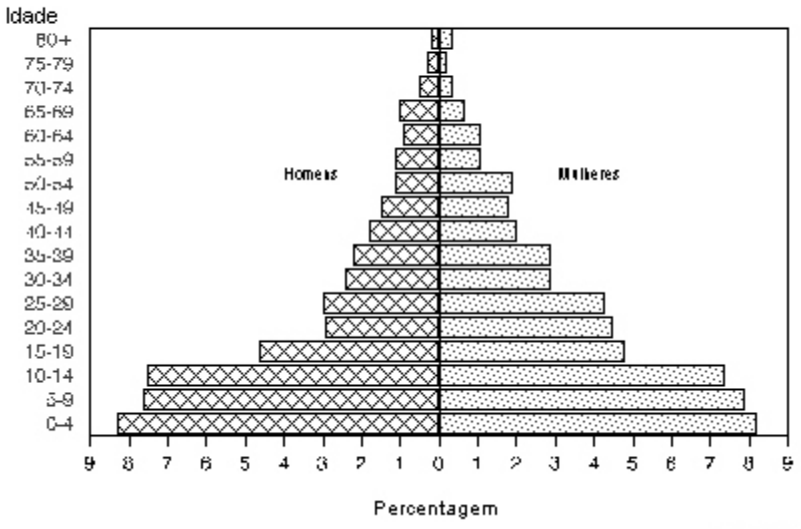
Nas áreas urbanas a relação entre os sexos é mais equilibrada do que nas áreas rurais: 51 % mulheres para 50 % homens as primeiras contra 47 % homens e 53 % mulheres nas segundas. Pensa-se que tal diferença se deve, por um lado, à emigração masculina das áreas rurais para os centros urbanos e países vizinhos; por outro lado, é possível que os jovens do sexo masculino tenham sido mais afectados pelo conflito armado que assolou Moçambique durante mais de uma década e meia. No que diz respeito à urbanização, 23 % da população entrevistada encontra-se nas áreas urbanas.[1]

Composição dos agregados familiares

Os tipos de organização familar em que vivem os indivíduos duma certa sociedade, assim como as implicações que daí advêm, podem ser analisados considerando a composição dos agregados familiares. Por exemplo, a distribuição dos recursos financeiros disponíveis para os seus membros, a estruturas das despesas, a propensão à poupança, entre outros aspectos, estão intrinsecamente relacionados com a composição dos agregados familiares. O tamanho do agregado familiar e o sexo do seu chefe, por exemplo, estão fortemente associados com os níveis de bem estar.

[1] Neste inquérito, considerou-se como população urbana só a que residia nas capitais províncias, incluindo a da Maputo Cidade.

Gráfico 2.1
Distribuição da população por sexo e idade



Para fins deste inquérito, definiu-se por agregado familiar um conjunto de pessoas que vivem e comem habitualmente em comum, independentemente de estarem ou não ligadas por laços de parentesco. Por chefe de agregado entendeu-se como sendo a pessoa que, dentro do mesmo, toma as decisões principais. Neste inquérito, foi o chefe quem respondeu ao questionário dos agregados familiares.

O Quadro 2.2 apresenta a distribuição percentual dos agregados familiares de acordo com o sexo do chefe e seus tamanhos, por área de residência. A maior parte dos agregados familiares são chefiados por homens: 73 % a nível nacional, 80 % nas áreas urbanas e 72 % nas rurais. A percentagem de agregados chefiados por mulheres é maior nas áreas rurais que nas urbanas, 28 % contra 21 %, respectivamente. Isto sugere que a maior proporção de agregados familiares chefiados por mulheres é mais um fenómeno rural que urnbano, provavelmente devido ao elevado índice de poligamia e à migração masculina em direcção aos centros urbanos[2].

Quadro 2.2 Composição dos agregados familiares

Distribuição percentual dos agregados familiares, segundo o sexo do chefe, número de moradores habituais e presença de crianças adoptadas, por residência, Moçambique 1997

	Residência		
Característica	Urbana	Rural	Total
Sexo do chefe do agregado familiar			
Masculino	79.5	71.8	73.2
Feminino	20.5	28.2	26.8
Número de moradores habituais			
1	7.1	10.2	9.6
2	8.8	14.6	13.5
3	9.6	18.3	16.7
4	13.7	16.0	15.6
5	12.9	12.9	12.9
6	13.3	10.9	11.3
7	10.4	5.8	6.7
8	8.6	4.1	4.9
9 +	15.6	7.2	8.8
Total	100.0	100.0	100.0
Número médio	5.6	4.4	4.6
Agregados familiares com crianças sem pais[1]	26.5	20.5	21.6

[1]Percentagem de domicílios com crianças menores de 15 anos de idade, cujos pais naturais não moram no agregado familiar.

[2] Nas habitações onde um homem se encontrava casado em regime de poligamia, este foi considerado responsável de apenas um único agregado familiar.

Tal como os dados revelam os agregados com um só membro são relativamente raros, variando entre 7 a 10 %, respectivamente nas áreas urbanas e rurais. O número médio de membros por agregado familiar é de 4.6 pessoas, variando de 4.4 nas áreas rurais e 5.6 nas urbanas. Nestas últimas, cerca de 13 % dos agregados familiares têm entre 4 e 6 pessoas, enquanto que nas áreas rurais cerca de 18 % dos agregados têm entre 3 a 4 pessoas. Esta diferença deve-se certamente à carência de habitação nas áeas urbanas, em como aos elevados custos de construção e à pouca capacidade aquisitiva da população da população urbana.

Presença dos pais nos agregados familiares

O Quadro 2.3 apresenta a distribuição percentual das crianças menores de 15 anos, segundo a condição de sobrevivência e residência dos pais. Esta informação é relevante para análises da saúde e comportamento social futuro destas crianças. Os dados do IDS mostram que 60 % de crianças menores de 15 anos de idade moram com ambos os pais; 20 % vivem apenas com a mãe, 6 % só com o pai e 13 % com nenhum dos pais. Entre estes últimos, 9 % tem ambos os pais vivos, quase 2 % tem o pai ou as mães vivas, e apenas 1 % é órfão de ambos os pais.

Quadro 2.3 Crianças que vivem com os pais ou outras pessoas

Distribuição percentual de menores de 15 anos que vivem com os pais ou com outras pessoas, segundo a situação de sobrevivência dos pais, por idade da criança, sexo, residência e províncias, Moçambique 1997

		Vive com a mãe		Vive com o pai		Vive com outras pessoas						
Característica	Vive com ambos os pais	Pai vivo	Pai falecido	Mãe viva	Mãe falecida	Pai e mãe vivos	Pai e vivo	Mae viva	Ambos fale-cidos	Mãe viva/ Pai desapa-recidos	Total	Número de crianças
Idade												
0-2	76.4	16.9	2.5	0.7	0.4	1.4	0.4	0.1	0.1	1.2	100.0	4,039
3-5	67.2	14.7	3.6	3.5	1.1	7.4	0.7	0.4	0.3	1.2	100.0	4,145
6-9	58.1	13.5	5.2	4.2	3.0	10.0	1.9	1.5	0.5	1.9	100.0	5,115
10-14	45.2	13.1	8.0	3.9	4.3	12.8	3.4	3.2	2.5	3.7	100.0	6,191
Sexo												
Masculino	60.7	14.7	5.5	3.4	2.2	7.3	1.7	1.7	1.2	1.6	100.0	9,696
Feminino	58.8	14.0	4.9	3.0	2.8	9.8	1.9	1.3	0.9	2.7	100.0	9,793
Residência												
Urbana	56.4	15.9	4.2	4.4	3.0	9.6	1.3	1.8	0.9	2.5	100.0	4,215
Rural	60.7	13.9	5.5	2.9	2.4	8.2	1.9	1.4	1.0	2.1	100.0	15,275
Província												
Niassa	58.2	15.8	3.3	0.8	2.6	9.6	3.8	1.0	0.4	4.6	100.0	1,074
Cabo Delgado	51.7	21.5	2.5	2.4	3.5	8.0	3.8	1.8	0.9	3.9	100.0	1,219
Nampula	57.0	18.0	4.3	3.2	1.0	12.0	1.3	1.3	0.7	1.2	100.0	3,187
Zambézia	65.7	12.2	6.6	2.1	2.7	5.3	2.2	0.9	0.9	1.5	100.0	3,223
Tete	63.6	12.0	5.4	1.0	2.3	7.0	3.0	2.2	1.0	2.4	100.0	935
Manica	65.6	14.4	7.3	1.4	1.8	4.5	1.5	1.2	1.0	1.3	100.0	1,212
Sofala	73.2	5.0	4.1	5.0	5.2	2.0	0.4	0.8	1.7	2.8	100.0	2,626
Inhambane	46.0	16.4	4.8	7.6	3.8	13.0	2.2	2.8	1.1	2.5	100.0	1,749
Gaza	61.7	11.1	8.0	1.9	1.6	9.4	1.9	2.0	1.4	1.1	100.0	1,975
Maputo	42.2	22.5	4.9	3.3	0.2	19.7	0.9	2.7	1.1	2.5	100.0	1,284
Maputo Cidade	57.6	18.6	4.8	4.8	1.7	7.3	0.8	1.1	0.5	2.9	100.0	1,005
Total	59.7	14.3	5.2	3.2	2.5	8.5	1.8	1.5	1.0	2.2	100.0	19,489

Entre os 20 % de crianças que vive apenas com a mãe; apenas 5 % é devido a morte do pai, sendo os restantes porque ambos os pais se separaram ou por abandono por parte do pai. Inversamente, dos 6 % que vive apenas com o pai cerca de metade é por falecimento da mãe.

A orfandade materna é maior províncias de Sofala (5 %), Inhambane (4 %) e Cabo Delgado (4 %) e menor na Província de Maputo (menos de 1 %). Por seu turno, a orfandade paterna é maior nas Províncias de Gaza (8 %), Manica (7 %) e Zambézia (7 %) e menor na Província de Cabo Delgado (3 %).

Nível de escolaridade e frequência escolar

A escolaridade da população é um dos factores sociais frequentemente usado na análise sócio-demográfica, por causa da influência que exerce sobre a conduta reprodutiva, as atitudes e prática em relação ao planeamento familiar, o cuidado pela saúde das crianças, hábitos de higiene e alimentação, bem como na procura de assistência em caso de doença. O nível de escolaridade tem influência também na receptividade das mensagens de medicina preventiva, principalmente as que se dirigem à mulher.

Além do nível escolaridade, também é importante a análise dos níveis de frequência escolar por parte da população maior de 6 anos de idade. Os Quadros 2.4 e 2.5 mostram os níveis de escolaridade alcançados, segundo áreas de residência e províncias. Cerca de 47 % da população feminina e 26 % da masculina não

Quadro 2.4 Nível de instrução da população dos agregados familiares: população masculina

Distribuição percentual da população de facto masculina dos agregados familiares, de 6 anos de idade ou mais, segundo nível de escolaridade, por características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Nível de Escolaridade				Total	Número de pessoas	Número mediano de anos estudados
	Sem esco-laridade	Primário	Secundário ou mais	No sabe/ faltante			
Idade							
6-9	43.2	52.6	0.0	4.2	100.0	2,430	0.0
10-14	15.2	82.0	0.6	2.1	100.0	3,023	1.2
15-19	12.3	79.4	7.0	1.3	100.0	1,867	3.4
20-24	17.9	63.9	11.8	6.3	100.0	1,189	3.2
25-29	20.8	61.8	11.3	6.1	100.0	1,218	3.0
30-34	16.9	63.5	11.7	7.9	100.0	961	3.4
35-39	17.0	65.6	11.6	5.8	100.0	906	3.1
40-44	20.2	63.4	8.2	8.2	100.0	708	2.6
45-49	36.1	53.1	3.3	7.5	100.0	597	0.6
50-54	38.1	47.9	2.5	11.5	100.0	456	0.0
55-59	39.0	55.1	2.6	3.3	100.0	432	1.2
60-64	45.1	45.6	1.2	8.1	100.0	360	0.0
65+	64.8	30.3	2.1	2.8	100.0	839	0.0
Não sabe	26.7	21.4	2.8	49.1	100.0	110	0.0
Residência							
Urbana	10.2	65.7	16.5	7.6	100.0	3,735	3.6
Rural	31.5	63.1	1.4	4.1	100.0	11,361	0.5
Província							
Niassa	32.8	56.5	4.1	6.6	100.0	768	0.4
Cabo Delgado	39.1	55.7	1.3	3.9	100.0	1,056	0.0
Nampula	33.5	60.8	2.2	3.5	100.0	2,749	0.2
Zambézia	25.3	68.9	2.9	2.9	100.0	2,686	1.7
Tete	35.6	57.6	3.6	3.2	100.0	664	0.1
Manica	26.7	64.7	4.7	3.9	100.0	811	1.3
Sofala	23.3	59.2	8.1	9.4	100.0	1,886	0.7
Inhambane	21.6	73.3	2.3	2.8	100.0	1,297	1.5
Gaza	22.2	68.6	4.7	4.5	100.0	1,237	1.1
Maputo	17.9	63.0	12.0	7.1	100.0	999	2.6
Maputo Cidade	7.0	66.3	17.5	9.3	100.0	942	3.7
Total	26.2	63.7	5.1	4.9	100.0	15,096	1.2

Quadro 2.5 Nível de instrução da população dos agregados familiares: população feminina

Distribuição percentual da população de facto feminina dos agregados familiares, de 6 anos de idade ou mais, segundo nível de escolaridade, por características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Nível de Escolaridade				Total	Número de pessoas	Número mediano de anos estudados
	Sem esco-laridade	Primário	Secundário ou mais	No sabe/ faltante			
Idade							
6-9	51.5	45.6	0.0	2.9	100.0	2,529	0.0
10-14	28.5	68.4	0.6	2.6	100.0	2,974	0.6
15-19	31.3	62.0	4.4	2.4	100.0	1,957	1.5
20-24	40.9	50.2	5.1	3.8	100.0	1,826	0.9
25-29	37.0	55.9	5.6	1.5	100.0	1,752	1.0
30-34	35.2	59.7	3.1	2.0	100.0	1,154	0.8
35-39	58.1	34.2	4.4	3.3	100.0	1,166	0.0
40-44	61.7	35.2	1.1	2.0	100.0	811	0.0
45-49	67.9	30.1	0.6	1.3	100.0	721	0.0
50-54	79.0	17.3	0.2	3.5	100.0	774	0.0
55-59	79.7	15.2	0.3	4.8	100.0	437	0.0
60-64	82.2	10.8	0.0	7.1	100.0	442	0.0
65+	88.3	8.4	0.2	3.1	100.0	709	0.0
Não sabe	53.4	22.4	0.2	23.9	100.0	47	0.0
Residência							
Urbana	21.3	65.6	8.2	4.9	100.0	3,873	2.0
Rural	55.0	42.2	0.6	2.3	100.0	13,426	0.0
Província							
Niassa	50.8	45.4	1.1	2.7	100.0	875	0.0
Cabo Delgado	62.6	33.4	0.4	3.6	100.0	1,126	0.0
Nampula	61.0	37.8	0.6	0.5	100.0	2,653	0.0
Zambézia	46.0	50.9	1.2	1.9	100.0	2,856	0.0
Tete	54.4	41.6	1.2	2.8	100.0	717	0.0
Manica	54.2	43.2	1.6	1.0	100.0	943	0.0
Sofala	51.6	40.8	1.5	6.1	100.0	2,083	0.0
Inhambane	37.9	58.9	1.6	1.6	100.0	1,703	0.3
Gaza	46.2	48.9	1.9	2.9	100.0	1,952	0.0
Maputo	30.8	57.0	8.1	4.1	100.0	1,377	1.1
Maputo Cidade	17.4	66.2	10.1	6.3	100.0	1,014	2.9
Total	47.4	47.4	2.3	2.8	100.0	17,299	0.0

Nota: Quadro baseado na população de facto

tem nenhum grau de escolariade. Na população feminina, a percentagem de analfabetismo é muito elevada, particularmente nas idades activas por serem potenciais geradoras de bens e serviços. Na população masculina, as percentagens mais elevadas de analfabetismo situam-se nas idades acima dos 44 anos, variando os 36 e os 65 %.

A entrada tardia no sistema educativo dos menores de 10 anos continua sendo um problema sério em Moçambique. Cerca de 52 % da população feminina e 43 % da masculina completa os dez anos sem nenhum grau de escolaridade. Contudo, os dados também mostram que as gerações mais jovens têm maior acesso ao sistema educativo do que as mais velhas.

No que diz respeito à distribuição por área de residência, mantém-se a tendência observada nas pesquisas anteriores; isto é, a proporção da população sem nenhum grau de escolaridade é menor áreas urbanas que nas rurais. Esta diferença é de 10 % contra 32 % na população masculina e de 21 % contra 55 % na masculina.

Cerca de 47 % das mulheres e 64 % dos homens tem um nível de ensino primário; com nível de educação secundário ou mais, existem apenas 2 % das mulheres e 5 % dos homens. Esta diferença explica-se pelo facto de se ter encontrado poucas mulheres com graus de ensino acima do secundário, particularmente nas províncias do Centro e do Norte do País. Contudo, estes baixos níveis de escolaridade abrangem quase todo o País, com a excepção, por um lado, a Cidade de Maputo que apresenta níveis de educação secundária ou mais de 10 e 18 %, respectivamente para as mulheres e para os homens. Por outro lado, a Província de Maputo, também se distingue das restantes, pois 8 % das mulheres e 12 % dos homens possuem o grau de ensino secundário ou mais.

O Quadro 2.6 mostra-se a frequência escolar desagregada por grandes grupos de idades, segundo sexo e área de residência. Os dados destacam diferenças entre os dois sexos e as idades, tanto nas áreas urbanas como nas rurais. No País, cerca de 55 % de crianças de 6 a 15 anos frequenta um estabelecimento de ensino regular, sendo 75 % nas áreas urbanas e 49 % nas rurais. As crianças do sexo feminino apresentam percentagens mais baixas de frequência escolar: 50 %, contra 61 % do masculino.

Finalmente, no que diz respeito à diferença entre as idades, nota-se que a maior percentagem de frequência escolar verifica-se entre as crianças de 11-15 anos, 61 % a nível nacional e 57 % nas áreas rurais. Isto reflecte, como já foi mencionado, a entrada tardia das crianças na escola, com a excepção das áreas urbanas.

Quadro 2.6 Frequência escolar

Porcentagem da população de facto dos agregados familiares, de 7 a 24 anos de idade, que estão frequentando uma escola, por idade, sexo e residência, Moçambique 1997

	População masculina			População feminina			População total		
Grupo de idade	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total
6-10	76.5	46.9	53.3	76.1	39.2	47.0	76.3	43.0	50.1
11-15	78.9	65.8	68.9	68.3	48.4	53.7	73.3	57.3	61.3
Total 6-15	77.7	55.4	60.5	72.1	43.2	50.0	74.8	49.3	55.2
16-20	45.0	27.3	33.4	23.3	6.0	10.3	35.3	15.2	21.1
21-24	20.3	5.3	9.9	9.6	0.3	2.4	14.5	2.1	5.4

2.2 Características da habitação

O IDS recolheu informações sobre as condições físicas dos agregados familiares com o objectivo de se conhecer as condições sócio-económicas em que vivem os entrevistados. O acesso à electricidade, o tipo de abastecimento de água, as instalações sanitárias, tipo do pavimento e o número de pessoas por quarto/divisão usado para dormir são determinantes importantes para as condições de saúde e bem estar dos membros dos agregados familiares, particularmente para as crianças.

O Quadro 2.7 apresenta as principais características das habitações, segundo o local de residência. A maioria dos agregados familiares está desprovida de electricidade: 93 % em todo o País; 74 e 97 % nas

áreas urbanas e rurais, respectivamente. Contudo, é importante salientar que a despeito destes baixos valores, desde 1980 houve um aumento de 21 % no número de agregados com electricidade.

Quanto às fontes de água para beber, os revelam o seguinte:

- 49 % abastece-se com água dos poços
- 29 % abastece-se com água de superfície
- 20 % usa água canalizada
- Menos de 1 % da água da chuva

O consumo de água canalizada é privilégio dos agregados familiares urbanos, onde a percentagem atinge os 71 %, contra os 9 % das áreas rurais.

O IDS recolheu também informações sobre o tempo que as pessoas demoram a abastecerem-se de água, incluindo o tempo de deslocação, para tirá-la e regresso ao ponto de origem. Apurou-se que 40 % do total de agregados obtém água dentro de 15 minutos, sendo 74 % nas áreas urbanas e 32 % nas rurais.

O tratamento adequado de dejectos humanos, através de uma rede de esgoto e fossa séptica é privilégio dum número muito reduzido de agregados familiares, representando tal número apenas 2 % no País total, 11 % nas áreas urbanas e menos de 1 % nas rurais. Cerca de 65 % dos agregados está desprovida de qualquer tipo de facilidade sanitária; estes geralmente usam o mato, para a satisfação das suas necessidades, com todos os riscos que tais meios acarretam para a saúde da população, pois sabe-se que a contaminação fecal é um dos principais causadores de doenças diarréicas, entre outras.

Quanto a posse de latrinas, o IDS mostra que pouco mais de um terço dos agregados familiares tem latrina. Este dado sugere uma redução comparativamente a 1980, altura em que 47 % dos agregados tinha latrina. Esta redução reflecte uma diminuição unicamente nas áreas

Quadro 2.7 Características das habitações

Distribuição percentual dos agregados familiares, segundo suas características, por residência, Moçambique 1997

Característica dos agregados familiares	Residência		
	Urbano	Rural	Total
Electricidade			
Não tem	73.7	97.2	92.7
Tem	25.8	2.1	6.6
Sem informação	0.5	0.7	0.7
Total	100.0	100.0	100.0
Fonte de água para beber			
Água canalizada	70.5	8.6	20.3
Dentro da própria casa	23.4	0.6	4.9
Casa do vizinho	23.5	1.2	5.4
Água pública	23.7	6.9	10.0
Água do poço	27.5	54.5	49.4
No quintal próprio	5.7	2.8	3.4
No quintal do vizinho	15.4	4.1	6.2
Poço público	6.3	47.7	39.9
Água de superfície	1.5	35.8	29.3
Riacho	0.3	17.3	14.1
Rio	1.1	15.7	13.0
Lago	0.1	2.6	2.1
Barragem	0.0	0.2	0.2
Água da chuva	0.2	0.5	0.5
Sem informação	0.0	1.0	1.0
Total	100.0	100.0	100.0
Tempo para a fonte de água			
Dentro de 15 minutos	73.9	31.5	39.5
Tempo mediano	4.7	19.6	14.9
Tipo de facilidade sanitário			
Casa de banho própria	11.1	0.1	2.2
Casa de banho colectiva	1.1	0.0	0.2
Fossa séptica	53.2	25.8	30.9
Latrina	2.5	0.3	0.7
Com nenhuma facilidade/mato	31.4	73.1	65.2
Outra	0.1	0.0	0.0
Sem informação	0.7	0.8	0.7
Total	100.0	100.0	100.0
Material predominante no piso			
Chão natural	38.1	89.5	79.8
Terra batida	38.1	89.5	79.8
Chão rudimentar	2.0	3.2	2.9
Madeira rudimentar	0.6	0.0	0.1
Adobe	1.4	3.1	2.8
Chao terminado	59.2	6.4	16.4
Parquet/madeira encerada	6.5	0.0	1.2
Ladrilho/tijolo	0.6	0.0	0.1
Cimento	52.1	6.4	15.0
Outro	0.2	0.2	0.2
Sem informação	0.5	0.7	0.6
Total	100.0	100.0	100.0
Pessoas por quarto de dormir			
1-2	58.9	58.5	58.6
3-4	32.2	29.1	29.7
5-6	4.8	9.1	8.3
7 +	2.3	2.1	2.2
Sem informação	1.8	1.2	1.3
Total	100.0	100.0	100.0
Média de pessoas	2.7	2.6	2.6

rurais, de 43 % em 1980 para 26 % em 1997, pois no caso das áreas urbanas observa-se que, no mesmo período, houve um aumento na posse de latrinas de 23 % em 1980 para 53 % em 1997. Estas variações sugerem um enfraquecimento da organização social a favor da construção de latrinas, com o objectivo de combater doenças e melhorar a saúde da população, o que é compreensível se se considerar que durante o período da guerra muitas áreas rurais estiveram muito tempo inacessíveis.

O tipo de piso mais comum nos agregados familiares do País é de terra batida, representando 80 %; mas no meio urbano o mais comuns é o de cimento (52 %).

Finalmente, o número de pessoas por quarto/divisão para dormir frequentemente se associa às condições económicas de maior pobreza e aos maiores riscos de enfrentar riscos de doenças e de morrer, principalmente no grupo materno-infantil. Os resultados do IDS indicam que os agregados familiares têm em média 3 pessoas por quarto, tanto nas áreas urbanas como nas rurais. Mais de metade dos agregados familiares, isto é, 59 % nas áreas urbanas e 58 % nas rurais, têm entre uma a duas pessoas por quarto.

Bens de consumo duráveis

Além dos serviços básicos analisados anteriormente, como indicadores de bem estar na população, o IDS recolheu também informação adicional sobre bens duráveis de consumo existentes nos agregados familiares. A existência de dessos bens indica também o acesso aos meios de comunicação de massa (TV, rádio) e a exposição às inovações tecnológicas (Quadro 2.8).

Quadro 2.8 Bens duráveis do agregado familiar

Porcentagem de agregados familiares que possuem bens de consumo duráveis, por residência, Moçambique 1997

	Residência		
Bens duráveis	Urbano	Rural	Total
Rádio	58.7	24.0	30.5
Televisão	14.5	0.4	3.0
Telefone	5.4	0.0	1.0
Geleira	14.9	0.8	3.5
Bicicleta	14.3	15.1	15.0
Motorizada	5.3	0.6	1.5
Carro pessoal	5.7	1.0	1.8
Nenhum	35.8	68.3	62.2
Número de agregados familiares	1,750	7,532	9,282

Um terço dos agregados familiares entrevistados possui rádio (31 %) e apenas 3 % tem televisor. No país a televisão é transmitida apenas nas capitais e arredores de 3 províncias (Maputo Cidade, Sofala e Nampula) e tão pouco é universal, razão da fraca percentagem. Nas áreas rurais apenas 0.4 % de agregados familiares é que um televisor.

A grande maioria dos agregados familiares não possui telefone, apenas 1 % possui este bem. A geleira é encontrada em 4 % dos agregados familiares, 15 % nos urbanos e menos de 1 % nos rurais. Os demais bens de consumo, como bicicleta, carro e motorizada, apresentam percentuais de 15 %, 1.8 % e 1.5 %, respectivamente.

2.3 Características das mulheres e dos homens entrevistados

A descrição de características específicas da população entrevistada pelo IDS constitui uma parte importante da contextualização dos dados apresentados nos capítulos seguintes deste relatório. O Quadro 2.9 apresenta a distribuição percentual de mulheres e homens entrevistados, segundo a idade, estado civil, área de residência, província, nível de escolaridade, religião e língua materna.

Quadro 2.9 Características seleccionadas das pessoas entrevistadas

Distribuição percentual das mulheres e dos homens entrevistados, por idade, residência, estado civil, província, nível de escolaridade e religião, Moçambique 1997

	Mulheres			Homens		
		Número de mulheres			Número de homens	
Característica	Porcentagem ponderada	Ponderado	Não-ponderado	Porcentagem ponderada	Ponderado	Não-ponderado
Idade						
15-19	20.9	1,836	1,872	16.4	382	460
20-24	18.9	1,663	1,733	14.3	333	345
25-29	18.1	1,591	1,544	14.3	333	286
30-34	13.6	1,197	1,172	11.2	261	282
35-39	11.7	1,028	1,087	12.8	300	257
40-44	8.3	724	713	9.3	216	210
45-49	8.4	739	658	6.4	150	180
50-54	0.0	0	0	6.5	152	108
55-59	0.0	0	0	5.7	132	115
60-64	0.0	0	0	3.3	76	92
Estado civil						
Solteira	15.1	1,330	1,544	24.4	570	654
Casada	19.7	1,730	1,608	20.9	487	547
União marital	54.7	4,800	4,652	50.3	1,175	997
Viuva	1.2	102	95	0.2	4	7
Divorciada	0.4	38	39	0.3	6	7
Separada	8.9	780	841	4.0	93	123
Residência						
Urbana	23.9	2,095	2,514	27.7	646	753
Rural	76.1	6,684	6,265	72.3	1,689	1,582
Província						
Niassa	5.2	457	738	4.8	111	182
Cabo Delgado	6.2	546	618	7.4	172	215
Nampula	16.6	1,462	887	15.7	367	248
Zambézia	15.0	1,319	727	17.5	408	237
Tete	3.6	314	458	4.1	95	145
Manica	5.5	484	854	5.2	122	231
Sofala	13.7	1,199	960	15.9	371	301
Inhambane	9.0	793	796	7.7	179	147
Gaza	11.3	994	938	7.6	177	153
Maputo	7.3	640	723	6.7	155	154
Maputo Cidade	6.5	570	1,080	7.6	177	322
Nível de escolaridade						
Sem escolaridade	42.9	3,765	3,434	19.6	457	414
Primário	52.7	4,631	4,844	69.6	1,625	1,596
Secundário ou mais	4.4	384	501	10.8	253	325
Assistência escolar						
Sim	3.9	343	462	9.4	220	280
Não	96.0	8,428	8,303	89.0	2,078	1,988
Religião[1]						
Católica	29.2	2,568	2,404	34.7	811	736
Protestante	26.2	2,298	2,538	18.6	435	454
Muçulmana	17.1	1,498	1,478	17.4	407	452
Outra	6.4	559	608	7.2	169	144
Sem religião	20.4	1,795	1,679	20.6	482	517
Total	100.0	8,779	8,779	100.0	2,335	2,335

[1] Exclui os casos sem informação

Os dados referem-se à 8.779 mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) e 2.335 homens dos 15 a 59 anos entrevistados. Das mulheres entrevistadas, 24 % são urbanas e 76 % rurais, mas consideradas no conjunto 58 % são menores de 30 anos. Quanto ao estado civil, 55 % das mulheres vive em união de facto, 20 % são casadas, 15 % são solteiras, 9 % estão separadas, 1 % viúvas e menos de 1 % encontram-se divorciadas.

Tal como foi mencionado na secção anterior, o nível de escolaridade dos homens é melhor que os das mulheres. No que diz respeito ao nível educacional mais elevado atingido, verifica-se que cerca de 43 % das mulheres, contra 20 % dos homens, nunca estudaram; 53 % das mulheres possuem o nível escolar primário, contra 70 % dos homens; e 4 % das mulheres possuem o ensino secundário ou mais contra 11 % dos homens. No momento da entrevista a maioria das mulheres (96 %) não se encontrava a estudar; ou seja, apenas cerca 4 % estavam a frequentar a escola.

No que diz respeito às religião ou crença que professam, 29 % das mulheres declararou a católica, 26 % a protestante, 21 % nenhuma, e 17 % a muçulmana. Quanto a língua materna, cerca de 28 % das mulheres fala a língua Emakua, seguido-se 23 % de falantes de Cisena e línguas similares, 20 % fala Xitsonga e 12 % fala Xitswa. Apenas 4 % das mulheres declararou o Português como sua língua materna.

Para os homens, as percentagens são as seguintes: 28 % reside nas áreas urbanas e 72 % nas rurais; 45 % é menor de 30 anos; 50 % vive em união de facto, 21 % é casado, 24 % é solteiro, 4 % encontrava-se separado, menos de 1 % na condição de viúvo e divorciado. No concernente à educação, para além dos dados referidos acima, verifica-se que a maioria dos homens (89 %) não frequenta actualmente nenhum estabelecimento de ensino; apenas 9 % estava a frequentar a escola na altura da entrevista.

Quanto à língua materna, cerca de 29 % dos homens fala Emakua, seguido 26 % dos que falam Cisena e similar, 15 % fala Xitsonga e 11 % fala Xitswa. Do total da população, apenas 5 % dos homens declarou o Português como língua materna.

Nível de escolaridade dos entrevistados

Como tivemos a oportunidade de aludir nas sessões anteriores, o nível de escolaridade tem influi de forma preponderante nas atitudes e práticas relacionadas com a saúde e comportamento reprodutivo, tamanho ideal da família e planeamento familiar. Dada a importância deste factor, nesta sessão analisa-se o nível de escolaridade e outras características dos homens e mulheres em idade reprodutiva entrevistados no IDS.

Os Quadros 2.10 e 2.11 mostram a distribuição da população por idade e sexo a partir das informações das mulheres de 15 a 49 anos e dos homens de 15 a 64 anos. Do total de mulheres entrevistadas, 43 % são analfabetas, concluíram o nível primário e apenas 4 % tem o secundário ou mais. Para os homens, é a seguinte distribuição por grau de ensino mais elevado: 20 % são analfabetos, 70 % possuiem o nível primário e 11por cento o secundário ou mais.

Quando considerado em termos de províncias, o analfabetismo é mais elevado em Niassa e Nampula para as mulheres e em Tete para os homens, onde 54 % e 39 %, respectivamente, são analfabetos. A Cidade de Maputo apresenta as percentagens mais baixas de analfabetismo: 12 % para as mulheres e 4 % para os homens.

Quadro 2.10 Nível de instrução da população feminina entrevistada

Distribuição percentual da população feminina entrevistada, segundo nível de escolaridade, por características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Nível de escolaridade: Nenhum	Primário	Secundário ou mais	Total	Número de pessoas
Idade					
15-19	28.4	66.5	5.2	100.0	1,836
20-24	35.1	60.2	4.7	100.0	1,663
25-29	38.6	55.0	6.4	100.0	1,591
30-34	36.7	58.0	5.3	100.0	1,197
35-39	58.5	38.5	3.0	100.0	1,028
40-44	66.0	32.9	1.1	100.0	724
45-49	71.3	27.8	0.9	100.0	739
Residência					
Urbana	18.0	68.1	13.9	100.0	2,095
Rural	50.7	47.9	1.4	100.0	6,684
Província					
Niassa	54.2	43.7	2.0	100.0	457
Cabo Delgado	53.1	46.7	0.2	100.0	546
Nampula	54.2	44.2	1.6	100.0	1,462
Zambézia	40.5	57.1	2.4	100.0	1,319
Tete	52.4	46.4	1.2	100.0	314
Manica	44.5	53.5	2.0	100.0	484
Sofala	52.3	45.9	1.8	100.0	1,199
Inhambane	30.7	65.3	4.0	100.0	793
Gaza	40.5	54.4	5.1	100.0	994
Maputo	27.5	56.9	15.6	100.0	640
Maputo Cidade	12.3	69.8	17.9	100.0	570
Religião[1]					
Católica	35.4	58.0	6.6	100.0	2,568
Protestante	33.4	62.3	4.3	100.0	2,298
Muçulmana	52.1	44.9	3.0	100.0	1,498
Outra	40.8	55.0	4.2	100.0	559
Sem religião	58.9	38.9	2.2	100.0	1,795
Total	42.9	52.7	4.4	100.0	8,779

[1] Exclui os casos sem informação

Quadro 2.11 Nível de instrução da população masculina entrevistada

Distribuição percentual da população masculina entrevistada, segundo nível de escolaridade, por características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Nível de escolaridade: Nenhum	Primário	Secundário ou mais	Total	Número de pessoas
Idade					
15-19	9.8	82.2	8.0	100.0	382
20-24	13.9	73.4	12.7	100.0	333
25-29	13.2	67.0	19.8	100.0	333
30-34	22.2	60.1	17.7	100.0	261
35-39	18.8	71.7	9.5	100.0	300
40-44	17.1	75.9	7.0	100.0	216
45-49	27.3	67.4	5.3	100.0	150
50-54	32.9	62.6	4.6	100.0	152
55-59	43.7	55.7	0.6	100.0	132
60-64	38.6	50.1	11.3	100.0	76
Residência					
Urbana	4.7	64.4	31.0	100.0	646
Rural	25.3	71.6	3.1	100.0	1,689
Província					
Niassa	27.3	65.0	7.8	100.0	111
Cabo Delgado	25.7	71.1	3.2	100.0	172
Nampula	16.9	78.3	4.8	100.0	367
Zambézia	28.7	64.7	6.6	100.0	408
Tete	38.5	47.8	13.7	100.0	95
Manica	14.3	72.4	13.3	100.0	122
Sofala	14.0	73.9	12.1	100.0	371
Inhambane	13.9	79.0	7.0	100.0	179
Gaza	19.2	76.4	4.4	100.0	177
Maputo	19.9	54.2	25.9	100.0	155
Maputo Cidade	4.3	62.3	33.5	100.0	177
Religião[1]					
Católica	12.5	73.7	13.8	100.0	811
Protestante	11.9	72.7	15.4	100.0	435
Muçulmana	22.0	69.5	8.6	100.0	407
Outra	23.7	71.9	4.4	100.0	169
Sem religião	35.0	60.2	4.8	100.0	482
Total	19.6	69.6	10.8	100.0	2,335

Assistência escolar

O nível educacional alcançado e as razões para abandonar a escola são apresentados no Quadro 2.12. Observa-se que entre as mulheres de 15 a 24 anos actualmente frequentando a escola, 10 % está no ensino primário, 23 % completou esse nível e 58 % frequenta o secundário ou mais. Essas percentagens são mais baixas na área rural: 7 % no primário, 46 % completaram o primário, e 30 % frequentam o secundário ou mais. Isto deve-se ao facto de que, além de haver pouco estímulo nas mulheres rurais em prosseguir os seus estudos, existem poucas infra-estruturas escolares, principalmente porque nos anos passados muitas escola foram destruídas ou abandonadas devido ao conflito armado. Mas estes factores não são os únicos que levam as mulheres a abandonarem as escolas, pois sabe-se que nas áreas rurais elas iniciam a vida reprodutiva mais precocemente que nas urbanas.

Quadro 2.12 Nível de escolaridade alcançado e razões para abandonar a escola

Distribuição percentual das mulheres de 15 a 24 anos (alguma vez unidas) que ingressaram numa escola e que a estão frequentando ou não, segundo o nível mais alto de escolaridade alcançado, por área de residência, Moçambique 1997

Razões para abandonar a escola	Primário incompleto	Primário completo	Secundário o superior	Total
TOTAL				
Frequentando uma escola	10.2	23.0	57.9	14.3
Ficou grávida	5.8	18.7	10.1	6.8
Casou-se	16.5	9.6	4.4	15.2
Tinha que cuidar dos filhos	1.9	0.1	0.0	1.6
Precisou ajudar a família	4.7	0.1	0.0	4.1
Não pode pagar a mensalidade	22.3	15.8	9.4	21.0
Precisava trabalhar	1.0	2.9	2.1	1.2
Formou-se, escolaridade suficiente	2.9	1.5	1.6	2.7
Má nota	6.0	17.1	7.7	6.7
Não gostava da escola	4.5	0.1	2.6	4.2
Escola de difícil acesso	1.9	4.4	0.1	1.9
Outro	15.3	1.7	0.1	13.5
Não sabe/não respondeu	7.2	5.0	4.0	6.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Número	2,094	127	174	2,395
RESIDÊNCIA URBANA				
Frequentando uma escola	18.0	10.4	62.2	25.2
Ficou grávida	6.5	25.0	9.5	8.8
Casou-se	7.0	11.1	4.2	6.9
Tinha que cuidar dos filhos	1.9	0.1	0.0	1.4
Precisou ajudar a família	4.7	0.2	0.0	3.4
Não pode pagar a mensalidade	33.7	19.2	4.7	27.1
Precisava trabalhar	2.4	3.4	2.4	2.5
Formou-se, escolaridade suficiente	1.1	1.9	1.1	1.2
Má nota	7.3	18.7	8.6	8.7
Não gostava da escola	2.8	0.2	2.7	2.5
Escola de difícil acesso	1.7	2.8	0.1	1.5
Outro	8.6	1.9	0.0	6.4
Não sabe/não respondeu	4.5	5.1	4.4	4.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Número	603	82	150	835
RESIDÊNCIA RURAL				
Frequentando uma escola	Número			
Ficou grávida				
Casou-se				
Tinha que cuidar dos filhos				
Precisou ajudar a família				
Não pode pagar a mensalidade				
Precisava trabalhar				
Formou-se, escolaridade suficiente				
Má nota				
Não gostava da escola				
Escola de difícil acesso				
Outro				
Não sabe/não respondeu				
Total				

As razões de abando da escola variam segundo a área de residência e o nível de ensino alcançado. Por exemplo, a nível do País, para as mulheres que têm o ensino primário incompleto as principais razões para abandonar a escola são as seguintes: 22 % por falta de dinheiro, 17 % por se terem casado e 7 % a escola foi destruída. Sabendo-se que em Moçambique, o ensino primário é universal e gratuíto, certamente que as que declararam falta de dinheiro não se referem necessariamente ao pagamento dos estudos. Esta razão provavelmente refere-se ao dinheiro necessário para satisfazer outras necessidades no agregado familiar, ou porque era mais importante trabalhar para gerar receitas do que ir à escola.

Finalmente, as razões principais para interrupção dos estudos nas áreas urbana foram as seguintes: 34 % por falta de dinheiro, 7 % devido ao casamento e 6 % por gravidez. Por seu turno, nas áreas rurais, 20 %das mulheres interromperam por causa do casamento, 18 % por falta de dinheiro, e 15 % porque a escola foi destruída ou a família teve de abandonar a zona de residência por causa da guerra.

Acesso aos meios de comunicação de massa

O acesso à leitura e aos meios de comunicação de massa é de grande importância, não só em termos de informação em geral, mas também quando se tem em vista atingir a população com mensagens sobre saúde, saneamento ambiental e planeamento familiar através dos mídias. Assim, no IDS perguntou-se às mulheres e aos homens se liam habitualmente jornais ou revistas, se assistiam à televisão pelo menos uma vez por semana e se ouviam a rádio diariamente. Os resultados sobre essas questões encontram-se nos Quadros 2.13 e 2.14.

De acordo com os dados recolhidos, a percentagem de homens e mulheres com acesso aos meios de comunicação de massa é muito baixa. Mais de dois terços das mulheres (68 %) e mais de metade dos homens (52 %) não estão expostos a nenhum tipo de meio de comunicação de massas. Por outro lado, e apenas 5 % das mulheres e 11 % dos homens assistem televisão, escutam rádio e lêem jornais ou revistas regularmente. Esta baixa percentagem está certamente associada ao elevado índice de analfabetismo e à fraca rede de cobertura territorial destes meios de comunicação de massa. Dos três meios de comunicação de massas, a rádio é a mais popular, sendo escutada regularmente por 27 % das mulheres e 40 % dos homens, seguida de jornais e revistas: 11 % das mulheres e 22 % dos homens é que têm acesso a estes últimos.

Como se pode ver nos dados dos dois quadros em análise, os meios de comunicaçao concentram-se predominantemente nas zonas urbanas. Comparando-se as áreas urbanas com as rurais, verificam-se grandes diferenças quanto ao acesso aos meios de comunicação de massa: enquanto que nas primeiras um pouco mais de um terço (38 %) das mulheres assiste a televisão e mais de metade (58 %) dos homens, nas áreas rurais essa porcentagem é de 2 % para as mulheres e 6 % para os homens. No que diz respeito a rádio, as diferenças também são significativas: 59 % das mulheres e 70 % dos homens urbanos têm o hábito de escutar rádio, contra 17 % das mulheres e 29 % dos homens rurais. Relativamente às províncias, a Cidade de Maputo regista o maior acesso a todos os veículos de e as Provinicias do Norte (Niassa, Cabo Delgado e Nampula) o menor.

Quadro 2.13 Acesso das mulheres aos meios de comunicação de massa

Porcentagem de mulheres que lêem jornal ou assistem à televisão, pelo menos uma vez por semana, ou ouvem rádio todos os dias, por características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Nenhum	Meios de comunicação				Número de mulheres
		Jornal	Televisão	Rádio	Todos	
Idade						
15-19	58.8	15.7	18.1	33.2	7.5	1,836
20-24	68.3	11.6	9.8	25.9	4.5	1,663
25-29	66.1	12.3	10.6	29.1	5.0	1,591
30-34	65.4	12.6	9.0	29.5	4.6	1,197
35-39	73.4	6.8	6.9	23.5	2.7	1,028
40-44	75.1	5.6	6.2	22.7	3.5	724
45-49	83.9	2.5	3.8	15.1	1.2	739
Residência						
Urbana	27.4	33.5	37.5	59.3	17.4	2,095
Rural	80.7	3.8	1.9	16.9	0.7	6,684
Província						
Niassa	82.1	7.3	0.6	13.5	0.1	457
Cabo Delgado	91.4	1.3	0.1	8.1	0.1	546
Nampula	82.9	4.7	7.2	15.3	2.1	1,462
Zambézia	74.1	7.0	3.5	22.5	2.4	1,319
Tete	67.7	5.3	3.4	28.6	1.0	314
Manica	64.9	7.6	6.1	29.5	1.4	484
Sofala	70.4	5.2	10.6	26.1	2.8	1,199
Inhambane	61.0	6.0	3.1	35.9	0.7	793
Gaza	71.1	13.6	6.8	22.6	3.6	994
Maputo	38.4	30.7	31.8	45.5	13.7	640
Maputo Cidade	17.3	45.3	52.6	70.9	30.1	570
Nível de escolaridade						
Sem escolaridade	83.9	0.1	1.8	15.7	0.1	3,765
Primário	60.1	14.4	12.9	32.5	5.2	4,631
Secundário ou mais	7.5	74.9	65.9	72.3	42.5	384
Religião[1]						
Católica	68.3	13.2	12.0	26.3	6.0	2,568
Protestante	58.5	15.0	12.7	34.9	5.1	2,298
Muçulmana	79.5	7.6	7.9	16.8	3.7	1,498
Outra	50.5	11.2	11.4	45.3	4.9	559
Sem religião	76.3	4.6	6.5	20.5	2.6	1,795
Todas as mulheres	68.0	10.9	10.4	27.1	4.7	8,779
Todos os homens	51.5	22.3	20.1	39.9	11.0	2,335

Quadro 2.14 Acesso dos homens aos meios de comunicação de massa

Porcentagem de homens que lêem jornal ou assistem à televisão, pelo menos uma vez por semana, ou ouvem rádio todos os dias, por características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Nenhum	Meios de comunicação				Número de homens
		Jornal	Televisão	Rádio	Todos	
Idade						
15-19	41.9	24.7	34.3	49.4	14.2	382
20-24	46.9	21.6	20.8	44.1	10.8	333
25-29	43.2	31.4	30.4	45.4	20.4	333
30-34	51.7	28.9	14.0	42.3	11.4	261
35-39	62.2	23.6	13.9	29.3	8.6	300
40-44	51.0	22.5	11.5	37.9	7.0	216
45-49	51.8	19.3	18.2	41.5	10.2	150
50-54	61.5	8.9	15.6	27.6	3.7	152
55-59	67.1	2.4	4.4	29.7	0.7	132
60-64	67.1	11.8	8.5	29.1	7.4	76
Residência						
Urbana	10.5	59.6	57.8	70.0	34.2	646
Rural	67.2	8.0	5.6	28.4	2.1	1,689
Província						
Niassa	60.3	27.4	6.7	24.7	2.2	111
Cabo Delgado	51.7	13.1	1.4	44.2	0.4	172
Nampula	71.0	14.8	15.0	24.4	7.8	367
Zambézia	75.9	10.9	8.6	20.2	5.2	408
Tete	63.5	12.5	2.9	30.4	1.5	95
Manica	39.9	21.9	18.4	49.2	7.7	122
Sofala	30.2	24.0	33.6	53.6	15.6	371
Inhambane	54.5	13.1	8.2	42.1	3.5	179
Gaza	57.8	15.0	14.7	41.6	12.2	177
Maputo	26.8	43.6	38.6	61.3	20.3	155
Maputo Cidade	7.6	69.6	66.8	70.4	42.5	177
Nível de escolaridade						
Sem escolaridade	97.8	0.0	2.2	0.0	0.0	457
Primário	45.6	20.2	18.8	45.1	8.4	1,625
Secundário ou mais	5.8	75.8	60.3	78.8	47.1	253
Religião[1]						
Católica	49.7	22.6	22.2	44.7	12.8	811
Protestante	37.4	38.4	26.4	49.7	18.2	435
Muçulmana	59.9	20.8	14.8	33.2	8.6	407
Outra	40.8	11.9	20.1	44.9	5.6	169
Sem religião	65.5	11.5	14.3	26.2	5.3	482
Todos os homens	51.5	22.3	20.1	39.9	11.0	2,335
Todas as mulheres	68.0	10.9	10.4	27.1	4.7	8,779

Trabalho da mulher

Devido à importância que a actividade laboral tem para a saúde da mulher e dos seus filhos, assim como pelas relações que tem com as questões demográficas, especialmente aquelas vinculadas com aspectos da reprodução, o inquérito indagou sobre o trabalho por elas realizado nos 12 meses anterior à data da entrevista. (Quadro 2.15).

Quadro 2.15 Trabalho da mulher nos últimos 12 meses

Distribuição percentual das mulheres segundo se trabalha ou não e tipo de ocupação, de acordo com características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Não trabalha actualmente		Trabalha actualmente						
			Todo o ano						
	Não trabalhou nos últimos 12 meses	Sim trabalhou nos últimos 12 meses	5 dias ou mais por semana	Menos de 5 dias por semana	Sazonal-mente	Ocasio-nalmente	Não sabe/ Não res-pondeu	Total	Número de mulheres
Idade da entrevistada									
15-19	50.3	3.1	24.9	2.5	10.8	8.1	0.4	100.0	1,836
20-24	37.9	3.9	36.1	2.4	14.1	5.2	0.5	100.0	1,663
25-29	33.8	2.8	38.1	1.8	16.7	6.5	0.3	100.0	1,591
30-34	24.8	3.9	45.6	2.4	19.3	3.5	0.5	100.0	1,197
35-39	28.4	3.2	46.1	1.6	14.9	4.7	1.0	100.0	1,028
40-44	22.8	3.0	48.0	5.6	15.6	4.7	0.3	100.0	724
45-49	19.7	3.9	44.4	2.7	22.6	6.4	0.4	100.0	739
Residência									
Urbana	60.7	1.5	23.8	2.3	6.8	4.3	0.7	100.0	2,095
Rural	25.7	4.0	42.8	2.6	18.2	6.3	0.4	100.0	6,684
Província									
Niassa	14.9	8.7	26.4	1.3	39.2	7.9	1.5	100.0	457
Cabo Delgado	15.7	3.6	12.4	6.1	58.8	2.3	1.0	100.0	546
Nampula	29.2	0.0	48.1	1.6	8.8	11.9	0.3	100.0	1,462
Zambézia	21.5	0.0	58.3	2.2	15.7	2.1	0.2	100.0	1,319
Tete	88.3	1.4	2.3	0.2	3.4	3.6	0.7	100.0	314
Manica	24.4	1.0	43.1	4.8	23.8	2.5	0.3	100.0	484
Sofala	39.5	0.3	28.4	1.7	24.3	5.7	0.2	100.0	1,199
Inhambane	20.3	22.7	46.2	0.6	7.9	1.5	0.8	100.0	793
Gaza	45.5	1.4	33.3	5.0	1.2	13.1	0.5	100.0	994
Maputo	52.2	1.9	35.7	2.7	4.7	2.6	0.3	100.0	640
Maputo Cidade	54.3	3.1	38.1	1.9	0.6	1.5	0.5	100.0	570
Nível de escolaridade									
Sem escolaridade	27.0	2.9	40.5	2.6	18.0	8.5	0.5	100.0	3,765
Primário	38.8	3.7	36.3	2.6	14.4	3.7	0.5	100.0	4,631
Secundário ou mais	46.8	3.8	39.6	0.7	4.5	4.5	0.1	100.0	384
Religião[1]									
Católica	34.0	3.1	40.5	1.7	15.5	4.9	0.4	100.0	2,568
Protestante	42.5	5.5	35.9	2.4	7.1	6.2	0.4	100.0	2,298
Muçulmana	24.0	2.9	35.6	2.4	26.1	8.1	0.9	100.0	1,498
Outra	39.1	2.2	36.3	3.0	14.2	4.8	0.4	100.0	559
Sem religião	29.3	2.0	41.5	3.7	18.2	5.1	0.2	100.0	1,795
Total	34.1	3.4	38.3	2.5	15.5	5.8	0.5	100.0	8,779

De acordo com os resultados do inquérito, 34 % das mulheres em idade reprodutiva respondeu que não trabalhou durante o último ano e só 3 % tinha trabalhado durante o último ano. Cerca de 38 % das mulheres trabalhou cinco dias ou mais por semana, durante todo o ano, 16 % trabalhou sazonalmente e 6 % ocasionalmente. A análise por situação de residência das mulheres que não trabalharam aponta um nível mais elevado nas áreas urbanas (61 %) do que nas rurais (26 %).

Entretanto, há que se ter presente a compreensão do conceito "trabalho" e a dimensão temporal podem afectar a qualidade dos resultados. Sem dúvida que as mulheres entrevistadas pelo IDS muitas vezes responderam tendo em conta uma noção de trabalho associado com o sector formal, incluíndo trabalho para outrém ou trabalho que involve um vencimento ou salário. Os dados sobre o trabalho sazonal e ocasional parecem confirmar esta tendência: 18 % das mulheres declararou realizar trabalhos sazonais e 6 % ocasionais. Estes trabalhos são mais presentes nas áreas rurais que nas urbanas.

A educação é uma variável bastante importante, facilitando sobremaneira o acesso das mulheres ao mercado de trabalho. O Quadro 2.15 mostra uma relação entre os níveis de actividade e a escolaridade. Observa-se que entre as mulheres com nível de instrução mais baixo encontram em grande percentagem no trabalho ocasional e sazonal, provavelmente vinculadas ao mercado não regulado ou formalizado.

O Quadro 2.16 apresenta a forma de pagamento de acordo com o tipo de vínculo laboral, ou seja, se trabalha por conta própria, por conta de outrém e se para familiares. A maioria das mulheres (56 %) trabalha por conta própria, que dizer, não recebe remuneração em dinheiro. Destas, 59 % encontra-se nas áreas urbanas e 65 % nas rurais. Cerca 30 % das mulheres urbanas e menos de 1 % das rurais trabalham para outrém.

No que diz respeito o tipo de vínculo laboral, observa-se que 31 % das mulheres trabalha por conta própria e 29 % das que trabalham para outrém recebe em dinheiro. O inverso verifica-se nas áreas rurais, onde a maioria das mulheres trabalha para a sua sobrevivência e da sua família. Assim, 61 % das mulheres que trabalham por conta própria, 31 % das que trabalham para familiares e menos de 1 % das empregadas não recebem remuneração em dinheiro.

A análise da variável educação mais uma vez assume importância quanto à estratificação social. A proporção de mulheres remuneradas em dinheiro é mais elevada (66 %) entre as possuem o nível secundário ou mais.

O Quadro 2.17 apresenta dados relativos a quem decide dentro do agregado familiar sobre o uso do dinheiro. De acordo com a informação obtida, cerca 55 % das mulheres que recebem em dinheiro decidem elas próprias sobre o uso do seu dinheiro. Esta autonomia é mais acentuada nas áreas urbanas do que nas rurais, verificando-se que nas primeiras 60 por das mlheres decidem sozinhas contra 48 % nas segundas.

A influência dos cônjuges nas decisões sobre o destino a dar a dinhero é relativamente menor quase em todas as províncias (8 %), mas observam-se percentagens elevadas nas Províncias de Manica (24 %), Tete (15 %), Cidade de Maputo (14 %) e Zambézia (12 %).Também se observa em todas as províncias, com a execpeção de manica, uma elevada percentagem de mulheres que decidem conjuntamente com o seu cônjugues o destino a dar ao dinheiro.

A autonomia por parte das mulheres é mais elevada nas áreas urbanas que nas rurais (61 % contra 49 %). Entre as mulheres casadas, cerca de 52 % decidem com os seus cônjuges a forma como usar o seu dinheiro, 32 % decidem-no individualmente, 13 % declararam que são os maridos que decidem.

Quadro 2.16 Trabalho e tipo de remuneração das mulheres

Distribuição percentual das mulheres actualmente trabalhando por tipo de vínculo laboral e remuneração por características seleccionadas, Moçambique 1997

	Conta própria		Conta de outrem		Parentes				
Característica	Trabalho remu-nerado	Trabalho não remunerado	Trabalho remu-nerado	Trabalho não remunerado	Trabalho remu-nerado	Trabalho não remunerado	Não sabe/ Não responde	Total	Número de mulheres
Idade									
15-19	6.2	46.5	2.8	0.4	1.3	41.7	1.2	100.0	851
20-24	6.8	58.7	3.6	0.2	0.4	29.9	0.4	100.0	962
25-29	8.5	58.7	6.6	1.1	3.6	20.4	1.2	100.0	1,006
30-34	10.6	56.0	11.2	0.6	0.7	20.1	0.8	100.0	850
35-39	10.8	58.3	6.1	0.1	0.8	23.1	0.8	100.0	694
40-44	11.0	49.3	4.4	0.3	3.2	29.7	2.1	100.0	535
45-49	5.3	62.0	2.1	0.3	0.1	29.6	0.6	100.0	563
Residência									
Urbana	31.7	26.8	28.9	1.6	3.6	6.1	1.3	100.0	782
Rural	4.5	60.6	1.5	0.3	1.1	31.1	0.9	100.0	4,680
Província									
Niassa	0.8	70.7	1.9	0.7	1.5	23.4	1.0	100.0	346
Cabo Delgado	1.4	42.7	0.5	1.0	0.7	49.1	4.6	100.0	437
Nampula	8.9	30.9	0.7	0.1	0.9	58.2	0.3	100.0	1,030
Zambézia	2.1	92.3	1.6	0.6	0.3	2.8	0.1	100.0	1,033
Tete	38.2	32.7	17.1	7.2	4.8	0.0	0.0	100.0	30
Manica	6.2	79.2	2.2	0.3	0.2	10.7	1.2	100.0	360
Sofala	1.3	81.4	1.6	0.1	0.9	14.1	0.6	100.0	722
Inhambane	11.3	70.8	6.8	0.5	0.0	9.1	1.4	100.0	446
Gaza	1.7	6.6	8.2	0.2	8.7	74.1	0.5	100.0	525
Maputo	36.8	32.8	25.7	0.5	0.5	3.0	0.7	100.0	293
Maputo Cidade	51.3	5.1	37.8	1.3	2.0	0.4	2.1	100.0	241
Nível de escolaridade									
Sem escolaridade	3.6	62.0	0.9	0.2	0.4	32.4	0.6	100.0	2,627
Primário	12.9	53.2	5.6	0.5	2.0	24.5	1.4	100.0	2,645
Secundário ou mais	12.2	4.3	66.0	4.9	9.7	2.6	0.3	100.0	189
Religião[1]									
Católica	6.9	59.6	6.4	0.3	0.4	25.1	1.3	100.0	1,608
Protestante	18.1	42.1	11.1	0.7	1.8	25.5	0.7	100.0	1,189
Muçulmana	4.1	48.8	2.3	0.9	1.4	41.3	1.3	100.0	1,085
Outra	7.9	83.0	4.4	0.5	0.6	3.2	0.3	100.0	326
Sem religião	4.7	63.2	1.2	0.1	2.9	27.3	0.7	100.0	1,233
Total	8.4	55.7	5.4	0.5	1.5	27.5	1.0	100.0	5,462

[1] Exclui os casos sem informação

Quadro 2.17 Pessoa que decide sobre as receitas segundo idade, nível de escolaridade e estado civil

Distribuição percentual das mulheres com remuneração, por pessoa que decide como utilizar-la, segundo características seleccionadas, Moçambique 1997

	Pessoa que decide como utilizar as receitas							
Característica	A entre-vistada	Esposo/ compa-nheiro	Junto com o esposo/ compa-nheiro	Alguém mais	Junto com alguém mais	Sem informação	Total	Número de mulheres
Idade da entrevistada								
15-19	69.4	3.8	2.3	5.7	10.6	8.3	100.0	88
20-24	52.4	4.6	22.9	1.1	16.9	2.1	100.0	105
25-29	48.9	9.6	40.8	0.2	0.5	0.1	100.0	188
30-34	47.9	9.2	41.3	0.2	0.0	1.4	100.0	193
35-39	52.5	13.7	33.2	0.0	0.0	0.6	100.0	123
40-44	65.4	5.8	28.0	0.0	0.0	0.8	100.0	100
45-49	81.6	5.3	13.1	0.0	0.0	0.0	100.0	42
Residência								
Urbana	60.0	10.6	23.1	1.0	4.2	1.0	100.0	503
Rural	48.4	4.6	41.9	0.5	2.0	2.7	100.0	335
Província								
Niassa	*	*	*	*	*	*	*	15
Cabo Delgado	*	*	*	*	*	*	*	11
Nampula	46.0	8.1	43.0	0.0	1.5	1.5	100.0	108
Zambézia	19.4	12.3	51.4	0.0	0.0	16.9	100.0	42
Tete	*	*	*	*	*	*	*	18
Manica	63.3	24.4	4.5	1.7	3.9	2.1	100.0	31
Sofala	55.2	9.8	17.5	8.1	0.0	9.5	100.0	28
Inhambane	70.4	2.6	26.9	0.0	0.1	0.0	100.0	81
Gaza	27.8	2.6	67.0	0.8	1.8	0.0	100.0	98
Maputo	62.5	3.3	25.3	0.0	8.9	0.0	100.0	186
Maputo Cidade	65.8	13.8	16.8	0.8	2.6	0.3	100.0	221
Nível de escolaridade								
Sem escolaridade	58.0	7.7	30.5	0.1	2.5	1.2	100.0	128
Primário	57.8	8.8	27.1	1.2	3.1	2.0	100.0	543
Secundário ou mais	45.6	6.5	42.1	0.1	4.6	1.0	100.0	167
	*	*	*	*	*	*	*	12
Religião[1]								
Católica	59.9	10.3	23.9	0.5	1.3	4.1	100.0	223
Protestante	54.7	9.0	30.9	1.1	3.5	0.8	100.0	370
Muçulmana	55.1	5.8	27.0	0.5	10.3	1.3	100.0	85
Outra	53.1	4.9	39.4	0.9	1.5	0.3	100.0	42
Sem religião	45.2	5.2	45.8	0.5	2.7	0.6	100.0	107
Total	55.4	8.2	30.6	0.8	3.3	1.7	100.0	838

* Baseado em menos de 25 casos não ponderados
[1] Exclui os casos sem informação

Finalmente, para as mulheres com filhos menores de seis anos foram indagadas sobre a guarda das suas crianças enquanto trabalhavam. O Quadro 2.18 mostra que cerca de 57 % das mulheres trabalhadoras tem um ou mais filhos menores de seis anos de idade; as percentagens variam entre 55 % para as mulheres sem educação, 58 % para as tem o ensino primário e 62 % para as que tem o secundário ou mais. A maioria das mulheres que trabalham, tem um filho de menos de seis anos, mas a percentagem maior é entre as que trabalham na agricultura: 58 % contra 52 % das trabalham em actividades não agrícolas.

Das mulheres rurais que trabalham e têm um ou mais filhos menores, cerca de 60 % tomam elas próprias conta dos seus filhos. Somando-se a esta percentagem os 17 % sob a responsabilidade dos filhos mais velhos, pode-se imaginar que as crianças que crescem nesta situaçãofazem parte do conjunto de famílias em condições muito precárias. A participação de outros parentes que ajudam a tomar conta das crianças pequenas varia de menos de um por cento por parte do marido a cerca de 12 % para outros parentes.

No que se refere às mulheres trabalhadoras urbanas com filhos menores de seis anos, os dados indicamuma situação substancialmente diferente das mulheres rurais. Cerca de 48 % das mulheres urbanas trabalha e têm um ou mais filhos menores. Deste total, 23 % das mulheres cuida pessoalmente das suas crianças. A percentagem de crianças sob a responsabilidade dos filhos mais velhos é de 20 %, ligeiramente superior à das áreas rurais. Mas as maiores diferenças observam na participação de outros parentes entre as áreas urbanas r rurais. Contrariamente as áreas rurais, na urbanas a maioria das crianças (40 %) ficam sob a responsabilidade de parentes. O papel dos empregados domésticos nas áreas urbanas é também relativamente importante, pois cerca de 7 % das crianças fica a sua guarda. Tal como nas zonas rurais, menos de um por cento dos maridos ou parceiros ficam a tomar conta de crianças, enquanto as mães trabalham fora de casa. À guarda das crianças menores de seis anos nas instituições públicas (creches e escolas) representa apenas 3 % do total.

Quadro 2.18 Cuidado das crianças enquanto as mães trabalham, segundo características seleccionadas

Distribuição percentual de mulheres que trabalham segundo sem têm ou não filhos menores de 6 anos em casa, e entre as que têm, distribuição percentual de mulheres por pessoa que cuida a criança, segundo características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Con menores de 6 años en casa		Distribución porcentual de mujeres por persona que cuida los niños mientras la mujer trabaja											Número de mulheres que trabalham
	Nenhuma	Um ou mais crianças	Ela própria	Esposo/ Companheiro	Outro familiar	Vizinha/ amiga	Empregada	Instituição/ Escola	Outras filhas	Outros filhos	Outras pesoas	Sem informação	Total	
Ocupação														
Agricultura	42.4	57.6	58.9	0.7	12.4	2.9	0.4	0.2	10.4	7.5	0.1	6.5	100.0	4,607
Não-agricultura	48.4	51.6	33.4	0.5	31.9	0.9	9.8	2.7	7.6	5.5	0.4	7.3	100.0	799
Tipo de emprego														
Todo o ano														
Semana completa	44.3	55.7	53.1	0.9	16.3	2.3	2.2	0.8	8.9	9.2	0.2	6.3	100.0	3,360
Semana parcial	46.9	53.1	61.0	0.0	10.6	2.3	1.2	0.7	13.5	4.6	1.1	5.0	100.0	220
Sazonnal	36.6	63.4	61.2	0.5	12.5	1.8	0.3	0.0	11.3	4.1	0.0	8.5	100.0	1,361
Ocasional	52.8	47.2	51.8	0.0	16.5	8.2	2.9	0.0	13.8	4.4	0.0	2.4	100.0	509
Empregador														
Familiar	48.6	51.4	69.1	0.1	9.0	4.5	1.0	0.1	5.5	6.1	0.0	4.5	100.0	1,585
Não familiar	49.3	50.7	7.7	0.7	46.3	0.3	22.2	7.8	4.9	2.6	0.0	7.4	100.0	326
Independente	40.3	59.7	53.9	0.9	15.0	2.1	0.3	0.2	12.0	8.1	0.1	7.3	100.0	3,504
Residência														
Urbana	52.4	47.6	23.0	0.6	39.5	0.9	6.9	3.0	10.9	9.2	0.0	8.0	100.0	782
Rural	41.8	58.2	60.0	0.7	11.7	2.8	1.0	0.2	10.0	7.0	0.2	6.4	100.0	4,680
Província														
Niassa	38.4	61.6	79.9	0.0	7.9	0.0	0.3	0.4	5.5	0.2	0.0	5.8	100.0	346
Cabo Delgado	42.4	57.6	64.4	0.3	14.4	0.3	0.0	0.0	12.0	2.3	0.0	6.4	100.0	437
Nampula	50.2	49.8	78.3	0.0	4.5	0.0	0.3	0.0	8.4	2.3	0.4	5.8	100.0	1,030
Zambézia	42.6	57.4	50.0	1.0	12.5	5.6	1.0	0.0	15.8	9.0	0.0	5.1	100.0	1,033
Tete	36.9	63.1	75.3	2.7	3.4	0.0	0.0	0.0	13.3	2.6	0.0	2.7	100.0	30
Manica	30.2	69.8	61.8	1.2	6.3	0.3	1.1	1.1	12.1	10.0	0.0	6.1	100.0	360
Sofala	28.6	71.4	54.2	0.1	19.1	0.1	0.3	0.4	5.0	8.3	0.0	12.5	100.0	722
Inhambane	52.0	48.0	49.4	3.7	16.4	2.7	1.1	0.0	13.1	9.4	0.8	3.3	100.0	446
Gaza	50.1	49.9	27.7	0.1	24.0	13.8	8.3	0.4	5.9	15.7	0.6	3.6	100.0	525
Maputo	48.3	51.7	24.6	0.4	44.5	0.5	4.7	2.1	10.5	9.4	0.0	3.2	100.0	293
Maputo Cidade	52.5	47.5	21.7	1.3	30.6	2.0	7.0	5.9	9.4	7.5	0.0	14.6	100.0	241
Nível de escolaridade														
Sem escolaridade	44.6	55.4	56.2	0.7	12.2	3.2	0.5	0.2	11.9	7.0	0.1	8.0	100.0	2,627
Primário	42.4	57.6	57.6	0.6	16.1	2.2	0.8	0.4	8.5	7.9	0.2	5.6	100.0	2,645
Secundário ou mais	37.7	62.3	19.6	0.9	35.9	0.2	28.7	6.6	4.1	0.8	0.0	3.3	100.0	189
Religião[1]														
Católica	43.6	56.4	57.8	0.8	12.0	2.0	0.8	1.4	12.4	5.4	0.2	7.3	100.0	1,608
Protestante	45.7	54.3	37.8	0.4	23.9	6.5	5.0	0.4	9.6	9.8	0.2	6.3	100.0	1,189
Muçulmana	51.1	48.9	70.6	0.0	9.9	0.5	1.3	0.1	8.4	2.8	0.0	6.5	100.0	1,085
Outra	36.0	64.0	64.2	0.2	11.5	4.0	1.8	0.0	9.1	4.7	0.0	4.5	100.0	326
Sem religião	35.5	64.5	55.5	1.3	15.3	1.1	0.3	0.1	8.6	10.9	0.0	6.9	100.0	1,233
Total	43.3	56.7	55.5	0.7	15.0	2.6	1.7	0.5	9.9	7.2	0.2	6.7	100.0	5,462

CAPÍTULO 3

FECUNDIDADE

3.1 Introdução

A fecundidade é uma das variáveis demográficas utilizadas para avaliar a tendência do crescimento vegetativo da população, razão pela qual o IDS recolheu informação detalhada sobre o comportamento reprodutivo da mulher moçambicana. Para cada entrevistada recolheu-se dados sobre a história de nascimentos, quer dizer, o número de filhos nascidos vivos, data de nascimento, e sexo de cada um dos filhos, sua condição de sobrevivência no momento da entrevista e idade ao morrer dos já falecidos. Esta informação permite obter estimativas directas dos níveis actuais e as tendências da fecundidade e da mortalidade.

Este capítulo contem cinco secções. Na primeira secção a fecundidade actual é estimada, através das taxas gerais e específicas de fecundidade e da análise dos dados do IDS que permitem observar as tendência da fecundidade nos últimos vinte anos (1977-1997). Ainda na primeira secção relaciona-se as medidas de fecundidade com alguns dos seus determinantes segundo características seleccionadas das entrevistadas, tais como a escolaridade e religião. Na segunda, analisa-se a fecundidade acumulada ou de coortes, em termos do número médio de filhos nascidos vivos e sobreviventes de todas as mulheres, bem como das mulheres alguma vez casadas ou em união marital. Na terceira e quarta secções examinam-se duas variáveis chaves no estudo da fecundidade: os intervalos entre os nascimentos e a idade ao primeiro nascimento. A última secção descreve as características importantes sobre a fecundidade das adolescentes.

Quadro 3.1 Fecundidade actual

Taxas específicas de fecundidade por idade e taxa global de fecundidade para os cinco anos anteriores ao inquérito, por residência, Moçambique 1997

	Residência		
Idade	Urbano	Rural	Total
15-19	175	173	173
20-24	235	281	270
25-29	223	238	235
30-34	172	207	198
35-39	130	124	126
40-44	82	98	95
45-49	6	29	25
TGF 15-49	5.12	5.75	5.61
TGF 15-44	5.09	5.61	5.48
TFG	185	200	197

Nota: As taxas referem-se ao período de 1-59 meses anterior à entrevista. As taxas para o grupo 45-49 anos podem apresentar ligeiro viés devido ao efeito dos valores truncados
TGF: Taxa global de fecundidade expressada por mulher
TFG: Taxa de fecundidade geral (nascimentos divididos por número de mulheres 15-49) expressada por 1,000 mulheres

3.2 Níveis, diferenciais e tendências da fecundidade

A estimativa da fecundidade actual está referida aos cinco anos precedentes ao inquérito, cobrindo aproximadamente os anos calendário 1992-1997, pelo que os resultados obtidos estão centrados até o ano 1995[1]. As estimativas nível de fecundidade actual tem relevância na definição de políticas e programas para a população.

O Quadro 3.1 apresenta as taxas específicas de fecundidade por área de residência. Um indicador sintético do nível de fecundidade que facilita as comparações é a *Taxa Global de Fecundidade* (TGF). Este indicador combina as taxas específicas de fecundidade calculadas para cada um dos grupos de idade para o período seleccionado e pode interpretar-se como o número médio de filhos que teriam as mulheres durante toda a sua vida reprodutiva, se as condições de fecundidade se mantivessem constantes. A TGF calcula-se como soma das taxas específicas

[1] O trabalho de campo decorreu entre Março e Junho de 1997 (Veja-se o Capítulo 1).

de fecundidade para cada um dos grupos quinquenais multiplicando-se por cinco. A TGF para o total do País é de 5.6 filhos por mulher.

Esta tendência para a diminuição da fecundidade em Moçambique já havia se observado no Inquérito Demográfico Nacional de 1991, onde se apurou uma TGF de 6.2. Contudo, o que não se previa é a queda tão rápida já que este indicador manteve-se por muitos anos constantes a níveis elevados, tendo passado de 7 em 1950 para 6.4 em 1980. Pelo contrário, com a estabilização da vida política e social no País, retorno dos refugiados e reassentamento dos deslocados de guerra, esperava-se que nos primeiros anos de Paz a fecundidade incrementasse por alguns anos, para depois declinar paulatinamente, como ocorre geralmente depois de longos períodos de conflitos sociais e de violência. Os dados do IDS sugerem que esta suposição não ocorreu em Moçambique.

O Quadro 3.1 e o Gráfico 3.1 apontam para a existência de diferencial urbano-rural pouco expressivo provavelmente devido à migração. A TGF das mulheres residentes nas áreas rurais foi de 0.7 filho superior a das urbanas (5.1 e 5.8, respectivamente). Por comparação com 1980, este diferencial era de 1.2 filhos entre ambas as áreas. Examinando a fecundidade por idade, observa-se uma distribuição que configura uma curva do tipo precoce com uma concentração de nascimentos no grupo 20-24 anos e que declina acentuadamente em seguida.

Gráfico 3.1
Taxas de fecundidade por idade

Outro indicador apresentado no Quadro 3.1 é a *Taxa de Fecundidade Geral* que indica um valor médio para o País de 197 nascimentos por mil mulheres em idade reprodutiva.

O Quadro 3.2 e Gráfico 3.2 provêm informação adicional sobre as tendências da fecundidade em Moçambique, através da análise da história de nascimentos recolhidos no IDS. As taxas de fecundidade apresentadas referem-se aos períodos quinquenais precedentes ao inquérito. Deve-se assinalar que as taxas entre parênteses estão parcialmente completas, pois não reflectem a experiência de todas as mulheres dos

Quadro 3.2 Fecundidade, nascidos vivos e gravidez por características seleccionadas

Taxa global de fecundidade para os cinco anos anteriores ao inquérito, número médio de filhos nascidos vivos para mulheres de 40-49 anos de idade, e proporção de mulheres actualmente grávidas por características seleccionadas, Moçambique 1997

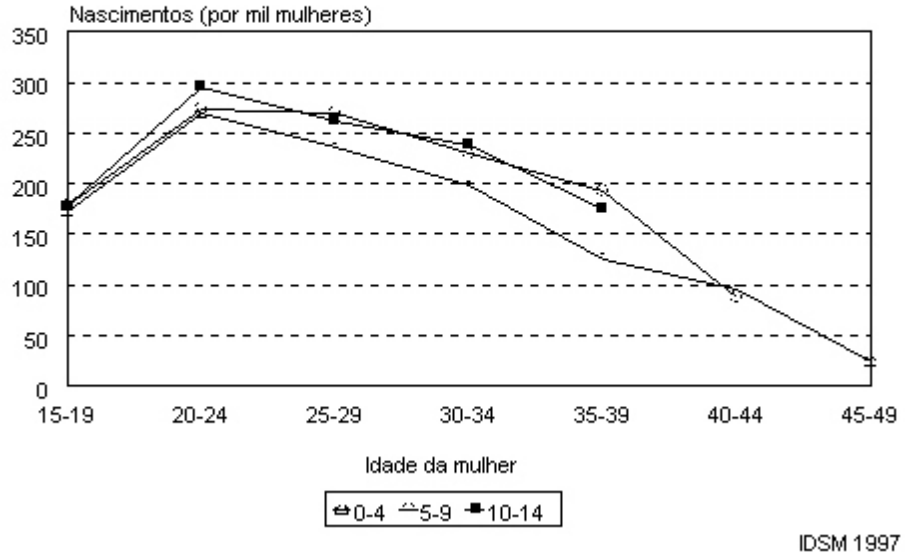
Característica	Taxa global de fecundidade TGF[1]	Média nascidos vivos 40-49	Proporção de mulheres actualmente grávidas
Residência			
Urbana	5.12	5.92	10.01
Rural	5.75	5.79	13.46
Província			
Niassa	5.94	6.24	10.14
Cabo Delgado	4.91	4.81	11.10
Nampula	5.63	5.28	12.82
Zambézia	5.39	5.64	18.73
Tete	7.04	6.90	13.94
Manica	7.58	6.74	14.60
Sofala	6.14	6.53	14.51
Inhambane	5.52	5.55	7.52
Gaza	5.85	6.15	13.59
Maputo	4.95	6.08	5.64
Maputo Cidade	3.96	5.27	8.55
Nível de escolaridade			
Sem escolaridade	5.81	5.84	13.07
Primário	5.66	5.78	13.02
Secundário ou mais	3.69	5.00	3.85
Religião[2]			
Católica	5.70	5.93	12.86
Protestante	5.80	6.36	11.19
Muçulmana	4.71	5.07	12.30
Outra	6.33	5.80	13.09
Sem religião	5.82	5.68	14.34
Total	5.61	5.81	12.64

[1] Taxa global de fecundidade por mulheres 15-49 anos
[2] Exclui os casos sem informação

grupos quinquenais que se mostram no Quadro mencionado. Para observar a experiência completa do grupo 45-49 anos deveria-se contar com informação das mulheres de 50-54 anos.

Como se pode apreciar, nos últimos cinco anos, a fecundidade vem registando uma diminuição, com maior destaque entre as mulheres de 30-34 e 35-39 anos de idade. De igual modo, o Quadro 3.3 apresenta as taxas específicas de fecundidade para as mulheres alguma vez casadas, por duração do primeiro casamento ou união marital. Os resultados apontam também para uma diminuição da fecundidade durante os últimos vinte anos, com a excepção das uniões com menos de cinco anos de duração.

Gráfico 3.2
Taxas de fecondidade por idade para períodos quinquenais anteriores ao inquérito



O IDS mostra importantes diferençais nos níveis de fecundidade por províncias, nível de escolaridade e religião (Quadro 3.4). As províncias com TGF mais elevada são as de Manica (7,6) e Tete (7), enquanto que a Cidade de Maputo apresenta a menor (4,0).

Os resultados com base no nível de escolaridade mostram a tendência esperada, isto é, menor número de filhos a medida que as mulheres incrementam o seu nível educacional. A maior diferença observa-se quando se passa do nível primário (5.7) para o secundário e mais (3.7), pois estas últimas estão mais tempo no sistema educativo.

Quadro 3.3 Tendência da fecundidade

Taxas específicas de fecundidade por idade para períodos quinquenais anteriores ao inquérito, Moçambique 1997

Grupos de idade	Períodos quinquenais			
	0-4	5-9	10-14	15-19
15-19	173	178	178	172
20-24	270	274	296	275
25-29	235	270	262	254
30-34	198	229	238	[245]
35-39	126	193	[175]	NA
40-44	95	[88]	NA	NA
45-49	[25]	NA	NA	NA

Nota: As taxas específicas de fecundidade são expressas por 1,000 mulheres
[ ] Taxas truncadas
NA = Não se aplica

No Quadro 3.4 compara-se também a taxa global de fecundidade com a parturição média das mulheres de 40-49 anos e no Gráfico 3.3 se ilustra os diferenciais por províncias. Desta forma é possível identificar onde há evidências de reduções mais importantes nos níveis de fecundidade. Assim, as Províncias de Maputo, Gaza e a Cidade de Maputo, bem como as mulheres com grau de ensino secundário e mais são as que apresentam maiores evidências de diminuição dos níveis de fecundidade. No mesmo Quadro apresenta-se também a gravidez em curso, quer dizer, a distribuição percentual de mulheres que à data da entrevista encontravam-se grávidas. Do total das entrevistadas, 13 % se encontravam grávidas, variando por local de residência, província, nível de escolaridade e religião. A percentagem de mulheres que se encontravam grávidas acusa o seu valor mais

elevado na área rural (13 %), na Província da Zambézia (19 %), nas entrevistadas
sem um nível de escolaridade e com ensino primário (13 %) e nas sem religião (14 %).

3.3 Fecundidade acumulada

Nesta secção examina-se o número médio de filhos tidos por mulher, indicador frequentemente usado na análise do comportamento reprodutivo da população. Nas mulheres de maior idade, esta média indica a fecundidade acumulada nos últimos 20 ou 25 anos, ou seja um indicador que mostra aproximadamente a descendência média completa dessa coorte.

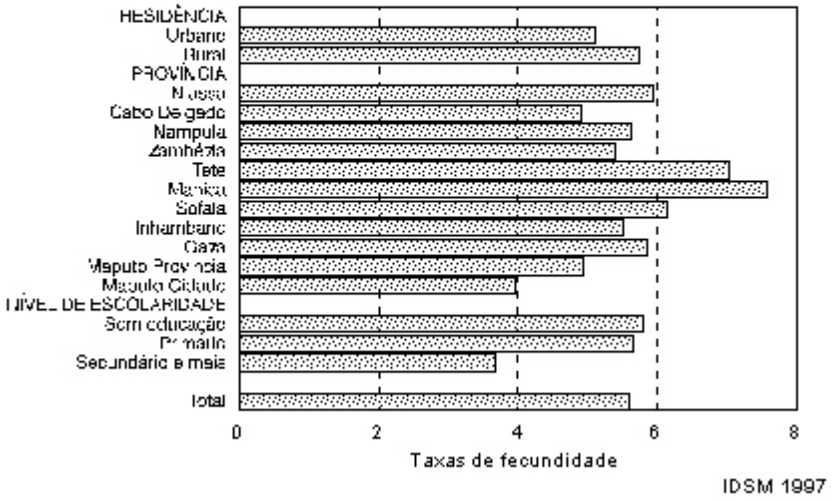
Quadro 3.4 Fecundidade por duração da união

Taxas específicas de fecundidade por duração da união para períodos quinquenais anteriores ao inquérito, Moçambique 1997

Anos desde a primeira união	Períodos quinquenais			
	0-4	5-9	10-14	15-19
0-4	306	309	308	297
5-9	247	265	301	292
10-14	236	256	263	256
15-19	177	220	215	198
20-24	108	186	145	132
25-29	80	78	119	NA

Nota: As taxas de fecundidade por duração da união são expressas por 1,000 mulheres
NA = Não se aplica

Gráfico 3.3
Taxa global de fecundidade por características socio-demográficas



A distribuição percentual de todas as mulheres entrevistadas e das actualmente casadas ou em união marital pelo número de filhos nascidos vivos está apresentada no Quadro 3.5. Esta informação juntamente com a sobre o número de filhos sobreviventes é usado para estimativas indirectas dos níveis e tendências da mortalidade. Uma vez que as estimativas directas da mortalidade infantil e na infância podem ser calculadas a partir dos dados da história de nascimentos recolhidos pelo inquérito, estas são apresentadas no Capítulo 7 do presente relatório.

Para compreender melhor a evolução da fecundidade acumulada presta-se maior atenção a informação das mulheres que actualmente estão em união conjugal. Em Moçambique estas representam 75 %

Quadro 3.5 Filhos nascidos vivos e filhos sobreviventes

Distribuição percentual de todas as mulheres e das mulheres unidas por número de filhos nascidos vivos e número médio de filhos nascidos vivos e de sobreviventes, Moçambique 1997

Grupos de idade	Filhos nascidos vivos											Total	Número	Média nascidos vivos	Média sobre-viventes
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+				
TODAS AS MULHERES															
15-19	69.6	24.5	5.6	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	1,836	0.37	0.31
20-24	21.1	28.2	29.3	15.0	4.4	1.7	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	1,663	1.59	1.29
25-29	6.8	14.0	17.6	26.3	19.8	9.0	2.9	3.5	0.1	0.0	0.1	100.0	1,591	2.95	2.28
30-34	3.9	5.4	10.7	17.6	22.4	19.3	10.8	5.1	2.8	1.6	0.4	100.0	1,197	4.07	3.11
35-39	3.3	3.9	8.6	11.2	11.0	13.0	17.7	11.7	7.5	3.5	8.4	100.0	1,028	5.33	4.06
40-44	4.3	4.2	6.1	6.5	9.2	13.0	12.1	12.5	11.1	7.9	13.1	100.0	724	5.99	4.75
45-49	5.7	7.7	4.0	6.4	10.2	12.2	11.0	14.9	10.8	7.9	9.3	100.0	739	5.64	4.07
Total	21.5	15.2	13.2	12.5	10.4	8.2	6.0	5.0	3.1	1.9	2.9	100.0	8,779	3.06	2.36
MULHERES CASADAS OU EM UNIÃO MARITAL															
15-19	45.2	44.4	9.9	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	825	0.66	0.56
20-24	16.7	27.4	30.6	17.8	5.2	2.1	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	1,337	1.75	1.41
25-29	5.9	12.7	16.1	26.0	21.6	10.3	3.3	4.1	0.1	0.0	0.1	100.0	1,341	3.1	2.40
30-34	3.1	5.4	9.8	18.4	23.1	17.4	12.1	5.4	3.0	1.9	0.5	100.0	1,001	4.16	3.20
35-39	2.2	4.1	7.8	11.1	10.3	13.1	19.5	12.0	8.0	3.8	8.2	100.0	867	5.45	4.14
40-44	1.9	4.4	5.3	6.9	9.1	14.1	10.6	13.1	11.3	8.8	14.4	100.0	601	6.24	4.93
45-49	6.4	8.3	3.2	6.9	10.4	10.1	10.7	14.0	9.1	9.4	11.6	100.0	557	5.71	4.23
Total	11.8	16.3	14.1	14.6	12.1	9.1	7.0	5.7	3.4	2.4	3.5	100.0	6,530	3.5	2.71

das mulheres em idade reprodutiva e têm em média 3.1 filhos, dos quais 2.4 estão actualmente vivos. A média de filhos tidos das mulheres que completaram a sua vida reprodutiva é de 5.6, dos quais 4.1 ainda vivem.

A distribuição da parturição para mulheres mais velhas em união conjugal no momento da entrevista também fornece uma medida de infecundidade primária. É comumente aceite que, nos países em desenvolvimento, a proporção de mulheres em união conjugal no final do período reprodutivo que não têm filhos é de 2 a 5 %. No caso de Moçambique, esta proporção é de 6 %, um pouco superior ao padrão esperado.

3.4 Intervalos entre os nascimentos

O intervalo entre os nascimentos, definido também como espaçamento das gravidezes ou período inter genésico, tem sido utilizado como um importante indicador da condição de sobrevivência de crianças. É sabido que intervalos curtos entre os nascimentos estão associados a riscos mais elevados de mortalidade infantil e na infância.

O Quadro 3.6 mostra a distribuição percentual de nascimentos para os cinco anos precedentes à data do inquérito por número de meses decorridos entre um nascimento e outro, segundo características demográficas das mães. O intervalo mediano, isto é, o valor no qual ocorreram 50 % dos nascimentos, é 35 meses a nível nacional, 33.9 nas urbanas e 34.7 nas rurais.

Quadro 3.6 Intervalo entre os nascimentos

Distribuição percentual dos nascimentos nos cinco anos anteriores ao inquérito, segundo o intervalo desde o nascimento prévio, por características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Número de meses do nascimento anterior					Total	Número de nasci-mentos	Mediana do intervalo (meses)
	7-17	18-23	24-35	36-47	48+			
Idade da entrevistada								
15-19	12.6	11.3	43.7	26.5	5.9	100.0	111	28.9
20-29	8.6	11.1	39.8	24.8	15.8	100.0	2,932	32.7
30-39	7.8	9.0	32.2	21.1	29.9	100.0	2,056	36.3
40-49	7.9	9.6	20.4	19.4	42.8	100.0	616	41.7
Ordem de nascimento								
2-3	7.4	9.3	36.2	24.7	22.4	100.0	2,629	34.7
4-6	7.5	9.8	35.7	22.8	24.2	100.0	2,121	34.8
7+	12.6	13.4	30.4	18.1	25.5	100.0	964	33.4
Sexo do filho anterior								
Masculino	9.0	9.7	33.0	24.1	24.2	100.0	2,849	35.2
Feminino	7.6	10.7	37.1	21.7	23.0	100.0	2,865	33.9
Sobrevivência do filho anterior								
Não	20.8	12.9	31.7	19.1	15.4	100.0	1,167	29.1
Sim	5.1	9.5	35.9	23.9	25.7	100.0	4,547	35.8
Residência								
Urbana	10.8	8.4	36.2	21.7	22.9	100.0	1,212	33.9
Rural	7.6	10.7	34.7	23.2	23.8	100.0	4,502	34.7
Província								
Niassa	6.5	11.1	34.9	26.0	21.5	100.0	336	34.8
Cabo Delgado	5.2	11.6	35.5	27.2	20.4	100.0	341	35.3
Nampula	8.7	15.0	36.9	22.5	16.8	100.0	997	32.6
Zambézia	12.9	14.4	34.4	15.0	23.4	100.0	896	32.3
Tete	8.3	13.4	38.2	24.4	15.7	100.0	287	32.3
Manica	7.6	10.7	38.1	21.7	22.0	100.0	380	33.1
Sofala	8.7	4.4	30.1	24.9	32.0	100.0	844	37.5
Inhambane	7.6	7.9	34.9	27.5	22.0	100.0	432	35.6
Gaza	3.2	7.6	38.4	23.1	27.8	100.0	631	36.4
Maputo	12.3	4.0	33.2	24.7	25.8	100.0	326	36.1
Maputo Cidade	5.3	6.0	31.8	25.6	31.3	100.0	243	38.0
Nível de escolaridade								
Sem escolaridade	8.3	11.4	32.5	20.8	27.0	100.0	2,567	35.2
Primário	8.6	9.2	37.2	25.1	19.9	100.0	2,982	34.1
Secundário ou mais	2.8	8.1	35.8	16.2	37.1	100.0	164	38.1
Religião[1]								
Católica	10.7	13.9	34.2	22.1	19.1	100.0	1,796	32.4
Protestante	7.7	8.1	36.2	27.1	20.9	100.0	1,372	35.1
Muçulmana	7.2	9.9	37.0	24.7	21.1	100.0	858	34.6
Outra	7.5	9.9	38.4	20.4	23.8	100.0	392	33.6
Sem religião	6.4	7.6	32.1	19.2	34.8	100.0	1,258	37.2
Total	8.3	10.2	35.0	22.9	23.6	100.0	5,714	34.6

Nota: Os nascimentos de ordem 1 foram excluídos.
[1] Exclui os casos sem informação

O intervalo mais frequente flutua entre 24 e 35 meses, embora também sejam importantes os períodos inter genésicos superiores. O valor da mediana aumenta a medida que a idade da mãe avança: nas mulheres mais jovens, de 15-19 anos, é de 28.9 meses, enquanto que nas mais velhas, de 40 anos ou mais, alcança os 41.7 meses. Em termos de nascimentos, 12.6 % das mulheres menores de 20 anos tiveram lugar entre 7 a 17 meses depois do nascimento anterior. Estas gestações são consideradas como sendo de alto risco por estarem ocorrendo nas mulheres muito jovens e devido ao intervalo inter genésico muito reduzido. Como a mulher moçambicana começa a sua vida reprodutiva muito cedo, a frequência de nascimentos diminui a medida que a idade avança, já que o intervalo entre os nascimentos também é maior, atingindo os 7.9 % ao alcançar os 40 anos de idade ou mais.

Se consideramos a ordem de nascimentos, não se observa grandes diferenças na mediana. Os valores flutuam entre um máximo de 35 meses nas mulheres com 2-3 e 4-6 filhos e um mínimo de 33 meses naquelas com 7 filhos ou mais.

Por outro lado, a sobrevivência do nascimento anterior tem influência importante sobre a duração do intervalo. A mediana é de 29.1 meses nas entrevistadas que declararam que o nascimento anterior havia falecido e 35.8 nas que tinham o filho anterior vivo.

É na Cidade de Maputo e na Província de Sofala onde se observa o maior espaçamento entre os nascimentos, onde o intervalo mediana é de 38.0 e 37.5 meses, respectivamente. O menor intervalo mediano regista-se nas Províncias da Zambézia (32.3), Tete (32.3) e Nampula (32.6). O espaçamento entre os nascimentos dos filhos está associado ao nível de educação das mulheres: o intervalo mediano é de 35 meses nas analfabetas, passa para 34.1 quando têm o nível de ensino primário e aumento para 38.1 nas com grau secundário ou mais.

3.5 Idade da mãe ao nascimento do primeiro filho

A idade na qual as mulheres iniciam a sua vida reprodutiva constitui um dos factores demográficos determinantes da fecundidade duma população e de consequências importantes para a saúde das mães e das crianças. A idade e a mediana ao primeiro nascimento segundo a idade das mulheres são apresentadas no Quadro 3.7. No Quadro 3.8 resume-se a idade mediana ao primeiro nascimento segundo características seleccionadas.

A idade mediana ao primeiro filho nas mulheres de 20-49 anos é de 19 anos (18.1 nas áreas urbanas e 19.1 nas rurais). É nas Províncias de Maputo (19.8), Inhambane (19.8), Cidade de Maputo (19.7), Manica (19.1) e Zambézia (19.2) onde se observa a idade mediana mais elevada, enquanto que nas restantes varia situa-se a volta dos 18 anos. Tomando agora a variável educação, nota-se que não se registam diferenças na idade mediana ao nascimento do primeiro filho: 18.9 anos tanto para as mulheres analfabetas como as que têm o nível de ensino secundário ou mais. A coluna das mulheres de 25-49 anos dá-nos uma melhor imagem da variação deste indicador segundo o grau de escolaridade. Podemos afirmar que a idade ao primeiro filho é maior quando a mulher passa do grau de ensino primário (19.0 anos) para o secundário ou mais (21.8 anos).

Quando consideramos a idade ao primeiro filho segundo a dimensão religião, nota-se a idade ao nascimento do primeiro filho varia entre 18.8 anos nas católicas e 19.1 nas sem religião.

Quadro 3.7 Idade na época do nascimento do primeiro filho

Distribuição percentual das mulheres segundo a idade na época do primeiro nascimento, por idade actual, Moçambique 1997

Idade actual	Mulheres sem filhos	Idade ao primeiro filho						Total	Número de mulheres	Idade mediana ao primeiro filho
		<15	15-17	18-19	20-21	22-24	25+			
15-19	69.6	4.2	19.5	6.7	NA	NA	NA	100.0	1,836	a
20-24	21.1	7.8	35.4	22.2	11.6	2.0	NA	100.0	1,663	18.6
25-29	6.8	11.4	29.3	22.2	16.4	10.7	3.2	100.0	1,591	18.7
30-34	3.9	11.9	24.8	21.4	17.9	12.6	7.6	100.0	1,197	19.2
35-39	3.3	12.8	24.0	19.1	17.8	10.9	12.0	100.0	1,028	19.4
40-44	4.3	15.9	28.9	13.2	9.5	15.2	12.9	100.0	724	18.6
45-49	5.7	12.0	17.1	16.9	7.5	11.8	29.0	100.0	739	21.2

NA = Não se aplica
[a] Indica que o valor da mediana é maior que o limite inferior do intervalo de idade

Quadro 3.8 Fecundidade na adolescência

Porcentagem de adolescentes de 15-19 anos que são mães ou estão grávidas do primeiro filho, por características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Já mães	Grávidas do 1º filho	Total alguma vez grávidas	Número de adoles-centes
Idade da entrevistada				
15	3.6	3.8	7.5	407
16	15.2	4.4	19.6	333
17	28.0	15.4	43.5	324
18	47.5	15.6	63.0	453
19	58.7	8.0	66.7	318
Residência				
Urbana	25.4	5.2	30.6	512
Rural	32.4	11.3	43.6	1,324
Província				
Niassa	33.2	3.8	37.1	84
Cabo Delgado	46.7	6.8	53.5	82
Nampula	43.7	7.2	51.0	241
Zambézia	22.6	26.5	49.1	193
Tete	27.9	11.6	39.5	60
Manica	35.4	12.0	47.4	111
Sofala	40.1	7.4	47.6	295
Inhambane	36.6	5.7	42.3	196
Gaza	12.3	12.6	24.9	260
Maputo	21.1	4.6	25.7	177
Maputo Cidade	20.0	3.4	23.4	137
Nível de escolaridade				
Sem escolaridade	36.0	14.1	50.1	521
Primário	30.1	7.8	37.9	1,220
Secundário ou mais	3.8	7.6	11.4	95
Religião[1]				
Católica	30.3	9.2	39.6	510
Protestante	31.9	4.6	36.6	586
Muçulmana	36.7	9.3	45.9	242
Outra	29.9	14.7	44.7	146
Sem religião	23.8	16.6	40.4	344
Total	30.4	9.6	40.0	1,836

[1] Exclui os casos sem informação

3.6 Fecundidade das adolescentes

Em Moçambique, a união conjugal e a maternidade precoces têm merecido uma atenção muito especial do Governo, pois tanto as gravidezes não desejadas como os abortos têm consequências sociais, morais e económicas, e principalmente para a saúde das próprias adolescentes.

No Quadro 3.9 apresenta-se a distribuição percentual de adolescentes que são mães ou que no momento entrevista encontravam-se grávidas pela primeira vez. Os resultados por área de residência, nível de escolaridade e a idade das adolescentes são comparados no Gráfico 3.4.

Se agregarmos a percentagem das adolescentes que já são mães (30 %) à das que estão esperando seu primeiro filho (10 %), notaremos que em Moçambique 40 % de adolescentes já iniciaram a sua vida reprodutiva. Por idades simples esta percentagem atinge o seu valor mais elevado nas adolescentes de 19 anos (67 %). Por províncias, a Cidade de Maputo apresenta a percentagem mais baixa, onde apenas 23 % das adolescentes iniciaram a maternidade. Nas restantes províncias esta percentagem varia entre 25 % na Província de Maputo e 54 % em Cabo Delgado.

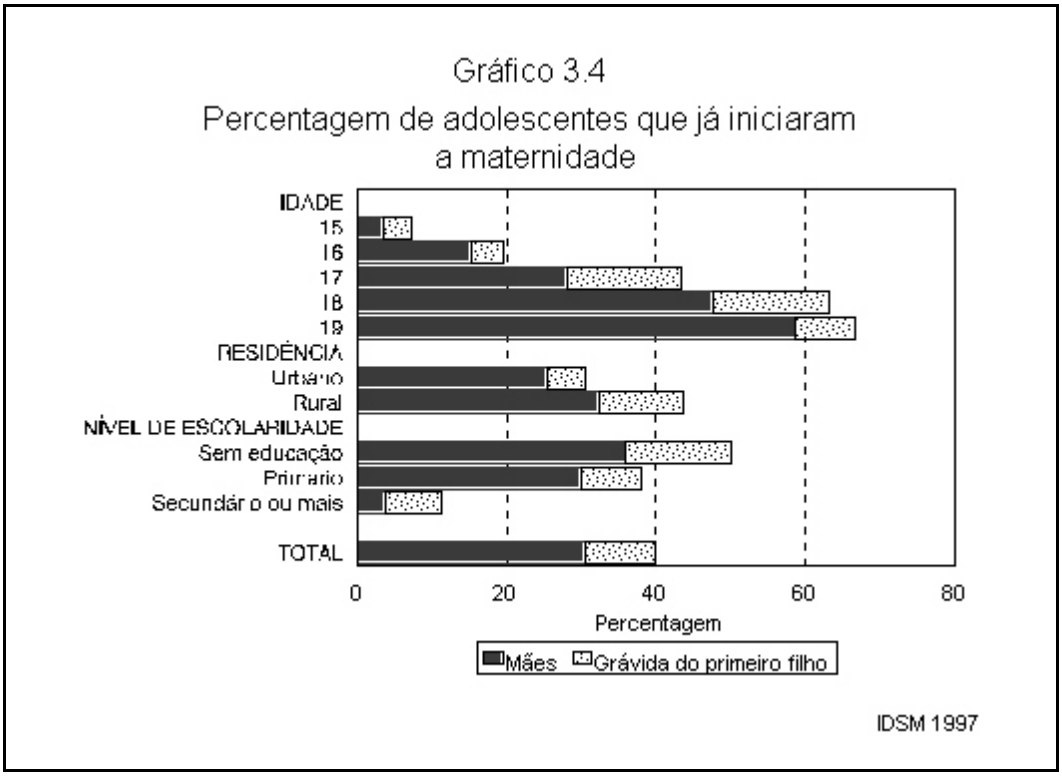
Se consideramos em separado as adolescentes que já são mães e aquelas que esperam o seu primeiro filho, nota-se que é na Província de Gaza onde a percentagem das primeiras é mais baixa (12 %), enquanto que das segundas verifica-se na Cidade de Maputo (3 %).

Segundo a dimensão nível de escolaridade, como era de esperar as adolescentes com o grau de ensino secundário ou mais apresentam as menor percentagens (4 % já são mães e 8 % esperam o seu primeiro filho). As percentagens mais elevadas registam-se nas mulheres analfabetas (36 % já são mães e 14 % esperam o seu primeiro filho).

Quadro 3.9 Crianças nascidas de adolescentes

Distribuição percentual de adolescentes de 15-19 anos, segundo o número de filhos nascidos vivos, por idade, Moçambique 1997

Idade	Filhos nascidos vivosde 0	1	2+	Total	Media de nascidos vivos	Número de adoles-centes
15	96.4	3.6	0.0	100.0	0.04	407
16	84.8	15.1	0.1	100.0	0.15	333
17	72.0	24.5	3.5	100.0	0.32	324
18	52.5	34.5	13.0	100.0	0.61	453
19	41.3	46.8	11.9	100.0	0.71	318
Total	69.6	24.5	5.9	100.0	0.37	1,836



No Quadro 3.10 apresenta-se a distribuição percentual de adolescentes por número de filhos tidos, segundo a idade. Os resultados indicam que 25 % das adolescentes têm 1 filho e 6 % têm 2 ou mais filhos. Esta percentagem cresce com a idade das mulheres, assim como o número médio de filhos nascidos vivos. Entre as adolescentes com pelo menos 1 filho passa de 4 % nas mulheres de 15 anos para 47 % naquelas com 19 anos. A percentagem de mulheres com 2 filhos é quase nula nas idades 15 e 16 anos, registando-se uma maior concentração aos 18 anos (13 %), para depois reduzir para 12 % nas adolescentes com 19 anos.

CAPÍTULO 4

CONTRACEPÇÃO

O conhecimento e disponibilidade de métodos contraceptivos são importantes para a implementação bem sucedida de qualquer programa de planeamento familiar. Entre os objectivos do IDS de 1997 figuram a determinação do nível de conhecimento e uso dos métodos contraceptivos e a avaliação do acesso e da prestação de serviços de planeamento familiar. O estudo da anticoncepção é, portanto, importante, não só como um dos determinantes próximos da fecundidade, mas também para a elaboração de políticas e programas na área.

Em Moçambique o Programa de Planeamento Familiar apenas se constituiu como um programa nacional a partir de 1980. Um marco importante na sua implementação foi a introdução, desde esse ano, do planeamento familiar no currículo dos médicos, enfermeiras de saúde materno-infantil (SMI) e técnicos de medicina. Os serviços de planeamento familiar estão sob a responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS), encontrando-se integrados no atendimento materno-infantil e baseando-se na distribuição gratuita de contraceptivos modernos.

Este capítulo tem três secções principais. Na primeira secção começa-se por investigar o nível de conhecimentos da população sobre métodos contraceptivos o que permite avaliar as pré-condições para o uso de planeamento familiar. Na segunda secção, foi analisado o uso da anticoncepção, actual e anterior, o que permite a identificação dos segmentos da população mais carentes de serviços. Ainda na segunda secção é analisada a divulgação do planeamento familiar pelos mass media e a sua aceitabilidade. Na terceira secção foram consideradas as intenções de uso da anticoncepção e as atitudes dos cônjuges em relação ao planeamento familiar, permitindo detectar problemas de comunicação ainda existentes.

4.1 Conhecimento da anticoncepção

O conhecimento existente sobre os diferentes métodos de planeamento familiar é uma pré-condição para a sua utilização. No IDS avaliou-se o nível de conhecimentos sobre algum método para prevenir a gravidez, por dois processos. O primeiro consistia em pergunta aberta e resposta espontânea. No segundo, utilizado se a primeira alternativa fosse negativa, cada método de planeamento familiar foi inquirido especificamente. Os resultados combinam os dois tipos de pergunta.

Foi colhida informação sobre oito métodos modernos : pílula, dispositivo intra-uterino (DIU), anticonceptivo injectável, implantes, métodos vaginais, preservativo masculino, laqueação tubária e vasectomia; e dois métodos tradicionais: abstinência sexual periódica e coito interrompido. Para além disso, era registado qualquer outro método, incluindo métodos folclóricos, nomeados espontâneamente pelos entrevistados. Por métodos folclóricos designam-se medicamentos e rituais tradicionais com plantas, manuseio da placenta, ou outros.

O Quadro 4.1 mostra-nos o nível de conhecimento sobre planeamento familiar demonstrado pelas mulheres e homens entrevistados, em três grupos: no total, sexualmente activos não unidos, e actualmente em união. A percentagem de respondentes que declararam conhecer a existência do planeamento familiar foi relativamente modesta em ambos os sexos; apenas 63 e 70 % das mulheres e homens respectivamente.

Os métodos contraceptivos modernos são mais conhecidos que os métodos tradicionais e folclóricos. O nível de conhecimentos demonstrado pelos homens é superior ao das mulheres, em todos os grupos, para

Quadro 4.1 Anticoncepção: conhecimento entre mulheres e homens

Percentagem de mulheres e homens que conhecem métodos, segundo o tipo de método, Moçambique 1997

	Mulheres				Homens		
Método	Todas as mulheres	Mulheres unidas	Sexual-mente activas não unidas	Sem experiência sexual	Todos os homens	Homens unidos	Sexual-mente activos não unidos
Algum método	62.7	62.0	76.2	38.7	69.7	68.7	89.9
Métodos modernos	61.3	60.4	75.7	38.7	67.4	65.6	89.9
Pílula	56.6	56.6	67.5	29.0	48.3	51.0	56.0
DIU	44.0	42.7	60.3	21.9	31.0	32.0	41.3
Injeções	53.5	53.2	66.9	27.0	44.1	45.9	57.5
Métodos vaginais	3.7	3.4	7.8	1.2	6.5	6.1	11.5
Condom	42.4	39.9	57.5	34.1	59.8	57.8	77.8
Esterilização feminina	28.7	27.7	36.7	8.6	29.7	31.7	37.8
Esterilização masculina	4.9	4.4	6.9	2.4	13.1	13.2	20.5
Norplant	1.3	1.4	1.4	0.3	3.0	2.7	6.8
Tradicionais	14.3	13.2	24.5	5.5	35.0	37.8	45.3
Abstinência periódica	10.9	10.0	19.3	5.2	29.1	31.3	39.0
Coito interrompido	10.7	9.7	19.4	2.5	25.1	27.2	34.7
Outros	7.8	8.5	7.6	0.9	10.3	13.0	6.7
Tradicionais e folclóricos	19.4	19.2	26.9	6.2	38.7	42.3	47.3
Número de pessoas	8,779	6,530	545	598	2,335	1,662	245
Média de métodos	2.6	2.6	3.5	1.3	3.0	3.1	3.9

Nota: Métodos vaginais incluem diafragma, espumas e tabletes. Abstinencia periódica inclui tabela, Billings e temperatura. Métodos folclóricos incluem ervas, chás, etc.

os métodos modernos, tradicionais ou folclóricos. Com efeito, enquanto que 61 % do total de mulheres entrevistadas declararam conhecer um método moderno e 19 % um método tradicional ou folclórico, 67 % dos homens entrevistados conheciam um método anticonceptivo moderno e 39 % conheciam métodos tradicionais ou folclóricos para evitar a gravidez. De igual modo os homens conheciam, em média, 3 métodos contraceptivos modernos, ao passo que as mulheres apenas conheciam 2,6 métodos.

O grupo de entrevistados, de ambos os sexos, sexualmente activos, actualmente não unidos foi o que declarou conhecimento mais elevado sobre métodos contraceptivos, não obstante ter sido também neste grupo que se verificou a maior diferença entre os dois sexos. Com efeito, no grupo de mulheres entrevistadas, 60 % das actualmente unidas e 76 % das sexualmente activas, não unidas conheciam métodos contraceptivos modernos. No grupo de homens entrevistados, esta percentagem elevava-se para 66 % e 90 %, respectivamente. Por um lado, o melhor nível de conhecimentos do grupo sexualmente activo, não unido poderá sugerir uma preocupação com a prevenção de possível gravidez. Por outro, dado que uma proporção significativa utiliza o preservativo masculino (apesar que na população em geral é ainda baixa), poderá reflectir a preocupação de evitar as doenças de transmissão sexual incluindo a infecção pelo vírus de imunodeficiência humana.

Quanto ao conhecimento de métodos específicos de planeamento familiar, nas mulheres actualmente unidas a pílula é o método moderno mais conhecido, referido por 57 % das entrevistadas. Seguem-se, por

ordem decrescente, o anticonceptivo injectável, com 53 %, o DIU, com 43 % e o preservativo masculino, com 40 %.

Nos homens actualmente unidos entrevistados esta situação inverte-se, sendo o preservativo o método mais conhecido, referido por 58 % dos entrevistados neste grupo. Seguem-se, por ordem decrescente, a pílula, com 51 %, o injectável, com 46 % e o DIU, com 32 %.

Os métodos vaginais, como o diafragma, espermicidas e gel e os implantes foram referidos por uma percentagem mínima de entrevistados, de ambos os sexos. Esta situação está relacionada com o facto de se tratarem de métodos que ainda não são largamente disponíveis à escala nacional no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e outros prestadores não-governamentais.

Nos métodos tradicionais, a abstinência sexual periódica e o coito interrompido foram referidos por, respectivamente, 31 % e 27 % dos homens em união e, na mesma percentagem, por 10 % das mulheres em união.

O Quadro 4.2 mostra-nos a correspondência existente no conhecimento sobre contracepção entre os dois cônjuges no casal. Em metade dos casais, 50 %, ambos os esposos conheciam pelo menos um método moderno contraceptivo, enquanto em 22 %, ambos referiram não conhecer nenhum método. Quando apenas um dos esposos conhecia algum método contraceptivo moderno, os maridos referiram um conhecimento quase igual, (15 %) ao das esposas (com 13 %). Mesmo assim, as esposas conheciam melhor a pílula, o injectável e o DIU que os seus maridos. Os maridos, por sua vez, referiram melhor conhecimento sobre o preservativo, a esterilização feminina e masculina.

Quadro 4.2 Anticoncepção: conhecimento de métodos nos casais

Distribuição percentual dos casais que conhecem qualquer método e métodos modernos segundo tipo de método, Moçambique 1997

	Esposo conhece		Esposo não conhece		
Método	Esposa conhece	Esposa não	Esposa conhece	Esposa nãa	Total
Qualquer método	**52.0**	**15.4**	**12.0**	**20.6**	**100.0**
Métodos modernos	**49.9**	**14.9**	**12.9**	**22.3**	**100.0**
Pílula	39.3	11.0	20.8	28.8	100.0
DIU	23.7	8.2	19.1	49.0	100.0
Injecções	33.9	10.5	20.7	34.9	100.0
Métodos vaginais	0.7	4.8	4.3	90.1	100.0
Condom	32.7	23.8	7.2	36.2	100.0
Esterilização feminina	13.7	17.4	13.3	55.7	100.0
Esterilização masculina	2.0	10.6	3.6	83.7	100.0
Norplant	0.1	2.9	1.5	95.5	100.0
Métodos tradicionais	**8.9**	**27.7**	**3.7**	**59.7**	**100.0**
Abstinência periódica	6.3	22.0	3.8	68.0	100.0
Coito interrompido	5.9	21.6	4.1	68.4	100.0
Métodos folclóricos	**1.3**	**11.1**	**7.1**	**80.6**	**100.0**

Nota: baseado em 1,367 casais. Métodos vaginais inclui diafragma, espumas e tabletes. Abstinênciia periódica inclui tabela, Billings e temperatura. Métodos folclóricos inclui ervas, chás, sortilégios, etc.

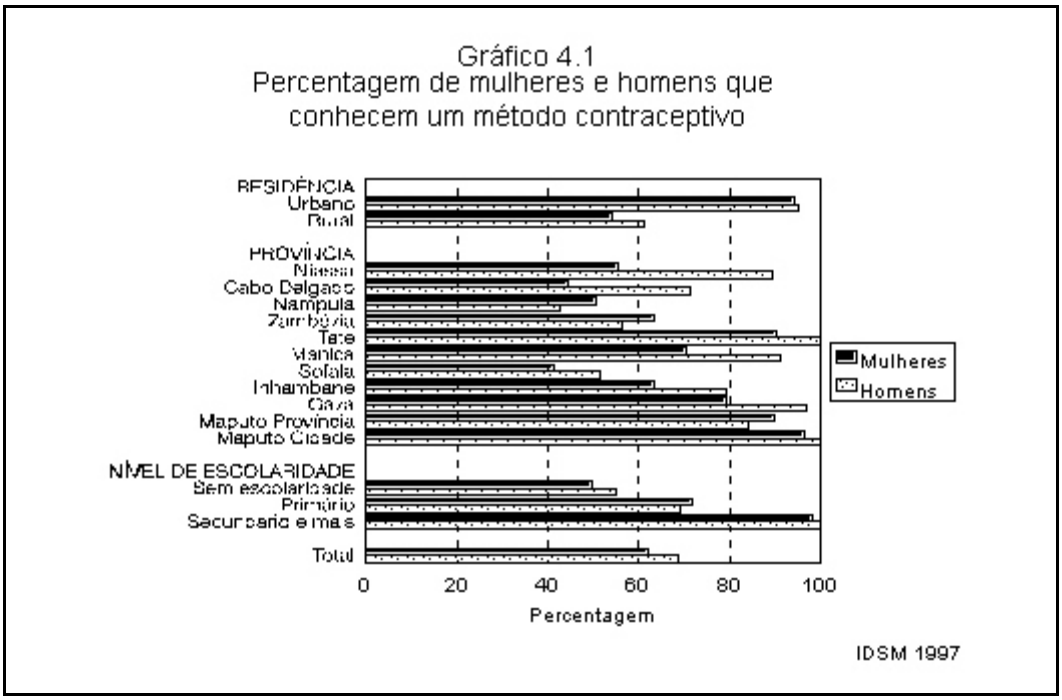
O Quadro 4.3 e o Gráfico 4.1 mostra-nos o conhecimento sobre métodos contraceptivos dos entrevistados, homens e mulheres em união, por características sócio demográficas seleccionadas. Nas mulheres em idade fértil o conhecimento sobre métodos contraceptivos modernos aumenta progressivamente com a idade, desde o grupo etário dos 15-19 anos, em que apenas 45 % das entrevistadas declarou conhecer um método moderno até atingir um pico, de 71 %, no grupo etário dos 30-34 anos. Diminui nos grupos de idade mais avançada, até ao grupo etário dos 45-49 anos, em que foi referido por apenas 48 % das entrevistadas. Nos homens entrevistados os grupos etários que referiram melhor conhecimento foram os pertencentes aos grupos etários dos 20-24 anos e dos 40 aos 44 anos, com 69 % e 75 %, respectivamente.

Quadro 4.3 Anticoncepção: conhecimento de qualquer método e de métodos modernos

Percentagem das mulheres e homens atualmente unidas(os) que conhecem qualquer método e métodos modernos, segundo tipo de método, Moçambique 1997

	Mulheres			Homens		
Método	Conhecem qualquer método	Conhecem método moderno	Número de mulheres	Conhecem qualquer método	Conhecem método moderno	Número de homens
Idade						
15-19	44.8	43.8	825	*	*	11
20-24	63.7	62.7	1,337	71.7	69.1	178
25-29	65.5	63.9	1,341	63.7	63.4	280
30-34	71.1	70.6	1,001	72.0	68.9	231
35-39	62.5	60.2	867	67.8	64.4	288
40-44	67.8	65.1	601	80.0	74.6	204
45-49	51.3	47.9	557	67.0	64.6	141
50-54	NA	NA	NA	50.4	43.6	140
55-59	NA	NA	NA	72.1	70.6	119
60-64	NA	NA	NA	73.0	69.0	71
Residência						
Urbana	94.2	94.0	1,274	95.1	95.1	362
Rural	54.2	52.2	5,255	61.3	57.4	1,300
Província						
Niassa	55.3	46.6	355	89.3	88.7	94
Cabo Delgado	44.6	44.3	460	71.4	67.9	139
Nampula	50.5	45.5	1,241	42.6	42.5	285
Zambezia	63.3	63.3	1,017	56.1	42.4	296
Tete	90.2	90.0	242	100.0	97.3	73
Manica	70.2	70.0	386	91.2	90.7	79
Sofala	41.5	41.3	943	51.3	50.7	259
Inhambane	63.5	62.5	562	79.1	79.1	132
Gaza	79.0	79.0	665	96.9	96.5	130
Maputo	89.9	89.9	340	84.1	84.1	80
Maputo Cidade	96.2	96.1	318	99.9	99.9	96
Nível de escolaridade						
Sem escolaridade	49.8	47.2	3,083	54.9	45.6	367
Primário	71.5	70.8	3,267	69.2	67.8	1,153
Secundário ou mais	98.2	98.2	180	100.0	100.0	142
Religião[1]						
Católica	63.5	61.4	1,889	71.3	65.8	558
Protestante	73.9	73.4	1,563	88.1	87.7	300
Muçulmana	52.8	48.5	1,232	66.1	63.0	310
Outra	65.1	65.1	406	45.6	44.9	127
Sem religião	52.8	52.6	1,398	57.1	54.7	351
Total	62.0	60.4	6,530	68.7	65.6	1,662

NA = Não se aplica
* Baseado em menos de 25 casos não ponderados
[1] Exclui os casos sem informação



O IDS mostrou que os residentes das áreas urbanas conhecem significativamente melhor os métodos contraceptivos modernos que os das áreas rurais. Enquanto na área rural apenas 52 % das mulheres e 57 % dos homens ouviram falar de planeamento familiar moderno, nas zonas urbanas esta percentagem elevava-se para 94 % e 95 %, respectivamente.

Ainda referente ao conhecimento de métodos modernos por distribuição geográfica dos entrevistados, verificaram-se grandes disparidades entre as províncias. As províncias de Nampula e Zambézia, revelaram os mais baixos conhecimentos sobre contracepção moderna. Com efeito, apenas 46 % e 63 % das mulheres em união e 43 % e 42 % dos homens das províncias respectivas conheciam pelo menos um método contraceptivo moderno. As províncias em melhor situação são a Cidade de Maputo, em que 96 % das mulheres em união conheciam pelo menos um método moderno, as províncias de Maputo e Tete com 90 % e a província de Gaza com 79 %.

O nível educacional dos entrevistados encontrava-se estreitamente associado ao conhecimento sobre a contracepção moderna. Os entrevistados sem escolarização, apresentaram as percentagens mais baixas, com apenas 47 % nas mulheres e 46 % nos homens. Nos grupos com o ensino primário a percentagem eleva-se para 72 %, nas mulheres e 68 %, nos homens. Finalmente, nos grupos com ensino secundário ou mais o conhecimento de pelo menos um método contraceptivo moderno era quase universal, pois 98 % das mulheres e 100 % dos homens conheciam a contracepção moderna.

4.2 Uso anterior e actual da anticoncepção

Todos os entrevistados, homens ou mulheres, que referiram conhecer algum método de planeamento familiar foram inquiridos se alguma vez o tinham utilizado, quer se tratasse de um método moderno, tradicional ou folclórico. O Quadro 4.4 mostra-nos a distribuição percentual das mulheres que alguma vez utilizaram planeamento familiar, por método e grupos quinquenais de idade. Apenas 14 % do total das mulheres referiram ter alguma vez utilizado algum método de planeamento familiar. Em relação aos métodos modernos a percentagem era de 13 %, e aos métodos tradicionais ou folclóricos, de 3 %.

Quadro 4.4 Uso anterior ou actual de anticoncepção por idade: mulheres

Percentagem de todas as mulheres, das mulheres actualmente unidas e das mulheres sexualmente activas não unidas que usam ou já usaram algum método anticoncepcional, segundo o tipo de método, por idade, Moçambique 1997

		Métodos modernos								Métodos tradicionais			Métodos		
Grupos de idade	Algum método	**Algum método moderno**	Pílula	DIU	Injecções	Métodos vaginais	Condom	Esteriliz. feminina	Implante	Algum método tradicional	Abst. periódica	Coito interrompido	**Métodos folclóricos**	**tradicionais e folklóricos**	Número de mulheres
TODAS AS MULHERES															
15-19	4.9	4.2	2.2	0.4	0.5	0.0	1.5	0.0	0.0	1.1	0.9	0.3	0.1	1.2	1,836
20-24	13.3	11.7	7.3	1.0	3.1	0.0	3.9	0.0	0.0	1.4	0.9	0.6	1.7	3.0	1,663
25-29	17.1	15.9	11.0	3.0	4.8	0.0	4.0	0.0	0.0	2.2	1.9	0.9	1.8	4.0	1,591
30-34	21.7	20.7	12.2	5.3	10.1	0.5	3.3	0.6	0.0	2.0	1.5	0.9	1.5	3.4	1,197
35-39	19.7	18.4	10.3	4.4	11.5	0.1	2.1	1.0	0.0	1.9	1.3	0.7	1.6	3.4	1,028
40-44	17.7	15.7	8.7	4.3	9.2	0.0	1.7	2.1	0.1	2.2	2.0	0.4	2.3	4.4	724
45-49	10.3	9.3	3.5	2.6	4.1	0.0	0.7	3.4	0.2	1.2	0.9	0.4	0.9	2.1	739
Total	14.2	13.0	7.7	2.6	5.4	0.1	2.7	0.7	0.0	1.7	1.3	0.6	1.3	2.9	8,779
MULHERES ACTUALMENTE UNIDAS															
15-19	3.3	2.9	1.5	0.3	0.4	0.0	0.9	0.0	0.0	0.6	0.5	0.5	0.2	0.8	825
20-24	10.4	8.7	5.8	0.8	2.7	0.0	2.6	0.0	0.0	1.0	0.5	0.5	1.6	2.5	1,337
25-29	14.5	13.3	9.0	2.4	4.4	0.0	3.2	0.0	0.0	1.5	1.2	0.5	1.7	3.1	1,341
30-34	19.2	18.4	12.2	4.1	8.9	0.6	2.7	0.6	0.0	2.0	1.6	0.7	1.4	3.3	1,001
35-39	18.5	17.3	10.3	3.6	10.8	0.0	1.5	1.1	0.0	1.9	1.3	0.7	1.3	3.2	867
40-44	16.3	13.9	8.2	4.0	8.8	0.0	1.9	1.4	0.2	1.9	1.7	0.4	2.0	3.9	601
45-49	11.8	10.8	3.8	3.3	5.0	0.0	0.9	4.1	0.3	1.6	1.1	0.5	0.9	2.4	557
Total	13.4	12.2	7.6	2.4	5.5	0.1	2.2	0.7	0.0	1.4	1.1	0.6	1.3	2.8	6,530
MULHERES SEXUALMENTE ATIVAS NÃO UNIDAS															
15-19	15.0	14.1	7.5	1.2	0.8	0.0	5.9	0.0	0.0	2.7	2.6	0.7	0.2	2.7	202
20-24	37.5	35.7	19.9	5.3	12.6	0.0	10.7	0.0	0.0	4.2	4.2	0.6	2.1	6.3	106
25-29	38.7	37.0	23.7	10.1	15.5	0.2	6.4	2.1	0.0	6.0	5.4	3.7	1.8	7.5	237
Total	29.7	28.2	16.9	5.9	9.5	0.1	7.0	0.9	0.0	4.4	4.1	2.0	1.3	5.5	545
HOMENS															
Total	25.5	20.2	7.2	3.1	4.4	0.3	13.8	0.7	0.1	10.8	9.0	3.5	3.0	12.9	2,335
Unidos	27.2	20.4	8.0	3.7	5.2	0.1	12.8	1.0	0.1	12.5	10.3	3.5	3.8	15.0	1,662
Activos	42.2	39.6	11.9	3.1	4.4	2.0	32.2	0.0	0.1	13.7	10.8	7.0	2.4	15.6	245

Nota: Métodos vaginais inclui diafragma, espumas e tabletes. Abstinencia periódica inclui tabela, Billings e temperatura. Métodos folclóricos inclui ervas, chás, etc.

As mulheres sexualmente activas, não em união, referiram uma utilização significativamente maior de planeamento familiar que as entrevistadas em união actual. Enquanto no segundo grupo essa percentagem apenas era de 12 %, no grupo das mulheres sexualmente activas, não em união 28 % referiu ter utilizado alguma vez um método contraceptivo moderno. De realçar ainda que neste grupo, se excluirmos as mulheres muito jovens, dos 15 aos 19 anos, a percentagem que referiu ter utilizado alguma vez um método moderno eleva-se para 37 %.

Nas mulheres em união o método moderno mais utilizado foi a pílula, com 8 % de utilização, seguido do injectável, com 6 %. O grupo etário que referiu maior utilização de contraceptivos modernos foi o grupo dos 30 aos 39 anos, com cerca de 18 %, o que já poderá estar relacionado com o desejo de limitar o número de filhos.

O Quadro 4.5 mostra-nos a distribuição percentual dos homens que alguma vez utilizaram planeamento familiar, por método e grupos quinquenais de idade. Em relação aos homens entrevistados 20 % referiu ter alguma vez utilizado algum método moderno de planeamento familiar, variando de 20 %, nos homens em união, até atingir os 40 %, nos homens sexualmente activos, não em união. Tanto nos homens actualmente unidos como nos sexualmente activos, não unidos o método mais utilizado foi o preservativo masculino, referido por 13 % no primeiro grupo e 32 %, no segundo grupo. No sexo masculino não se verifica o mesmo padrão na distribuição percentual por grupos etários que se observou nas mulheres em união.

Quadro 4.5 Uso anterior ou actual de anticoncepção por idade: homens

Percentagem de todos os homens, dos homens actualmente unidos e dos homens sexualmente activos não unidos que usam ou já usaram algum método anticoncepcional, segundo o tipo de método, por idade, Moçambique 1997

		Métodos modernos								**Métodos tradicionais**					
Grupos de idade	Algum método	**Algum método moderno**	Pílula	DIU	Injeções	Métodos vaginais	Condom	Esteriliz. feminina	Implante	**Algum método tradicional**	Abst. periódica	Coito interrompido	**Métodos folclóricos**	**Métodos tradicionais e folclóricos**	Número de homens
TODOS OS HOMENS															
15-19	14.6	13.7	1.9	0.0	1.2	0.0	12.9	0.0	0.1	4.6	3.6	2.5	0.2	4.8	382
20-24	23.3	19.3	5.0	1.0	2.8	0.4	16.6	0.0	0.0	10.7	8.8	4.2	1.4	12.1	333
25-29	27.2	23.9	5.8	5.7	2.6	0.0	19.6	0.0	0.0	9.8	9.8	1.7	1.8	11.4	333
30-34	35.3	30.6	13.8	0.4	8.6	0.2	21.7	0.1	0.0	11.9	9.1	4.6	7.8	16.4	261
35-39	26.6	21.3	12.7	3.4	5.8	1.5	11.1	0.0	0.1	9.7	8.7	1.6	3.2	11.1	300
40-44	28.7	19.2	11.3	5.6	9.5	0.1	10.6	0.4	0.0	15.5	13.2	3.7	2.0	16.2	216
45-49	29.4	21.5	7.0	2.9	5.8	0.1	14.4	4.1	0.0	14.8	12.9	3.5	5.4	18.6	150
50-54	25.4	19.5	2.3	12.3	1.7	0.0	4.4	4.0	0.3	14.9	5.0	10.1	4.1	19.0	152
55-59	27.2	12.5	4.2	3.1	4.4	0.0	7.3	2.1	0.0	16.6	16.4	4.6	2.8	19.5	132
60-64	24.6	14.0	9.8	0.5	2.6	0.0	3.0	0.0	0.7	9.7	9.7	0.5	7.3	13.6	76
Total	25.5	20.2	7.2	3.1	4.4	0.3	13.8	0.7	0.1	10.8	9.0	3.5	3.0	12.9	2,335
HOMENS ACTUALMENTE UNIDOS															
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
20-24	21.3	16.6	5.8	0.0	4.1	0.0	13.5	0.0	0.0	13.4	11.6	3.5	1.8	15.0	178
25-29	26.5	22.7	4.4	5.5	1.5	0.0	18.7	0.0	0.0	9.2	9.2	1.9	2.1	11.2	280
30-34	32.1	26.8	10.8	0.3	9.4	0.1	19.8	0.1	0.0	11.4	8.2	4.0	8.8	16.5	231
35-39	25.0	20.0	13.2	3.3	5.6	0.3	10.0	0.0	0.1	9.2	8.7	1.3	2.3	10.1	288
40-44	29.1	19.4	11.2	5.2	9.4	0.0	11.0	0.5	0.0	15.7	13.2	3.8	1.7	16.0	204
45-49	30.8	22.5	7.5	3.1	6.2	0.1	15.0	4.3	0.0	15.6	13.8	3.5	5.7	19.7	141
50-54	24.3	18.0	0.5	11.1	1.0	0.0	2.5	4.4	0.3	15.0	4.3	10.8	4.4	19.4	140
55-59	29.8	13.9	4.6	3.4	4.9	0.0	8.1	2.3	0.0	18.1	17.8	5.1	3.2	21.3	119
60-64	26.4	15.0	10.5	0.5	2.8	0.0	3.2	0.0	0.8	10.4	10.4	0.5	7.8	14.6	71
Total	27.2	20.4	8.0	3.7	5.2	0.1	12.8	1.0	0.1	12.5	10.3	3.5	3.8	15.0	1,662
HOMENS SEXUALMENTE ATIVOS NÃO UNIDOS															
15-19	33.1	32.1	6.2	0.0	1.1	0.0	30.7	0.0	0.2	10.3	7.4	6.6	0.4	10.7	96
20-24	41.8	38.9	7.7	3.8	2.6	1.3	34.4	0.0	0.0	9.8	6.0	7.5	2.2	12.0	76
25-29	54.7	50.3	24.1	6.7	10.6	5.3	32.1	0.0	0.0	22.3	20.5	6.8	5.4	26.0	73
Total	42.2	39.6	11.9	3.1	4.4	2.0	32.2	0.0	0.1	13.7	10.8	7.0	2.4	15.6	245

Nota: Métodos vaginais inclui diafragma, espumas e tabletes. Abstinencia periódica inclui tabela, Billings e temperatura. Métodos folclóricos inclui ervas, chás, etc.

* Baseado em menos de 25 casos não ponderados

4.3 Uso actual da anticoncepção

O uso actual de planeamento familiar é um dos principais indicadores para a avaliação dos programas de Planeamento Familiar. Para além disso, é um dos factores na análise dos determinantes da fecundidade, podendo-se estimar a redução da fecundidade atribuível ao planeamento familiar.

O Quadro 4.6 e o Gráfico 4.2 mostra-nos a utilização actual de planeamento familiar pelas mulheres entrevistadas no inquérito. A Taxa de prevalência de uso de contraceptivos - a percentagem de mulheres actualmente unidas que está a utilizar um método de planeamento familiar - foi de 6 %. Na sua maioria são contraceptivos modernos, pois a taxa de prevalência para estes foi de 5 %.

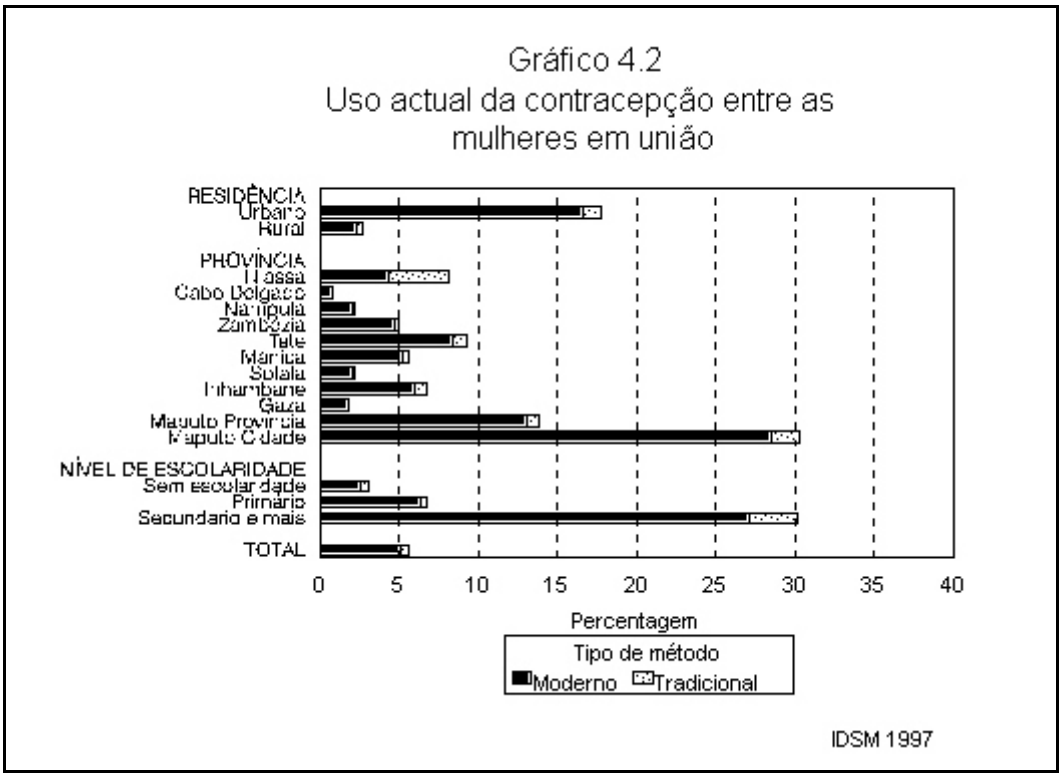
Os métodos modernos mais utilizados pelas entrevistadas são os contraceptivos injectáveis e a pílula, ambos com aproximadamente 2 %. Tinham feito laqueação tubária (esterilização feminina) 0.7 % das entrevistadas. Os métodos tradicionais ou folclóricos quase não eram utilizados, pois apenas 0.7 % das mulheres declararam que os estavam a utilizar na altura do inquérito.

Quadro 4.6 Uso actual de anticoncepção por idade: mulheres

Distribuição percentual das mulheres segundo o uso actual de métodos contraceptivos, por tipo de método e idade, Moçambique, 1997

		Métodos modernos							Métodos tradicionais						
Grupos de idade	Algum método	**Algum método moderno**	Pílula	DIU	Injecções	Métodos vaginais	Condom	Esterelizfeminina	**Algum método tradicional**	Abst. periódica	Coito interrompido	**Métodos folclóricos**	**Não usando método**	Total	Número de mulheres
TODAS AS MULHERES															
15-19	1.7	1.3	0.4	0.3	0.1	0.0	0.4	0.0	0.4	0.4	0.0	0.0	98.3	100.0	1,836
20-24	5.6	4.6	2.5	0.3	1.0	0.0	0.8	0.0	0.3	0.2	0.0	0.7	94.4	100.0	1,663
25-29	6.7	5.9	2.8	0.4	1.9	0.0	0.7	0.0	0.6	0.5	0.1	0.3	93.3	100.0	1,591
30-34	8.0	7.6	1.8	0.9	4.1	0.0	0.3	0.6	0.1	0.1	0.0	0.3	92.0	100.0	1,197
35-39	9.3	8.8	1.9	0.6	5.3	0.0	0.0	1.0	0.2	0.2	0.0	0.3	90.7	100.0	1,028
40-44	8.5	7.6	1.0	0.3	4.3	0.0	0.0	2.1	0.1	0.1	0.0	0.8	91.5	100.0	724
45-49	6.1	5.5	0.3	0.1	1.6	0.0	0.1	3.4	0.4	0.4	0.0	0.2	93.9	100.0	739
Total	6.0	5.4	1.6	0.4	2.2	0.0	0.4	0.7	0.3	0.3	0.0	0.4	94.0	100.0	8,779
MULHERES ACTUALMENTE UNIDAS															
15-19	0.6	0.6	0.3	0.1	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	99.4	100.0	825
20-24	4.5	3.7	2.2	0.0	1.1	0.0	0.4	0.0	0.1	0.0	0.1	0.7	95.5	100.0	1,337
25-29	5.3	4.8	2.1	0.4	1.6	0.0	0.7	0.0	0.2	0.1	0.1	0.3	94.7	100.0	1,341
30-34	6.2	5.7	0.8	0.8	3.3	0.0	0.2	0.6	0.1	0.1	0.0	0.3	93.8	100.0	1,001
35-39	9.4	9.0	2.1	0.4	5.3	0.0	0.0	1.1	0.2	0.2	0.0	0.2	90.6	100.0	867
40-44	7.6	6.7	1.1	0.1	4.1	0.0	0.0	1.4	0.0	0.0	0.0	0.9	92.4	100.0	601
45-49	7.5	6.7	0.3	0.2	2.0	0.0	0.1	4.1	0.5	0.5	0.0	0.3	92.5	100.0	557
Total	5.6	5.1	1.4	0.3	2.3	0.0	0.3	0.7	0.1	0.1	0.0	0.4	94.4	100.0	6,530
MULHERES SEXUALMENTE ATIVAS NÃO UNIDAS															
15-19	7.0	5.0	1.4	1.2	0.7	0.0	1.7	0.0	2.0	2.0	0.0	0.0	93.0	100.0	202
20-24	20.8	17.1	7.4	3.8	2.1	0.0	3.8	0.0	1.8	1.8	0.0	1.9	79.2	100.0	106
25-29	25.7	21.7	8.6	3.0	7.4	0.0	0.6	2.1	3.3	3.3	0.0	0.7	74.3	100.0	237
Total	17.8	14.6	5.7	2.5	3.9	0.0	1.6	0.9	2.5	2.5	0.0	0.7	82.2	100.0	545
HOMENS															
Todos	9.3	6.4	2.3	0.5	1.1	0.0	1.8	0.7	2.4	2.2	0.2	0.6	90.7	100.0	2,335
Unidos	9.9	6.5	2.5	0.5	1.4	0.0	1.0	1.0	2.8	2.6	0.1	0.7	90.1	100.0	1,662
Não unidos	17.0	13.2	4.2	1.3	0.5	0.3	6.9	0.0	3.1	2.2	1.0	0.7	83.0	100.0	245

Nota: Métodos vaginais inclui diafragma, espumas e tabletes. Abstinencia periódica inclui tabela, Billings e temperatura. Métodos folclóricos inclui ervas, chás, etc.



Considerando a distribuição percentual por grupo quinquenal de idade das mulheres em união que usam contracepção moderna, os grupos etários que mais utilizavam estes métodos eram os grupos dos 40-44 anos e 45-49 anos, com a taxa de prevalência de uso actual de 8 % e dos 35-39 anos, com 9 %.

O uso actual de métodos modernos nas mulheres sexualmente activas, não em união quase triplica o das mulheres em união sendo de 15 % e 5 % nos grupos respectivos. Enquanto as mulheres em união utilizam mais o anticonceptivo injectável, para as mulheres sexualmente activas, não em união o método mais utilizado foi a pílula. O maior uso de contraceptivos injectáveis pelas mulheres casadas poderá estar relacionado com o facto de, frequentemente, a utilização de planeamento familiar é ocultada dos maridos, devido a não concordância destes. O preservativo era também significativamente mais utilizado pelas mulheres sexualmente activas, não em união, com cerca de 2 %, ao passo que apenas era usado por 0.3 % das mulheres em união.

O Quadro 4.7 mostra-nos a utilização actual de planeamento familiar pelos homens. Ao indagar os homens sobre a utilização de métodos contraceptivos femininos a pergunta foi feita da seguinte maneira: “Alguma vez teve uma mulher ou parceira que usou pílula, DIU, injecções, implante, diafragma, laqueação tubária”? A utilização de planeamento familiar é ligeiramente superior nos homens, e deve-se principalmente à maior utilização de métodos tradicionais. Utilizam planeamento familiar 9 % do total de homens entrevistados, 6 % usam métodos modernos e 2 %, métodos tradicionais. Em comparação, 5 % das mulheres usam contraceptivos modernos e apenas 0.3 % métodos tradicionais (Quadro 4.6). Para os entrevistados, o método tradicional preferido é a abstinência sexual periódica, com 2 % de uso actual e os métodos modernos mais utilizados são a pílula e o preservativo, ambos com cerca de 2 %.

O uso actual de métodos modernos nos homens sexualmente activos, não em união quase duplica em relação aos homens em união sendo de 13 % e 7 %, nos grupos respectivos. As diferenças devem-se a uma maior utilização da pílula, mas, fundamentalmente, ao uso significativo do preservativo. Os homens em

Quadro 4.7 Uso actual de anticoncepção por idade: homens

Distribuição percentual dos homens segundo o uso actual de métodos contraceptivos, por tipo de método e idade, Moçambique, 1997

		Métodos modernos							Métodos tradicionais						
Grupos de idade	Algum método	**Algum método moderno**	Pílula	DIU	Injecções	Métodos vaginais	Condom	Esteriliz. feminina	**Algum método tradicional**	Abst. periódica	Coito interrompido	**Métodos folclóricos**	**Não usando método**	Total	Número de homens
TODOS OS HOMENS															
15-19	5.0	4.5	0.6	0.0	0.2	0.0	3.6	0.2	0.5	0.4	0.1	0.0	95.0	100.0	382
20-24	8.7	5.8	2.4	0.0	0.4	0.2	2.8	0.0	2.3	1.9	0.4	0.6	91.3	100.0	333
25-29	8.4	6.0	2.9	0.9	0.4	0.0	1.8	0.0	2.0	1.9	0.1	0.4	91.6	100.0	333
30-34	12.3	9.6	5.3	0.0	2.6	0.0	1.7	0.1	2.3	2.2	0.1	0.4	87.7	100.0	261
35-39	9.9	6.8	2.8	0.4	2.4	0.0	1.1	0.0	2.5	2.0	0.4	0.7	90.1	100.0	300
40-44	8.1	6.7	2.8	1.4	2.0	0.0	0.1	0.4	1.3	0.9	0.5	0.1	91.9	100.0	216
45-49	12.8	9.3	2.5	0.4	1.8	0.0	0.5	4.1	3.5	3.5	0.0	0.0	87.2	100.0	150
50-54	6.5	4.6	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	4.3	1.0	1.0	0.0	1.0	93.5	100.0	152
55-59	21.3	7.8	0.1	2.8	0.3	0.0	2.6	2.1	10.9	10.9	0.0	2.6	78.7	100.0	132
60-64	5.5	1.4	0.7	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	2.5	2.5	0.0	1.7	94.5	100.0	76
Total	9.3	6.4	2.3	0.5	1.1	0.0	1.8	0.7	2.4	2.2	0.2	0.6	90.7	100.0	2,335
HOMENS ACTUALMENTE UNIDOS															
15-19	7.9	7.9	0.0	0.0	6.5	0.0	1.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	92.1	100.0	11
20-24	7.7	4.5	3.4	0.0	0.7	0.0	0.3	0.0	3.0	2.6	0.4	0.1	92.3	100.0	178
25-29	6.4	4.7	2.2	0.0	0.5	0.0	2.0	0.0	1.2	1.0	0.1	0.5	93.6	100.0	280
30-34	11.8	9.0	4.8	0.0	2.9	0.0	1.2	0.1	2.4	2.3	0.1	0.4	88.2	100.0	231
35-39	9.3	6.4	2.9	0.5	2.1	0.0	0.9	0.0	2.1	2.1	0.0	0.7	90.7	100.0	288
40-44	8.5	6.9	2.8	1.4	2.1	0.0	0.1	0.5	1.4	0.9	0.5	0.1	91.5	100.0	204
45-49	13.7	9.9	2.7	0.4	1.9	0.0	0.6	4.3	3.8	3.8	0.0	0.0	86.3	100.0	141
50-54	7.0	4.9	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	4.7	1.1	1.1	0.0	1.0	93.0	100.0	140
55-59	23.7	8.7	0.1	3.1	0.4	0.0	2.8	2.3	12.1	12.1	0.0	2.9	76.3	100.0	119
60-64	5.9	1.5	0.7	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	2.6	2.6	0.0	1.8	94.1	100.0	71
Total	9.9	6.5	2.5	0.5	1.4	0.0	1.0	1.0	2.8	2.6	0.1	0.7	90.1	100.0	1,662
HOMENS SEXUALMENTE ATIVOS NÃO UNIDOS															
15-19	11.1	9.6	2.1	0.0	0.0	0.0	7.5	0.0	1.6	1.2	0.4	0.0	88.9	100.0	96
20-24	16.8	13.0	2.5	0.0	0.0	0.9	9.6	0.0	1.7	0.8	0.9	2.2	83.2	100.0	76
25-29	25.0	18.2	9.0	4.3	1.7	0.0	3.3	0.0	6.8	5.0	1.8	0.0	75.0	100.0	73
Total	17.0	13.2	4.2	1.3	0.5	0.3	6.9	0.0	3.1	2.2	1.0	0.7	83.0	100.0	245

Nota: Métodos vaginais inclui diafragma, espumas e tabletes. Abstinência periódica inclui tabela, Billings e temperatura. Métodos folclóricos inclui ervas, chás, etc.

união utilizam a pílula em 3 % dos casos e o preservativo em 1 %, ao passo que nos homens sexualmente activos, não em união o uso dos respectivos métodos sobe para 4 % e 7 %. Embora já se verifique uma maior utilização do preservativo, o seu uso ainda é muito baixo para se poder afirmar que há uma atitude eficaz de prevenção em relação às doenças de transmissão sexual, em particular, o SIDA.

Como podemos observar no Quadro 4.8 e no Gráfico 4.2, o uso de planeamento familiar pelas mulheres está estreitamente relacionado com as suas características sócio demográficas. As mulheres actualmente em união, residentes nas áreas urbanas utilizam mais qualquer tipo de planeamento familiar do que as residentes em áreas rurais, quer sejam métodos modernos (17 % versus 2 %), tradicionais (0.5 % versus 0 %) ou folclóricos (0.6 % versus 0.4 %).

Quadro 4.8 Uso actual de anticoncepção por características seleccionadas: mulheres

Distribuição percentual das mulheres actualmente unidas usando algum método anticoncepcional, segundo o tipo de método, por características seleccionadas, Moçambique, 1997

		Métodos modernos						Métodos tradicionais						
Característica	Algum método	**Algum método moderno**	Pílula	DIU	Injeções	Condom	Esteriliz. feminina	**Algum método tradicionais**	Abst. periódica	Coito interrompido	**Métodos folclóricos**	**Não usando método**	Total	Número de mulheres
Residência														
Urbana	17.7	16.6	5.0	1.3	7.1	1.1	2.1	0.5	0.5	0.0	0.6	82.3	100.0	1,274
Rural	2.7	2.3	0.6	0.1	1.2	0.1	0.4	0.0	0.0	0.0	0.4	97.3	100.0	5,255
Província														
Niassa	8.1	4.3	1.2	0.0	2.6	0.2	0.4	0.2	0.2	0.0	3.5	91.9	100.0	355
Cabo Delgado	0.8	0.7	0.4	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	99.2	100.0	460
Nampula	2.2	2.0	0.6	0.1	1.2	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.2	97.8	100.0	1,241
Zambezia	4.9	4.7	1.7	0.3	2.4	0.0	0.3	0.1	0.1	0.0	0.0	95.1	100.0	1,017
Tete	9.3	8.4	2.2	0.2	5.5	0.5	0.0	0.3	0.0	0.3	0.5	90.7	100.0	242
Manica	5.6	5.2	2.2	0.3	1.9	0.3	0.5	0.4	0.1	0.2	0.0	94.4	100.0	386
Sofala	2.1	2.0	0.2	0.1	1.3	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.1	97.9	100.0	943
Inhambane	6.7	6.0	1.0	0.2	2.4	0.4	2.0	0.0	0.0	0.0	0.6	93.3	100.0	562
Gaza	1.8	1.8	0.9	0.0	0.8	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	98.2	100.0	665
Maputo	13.8	13.1	3.1	0.9	4.7	2.0	2.5	0.6	0.5	0.1	0.0	86.2	100.0	340
Maputo Cidade	30.3	28.5	8.2	2.8	10.3	2.3	4.9	0.6	0.6	0.0	1.2	69.7	100.0	318
Nível de escolaridade														
Sem escolaridade	3.0	2.5	0.4	0.0	1.5	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.5	97.0	100.0	3,083
Primário	6.7	6.3	1.8	0.4	2.8	0.5	0.8	0.1	0.1	0.1	0.3	93.3	100.0	3,267
Secundário ou mais	30.2	27.1	13.1	3.5	6.3	1.4	2.7	2.4	2.3	0.1	0.8	69.8	100.0	180
Religião[1]														
Católica	7.3	6.7	2.2	0.3	3.0	0.5	0.6	0.2	0.1	0.0	0.5	92.7	100.0	1,889
Protestante	7.0	6.5	1.7	0.4	2.8	0.2	1.3	0.1	0.1	0.1	0.3	93.0	100.0	1,563
Muçulmana	3.5	2.8	0.7	0.4	1.3	0.1	0.4	0.0	0.0	0.0	0.6	96.5	100.0	1,232
Outra	7.8	6.8	0.5	0.3	4.9	0.7	0.3	0.3	0.3	0.0	0.7	92.2	100.0	406
Sem religião	2.9	2.7	0.9	0.2	0.9	0.1	0.6	0.1	0.1	0.0	0.1	97.1	100.0	1,398
Número de filhos														
Nenhum	0.1	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	99.9	100.0	1,014
1	3.0	2.4	1.0	0.1	0.6	0.7	0.1	0.1	0.1	0.0	0.4	97.0	100.0	1,285
2	4.3	4.0	2.3	0.5	0.7	0.4	0.2	0.1	0.0	0.1	0.2	95.7	100.0	1,206
3	7.4	6.6	1.7	0.7	2.5	0.4	1.4	0.2	0.0	0.1	0.6	92.6	100.0	967
4+	9.9	9.1	1.8	0.3	5.4	0.1	1.5	0.2	0.2	0.0	0.6	90.1	100.0	2,057
Total	5.6	5.1	1.4	0.3	2.3	0.3	0.7	0.1	0.1	0.0	0.4	94.4	100.0	6,530

Nota: Métodos vaginais inclui diafragma, espumas e tabletes. Abstinencia periódica inclui tabela, Billings e temperatura. Métodos folclóricos inclui ervas, chás, etc.

[1] Exclui os casos sem informação

As variações também se observam consoante a província de residência da entrevistada. Utilizam mais qualquer método de planeamento familiar, para além da cidade (30 %) e província de Maputo (14 %), as Províncias de Tete (9 %) e Niassa (8 %). Mas, enquanto nas primeiras três províncias esta maior utilização é atribuível quase exclusivamente aos contraceptivos modernos, na província de Niassa os métodos folclóricos são também significativamente utilizados. Nesta província, 4.3 % das entrevistadas estão a usar um método moderno e 3.5 % um método folclórico.

O diferencial encontrado no uso de planeamento familiar por nível educacional da mulher em união é mais acentuado que o diferencial urbano-rural e é devido essencialmente aos métodos modernos. Enquanto cerca de 3 % das mulheres sem escolarização utilizavam um método contraceptivo moderno, esta percentagem atinge os 27 % nas mulheres com escolarização secundária ou mais.

Em relação ao uso de contracepção moderna por número de filhos vivos nas mulheres em união actual, podemos observar que as mulheres que ainda não têm filhos praticamente não usam planeamento familiar (0.1 %), o que sugere que não se verifica ainda um atraso da fecundidade na adolescência. O uso de contracepção aumenta com o número de filhos vivos, de um modo gradual até atingir 9 %, nas mulheres com 4 ou mais filhos. Os resultados sugerem que uma família numerosa ainda não constitui um factor preponderante para a utilização de planeamento familiar. Factores que contribuem para esta situação estarão provavelmente relacionados com o conhecimento limitado sobre os métodos modernos de contracepção existente nas áreas rurais e o analfabetismo na população feminina.

O Quadro 4.9 e o Gráfico 4.3 mostram-nos o uso de planeamento familiar nos homens em união actual entrevistados, por características sócio demográficas seleccionadas. Os diferenciais são semelhantes

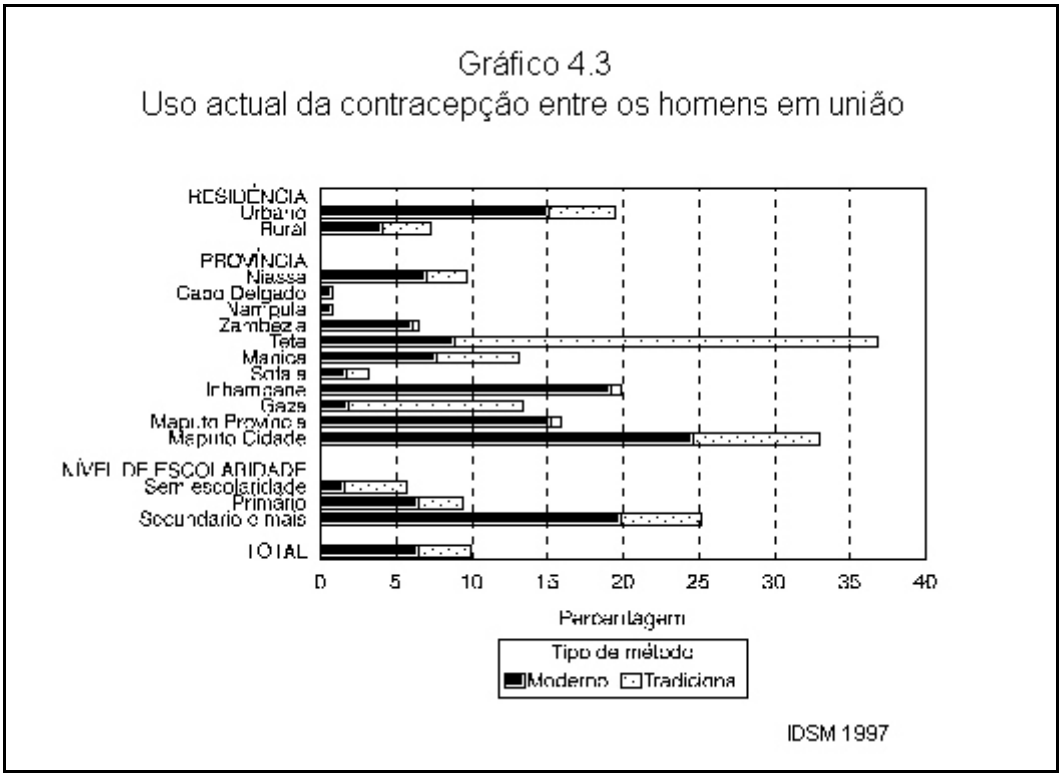
Quadro 4.9 Uso actual de anticoncepção por características seleccionadas: homens

Distribuição percentual dos homens actualmente unidos usando algum método anticoncepcional, segundo o tipo de método, por características seleccionadas, Moçambique, 1997

		Métodos modernos						**Métodos tradicionais**						
Característica	Algum método	**Algum método moderno**	Pílula	DIU	Injeções	Condom	Esterelizfemina	**Algum método tradicionais**	Abst. periódica	Coito interrompido	**Métodos folclóricos**	**Não usando método**	Total	Número de homens
Residência														
Urbana	19.4	15.1	4.2	1.2	5.3	1.7	2.7	3.6	3.3	0.2	0.7	80.6	100.0	362
Rural	7.3	4.1	2.1	0.3	0.4	0.8	0.5	2.6	2.4	0.1	0.7	92.7	100.0	1,300
Província														
Niassa	9.6	7.0	2.4	0.0	2.7	0.3	1.6	1.8	1.8	0.0	0.8	90.4	100.0	94
Cabo Delgado	0.8	0.8	0.6	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	99.2	100.0	139
Nampula	0.7	0.7	0.6	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	99.3	100.0	285
Zambezia	6.5	6.0	2.3	0.0	2.8	0.4	0.5	0.0	0.0	0.0	0.6	93.5	100.0	296
Tete	36.8	8.8	5.1	0.0	0.0	3.7	0.0	22.0	22.0	0.0	6.0	63.2	100.0	73
Manica	13.1	7.7	3.4	0.9	1.6	1.9	0.0	2.5	0.0	2.5	2.9	86.9	100.0	79
Sofala	3.2	1.7	0.0	0.1	0.8	0.1	0.8	1.2	1.2	0.0	0.3	96.8	100.0	259
Inhambane	19.9	19.2	9.9	0.1	1.2	3.7	4.4	0.0	0.0	0.0	0.7	80.1	100.0	132
Gaza	13.3	1.8	0.1	0.0	0.1	0.6	0.9	11.5	11.3	0.2	0.0	86.7	100.0	130
Maputo	15.9	15.2	3.9	5.4	4.5	0.0	1.5	0.4	0.4	0.0	0.3	84.1	100.0	80
Maputo Cidade	33.0	24.6	8.1	3.4	4.8	4.6	3.6	8.1	8.0	0.1	0.2	67.0	100.0	96
Nível de escolaridade														
Sem escolaridade	5.7	1.5	0.7	0.1	0.0	0.4	0.3	3.3	3.1	0.3	0.8	94.3	100.0	367
Primário	9.4	6.4	2.6	0.6	1.1	1.0	1.1	2.4	2.4	0.0	0.6	90.6	100.0	1,153
Secundário ou mais	25.1	19.9	7.0	0.6	8.1	2.0	2.2	4.1	3.2	1.0	1.1	74.9	100.0	142
Religião[1]														
Católica	13.0	8.3	3.7	0.0	1.7	0.7	2.2	4.2	4.1	0.1	0.4	87.0	100.0	558
Protestante	15.6	12.5	3.8	1.5	3.7	2.2	1.2	2.9	2.8	0.1	0.3	84.4	100.0	300
Muçulmana	2.4	1.8	0.7	0.2	0.4	0.2	0.2	0.4	0.4	0.0	0.3	97.6	100.0	310
Outra	11.7	7.3	3.9	1.5	1.0	0.9	0.0	3.1	3.1	0.0	1.2	88.3	100.0	127
Sem religião	6.3	2.5	0.8	0.3	0.4	1.1	0.0	2.1	1.7	0.4	1.6	93.7	100.0	351
Número de filhos														
Nenhum	2.7	2.4	2.3	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.3	97.3	100.0	198
1	6.4	4.0	2.7	0.0	0.3	1.0	0.0	2.3	2.1	0.3	0.1	93.6	100.0	262
2	7.5	5.0	0.9	0.2	3.2	0.6	0.0	2.0	1.8	0.2	0.5	92.5	100.0	281
3	13.2	9.9	5.5	0.6	1.2	0.7	1.9	2.6	2.6	0.0	0.6	86.8	100.0	183
4+	13.2	8.2	2.4	0.9	1.6	1.4	1.8	4.0	3.9	0.1	1.0	86.8	100.0	738
Total	9.9	6.5	2.5	0.5	1.4	1.0	1.0	2.8	2.6	0.1	0.7	90.1	100.0	1,662

Nota: Métodos vaginais inclui diafragma, espumas e tabletes. Abstinencia periódica inclui tabela, Billings e temperatura. Métodos folclóricos inclui ervas, chás, etc.

[1] Exclui os casos sem informação



aos encontrados nas mulheres. Os entrevistados residindo nas áreas urbanas utilizavam mais métodos contraceptivos, especialmente métodos modernos (15 %), que os residentes das áreas rurais (4 %). Em relação ao uso de planeamento familiar moderno nas diferentes províncias, nas Províncias de Cabo Delgado (0.8 %), Nampula (0.7 %), Sofala e Gaza (2 %) era quase insignificante, tendo atingido os valores máximos na cidade (25 %) e província (15 %) de Maputo e nas Províncias de Inhambane (19 %) e Tete (9 %).

Também os diferenciais encontrados no uso de contracepção moderna, nos homens em união, por nível educacional foram mais acentuados que o diferencial urbano-rural. Enquanto o grupo sem escolarização quase não usava contracepção moderna (1.5 %) a utilização nos entrevistados com o nível secundário ou superior atingia 20 %. Embora a utilização de contraceptivos modernos aumente com o número de filhos vivos, apenas 8 % dos homens em união actual, com 4 ou mais filhos vivos declarou usá-los.

4.4 Número de filhos no momento do primeiro uso de um método anticonceptivo

O planeamento familiar é geralmente mais utilizado quando os casais já têm o número de filhos que desejam. No entanto, à medida que vai sendo divulgado, passa também a ser usado como um meio para espaçar os nascimentos. Para além disso, as mulheres mais jovens passam a utilizá-lo para atrasar o aparecimento da primeira criança, facto frequentemente associado ao aumento da escolarização feminina. No IDS, para explorar este tópico, inquiriu-se as entrevistadas que alguma vez usaram métodos contraceptivos sobre o número de filhos vivos que possuíam quando utilizaram pela primeira vez planeamento familiar.

Os resultados obtidos (Quadro 4.10) permitem-nos examinar as mudanças que ocorreram nas coortes das mulheres entrevistadas (indicadas pelas diferenças entre os grupos etários), quanto à primeira utilização da contracepção.

Quadro 4.10 Número de filhos quando do primeiro uso de método anticonceptivo

Distribuição percentual das mulheres alguma vez unidas, segundo o número de filhos na época do primeiro uso de método anticonceptivo, por idade actual, Moçambique 1997

Idade atual	Nunca usaram métodos	Número de filhos na época do primeiro uso de métodos					Sem informaçao	Total	Número de mulheres
		0	1	2	3	4+			
15-19	96.5	1.4	2.0	0.0	0.0	0.0	0.1	100.0	865
20-24	89.1	1.3	5.4	3.4	0.5	0.2	0.1	100.0	1,478
25-29	84.8	1.8	5.8	2.6	1.4	2.8	0.8	100.0	1,498
30-34	78.9	1.0	5.5	5.8	3.9	4.6	0.2	100.0	1,167
35-39	80.4	0.5	2.3	2.6	3.6	10.5	0.2	100.0	1,018
40-44	82.1	0.0	2.5	1.5	0.9	12.8	0.2	100.0	706
45-49	89.5	0.2	0.8	0.9	1.5	6.7	0.4	100.0	718
Total	85.7	1.0	4.0	2.7	1.7	4.6	0.3	100.0	7,449

No total de mulheres entrevistadas que alguma vez usaram métodos contraceptivos, o primeiro facto a salientar é que o atraso na concepção do primeiro filho é insignificante, pois, mesmo nas mulheres dos 15-19 anos, apenas 1 % utilizou contraceptivos antes do primeiro filho.

Há, no entanto, diferenças nítidas entre os grupos etários. Quanto ao início da contracepção depois do primeiro filho, nas coortes mais jovens, dos 20 aos 34 anos, a cifra foi de 5 a 6 %, enquanto na coorte dos 45 aos 49 anos apenas foi de 0.8 %. Na coorte dos 35-44 anos, 2 a 3 % das mulheres iniciaram a contracepção com o primeiro filho, mas a percentagem subiu para 11 a 13 %, quando já tinham 4 ou mais filhos.

O padrão de início da contracepção encontrado sugere que o início precoce está a aumentar, particularmente depois do primeiro filho. Este facto está certamente associado à maior divulgação e acessibilidade a métodos modernos de planeamento familiar.

4.5 Efeito da amamentação na contracepção

No IDS foi recolhida informação sobre o conhecimento sobre o efeito contraceptivo do aleitamento materno e a sua utilização pelas entrevistadas, em união actual. Como se observa no Quadro 4.11, 43 % das mulheres declararam que o aleitamento materno não tem qualquer efeito contraceptivo. Apenas 7 % sabem que a amamentação pode ter um efeito contraceptivo, enquanto 18 % referiram desconhecimento do assunto.

Apenas 1.5 % das entrevistadas declararam ter utilizado anteriormente o aleitamento materno para fins contraceptivos e uma percentagem ainda menor, 0.5 %, declarou estar a utilizá-lo actualmente. No entanto, 6 % das mulheres estavam a amamentar segundo os critérios do método da amenorréia da lactação (MAA)[1], ainda com amenorréia post-parto, e em que a criança, de idade inferior a 6 meses está exclusivamente alimentada com leite materno e água simples.

[1] Critérios de MAA (Método de Amenorréia da Amamentação): Mulher com amenorreia post-parto, a amamentar uma criança de idade inferior a 6 meses, com aleitamento materno exclusivo (apenas leite e água simples).

Quadro 4.11 Percepção do efeito anticonceptivo do aleitamento materno por idade e educação

Distribuição percentual das mulheres em união segundo a percepção do efeito da amamentação sobre o risco de gravidez, percentagem de mulheres em união que confiaram anteriormente ou confiam actualmente na amamentação para evitar a gravidez e percentagem de mulheres que satisfaz os critérios do Método da Amenorreia da Amamentação (MAA), segundo características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Risco percebido de gravidez associado à amamentação						Confiança na amamentação para evitar a gravidez		Satisfaz os criterios MAA[2]	Número de mulheres
	Não altera	Aumenta	Di-minue	Depende	Não sabe	Total[1]	Anterior-mente	Actual-mente		
Idade da entrevistada										
15-19	46.6	6.3	3.0	10.8	33.2	100.0	0.4	0.3	8.8	825
20-24	40.8	13.4	6.8	16.1	22.7	100.0	1.1	0.4	6.7	1,337
25-29	45.2	13.6	6.5	21.0	13.5	100.0	1.8	0.9	9.5	1,341
30-34	42.0	15.6	8.1	22.7	11.6	100.0	1.8	0.5	4.8	1,001
35-39	40.7	18.1	6.7	18.9	15.5	100.0	1.7	0.6	2.5	867
40-44	42.8	11.1	10.1	21.6	13.8	100.0	2.2	0.9	6.8	601
45-49	37.7	16.5	5.3	24.1	16.1	100.0	1.6	0.2	2.1	557
Residência										
Urbana	46.9	20.5	9.5	13.0	9.9	100.0	3.9	1.4	3.6	1,274
Rural	41.5	11.9	5.9	20.5	20.1	100.0	0.9	0.3	7.0	5,255
Província										
Niassa	73.2	1.0	8.0	9.6	7.2	100.0	0.7	0.6	6.4	355
Cabo Delgado	26.5	13.7	2.0	29.6	28.0	100.0	0.8	0.4	6.6	460
Nampula	32.0	17.1	6.0	24.7	20.2	100.0	0.4	0.0	9.3	1,241
Zambezia	41.9	4.4	10.5	16.7	26.5	100.0	0.1	0.0	4.0	1,017
Tete	57.4	19.0	7.5	6.6	8.8	100.0	2.7	0.8	3.1	242
Manica	75.0	14.8	2.0	5.1	3.1	100.0	0.9	0.2	3.6	386
Sofala	53.5	7.2	3.7	16.2	19.3	100.0	1.1	0.8	5.8	943
Inhambane	29.7	6.5	1.4	46.3	15.9	100.0	1.3	0.0	7.8	562
Gaza	38.5	25.5	7.5	11.1	17.4	100.0	1.7	0.3	8.4	665
Maputo	30.8	31.6	13.7	8.6	15.3	100.0	6.4	2.5	5.3	340
Maputo Cidade	34.8	24.3	15.2	13.8	11.0	100.0	7.8	3.4	3.1	318
Nível de escolaridade										
Sem escolaridade	44.4	10.5	6.3	19.0	19.6	100.0	1.2	0.6	6.7	3,083
Primário	40.7	15.8	6.9	19.2	17.2	100.0	1.8	0.5	6.0	3,267
Secundário e mais	43.0	24.0	8.7	16.3	8.1	100.0	1.2	0.7	4.1	180
Religião[3]										
Católica	40.1	10.0	7.0	23.8	18.9	100.0	1.2	0.2	6.4	1,889
Protestante	43.6	15.7	6.9	16.1	17.6	100.0	3.0	1.4	5.1	1,563
Muçulmana	39.9	14.3	5.8	21.2	18.3	100.0	0.3	0.1	5.8	1,232
Outra	51.2	15.3	9.3	17.1	7.1	100.0	1.3	1.0	2.7	406
Sem religião	44.0	14.5	5.8	14.8	20.9	100.0	1.1	0.3	9.0	1,398
Total	42.5	13.5	6.6	19.0	18.1	100.0	1.5	0.5	6.3	6,530

[1] Inclui 0.2% sem informação
[2] Criterios do método MAA: continua com amenorreia post-parto, a criança tem menos de 6 meses e recebe aleitamento materno exclusivo (só recebe água simples)
[3] Exclui os casos sem informação

4.6 Fontes de obtenção de métodos contraceptivos

No IDS foi colhida informação sobre a fonte de obtenção dos métodos modernos de planeamento familiar, informação importante para os gestores do programa. A todas as mulheres que referiram o uso actual de um método contraceptivo moderno foi inquirido onde o tinham adquirido da última vez.

Como se observa no Quadro 4.12 e no Gráfico 4.4,. a maioria das actuais usuárias de contraceptivos modernos, 83 %, obtiveram os contraceptivos no sector público. Das restantes usuárias, 9 % abasteceram-se no sector clínico privado, 7 % utilizaram outras fontes privadas informais, como os Dumba Nengue, amigos, etc,. Os centros de saúde da rede de Cuidados de Saúde Primários do Serviço Nacional de Saúde constituíram a principal fonte de fornecimento (62 %) de métodos contraceptives.

Quadro 4.12 Fonte de obtenção de métodos

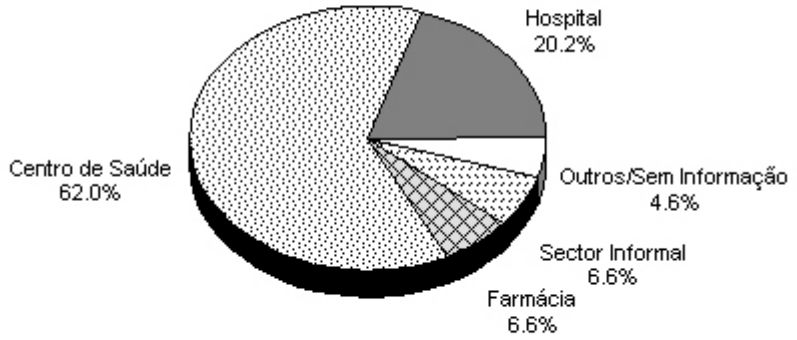
Distribuição percentual de usuárias actuais de métodos modernos, segundo a mais recente fonte de obtenção, por método específico, Moçambique 1997

Fonte de obtenção	Pílula	DIU	Inje-ções	Con-dom	Este-reliz. fem.	Total
Sector Público	**70.9**	**98.0**	**93.1**	**33.9**	**98.8**	**82.7**
Hospital central	3.2	9.6	0.0	1.8	57.9	8.9
Hospital provincial	5.1	10.7	0.7	0.0	17.2	4.8
Hospital rural	4.9	2.2	5.2	0.0	20.9	6.4
Centro de saúde	57.5	73.5	87.2	26.3	2.8	62.0
Brigada movel	0.2	0.0	0.0	4.5	0.0	0.4
Outros públicos	0.0	1.9	0.0	1.2	0.0	0.3
Sector médico privado	**17.5**	**0.0**	**1.6**	**29.9**	**1.2**	**8.5**
Clínica	0.3	0.0	0.2	0.0	1.2	0.3
Farmacia	14.6	0.0	0.0	27.6	0.0	6.6
Medico	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Enfermeiro	1.0	0.0	1.5	0.0	0.0	0.9
Outros privados	1.5	0.0	0.0	2.3	0.0	0.6
Outras fontes	**8.0**	**0.0**	**4.7**	**28.4**	**0.0**	**6.6**
Dumba nengue	5.0	0.0	0.0	3.3	0.0	1.8
Amigos/parentes	0.5	0.0	0.6	0.0	0.0	0.4
Pessoal saúde	2.3	0.0	4.1	0.0	0.0	2.4
Outras	0.2	0.0	0.0	25.0	0.0	2.0
Não sabe/não respondeu	3.6	2.0	0.6	7.9	0.0	2.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número	144	37	196	37	57	471

A fonte de fornecimento varia com o tipo de contraceptivo utilizado. O sector público forneceu a quase totalidade dos DIUs (98 %) e das esterilizações femininas (laqueações 99 %). Nas usuárias de injectáveis, 93 % procuraram o sector público, mas 4 % obtiveram-no através do comércio informal com o pessoal de saúde. A pílula foi obtida no sector público em 71 % das usuárias, nas farmácias em 15 % e no *Dumba Nengue*[2] em 5 % dos casos.

[2] Dumba Nengue: é um tipo de mercado praticado nas ruas. Literalmente, *dumba* significa confiar e *nengue* quer dizer pernas. O sentido dado a palavra *dumba nengue* é confiar nas próprias pernas. Esta palavra surgiu na altura em que a polícia não permitia a criação de mercados informais nas ruas.

Gráfico 4.4
Fonte de abastecimento mais recente de métodos entre as mulheres utilisando actualmente um método



IDSM 1997

O preservativo tem um sistema de fornecimento bastante diferente dos outros métodos. Apenas um terço (34 %) foi obtido no sector público, 28 % foi obtido nas farmácias e outros 28 % foram obtidas em fontes alternativas informais, como lojas, etc, o que está de acordo com a venda comercial que se está a promover actualmente.

4.7 Intenção de uso futuro de anticoncepção e motivos para não utilização

A intenção de usar contracepção no futuro dá-nos uma previsão da procura potencial pelos serviços e é um bom indicador da atitude em relação à contracepção por parte dos não utilizadores. Aos respondentes, homens e mulheres, que não utilizavam planeamento familiar foi feita a pergunta sobre a sua intenção de utilizar métodos contraceptivos nos próximos 12 meses ou mais tarde, o que pode permitir uma melhor previsão a curto prazo. Como a intenção de utilizar contracepção está associada ao número de filhos que o respondente já tem, os dados do Quadro 4.13 apresentam estes sub-grupos, para as pessoas actualmente em união.

O Quadro 4.14 apresenta-nos os motivos apresentados pelos respondentes, de ambos os sexos, que declararam não tencionar utilizar planeamento familiar no futuro. Finalmente, os respondentes que declararam querer utilizar posteriormente planeamento familiar foram inquiridos sobre o método contraceptivo preferido para futura utilização (Quadro 4.15.).

Como nos mostra o quadro 4.13, mais de metade dos não utilizadores de métodos contraceptivos não tenciona utilizar a contracepção no futuro, sendo a percentagem de 53 % para as mulheres e de 59 % para os homens.

Quadro 4.13 Uso futuro de anticoncepção

Distribuição percentual das mulheres e dos homens actualmente unidas(os) que não estão a usar nenhum método anticonceptivo, segundo a intenção de uso no futuro, por número de filhos vivos, Moçambique 1997

Intenção de uso no futuro	Número de filhos vivos[1] 0	1	2	3	4+	Total
TODAS AS MULHERES UNIDAS NÃO USUARIAS						
Pretendem em 12 meses	8.4	18.3	23.4	27.8	29.8	23.2
Pretendem mais tarde	3.4	3.0	1.2	4.8	2.8	2.9
Em dúvida quando	0.5	0.6	1.2	0.6	0.9	0.8
Em dúvida sobre o uso	20.6	21.3	22.1	18.1	17.9	19.8
Não pretendem	66.0	56.6	51.9	48.3	47.7	52.7
Não responderam	1.0	0.2	0.2	0.4	1.0	0.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número	749	1,287	1,211	912	2,004	6,163
TODOS OS HOMENS UNIDOS NÃO USUÁRIOS						
Pretendem em 12 meses	11.5	14.5	12.3	13.4	13.1	13.0
Pretendem mais tarde	6.4	10.5	4.8	13.9	10.2	9.2
Em dúvida quando	3.1	0.1	6.1	1.0	1.6	2.2
Em dúvida sobre o uso	14.1	21.3	20.3	18.6	11.2	15.6
Não pretendem	64.2	53.4	55.9	48.7	62.5	58.6
Não responderam	0.7	0.2	0.7	4.3	1.4	1.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número	192	245	260	159	640	1,497

[1]Inclui gravidez atual

No que se refere às entrevistadas actualmente em união, 26 % tenciona utilizar planeamento familiar nos próximos 12 meses ou mais tarde. Estão indecisas quanto ao uso ou quanto à altura em que irão iniciar um método contraceptivo 21 % das respondentes. Para os entrevistados actualmente em união, 22 % tenciona usar um método contraceptivo nos próximos 12 meses ou mais tarde, estando indecisos quanto ao uso ou à altura de início do método 18 % dos respondentes.

A intenção de utilizar um método contraceptivo no futuro está associada ao número de filhos vivos existente. Com efeito, nos respondentes actualmente em união que não têm nenhum filho, 12 % das mulheres e 18 % dos homens declararam querer usar contracepção nos próximos 12 meses ou mais tarde. Esta percentagem eleva-se para 33 % e 23 %, respectivamente, nas mulheres e homens entrevistados que já têm 4 ou mais filhos.

A principal razão (Quadro 4.14) apresentada por cerca de metade dos respondentes (mulheres, 51 % e homens, 55 %) como motivo para não utilização futura de contracepção foi o facto de desejarem ter mais filhos, o que sugere que a utilização do planeamento familiar como método de espaçamento ainda é pouco conhecido.

Nas entrevistadas, 18 % declarou que não utilizava o planeamento familiar porque desconhecia o método a utilizar ou onde poderia obter os contraceptivos, 15 % não utilizava por não concordância da própria, do marido ou religiosa e 9 % por esterilidade, histerectomia ou menopausa. No grupo das mulheres mais jovens, a percentagem das mulheres que desejavam ter mais filhos aumentava para 62 %, mas o desconhecimento do método ou da fonte de fornecimento permanecia idêntico.

Quadro 4.14 Razões para o não uso

Distribuição percentual das mulheres que não estão a utilisar nenhum método anticonceptivo e que não têm intenção de utilizar no futuro, segundo o principal motivo para não usar anticoncepção, Moçambique 1997

	Mulheres			Homens		
Razão para o não uso	15-29	30-49	Total	15-29	30-49	Total
Sexo pouco frequente\Sem vida sexual	0.4	2.4	1.4	0.9	1.2	1.1
Menopausa/ Histerectomia	0.0	11.2	5.6	0.0	14.2	10.7
Difícil engravidar/ Estéril	1.5	5.2	3.4	1.2	2.5	2.2
Quer mais filhos	62.1	39.8	51.0	77.6	46.9	54.5
Opõe-se planeamento fam.	10.0	13.0	11.5	6.1	12.0	10.5
Companheiro não gosta	2.9	2.7	2.8	0.1	0.8	0.6
Outros não gostam	0.2	0.0	0.1	0.0	0.5	0.4
Religião	0.8	1.2	1.0	0.7	3.6	2.9
Não conhece método	15.9	14.2	15.1	8.1	9.7	9.3
Não conhece fonte	1.6	3.6	2.6	1.6	1.2	1.3
Problemas de saúde	0.2	0.9	0.5	1.1	0.6	0.8
Efeitos colaterais	0.0	1.1	0.5	0.0	0.1	0.1
Dificuldade obtenção	0.2	0.2	0.2	0.0	0.1	0.1
Custo	0.0	0.0	0.0	0.0	1.6	1.2
Inconveniente, não gosta	1.8	2.2	2.0	0.5	2.9	2.3
Interfere com organismo	0.0	0.1	0.1	0.0	0.5	0.4
Outra razão	0.1	0.3	0.2	0.3	0.1	0.2
Não sabe	2.1	1.8	1.9	1.9	1.5	1.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número	1,626	1,621	3,247	216	662	878

Quadro 4.15 Método anticonceptivo preferido para uso futuro

Distribuição percentual das mulheres actualmente unidas que não estão a usar métodos anticonceptivos, mas têm intenção de usá-los no futuro, segundo o método preferido, Moçambique 1997

	Intenção de uso no futuro			
Método preferido	Pretende em 12 meses	Pretende mais tarde	Em dúvida quando	Total[1]
Métodos modernos				
Pílula	42.6	43.2	64.6	43.3
DIU	4.6	12.5	0.0	5.3
Injeções	37.8	21.9	16.7	35.5
Métodos vaginais	0.0	0.0	0.0	0.0
Condom	0.2	0.3	9.7	0.5
Esterelização feminina	3.0	2.4	0.0	2.9
Esterelização masculina	0.0	0.0	0.0	0.0
Métodos tradicionais				
Abstinência	0.4	0.3	0.0	0.4
Coito interrompido	0.3	0.1	0.0	0.3
Métodos tradicionais	0.5	0.7	1.6	0.6
Não sabe	10.4	18.7	7.5	11.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Número	1,433	178	50	1,661

[1]Inclui respostas "em dúvida quando"

No grupo de entrevistadas que tenciona utilizar futuramente planeamento familiar o método preferido por 43 % das respondentes é a pílula, seguido do contraceptivo injectável, com 36 %, DIU com 5 % e, por fim, a esterilização feminina (laqueação), com 3 %.

4.8 Exposição existente e aceitação da divulgação de mensagens sobre planeamento familiar pela rádio e televisão

No IDS tentou avaliar-se o impacto das mensagens sobre planeamento familiar disseminadas pelos meios de comunicação social (Quadros 4.16 e 4.17 e Gráfico 4.5). Todos os entrevistados, de ambos os sexos, foram inquiridos se tinham ouvido ou visto alguma mensagem sobre planeamento familiar na rádio ou televisão, no mês anterior à entrevista. Para determinar o nível de aceitação da divulgação de mensagens sobre planeamento familiar pela rádio ou televisão foi feita uma pergunta específica sobre o assunto a todos os respondentes, inquirindo se achavam tal divulgação aceitável (Quadros 4.18 e 4.19).

Quadro 4.16 Audiência de programa sobre planeamento familiar no rádio ou televisão: mulheres

Distribuição percentual de todas as mulheres e homens, segundo se ouviram ou não alguma mensagem sobre planeamento familiar no rádio ou na televisão no mês anterior à entrevista, por características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Mensagem sobre planejamento familiar no rádio e na televisão				Sem informação	Total	Número de mulheres
	Rádio e TV	Rádio sòmente	TV sòmente	Em nenhum			
Idade da entrevistada							
15-19	3.8	8.8	2.1	85.2	0.1	100.0	1,836
20-24	3.7	13.2	0.9	82.1	0.0	100.0	1,663
25-29	3.5	13.7	1.1	81.6	0.0	100.0	1,591
30-34	5.8	14.9	0.4	78.8	0.0	100.0	1,197
35-39	3.2	12.5	0.4	83.7	0.2	100.0	1,028
40-44	1.7	17.4	0.5	80.4	0.0	100.0	724
45-49	1.0	13.0	0.4	85.0	0.6	100.0	739
Residência							
Urbana	13.2	23.6	4.0	59.0	0.2	100.0	2,095
Rural	0.5	9.5	0.0	89.9	0.1	100.0	6,684
Província							
Niassa	0.0	1.9	0.0	98.1	0.0	100.0	457
Cabo Delgado	0.9	5.1	0.0	93.9	0.0	100.0	546
Nampula	0.9	7.0	0.2	91.9	0.1	100.0	1,462
Zambezia	0.2	14.0	0.1	85.7	0.0	100.0	1,319
Tete	1.2	29.6	0.0	69.1	0.1	100.0	314
Manica	2.0	19.7	0.4	77.8	0.0	100.0	484
Sofala	2.7	6.6	0.3	90.4	0.0	100.0	1,199
Inhambane	0.8	17.3	0.2	81.7	0.0	100.0	793
Gaza	1.2	16.5	0.2	82.1	0.0	100.0	994
Maputo	12.3	18.6	6.7	61.8	0.6	100.0	640
Maputo Cidade	25.9	20.7	5.4	47.6	0.4	100.0	570
Nível de escolaridade							
Sem escolaridade	0.7	9.1	0.0	90.1	0.1	100.0	3,765
Primário	4.3	15.2	1.1	79.3	0.1	100.0	4,631
Secundário ou mais	22.4	21.7	9.7	46.3	0.0	100.0	384
Religião[1]							
Católica	3.9	12.5	1.4	82.1	0.0	100.0	2,568
Protestante	5.5	17.2	1.1	76.1	0.1	100.0	2,298
Muçulmana	1.9	6.6	0.6	90.8	0.1	100.0	1,498
Outra	4.6	15.8	1.9	77.6	0.1	100.0	559
Sem religião	1.2	11.9	0.3	86.3	0.2	100.0	1,795
Todas as mulheres	3.5	12.9	1.0	82.5	0.1	100.0	8,779
Todos os homens	6.4	15.6	1.1	76.9	0.1	100.0	2,335

[1] Exclui os casos sem informação

Quadro 4.17 Audiência de programa sobre planeamento familiar no rádio ou televisão: homens

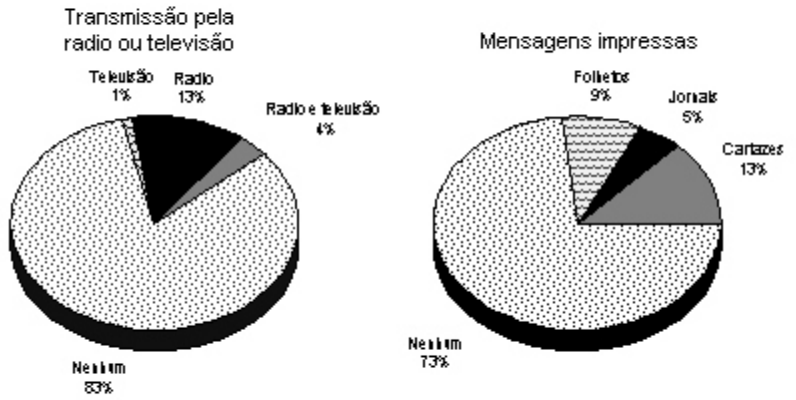
Distribuição percentual de todos os homens, segundo se ouviram ou não alguma mensagem sobre planeamento familiar no rádio ou na televisão no mês anterior à entrevista, por características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Mensagem sobre planeamento familiar no rádio e na televisão				Sem informação	Total	Número de homens
	Rádio e TV	Rádio sòmente	TV sòmente	Em nenhum			
Idade do entrevistado							
15-19	6.7	10.4	2.0	80.8	0.0	100.0	382
20-24	5.6	13.1	0.8	80.4	0.1	100.0	333
25-29	8.7	13.4	0.2	77.7	0.0	100.0	333
30-34	8.9	20.6	3.0	67.6	0.0	100.0	261
35-39	6.9	17.8	0.6	74.6	0.1	100.0	300
40-44	5.6	13.0	1.1	80.3	0.0	100.0	216
45-49	7.3	18.2	2.5	71.6	0.5	100.0	150
50-54	3.8	22.7	0.0	73.6	0.0	100.0	152
55-59	1.4	18.3	0.0	80.3	0.0	100.0	132
60-64	1.3	18.7	0.0	79.7	0.2	100.0	76
Residência							
Urbana	20.2	17.6	4.0	58.1	0.0	100.0	646
Rural	1.1	14.8	0.0	84.0	0.1	100.0	1,689
Província							
Niassa	1.7	14.1	0.1	83.8	0.3	100.0	111
Cabo Delgado	0.2	12.1	0.0	87.0	0.7	100.0	172
Nampula	3.9	4.7	0.7	90.7	0.0	100.0	367
Zambezia	1.8	13.9	1.8	82.5	0.0	100.0	408
Tete	1.9	70.4	0.0	27.7	0.0	100.0	95
Manica	8.2	26.5	0.3	65.0	0.0	100.0	122
Sofala	7.8	4.8	1.8	85.6	0.0	100.0	371
Inhambane	3.4	15.8	0.0	80.8	0.0	100.0	179
Gaza	1.6	22.6	0.0	75.8	0.0	100.0	177
Maputo	15.2	15.3	1.0	68.5	0.0	100.0	155
Maputo Cidade	29.1	24.7	4.5	41.7	0.0	100.0	177
Nível de escolaridade							
Sem escolaridade	1.0	11.8	0.0	87.2	0.0	100.0	457
Primário	5.0	15.6	0.5	78.8	0.1	100.0	1,625
Secundário ou mais	25.1	22.1	7.2	45.7	0.0	100.0	253
Religião[1]							
Católica	7.0	17.9	1.4	73.8	0.0	100.0	811
Protestante	10.5	16.9	0.8	71.7	0.0	100.0	435
Muçulmana	3.7	8.6	2.4	84.8	0.4	100.0	407
Outra	4.6	18.2	0.1	77.0	0.0	100.0	169
Sem religião	4.2	14.1	0.3	81.4	0.0	100.0	482
Todos os homens	6.4	15.6	1.1	76.9	0.1	100.0	2,335
Todas as mulheres	3.5	12.9	1.0	82.5	0.1	100.0	8,779

[1] Exclui os casos sem informação

Podemos verificar nos quadros 4.16 e 4.17 que a percentagem de respondentes que ouviu/viu uma mensagem em ambos os meios de comunicação social, no último mês era ainda baixa e sensivelmente igual para os dois sexos, sendo 4 % para as mulheres e 6 %, para os respondentes masculinos. A rádio é o meio de comunicação mais importante, tendo sido ouvida mensagens sobre planeamento familiar por 13 % das mulheres e 16 % dos respondentes masculinos. Podemos dizer que o impacto da televisão é ainda insignificante, tendo apenas alcançado 1 % dos respondentes de ambos os sexos. Mesmo nas áreas urbanas apenas alcançou 4 % dos respondentes.

Gráfico 4.5
Exposição a mensagens sobre PF entre as mulheres



IDSM 1997

Um facto a salientar é que a diferença de acesso a mensagens radiofónicas entre as zonas rurais e urbanas não foi muito importante. Enquanto nas primeiras 10 % das mulheres e 15 % dos homens tinham ouvido uma mensagem no último mês, nas zonas urbanas essa percentagem tinha atingido 24 % e 18 %, respectivamente.

Outro facto importante a salientar é a elevada audição de mensagens radiofónicas na Província de Tete, referidas por 30 % das entrevistadas, tendo sido superior à audição na Cidade e Província de Maputo (21 % e 19 % das entrevistadas). É sugestivo de que poderá ser este o factor que explica as elevadas taxas de prevalência de uso actual de contraceptivos modernos encontradas na província de Tete, em relação às restantes províncias. As Províncias de Niassa, Cabo Delgado, Nampula e Sofala tiveram uma divulgação radiofónica insignificante, igual ou inferior a 7 % das entrevistadas.

O nível educacional também se encontra associado com a audição de mensagens pela rádio. Assim, 9 % das mulheres e 12 % dos homens sem escolarização ouviram uma mensagem radiofónica de planeamento familiar ao passo que essa cifra aumentou para cerca de 22 % no total de entrevistados, de ambos os sexos, com o ensino secundário ou mais.

Os Quadros 4.18 e 4.19 mostram-nos que em relação à aceitação da divulgação do planeamento familiar pela comunicação social, um pouco mais que a metade (52 %, mulheres; 55 %, homens) dos respondentes concordava com a divulgação de mensagens e um terço (34 % e 24 %, respectivamente) encontrava-se indeciso. Os que julgaram não ser aceitável a divulgação do planeamento familiar pela comunicação social eram uma minoria (14 e 22 % para as mulheres e homens respectivamente).

As respondentes das zonas urbanas evidenciaram uma maior aceitação, com 74 %, que as das áreas rurais, com 45 %. No entanto, foram encontradas grandes diferenças na aceitabilidade das mensagens entre as diferentes províncias, desde as Províncias de Inhambane e Zambézia, onde apenas, respectivamente, 1 % e 2 % das mulheres entrevistadas declararam não aceitar tal divulgação até à província de Gaza, em que 43 % das entrevistadas e 59 % dos entrevistados declararam não ser aceitável a divulgação de mensagens sobre

Quadro 4.18 Aceitabilidade de mensagens de planeamento familiar pelo rádio ou televisão: mulheres

Distribuição percentual de todas as mulheres e todos os homens segundo a aceitabilidade de mensagens de planificação familiar (PF) pelo rádio ou televisão, segundo características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Aceitabilidade de mensagens de PF no rádio ou televisão				Total	Número de mulheres
	Não é aceitável	Sim, é aceitável	Indecisa	Sem informação		
Idade da entrevistada						
15-19	13.9	42.1	43.8	0.1	100.0	1,836
20-24	15.1	55.7	29.3	0.0	100.0	1,663
25-29	15.7	56.3	28.0	0.0	100.0	1,591
30-34	8.5	61.3	30.1	0.1	100.0	1,197
35-39	12.7	55.0	32.2	0.1	100.0	1,028
40-44	16.9	50.6	32.4	0.1	100.0	724
45-49	17.1	39.0	43.2	0.7	100.0	739
Residência						
Urbana	14.0	73.7	12.1	0.2	100.0	2,095
Rural	14.1	45.0	40.8	0.1	100.0	6,684
Província						
Niassa	4.8	44.7	50.1	0.3	100.0	457
Cabo Delgado	18.7	32.4	48.8	0.0	100.0	546
Nampula	16.0	42.8	41.1	0.1	100.0	1,462
Zambezia	2.1	70.9	27.0	0.0	100.0	1,319
Tete	10.9	74.2	14.8	0.1	100.0	314
Manica	19.3	74.2	6.6	0.0	100.0	484
Sofala	13.5	39.0	47.5	0.0	100.0	1,199
Inhambane	1.0	39.4	59.6	0.0	100.0	793
Gaza	42.5	38.3	19.1	0.0	100.0	994
Maputo	14.3	62.4	22.7	0.6	100.0	640
Maputo Cidade	7.0	79.7	13.0	0.3	100.0	570
Nível de escolaridade						
Sem escolaridade	15.3	41.4	43.2	0.1	100.0	3,765
Primário	13.8	57.3	28.9	0.1	100.0	4,631
Secundário ou mais	6.0	88.7	4.9	0.4	100.0	384
Religião[1]						
Católica	8.5	62.2	29.3	0.0	100.0	2,568
Protestante	18.6	50.4	31.0	0.1	100.0	2,298
Muçulmana	12.2	44.3	43.3	0.2	100.0	1,498
Outra	15.0	55.4	29.5	0.0	100.0	559
Sem religião	17.6	43.2	38.9	0.2	100.0	1,795
Todas as mulheres	14.1	51.8	34.0	0.1	100.0	8,779
Todos os homens	21.8	54.5	23.6	0.1	100.0	2,335

[1] Exclui os casos sem informação

Quadro 4.19 Aceitabilidade de mensagens de planeamento familiar pelo rádio ou televisão: homens

Distribuição percentual de todos os homens segundo a aceitabilidade de mensagens de planificação familiar (PF) pelo rádio ou televisão, segundo características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Aceitabilidade de mensagens de PF no rádio ou televisão				Total	Número de homens
	Não é aceitável	Sim, é aceitável	Indeciso	Sem informação		
Idade do entrevistado						
15-19	13.0	54.1	32.8	0.1	100.0	382
20-24	21.9	55.7	22.5	0.0	100.0	333
25-29	22.5	59.5	17.7	0.3	100.0	333
30-34	15.5	67.7	16.6	0.3	100.0	261
35-39	11.7	63.5	24.8	0.0	100.0	300
40-44	19.4	56.5	23.7	0.3	100.0	216
45-49	31.7	47.6	20.7	0.0	100.0	150
50-54	50.0	28.5	21.5	0.0	100.0	152
55-59	43.2	27.0	29.7	0.0	100.0	132
60-64	18.7	55.9	25.4	0.0	100.0	76
Residência						
Urbana	14.6	75.1	10.2	0.1	100.0	646
Rural	24.6	46.6	28.7	0.1	100.0	1,689
Província						
Niassa	19.5	40.1	40.4	0.1	100.0	111
Cabo Delgado	7.3	70.0	22.3	0.4	100.0	172
Nampula	36.0	27.7	36.3	0.0	100.0	367
Zambezia	6.8	69.4	23.8	0.0	100.0	408
Tete	4.3	90.5	5.1	0.0	100.0	95
Manica	10.1	67.7	21.0	1.2	100.0	122
Sofala	26.6	47.6	25.8	0.0	100.0	371
Inhambane	32.5	44.7	22.7	0.0	100.0	179
Gaza	59.2	38.6	2.2	0.0	100.0	177
Maputo	13.6	51.6	34.7	0.1	100.0	155
Maputo Cidade	9.1	84.2	6.7	0.0	100.0	177
Nível de escolaridade						
Sem escolaridade	20.9	40.0	39.0	0.1	100.0	457
Primário	24.1	53.3	22.5	0.1	100.0	1,625
Secundário ou mais	8.7	88.4	2.7	0.1	100.0	253
Religião[1]						
Católica	23.8	54.6	21.5	0.1	100.0	811
Protestante	23.6	61.6	14.8	0.0	100.0	435
Muçulmana	18.2	53.0	28.8	0.0	100.0	407
Outra	12.9	51.4	35.7	0.0	100.0	169
Sem religião	24.1	48.1	27.5	0.3	100.0	482
Todos os homens	21.8	54.5	23.6	0.1	100.0	2,335
Todas as mulheres	14.1	51.8	34.0	0.1	100.0	8,779

[1] Exclui os casos sem informação

este tema nos meios de comunicação social. Como é de esperar as pessoas com um nível de escolaridade mais elevado têm mais facilidade em aceitar a divulgação do planeamento familiar pela rádio ou televisão. Apenas 9 % das mulheres e 6 % dos homens entrevistados com o ensino secundário ou superior declararam não ser aceitável a divulgação de planeamento familiar.

4.9 Exposição existente a mensagens de planeamento familiar através da imprensa escrita

Para avaliar o grau de difusão das mensagens impressas foi inquirido aos respondentes do sexo feminino se, no mês anterior ao inquérito, tinham visto alguma informação escrita na forma de jornais ou revistas, cartazes, panfletos ou brochuras. Os resultados podem observar-se no Quadro 4.20 e no Gráfico 4.5. A exposição a mensagens impressas avaliada no IDS foi maior para os cartazes, com 13 %, seguido de folhetos ou brochuras, com 9 % e, por último, jornais ou revistas, com 5 %.

Quadro 4.20 Mensagens imprimidas sobre planeamento familiar

Percentagem de mulheres que receberam uma mensagem imprimida sobre planeamento familiar no mês anterior à entrevista, segundo características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Meio de informação escrito com mensagem de planeamento familiar				Número de mulheres
	Qualquer meio	Jornal/ Revista	Cartaz	Folheto/ Brochura	
Idade da entrevistada					
15-19	12.5	4.5	10.7	6.6	1,836
20-24	18.9	4.7	15.1	8.6	1,663
25-29	18.7	7.2	13.1	10.9	1,591
30-34	22.6	8.4	17.1	13.7	1,197
35-39	13.9	3.7	11.1	5.8	1,028
40-44	17.8	4.1	14.2	10.6	724
45-49	7.4	1.5	4.8	4.3	739
Residência					
Urbana	31.2	16.6	24.3	18.8	2,095
Rural	11.7	1.6	9.0	5.6	6,684
Província					
Niassa	2.4	0.3	2.1	2.1	457
Cabo Delgado	10.7	2.3	8.3	7.9	546
Nampula	9.9	2.1	6.0	5.2	1,462
Zambezia	19.7	3.7	15.7	5.3	1,319
Tete	8.0	3.2	6.6	3.0	314
Manica	16.1	2.4	14.5	3.8	484
Sofala	7.1	3.6	5.7	4.2	1,199
Inhambane	20.2	3.4	19.5	14.8	793
Gaza	15.7	1.2	8.7	9.6	994
Maputo	28.2	13.2	21.4	17.3	640
Maputo Cidade	49.0	30.7	39.8	30.0	570
Nível de escolaridade					
Sem escolaridade	8.1	1.7	6.6	3.4	3,765
Primário	20.2	6.3	15.4	10.7	4,631
Secundário ou mais	51.8	25.4	39.2	38.2	384
Religião[1]					
Católica	19.0	5.8	15.8	9.1	2,568
Protestante	20.1	6.4	15.1	12.6	2,298
Muçulmana	12.4	4.7	8.0	7.8	1,498
Outra	13.0	5.4	9.4	6.5	559
Sem religião	11.3	2.4	9.7	4.7	1,795
Total	16.4	5.2	12.7	8.8	8,779

[1] Exclui os casos sem informação

As entrevistadas das zonas urbanas tinham uma maior probabilidade de estar expostos a mensagens pela imprensa escrita (31 %) do que as residentes nas áreas rurais (12 %). Também foram encontradas diferenças importantes entre as províncias, desde a Província do Niassa, onde apenas 2 % das entrevistadas referiram ter visto uma mensagem escrita, no mês anterior ao IDS até à Cidade de Maputo e Províncias de Maputo e Inhambane, com respectivamente, 49 %, 28 % e 20 % das entrevistadas referindo ter visto mensagens escritas sobre planeamento familiar.

Como seria de esperar, verificaram-se diferenças marcadas na exposição a mensagens escritas, consoante o grau de escolarização das entrevistadas. Apenas 8 % das entrevistadas sem escolarização tinham visto mensagens escritas, em contraste com as respondentes com o nível secundário ou superior, em que cerca de metade (52 %) referiu ter visto mensagens no último mês.

4.10 Contactos das não usuarias com os serviços de saúde

Um método importante para a divulgação do planeamento familiar é o aproveitamento pelos trabalhadores da rede de Cuidados de Saúde Primários de todos os contactos das mulheres em idade fértil com as unidades sanitárias para informar e promover a sua utilização. No IDS, as respondentes não usuárias de planeamento familiar foram inquiridas se tinham visitado uma unidade sanitária nos últimos 12 meses, por qualquer motivo e, no caso afirmativo, se algum trabalhador de saúde lhes tinha falado sobre planeamento. Estimou-se assim (Quadro 4.21) a extensão das “oportunidades perdidas” de educação em planeamento familiar, isto é, contactos entre os não utilizadores e os trabalhadores de saúde que não foram aproveitados para motivar os primeiros para a utilização de planeamento familiar.

Verificou-se que entre as mulheres não usuárias de planeamento familiar, apenas 13 % das mulheres tinha visitado uma unidade sanitária nos últimos 12 meses e recebera educação sobre planeamento familiar, em comparação com a percentagem dupla (25 %) de entrevistadas que visitou uma unidade sanitária e em que essa oportunidade não foi aproveitada para a divulgação de planeamento familiar. A percentagem de não usuárias de planeamento que recebeu educação sobre planeamento familiar ainda era mais baixa, apenas 9 %, se a respondente era adolescente constituindo, no entanto, este grupo etário um dos grupos alvo do programa.

A percentagem de não usuárias de planeamento que receberam educação sobre o assunto era quase igual nas áreas rurais e nas zonas urbanas, de 13 % e 15 %, respectivamente. Existiam diferenças marcadas entre as diferentes províncias, desde a Província de Manica, em que pràcticamente não se divulgava planeamento familiar nas unidades sanitárias (5 % discutiu e 26 % não discutiu planeamento na visita à unidade sanitária), até à província de Tete, em que mais de metade das visitas à unidade sanitária foi aproveitada para discussão de planeamento familiar, pois 31 % das entrevistadas desta última província discutiu e 27 % não discutiu planeamento familiar.

Facto a salientar é a maior divulgação de planeamento familiar nas entrevistadas com o maior nível educacional, desde apenas 10 % nas respondentes sem escolarização até atingir 30 %, nas mulheres com nível secundário ou mais e que, naturalmente, já têm maior acesso à divulgação pelos meios de comunicação escrita e falada. Pode-se conjecturar que a mulher mais escolarizada seja mais propensa a procurar e obter serviços de melhor qualidade

Cuadro 4.21 Contacto de mulheres não usuárias com os Serviços de Saúde

Distribuição percentual das mulheres que não usam anticonceptivos, segundo se efectuaram uma visita à Unidade Sanitária nos 12 meses anteriores à entrevista e se receberam uma mensagem de planeamento familiar (PF), por características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Visitou Unidade Sanitária		Não visitou estabele-cimento de saúde	Sem infor-mação	Percentagem sem contacto de PF[2]	Total	Número de mulheres
	Discutiu PF[1]	Não discutiu PF					
Idade da entrevistada							
15-19	8.8	25.3	66.0	0.0	91.2	100.0	1,805
20-24	16.0	28.2	55.8	0.0	84.0	100.0	1,570
25-29	15.7	26.8	57.5	0.0	84.3	100.0	1,484
30-34	20.1	25.4	54.6	0.0	79.9	100.0	1,101
35-39	11.5	25.1	63.4	0.0	88.5	100.0	933
40-44	11.2	22.6	65.8	0.3	88.5	100.0	663
45-49	4.4	18.9	76.4	0.3	95.3	100.0	694
Residência							
Urbana	15.0	35.2	49.6	0.1	84.8	100.0	1,741
Rural	12.5	22.7	64.7	0.0	87.5	100.0	6,508
Província							
Niassa	14.7	29.2	55.9	0.2	85.2	100.0	426
Cabo Delgado	11.2	17.9	70.9	0.0	88.8	100.0	542
Nampula	11.2	19.6	69.2	0.0	88.8	100.0	1,428
Zambezia	13.9	24.8	61.3	0.0	86.1	100.0	1,259
Tete	31.2	26.5	41.6	0.7	68.1	100.0	289
Manica	5.0	25.6	69.4	0.0	95.0	100.0	458
Sofala	9.4	14.4	76.2	0.0	90.6	100.0	1,173
Inhambane	22.3	31.2	46.5	0.0	77.7	100.0	740
Gaza	10.6	32.8	56.6	0.0	89.4	100.0	979
Maputo	14.0	43.7	42.3	0.0	86.0	100.0	550
Maputo Cidade	11.6	30.4	57.4	0.5	87.8	100.0	403
Nível de escolaridade							
Sem escolaridade	9.6	20.9	69.5	0.1	90.4	100.0	3,655
Primário	14.9	28.8	56.3	0.1	85.0	100.0	4,325
Secundário ou mais	29.9	31.3	38.8	0.0	70.1	100.0	268
Religião[3]							
Católica	16.2	25.5	58.2	0.1	83.7	100.0	2,376
Protestante	13.5	31.6	54.9	0.0	86.5	100.0	2,127
Muçulmana	11.6	20.5	67.8	0.1	88.3	100.0	1,434
Outra	18.0	27.2	54.7	0.0	82.0	100.0	515
Sem religião	7.6	21.4	71.0	0.0	92.4	100.0	1,739
Total	13.0	25.4	61.5	0.1	86.9	100.0	8,249

[1]Falou com pessoal de saúde sobre planeamento familiar
[2]Inclui as mulheres que visitaram uma unidade sanitária e não falaram com um trabalhador de saúde sobre planeamento familiar
[3] Exclui os casos sem informação

4.11 Atitudes em relação ao planeamento familiar

As atitudes em relação ao planeamento familiar são essenciais para a sua utilização. Com efeito, a expansão do programa será facilitada se a atitude dos casais for favorável em relação ao planeamento familiar. Em contrapartida, quando, por motivos culturais ou outros, há uma reprovação generalizada do programa, esta constitui uma barreira importante e sensível para a adopção de métodos contraceptivos. Para avaliar as atitudes existentes na população foram feitas várias perguntas aos respondentes, de ambos os sexos, em união actual e em que a esposa não tivesse sido esterilizada. A este grupo de respondentes foi perguntada a frequência de troca de opinião com o cônjuge sobre contracepção e qual era a sua percepção sobre a atitude do cônjuge em relação ao planeamento familiar.

O Quadro 4.22 mostra-nos a frequência com que as mulheres conversaram com os esposos sobre planeamento familiar, no ano anterior ao IDS. Cerca de dois terços (66 %) das respondentes não tinham falado nenhuma vez com os maridos sobre planeamento familiar. Apenas 12 % falam frequentemente, o que sugere a existência de uma falta de comunicação entre os esposos em relação às opções de planeamento familiar.

Quadro 4.22 Discussão sobre planeamento familiar entre os casais

Distribuição percentual das mulheres actualmente unidas, não esterelisadas e que conhecem um método anticonceptivo, segundo o número de vezes que discutiram planeamento familiar com o esposo ou companheiro nos 12 meses anteriores ao inquérito, segundo a idade actual, Moçambique 1997

Idade	Número de vezes que discutiu planeamento familiar				Total	Número de mulheres
	Nunca	Uma ou duas vezes	Mais frequente	Sem infor-mação		
15-19	72.1	17.1	10.0	0.8	100.0	370
20-24	63.3	24.3	11.8	0.6	100.0	852
25-29	65.5	23.2	10.9	0.4	100.0	879
30-34	62.9	20.3	16.4	0.4	100.0	705
35-39	64.0	19.9	15.0	1.1	100.0	532
40-44	68.2	19.0	8.5	4.3	100.0	398
45-49	72.2	18.3	7.3	2.3	100.0	263
Total	65.7	21.2	12.1	1.1	100.0	4,000

Em relação às atitudes do casal concernentes ao planeamento familiar, foi comparada a atitude da esposa com a sua percepção da atitude do esposo em relação ao programa (Quadro 4.23), por características sócio demográficas seleccionadas. Verificou-se que 55 % das respondentes aprovavam o planeamento familiar. No entanto, estimam que apenas cerca de um terço (35 %) dos esposos aprovam o programa.

Apenas 29 % das respondentes responderam que ambos os cônjuges aprovam planeamento familiar, em 14 % dos casos ambos discordam e cerca de um terço das respondentes (31 %) desconhece qual é a opinião do marido. Nos casos em que se verificou uma diferença de opinião entre os cônjuges (13 %), a respondente referiu que o esposo desaprovava planeamento familiar em 8 % e aprovava em 5 % dos casos.

Verificou-se no IDS que, segundo a percepção das entrevistadas, o grupo etário em que existia maior aprovação do planeamento familiar por ambos os cônjuges era o grupo dos 30-34 anos, com 32 % do total de entrevistadas, declinando esta gradualmente com a idade até 27 %, no grupo etário dos 45-49 anos.

Quadro 4.23 Percepção das esposas sobre a atitude dos esposos sobre planeamento familiar

Distribuição percentual das mulheres em união, não esterelisadas, que conhecem métodos anticonceptivos, segundo a atitude da esposa em relação ao planeamento familiar e a percepção que tem sobre a atitude do esposo em relação ao planeamento familiar, por características seleccionadas, Moçambique 1997

	A mulher aprova			A mulher desaprova							
Característica	Esposo aprova	Esposo desa-prova	Não conhece atitude do esposo	Esposo aprova	Esposo desa-prova	Não conhece a atitude do esposo	Mujer não está segura	Total[1]	Esposa aprova	Esposo aprova[2]	Número de mulheres
Idade da entrevistada											
15-19	26.8	4.7	19.0	5.9	16.8	12.8	13.1	100.0	50.8	33.4	370
20-24	26.8	8.6	20.6	7.1	12.7	10.0	13.4	100.0	56.2	34.7	852
25-29	29.6	6.4	19.1	4.4	11.6	13.6	14.6	100.0	55.2	34.4	879
30-34	32.1	10.3	16.7	6.9	10.0	12.6	11.2	100.0	59.1	39.7	705
35-39	31.3	10.1	17.3	4.4	10.1	12.9	12.9	100.0	59.6	37.4	532
40-44	24.2	4.0	17.9	5.0	20.6	12.6	11.5	100.0	49.7	30.0	398
45-49	26.8	6.5	15.6	1.9	23.2	12.0	11.7	100.0	49.0	28.8	263
Residência											
Urbana	46.8	10.9	8.6	6.1	12.0	8.2	6.1	100.0	66.9	53.6	1,174
Rural	21.2	6.3	22.5	5.2	14.1	14.0	15.7	100.0	50.5	27.1	2,826
Província											
Niassa	34.5	4.1	17.4	3.6	5.8	15.4	18.6	100.0	56.7	39.0	195
Cabo Delgado	7.1	5.5	7.2	7.5	25.9	21.9	24.6	100.0	20.0	15.3	205
Nampula	11.1	8.7	40.1	1.3	18.2	10.3	9.8	100.0	59.8	12.7	626
Zambezia	36.9	4.4	22.7	4.1	4.2	6.6	20.7	100.0	64.1	42.7	641
Tete	43.4	6.9	10.2	6.9	11.2	13.8	4.5	100.0	61.3	51.6	218
Manica	25.1	7.3	18.9	11.7	15.0	19.8	2.0	100.0	51.4	37.2	269
Sofala	42.0	3.7	12.4	9.1	12.2	9.3	10.4	100.0	58.2	51.6	387
Inhambane	28.4	6.3	22.3	2.3	4.6	17.5	17.9	100.0	57.3	30.8	345
Gaza	15.3	13.3	5.4	7.5	28.8	14.5	12.2	100.0	36.8	23.3	525
Maputo	36.8	11.3	12.0	4.5	11.6	11.3	10.1	100.0	61.2	42.1	297
Maputo Cidade	50.5	10.5	9.8	6.4	6.9	7.2	7.6	100.0	70.9	57.7	291
Nível de escolaridade											
Sem escolaridade	21.1	5.3	20.6	5.1	16.6	13.2	16.3	100.0	48.1	27.0	1,519
Primário	30.1	9.2	18.1	5.9	12.3	12.3	11.2	100.0	57.7	36.8	2,309
Secundário ou mais	76.3	7.4	3.2	1.6	2.2	4.9	4.4	100.0	86.9	78.9	172
Religião[3]											
Católica	32.8	7.1	21.6	3.5	10.8	9.2	14.2	100.0	61.6	37.6	1,187
Protestante	29.3	9.5	13.9	7.3	12.7	12.9	12.2	100.0	54.5	37.1	1,134
Muçulmana	17.3	7.1	29.7	4.7	14.9	12.7	12.9	100.0	54.3	22.5	646
Outra	45.1	6.3	13.3	6.3	10.7	10.9	6.9	100.0	64.9	51.6	263
Sem religião	24.2	7.0	12.3	6.2	18.9	16.8	13.7	100.0	43.5	31.1	730
Total	28.7	7.7	18.4	5.4	13.5	12.3	12.9	100.0	55.3	34.9	4,000

[1] Inclui casos sem informação
[2] Inclui mulheres da categoría "mulher não está segura" mas que conhecem a atitude do esposo/companheiro
[3] Exclui os casos sem informação

O nível de aprovação por ambos os membros do casal, segundo a percepção das entrevistadas, é duplo nas zonas urbanas (47 %) em relação às áreas rurais (21 %). Também neste tópico, existem diferenças acentuadas entre as províncias. Na Cidade de Maputo, em 51 % dos casais, ambos aprovam o planeamento familiar, mas nas Províncias de Gaza, Nampula e Cabo Delgado esta aprovação atinge os valores mínimos de 15 %, 11 % e 7 %, respectivamente.

O nível educacional está directamente associado com o nível de concordância no casal. Se a entrevistada não é escolarizada a concordância de ambos os cônjuges apenas é de 21 %, ao passo que nas entrevistadas com o nível secundário ou mais ela atinge 76 %. Também é neste último grupo que se encontra a maior percentagem de entrevistadas concordando com o programa, 87 %. É provável que o facto de estas mulheres serem mais informadas facilite a aceitação do programa.

Como se fez a mesma pergunta aos maridos, foi possível comparar a resposta das entrevistadas com o que sucede na realidade (Quadro 4.24) em 1.367 casais, e avaliar os diferenciais consoante a diferença de idade entre os cônjuges e o seu nível educacional.

Verificou-se que as diferenças encontradas entre as respostas dadas por ambos os cônjuges e as percepções das mulheres são mínimas. Assim, em 25 % dos casais, ambos declararam aprovar o planeamento familiar e, em 15 %, ambos o reprovam, enquanto na percepção da esposa estas percentagens eram, respectivamente, de 29 e 14 %. O nível educacional encontra-se associado à concordância de ambos os membros do casal com o programa, desde 15 %, nos casais em que ambos não têm escolarização, até 31 %, nos casais em que ambos têm educação formal.

Quadro 4.24 Atitude do casal em relação ao planeamento familiar

Distribuição percentual dos casais segundo a sua aprovação declarada do planeamento familiar de acordo com a diferença de idades entre os esposos e o seu nível de educação, Moçambique 1997

Característica	Ambos apro-vam	Ambos desa-provam	Ela aprova, ele não	Ele aprova, ela não	Sem infor-mação	Total	Casais de acordo	Número de casais
Idade marido - idade esposa								
Negativo	29.1	13.1	16.2	6.7	35.0	100.0	42.1	136
0-4 anos	21.0	13.1	13.0	14.7	38.2	100.0	34.1	416
5-9 anos	24.8	20.5	11.3	11.0	32.3	100.0	45.4	425
10-14 anos	35.5	9.2	8.5	6.5	40.3	100.0	44.7	205
15 anos ou +	17.5	16.2	23.5	6.7	36.1	100.0	33.7	186
Educação								
M & E: Nenhuma	14.6	20.9	12.3	8.7	43.5	100.0	35.5	201
Esposa educ., Marido não	21.7	9.8	3.4	10.3	54.9	100.0	31.4	99
Marido educ., Esposa não	21.0	17.1	12.8	9.6	39.5	100.0	38.1	451
Marido e esposa educados	31.2	12.9	16.1	11.7	28.1	100.0	44.1	616
Total	24.7	15.3	13.5	10.5	36.1	100.0	39.9	1,367

Finalmente, no Quadro 4.25 pode-se observar que, quando o entrevistado referiu que o cônjuge aprovava o planeamento familiar, isso apenas ocorreu em 59 % dos casos, quando o respondente era a esposa, e em 64 % dos casos, quando o respondente era o marido. As diferenças foram maiores, quando a percepção era a de que o outro cônjuge não concordava com o planeamento familiar. Neste caso, a situação real apenas foi correcta em 47 % e em 33 % dos casos, quando os entrevistados eram, respectivamente, a esposa e o marido. Estes resultados concordam com o constatado anteriormente, em que se verificou a existência de fraco nível de comunicação no casal sobre o planeamento familiar entre os dois cônjuges.

Quadro 4.25 Percepção dos conjuges sobre a aprovação do planeamento familiar pelo outro conjuge

Distribuição percentual dos casais segundo a atitude real do marido e esposa sobre o planeamento familiar, de acordo com a percepção do conjuge sobre a sua atitude, Moçambique 1997

	Atitude real do conjuge				
Percepção	Aprova	Desaprova	Indecisa/o	Total	Número
Percepção da esposa sobre a atitude do marido					
Que esposo aprova	58.8	28.5	12.7	100.0	359
Que esposo desaprova	39.2	46.7	14.1	100.0	288
Não sabe	33.6	41.7	24.7	100.0	720
Total	41.4	9.3	19.3	100.0	1,367
Percepção do marido sobre a atitude da esposa					
Que esposa aprova	63.5	26.7	9.7	100.0	502
Que esposa desaprova	30.6	32.6	36.8	100.0	397
Não sabe	37.1	29.5	33.4	100.0	468
Total	44.9	29.4	25.7	100.0	1,367

CAPÍTULO 5

DETERMINANTES PRÓXIMOS DA FECUNDIDADE

Neste capítulo são analisados os principais factores, para além da contracepção, que influenciam a probabilidade da mulher engravidar, geralmente conhecidos por determinantes próximos da fecundidade: nupcialidade, relacionamento sexual, amenorréia pós-parto, a abstinência sexual e infertilidade.

Este capítulo começa por descrever a formação de uniões matrimoniais diversas, para depois passar para a descrição de medidas mais directas, tanto do início da exposição ao risco de gravidez como do nível de exposição: idade na primeira relação sexual e frequência de relações sexuais.

Em populações africanas como a de Moçambique, o início da actividade sexual não depende necessariamente do início da primeira união matrimonial, quer tal união se tenha consumido através de casamento oficial ou de união de facto. Assim, o primeiro nascimento pode preceder a primeira união. Do mesmo modo, uma proporção significativa de nascimentos ocorre fora do contexto do casamento ou mesmo de uniões de facto. Por isso, o conceito de exposição ao risco de gravidez é considerado dentro do marco de exposição a relações sexuais dentro ou fora do casamento e da capacidade biológica da mulher de conceber e dar à luz uma criança.

Finalmente, analisam-se períodos de infertilidade pós-parto em distintos grupos populacionais, produzidos quer pela amenorréia pós-parto quer pela abstinência pós-parto. Estes meios, na ausência de métodos contraceptivos, podem ser vistos como os determinantes próximos mais importantes da exposição ao risco de gravidez e dos intervalos entre nascimentos.

5.1 Estado civil actual e relações sexuais das mulheres não unidas

O casamento, formal ou informal, é um indicador da exposição da mulher à probabilidade de engravidar. A idade precoce da primeira união encontra-se frequentemente associada a níveis de fecundidade elevados, sendo, portanto, importante para a análise da fecundidade.

No IDS, as mulheres e homens entrevistados foram inquiridos sobre a sua situação civil actual. O termo 'casada(o)' refere-se à união matrimonial legal ou formal, civil ou religiosa. Se os parceiros vivem juntos, numa relação consensual durável mas sem nunca terem oficializado a relação, trata-se duma união informal aqui designada por união marital ou casamento tradicional. Neste âmbito, encontros sexuais casuais não foram incluídos na categoria de 'em união marital'; contudo, quando uma mulher se encontrava a viver com o namorado, considerou-se como 'vive em união marital'. Por seu turno, a mulher que declarasse ter um namorado, mas nunca viveu com ele, foi considerada solteira e não em união.

Assim, neste inquérito o estado civil dos respondentes foi classificado em seis categorias: casado, em união, solteiro, viúvo, divorciado, e separado. Ao longo deste capítulo, as duas primeiras categorias são combinadas e referidas como 'actualmente casadas' ou 'actualmente em união'.

A primeira parte do Quadro 5.1. apresenta a distribuição percentual das mulheres entre os 15 e 49 anos, segundo o seu estado civil e por grupos quinquenais de idades. Quinze por cento das mulheres são solteiras, enquanto cerca de três quartos (74 %) vivem em união, quer sejam casadas ou em união de facto. Em praticamente todos os grupos etários a proporção de uniões de facto comparativamente aos casamentos

Quadro 5.1 Estado civil actual

Distribuição percentual das mulheres e dos homens, segundo o estado civil actual, por idade, Moçambique 1997

MULHERES

Idade	Estado civil						Total	Número de mulheres
	Solteira	Casada	União consensual	Viúva	Divorciada	Separada		
15-19	52.9	9.8	35.2	0.0	0.0	2.1	100.0	1,836
20-24	11.2	18.3	62.1	0.1	0.2	8.1	100.0	1,663
25-29	5.9	20.4	63.9	0.9	0.8	8.1	100.0	1,591
30-34	2.5	27.2	56.4	1.7	0.5	11.6	100.0	1,197
35-39	1.0	25.0	59.3	2.0	1.0	11.7	100.0	1,028
40-44	2.6	18.5	64.4	2.1	0.2	12.2	100.0	724
45-49	2.9	27.8	47.6	4.0	0.5	17.3	100.0	739
Total	15.1	19.7	54.7	1.2	0.4	8.9	100.0	8,779

HOMENS

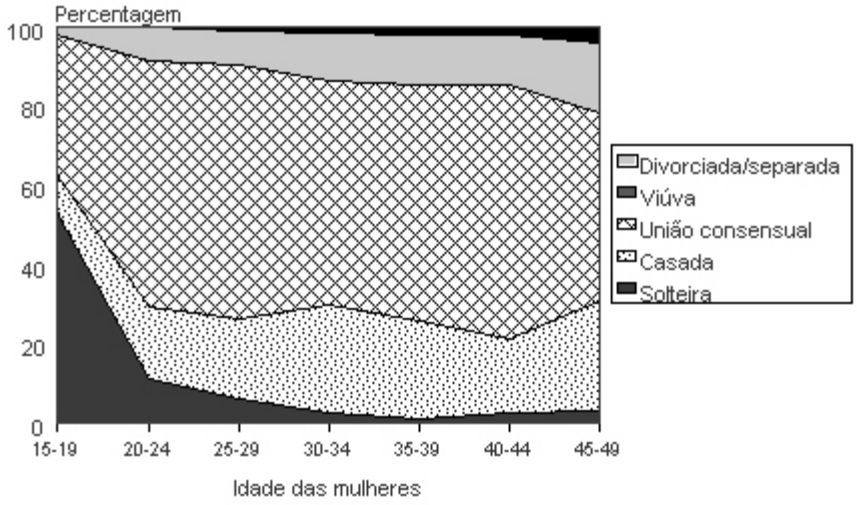
Idade	Estado civil						Total	Número de homens
	Solteiro	Casado	União consensual	Viúvo	Divorciado	Separado		
15-19	96.2	0.9	2.0	0.0	0.0	0.9	100.0	382
20-24	42.4	7.1	46.3	0.0	0.0	4.2	100.0	333
25-29	12.4	15.5	68.4	0.0	0.2	3.5	100.0	333
30-34	5.5	30.0	58.5	0.4	0.0	5.6	100.0	261
35-39	0.8	24.2	72.0	0.0	0.4	2.7	100.0	300
40-44	0.0	38.3	55.9	0.0	0.0	5.7	100.0	216
45-49	0.7	31.3	62.5	0.0	0.0	5.4	100.0	150
50-54	1.4	39.9	52.6	1.0	1.9	3.2	100.0	152
55-59	0.0	25.3	64.7	0.3	0.6	9.2	100.0	132
60-64	0.0	44.6	48.6	2.0	0.6	4.2	100.0	76
Total	24.4	20.9	50.3	0.2	0.3	4.0	100.0	2,335

formais é de cerca de três para um. Na verdade, entre as mulheres em união, três quartos declararam estarem a viver em união de facto e um quarto declararam-se formalmente casadas.

Os restantes estados civis representam proporções muito inferiores às três categorias anteriores; por ordem de grandeza, nove por cento (9 %) são separadas, um por cento (1 %) viúvas e zero ponto quatro (0.4 %) divorciadas.

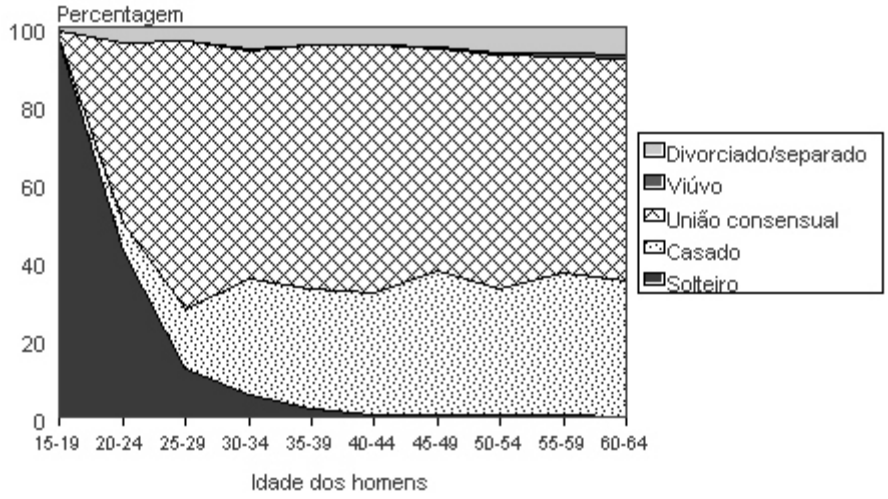
Os dados no Quadro 5.1 e os Gráficos 5.1 e 5.2 mostram uma nítida relação entre a idade e o estado civil. A proporção de mulheres actualmente em união aumenta com a idade, concentrando-se tal aumento nos grupos mais jovens. Enquanto no grupo etário dos 15 aos 19 anos aproximadamente cerca de metade das mulheres são solteiras, no grupo dos 25-29 anos apenas cerca de 6 % ainda permanece solteira. Em contrapartida, as separações também começam nos grupos mais jovens; de cerca de 2 %, no grupo dos 15 aos 19 anos, passa para 8 % entre os 20 e 24 anos, atingindo, no fim da idade reprodutiva, mais de 17 % das mulheres. O divórcio, por seu turno, é uma opção pouco comum, pois em todas as categorias etárias as proporções variam entre zero e 1 %.

Gráfico 5.1
Situação marital das mulheres de 15 a 49 anos



IDSM 1997

Gráfico 5.2
Situação marital dos homens de 15 a 64 anos



IDSM 1997

Considerando os dados (no segundo painel do Quadro 5.1) sobre o estado civil dos homens entrevistados entre os 15 e 64 anos, observa-se que uma percentagem maior de homens, (24 contra 15 % das mulheres), são solteiros. Isto significa que os homens casam-se ou unem-se mais tarde que as mulheres; enquanto no grupo etário dos 20-24 anos apenas 11 % das mulheres permanece solteira, no mesmo grupo etário ainda se encontram solteiros mais de 40 % dos homens entrevistados.

A separação é a principal causa da interrupção da união em ambos os sexos; no IDS, 9 % das mulheres e 4 % dos homens declarou-se separado, enquanto o total de viúvos e divorciados foi de 1.6 % e 0.5 %, nos sexos respectivos. A viuvez aumenta com a idade, como seria de esperar, atingindo 4 % e 2 %, respectivamente, nas entrevistadas dos 45-49 anos e nos homens dos 60-64 anos.

Também os resultados evidenciam claramente a universalidade do casamento ou união de facto na sociedade moçambicana, onde menos de 3 % das mulheres com idade superior a 29 anos e menos de 1 % dos homens de idade superior a 34 anos nunca esteve em união.

Nas análises que se seguem não se irá distinguir os respondentes com casamento formal dos que estão em união marital ou união de facto. Terão ambos os grupos a designação única de “respondente em união”.

Foi estudada ainda a actividade sexual das entrevistadas que não viviam em união (Quadro 5.2), por tipo de actividade sexual e características sócio demográficas.

Como se pode observar, pouco mais de metade (64 %) das mulheres não em união referiram no IDS não ter parceiro sexual, cerca de um quinto (21 %) referiu ter um parceiro regular e 16 % referiu parceiro ocasional. Enquanto nos grupos mais jovens predominam as mulheres solteiras sem parceiro ou com parceiro regular, nos grupos etários de mais idade predominam as mulheres que já estiveram em união (viúvas, divorciadas ou separadas) sem parceiro sexual.

O padrão é semelhante, nas áreas rurais ou urbanas, sendo no entanto, mais frequentes nas zonas urbanas as solteiras com um parceiro regular ou sem parceiro (19 % e 41 %, respectivamente). Nas zonas rurais predominam as mulheres sem parceiro actual, solteiras ou com união anterior (37 % e 31 %). O padrão por província mostra-nos o predomínio de mulheres sem parceiro sexual, quer sejam solteiras ou já casadas. Exceptuam-se as províncias de Inhambane e a província e Cidade de Maputo onde, depois das solteiras sem parceiro, o grupo mais importante é o das entrevistadas solteiras com parceiro regular.

A actividade sexual das mulheres não em união modifica-se consoante o nível educacional. O grupo mais importante nas respondentes não escolarizadas é o das mulheres com união anterior, sem parceiro actual (44 %), nas mulheres com educação primária é o das solteiras sem parceiro actual (43 %) e, nas entrevistadas com ensino secundário ou superior, é o das solteiras com parceiro regular (38 %).

Quadro 5.2 Relações sexuais das mulheres não unidas

Distribuição percentual das mulheres não unidas, por tipo de relações sexuais, segundo características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Solteira			Alguma vez unidas			Total	Número de mulheres
	Parceiro regular	Parceiro ocasional	Sem parceiro	Parceiro regular	Parceiro ocasional	Sem parceiro		
Idade da entrevistada								
15-19	16.6	11.2	68.3	0.8	0.3	2.7	100.0	1,010
20-24	20.5	10.4	26.0	6.6	10.5	26.0	100.0	326
25-29	16.5	7.2	13.6	13.1	13.6	36.0	100.0	250
30-34	6.3	2.6	6.1	18.1	13.8	53.1	100.0	196
35-39	1.4	1.1	3.7	22.7	19.5	51.6	100.0	161
40-44	2.6	1.3	11.3	15.9	25.9	43.0	100.0	124
45-49	0.8	2.1	8.9	8.9	5.9	73.4	100.0	182
Residência								
Urbana	18.5	7.3	40.7	10.7	6.0	16.8	100.0	821
Rural	10.0	8.2	36.6	5.8	8.7	30.7	100.0	1,429
Província								
Niassa	5.6	6.5	25.4	9.9	3.1	49.4	100.0	102
Cabo Delgado	2.1	8.2	25.3	0.9	10.5	52.9	100.0	86
Nampula	2.6	4.4	26.8	16.4	11.3	38.6	100.0	220
Zambezia	3.2	17.4	30.8	2.7	18.1	27.7	100.0	302
Tete	3.3	1.8	35.0	3.5	3.9	52.4	100.0	72
Manica	11.8	4.1	39.0	3.9	7.3	34.0	100.0	98
Sofala	4.1	4.5	59.6	1.4	6.1	24.2	100.0	256
Inhambane	19.2	16.4	38.6	8.6	6.2	11.0	100.0	232
Gaza	18.6	6.9	36.6	7.9	5.0	25.0	100.0	330
Maputo	15.2	7.0	46.7	8.8	7.3	15.1	100.0	300
Maputo Cidade	38.5	1.0	36.2	13.0	1.0	10.2	100.0	252
Nível de escolaridade								
Sem escolaridade	4.1	6.9	28.8	5.8	10.4	44.0	100.0	682
Primário	14.0	8.3	43.0	8.5	6.9	19.3	100.0	1,364
Secundário ou mais	37.7	8.7	36.3	7.1	4.0	6.3	100.0	204
Total	13.1	7.9	38.1	7.6	7.7	25.6	100.0	2,249

5.2 Poligamia

A extensão da poligamia no País foi avaliada inquirindo os respondentes em união, se fossem do sexo feminino quantas mulheres tinha o marido para além da entrevistada e, aos respondentes do sexo masculino, com quantas mulheres vivia em união.

No Quadro 5.3 podemos avaliar a distribuição percentual das mulheres em união entrevistadas por número de co-esposas, e homens em união entrevistados por número de esposas, segundo características sócio demográficas seleccionadas.

Nas mulheres em união, 27 % vivia em uniões poligâmicas, quer com uma co-esposa (14 %), quer com 2 ou mais co-esposas (13 %). A proporção de homens em uniões poligâmicas é significativamente menor (16 %), vivendo a maioria com duas esposas (14 %).

A poligamia aumenta com idade, variando desde 19 % nas mulheres de 15-19 anos até 33 %, nas mulheres de 40-44 anos. O mesmo padrão se pode observar nos entrevistados, onde a poligamia variava desde 3 %, nos grupos mais jovens até 28 %, nos homens dos 45-49 anos.

Quadro 5.3 Número de esposas e co-esposas

Distribuicão percentual das mulheres e dos homens actualmente em união segundo número de co-esposas e de esposas, por características seleccionadas, Moçambique 1997

	Para mulheres, número de co-esposas						Para homens, número de esposas				
Característica	Ne-nhuma	Outra	Duas ou mais	Não sabe/ Sem infor-mação	Total	Número de mulheres	Só uma	Duas	Três ou mais	Total	Número de homens
Idade da entrevistada											
15-19	78.8	6.3	12.4	2.5	100.0	825	*	*	*	*	11
20-24	72.1	15.8	10.8	1.4	100.0	1,337	97.1	2.9	0.0	100.0	178
25-29	72.6	14.9	11.7	0.8	100.0	1,341	93.4	6.6	0.0	100.0	280
30-34	72.3	11.1	15.7	0.9	100.0	1,001	83.4	16.2	0.4	100.0	231
35-39	63.6	19.4	15.8	1.2	100.0	867	77.7	17.3	5.0	100.0	288
40-44	66.5	16.9	15.6	1.0	100.0	601	84.6	14.7	0.7	100.0	204
45-49	72.7	10.9	15.6	0.8	100.0	557	71.8	25.3	2.9	100.0	141
Residência											
Urbana	81.5	9.1	7.8	1.5	100.0	1,274	91.8	7.1	1.0	100.0	362
Rural	69.1	15.0	14.8	1.1	100.0	5,255	81.4	15.8	2.8	100.0	1,300
Província											
Niassa	74.0	19.7	3.5	2.7	100.0	355	86.3	13.1	0.5	100.0	94
Cabo Delgado	73.1	19.0	5.4	2.5	100.0	460	79.0	20.5	0.5	100.0	139
Nampula	77.6	9.8	12.2	0.5	100.0	1,241	85.5	14.4	0.1	100.0	285
Zambézia	83.7	12.4	3.4	0.5	100.0	1,017	87.8	12.2	0.0	100.0	296
Tete	72.0	11.4	14.3	2.3	100.0	242	87.7	12.3	0.0	100.0	73
Manica	49.1	31.0	19.4	0.5	100.0	386	76.5	17.0	6.5	100.0	79
Sofala	58.0	18.8	22.5	0.7	100.0	943	82.7	12.1	5.2	100.0	259
Inhambane	69.1	19.2	9.9	1.8	100.0	562	70.6	28.6	0.8	100.0	132
Gaza	62.3	1.0	34.4	2.3	100.0	665	83.6	4.5	11.9	100.0	130
Maputo	81.0	7.6	9.9	1.5	100.0	340	91.6	6.1	2.3	100.0	80
Maputo Cidade	83.3	11.0	4.8	0.9	100.0	318	86.9	11.9	1.2	100.0	96
Nível de escolaridade											
Sem escolaridade	67.7	14.7	16.5	1.0	100.0	3,083	79.1	19.6	1.3	100.0	367
Primário	74.5	13.5	10.6	1.4	100.0	3,267	84.1	12.9	3.0	100.0	1,153
Secundário ou mais	82.4	4.9	12.1	0.5	100.0	180	91.8	8.2	0.0	100.0	142
Religião[1]											
Católica	82.8	8.9	6.8	1.5	100.0	1,889	88.5	11.1	0.4	100.0	558
Protestante	68.8	13.3	16.0	1.9	100.0	1,563	84.4	9.8	5.9	100.0	300
Muçulmana	72.5	17.8	8.9	0.8	100.0	1,232	85.2	14.6	0.2	100.0	310
Outra	73.0	17.2	9.2	0.5	100.0	406	88.2	10.7	1.1	100.0	127
Sem religião	57.9	16.8	24.8	0.4	100.0	1,398	72.0	23.0	5.1	100.0	351
Total	71.5	13.9	13.4	1.2	100.0	6,530	83.7	13.9	2.4	100.0	1,662

* Baseado em menos de 25 casos não ponderados
[1] Exclui os casos sem informação

Também existem diferenças significativas entre a zona rural e urbana, pois enquanto nesta última 17 % das mulheres em união vivem em poligamia, esta proporção aumenta para cerca de um terço (30 %) na área rural. As variações regionais por província também são acentuadas, sendo as Províncias de Manica, Sofala, e Gaza aquelas onde a proporção de mulheres casadas em uniões poligâmicas é mais elevada com, respectivamente, 50 %, 41 % e 35 %, enquanto que na província e Cidade de Maputo essa proporção baixa para 18 % e 16 % respectivamente.

A poligamia varia inversamente com o nível educacional, em ambos os sexos. No grupo não escolarizado, a proporção foi de 31 %, nas mulheres e de 21 %, nos homens entrevistados em união actual. A proporção de uniões poligâmicas diminuiu para cerca de metade da cifra anterior nos entrevistados em união com ensino secundário ou mais, sendo de 17 %, nas mulheres e de 8 %, nos homens.

No IDS foi ainda avaliada a distribuição percentual dos homens entrevistados, por número de parceiras sexuais extra-conjugais nos últimos 12 meses (Quadro 5.4), segundo características sócio demográficas seleccionadas. O número médio de parceiras foi de 1.4 sendo os grupos mais jovens os que declararam maior número de parceiras (1.9). Quarenta e quatro por cento dos homens entrevistados referiu que não teve parceira sexual extra-conjugal nos últimos 12 meses. Referiram uma ou mais parceiras nos últimos 12 meses 53 % dos respondentes, realçando-se que 10 % referiu quatro ou mais parceiras.

Quadro 5.4 Número de parceiras sexuais dos homens por características socioeconomicas

Distribuicão percentual de todos os homens por número de parceiras sexuais (excluindo a esposa) nos 12 meses precedentes ao inquérito, Moçambique 1997

Característica	Número de parceiras sexuais					Sem infor-mação	Total	Número de homens	Média de parceiras
	0	1	2	3	4+				
Idade da entrevistada									
15-19	43.0	17.2	11.7	12.2	15.7	0.1	100.0	382	1.9
20-24	30.9	23.8	11.8	14.4	17.8	1.3	100.0	333	2.0
25-29	46.1	15.3	16.4	6.8	10.5	4.9	100.0	333	1.4
30-34	36.0	22.2	16.3	10.2	13.5	1.9	100.0	261	1.8
35-39	39.6	28.3	10.8	9.9	8.3	3.1	100.0	300	1.4
40-44	54.2	20.6	11.1	3.0	5.0	6.1	100.0	216	1.0
45-49	53.2	23.4	10.9	6.9	4.0	1.6	100.0	150	0.9
50-54	61.4	21.6	10.6	3.5	2.3	0.5	100.0	152	0.7
55-59	50.0	28.2	14.2	1.2	4.3	2.1	100.0	132	0.9
60-64	55.0	35.1	6.5	1.7	0.7	1.0	100.0	76	0.6
Estado civil									
Nunca casou	35.1	21.5	11.1	13.8	17.9	0.6	100.0	570	2.0
União polígama	41.3	22.9	12.9	11.5	5.9	5.5	100.0	271	1.3
União monogámica	49.4	21.9	12.7	5.3	8.0	2.5	100.0	1,391	1.2
Antes casado	30.3	24.8	17.9	13.8	11.1	2.1	100.0	103	2.1
Residência									
Urbana	41.5	23.2	11.4	9.1	13.1	1.7	100.0	646	1.8
Rural	45.2	21.6	13.0	8.3	9.2	2.6	100.0	1,689	1.3
Nível de escolaridade									
Sem escolaridade	46.2	25.5	10.6	8.2	5.1	4.3	100.0	457	1.1
Primário	44.8	20.4	12.7	8.5	11.5	2.0	100.0	1,625	1.5
Secundário ou mais	36.6	26.5	15.1	8.9	11.9	1.1	100.0	253	1.6
Religião[1]									
Católica	42.5	21.4	14.0	7.8	11.2	3.0	100.0	811	1.5
Protestante	42.3	26.6	15.5	4.9	10.2	0.6	100.0	435	1.6
Muçulmana	47.3	14.1	11.3	9.3	14.6	3.4	100.0	407	1.6
Outra	58.2	13.5	7.6	11.4	1.3	8.0	100.0	169	0.8
Sem religião	42.8	27.9	9.5	10.8	8.8	0.2	100.0	482	1.3
Total	44.2	22.1	12.6	8.5	10.3	2.4	100.0	2,335	1.5

[1] Exclui os casos sem informação

Os entrevistados que já tinham estado em união anteriormente foram o subgrupo das características sócio demográficas estudadas com maior número médio (2.1) de parceiras extra-conjugais. Os homens residindo nas zonas urbanas declararam maior número de parceiras que os das áreas rurais (1.8 versus 1.3) da mesma maneira que os que possuíam o ensino secundário ou mais em relação aos respondentes sem escolarização (1.6 versus 1.0).

5.3 Idade na primeira união

Mesmo se as relações sexuais pré-maritais existem, podemos considerar o casamento como o início da exposição regular à probabilidade de gravidez sendo essencial para a compreensão da fecundidade. Uma idade baixa ao primeiro casamento aumenta o período de exposição das mulheres ao risco de gravidez pelo que se encontra sempre associada a níveis elevados de fecundidade, particularmente quando as taxas de prevalência de uso de contracepção são baixas.

Nos Quadros 5.5 e 5.6, podemos observar a percentagem de mulheres e homens alguma vez unidos por idades específicas exactas e idade mediana da primeira união. Verificou-se que as mulheres casam-se em média 5 anos mais cedo que os homens. A idade mediana da primeira união para as entrevistadas foi de 17.2 anos, ao passo que nos homens elevava-se para 22.3 anos.

Quadro 5.5 Idade na primeira união das mulheres

Percentagem de mulheres que se uniram pela primeira vez até às idades especificadas e idade mediana na primeira união, por idade actual, Moçambique 1997

	Idade específica							
Idade atual	15	18	20	22	25	Nunca unidas	Número de mulheres	Idade mediana na 1ª união
15-19	14.3	NA	NA	NA	NA	52.9	1,836	a
20-24	21.5	56.6	77.8	NA	NA	11.2	1,663	17.4
25-29	21.3	59.1	74.0	84.0	90.0	5.9	1,591	17.3
30-34	21.2	55.6	72.5	84.3	90.6	2.5	1,197	17.4
35-39	24.4	64.3	80.7	88.9	94.0	1.0	1,028	16.7
40-44	21.6	59.9	76.3	86.1	93.2	2.6	724	16.9
45-49	27.0	58.7	73.0	80.6	89.2	2.9	739	17.0
20-49	22.4	58.7	75.8	85.3	90.7	5.2	6,943	17.2

NA = Não se aplica
[a] Indica que o valor da mediana é maior que o limite inferior do intervalo de idade

Nas mulheres alguma vez em união, cerca de um quinto (22 %) já se encontrava casada aos 15 anos, 59 % aos 18 anos, e 76 % estava casada aos 20 anos. Nos homens dos 25-64 anos entrevistados, apenas cerca de um terço (31 %) se encontrava casado aos 20 anos. Quase todas as mulheres entrevistadas (91 %) tinham realizado o primeiro casamento antes dos 25 anos. Nos entrevistados do sexo masculino, ao atingir os 30 anos, 86 % tinham estado em união alguma vez.

Não há diferenças significativas em termos de idade mediana para a primeira união em relação à idade embora no caso das mulheres fosse observada uma ligeira tendência de aumento da idade mediana nos grupos mais jovens. No caso dos homens, contràriamente às mulheres, a tendência observada foi de diminuição da idade mediana da primeira união nos grupos de menor idade.

Quadro 5.6 Idade na primeira união dos homens

Percentagem de homens que se uniram pela primeira vez até às idades especificadas e idade mediana na primeira união, por idade actual, Moçambique 1997

Idade atual	Idade específica					Nunca unidos	Número de homens	Idade mediana na 1ª união
	20	22	25	28	30			
25-29	36.0	56.0	71.8	NA	NA	11.2	333	21.2
30-34	29.7	44.0	72.7	86.0	90.6	5.5	261	22.4
35-39	42.0	52.1	70.4	85.6	90.7	0.8	300	21.0
40-44	27.8	45.3	78.5	86.2	90.7	0.0	216	22.3
45-49	28.0	35.9	63.2	74.2	84.4	0.7	150	22.9
50-54	23.0	39.4	45.4	66.9	79.6	1.4	152	26.0
55-59	13.0	46.2	56.2	69.0	70.6	0.0	132	23.1
60-64	31.0	53.0	68.7	82.1	82.9	0.0	76	20.9
25-64	30.9	47.6	67.9	81.7	86.4	3.8	1,620	22.3

NA = Não se aplica

No Quadro 5.7 e Gráfico 5.3 são estudadas as variações na idade mediana da primeira união, em ambos os sexos, por características sócio demográficas seleccionadas. Nas mulheres de 20-49 anos entrevistadas no inquérito, a diferença encontrada entre as áreas rurais e urbanas é ligeira, pois entre as mulheres do último grupo a idade mediana no casamento apenas aumentou um ano, de 16.9 para 18.2 anos, respectivamente. Foram, no entanto, encontradas diferenças significativas entre as diferentes províncias, variando a idade mediana da primeira união das entrevistadas de 15.2 anos, na província de Nampula, até 19.8 e 19.9 anos na província e cidade de Maputo, respectivamente.

As maiores diferenças encontradas no IDS foram na idade da primeira união por nível educacional das entrevistadas tendo-se verificado uma diferença acentuada entre as respondentes de 20-49 anos sem escolarização (16.8 anos) e as respondentes com ensino secundário ou mais, em que a idade mediana estimada foi superior a 20 anos.

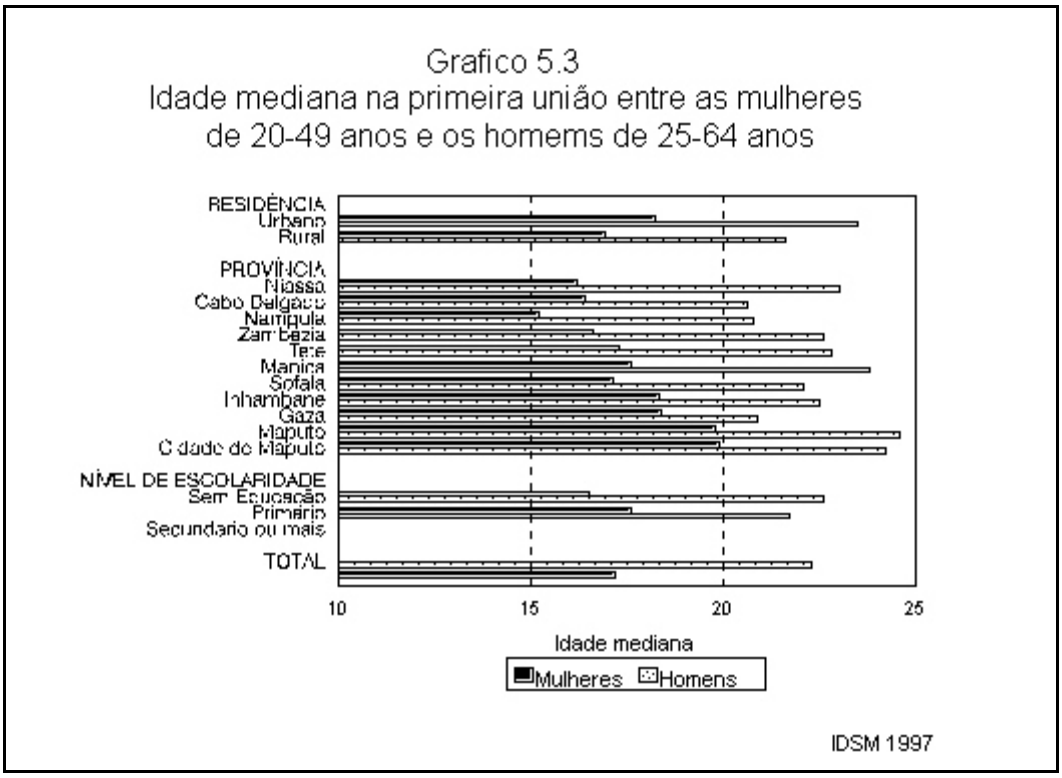
A idade mediana da primeira união nos homens revela um padrão semelhante ao das mulheres à excepção das variações por nível educacional, em que não foi evidenciada qualquer diferença significativa entre os grupos.

Quadro 5.7 Idade mediana na primeira união

Idade mediana na primeira união entre mulheres de 20-49 anos e homens 25-64 anos, segundo a idade actual, por características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Idade actual da mulheres						Total mulheres 20-49 anos	Total homens 25-64 anos
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
Residência								
Urbana	18.2	18.5	17.9	18.0	18.6	17.7	18.2	23.5
Rural	17.2	17.0	17.2	16.5	16.6	16.9	16.9	21.6
Província								
Niassa	16.0	16.4	16.0	16.6	16.0	16.7	16.2	23.0
Cabo Delgado	15.3	16.7	16.6	17.7	17.8	17.1	16.4	20.6
Nampula	14.9	15.2	15.5	15.1	15.3	15.2	15.2	20.8
Zambezia	16.9	17.6	16.2	16.1	16.0	17.2	16.6	22.6
Tete	17.2	17.9	16.8	17.0	16.6	19.3	17.3	22.8
Manica	17.3	17.9	17.5	17.9	19.2	17.7	17.6	23.8
Sofala	17.3	17.3	20.1	16.6	16.8	16.5	17.1	22.1
Inhambane	19.3	18.6	17.8	17.6	17.3	17.6	18.3	22.5
Gaza	18.2	17.7	19.4	18.8	18.3	18.6	18.4	20.9
Maputo	a	21.0	22.0	18.0	18.2	19.3	19.8	24.6
Maputo Cidade	a	20.0	19.4	18.4	19.4	20.8	19.9	24.2
Nível de escolaridade								
Sem escolaridade	16.5	16.6	16.7	16.4	16.3	16.8	16.5	22.6
Primário	17.6	17.4	17.6	17.4	17.8	17.6	17.6	21.7
Secundário ou mais	a	23.6	23.4	19.3	22.0	21.3	a	a
Religião[1]								
Católica	16.9	17.3	16.3	16.4	16.3	17.3	16.8	22.5
Protestante	18.5	17.5	18.6	17.4	17.7	17.7	18.0	22.1
Muçulmana	15.4	15.9	16.4	16.2	15.6	15.5	15.8	21.8
Outra	17.8	18.5	18.5	16.9	17.3	16.7	17.5	21.2
Sem religião	17.5	17.6	18.3	16.7	17.9	18.0	17.6	22.7
Todas as mulheres	17.4	17.3	17.4	16.7	16.9	17.0	17.2	NA
Todos os homens	a	21.2	22.4	21.0	22.3	22.9	NA	22.3

Nota: As medianas das mulheres 15-19 não são mostradas porque muitas delas casam-se depois dos 20 anos
NA = Não se aplica
[a] O valor da mediano é maior que o limite inferior do intervalo de idade
[1] Exclui os casos sem informação



5.4 Idade no primeiro contacto sexual

No IDS avaliou-se a idade que tinham os respondentes, de ambos os sexos, no seu primeiro contacto sexual pois é sabido que frequentemente a actividade sexual se inicia antes do casamento. Os Quadros 5.8 e 5.9 mostram-nos a distribuição percentual dos respondentes que já têm actividade sexual, por idade exacta e idade mediana do primeiro contacto sexual, segundo grupos quinquenais de idade.

A idade mediana do primeiro contacto sexual, conforme declarado pelas mulheres de 20-49 anos, foi de 16.0 anos e, portanto, aproximadamente 1.2 anos mais cedo que a idade mediana da primeira união. Tanto a idade mediana da primeiro contacto sexual como a percentagem de mulheres entrevistadas com o seu primeiro contacto sexual aos 15 anos não mostraram variações importantes entre os diferentes grupos etários. Aos 15 anos de idade já um terço das mulheres em idade fértil (33 %) tinha tido o seu primeiro contacto sexual, e essa percentagem elevou-se para 75 %, nas entrevistadas com 18 anos. Esta observação sugere que as relações sexuais pré-maritais são bastante frequentes.

Em geral, as mulheres iniciam a vida sexual mais cedo que os homens. A idade mediana do primeiro contacto sexual, nos entrevistados de 25-64 anos, foi 18.3 anos, 2.3 anos mais tarde que nas mulheres. No entanto, esta diferença foi cerca de metade da existente entre os dois sexos, na idade mediana da primeira união, 5.1 anos. Ao contrário das mulheres, os dados parecem sugerir uma tendência decrescente na idade mediana do primeiro contacto sexual nos homens, pois no grupo etário dos 55-59 anos foi de 20.2 anos ao passo que no grupo dos 25-29 anos foi 18.5 anos.

Quadro 5.8 Idade na primeira relação sexual das mulheres

Percentagem de mulheres que tiveram relações sexuais pela primeira vez até às idades especificadas e idade mediana na primeira relação, por idade actual, Moçambique 1997

Idade	Idade específica					Percentagem que nunca teve relação sexual	Número de mulheres	Idade mediana na 1ª relação
	15	18	20	22	25			
15-19	28.6	NA	NA	NA	NA	30.5	1,836	a
20-24	32.0	77.7	91.3	NA	NA	2.1	1,663	a
25-29	33.1	79.2	89.6	95.1	96.3	0.1	1,591	15.9
30-34	32.3	69.9	85.3	93.3	95.1	0.0	1,197	16.1
35-39	35.2	76.3	88.7	92.8	94.2	0.0	1,028	15.7
40-44	29.7	69.2	82.8	87.4	91.4	0.1	724	16.3
45-49	32.7	74.5	83.9	88.3	91.7	0.0	739	16.0
20-49	32.6	75.2	87.8	92.8	94.5	0.6	6,943	16.0

NA = Não se aplica
[a] Indica que o valor da mediano é maior que o limite inferior do intervalo de idade

Quadro 5.9 Idade na primeira relação sexual dos homens

Percentagem de homens que tiveram relações sexuais pela primeira vez até às idades especificadas e idade mediana na primeira relação, por idade actual, Moçambique 1997

Idade	Idade específica					Percentagem que nunca teve relação sexual	Número de homens	Idade mediana na 1ª relação
	15	18	20	22	25			
15-19	28.6	NA	NA	NA	NA	30.5	1,836	a
20-24	12.8	59.9	85.6	NA	NA	4.4	333	a
25-29	12.4	39.7	65.4	77.2	79.7	1.0	333	18.5
30-34	10.4	52.1	71.1	79.8	87.3	0.0	261	17.8
35-39	13.5	53.6	83.3	91.1	94.1	0.0	300	17.6
40-44	12.8	54.3	76.8	84.6	88.3	0.0	216	17.8
45-49	5.9	35.6	58.8	75.4	84.1	0.7	150	18.9
50-54	1.9	36.1	59.5	80.2	82.2	0.0	152	18.7
55-59	16.7	27.2	46.6	78.2	84.7	0.0	132	20.2
60-64	10.2	30.1	59.1	78.3	87.2	0.0	76	19.4
25-64	11.0	44.0	68.2	81.4	86.1	0.3	1,620	18.3

NA = Não se aplica
[a] Indica que o valor da mediano é maior que o limite inferior do intervalo de idade

Quadro 5.10 Idade mediana na primeira relação sexual

Idade mediana na primeira relação sexual entre mulheres de 20-49 anos e entre os homens de 25-64 anos, segundo a idade actual, por características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Idade actual da mulheres						Mulheres 20-49 anos	Homens 25-64 anos
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
Residência								
Urbana	16.4	16.6	16.6	16.3	16.8	16.3	16.5	18.4
Rural	15.9	15.7	15.9	15.6	16.2	15.9	15.8	18.3
Província								
Niassa	15.3	15.6	15.4	15.9	15.1	16.3	15.6	17.5
Cabo Delgado	14.8	15.9	16.2	16.0	17.5	16.4	15.8	16.7
Nampula	14.9	14.5	14.9	14.5	15.0	14.8	14.7	19.9
Zambezia	15.5	15.5	15.5	15.6	16.0	15.9	15.6	18.3
Tete	16.6	16.6	16.3	15.9	15.7	17.5	16.3	17.4
Manica	16.8	16.7	16.7	16.2	18.0	17.1	16.8	20.1
Sofala	16.0	16.3	17.3	16.0	15.9	16.2	16.2	18.2
Inhambane	16.5	16.4	16.0	15.9	16.6	16.0	16.3	18.4
Gaza	16.3	16.7	17.7	17.4	17.2	17.3	17.0	18.6
Maputo	17.2	17.3	19.3	16.3	16.9	18.0	17.3	18.6
Maputo Cidade	17.1	17.1	16.8	16.5	16.9	17.2	17.0	18.1
Nível de escolaridade								
Sem escolaridade	15.6	15.4	15.6	15.5	15.8	15.9	15.6	18.5
Primário	16.1	15.9	16.2	15.9	16.9	16.4	16.1	18.3
Secundário ou mais	17.6	17.8	19.9	18.4	20.4	18.4	18.2	18.3
Religião[1]								
Católica	15.9	15.4	15.7	15.8	16.2	16.4	15.8	18.5
Protestante	16.4	16.3	16.8	15.9	16.9	16.6	16.5	18.4
Muçulmana	15.1	15.2	15.7	15.3	15.2	14.9	15.2	18.0
Outra	16.2	16.7	15.8	15.6	16.8	16.5	16.3	17.9
Sem religião	16.4	16.4	16.2	15.9	16.1	15.9	16.2	18.4
Todas as mulheres	16.0	15.9	16.1	15.7	16.3	16.0	16.0	NA
Todos os homens	a	18.5	17.8	17.6	17.8	18.9	NA	18.3

Nota: Não se apresentam as medianas para o grupo de 15-19 anos porque menos de 50 por cento tiveram relações antes dos 15 anos para todos os subgrupos

NA = Não se aplica

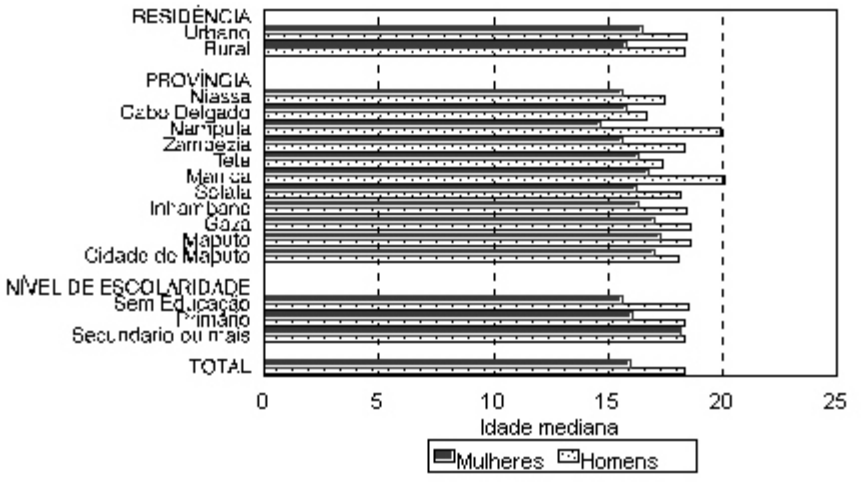
[a] O valor da mediano é maior que o limite inferior do intervalo de idade

[1] Exclui os casos sem informação

O Quadro 5.10 e o Gráfico 5.4 mostram-nos os diferenciais existentes na idade mediana do primero contacto sexual dos respondentes, de ambos os sexos, por idade actual e segundo características sócio demográficas seleccionadas. A variação encontrada entre as mulheres residindo em áreas urbanas ou rurais é mínima (16.5 versus 15.8 anos), ao contrário das variações interprovinciais. A maior diferença encontrada foi entre a província de Nampula, em que a idade mediana do primeiro contacto sexual nas mulheres foi de 14.7 anos e a província de Maputo, com 17.3 anos.

O diferencial por nível educacional das entrevistadas também foi significativo, de 15.6 anos nas mulheres sem escolarização até 18.2 anos nas entrevistadas com ensino secundário ou mais, perto de três anos mais tarde.

Gráfico 5.4
Idade mediana na primeira relação sexual entre as mulheres de 20-49 anos e os homens de 25-64 anos



IDSM 1997

Os diferenciais na idade do primeiro contacto sexual, nos homens dos 25-64 anos entrevistados, seguem um padrão semelhante aos das mulheres. Exceptuam-se as variações segundo o nível educacional, em que não foi verificada nenhuma associação entre este último e a idade de início da vida sexual.

5.5 Actividade sexual recente

O risco de exposição a uma gravidez está, nas sociedades onde as taxas de prevalência de uso de contraceptivos modernos são baixas, directamente relacionado com a actividade sexual. No IDS, foi recolhida informação sobre a actividade sexual recente, nas quatro semanas que precederam o IDS, em ambos os sexos, e por características sócio demográficas seleccionadas.

O Quadro 5.11 mostra-nos que mais de metade (55 %) das mulheres em idade fértil entrevistadas declararam ter tido actividade sexual recente, nas últimas quatro semanas precedendo o IDS; um quinto (20 %) encontrava-se em abstinência pós-parto, 17 % encontrava-se em abstinência por outros motivos e 7 % nunca tivera contactos sexuais.

A actividade sexual recente aumentava progressivamente com a idade da entrevistada até atingir o máximo no grupo etário dos 35-39 anos, em que 69 % das entrevistadas declararam actividade sexual nas quatro semanas precedendo o IDS, diminuindo progressivamente nos grupos mais velhos. O padrão da actividade sexual recente, segundo a duração do casamento era semelhante ao anterior, pois aumentava progressivamente até ao grupo com 20-24 anos de casamento (67 %). Cerca de um quinto (22 %) das mulheres que nunca tinham estado em união declararam actividade sexual recente.

No IDS, os resultados obtidos não demonstraram uma influência significativa da residência urbana ou rural. A actividade sexual recente nas últimas quatro semanas também não foi significativamente diferente entre as diferentes categorias de nível de ensino. No entanto, os diferenciais encontrados entre as

Quadro 5.11 Actividade sexual recente por características demográficas e socioeconómicas

Percentagem de mulheres que já tiveram relações sexuais, segundo actividade sexual nas quatro semanas anteriores à pesquisa e duração da abstinência sexual, relativa ou não ao pós-parto, por características demográficas e socioeconómicas seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Com actividade sexual últimas 4 semanas	Sem actividade sexual últimas 4 semanas				Sem infor-mação	Nunca tiveram relações sexuais	Total	Número de mulheres
		Abstinência (pós-parto)		Abstinência (outros motivos)					
		0-1 ano	2+ anos	0-1 ano	2+ anos				
Idade da entrevistada									
15-19	35.9	15.5	1.7	14.7	0.3	1.5	30.5	100.0	1,836
20-24	56.9	23.8	2.2	13.3	1.4	0.3	2.1	100.0	1,663
25-29	55.6	27.4	1.8	13.4	1.2	0.5	0.1	100.0	1,591
30-34	63.5	18.2	2.2	12.2	3.1	0.8	0.0	100.0	1,197
35-39	68.8	11.4	2.6	13.1	3.8	0.4	0.0	100.0	1,028
40-44	62.8	14.9	0.9	15.3	4.6	1.4	0.1	100.0	724
45-49	54.5	5.2	0.7	20.2	17.8	1.6	0.0	100.0	739
Duração do casamento (em anos)									
Nunca unidas	22.4	7.9	1.8	19.6	2.1	1.2	44.9	100.0	1,330
0-4	57.2	25.6	2.3	12.9	0.8	1.2	0.0	100.0	1,748
5-9	57.8	25.8	1.9	12.7	1.4	0.4	0.0	100.0	1,423
10-14	60.8	23.5	1.7	12.4	1.1	0.5	0.0	100.0	1,327
15-19	64.6	16.3	3.0	11.5	4.0	0.5	0.0	100.0	1,003
20-24	67.0	12.9	1.4	14.5	3.2	1.1	0.0	100.0	930
25-29	63.8	11.0	0.3	14.1	9.6	1.3	0.0	100.0	607
30+	55.4	3.3	0.7	19.7	20.6	0.4	0.0	100.0	412
Residência									
Urbana	53.8	13.3	1.5	17.9	3.3	1.4	8.8	100.0	2,095
Rural	55.2	19.7	1.9	13.0	3.3	0.7	6.2	100.0	6,684
Província									
Niassa	60.7	21.5	0.8	10.1	3.1	0.9	2.9	100.0	457
Cabo Delgado	57.2	25.7	2.5	9.0	2.4	0.9	2.4	100.0	546
Nampula	61.5	21.6	1.5	11.0	2.5	0.1	2.0	100.0	1,462
Zambezia	73.8	6.6	1.2	10.8	3.2	0.0	4.3	100.0	1,319
Tete	50.6	21.3	1.0	11.9	7.0	1.2	6.9	100.0	314
Manica	44.8	26.4	4.1	15.0	2.7	0.1	6.8	100.0	484
Sofala	54.4	20.6	2.6	7.8	4.5	0.9	9.1	100.0	1,199
Inhambane	49.7	20.7	3.7	17.5	2.2	0.8	5.3	100.0	793
Gaza	39.4	18.4	1.0	22.3	4.9	1.5	12.5	100.0	994
Maputo	37.8	17.3	0.9	25.6	2.6	1.1	14.7	100.0	640
Maputo Cidade	52.1	9.5	1.0	20.9	2.0	3.7	10.7	100.0	570
Nível de escolaridade									
Sem escolaridade	56.6	19.1	2.3	12.9	4.5	0.9	3.7	100.0	3,765
Primário	53.7	18.1	1.6	14.3	2.5	0.8	9.0	100.0	4,631
Secundário ou mais	52.0	9.6	0.0	25.9	0.6	1.2	10.7	100.0	384
Total	54.8	18.2	1.8	14.2	3.3	0.9	6.8	100.0	8,779

diferentes províncias foram muito acentuados, variando desde as Províncias de Maputo (38 %), Gaza (39 %) e Manica (45 %) até aos valores máximos nas Províncias de Nampula (62 %) e Zambézia (74 %).

Nos homens dos 15-64 anos entrevistados (Quadro 5.12), 65 % teve contactos sexuais nas quatro semanas anteriores ao IDS, e 6 % nunca teve actividade sexual. O padrão da actividade sexual por grupos quinquenais de idade é semelhante ao das mulheres atingindo o máximo nos homens dos 35-39 anos, com 84 %. Quanto aos diferenciais por nível educacional, os homens mais escolarizados referiram numa percentagem ligeiramente superior contactos sexuais nas últimas quatro semanas em relação a todos os restantes grupos (68 % versus 64 %).

Quadro 5.12 Actividade sexual recente dos homens por características demográficas e socioeconómicas

Percentagem de homens que tiveram relações sexuais nas quatro semanas anteriores à pesquisa, por características demográficas e socioeconómicas seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Actividade sexual nas últimas 4 semanas: Com actividade	Actividade sexual nas últimas 4 semanas: Sem actividade	Nunca teve relação sexual	Total	Número de homens
Idade do entrevistado					
15-19	27.3	38.2	34.4	100.0	382
20-24	63.6	32.0	4.4	100.0	333
25-29	65.9	33.1	1.0	100.0	333
30-34	80.5	19.5	0.0	100.0	261
35-39	83.6	16.4	0.0	100.0	300
40-44	74.2	25.8	0.0	100.0	216
45-49	70.4	29.0	0.7	100.0	150
50-54	73.9	26.1	0.0	100.0	152
55-59	62.0	38.0	0.0	100.0	132
60-64	70.0	30.0	0.0	100.0	76
Duração do casamento (em anos)					
Nunca unidos	35.0	38.6	26.4	100.0	570
0-4	72.8	27.2	0.0	100.0	333
5-9	67.8	32.2	0.0	100.0	303
10-14	83.3	16.7	0.0	100.0	287
15-19	77.6	22.4	0.0	100.0	275
20-24	63.6	36.4	0.0	100.0	222
25-29	87.6	12.4	0.0	100.0	111
30+	73.3	26.7	0.0	100.0	235
Residência					
Urbana	57.3	36.5	6.2	100.0	646
Rural	67.5	26.0	6.5	100.0	1,689
Nível de escolaridade					
Sem escolaridade	64.2	31.5	4.3	100.0	457
Primário	64.4	28.0	7.6	100.0	1,625
Secundário ou mais	67.5	29.7	2.9	100.0	253
Religião[1]					
Católica	66.7	26.1	7.2	100.0	811
Protestante	66.7	27.5	5.8	100.0	435
Muçulmana	67.7	25.5	6.8	100.0	407
Outra	46.5	48.6	4.9	100.0	169
Sem religião	63.7	29.9	6.4	100.0	482
Total	64.7	28.9	6.4	100.0	2,335

[1] Exclui os casos sem informação

5.6 Amenorréia pós-parto, abstinência e insusceptibilidade

Em Moçambique, como nos países onde o uso de contraceptivos modernos é baixo, a protecção de uma nova gravidez no pós-parto ocorre devido a dois factores: aleitamento materno e abstinência sexual. Enquanto o aleitamento materno prolonga o período de amenorréia, a abstinência sexual pós-parto atrasa o reinício da actividade sexual. Classificou-se, assim, como insusceptível a mulher que não está exposta ao risco de gravidez, quer porque está amenorréica, quer por estar a praticar a abstinência pós-parto.

No IDS foi avaliada a percentagem de mulheres que deram parto nos últimos três anos e que ainda estão amenorréicas, em abstinência ou insusceptíveis (Quadro 5.13). Os dados foram agregados em intervalos de 2 meses, para diminuir possíveis flutuações. Os resultados estão também ilustrados no Gráfico 5.5.

Quadro 5.13 Amenorréia, abstinência e insuscetibilidade pós-parto

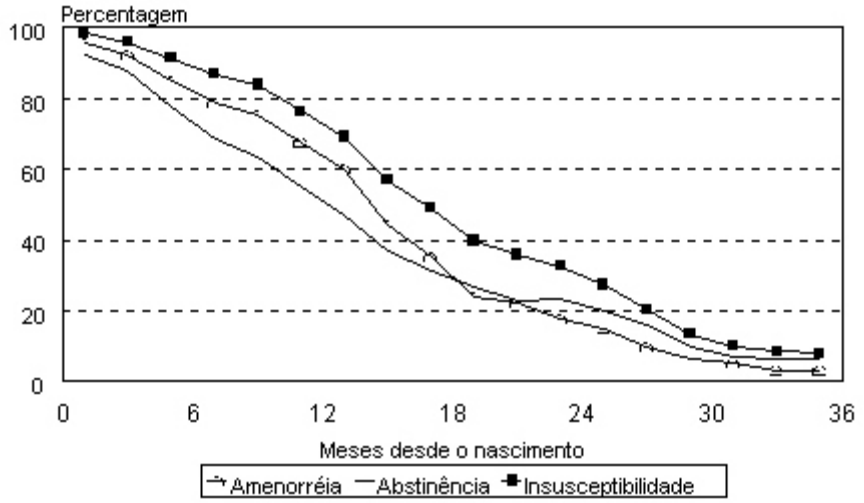
Percentagem de nascimentos, cujas mães estão em amenorréia, abstinência e insuscetibilidade pós-parto, por número de meses desde o nascimento e durações mediana e média, Moçambique 1997

Meses desde o nascimento	Amenor-réia	Absti-nência	Insusceti-bilidade	Número de nascimentos
< 2	98.7	97.8	99.9	185
2-3	92.5	87.1	96.8	361
4-5	85.6	79.0	90.8	270
6-7	76.5	67.4	86.1	269
8-9	73.4	60.1	83.2	240
10-11	75.6	62.7	82.2	234
12-13	53.9	42.7	63.4	286
14-15	50.8	35.3	61.8	243
16-17	27.4	32.7	45.5	274
18-19	26.8	25.2	40.0	170
20-21	17.4	22.7	33.6	246
22-23	22.7	21.2	33.9	165
24-25	13.1	26.2	30.6	228
26-27	9.3	13.1	17.3	244
28-29	7.0	8.4	13.5	223
30-31	3.1	7.4	9.6	193
32-33	5.9	4.6	7.2	168
34-35	0.7	7.9	8.6	158
Total	45.0	42.3	54.2	4,156
Mediana	13.7	11.6	16.5	-
Média	15.1	14.3	18.3	-

Podemos observar que, nas mulheres que tiveram parto nos últimos 3 anos, um pouco mais de metade (54 %) se encontra insusceptível, quer porque ainda se encontra amenorréica (45 %), ou porque ainda não reiniciou a actividade sexual (42 %). A duração média da amenorréia foi cerca de 15 meses e é apenas ligeiramente superior à duração média da abstinência pós-parto, com cerca de 14 meses. De igual modo, as durações medianas foram de, respectivamente, 14 e 12 meses. Dos resultados depreende-se que a abstinência pós-parto, aconselhada tradicionalmente durante o aleitamento materno, ainda é um factor importante na insusceptibilidade pós-parto.

Gráfico 5.5

Percentagem de mulheres en amenorréia, abstinência e insusceptibilidade



IDSM 1997

A duração média e mediana da insusceptibilidade pós-parto foram, respectivamente, de 18 e 17 meses. Ao completar 5 meses pós-parto, 91 % das mulheres ainda eram insusceptíveis, e ao completar 11 meses e 17 meses pós-parto as percentagens de insusceptibilidade foram, respectivamente, de 82 % e 46 %. Donde se depreende que os dois factores estudados são ainda métodos importantes de espaçamento dos nascimentos na sociedade moçambicana.

Foram estudadas no Quadro 5.14 as durações medianas da amenorréia e abstinência pós-parto, segundo características sócio demográficas seleccionadas. A idade da entrevistada não parece influenciar significativamente a duração quer da amenorréia ou da abstinência pós-parto.

Pelo contrário, foram encontrados diferenciais importantes entre as entrevistadas segundo o local e província de residência, assim como com o nível educacional das mesmas. Enquanto a mediana do período de insusceptibilidade nas áreas urbanas era de cerca de 13 meses, ela aumentava para 17 meses nas entrevistadas das áreas rurais. Esta diferença deve-se predominantemente ao aumento do período de amenorréia, de 11 para 14 meses, nos subgrupos respectivos. É interessante notar que a duração mediana da amamentação ao peito foi mais longa na zona rural que na urbana (ver Capítulo 9). Os diferenciais interprovinciais na mediana da duração do período de insusceptibilidade eram ainda mais acentuados. Os valores mais baixos foram encontrados na Província da Zambézia (9.7 meses) e na cidade de Maputo (12.8 meses), e os valores máximos nas Províncias de Cabo Delgado (21.4 meses), Inhambane (19.9 meses) e Manica (18.9 meses). Um facto a realçar é que as maiores variações foram encontradas nas medianas do período de abstinência pós-parto, de quatro meses na Zambézia até 21 meses, na província de Cabo Delgado.

A mediana da duração do período de insusceptibilidade pós-parto também apresentou variações significativas consoante o nível educacional das entrevistadas. O maior período observou-se nas mulheres não escolarizadas, com cerca de 20 meses, em contraste com as mulheres com ensino secundário ou mais onde a mediana desceu para apenas 13 meses. Tal facto deveu-se à diminuição dos dois factores da insusceptibilidade. Quer a amenorréia, quer a abstinência pós-parto diminuíram significativamente neste

último subgrupo de entrevistadas, tendo ambas atingido o valor mínimo de cerca de 6 meses. Tal facto parece estar associado por um lado à maior proporção de mulheres que se encontram a trabalhar, tendo portanto que se separar da criança a maior parte do dia e, por outro lado, ao abandono da abstinência pós-parto tradicional.

Quadro 5.14 Duração mediana da insuscetibilidade pós-parto, por características seleccionadas

Número mediano de meses em amenorréia, abstinência e insuscetibilidade pós-parto, por características selecionadas, Moçambique 1997

Meses desde o nascimento	Amenor-réia	Absti-nência	Insusceti-bilidade	Número de nascimentos
Idade da entrevistada				
15-29	13.5	11.3	16.5	2,784
30-49	14.3	12.1	16.4	1,372
Residência				
Urbana	10.7	11.0	13.2	892
Rural	14.4	11.9	17.3	3,264
Província				
Niassa	14.4	11.6	15.7	228
Cabo Delgado	13.6	21.2	21.4	230
Nampula	14.5	15.8	17.5	666
Zambezia	9.7	4.3	9.7	625
Tete	12.4	9.2	13.4	196
Manica	15.8	13.9	18.9	303
Sofala	13.6	11.6	14.5	627
Inhambane	12.9	18.7	19.9	362
Gaza	14.4	12.8	14.8	473
Maputo	14.1	14.6	15.5	243
Maputo Cidade	8.1	7.8	12.8	201
Nivel de escolaridade				
Sem escolaridade	17.0	12.6	19.6	1,660
Primário	13.4	11.2	15.5	2,359
Secundário ou mais	6.2	5.6	12.9	136
Religião[1]				
Católica	13.4	9.7	17.3	1,220
Protestante	12.9	10.1	14.3	1,129
Muçulmana	13.7	13.9	16.2	622
Outra	13.6	9.7	13.7	306
Sem religião	15.3	13.7	16.5	846
Total	13.7	11.6	16.5	4,156

Nota: As medianas são baseadas na condição atual
[1] Exclui os casos sem informação

CAPÍTULO 6

INTENÇÕES REPRODUTIVAS E PLANEAMENTO DA FECUNDIDADE

O questionário do IDS de 1997 conteve várias questões para investigar as preferências reprodutivas da população entrevistada. Foi recolhida informação sobre o desejo de ter mais filhos. Nas mulheres que responderam afirmativamente, foi inquirido o período de tempo que gostariam de esperar antes de ter outro filho. Esta informação permitiu agrupar as mulheres em dois subgrupos: as que desejam espaçar os nascimentos e as que desejam limitar os nascimentos, informação importante para a quantificação da procura total e da necessidade insatisfeita de planeamento familiar.

Outra informação recolhida foi sobre o número de filhos considerado ideal e as gestações ocorridas que não eram desejadas. Foi assim possível a comparação com o número de filhos existente e, portanto, uma avaliação do excesso de fecundidade existente no país.

Finalmente, a informação sobre a fecundidade desejada e, o seu inverso, a fecundidade não desejada, permite estimar o possível impacto que a prevenção dos nascimentos não desejados poderia ter nas taxas globais de fecundidade existentes.

As perguntas sobre o tamanho ideal da família foram feitas a todos os entrevistados, de ambos os sexos, enquanto as demais perguntas foram feitas à população de respondentes não esterilizados, actualmente em união. Perguntou-se: *Quer outro filho, ou prefere não ter mais filhos?* Quando o respondente confirmava o desejo de ter mais filhos foi-lhe perguntado: *quanto tempo quer esperar antes do nascimento de outro filho?* Ambas as perguntas foram adaptadas para o caso em que o entrevistado ainda não tinha filhos. Se a mulher estava grávida, perguntou-se se gostaria de ter mais filhos após aquela criança.

6.1 Desejo de ter mais filhos

O Quadro 6.1 mostra-nos a distribuição percentual dos entrevistados de ambos os sexos actualmente em união, não esterilizados, segundo a sua intenção de ter mais filhos, por número de filhos vivos. A grande maioria dos respondentes entrevistados de ambos os sexos deseja ter mais filhos, conforme declarado por 72 % das mulheres e 75 % dos homens entrevistados. Contudo, 29 % das mulheres e 28 % dos homens não o deseja ter em breve, podendo este grupo ser considerado como potencial utilizador de planeamento familiar para espaçamento das gestações. Cerca de 16 % das entrevistadas e 12 % dos homens afirmou não desejar mais filhos, podendo assim este grupo ser considerado como potencial utilizador de planeamento familiar para limitar a família.

No grupo já referido de mulheres entrevistadas, o desejo por ter mais filhos em breve, num intervalo de dois anos após o inquérito, diminui com o número de filhos vivos existente, desde 75 %, nas respondentes que ainda não tiveram filhos até 8 %, nas que já têm 6 ou mais filhos. De um modo inverso, a percentagem de entrevistadas que referiu não desejar mais filhos aumentou com o número de filhos vivos, desde 1 %, nas que ainda não têm filhos até 53 %, nas que têm 6 ou mais filhos. Cerca de 5 % das mulheres entrevistadas declarou-se estéril, tendo essa percentagem atingido 15 %, nas respondentes que não tinham nenhum filho.

Quadro 6.1 Intenções reprodutivas por número de filhos vivos

Distribuição percentual das mulheres e dos homens actualmente unidas, segundo o desejo de ter filhos, por número de filhos vivos, Moçambique 1997

	Nº filhos vivos[1]							
Desejo de ter filhos	0	1	2	3	4	5	6+	Total
MULHERES								
Ter outro logo[2]	74.9	42.6	38.3	27.5	24.0	19.7	7.6	34.5
Ter outro mais tarde[3]	1.0	37.0	36.0	46.5	27.7	20.8	14.4	28.7
Ter outro, mas indecisa quando	5.4	11.5	11.2	6.1	11.6	6.2	4.0	8.5
Indecisa quanto a ter outro	0.5	4.9	5.2	3.1	11.5	6.9	8.7	5.7
Não quer mais filhos	1.0	2.0	6.6	13.3	19.1	37.2	53.2	16.2
Esterilizada	0.0	0.1	0.2	1.4	0.7	1.1	2.2	0.7
Declarou-se estéril	15.0	1.5	2.5	1.9	4.4	8.0	9.6	5.3
Não respondeu	2.1	0.3	0.0	0.2	0.8	0.2	0.2	0.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número	750	1,325	1,263	983	832	531	845	6,530
HOMENS								
Ter outro logo[2]	46.3	37.1	36.5	44.0	40.4	40.8	18.0	34.8
Ter outro mais tarde[3]	16.8	32.4	38.1	30.7	19.1	23.2	29.2	28.3
Ter outro, mas indecisa quando	23.2	12.9	12.8	8.6	12.1	6.4	9.1	12.0
Indeciso quanto a ter outro	0.2	1.4	4.4	8.0	8.3	2.6	4.9	4.2
Não quer mais filhos	0.3	9.3	3.8	4.8	14.2	12.1	25.8	11.7
Esterilizado(a)	0.1	0.0	0.0	1.9	0.4	1.0	2.6	1.0
Declarou-se estéril	13.3	6.9	3.6	2.1	5.5	13.9	9.4	7.6
Não respondeu	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	1.0	0.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número	198	262	281	183	182	143	413	1,662

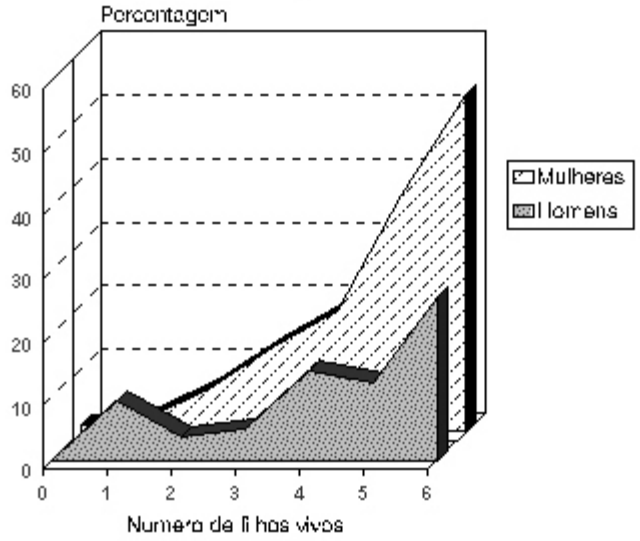
[1]Inclui gravidez actual
[2]Deseja o próximo nascimento dentro de 2 anos
[3]Deseja espaçar o próximo nascimento 2 ou mais anos

A distribuição percentual nos homens segue um padrão semelhante ao das mulheres de acordo com o número já existente de filhos. A percentagem de entrevistados que deseja em breve mais filhos diminui de 46 %, nos que ainda não têm filhos até 18 %, nos com 6 ou mais filhos. Inversamente, menos de 1 % dos respondentes que não têm filhos declararam não os desejar, em contraste com 26 %, nos entrevistados com 6 ou mais filhos. No entanto, há a realçar que a tendência decrescente de espaçar os nascimentos consoante o número de filhos vivos é muito mais acentuada nas mulheres que nos homens. De igual modo, entre os respondentes com 6 ou mais filhos, a percentagem de mulheres que declarou não desejar mais filhos foi dupla em relação à dos homens (53 % versus 26 %), pelo que se pode concluir que os homens desejam famílias maiores que as mulheres (Gráfico 6.1).

O Quadro 6.2 apresenta a distribuição percentual das mulheres em união, por desejo de mais filhos e segundo grupos quinquenais de idade. Como observado, a proporção de mulheres que deseja mais filhos declina com a idade, de 91 % no grupo etário dos 15-19 anos até 29 %, nas mulheres de 45-49 anos. O padrão inverso se verifica com a proporção de entrevistadas que não deseja mais filhos, o qual aumenta com a idade da mulher. A proporção de mulheres que se declarou estéril também aumenta com a idade, desde 0.1 % nas entrevistadas de 15-19 anos até 23 % nas que tinham 45-49 anos de idade.

Gráfico 6.1

Percentagem de mulheres e de homens que não querem mais filhos, segundo número de filhos vivos



IDSM 1997

Quadro 6.2 Intenções reprodutivas por idade

Distribuição percentual das mulheres actualmente unidas, segundo o desejo de ter filhos, por idade, Moçambique 1997

	Idade							
Desejo de ter filhos	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
Ter outro logo[1]	38.6	37.2	41.5	34.7	36.2	19.6	17.8	34.5
Ter outro mais tarde[2]	38.4	44.6	35.4	28.4	15.2	8.1	3.8	28.7
Ter outro, mas indecisa quando	13.7	8.9	7.1	10.2	7.5	3.5	7.5	8.5
Indecisa quanto a ter outro	6.5	3.8	6.7	3.8	10.4	5.2	3.1	5.7
Não quer mais filhos	0.8	3.5	7.0	19.2	24.7	46.6	39.8	16.2
Esterilizada	0.0	0.0	0.0	0.6	1.1	1.4	4.1	0.7
Declarou-se estéril	0.1	2.0	2.2	2.9	4.7	15.2	22.6	5.3
Não respondeu	1.9	0.0	0.1	0.2	0.3	0.4	1.3	0.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número	825	1,337	1,341	1,001	867	601	557	6,530

[1]Deseja o próximo nascimento dentro de 2 anos
[2]Deseja espaçar o próximo nascimento 2 ou mais anos

6.2 Concordancia na preferencia dos casais

No inquérito avaliou-se o grau de concordância nas preferências em fecundidade dos casais monógamos (Quadro 6.3). O primeiro facto que se salienta é o elevado grau de concordância entre os dois membros do casal. Com efeito, em 62 % dos casais ambos desejam mais filhos e em 9 % ambos querem parar de ter filhos. A discordância avaliada foi de 11 %, sendo mais frequente a situação em que o marido deseja mais filhos e a esposa não (8 %), e menos frequente a situação inversa, com a esposa a desejar mais

Quadro 6.3 Intenções reprodutivas dos casais monógamos

Distribuição percentual dos casais monógamos, segundo o desejo de ter filhos do marido e da esposa, e o número de filhos vivos do marido e da esposa, Moçambique 1997

Número de filhos vivos	Esposo quer mais		Esposo não quer		Um deles indeciso/ Estéril	Um ou ambos não sabe	Total	Número de casais
	Esposa quer mais	Esposa não quer mais	Esposa quer mais	Os dois não querem mais				
Mesmo número								
0-3 filhos	81.2	2.3	1.0	0.6	5.4	9.6	100.0	421
4-9 filhos	29.4	15.3	6.3	26.1	7.7	15.2	100.0	163
Número diferente								
Marido > esposa	57.7	7.5	5.7	7.6	12.5	9.0	100.0	296
Esposa > marido	45.7	18.3	0.2	16.2	8.0	11.5	100.0	125
Total	61.5	7.9	3.1	8.7	8.2	10.6	100.0	1,006

filhos e o marido não (3 %). De realçar que, nos casais que discordaram, as percentagens referentes ao subgrupo "O marido quer mais filhos e a esposa não", sempre foi superior ao outro subgrupo "A esposa quer mais filhos e marido não", independentemente do número de filhos que o casal já tinha.

A discordância no casal aumenta com o número de filhos vivos que já têm. Nos casais com 1 a 3 filhos a discordância foi apenas de 3 % e atingiu o máximo (22 %) nos casais com 4 a 9 filhos. Segue um padrão semelhante o subgrupo de casais que não quer mais filhos, aumentando desde menos de 1 % nos casais sem filhos até 26 %, nos que têm 4 a 9 filhos. Inversamente, a proporção de casais que deseja mais filhos diminui com o número de filhos existentes.

O desejo de limitar a família varia significativamente com as características sócio-demográficas das entrevistadas (Quadro 6.4 e Gráfico 6.2). Podemos observar que, nas mulheres em união entrevistadas, o desejo de famílias mais pequenas é mais frequente nas zonas urbanas (24 %) que nas áreas rurais (15 %). Os diferenciais interprovinciais nas entrevistadas que não desejavam mais filhos são significativos, desde um máximo na cidade de Maputo e nas províncias de Gaza e Maputo com, respectivamente, 35 %, 30 % e 24 %, até um mínimo de 6 % em Sofala e de 7 %, em Cabo Delgado.

O nível educacional está também associado a variações significativas no desejo de limitar a família. As mulheres com ensino secundário ou mais são o subgrupo com o maior desejo (31 %) de limitar a família. Entre os restantes grupos, o facto a salientar é o maior desejo existente nas mulheres sem escolarização (18 %) em relação às mulheres com ensino primário (15 %). A distribuição percentual por nível educacional dos homens entrevistados segue o mesmo padrão, embora não tão acentuado.

Quadro 6.4 Desejo de não ter mais filhos

Percentagem de mulheres actualmente unidas que não querem mais filhos, segundo o número de filhos vivos, por características seleccionadas, Moçambique 1997

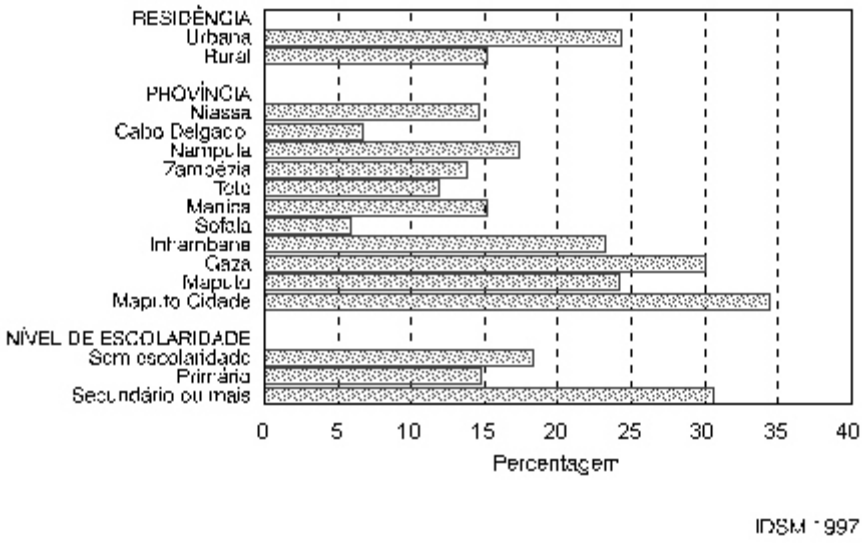
Característica	Número de filhos vivos[1]							Total
	0	1	2	3	4	5	6+	
Residência								
Urbana	0.5	6.8	10.8	19.4	34.4	37.1	64.7	24.3
Rural	1.1	0.8	5.9	13.5	16.7	38.6	52.6	15.1
Província								
Niassa	0.0	1.3	3.5	10.6	17.2	40.6	45.5	14.6
Cabo Delgado	0.5	0.8	3.8	6.0	8.0	27.0	24.2	6.6
Nampula	3.0	0.9	9.2	18.8	38.6	38.9	43.9	17.3
Zambezia	0.0	0.7	6.8	6.5	14.1	33.0	49.6	13.8
Tete	0.0	3.7	1.2	10.3	15.6	21.5	34.7	11.8
Manica	1.7	3.8	3.2	8.9	16.8	27.4	52.9	15.2
Sofala	0.0	5.3	1.0	2.1	0.7	14.0	31.6	5.8
Inhambane	0.4	1.1	3.9	35.4	37.5	54.2	61.2	23.2
Gaza	0.0	1.5	17.8	17.9	20.8	65.4	88.8	30.1
Maputo	0.0	2.3	11.8	16.5	44.2	54.4	65.2	24.2
Maputo Cidade	0.0	3.6	12.3	35.2	49.1	55.9	92.1	34.5
Nível de escolaridade								
Sem escolaridade	0.3	1.4	6.9	17.3	19.4	34.6	52.4	18.3
Primário	1.5	2.5	5.2	9.5	19.0	42.5	59.8	14.7
Secundário ou mais	0.0	4.8	30.7	57.0	37.1	47.7	64.2	30.6
Religião[2]								
Católica	0.0	1.3	8.3	15.4	25.2	42.2	46.4	16.7
Protestante	0.4	4.9	10.0	18.1	30.2	47.9	69.6	24.5
Muçulmana	0.5	0.9	5.9	13.7	22.4	28.2	40.8	12.7
Outra	0.0	2.6	3.1	5.6	17.1	32.7	52.9	11.8
Sem religião	5.1	1.0	3.1	14.1	7.5	31.7	58.5	13.9
Total de mulheres unidas	1.0	2.1	6.7	14.7	19.9	38.3	55.5	16.9
Total de homens unidos	0.4	9.3	3.8	6.6	14.6	13.2	28.4	12.7

Nota: As mulheres esterilizadas estão incluidas nas percentagens de mulheres que não querem mais filhos.

[1] Inclui a gravidez actual

[2] Exclui os casos sem informação

Gráfico 6.2
Percentagem de mulheres em união que não desejam mais filhos, por características seleccionadas



6.3 Procura de anticoncepção

A avaliação das necessidades existentes para o uso de planeamento familiar assim como a avaliação da extensão da procura que foi satisfeita, é uma análise essencial para a gestão do programa. Um aspecto importante da análise é a identificação de grupos em que é menor o grau de procura satisfeita e que constituem prioridades na implementação do programa.

A procura e utilização de planeamento familiar pode ser para *espaçamento*, quando o objectivo é aumentar o intervalo entre nascimentos sucessivos, ou para *limitação*, quando o desejo é não ter mais filhos.

Definiu-se como *necessidade não satisfeita de planeamento familiar* o grupo de mulheres, não estéreis, que declara que não deseja mais crianças ou quer esperar dois ou mais anos até voltar a engravidar, mas não está a utilizar planeamento familiar. Foram incluídas neste grupo as entrevistadas que se encontravam grávidas na altura da entrevista, se a gravidez era indesejada ou desejada para mais tarde. De igual modo foram também incluídas no grupo as mulheres amenorreicas para quem o último filho não era desejado ou era desejado para mais tarde. Ao grupo de mulheres que estão a utilizar planeamento familiar na altura do inquérito, designa-se como *necessidade satisfeita de planeamento familiar*. Finalmente, ao somatório da necessidade satisfeita e não satisfeita, foi dada a designação de *procura total de planeamento familiar.*

O Quadro 6.5 apresenta-nos a necessidade não satisfeita, satisfeita e procura total em planeamento familiar, para as mulheres em união, por características sócio-demográficas seleccionadas. A procura total é ilustrada no Gráfico 6.3.

Quadro 6.5 Procura por anticoncepção das mulheres unidas

Percentagem de mulheres unidas, segundo a necessidade insatisfeita e satisfeita de anticoncepção por características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Necessidade insatisfeita de anticoncepção[1]			Necessidade satisfeita de anticoncepção (usuárias atuais)[2]			Procura total por anticoncepção[3]			Per-centagem da procura satisfeita[4]	Número de mulheres
	Para espaçar	Para limitar	Total	Para espaçar	Para limitar	Total	Para espaçar	Para limitar	Total		
Idade da entrevistada											
15-19	7.3	1.2	8.5	2.1	0.4	2.5	9.4	1.6	11.0	22.9	1,010
20-24	6.4	0.7	7.1	9.0	1.4	10.4	15.4	2.1	17.5	59.2	326
25-29	5.9	2.4	8.3	12.0	2.6	14.6	17.8	5.0	22.9	63.7	250
30-34	1.0	3.4	4.4	7.4	10.2	17.6	8.4	13.7	22.0	79.9	196
35-39	3.6	0.4	4.0	2.3	6.5	8.8	5.9	6.9	12.8	68.9	161
40-44	0.0	1.8	1.8	0.4	12.3	12.7	0.4	14.1	14.5	87.9	124
45-49	0.7	1.6	2.3	0.0	1.9	1.9	0.7	3.5	4.2	44.6	182
Residência											
Urbana	5.6	2.7	8.3	9.4	6.2	15.7	15.0	8.9	24.0	65.3	821
Rural	5.0	0.8	5.8	1.6	0.9	2.5	6.6	1.7	8.3	29.7	1,429
Província											
Niassa	10.4	0.5	11.0	1.7	0.5	2.3	12.2	1.1	13.2	17.3	102
Cabo Delgado	4.5	0.0	4.5	0.2	0.0	0.2	4.6	0.0	4.6	3.9	86
Nampula	6.4	0.0	6.4	1.4	1.5	2.9	7.9	1.5	9.3	30.8	220
Zambezia	7.9	1.2	9.1	3.1	0.5	3.6	11.0	1.7	12.7	28.2	302
Tete	2.1	0.2	2.3	3.3	0.0	3.3	5.4	0.2	5.7	58.8	72
Manica	2.9	0.2	3.1	4.0	0.0	4.0	6.9	0.2	7.2	56.4	98
Sofala	2.5	4.8	7.3	1.4	1.1	2.5	3.8	5.9	9.8	25.4	256
Inhambane	11.4	1.4	12.9	3.5	3.1	6.6	14.9	4.6	19.5	33.9	232
Gaza	1.5	1.3	2.8	0.1	0.7	0.8	1.6	2.0	3.6	22.1	330
Maputo	3.9	1.7	5.6	6.1	8.3	14.4	10.0	10.0	20.0	72.0	300
Maputo Cidade	4.6	1.4	6.0	19.4	8.5	27.8	24.0	9.9	33.9	82.2	252
Nível de escolaridade											
Sem escolaridade	3.1	2.2	5.3	0.8	1.8	2.6	3.9	3.9	7.9	32.8	682
Primário	6.7	1.3	8.0	3.8	2.4	6.2	10.5	3.7	14.2	43.8	1,364
Secundário ou mais	2.6	0.5	3.1	20.6	9.3	29.9	23.2	9.8	33.0	90.6	204
Religião[5]											
Católica	5.2	1.3	6.5	6.0	1.8	7.8	11.1	3.1	14.2	54.6	679
Protestante	4.5	2.7	7.2	4.2	4.2	8.4	8.7	6.8	15.6	53.9	735
Muçulmana	9.1	0.0	9.1	3.7	4.1	7.8	12.7	4.1	16.8	46.1	266
Outra	6.7	1.1	7.8	4.3	3.7	8.0	11.0	4.9	15.9	50.6	152
Sem religião	3.6	0.6	4.2	2.9	1.1	4.0	6.5	1.7	8.2	48.4	398
Total	5.3	1.5	6.7	4.4	2.8	7.3	9.7	4.3	14.0	51.9	2,249

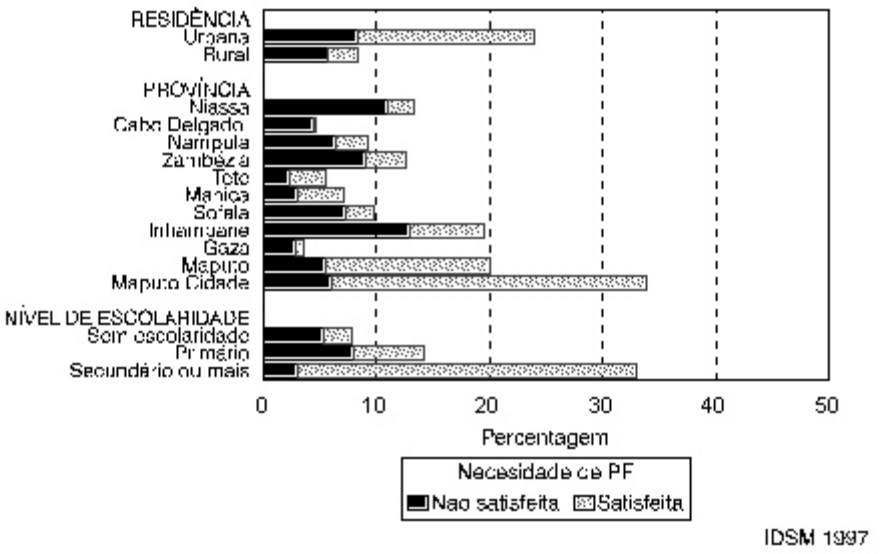
[1]**Necessidade insatisfeita** para espaçar refere-se às mulheres grávidas e amenorréicas, cuja gravidez não foi planeada ou prevista e às mulheres férteis, não usuárias de anticoncepção, que disseram querer esperar pelo menos 2 anos ou mais para ter o próximo filho. **Necessidade insatisfeita** para limitar refere-se às mulheres grávidas e amenorréicas, cuja gravidez não foi desejada e às mulheres férteis, não usuárias de anticoncepção, que não querem ter mais filhos. Estão excluídas da categoria necessidade insatisfeita as mulheres grávidas e amenorréicas que engravidaram usando um método (estas mulheres necessitam um método mais eficaz). Também são excluídas as mulheres na menopausa.

[2]**Uso para espaçar** refere-se às mulheres que estão usando um método anticoncepcional e que disseram querer esperar 2 anos ou mais para ter o seu próximo filho. **Uso para limitar** refere-se àquelas mulheres que usam métodos com o objetivo de não ter mais filhos. O tipo de método não é levado em conta.

[3]A **procura total** inclui as mulheres grávidas e amenorréicas que engravidaram usando um método (falha do método).

[4]A estimativa da **procura satisfeita** de anticoncepção é a razão entre a prevalência de uso de métodos mais a percentagem de mulheres que estão grávidas ou em amenorréia mais aquelas cuja gravidez aconteceu por falha do método e a procura total.

Gráfico 6.3
Necesidade satisfeita e não satisfeita de serviços de PF, por características seleccionadas



A procura total de planeamento familiar, na mulher em união, não estéril, foi de 14 %, sendo que:

- Cerca de metade (7 %) era constituída por necessidade de planeamento familiar não satisfeita e 7 %, necessidade satisfeita.

- A procura total para espaçamento foi dupla da procura para limitação da família (9.7 % versus 4.3 %), o que está de acordo com o padrão tradicional existente de espaçamento dos nascimentos.

A procura total é maior no grupo etário dos 25-34 anos e menor nas entrevistadas mais velhas (4 %) ou mais jovens (11 %). No entanto é exactamente nestes grupos em que a necessidade satisfeita é menor, em particular no grupo etário dos 15-19 anos em que apenas um quinto (23 %) da procura total foi satisfeita. Esta situação é preocupante, se considerarmos que a actividade sexual se inicia na adolescência (capítulo 5), conduzindo a gravidez não desejada e de alto risco obstétrico neste grupo etário.

A procura total de PF na zona urbana é tripla (24 %) em relação à área rural (8 %). Do mesmo modo, o uso actual de contracepção é cerca de cinco vezes maior na zona urbana que na área rural (16 % versus 3 %). Inversamente, como se pode esperar, a percentagem de procura não satisfeita é maior nas áreas rurais (70 %) do que nas áreas urbanas (35 %).

No que se refere aos diferenciais inter-provinciais, o primeiro aspecto a salientar é a pequena proporção de mulheres em união que desejam utilizar um método contraceptivo. Apenas em três províncias a procura total de PF atingia ou ultrapassava os 20 %, enquanto em seis das onze províncias a proporção encontrada foi de 10 % ou inferior. Podemos observar que variou desde a cidade de Maputo, com 34 %, e Províncias de Maputo e Inhambane, ambas com 20 %, até às províncias de Cabo Delgado, com 5 %, Tete, com 6 % e Manica, com 7 %.

A procura total de PF encontrava-se significativamente associada ao nível educacional das mulheres em união, de 8 % nas entrevistadas sem escolarização até 33 %, nas com ensino secundário ou superior. No entanto, a necessidade não satisfeita de PF era maior nas entrevistadas com o ensino primário do que nas mulheres sem escolarização (8 % versus 5 %), e, por fim, apenas 3 % no grupo de maior escolaridade.

6.4 Número filhos ideal e existente

No inquérito, foi perguntado a todos os entrevistados, de ambos os sexos, o número de filhos que consideravam como número ideal. Para tal, a todos os/as entrevistados foi pedido um exercício de abstracção e perguntado: *Se pudesse voltar atrás, para o tempo em que não tinha nenhum filho e se pudesse escolher o número de filhos para ter toda a vida, quantos desejaria ter?* No caso de ainda não terem tido nenhum filho, a primeira parte da questão *Se pudesse voltar atrás para o tempo em que não tinha nenhum filho* era, naturalmente, omitida.

O Quadro 6.6 mostra-nos o número ideal de filhos das mulheres e homens entrevistados, de acordo com o número de filhos vivos que têm, onde se incluiu a gravidez actual, caso existisse. O desejo de famílias numerosas é bem evidente nos resultados obtidos, pois 43 % das mulheres entrevistadas declarou desejar seis ou mais filhos. O número médio ideal avaliado foi de 5.9 filhos, no total de entrevistadas e, ainda ligeiramente superior, 6.2 filhos, nas mulheres em união. Cerca de um quinto das entrevistadas (17 %) deu uma resposta não numérica, o que está de acordo com factores culturais e religiosos ou ainda com indecisão da entrevistada em relação ao assunto.

Verificou-se uma associação significativa entre o número ideal e o número real de filhos, pois o número médio ideal variou de 4.7 nas mulheres que ainda não tinham tido filhos, até 7.9 filhos desejados, nas respondentes com seis ou mais filhos vivos. Tal facto pode ser devido quer ao facto de que as mulheres que desejam mais filhos tentam concretizá-lo, quer a não ser culturalmente aceite negar os filhos que já se teve e, por consequência, haver um ajustamento do número ideal ao número real de filhos existente.

Nos homens entrevistados, o padrão encontrado foi semelhante mas o número médio de filhos desejado é ainda mais elevado, sendo de 7.4 para todos os entrevistados, e atingindo o máximo de 8.1 filhos desejados nos homens em união.

No Quadro 6.7 e no Gráfico 6.4 podemos observar os diferenciais existentes no número médio de filhos desejados nos entrevistados, de ambos os sexos, por características sócio-demográficas seleccionadas. Constatou-se que, nos entrevistados de ambos os sexos, o número médio ideal de filhos aumentava consoante a idade. Os valores mínimos foram encontrados no grupo mais jovem, dos 15-19 anos, com 4.7 e 5.6 como número médio ideal de filhos, respectivamente nas mulheres e homens entrevistados. Observou-se um aumento progressivo com a idade até atingir os valores máximos de 7.6 nas entrevistadas dos 45-49 anos e 9.0 filhos, nos respondentes de 45-49 anos de idade.

O diferencial por lugar de residência, em zona urbana ou área rural, é significativo e ainda mais acentuado nos homens que nas mulheres. Como é habitual os residentes das áreas rurais desejam famílias maiores. Com efeito, enquanto nas respondentes a diferença encontrada entre a área rural e urbana foi de 1.4 filhos (6.2 versus 4.8), ela aumentou para 3.1 filhos entre os homens residindo nas áreas urbanas e áreas rurais (8.4 versus 5.3).

Quadro 6.6 Número ideal de filhos

Distribuição percentual segundo o número ideal de filhos, e número médio ideal de filhos para todas as mulheres e homens e para as mulheres e homens actualmente unidas(os), por número de filhos vivos, Moçambique, 1997

Número ideal de filhos	Número de filhos vivos[1]							Total
	0	1	2	3	4	5	6+	
MULHERES								
Nenhum	0.4	0.4	0.2	0.1	1.6	0.0	0.1	0.4
1	3.2	1.0	0.1	0.3	0.4	0.0	0.1	1.0
2	12.7	8.1	4.2	3.2	1.7	1.6	0.9	5.8
3	9.8	9.6	3.9	3.5	1.0	0.8	0.9	5.3
4	18.7	20.9	22.1	16.0	13.4	6.4	7.2	16.6
5	8.2	13.3	15.1	13.1	9.9	12.9	3.7	11.1
6+	25.1	32.7	41.4	49.1	53.5	65.7	65.4	42.9
Resposta não-numérica	21.9	14.1	13.1	14.7	18.7	12.6	21.7	16.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número	1,884	1,669	1,539	1,160	937	634	958	8,779
Todas mulheres								
Número médio ideal[2]	4.7	5.1	5.9	6.0	6.5	7.0	7.9	5.9
Número de casos	1,472	1,433	1,337	989	762	554	750	7,297
Mulheres unidas								
Número médio ideal[2]	5.4	5.3	6.0	6.1	6.4	7.1	7.9	6.2
Número de casos	597	1,122	1,113	853	668	462	686	5,501
HOMENS								
Nenhum	0.4	4.4	0.0	0.0	0.4	0.0	0.6	0.8
1	1.3	0.2	0.6	0.3	0.7	0.0	0.1	0.6
2	6.2	5.9	1.1	3.1	2.8	6.2	0.8	4.0
3	6.1	6.9	1.8	2.8	1.7	0.3	0.9	3.7
4	20.0	18.1	22.6	6.6	7.0	2.9	5.7	14.2
5	9.5	7.9	12.2	8.0	4.6	5.5	2.0	7.5
6+	37.5	40.5	47.6	66.9	69.5	72.0	67.5	51.8
Resposta não-numérica	19.0	16.2	14.1	12.2	13.2	13.2	22.6	17.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número	784	296	300	198	185	151	421	2,335
Todos homens								
Número médio ideal[2]	6.0	6.2	6.9	7.8	8.7	8.2	10.4	7.4
Número de casos	635	248	257	174	161	131	326	1,932
Homens unidos								
Número médio ideal[2]	7.4	6.5	6.9	7.7	8.8	8.2	10.4	8.1
Número de casos	158	217	245	159	158	124	320	1,380

[1]Inclui gravidez actual
[2]Exclui mulheres que deram respostas não-numéricas

As diferenças interprovinciais também são acentuadas. Para as mulheres que residiam na cidade de Maputo e província de Maputo o número médio ideal de filhos foi, respectivamente de 4.0 e 4.2 filhos, mas este aumentou até atingir nas províncias do Norte de Niassa e Cabo Delgado a média de 6.8 e 6.9 filhos, respectivamente. O padrão observado nos homens entrevistados foi semelhante, variando desde 4.3 na cidade de Maputo, até 9.7 filhos, na província de Inhambane.

Tipicamente, os entrevistados mais educados desejam famílias mais pequenas. Nas entrevistadas sem escolarização o número médio ideal de filhos era de 6.6 e, nos homens do mesmo grupo, de 8.1 filhos. Nos respondentes com o ensino secundário ou mais, o número médio ideal de filhos desce para 3.4 e 4.6 filhos, respectivamente, nos entrevistados do sexo feminino e masculino.

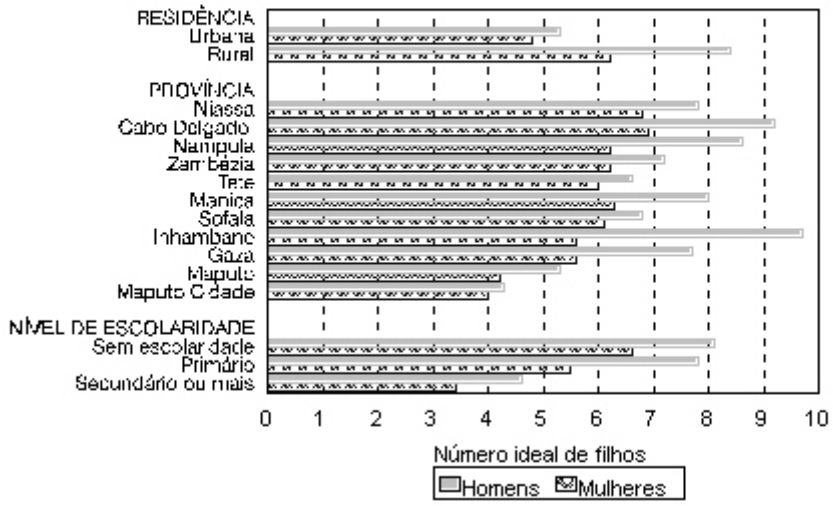
Quadro 6.7 Número ideal de filhos por características seleccionadas

Número médio ideal de filhos para todas as mulheres e todos os homens, segundo a idade, por características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Idade actual							Todas as mulheres	Todos os homens
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
Residência									
Urbana	3.9	4.2	5.0	5.2	5.8	5.8	6.4	4.8	5.3
Rural	5.0	5.5	6.1	6.4	7.2	7.5	7.9	6.2	8.4
Província									
Niassa	5.1	6.3	6.8	6.8	7.9	8.3	8.1	6.8	7.8
Cabo Delgado	5.7	6.1	6.5	7.0	8.0	7.8	8.7	6.9	9.2
Nampula	5.0	5.1	6.2	6.3	7.5	6.7	7.8	6.2	8.6
Zambezia	5.2	5.7	6.0	6.4	6.9	7.7	6.4	6.2	7.2
Tete	4.9	5.2	5.1	5.9	6.5	9.0	9.1	6.0	6.6
Manica	5.2	5.6	5.8	6.3	7.7	8.0	8.4	6.3	8.0
Sofala	5.1	4.5	7.3	7.0	6.8	9.0	7.4	6.1	6.8
Inhambane	4.7	5.1	5.9	5.8	6.0	6.3	7.2	5.6	9.7
Gaza	4.3	5.3	4.7	5.6	6.0	7.5	7.9	5.6	7.7
Maputo	3.4	3.9	4.2	4.4	5.6	4.9	6.5	4.2	5.3
Maputo Cidade	3.0	3.6	4.2	4.2	4.8	4.4	5.7	4.0	4.3
Nível de escolaridade									
Sem escolaridade	5.0	5.7	6.4	6.4	7.2	7.5	7.9	6.6	8.1
Primário	4.7	5.0	5.8	6.1	6.6	6.7	7.0	5.5	7.8
Secundário ou mais	3.2	3.3	3.4	3.5	4.1	4.1	4.4	3.4	4.6
Religião[1]									
Católica	4.7	5.3	5.5	6.1	6.8	6.9	7.5	5.8	6.5
Protestante	4.3	4.9	5.7	5.7	6.4	6.6	7.3	5.5	7.2
Muçulmana	5.0	5.4	6.8	6.5	7.4	7.2	7.9	6.4	8.7
Outra	4.6	4.6	6.2	5.0	5.9	7.6	6.8	5.4	7.8
Sem religião	4.9	5.2	5.6	6.4	7.1	8.3	7.8	6.2	8.0
Todas as mulheres	4.7	5.2	5.8	6.1	6.8	7.2	7.6	5.9	NA
Todos os homens	5.6	6.1	6.4	6.9	8.4	8.8	9.0	NA	7.4

Gráfico 6.4

Numero ideal de filhos entre homens e mulheres, por características seleccionadas



IDSM 1997

6.5 Planeamento dos nascimentos

No inquérito, foi feita uma avaliação quantitativa da fecundidade não desejada. Para tal, inquiriu-se a todas as entrevistadas que se encontravam grávidas ou tiveram um filho nos últimos três anos precedendo o inquérito se o nascimento tinha sido planificado (desejado na altura), desejado mais tarde, ou não desejado (não desejava mais filhos). Este conjunto de questões dão-nos uma perspectiva do grau de sucesso dos casais no controle da sua fecundidade. No entanto, a qualidade da resposta obtida depende da recordação que a entrevistada tem sobre a situação vivida anos atrás e da honestidade com que a reportou, pois esta atitude poderá ser influenciada pelos factores culturais e religiosos anteriormente mencionados. De qualquer dos modos, podemos assumir que os valores encontrados para a gravidez não desejada serão uma subestimação da realidade.

O Quadro 6.8 mostra-nos a distribuição percentual dos nascimentos dos últimos três anos, por planeamento da fecundidade e segundo a ordem de nascimento da criança e a idade da mãe ao nascimento. No inquérito, nos nascimentos dos últimos três anos, cerca de três quartos (74 %) eram desejados na altura da concepção, cerca de um quinto (20 %) eram desejados mais tarde e 4 % não eram desejados.

Os três primeiros filhos são mais desejados na altura da concepção e, apenas nos filhos de ordem quatro ou superior a percentagem é significativamente menor (69 %). Neste grupo, quase um quarto (23 %) dos nascimentos era desejada mais tarde e cerca de 6 % não era desejada. A proporção de nascimentos planificados diminui acentuadamente com a idade da mãe, variando desde 78 %, no grupo etário dos 20-24 anos até 48 %, no grupo etário dos 45-49 anos. De realçar que a proporção de nascimentos desejados no grupo etário mais jovem (15-19 anos) é de 73 %, menor que nos grupos etários seguintes, indicando a existência do problema de gravidez precoce, não desejada, na adolescência.

Quadro 6.8 Planeamento dos nascimentos

Distribuição percentual dos nascimentos ocorridos nos últimos três anos anteriores à pesquisa, segundo o planeamento, por ordem de nascimento e idade da mãe na época do nascimento, Moçambique 1997

Característica	Planeamento do nascimento				Total	Número
	Planeado[1]	Não previsto[2]	Não desejado[3]	Desco-nhecido		
Ordem de nascimento						
1	78.0	16.8	2.9	2.3	100.0	1,164
2	77.1	19.8	1.3	1.8	100.0	965
3	79.9	17.9	1.1	1.1	100.0	911
4+	68.8	22.9	6.3	2.1	100.0	2,276
Idade da mãe no nascimento						
<20	73.0	21.6	2.9	2.4	100.0	1,182
20-24	78.2	18.7	1.0	2.0	100.0	1,419
25-29	75.2	20.8	1.9	2.1	100.0	1,275
30-34	72.9	20.4	5.3	1.4	100.0	737
35-39	71.7	19.0	8.9	0.3	100.0	401
40-44	66.1	18.9	14.8	0.2	100.0	239
45-49	48.1	21.0	22.0	8.9	100.0	64
Total	74.2	20.1	3.7	1.9	100.0	5,316

Nota: Na ordem de nascimento inclui-se gravidez actual
[1]Nascimento planeado e ocorrido na época prevista
[2]Nascimento desejado, mas que deveria ocorrer numa época futura
[3]Nascimento que representa um excesso em relação ao número total de filhos desejados

Um outro modo para avaliar a extensão da fecundidade não desejada é calcular qual seria a taxa global de fecundidade excluindo os nascimentos não desejados. Esta taxa, *taxa global de fecundidade desejada,* é calculada da mesma maneira como a taxa global de fecundidade, mas excluindo do numerador os nascimentos não desejados nos últimos três anos. A comparação entre as duas taxas sugere o impacto demográfico potencial da eliminação dos nascimentos não desejados. A taxa de fecundidade desejada avaliada no inquérito deve, no entanto, ser considerada uma subestimação da situação real, devido à relutância marcada existente no país em admitir como não desejados os filhos vivos, como já foi anteriormente discutido.

O Quadro 6.9 e o Gráfico 6.5 mostram-nos a taxa global de fecundidade desejada e a real, para os últimos três anos, por características sócio-demográficas seleccionadas. Globalmente, a taxa de fecundidade desejada é 5 % inferior à taxa global de fecundidade real, sendo as respectivas taxas de 4.7 e 5.2 nascimentos. A diferença das duas taxas entre a zona rural e urbana é mínima. Por províncias, as maiores diferenças entre as taxa global de fecundidade desejada e taxa global de fecundidade real foram encontradas em Nampula, Tete e Gaza e as menores diferenças encontradas nas províncias de Niassa, Cabo Delgado e Sofala.

A diferença varia directamente com o nível educacional. Enquanto nas mulheres com o ensino primário a taxa global de fecundidade desejada era 9 % inferior à taxa global de fecundidade real, a diferença aumenta para 14 % nas entrevistadas com o ensino secundário ou mais, realçando uma vez mais o papel preponderante da educação feminina na diminuição da fecundidade.

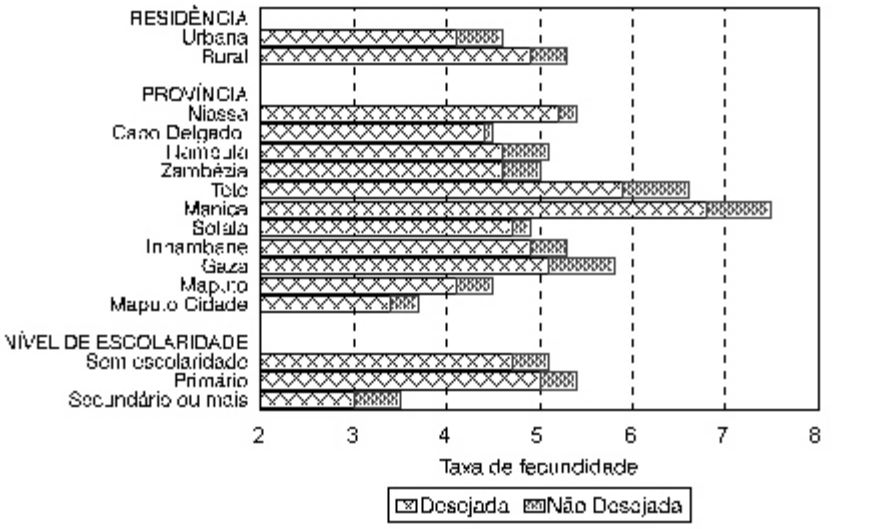
Quadro 6.9 Taxa global de fecundidade desejada

Taxa global de fecundidade desejada e taxa global de fecundidade real para os três anos anteriores à pesquisa, por características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Taxa global de fecundidade desejada	Taxa global de fecundidade real
Residência		
Urbana	4.1	4.6
Rural	4.9	5.3
Província		
Niassa	5.2	5.4
Cabo Delgado	4.4	4.5
Nampula	4.6	5.1
Zambezia	4.6	5.0
Tete	5.9	6.6
Manica	6.8	7.5
Sofala	4.7	4.9
Inhambane	4.9	5.3
Gaza	5.1	5.8
Maputo	4.1	4.5
Maputo Cidade	3.4	3.7
Nível de escolaridade		
Sem escolaridade	4.7	5.1
Primário	5.0	5.4
Secundário ou mais	3.0	3.5
Religião[1]		
Católica	4.8	5.1
Protestante	4.9	5.6
Muçulmana	4.2	4.5
Outra	5.5	5.9
Sem religião	4.6	5.1
Total	4.7	5.2

Nota: As taxas são baseadas nos nascimentos ocorridos de mulheres de 15-49 anos no período de 1-36 meses anterior à pesquisa. As taxas globais de fecundidade real são iguais às taxas

Gráfico 6.5
Taxa de global fecundidade desejada e real, por características seleccionadas



IDSM 1997

CAPÍTULO 7

MORTALIDADE INFANTIL E INFANTO-JUVENIL

Os níveis e tendências da mortalidade infantil (nos seus componentes neonatal e pós-neonatal) e infanto-juvenil estão intrinsecamente inter ligados às condições demográficas, sócio-económicas, culturais e ambientais de cada país. Eles são considerados um dos melhores indicadores do nível de desenvolvimento duma população. Neste contexto, o conhecimento da mortalidade infantil e infanto-juvenil é indispensável para a tomada de decisões e implementação de programas e políticas públicas na área de saúde.

Este capítulo começa por apresentar informações sobre os níveis, tendências e diferenciais da mortalidade neonatal, pós-neonatal, infantil e na infância. Estas informações poderão ser usadas para projecções populacionais, além de servir de instrumento de identificação dos sectores populacionais expostos a altos riscos de mortalidade. O capítulo conclui com uma análise das relações entre os riscos de sobrevivência destes grupos de crianças e a fecundidade das mães em idades jovens e mais velhas, incluindo os efeitos dos intervalos curtos entre os nascimentos e a alta parturição sobre essa mesma sobrevivência.

Neste sentido, o conhecimento da mortalidade infantil e infanto-juvenil, bem com a materna, são de extrema importância para a tomada de decisões e implementação de programas e políticas públicas na área de saúde.

7.1 Metodologia e qualidade dos dados

Para o cálculo dos níveis e tendências da mortalidade infantil e na infância, o IDS recolheu-se dados sobre a história de nascimentos de cada uma das mulheres entrevistadas. Para tal, perguntou-se à cada mulher o número total de filhos, isto é, o número de filhos e filhas que viviam com ela, residiam noutro lugar e aqueles (as) que já faleceram. No caso destes últimos, registou-se a idade que tinham quando faleceram, usando-se três alternativas de resposta: em dias, para os que faleceram durante o primeiro mês de vida, em meses, para os que faleceram entre 1 a 23 meses e em anos, para os que morreram depois de completar os 2 anos.

Estes dados permitem calcular, para períodos determinados, os seguintes indicadores:

- **Mortalidade neo-natal (NN):** probabilidade de morrer durante o primeiro mês de vida, (de 0 a 30 dias);

- **Mortalidade pós-neonatal (PNN):** probabilidade de morrer depois do primeiro mês de vida, porém antes de completar o primeiro aniversário (1-11 meses);

- **Mortalidade infantil ($_1q_0$):** probabilidade de morrer durante o primeiro ano de vida (0-11 meses);

- **Mortalidade pós-infantil ($_4q_1$):** probabilidade de morrer entre o primeiro e o quinto aniversário (12-59 meses);

- **Mortalidade infanto-juvenil ($_5q_0$):** probabilidade de morrer antes de completar cinco anos de vida (0-59 meses).

À semelhança de outras variáveis demográficas, a mortalidade está sujeita a erros de declaração. A confiabilidade das estimativas de mortalidade depende dos níveis de omissão de filhos falecidos imediatamente após o nascimento, especialmente quando os óbitos ocorreram muitos anos antes do inquérito. Além disso, é igualmente importante, a qualidade diferencial da declaração das datas de nascimento dos filhos sobreviventes e dos filhos falecidos, bem como das respectivas idades.

Nos inquéritos de outros países observou-se uma tendência das mães a arredondarem para 1 ano (12 meses) a idade do filho ao morrer, ainda que este não tenha falecido exactamente aos 12 meses, mas sim nos meses próximos à essa idade. Esse arredondamento para o mês doze produz uma grande concentração de óbitos nesse mês. No caso do IDS, tal concentração ocorreu abaixo da média. Quando o evento ocorreu aos 10 ou 11 meses de vida, o arredondamento para doze pode originar uma subestimativa da mortalidade infantil (${}_1q_0$) e uma sobrestimativa da mortalidade pós-infantil (${}_4q_1$).

Como a recolha de dados teve lugar entre Março e Junho de 1997 as taxas de mortalidade foram calculadas em períodos quinquenais correspondentes aos anos calendários 1972-1977, 1977-1982, 1982-1987, 1987-1992 e 1992-1997.

7.2 Níveis e tendências da mortalidade

O Quadro 7.1 apresenta as taxas de mortalidade neonatal, pós-neonatal, infantil, pós-infantil e infanto-juvenil, para cinco períodos quinquenais que precedem ao inquérito, o que permite observar as tendências nos últimos 25 anos.

As taxas de mortalidade apresentadas no Quadro 7.1 e no Gráfico 7.1, embora não resultem pouco coerentes com a situação esperada no marco histórico da tendência da mortalidade nos países menos desenvolvidos, reflectem os efeitos combinados da conjuntura sócio-económica, politico-militar então vigentes, assim como das calamidades naturais que assolaram o País durante o período em análise. A queda da mortalidade observada nos primeiros anos da Independência Nacional, reflecte os efeitos da política de saúde que procurou ampliar a sua cobertura à todas camadas sociais, da universalização da educação e de outras expressões do desenvolvimento. Esta tendência foi interrompida durante a década de 80 até aproximadamente a altura do Acordo Geral de Paz em 1992, para depois paulatinamente iniciar o declínio.

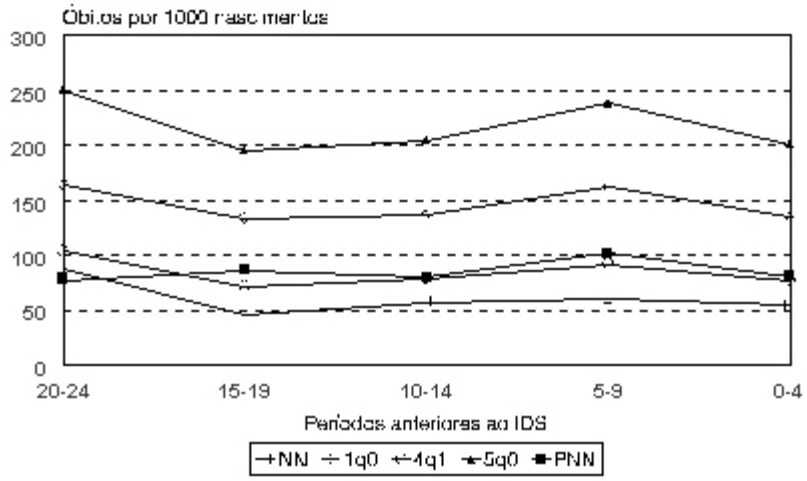
Durante o período mais recente (0-4 anos, ou seja, entre 1992-1997), 2 em cada 10 crianças (201 por mil) morreram antes de atingir o seu quinto aniversário de vida. Em cada 1.000 nascimentos, 135 morreram antes de completar o primeiro aniversário, 77 faleceram entre o primeiro e o quinto ano de vida. Em relação os menores de um ano, a probabilidade de morrer durante o primeiro mês de vida é de 54 por mil e à de morrer entre o primeiro e décimo segundo mês exacto é de 81 por mil.

Quadro 7.1 Mortalidade infantil e na infância

Taxas de mortalidade neo-natal, pós neo-natal, infantil, pós-infantil e infanto-juvenil para períodos quinquenais anteriores ao inquérito, Moçambique 1997

Anos anteriores ao inquérito	Mortalidade neonatal (NN)	Mortalidade pós-neonatal (PNN)	Mortalidade infantil (${}_1q_0$)	Mortalidade pós-infantil (${}_4q_1$)	Mortalidade Infanto-juvenil (${}_5q_0$)
0-4	54	81	135	77	201
5-9	60	102	161	92	238
10-14	57	79	136	78	204
15-19	46	87	133	72	195
20-24	87	77	164	104	250

Gráfico 7.1
Taxas de mortalidade neo-natal, pós neo-natal, infantil, pós-infantil e infanto-juvenil



IDSM 1997

Dum modo geral neste período de 25 anos, entre 1972 e 1997, as taxas de mortalidade mostram uma diminuição no inicio do período, de 1972-1977 a 1977-1982, mas de 1982 em diante as taxas se mantiveram praticamente invariáveis. No período 5-9 anos que precederam ao inquérito, correspondente aos anos 1987-1992, se evidencia uma subida pronunciada nos níveis de mortalidade pós-neonatal, infantil e pós-infantil. Assim, do período de 10-14 anos precedentes (1982-1987) ao período de 5-9 anos precedentes (1987-1992) a mortalidade infantil passa de 136 por mil a 161 por mil, e a mortalidade pós-infantil passa de 78 por mil a 93 por mil. Vários factores conjunturais provavelmente contribuíram para este incremento na mortalidade. Deve-se recordar que durante o período em análise o País foi afectado pela guerra e por várias calamidades naturais: cheias, secas, ciclones, entre outros, que teriam dificultado a produção e distribuição de alimentos.

No Gráfico 7.1, pode-se apreciar o facto de que, ao contrário do que se observou na maioria dos países em vias de desenvolvimento, incluindo os da África subsahariana, em Moçambique, os níveis de mortalidade nantiveram-se praticamente constantes. Quer dizer, em 25 anos, os níveis de mortalidade reduziram muito menos do que se poderia esperar e que são praticamente iguais aos observados na altura da Independência Nacional em 1975.

7.3 Diferenciais da mortalidade

Para a análise dos diferenciais da mortalidade é recomendável ampliar o período de referência para um período de 10 anos anteriores à data do inquérito (1987-1997), devido a que o tamanho da amostra é insuficiente para proporcionar estimativas confiáveis para um período de 5 anos nalgumas características estudadas.

Os resultados por características sócio-económicas (área de residência, províncias, nível de escolaridade) apresentam-se no Quadro 7.2 e no Gráfico 7.2. Os resultados por características bio-demográficas apresentam-se no Quadro 7.3 e no Gráfico 7.3.

Quadro 7.2 Mortalidade infantil e na infância por características sócio-económicas

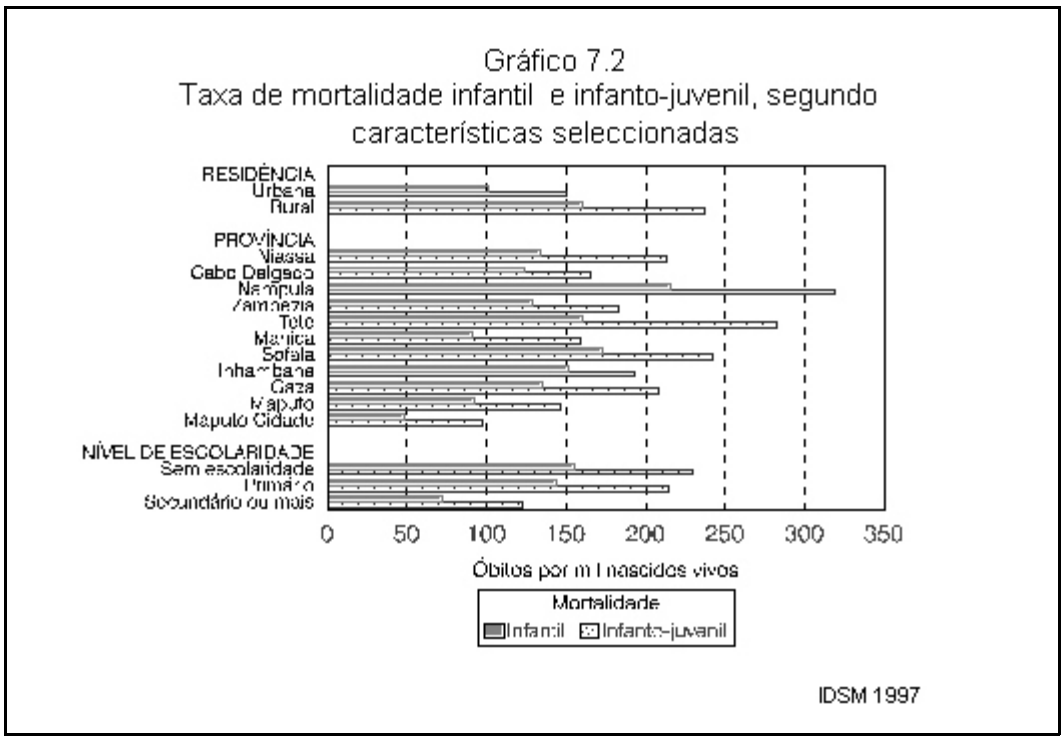
Taxas de mortalidade neo-natal, pós neo-natal, infantil, pós-infantil e infanto-juvenil para o período de dez anos anteriores à pesquisa, por características sócio-económicas, Moçambique 1997

Característica sócio-económica	Mortalidade neonatal (NN)	Mortalidade pós-neonatal (PNN)	Mortalidade infantil ($_1q_0$)	Mortalidade pós-infantil ($_4q_1$)	Mortalidade infanto-juvenil ($_5q_0$)
Residência					
Urbana	55	46	101	55	150
Rural	57	103	160	92	237
Província					
Niassa	68	66	134	91	213
Cabo Delgado	45	79	123	47	165
Nampula	85	131	216	132	319
Zambézia	44	85	129	63	183
Tete	73	88	160	146	283
Manica	34	57	91	74	159
Sofala	61	112	173	83	242
Inhambane	57	94	151	49	193
Gaza	40	95	135	85	208
Maputo	53	39	92	60	147
Maputo Cidade	27	22	49	51	97
Nível de escolaridade					
Sem escolaridade	60	95	156	87	229
Primário	56	88	144	82	214
Secundário ou mais	(13)	59	73	54	123
Atendimento médico[1]					
Nenhum no pré-natal e parto	55	55	109	-	-
No pré-natal ou no parto	20	92	111	-	-
No pré-natal e no parto	29	50	80	-	-
Total	57	91	147	83	219

Nota: Taxas baseadas em menos de 500 casos não ponderados estão entre parênteses e aquelas baseadas em menos de 250 casos não são mostradas.
[1]Taxas baseadas nos nascimentos ocorridos nos cinco anos anteriores ao inquérito

Os níveis de mortalidade mais elevados observam-se nas crianças cujas mães residem nas áreas rurais ou não têm nenhum nível de escolaridade. Por exemplo, a taxa de mortalidade infantil é de 103 por mil nas áreas urbanas contra 160 por mil nas rurais; de 73 por mil nas crianças cujas mães têm nível secundário ou mais contra 156 por mil naquelas cujas mães nunca foram à escola.

A nível de províncias, a Cidade de Maputo- a Capital e a mais urbanizada do País- apresenta níveis de mortalidade mais baixos, a mortalidade infantil, por exemplo, é estimada em 49 por mil. No outro extremo, a Província de Nampula apresenta níveis de mortalidade mais elevados; estima-se que em cada 10 nascimentos 2 não alcançam o primeiro aniversário de vida e 3 não atingem o seu quinto aniversário.



No Quadro 7.3 apresenta-se os resultados por sexo, idade da mãe, ordem de nascimento, intervalo inter genésico, atendimento médico e tamanho da criança ao nascer. Observa-se que, entre o nascimento e o quinto aniversário, a mortalidade masculina é, como na maioria das populações, superior a do sexo feminino. Em cada 1,000 nascimentos do sexo masculino, 225 não atingem o quinto aniversário, contra 213 nascimentos do feminino. A diferença segundo o sexo evidencia-se já no primeiro mês de vida, durante o qual a mortalidade entre as crianças do sexo masculino é de 60 por mil, contra 54 por mil do feminino.

Outra característica apresentada no Quadro 7.3 é a idade da mãe. O padrão que se observa é o típico, quer dizer, níveis de mortalidade elevados nas crianças de mães muito jovens (menores de 20 anos), menores riscos para crianças cujas mães têm idades intermediárias (entre 20 e 39 anos), e, aumento importante de risco nas idades mais avançada (acima dos 40 anos), configurado uma curva em forma de "*J*". Os resultados do IDS, não são consistentes com a tendência geral. Como era de esperar, a mortalidade infantil é mais elevada entre as crianças de mães menores de 20 anos. Contudo, o contrário do que se observa geralmente, o avanço da idade da mãe não está associado a um aumento na mortalidade infantil. Assim, a mortalidade infantil é de 146 por mil nas crianças com mães de 20-29 anos, contra 133 por mil nas crianças de mães de 40-49 anos.

O número de ordem de nascimento também afecta as probabilidades de morrer de uma criança. O padrão tipo de relação entre o número de ordem de nascimento e a mortalidade infantil também tem a forma de "*J*". Quer dizer, o risco de morrer é elevado para os nascimentos de primeira ordem, diminui nos de ordem subsequentes, mas a partir do quarto aumenta em função do número total. Isto tem sido atribuído não só aos mecanismos biológicos, o facto de que as mulheres com muitos filhos sofrem um maior desgaste físico e nutricional, mas também a mecanismos sociais, como aqueles vinculados às precárias condições de vida que caracterizam as mulheres de parturição elevada. No caso de Moçambique, observa-se esta tendência: a mortalidade infantil é de 174 por mil nas crianças de primeira ordem, de 140 por mil nas de segunda e terceira ordem, e de 146 por mil nas crianças de ordem de 7 ou mais. A mortalidade infanto-

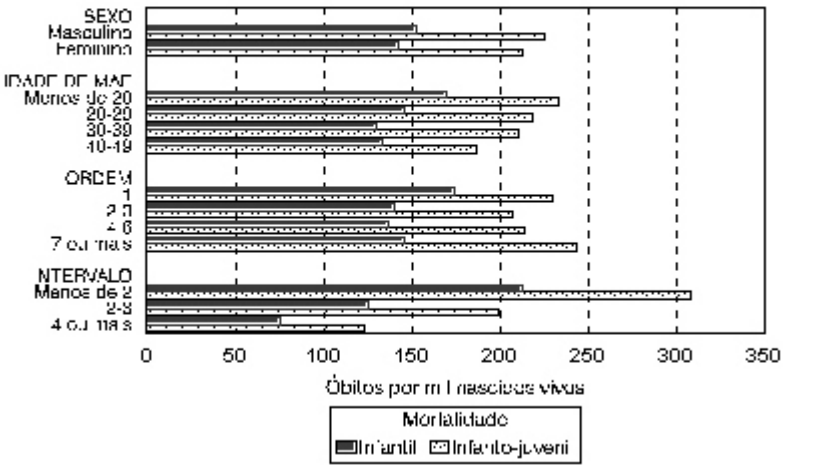
Quadro 7.3 Mortalidade infantil e na infância por características bio-demográficas

Taxas de mortalidade neo-natal, pós neo-natal, infantil, pós-infantil e infanto-juvenil para o período de dez anos anteriores ao inquérito, por características demográficas, Moçambique 1997

Características demográficas	Mortalidade neonatal (NN)	Mortalidade pós-neonatal (PNN)	Mortalidade infantil ($_1q_0$)	Mortalidade pós-infantil ($_4q_1$)	Mortalidade infanto-juvenil ($_5q_0$)
Sexo da criança					
Masculino	60	93	153	84	224
Feminino	54	88	141	82	212
Idade da mãe na época do nascimento					
Menor 20	63	107	170	76	233
20-29	58	89	146	84	218
30-39	46	84	130	93	211
40-49	71	62	133	61	186
Ordem de nascimento					
1	77	97	174	67	229
2-3	53	87	140	77	207
4-6	50	87	136	90	214
7+	48	99	146	114	243
Intervalo do nascimento anterior					
< 2 anos	78	135	212	122	308
2-3 anos	47	78	125	84	199
4 ou mais	18	57	75	52	124
Tamanho ao nascer[1]					
Muito pequeno	-	-	-	-	-
Pequeno	39	78	118	-	-
Médio ou grande	24	59	83	-	-

Nota: As taxas baseadas em menos de 250 casos não são mostradas.
[1]Taxas são baseadas nos nascimentos ocorridos nos últimos três anos anteriores ao inquérito.

Gráfico 7.3
Taxa de mortalidade infantil e infanto-juvenil, segundo características bio-demográficas



juvenil ($_5q_0$) está mais claramente de acordo ao padrão esperado. Esta é de 229 por mil nas crianças da primeira ordem, reduz a 207 por mil nas crianças da segunda e terceira ordem, e passa a 243 por mil nas crianças de sétima ordem ou mais.

Os níveis de mortalidade por duração do tempo decorrido entre um nascimento e o seguinte, permitem apreciar outro aspecto importante relacionado com a fecundidade e a mortalidade infantil. Um intervalo menor de 24 meses entre os nascimentos representa um factor universal de alto risco, pois não permite a mulher recuperar totalmente as suas capacidades fisiológicas e pouco é o tempo que ela tem para dispensar cuidados aos seus filhos. Os nascimentos muito seguidos aumentam a probabilidade de ter crianças de baixo peso ao nascer, maior exposição às doenças e por conseguinte, menor é a probabilidade de sobrevivência. Por outro lado, um intervalo curto também conduz à um desmame abrupto e precoce, o que poderá resultar numa desnutrição, doenças diarréicas e respiratórias nas crianças.

Estimativas baseadas no IDS indicam que a mortalidade neonatal em nascimentos com menos de 24 meses de intervalo (78 por mil) é 66 % mais elevada do que nos ocorridos com um espaçamento de 2-3 anos, e quatro vezes mais elevada do que os nascidos com um intervalo de 4 anos ou mais. A mortalidade infantil também reduz de 212 por mil em nascimentos com menos de 24 meses de intervalo a 75 por mil quando o intervalos é de 4 anos e mais, o que significa que o risco de morrer reduz mais de um quarto.

O Quadro 7.3 revela ainda um outro dado importante, que é o efeito da ausência do pré-natal e do atendimento médico durante a gestação. Filhos de mulheres que não tiveram nenhum desses serviços têm probabilidades de morrer antes do primeiro aniversário superiores a 109 óbitos por mil nascimentos, enquanto que para as mulheres que o tiveram essas probabilidades reduzem para 80 por mil, ou seja, uma mortalidade quase 30 % menor.

No momento do inquérito, perguntou-se também à cada mãe para dar a sua opinião sobre o tamanho da sua criança à nascença (se ela era muito grande, grande, média, pequena, ou muito pequena). Apesar de que esta é uma avaliação subjectiva da mãe, os resultados mostram que a mortalidade está associada ao tamanho da criança à nascença descrita pelas mães. A mortalidade infantil reduz de 118 por mil nas crianças pequenas a 83 por mil naquelas com tamanho médio ou grande.

Em resumo, os diferenciais de mortalidade analisados mostram claramente os riscos para a criança resultantes da fecundidade precoce, do intervalo inter genésico muito curto e do tamanho pequeno do nascimento.

7.4 Grupos de alto risco

Com o objectivo de sintetizar os factores apresentados nas secções anteriores, bem como para facilitar a identificação dos grupos de maior risco de mortalidade, no Quadro 7.4 mostra-se as categorias de elevado risco reprodutivo, por percentagem de nascimentos ocorridos nessas categorias nos últimos três anos anteriores ao inquérito, e percentagem de mulheres em união e com probabilidades de conceber um filho com elevado risco de morrer. A *razão de risco*, apresentada na segunda coluna do Quadro 7.4, define-se como o quociente entre a proporção de crianças falecidas em cada categoria de risco elevado e a proporção das falecidas de mulheres com *nenhuma categoria de risco*.

Normalmente, considera-se como de risco elevado os nascimentos que ocorrem nas seguintes condições:

- Idade da mãe inferior a 20 anos ou superior a 40 ao nascimento da criança. É sabido que para mulheres que têm filhos nas idades muito jovens e/ou nas mais avançadas, os seus filhos têm poucas possibilidades de sobreviverem do que daquelas que têm os seus filhos nas idades intermediárias;

- Intervalo inter genésico inferior a 24 meses. Este é o factor de risco mais importante que actua sobre a mortalidade infantil, mesmo na presença de controles associados ao comportamento reprodutivo, tais como idade materna e parturição;

- Ordem de nascimento superior a três filhos. Como já foi mencionado, estudos em numerosos países mostraram a relação entre a parturição e a mortalidade infantil, configurando uma curva de "U" ou "J".

Quadro 7.4 Grupos de alto risco

Porcentagem de crianças nascidas nos últimos cinco anos com risco elevado de mortalidade e porcentagem de mulheres actualmente unidas em risco de conceber uma criança com risco elevado de mortalidade, segundo as categorias que aumentam o risco, Moçambique, 1997

Categoria de risco elevado	Nascimentos nos últimos 5 anos anteriores à pesquisa: Porcentagem de nascimentos	Risco	Porcentagem de mulheres unidas[a]
Sem risco elevado	**28.3**	**1.00**	**16.9**[b]
Risco não evitáveis	**12.7**	**1.61**	**8.1**
Categorias de risco evitáveis			
Categorias simples de risco	*39.8*	*1.29*	*35.2*
Idade da mãe < 18	10.2	1.59	3.2
Idade da mãe > 34	0.9	1.84	4.4
Intervalo de nascimento (IN) < 24	5.2	2.33	9.5
Ordem de nascimento (ON) > 3	23.6	0.92	18.1
Categorias de riscos múltiplos	*19.3*	*1.50*	*39.8*
Idade <18 e IN <24[c]	0.7	4.43	0.6
Idade >34 e IN <24	0.1	0.00	0.2
Idade >34 e ON >3	10.1	1.03	23.4
Idade >34, IN <24 e ON >3	1.9	1.06	3.7
IN <24 e ON >3	6.5	2.06	11.9
Em qualquer categoria de risco	**59.1**	**1.36**	**75.0**
Total	100.0	-	100.0
Número	7,340	-	6,530

Nota: O risco é a razão entre a proporção de crianças falecidas pertencentes a alguma categoria específica de risco elevado e a proporção daquelas que não pertencem a nenhuma categoria específica do risco elevado.

NA = Não se aplica

[a] As mulheres foram classificadas na categoria de risco elevado de acordo com a condição em que se encontrariam por ocasião do nascimento do filho, considerando-se que tivessem concebido na época da pesquisa com idade menor que 17 anos e 3 meses e maior que 34 anos e 2 meses, o último nascimento vivo ocorreu durante os últimos 15 meses e último nascido vivo era de ordem 3 ou maior.

[b] Inclui mulheres esterilizadas

[c] Inclui as categorias combinadas idade < 18 e ON > 3

Tomando em conta estes grupos foram construídas categorias especiais de risco, individuais ou combinando duas ou mais entre.

Apesar de que os primeiros nascimentos apresentam, em muitas populações, riscos elevados de mortalidade, não foram incluídos no *Total das categorias de elevado risco* porque são considerados com um *risco inevitável* e tão pouco são levados em conta no cálculo do denominador para as razões de risco.

Dos resultados do Quadro 7.4 depreende-se que apenas 28 % de nascimentos ocorridos nos últimos cinco anos precedentes à data do inquérito correspondem à *nenhuma categoria de risco elevado*, 13 % à *categoria de risco inevitável*, ou seja, a ordem de primeiro nascimento, e a maioria (59 %) correspondem à *categorias de risco de mortalidade* (dos quais 40 % pertencem às *categorias de risco único* e 19 % à de *riscos múltiplos*). Entre os nascimentos com um *único risco* de mortalidade (Gráfico 7.4), a maior percentagem (24 %) observa-se entre as mães cuja ordem de nascimentos dos filhos é superior a três (24 %). Seguem em importância como *categoria de riso elevado* os nascimentos de mães cuja a idade é inferior a 18 anos (10 %).

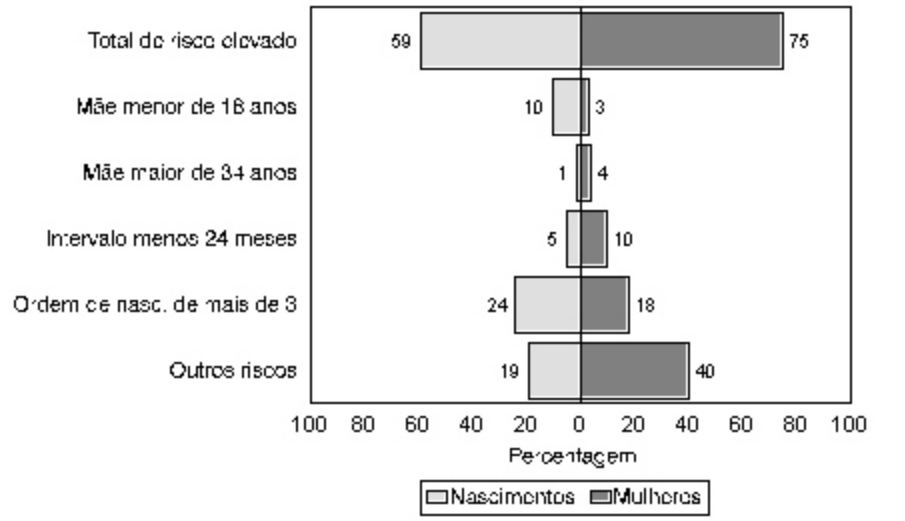
Entre as categorias de riscos múltiplos, os maiores riscos encontram-se nas mães com idade superior a 34 anos e intervalo inter genésico inferior a 24 meses (10 %) seguido daquelas que ademais destas condições têm uma ordem de nascimentos superior a 3 filhos (7 %).

Para avaliar o risco suplementar de morrer a que estão sujeitos as crianças decorrente de certos comportamentos reprodutivos das mães, calculou-se a *razão de risco*. O risco de morrer antes do quinto aniversário é 60 % mais elevado que o duma criança que não pertence a uma categoria de risco elevado. As crianças nascidas com um intervalo de nascimento inferior a 24 meses registam um risco mais de duas vezes superior ao das que não pertencem a uma categoria de risco elevado. Em relação aos riscos múltiplos, constata-se que a maior razão de risco regista-se entre as crianças cujas mães têm uma idade inferior a 20 anos e o intervalo inter genésico é inferior a 24 meses: o risco de morrer duma criança nascida nesta situação é quatro vezes superior ao de outra que não pertence a uma categoria de risco elevado. Isto mostra que a fecundidade precoce e um menor intervalo entre os nascimentos aparecem como um factor de risco muito importante, o que, por sua vez mostra a importância de promover a planificação familiar para evitar gravidezes prematuras e para fomentar o espaçamento entre os nascimentos.

A partir da análise do comportamento reprodutivo de elevado risco (Quadro 7.4), estimou-se a proporção de mulheres actualmente em união conjugal que, potencialmente, poderiam ter um nascimento de altos riscos. Partindo da idade actual das mulheres, do intervalo decorrido depois do último nascimento e da ordem destes, determinou-se em que categoria se encontrará o próximo nado vivo. Trata-se dum simulação que tem por objectivo de determinar, na ausência de comportamento regulador da fecundidade, a proporção de futuros nascimentos de altos riscos. De acordo com os resultados do inquérito, três quartos das mulheres entrevistadas (75 %) estão em risco de conceber um nascimento de elevado risco, nitidamente superior ao daquelas da categoria com nenhum risco (17 %).

Gráfico 7.4

Nascimentos com risco elevado de mortalidade e mulheres em união com risco de conceber uma criança com risco elevado de mortalidade



IDSM 1997

CAPÍTULO 8

SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Uma das prioridades do Ministério da Saúde em Moçambique é a diminuição da mortalidade materna e infanto-juvenil, tendo sido definidas para alcançar estes objectivos, as seguintes estratégias: o atendimento na gravidez e no parto, o planeamento familiar, a imunização e o tratamento precoce e correcto das doenças frequentes na infância.

O IDSM de 1997 recolheu uma quantidade apreciável de dados sobre aspectos relacionados com a saúde materno-infantil em três áreas de importância fundamental: atendimento pré-natal e assistência ao parto, imunização e tratamento de doenças comuns na infância, como a diarreia e infecções respiratórias agudas. Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos pelo IDS em relação ao grupo de crianças nascidas nos três anos que precederam o inquérito.

No atendimento pré-natal foi avaliada a cobertura da prestação de serviços de saúde, a qualificação profissional do trabalhador que fez o atendimento pré-natal, o tempo de gestação na primeira consulta pré-natal e o número de consultas realizadas. As entrevistadas que tinham tido um nado-vivo nas últimos três anos foram ainda inquiridas sobre o número de doses de Vacinação Anti-tetânica efectuada na gravidez, para prevenção do Tétano Neo-Natal.

No atendimento ao parto, por sua vez, foi estimada a cobertura de partos realizados pelos serviços de saúde, o lugar em que este ocorreu, o tipo de profissional que o realizou, as complicações ocorridas e as suas consequências na mortalidade neonatal precoce, assim como na conduta intra-parto, tendo sido avaliada a taxa de cesarianas. Sendo um factor de risco importante para a mortalidade infantil, foi avaliada a proporção de recém-nascidos com Baixo Peso à Nascença, no grupo em que essa informação estava disponível. No grupo em que a informação não estava disponível, avaliou-se o tamanho do recém-nascido pela resposta das entrevistadas.

No Programa Alargado de Vacinação (PAV) foi estimada a cobertura vacinal atingida nas crianças do grupo etário de 12 a 23 meses de idade. Como o objectivo fundamental é a protecção precoce da criança em relação às doenças alvo do PAV, foi avaliada a proporção de crianças vacinadas ao completar 12 meses. Finalmente, o IDS tentou avaliar o progresso no tempo da cobertura vacinal através da comparação das coberturas atingidas nos grupos etários de 12-23 meses e de 24-35 meses de idade.

A partir dos dados recolhidos pelo IDS é possível identificar subgrupos da população com riscos elevados de doença e mortalidade, quer devido à não utilização quer por falta de acesso aos serviços de saúde. Esta informação poderá permitir orientar a extensão e melhoria dos cuidados de saúde para as áreas mais carenciadas.

Finalmente, apresenta-se informação sobre a prevalência das principais causas de doença infantil: febre, infecções respiratórias agudas e doenças diarreicas. Esta informação inclui dados sobre a conduta e tratamento nessas doenças, bem como uma avaliação da implementação dos programas nacionais de controle existentes.

8.1 Atenção pré-natal

O principal objectivo do atendimento pré-natal é a monitorização da gravidez, de modo a reduzir os riscos que contribuem para a morbi-mortalidade materna e perinatal. O Quadro 8.1 mostra-nos a distribuição percentual dos nados vivos nos últimos três anos, por tipo de profissional que prestou o atendimento e segundo características sócio-demográficas maternas seleccionadas. Foram registados nas entrevistas todos os profissionais que prestaram assistência na gravidez, no caso de esta ter sido prestada por mais de um profissional. Para efeitos de análise, foi considerado apenas o profissional de maior qualificação.

Quadro 8.1 Assistência pré-natal

Distribuição percentual dos nados vivos nos três anos antes do inquérito, segundo o tipo de pessoa que prestou o atendimento pré-natal durante a gravidez, por características seleccionadas, Moçambique 1997

	Tipo de pessoa [1]						
Característica	Médico	Parteira ou Enfermeira do SMI	Parteira tradicional	Sem pré-natal/ Não lembra	Não respondeu	Total	Número de nascimentos
Idade da mãe na época do nascimento							
< 20	1.4	70.0	1.2	27.3	0.1	100.0	940
20-34	2.0	68.9	0.9	28.0	0.2	100.0	2,726
35+	3.5	70.9	0.8	24.8	0.0	100.0	540
Ordem de nascimento							
1	1.7	70.8	1.1	26.3	0.1	100.0	921
2-3	2.6	69.4	1.5	26.3	0.1	100.0	1,505
4-5	1.7	66.8	0.2	30.9	0.3	100.0	969
6+	1.8	70.7	0.6	26.7	0.2	100.0	812
Residência							
Urbana	7.3	88.5	0.2	3.9	0.1	100.0	910
Rural	0.6	64.1	1.2	33.9	0.2	100.0	3,297
Província							
Niassa	0.2	67.6	0.6	30.5	1.1	100.0	230
Cabo Delgado	1.1	77.0	0.3	20.4	1.1	100.0	233
Nampula	0.2	68.8	0.7	30.0	0.2	100.0	675
Zambezia	0.0	47.8	3.2	49.0	0.0	100.0	632
Tete	7.8	75.9	1.7	14.6	0.0	100.0	197
Manica	0.9	75.2	0.0	24.0	0.0	100.0	307
Sofala	0.3	45.2	0.3	54.2	0.1	100.0	632
Inhambane	0.6	92.3	0.0	7.1	0.0	100.0	372
Gaza	0.4	90.9	0.3	8.3	0.0	100.0	479
Maputo	17.6	75.5	2.6	4.4	0.0	100.0	247
Maputo Cidade	6.5	92.0	0.1	1.4	0.0	100.0	204
Nível de escolaridade							
Sem escolaridade	0.7	59.5	1.4	38.3	0.1	100.0	1,683
Primário	2.1	75.7	0.7	21.3	0.2	100.0	2,386
Secundário ou mais	16.8	81.9	0.0	1.3	0.0	100.0	137
Religião[2]							
Católica	3.4	65.2	1.2	30.1	0.1	100.0	1,242
Protestante	2.2	82.4	1.1	14.2	0.1	100.0	1,148
Muçulmana	1.3	70.7	0.5	26.8	0.7	100.0	626
Outra	2.3	61.0	0.0	36.7	0.0	100.0	307
Sem religião	0.2	59.9	1.3	38.6	0.0	100.0	852
Total	2.0	69.4	1.0	27.4	0.2	100.0	4,207

Nota: Os números referem-se aos nascimentos ocorridos no período de 0-35 meses antes do inquérito.
[1] Se a mulher inquirida mencionou mais de um atendimento, só foi considerado o mais qualificado.
[2] Exclui os casos sem informação

A cobertura com pelo menos uma consulta pré-natal avaliada no inquérito foi de 71 %, o que podemos considerar de bastante elevada, dadas as características do País. O atendimento foi, na sua quase totalidade, realizado pelas enfermeiras de SMI, que observaram 69 % das gestações, tendo o atendimento pré-natal por médico sido apenas de 2 %. O atendimento exclusivo por parteira tradicional foi insignificante, apenas de 1 %. Um pouco mais de um quarto das crianças nascidas nos três anos precedentes ao inquérito (27 %) não recebeu qualquer tipo de assistência durante a gravidez.

A idade da mãe ao nascimento demonstra uma ligeira correlação com um maior atendimento pré-natal, pois nas mulheres de 35 ou mais anos de idade a cobertura por profissionais de saúde foi de 74 %, superior à dos grupos etários mais jovens, em que apenas atingiu 71 %. A ordem de nascimento não influenciou significativamente a procura de atendimento pre-natal.

Verificaram-se grandes contrastes no atendimento pré-natal por local de residência. Enquanto nas zonas urbanas quase todos os nascimentos dos últimos três anos (96 %) tiveram atendimento pré-natal, nas áreas rurais apenas dois terços dos nascimentos (65 %) tiveram atenção pré-natal, o que está seguramente relacionado com o menor acesso às unidades sanitárias existente nas áreas rurais. Por motivos semelhantes, a proporção de entrevistadas que referiu ter sido observada por médico foi marcadamente superior nas áreas urbanas em relação às áreas rurais (7 % versus menos de 1 %).

Os diferenciais interprovinciais foram ainda mais acentuados. As províncias do Sul, como Inhambane, Gaza, Maputo e a cidade de Maputo, tiveram coberturas superiores a 90 %, tendo atingido 99 % nesta última cidade. Algumas províncias do centro e Norte do País apresentaram coberturas muito baixas. Em Sofala, menos de metade das mulheres (46 %) recebeu atendimento pré-natal, e nas províncias da Zambézia, Nampula e Niassa as coberturas estimadas foram, respectivamente, de 48, 69 e 68 %.

O nível educacional também se encontrava significativamente associado à frequência do atendimento pré-natal, variando desde 60 % de cobertura, nas mulheres sem escolarização, até atingir a quase totalidade (99 %) dos nascimentos das mulheres com o ensino secundário ou mais.

Segundo as *Normas de Atendimento Pré-Natal* do Ministério da Saúde, uma gravidez normal deveria ser observada 5 vezes, sendo uma consulta/trimestre, no primeiro e segundo trimestre da gravidez, e uma consulta mensal, no último trimestre. No Quadro 8.2 podemos observar a distribuição percentual dos nados vivos nos últimos três anos por número de consultas Pré-Natais atendidas e tempo de gestação na altura da primeira consulta Pré-Natal. A mediana estimada no inquérito foi de 3.4 consultas por nado vivo, ainda significativamente inferior ao recomendado. Mais de metade dos nascimentos ocorridos nos últimos três anos (54 %) receberam 3 ou menos consultas Pré-Natais. Como já verificado anteriormente, 27 % dos nascimentos não recebeu qualquer atendimento e 4 % apenas recebeu uma consulta Pré-Natal. Uma proporção ligeiramente superior a um terço (37 %) teve 4 ou mais consultas Pré-Natais.

Quadro 8.2 Número de consultas pré-natais e período da gestação na primeira consulta

Distribuição percentual dos nados vivos nos três anos antes do inquérito, segundo o número de consultas pré-natais e período da gestação em que ocorreu a primeira consulta, Moçambique 1997

Consultas pré-natais/ Período da gestação na primeira consulta	Total
Nº consultas no pré-natal	
Nenhuma	27.4
1 consulta	3.5
2-3 consultas	23.2
4+ consultas	37.3
Não sabe/Não respondeu	8.5
Total	100.0
Mediana[1]	3.4
Período da gestação na primeira consulta	
Sem pré-natal	27.4
Menos de 6 meses	51.8
6-7 meses	16.2
8+ meses	2.7
Não sabe/Não respondeu	1.9
Total	100.0
Mediana[1]	5.0
Número	4,207

[1]Inclui sòmente nados vivos cujas mães tiveram atendimento pré-natal

No que se refere ao tempo de gestação na altura da primeira consulta, verificou-se que cerca de metade das mulheres (52 %) referiram tê-la realizado antes do sexto mês de gestação. Apenas 3 % realizou a primeira consulta perto do fim da gravidez, com 8 ou mais meses de gestação. A mediana estimada no inquérito foi de 5 meses, portanto, metade das entrevistadas iniciaram o controle da gravidez no segundo trimester.

8.2 Imunização anti-tetânica

A estratégia actual do Programa Alargado de Vacinação, para a prevenção do Tétano Neonatal, importante causa de mortalidade neonatal em Moçambique, é a administração de Vacinação Anti-Tetânica (VAT) a todas as mulheres em idade fértil que visitem uma unidade sanitária, para consulta Pré-Natal, tratamento de uma doença, ou outro motivo.

Devida à fraca utilização do Cartão de Saúde da Mulher, apenas é possível avaliar a Vacinação Anti-Tetânica (VAT) pela história referida pelas entrevistadas. Estas foram inquiridas sobre se tinham recebido alguma injecção no braço, durante a gravidez dos nados vivos nos últimos três anos e, no caso de resposta afirmativa, o número de injecções recebidas. É considerado protegido o recém-nascido cuja mãe recebeu duas doses de VAT durante a gravidez. Está também protegido o recém-nascido cuja mãe recebeu uma dose de VAT na gravidez em causa e uma dose em gravidez anterior. Considera-se que atingiu uma protecção para toda a vida a mulher que tiver recebido cinco doses de VAT. O Quadro 8.3 mostra-nos a distribuição percentual dos nascidos vivos nos últimos três anos por número de doses de VAT recebidas pelas mães durante a gravidez, e segundo características sócio-demográficas seleccionadas.

Em apenas um terço (34 %) dos nados vivos dos últimos três anos as respondentes referiram ter recebido uma ou mais doses de VAT durante a gravidez, tendo a maioria (64 %) negado ter recebido qualquer dose. A proporção de respostas negativas variava inversamente com a idade da respondente e ordem de nascimento. Assim, no grupo etário com menos de 20 anos na altura do nascimento, a proporção de respondentes que referiu não ter recebido qualquer dose de VAT atingiu 72 %. Do mesmo modo, nas crianças primogénitas foi encontrado o valor mais alto de entrevistadas sem VAT (67 %), em relação às crianças seguintes. Este dado do inquérito realça a necessidade de se dedicar atenção especial à gravidez na adolescência, em particular quando se trata de uma primeira gestação pois verifica-se menor acesso aos cuidados de saúde neste grupo, quer por desconhecimento, timidez ou outros factores sociais.

O local de residência influenciou marcadamente a realização de VAT na gravidez, como seria lógico esperar. A proporção de respondentes que referiu ter recebido VAT na gravidez, uma ou mais doses, foi mais do dobro nas zonas urbanas em relação às áreas rurais, respectivamente de 58 e 27 %. E, de modo análogo ao constatado em relação à cobertura do atendimento Pré-Natal, as províncias de Sofala, Zambézia e Cabo Delgado apresentaram as maiores proporções de respondentes que não receberam nenhuma dose de VAT na gravidez, respectivamente, 78, 81 e 74 % ao passo que na cidade de Maputo esta proporção reduziu-se para 20 %.

O nível educacional está também estreitamente associado à cobertura com duas ou mais doses de VAT, desde uma cobertura de apenas 18 %, nas mulheres sem escolarização, até atingir 65 %, nas entrevistadas com o ensino secundário ou mais.

Quadro 8.3 Vacinação antitetânica

Distribuição percentual dos nados vivos nos três anos antes do inquérito, cujas mães receberam vacina antitetânica segundo número de doses recebidas, por características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Número de doses de vacina antitetânica					
	Nenhuma[1]	1 dose	2 doses ou mais	Não sabe/ Não respondeu	Total	Número de nascimentos
Idade da mãe na época do nascimento						
< 20	72.0	4.2	22.1	1.7	100.0	940
20-34	62.6	4.3	30.4	2.7	100.0	2,726
35+	58.6	8.7	32.0	0.7	100.0	540
Ordem de nascimento						
1	66.6	3.8	27.5	2.1	100.0	921
2-3	65.5	3.5	28.4	2.6	100.0	1,505
4-5	61.8	4.9	31.0	2.3	100.0	969
6+	61.9	8.6	28.1	1.4	100.0	812
Residência						
Urbana	39.3	7.4	50.7	2.6	100.0	910
Rural	71.1	4.1	22.7	2.1	100.0	3,297
Província						
Niassa	68.4	12.9	17.6	1.1	100.0	230
Cabo Delgado	74.0	5.5	17.0	3.6	100.0	233
Nampula	70.1	4.5	24.1	1.3	100.0	675
Zambezia	80.9	0.6	16.0	2.5	100.0	632
Tete	68.9	4.2	24.2	2.6	100.0	197
Manica	72.1	5.6	22.0	0.2	100.0	307
Sofala	77.8	4.9	16.4	1.0	100.0	632
Inhambane	45.8	5.8	43.7	4.6	100.0	372
Gaza	42.6	4.0	52.3	1.1	100.0	479
Maputo	49.8	5.3	36.9	8.0	100.0	247
Maputo Cidade	19.9	8.4	69.9	1.9	100.0	204
Nível de escolaridade						
Sem escolaridade	76.0	3.5	18.1	2.4	100.0	1,683
Primário	57.7	5.8	34.2	2.2	100.0	2,386
Secundário ou mais	31.3	3.8	64.8	0.1	100.0	137
Religião[2]						
Católica	66.6	3.5	27.1	2.8	100.0	1,242
Protestante	48.2	6.4	43.4	2.0	100.0	1,148
Muçulmana	67.6	6.1	23.9	2.4	100.0	626
Outra	73.3	5.7	19.4	1.5	100.0	307
Sem religião	76.0	3.6	18.7	1.8	100.0	852
Total	64.2	4.8	28.8	2.2	100.0	4,207

Nota: Os números referem-se aos nascimentos ocorridos no período de 0-35 meses antes do inquérito.
[1]Na categoria nenhuma estão incluidos os nados vivos cujas mães não tiveram atendimento pré-natal e por isto não foram inquiridas sobre a vacinação antitetânica.
[2] Exclui os casos sem informação

8.3 Assistência ao parto

A qualidade do atendimento ao parto é essencial para a diminuição da mortalidade materna e perinatal. Deste modo, uma das estratégias prioritárias é a realização dos partos nas unidades sanitárias, priorizando os partos de Alto Risco Obstétrico e a realização de partos higiénicos em casa, através da capacitação das Parteiras Tradicionais existentes nas comunidades. Foi inquirido, nos nados vivos ocorridos nos últimos três anos antes do inquérito, qual tinha sido o local onde se realizara o parto e que tipo de profissional realizara o atendimento. O Quadro 8.4 e o Gráfico 8.1 mostram-nos a distribuição percentual dos nados vivos nos últimos três anos, por local onde se realizou o parto e segundo características sócio-

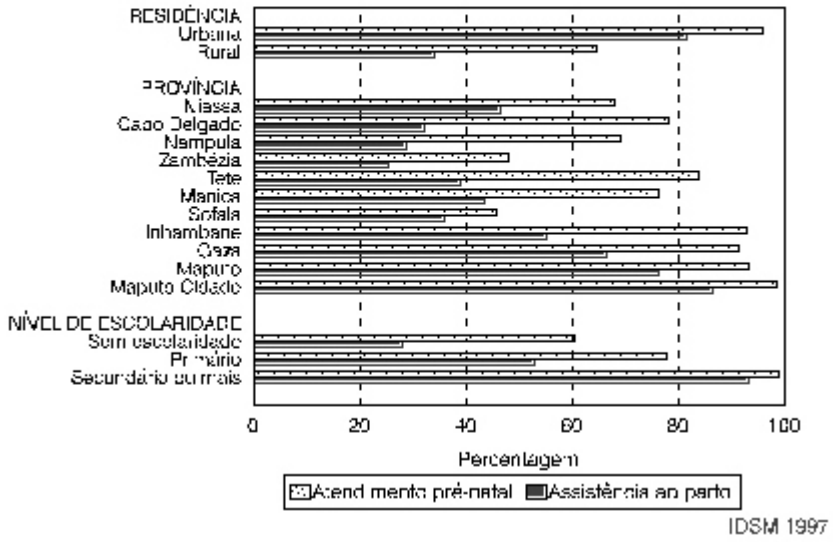
Quadro 8.4 Local do parto

Distribuição percentual dos nados vivos nos três anos antes do inquérito, segundo o local do parto, por características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Local do parto			Total	Número de nascimentos
	Hospital[1]	Domicílio	Não sabe/ Não respondeu		
Idade da mãe na época do nascimento					
<20	45.6	53.6	0.8	100.0	940
20-34	43.2	55.7	1.1	100.0	2,726
35+	43.0	53.9	3.0	100.0	540
Ordem de nascimento					
1	48.1	51.1	0.8	100.0	921
2-3	42.7	56.5	0.8	100.0	1,505
4-5	43.6	55.4	0.9	100.0	969
6+	40.6	56.2	3.2	100.0	812
Residência					
Urbana	81.3	17.2	1.5	100.0	910
Rural	33.3	65.5	1.2	100.0	3,297
Província					
Niassa	44.4	54.8	0.7	100.0	230
Cabo Delgado	31.0	66.7	2.4	100.0	233
Nampula	28.5	71.1	0.4	100.0	675
Zambezia	23.5	76.3	0.2	100.0	632
Tete	41.0	54.8	4.3	100.0	197
Manica	43.0	57.0	0.0	100.0	307
Sofala	35.4	63.3	1.4	100.0	632
Inhambane	56.3	42.7	1.0	100.0	372
Gaza	65.7	30.3	4.0	100.0	479
Maputo	75.7	24.2	0.1	100.0	247
Maputo Cidade	86.5	12.4	1.1	100.0	204
Nível de escolaridade					
Sem escolaridade	27.5	70.9	1.5	100.0	1,683
Primário	52.3	46.6	1.1	100.0	2,386
Secundário ou mais	93.0	7.0	0.0	100.0	137
Religião[2]					
Católica	39.6	59.9	0.5	100.0	1,242
Protestante	61.3	37.4	1.2	100.0	1,148
Muçulmana	34.4	64.6	1.0	100.0	626
Outra	34.2	63.5	2.3	100.0	307
Sem religião	35.8	61.8	2.3	100.0	852
Nº consultas no pré-natal					
Nenhuma	2.4	97.0	0.6	100.0	1,155
1-3 consultas	46.5	53.2	0.3	100.0	1,122
4+ consultas	65.7	32.1	2.1	100.0	1,571
Não sabe/Não respondeu	71.5	26.0	2.5	100.0	360
Total	43.7	55.0	1.3	100.0	4,207

Nota: Os números referem-se aos nascimentos ocorridos no período de 0-35 meses antes do inquérito.

Gráfico 8.1
Percentegem dos nados vivos nos três anos antes do inquérito cujas mães receberam atendimento pré-natal e assistência o parto



demográficas maternas seleccionadas, ao passo que o Quadro 8.5 nos apresenta a distribuição percentual dos partos por tipo de profissional que prestou assistência.

A cobertura de partos institucionais avaliada no inquérito foi de 44 %, ainda inferior à proporção de partos realizados em casa (55 %). A grande maioria dos partos realizados por profissionais de saúde (44 %) são realizados por enfermeiras de SMI (42 %). Apenas uma percentagem mínima de 2 % foi realizado por médico.

Partos de mulheres mais jovens e de primogénitos ocorrem numa proporção ligeiramente superior nas unidades sanitárias. A ocorrência do parto em casa é cerca de quatro vezes mais frequente nas áreas rurais do que nas zonas urbanas (66 versus 17 %). Do mesmo modo, embora sempre permanecendo em proporção mínima, o parto por médico é mais frequente na zona urbana (7 versus 1 %). As diferenças interprovinciais também são muito marcantes, variando desde uma cobertura de partos institucionais de 24 %, na província da Zambézia até atingir 87 %, na cidade de Maputo, facto que está seguramente relacionado com o menor acesso às unidades sanitárias nas áreas rurais.

O nível educacional materno continua a ser um factor preponderante na utilização dos serviços de saúde, pois a cobertura de partos institucionais variou de 28 %, nas mulheres sem escolarização, até 93 %, nas mulheres com o ensino secundário ou mais. No entanto, é necessário realçar que este último grupo de mulheres vive predominantemente nas zonas urbanas, pelo que o resultado obtido será seguramente a conjunção dos dois factores, escolarização e maior facilidade de acesso à unidade sanitária.

Finalmente, as mulheres que fizeram consultas pré-natais durante a gravidez têm uma probabilidade significativamente maior de ter um parto institucional. Enquanto que, no grupo que não fez nenhuma consulta pré-natal apenas 2 % teve o parto na unidade sanitária, a cobertura de partos institucionais foi aumentando progressivamente até atingir 66 % no grupo de respondentes que tinham feito 4 ou mais consultas pré-natais.

Quadro 8.5 Assistência médica durante o parto

Distribuição percentual dos nados vivos nos três anos antes do inquérito, segundo o tipo de assistência durante o parto, por características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Assistência no parto[1]							
	Médico	Parteira ou enfermeira do SMI	Parteira tradicional	Parentes/ Outros	Ninguém	Não sabe/ Não respondeu	Total	Número de nascimentos
Idade da mãe na época do nascimento								
<20	1.8	44.7	5.5	46.4	1.2	0.3	100.0	940
20-34	2.0	41.7	7.0	45.7	3.4	0.2	100.0	2,726
35+	3.3	39.2	7.5	39.5	10.5	0.1	100.0	540
Ordem de nascimento								
1	3.0	46.0	7.0	42.7	1.0	0.3	100.0	921
2-3	2.2	41.5	6.4	46.4	3.3	0.1	100.0	1,505
4-5	1.9	41.3	7.8	45.6	3.0	0.4	100.0	969
6+	1.2	39.6	5.8	44.4	8.8	0.2	100.0	812
Residência								
Urbana	6.8	74.6	0.6	17.1	0.8	0.2	100.0	910
Rural	0.8	33.1	8.4	52.8	4.6	0.2	100.0	3,297
Província								
Niassa	1.3	45.1	29.5	22.7	0.7	0.7	100.0	230
Cabo Delgado	0.5	31.5	6.4	57.1	2.6	1.8	100.0	233
Nampula	0.6	28.0	1.6	69.3	0.2	0.2	100.0	675
Zambezia	1.0	24.5	11.6	60.9	2.0	0.0	100.0	632
Tete	0.0	38.9	11.4	41.3	7.5	0.9	100.0	197
Manica	2.3	41.3	4.1	48.7	3.7	0.0	100.0	307
Sofala	0.9	34.9	0.4	56.0	7.8	0.1	100.0	632
Inhambane	2.2	52.8	14.1	25.9	4.9	0.0	100.0	372
Gaza	1.9	64.4	5.5	19.0	9.2	0.0	100.0	479
Maputo	8.2	68.2	0.2	23.3	0.1	0.0	100.0	247
Maputo Cidade	12.1	74.4	0.0	13.0	0.4	0.0	100.0	204
Nível de escolaridade								
Sem escolaridade	0.9	27.2	8.3	58.6	4.8	0.3	100.0	1,683
Primário	2.3	50.4	5.9	37.8	3.3	0.2	100.0	2,386
Secundário ou mais	13.8	79.5	3.0	3.7	0.0	0.0	100.0	137
Religião[2]								
Católica	2.1	37.6	8.0	50.5	1.6	0.2	100.0	1,242
Protestante	3.5	58.5	4.4	30.2	3.4	0.0	100.0	1,148
Muçulmana	1.9	33.5	9.0	53.9	0.9	0.8	100.0	626
Outra	1.5	33.8	9.0	47.8	7.9	0.0	100.0	307
Sem religião	0.5	35.4	5.3	50.0	8.4	0.2	100.0	852
Nº consultas no pré-natal								
Nenhuma	0.1	2.7	6.0	85.1	6.0	0.1	100.0	1,155
1-3 consultas	1.1	46.5	9.3	41.1	2.0	0.0	100.0	1,122
4+ consultas	3.7	61.9	6.5	24.0	3.7	0.2	100.0	1,571
Não sabe/Não respondeu	5.0	68.0	2.1	20.7	2.4	1.8	100.0	360
Total	2.1	42.1	6.7	45.0	3.8	0.2	100.0	4,207

Nota: Os números referem-se aos nascimentos ocorridos no período de 0-35 meses antes do inquérito.
[1] Se a entrevistada reportou mais de um profissional, levou-se em conta o mais qualificado.
[2] Exclui os casos sem informação

Como nos mostra o Quadro 8.5, de um modo análogo, a realização de parto por médico é mais frequente nas mulheres com escolaridade elevada, ocorrendo em 14 % dos partos. No entanto, como já atrás referido, as mulheres mais escolarizadas vivem predominantemente nas zona urbanas onde também já é significativo o desenvolvimento do sector médico privado.

O parto por médico também é mais elevado nas mulheres que realizaram quatro ou mais consultas pré-natais, ocorrendo em 4 % dos partos deste grupo. No entanto, é possível que condições da própria gravidez, patologia obstétrica ou médica, se encontrem na base de uma maior procura de cuidados médicos. Porém causa preocupação constatar que os níveis de assistência ao parto por parteira ou enfermeira continua a ser baixo nas áreas rurais em comparação com as área urbanas (33 % versus 75 %). Os níveis de assistência mais baixos verificam-se nas províncias da Zambézia (25 %), Nampula (28 %), Cabo Delgado (32 %) e Sofala (35 %). Esta situação poderá estar relacionada com os desequilíbrios estruturais na disponibilidade de recursos entre as províncias exacerbadas pela guerra que, dentre outras consequências, induziu à concentração de profissionais de saúde nas áreas urbanas que em geral eram mais seguras.

8.4 Características do parto

No inquérito, as entrevistadas que tiveram filhos nos últimos três anos antes do inquérito, foram inquiridas sobre o tipo de parto de cada criança (ocorrência de cesareana ou não), pois a proporção de cesareanas pode constituir uma medida indirecta da qualidade da assistência médica ao parto. Foi ainda solicitado às entrevistadas para fazerem uma estimativa do peso e tamanho do recém-nascido, assim como copiado o peso ao nascer registado no Cartão de Saúde, caso existisse. O Baixo Peso à Nascença é um indicador sensível do estado de nutrição materno e tem consequências importantes para a mortalidade infantil, uma vez que as crianças deste grupo possuem um risco de morbi-mortalidade mais elevado. O Quadro 8.6 mostra-nos os resultados obtidos no inquérito.

A taxa de cesareanas efectuadas nos nados vivos dos últimos três anos foi muito baixa, de 2.7 por cento, sendo ligeiramente mais elevada nas mulheres de 20-34 anos, com 2.9 % e nas parturições de ordem 4 a 5 (3.7 %). Como seria de esperar, é mais frequente nas zonas urbanas, onde foi realizada em 7.3 % dos partos, em comparação com as áreas rurais, realizada em 1.4 % dos partos. As diferenças interprovinciais também são significativas, variando desde 1 % na província de Cabo Delgado até 9 e 6 %, respectivamente nas província de Maputo e cidade de Maputo.

A escolaridade também se encontrava associada com a proporção de cesareanas, com as mulheres mais escolarizadas apresentando uma proporção de 4 % nos partos dos últimos três anos, em comparação com apenas 1.4 % nas mulheres sem escolarização, estando este facto seguramente também associado à residência urbana das escolarizadas.

A percentagem de Baixo Peso à Nascença avaliada no inquérito foi de 5 %. No entanto, o valor estimado deverá ser inferior ao real, pois apenas foi registado em 39 % dos partos ocorridos, uma vez que a maioria dos partos se realiza em casa. A reforçar esta suposição estão os valores mais elevados de Baixo Peso à nascença encontrados sempre que foi possível uma melhor cobertura dos partos ocorridos, e que se verificou mesmo em grupos privilegiados. Com efeito, nos partos ocorridos em zonas urbanas, na província e cidade de Maputo, e nas entrevistadas com ensino secundário ou mais as coberturas atingidas foram superiores a 80 %. Nos grupos respectivos, o valor da percentagem de Baixo Peso à nascença foi, respectivamente, de 12, 13, 15 e 14 %, o que deve ser um valor mais perto da realidade. De acordo com a apreciação das entrevistadas, um quinto dos nados-vivos dos últimos três anos eram mais pequenos que a média ou muito pequenos e 78 % eram de tamanho normal.

Quadro 8.6 Características do parto

Entre os nascimentos nos três anos antes do inquérito, percentagem de partos por cesareana e distribuicão percentual por peso e tamanho à nascença, segundo a idade da mãe na época do nascimento e ordem de nacimento, por características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Percentagem de nascimentos por cesareana	Peso ao nascer			Tamanho da criança ao nascer				Número de nascimentos
		Menos de 2.5 kg	2.5 kg ou mais	Não sabe/ Sem informacão	Muito pequeno	Mais pequeno que a média	Médio ou maior	Não sabe/ Sem informacão	
Idade da mãe na época do nascimento									
<20	2.2	7.6	32.6	59.8	0.9	25.1	72.7	1.3	940
20-34	2.9	4.3	34.1	61.5	1.9	16.9	79.3	1.9	2,726
35+	2.5	3.2	38.8	58.1	3.1	14.7	80.5	1.8	540
Ordem de nascimento									
1	3.1	7.2	34.8	58.0	0.9	29.2	68.4	1.5	921
2-3	1.8	5.7	34.7	59.6	3.0	17.0	78.3	1.7	1,505
4-5	3.7	2.7	33.4	63.9	0.1	15.6	81.9	2.4	969
6+	2.5	3.5	34.6	61.9	2.8	12.3	83.4	1.6	812
Residência									
Urbana	7.3	11.7	68.7	19.6	3.8	15.5	78.9	1.8	910
Rural	1.4	3.0	24.9	72.0	1.3	19.3	77.7	1.8	3,297
Província									
Niassa	3.0	5.3	37.1	57.6	1.5	16.7	81.1	0.7	230
Cabo Delgado	0.9	3.0	14.6	82.5	0.0	14.8	82.5	2.7	233
Nampula	2.0	2.9	22.2	74.9	0.4	17.7	81.4	0.5	675
Zambezia	3.2	0.4	18.2	81.4	1.8	12.9	80.0	5.4	632
Tete	1.0	5.2	26.2	68.5	0.8	17.7	79.5	1.9	197
Manica	3.0	3.7	36.8	59.5	0.0	23.8	75.4	0.8	307
Sofala	1.1	5.2	25.7	69.0	0.4	26.5	71.0	2.1	632
Inhambane	1.8	2.7	34.2	63.1	1.2	24.2	73.5	1.1	372
Gaza	2.0	8.0	57.6	34.4	3.6	9.1	87.0	0.3	479
Maputo	9.0	13.1	73.1	13.8	11.3	18.6	69.0	1.2	247
Maputo Cidade	6.0	14.6	74.9	10.5	2.7	23.7	72.9	0.7	204
Nível de escolaridade									
Sem escolaridade	1.4	3.3	19.9	76.9	1.2	19.5	77.4	1.9	1,683
Primário	3.5	5.6	42.2	52.3	1.7	18.4	78.2	1.8	2,386
Secundário ou mais	4.0	14.4	77.0	8.6	11.6	7.2	81.0	0.2	137
Religião[1]									
Católica	3.4	3.7	30.2	66.1	2.2	16.0	79.5	2.3	1,242
Protestante	3.8	9.0	49.8	41.2	3.4	15.5	79.6	1.5	1,148
Muçulmana	2.6	4.3	24.3	71.5	1.0	17.1	80.7	1.2	626
Outra	1.1	1.7	35.5	62.8	0.0	30.4	67.8	1.8	307
Sem religião	0.7	2.8	26.6	70.6	0.5	22.2	75.4	1.8	852
Total	2.7	4.9	34.4	60.7	1.8	18.5	77.9	1.8	4,207

Foi colhida informação sobre as complicações mais frequentes ocorridas no parto, designadamente: parto prolongado, hemorragia grave, infecção puerperal e convulsões. No Quadro 8.7 podemos observar as complicações declaradas pelas entrevistadas, ocorridas nos últimos três anos antes do inquérito, segundo o atendimento Pré-Natal, a assistência prestada durante o parto, incluindo cesareana, e a mortalidade neonatal precoce.

Verificaram-se complicações em 16 % dos partos realizados nos últimos três anos. Destas a mais importante foi o parto prolongado, que ocorreu em 11 % dos partos, logo seguido da hemorragia vaginal, com 6 %, infecção puerperal, com 5 % e convulsões, em 0.4 % dos partos. Quase metade das cesareanas efectuadas (40 %) foram devidas a partos prolongados. No entanto, a elevada proporção de cesareanas nos partos sem nenhuma das complicações supracitadas sugere outras causas importantes para cesareana: má apresentação fetal e cesareanas electivas nos casos definidos pelas Normas de Atenção Obstétrica, como cesareana anterior, primigesta com parto pélvico, etc.

Um facto a salientar no inquérito foi a constatação de que o parto prolongado constituía um factor de risco importante para a mortalidade neonatal precoce, tendo estado associado a um terço dos óbitos neonatais declarados pelas respondentes.

Quadro 8.7 Complicações durante o parto

Percentagem de nados vivos nos três anos anteriores ao inquérito cujas mães tiveram complicações durante o parto, segundo atencão pré-natal e assistência durante o parto, Moçambique 1997

Característica	Tipo de Complicacão durante o parto[1]					Número de nados vivos[2]
	Parto prolongado	Hemorragia vaginal	Infecção puerperal	Convul-sões	Nenhuma	
Atenção de saúde[3]						
Pré-natal e parto	12.4	7.5	7.1	0.5	79.7	1,849
Pré-natal	8.6	6.7	2.3	0.3	86.7	1,156
Parto	22.9	0.0	11.2	0.0	77.1	40
Nenhum	8.7	4.1	3.7	0.2	87.1	1,162
Morte neonatal precoce						
Não	9.9	6.2	4.9	0.3	84.2	4,096
Sim	31.0	10.4	4.4	1.4	64.1	111
Parto por cesareana						
Não	9.8	5.9	4.8	0.3	84.2	4,047
Sim	40.2	22.3	8.7	3.8	57.6	112
Sem informacão	0.3	0.0	0.0	0.0	99.7	48
Total	10.5	6.3	4.9	0.4	83.6	4,207

Nota: Os números referem-se aos nascimentos ocorridos no período de 0-35 meses antes do inquérito.
[1]As entrevistadas podem apresentar mais de uma complicacão
[2]Inclui os nascimentos no mês da entrevista
[3]A atencão de saúde refere-se à atenção recebida de médico, enfermeira ou parteira o à recebida num hospital, centro ou posto de saúde ou numa clínica privada

8.5 Imunização infantil

O calendário de vacinação em Moçambique segue as normas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Segundo a OMS, ao completar 12 meses, as crianças devem ter recebido: à nascença, uma dose de AP, contra a poliomielite, e uma dose de BCG, contra a tuberculose; três doses de AP e de DTP, respectivamente, contra a poliomielite e contra a difteria, o tétano e tosse convulsa (Pertussis) às 6, 10 e 14 semanas; e uma dose de Sarampo, contra a doença do mesmo nome, aos 9 meses de idade.

No inquérito, foi avaliada a vacinação de todas as crianças que nasceram nos últimos três anos antes do inquérito e se encontravam vivas na altura da entrevista. Foi recolhida a informação de duas maneiras: foi pedido o Cartão de Saúde de todas as crianças e, caso este existisse, foram copiadas todas as datas de vacinação nele registadas. As mães foram, em seguida, inquiridas sobre vacinações que a criança tivesse feito e não tivessem sido registadas no Cartão, tendo estas também sido anotadas. No caso de não ter sido apresentado o Cartão de Saúde, foi feito um questionário às mães para obter a vacinação efectuada por história, que incluía o BCG, DTP e AP, com o número de doses, e Sarampo.

No Quadro 8.8 podemos observar as coberturas vacinais avaliadas, por fonte de informação, para as crianças de idades compreendidas entre os 12 e os 23 meses, na altura do inquérito e que, portanto, deveriam ter a vacinação completa, segundo o calendário nacional.

Quadro 8.8 Vacinação, por fonte de informação

Percentagem de crianças, entre 12 e 23 meses de idade, que receberam vacinas específicas, segundo informação fornecida pelo cartão de vacinação ou pela mãe, e percentagem de crianças vacinadas até aos doze meses de idade, Moçambique 1997

	Percentagem de crianças que receberam:											
		Tríplice			Polio							
Fonte de informação	BCG	1	2	3+	0	1	2	3+	Sa-rampo	Todas[1]	Nen-hu-ma	Número de crianças
Cartão de vacinação	64.1	63.3	57.8	53.3	55.0	63.3	57.7	53.2	49.3	46.0	1.1	821
Informação da mãe	14.0	12.4	8.8	6.3	5.7	13.2	5.5	2.1	8.2	1.3	18.6	423
Ambas fontes de informação	78.1	75.6	66.6	59.6	60.7	76.4	63.2	55.3	57.5	47.3	19.7	1,244
% vacinada até 12 meses	78.0	74.9	65.6	57.7	60.6	75.7	62.4	53.5	54.7	44.3	20.2	1,244
Datas válidas	95.1	93.3	83.6	75.5	82.1	93.1	83.2	75.5	62.0	57.9	NA	821

Nota: Considerou-se que o padrão etário de vacinação para crianças cuja informação foi dada pela mãe, foi o mesmo que para aquelas que tinham informação completa no cartão

[1]Crianças com vacinação completa (BCG, sarampo e três doses de tríplice e pólio).

NA = Não se aplica

Utilizando as duas fontes de informação, cerca de metade, 47 %, das crianças do grupo etário dos 12-23 meses tinha completado a vacinação. Segundo a informação recolhida quer pelo Cartão de Saúde quer pela história vacinal declarada pela mãe, a cobertura pelo BCG foi de 78 % e a de AP à nascença, de 61 %. A cobertura com as primeiras doses de DTP e AP (DTP1 e AP1) foram sensivelmente iguais (76 %). As terceiras doses de DTP e AP (DTP3 e AP3) desceram para 60 e 55 %, tendo a taxa de quebra vacinal entre a primeiras e terceiras doses sido na DTP, de 21 % e atingido na AP, 28 %. Um pouco mais de metade das crianças, 58 %, encontrava-se vacinada contra o sarampo, sendo a cobertura aos 12 meses de 55 %.

Cerca de metade (47 %) das crianças dos 12 aos 23 meses tinham a vacinação completa. Em 44 % das crianças do grupo referido, a vacinação estava completa aos 12 meses de idade. No entanto, um quinto, 20 %, das crianças dos 12 aos 23 meses não tinha tomado qualquer dose de vacina.

No Quadro 8.9 podemos observar a percentagem de crianças vacinadas ao completar 12 meses de idade, nos grupos etários dos 12-23 meses e 24-35 meses, segundo informação obtida do Cartão de Saúde ou por história materna. A percentagem de crianças com o Cartão de Saúde diminui com a idade, de 66 %, nas crianças de 12-23 meses até 49 %, no grupo de 24-35 meses. Esta diminuição com a idade será provávelmente devida à perca de cartões que aumenta à medida que a criança cresce e completa as vacinas.

Quadro 8.9 Vacinação no primeiro ano de vida

Percentagem de crianças, entre um e dois anos de idade, com cartão de vacinação; percentagem de crianças que receberam vacinas específicas durante o primeiro ano de vida, por idade actual, Moçambique 1997

Vacina	Idade actual em meses		Total crianças 12-35 meses
	12-23	24-35	
Com cartão vacinação	66.0	49.0	58.0
Percentagem vacinada entre 0-11 meses[1]			
BCG	78.0	67.4	73.0
Tríplice 1	74.9	64.7	70.1
Tríplice 2	65.6	59.7	62.8
Tríplice 3	57.7	49.8	53.9
Pólio 0	60.6	50.8	56.0
Pólio 1	75.7	63.3	69.8
Pólio 2	62.4	54.0	58.4
Pólio 3	53.5	43.3	48.7
Sarampo	54.7	46.2	50.7
Todas[2]	44.3	34.9	39.8
Nenhuma	20.2	31.9	25.7
Número de crianças	1,244	1,119	2,362

[1]Informação obtida pelo cartão de vacinação ou pela mãe, no caso de não existir o cartão. Considerou-se que o padrão etário de vacinação, para crianças cuja informação foi dada pela mãe, foi o mesmo que para aquelas que tinham o cartão.
[2]Crianças com vacinas completas (BCG, sarampo e três doses de tríplice e pólio)

A proporção de crianças com vacinação completa aos 12 meses foi superior no grupo mais jovem, de 12-23 meses, com 44 %, em comparação com o grupo de 24-35 meses, onde apenas estavam vacinadas 35 % das crianças. Inversamente, a percentagem de crianças sem nenhuma dose foi superior no grupo de maior idade, com 32 %, e diminui para 20 %, nas crianças de 12-23 meses.

Foram estudados no inquérito (Quadro 8.10) os diferenciais existentes na cobertura vacinal das crianças dos 12 aos 23 meses, pelo Cartão de Saúde e por história, por características sócio-demográficas seleccionadas. Entre as crianças de 12-23 meses, dois terços (66 %) apresentou o Cartão de Saúde. As crianças do sexo masculino apresentaram uma proporção ligeiramente superior de vacinação em relação ao sexo feminino na DTP3/AP3, com 64 versus 55 e 58 versus 53 %, respectivamente. Em ambos os sexos a cobertura com a vacinação completa era semelhante, mas a diferença acentuava-se em relação ao grupo que não tinha nenhuma vacinação, sendo de 17 % nas crianças do sexo masculino e de 23 % nas do sexo feminino. Em relação à ordem de nascimento, as primeiras crianças tinham coberturas marcadamente superiores de vacinação completa do que as restantes. Inversamente, as crianças de ordem 6 ou superior tinham coberturas de vacinação completa significativamente menores.

A cobertura com vacinação completa era mais que o dobro nas crianças das zonas urbanas em relação às das áreas rurais (85 versus 36 %). As diferenças interprovinciais eram ainda mais acentuadas, desde a cidade de Maputo, onde 82 % das crianças dos 12 aos 23 meses tinham vacinação completa, até à preocupante situação das províncias da Zambézia, Nampula e Cabo Delgado, onde apenas cerca de um quarto das crianças a tinha completado (respectivamente, com 23, 34 e 25 %). De realçar que, na Província da Zambézia, apenas 28 % das crianças apresentaram o Cartão de Saúde.

Quadro 8.10 Vacinação por características seleccionadas

Percentagem de crianças, entre 12 e 23 meses de idade, que receberam vacinas específicas com informação fornecida pelo cartão de vacinação ou pela mãe, por características seleccionadas, Moçambique 1997

	Percentagem de crianças que receberam:												
		Tríplice			Polio								
Característica	BCG	1	2	3+	0	1	2	3+	Sarampo	Todas[1]	Nenhuma	Cartão	Número de crianças
Sexo da criança													
Masculino	82.6	79.4	70.5	63.7	64.4	79.1	67.5	58.0	57.8	47.5	16.5	67.3	638
Feminino	73.3	71.7	62.6	55.2	56.8	73.5	58.7	52.5	57.1	47.1	23.1	64.6	606
Ordem de nascimento													
1	82.0	78.7	76.0	68.2	68.7	79.1	71.0	61.1	67.9	56.8	14.5	68.3	228
2-3	78.5	73.8	66.3	57.6	59.8	75.3	61.8	53.8	57.6	46.1	21.0	67.7	474
4-5	74.2	74.9	64.4	61.0	62.7	74.5	59.6	57.0	52.9	46.4	22.9	63.8	296
6+	78.3	77.2	61.2	53.6	52.5	78.4	63.2	50.9	53.1	42.1	18.1	63.4	246
Residência													
Urbana	98.2	98.3	96.9	93.8	94.1	96.9	92.9	88.9	93.0	85.0	1.3	89.2	281
Rural	72.2	69.0	57.8	49.6	50.9	70.4	54.6	45.5	47.1	36.4	25.0	59.3	963
Província													
Niassa	82.1	76.5	72.5	59.3	58.1	79.0	67.7	55.2	59.4	48.2	17.9	67.1	70
Cabo Delgado	69.5	58.9	40.5	28.9	45.2	60.5	37.4	28.9	40.2	25.4	29.8	62.8	71
Nampula	77.0	72.3	52.7	46.5	47.9	79.0	59.0	46.5	43.9	34.4	18.2	57.6	202
Zambezia	45.7	42.5	31.8	30.4	33.9	47.3	25.7	24.8	30.9	23.2	50.6	28.3	208
Tete	93.5	93.5	75.7	62.9	40.4	89.2	67.5	56.5	64.8	48.0	6.5	79.1	60
Manica	82.9	80.6	67.3	62.8	66.3	74.9	57.7	51.8	66.8	46.5	15.7	61.9	81
Sofala	70.6	70.4	67.3	64.5	63.9	67.0	59.1	57.3	60.7	49.6	27.3	62.4	125
Inhambane	92.2	91.8	88.0	82.5	73.0	88.1	81.4	77.3	80.6	71.7	6.5	85.9	127
Gaza	96.7	96.5	94.8	84.7	93.8	96.2	93.8	83.9	64.3	63.0	3.3	93.3	164
Maputo	88.9	89.2	87.8	74.1	73.5	89.2	87.4	64.2	80.0	61.9	5.3	84.7	76
Maputo Cidade	98.8	98.4	98.4	88.1	91.3	98.4	92.6	85.4	90.6	82.0	1.2	86.9	60
Nível de escolaridade													
Sem escolaridade	70.6	64.8	56.7	46.3	44.7	69.3	51.7	40.7	43.7	30.6	26.8	56.3	447
Primário	81.2	80.6	70.5	64.9	67.7	79.2	68.0	61.5	63.0	54.3	16.6	70.0	741
Secundário ou mais	96.3	96.3	96.3	95.7	95.3	96.3	92.8	90.7	94.7	89.7	3.7	91.2	55
Religião[2]													
Católica	72.8	71.0	59.9	54.6	52.9	73.9	55.0	50.1	53.9	42.4	24.3	59.0	378
Protestante	89.5	88.0	84.5	74.1	78.4	86.7	80.0	69.8	68.1	59.7	8.6	80.1	385
Muçulmana	78.3	70.5	56.5	50.5	51.4	75.7	60.2	48.4	44.2	40.1	17.4	58.5	191
Outra	62.7	62.7	55.4	47.2	50.0	60.7	52.1	46.0	48.5	39.5	37.3	56.7	110
Sem religião	73.3	72.0	35 me.6	55.7	55.2	70.5	55.0	48.5	61.4	43.6	26.0	64.5	172
Total	78.1	75.6	66.6	59.6	60.7	76.4	63.2	55.3	57.5	47.3	19.7	66.0	1,244

[1] Crianças com vacinas completas (BCG, sarampo e três doses de tríplice e pólio).
[2] Exclui os casos sem informação

O nível educacional materno também se encontrava estreitamente associado à cobertura vacinal, sendo esta tripla nas crianças de mães com ensino secundário ou mais em relação às crianças de mães sem escolaridade (90 versus 31 %), o que vem reforçar a importância que tem o nível educacional materno na melhoria dos cuidados prestados à criança.

8.6 Infecções respiratórias agudas e febre

No inquérito, foram estudadas as maiores causas de morbi-mortalidade nas crianças menores de três anos: diarreia, infecções respiratórias agudas (IRA) e febre, uma vez que a malária é endémica no País.

As infecções respiratórias agudas (IRA) são uma das principais causas de morbi-mortalidade, principalmente no primeiro ano de vida. A maioria destes óbitos podem ser prevenidos se for feito o diagnóstico precoce da infecção e o tratamento com o antibiótico correcto. Foi estimada a prevalência de IRA, inquirindo todas as mães sobre a ocorrência de sintomas de IRA: tosse, respiração rápida ou difícil e febre nas crianças menores de 3 anos, nas duas semanas anteriores ao inquérito. No caso afirmativo, foi investigado se tinha sido procurada a unidade sanitária para o tratamento da infecção. No Quadro 8.11 podemos observar os resultados obtidos.

De realçar que o trabalho de campo foi realizado na época seca e fria (Março a Setembro), pelo que a prevalência obtida pode ser diferente da prevalência anual, devido à sazonalidade destas doenças.

A prevalência encontrada para tosse e respiração rápida, nas duas semanas anteriores ao inquérito, nas crianças menores de 3 anos, foi de 12 %. Destas, um pouco mais de um terço (39 %) procurou tratamento na unidade sanitária. A prevalência de infecção respiratória aguda apresentou um aumento ligeiro com a idade, tendo variado de 11 %, nos menores de 6 meses de idade, até 13 %, nas crianças de 24-35 meses de idade. Não foram encontradas diferenças significativas na prevalência dos sintomas entre os dois sexos.

A frequência dos sintomas de IRA foi menor nas áreas rurais do que nas zonas urbanas (11 versus 16 %). Diferenças acentuadas foram verificadas na prevalência de IRA por províncias, desde 5 e 7 %, respectivamente nas províncias de Sofala e Niassa até 18 % em Tete e 17 %, em Gaza e na província de Maputo.

A educação da mãe também parece ter uma influência significativa na prevalência de IRA, pois esta era cerca de 5 vezes maior nas crianças de mãe com o ensino primário ou inferior (13 e 11 %, respectivamente), em comparação com as de mães mais escolarizadas (2 %).

A procura de cuidados de saúde foi significativamente maior nas crianças de 6-23 meses. O mesmo não se verificou nas diferenças consoante o sexo ou a ordem de nascimento, tendo estas apenas sido ligeiras. Como seria lógico esperar, a procura da unidade sanitária nas zonas urbanas foi significativamente superior á verificada nas áreas rurais (65 versus 28 %). Do mesmo modo, verificaram-se igualmente diferenças marcadas entre as províncias, desde 15 e 16 %, em Cabo Delgado e Nampula, até 66 e 84 %, na cidade de Maputo e província de Niassa, respectivamente.

O nível educacional materno mais uma vez mostra a influência decisiva que tem na mudança de atitude em relação à procura dos cuidados de saúde. Apenas um quarto, 26 %, das mulheres sem escolaridade procuraram cuidados de saúde, contrastando com a quase totalidade (91 %) das mães com o ensino secundário ou mais, para tratamento das infecções respiratórias agudas.

Sendo a malária endémica no País, e uma das principais causas de morte nas crianças menores de 3 anos, tem particular importância o estudo da prevalência do seu principal sintoma, a febre. Com efeito,

Quadro 8.11 Prevalência e tratamento das infecções respiratórias agudas

Percentagem de crianças menores de três anos de idade que estiveram doentes, com tosse acompanhada de dificuldade respiratória, no período das duas semanas anteriores ao inquérito; percentagem de crianças doentes que foram tratadas procurou tratamento na unidade sanitária; percentagem com febre, por características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Percentagem com tosse	Percentagem que procurou cuidados de saúde[1]	Percentagem com febre	Número de crianças
Idade da criança				
< 6 meses	10.7	27.5	36.6	766
6-11 meses	11.2	61.7	46.8	674
12-23 meses	12.0	44.1	47.8	1,244
24-35 meses	12.9	26.9	43.3	1,119
Sexo da criança				
Masculino	12.0	40.9	45.8	1,943
Feminino	11.7	36.0	42.2	1,859
Ordem de nascimento				
1	9.2	39.0	35.5	804
2-3	11.3	32.0	46.9	1,372
4-5	13.7	56.0	45.2	887
6+	13.3	27.0	46.6	740
Residência				
Urbana	15.7	64.8	49.2	806
Rural	10.8	28.3	42.7	2,996
Província				
Niassa	6.5	83.9	29.7	210
Cabo Delgado	14.0	14.7	45.9	219
Nampula	12.2	15.9	56.8	613
Zambezia	13.4	29.5	44.0	556
Tete	17.8	67.3	58.6	171
Manica	13.5	49.8	49.1	286
Sofala	5.3	40.1	39.5	562
Inhambane	7.5	56.0	27.9	340
Gaza	17.4	43.0	41.6	430
Maputo	17.3	33.5	44.7	220
Maputo Cidade	10.2	65.7	42.7	194
Nível de escolaridade				
Sem escolaridade	11.1	25.5	43.2	1,533
Primário	12.9	46.0	44.6	2,135
Secundário ou mais	2.4	91.1	44.2	134
Religião[2]				
Católica	13.5	39.3	47.9	1,078
Protestante	12.3	44.4	45.4	1,033
Muçulmana	7.4	43.5	45.5	581
Outra	15.0	38.1	43.7	290
Sem religião	11.0	27.9	36.3	789
Total	11.8	38.5	44.0	3,803

Nota: Os números referem-se aos nascimentos ocorridos no período de 0-35 meses antes do inquérito.
[1] Inclui hospitais, centros e postos de saúde, clínica privada e farmácia.
[2] Exclui os casos sem informação

quase metade das crianças deste grupo (44 %) apresentaram febre nas duas semanas anteriores ao inquérito, consoante as declarações maternas. As diferenças encontradas consoante a idade da criança, o sexo ou a ordem de nascimento não foram importantes. Do mesmo modo, o local de residência e a educação materna não se encontravam associadas a diferenças marcadas na prevalência do sintoma.

Já o mesmo não sucedeu na prevalência de febre entre as diferentes províncias, pois variou entre 28 e 30 %, em Inhambane e Niassa, respectivamente, até atingir valores sensivelmente duplos em Tete e Nampula (59 e 57 %, respectivamente). Devido à sazonalidade destas doenças, como já anteriormente referido, a prevalência obtida poderá ser diferente da prevalência anual.

8.7 Diarreia

A diarreia e consequente desidratação constituem ainda em Moçambique uma importante causa de mortalidade infantil e nos menores de três anos. Para além disso, episódios repetidos de diarreia são um dos factores etiológicos mais importantes da malnutrição grave calórico-protéica. O Programa de Controle de Doenças Diarreicas, tem desenvolvido um programa activo para diminuição da morbi-mortalidade por esta doença, baseando-se a sua estratégia no aumento da ingestão de líquidos e na continuação da alimentação durante os episódios de diarreia.

Foi amplamente divulgada a utilização da Terapêutica de Rehidratação Oral (TRO), quer com os pacotes de Sais de Rehidratação Oral (SRO), quer com a preparação de misturas caseiras apropriadas. Os pacotes de SRO são distribuídos em todas as unidades sanitárias do País, farmácias e agentes de saúde comunitários, como os APEs e as Parteiras Tradicionais capacitadas pelo SNS.

Quadro 8.12 Prevalência da diarreia

Percentagem de crianças menores de três anos de idade que tiveram diarreia e diarreia com sangue, no período das duas semanas anteriores ao inquérito, por características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Diarreia nas 2 últimas semanas[1]		Número de crianças
	Total com diarreia	Diarreia com sangue	
Idade da criança			
< 6 meses	10.2	0.6	766
6-11 meses	22.2	3.7	674
12-23 meses	26.4	3.1	1,244
24-35 meses	20.6	4.7	1,119
Sexo da criança			
Masculino	21.6	2.5	1,943
Feminino	19.8	3.8	1,859
Ordem de nascimento			
1	17.8	2.2	804
2-3	19.0	2.2	1,372
4-5	25.0	4.6	887
6+	21.8	4.3	740
Residência			
Urbana	30.6	4.1	806
Rural	18.0	2.9	2,996
Província			
Niassa	20.6	2.2	210
Cabo Delgado	23.4	4.6	219
Nampula	25.1	6.2	613
Zambezia	34.6	5.7	556
Tete	25.9	3.8	171
Manica	21.6	2.6	286
Sofala	18.7	1.3	562
Inhambane	7.6	0.5	340
Gaza	8.0	0.7	430
Maputo	18.6	2.2	220
Maputo Cidade	17.4	2.6	194
Nível de escolaridade			
Sem escolaridade	18.0	3.5	1,533
Primário	22.9	3.1	2,135
Secundário ou mais	15.8	0.7	134
Religião[3]			
Católica	26.5	4.6	1,078
Protestante	17.9	1.7	1,033
Muçulmana	24.8	5.3	581
Outra	20.2	2.9	290
Sem religião	13.5	1.6	789
Total	20.7	3.2	3,803

Nota: Os números referem-se aos nascimentos ocorridos no período de 0-35 meses antes do inquérito.
[1] Inclui diarreia nas últimas 24 horas
[2] Inclui diarreia com sangue
[3] Exclui os casos sem informação

A todas as mães com crianças menores de três anos, foi inquirida a ocorrência de um episódio de diarreia nas duas semanas anteriores ao inquérito. No caso afirmativo, foi investigada se a diarreia tinha sangue e que tipo de tratamento a mãe procurara. A prevalência obtida e a sua distribuição percentual por características sócio-demográficas seleccionadas podem ser observadas no Quadro 8.12. Devido à sazonalidade da diarreia, como já anteriormente referido, a prevalência obtida poderá ser diferente da prevalência anual.

A prevalência de episódios diarreicos foi de 21 %, dos quais 3 % eram diarreia com sangue. Procuraram tratamento na unidade sanitária 35 % dos episódios de diarreia (Quadro 8.14).

Como se observa no Quadro 8.12, a prevalência de diarreia foi maior no grupo etário dos 6-23 meses mas, no caso de diarreia com sangue, o grupo mais atingido foi o dos 24-35 meses. A baixa prevalência de 10 % verificada nos menores de 6 meses está seguramente relacionada com a protecção conferida com o aleitamento materno, que, em Moçambique, é praticamente universal. Não se verificaram diferenças significativas segundo o sexo da criança. Pelo contrário, a ordem de nascimento estava associada à prevalência de diarreia, apresentando os filhos de ordem 4 ou superior prevalência significativamente maior que os de ordem 1 a 3. Este facto sugere a sobrecarga materna com o número crescente de filhos e dificultando a prestação dos necessários cuidados às crianças.

As crianças residindo nas zonas urbanas apresentaram uma prevalência significativamente superior de diarreia (31 versus 18 %) que as residindo nas áreas rurais, o que é sintomático da situação actual de contaminação ambiental na zona urbana. Também se registaram diferenças interprovinciais acentuadas tendo-se verificado as maiores prevalências nas províncias de Nampula, Zambézia e Tete (25, 35 e 26 %, respectivamente) e as menores em Gaza e Inhambane, ambas com 8 %. É importante realçar que a cidade de Maputo, normalmente com os melhores indicadores de saúde no País, apresentou uma prevalência de episódios diarreicos nas duas últimas semanas intermédia de 17%, sintomática dos problemas de saneamento existentes na cidade.

Quanto ao impacto do nível educacional materno na prevalência de diarreia infantil, não se verificaram diferenças importantes, o que poderá encontrar-se relacionado com a residência predominantemente urbana das mulheres mais escolarizadas, onde actualmente segundo este inquérito a prevalência de diarreia nas últimas duas semanas foi superior ao esperado.

Sendo a rehidratação oral o tratamento essencial para a prevenção da mortalidade por desidratação, foi avaliado o conhecimento que as mães de menores de três anos possuíam sobre os Sais de Rehidratação Oral, a ingestão de líquidos e a alimentação aconselhada nos episódios diarreicos.

Conforme podemos observar no Quadro 8.13, os Sais de Rehidratação Oral são bem conhecidos, pois mais de três quartos (77 %) das mães inquiridas referiu conhecê-los. As mães mais jovens, menores de 19 anos, conheciam menos os SRO (67 %), provavelmente por não terem ainda vivido a experiência. Embora o conhecimento seja superior nas zonas urbanas, mesmo nas áreas rurais o pacote de SRO é bem conhecido, tendo sido referido por 74 % das mães vivendo em área rural. Do mesmo modo, embora existindo diferenças interprovinciais, todas as províncias apresentaram percentagens de conhecimento dos SRO superiores a 70 %, à excepção da província de Sofala. Nesta província a situação é preocupante, pois menos de metade das mães entrevistadas (45 %) referiu conhecer os SRO.

O padrão de conhecimento por nível educacional materno foi semelhante, pois as mulheres sem escolaridade apresentaram o mais baixo nível de conhecimentos, tendo, mesmo assim, atingido os 68 %.

A situação não é tão favorável no que se refere à ingestão de líquidos nos episódios diarreicos. Apenas 39 % das mães entrevistadas referiram a necessidade de ingestão de mais líquidos na diarreia. Idêntica proporção de mães (39 %) referiu administrar menos líquidos à criança com diarreia e 12 % referiu administrar a mesma quantidade. Apenas 30 % das entrevistadas mais jovens referiu o comportamento correcto.

Quadro 8.13 Conhecimento dos cuidados na diarreia por características demográficas

Percentagem de mães com nascimentos nos três anos anteriores ao inquérito que conhecem SRO e as prácticas alimentares durante a diarreia, segundo características demográficas seleccionadas, Moçambique 1997

		Em comparação com prácticas correntes, o padrão adequado de alimentacão:								
		Quantidade de líquidos				Sólidos				
Característica	Conhece sais de rehidratação oral (SRO)	Menos quantidade	A mesma quantidade	Mais quantidade	Não sabe/ Sem informação	Menos quantidade	A mesma quantidade	Mais quantidade	Não sabe/ Sem informação	Número de crianças
Idade da mãe										
15-19	66.5	42.6	9.7	29.2	18.6	48.5	18.2	16.4	16.9	527
20-24	75.7	39.5	12.9	37.8	9.8	46.5	24.2	21.6	7.7	1,050
25-29	81.4	39.2	12.9	38.2	9.7	46.6	25.6	18.5	9.3	966
30-34	82.7	36.2	8.1	48.4	7.3	49.0	18.2	26.7	6.2	603
35+	76.0	39.6	14.1	41.6	4.7	53.1	18.4	21.8	6.8	677
Residência										
Urbana	89.0	21.1	10.5	60.0	8.5	29.0	20.0	42.1	8.9	806
Rural	73.8	44.2	12.3	33.5	10.0	53.5	22.2	15.3	9.0	3,017
Província										
Niassa	86.2	35.3	18.7	43.2	2.7	55.2	21.8	19.3	3.8	218
Cabo Delgado	75.7	67.5	6.9	18.2	7.4	68.1	22.7	3.7	5.5	214
Nampula	73.1	52.9	7.3	27.5	12.3	66.3	16.5	5.3	11.8	631
Zambezia	76.2	38.9	16.3	39.1	5.6	48.9	26.2	23.3	1.6	540
Tete	96.0	43.0	11.1	45.1	0.8	45.5	19.8	33.8	0.9	177
Manica	79.5	48.4	2.0	45.0	4.7	48.9	7.2	41.6	2.3	277
Sofala	44.7	53.0	12.2	24.7	10.1	50.2	18.1	21.1	10.6	592
Inhambane	89.1	35.3	9.1	42.4	13.1	40.5	33.4	11.6	14.5	339
Gaza	90.4	15.7	25.7	42.7	15.8	29.6	34.6	23.3	12.5	428
Maputo	92.7	8.3	7.5	66.4	17.8	24.1	12.7	42.3	21.0	220
Maputo Cidade	93.1	4.8	5.8	80.9	8.5	37.3	20.4	31.2	11.0	186
Nível de escolaridade										
Sem escolaridade	68.0	46.6	11.9	28.7	12.7	57.1	17.9	14.6	10.4	1,553
Primário	82.3	36.1	12.4	43.5	8.0	44.2	23.8	24.0	8.0	2,137
Secundário ou mais	97.4	6.7	4.3	87.4	1.6	12.7	33.5	45.7	8.0	132
Religião[1]										
Católica	79.9	40.7	12.3	40.3	6.8	49.9	23.0	19.9	7.3	1,105
Protestante	83.8	26.9	14.0	46.9	12.3	36.4	22.7	29.0	11.9	1,036
Muçulmana	82.0	50.4	8.5	32.9	8.1	63.3	19.8	11.9	5.1	581
Outra	65.5	43.0	7.6	44.9	4.5	52.6	15.0	22.9	9.5	292
Sem religião	64.5	44.9	12.9	28.5	13.6	49.0	23.1	17.3	10.5	778
Total	77.0	39.3	11.9	39.0	9.7	48.3	21.7	20.9	9.0	3,822

Nota: Os números referem-se aos nascimentos ocorridos no período de 0-35 meses antes do inquérito.
[1] Exclui os casos sem informação

Enquanto 60 % das respondentes residindo em área urbana administravam mais líquidos nos episódios de diarreia, apenas um terço, 34 %, das residentes nas áreas rurais o fazia. Preocupantes também foram as situações encontradas nas províncias de Cabo Delgado, Nampula e Sofala, onde as percentagens de comportamento correcto apenas foram de 18, 28 e 25 %, respectivamente.

Mais uma vez o nível educacional materno é preponderante na mudança e adopção do comportamento correcto nos cuidados de saúde. Enquanto apenas 29 % das mulheres sem escolaridade administrava mais líquidos à criança com um episódio diarréico, esta proporção aumentava para 87 % nas mães com escolaridade secundária ou mais. Podemos concluir que o reforço da educação para a saúde neste aspecto é essencial, talvez requerendo uma maior atenção ao uso de demonstrações práticas, pois é necessário ter em conta a tradição existente no país contra a ingestão de líquidos nos episódios diarreicos.

Em relação à alimentação infantil na diarreia apenas 22 % das mães referiu dar a mesma quantidade de alimentos, uma proporção semelhante (21 %) referiu alimentar mais a criança e quase metade (48 %) referiu dar menos alimentos à criança com diarreia.

No que se refere ao tratamento efectuado à criança com um episódio de diarreia nas duas últimas semanas, podemos observar os resultados obtidos no Quadro 8.14. A unidade sanitária foi procurada para o tratamento da diarreia em 35 % dos episódios. Foram utilizados os SRO em 42 % dos episódios e a rehidratação oral, com os SRO ou uma mistura caseira, em cerca de metade (49 %) dos episódios. Em 42 % das crianças doentes foi aumentada a ingestão de líquidos, mas numa proporção semelhante (38 %) ela foi menor que o habitual. Cerca de 71 % das crianças receberam outros tratamentos com remédios caseiros. A procura da unidade sanitária foi maior no grupo etário dos 6-11 meses tendo atingido os 42 %.

Há a realçar a situação de risco dos primogénitos, em que as mães procuraram menos a unidade sanitária (30 %), tendo simultaneamente apresentado a proporção mais baixa de tratamento correcto. Com efeito, em apenas 40 % dos primogénitos foi administrado SRO ou uma mistura de rehidratação caseira. Quanto ao local de residência, as mães residindo em áreas urbanas procuraram mais os cuidados de saúde (44 versus 30 %) e administraram mais SRO ou misturas de rehidratação caseiras (67 versus 40 %) que as mães das áreas rurais. O mesmo padrão encontrado anteriormente, no que se refere às diferenças verificadas entre as províncias voltou a repetir-se, com as províncias de Cabo Delgado, Nampula, Zambézia e Sofala em pior situação quer no que se refere a acesso a cuidados de saúde, quer quanto ao correcto tratamento dos episódios de diarreia.

É de realçar o padrão encontrado na procura de cuidados de saúde e tratamento segundo o nível educacional materno. Apenas 12 % das mães com o nível secundário ou mais procuraram a unidade sanitária para tratamento do episódio de diarreia infantil ao contrário do verificado nas entrevistadas com ensino primário (39 %) e nas sem escolaridade (28 %). Podemos talvez atribuir este dado ao pequeno número da amostra (21 mães). Mas também se verificou que o grupo mais escolarizado foi o que apresentou a maior proporção de tratamento correcto com os SRO (81 %), e de aumento de ingestão de fluidos na diarreia (67 %). Os dados poderão sugerir que este grupo de mães já sabe os procedimentos correctos de rehidratação nos episódios de diarreia e só recorre à unidade sanitária nos casos mais graves.

Podemos finalmente observar no Quadro 8.15 e no Gráfico 8.2 as práticas que tiveram as mães de crianças com um episódio de diarreia nas duas semanas anteriores ao inquérito, acerca da ingestão de fluidos e alimentação da criança. Mais de metade das mães (53 %) deu a mesma quantidade ou menos líquido à criança com diarreia e apenas 42 % aumentou a ingestão de líquidos. De modo ainda mais acentuado, apenas 18 % das mães deu mais alimentos à criança, tendo a maioria, cerca de três quartos, mantido ou mesmo diminuído a alimentação da criança com diarreia.

Este resultado reforça o anteriormente constatado acerca da necessidade de reforço desta componente educativa do programa, de difícil aceitação pelas mães, uma vez que contradiz a tradição existente.

Quadro 8.14 Tratamento da diarreia

Nas crianças menores de três anos com diarreia nas duas semanas antes do inquérito, percentagem que foi à unidade sanitária para tratamento, percentagem que recebeu Terapêutica de Rehidratação Oral (TRO), percentagem a quem se aumentou a ingestão de fluidos, percentagem que não recebeu nem TRO nem aumentou a ingestão de fluidos e percentagem que recebeu outros tratamentos, por características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Percentagem levada a unidade sanitaria	Terapêutica de Rehidratação Oral (TRO)			Aumento de líquidos	Não fez TRO ou aumento de liquidos	Outros tratamentos		Não fez tratamento	Não sabe/ Sem informação	Número de crianças com diarreia
		Pacote SRO	Mistura caseira	SRO ou mistura-caseira			Injecção	Remédio caseiro			
Idade da criança											
Menos de 6 meses	31.5	33.4	7.7	34.3	18.2	62.3	0.7	52.4	29.4	0.0	78
6-11 meses	42.3	55.1	18.3	59.8	44.4	33.7	3.6	72.5	11.6	3.7	149
12-23 meses	35.8	43.9	10.2	47.9	46.2	38.2	1.8	70.3	14.6	0.2	329
24-35 meses	28.5	33.2	21.4	47.4	41.4	32.5	2.2	76.5	7.2	0.0	231
Sexo da criança											
Masculino	33.4	39.6	13.0	44.6	46.6	39.2	1.0	69.6	12.2	1.3	419
Feminino	35.7	44.4	16.8	53.3	36.0	36.7	3.4	72.2	14.6	0.2	367
Ordem de nascimento											
1	29.2	38.2	11.1	39.9	43.3	38.7	2.3	75.1	13.1	0.0	143
2-3	31.6	44.8	13.1	50.9	42.4	37.8	0.4	69.8	11.9	0.7	261
4-5	39.3	45.6	19.3	54.9	46.4	32.3	2.3	63.8	17.4	2.0	221
6+	37.1	35.2	14.6	44.2	32.5	45.6	4.4	78.1	10.1	0.0	161
Residência											
Urbana	44.2	59.7	23.2	66.8	53.6	24.2	3.2	79.8	6.7	0.4	247
Rural	30.0	33.7	10.9	40.3	36.2	44.4	1.6	66.6	16.3	1.0	540
Província											
Niassa	50.1	55.4	12.0	55.4	38.4	37.7	6.0	69.2	16.9	0.0	43
Cabo Delgado	13.8	34.0	6.1	34.0	22.7	61.9	2.5	40.0	33.5	1.6	51
Nampula	40.0	29.3	3.3	31.6	33.2	49.2	2.8	69.7	16.8	2.9	154
Zambezia	21.1	33.3	22.9	45.2	46.0	37.0	0.9	72.5	12.7	0.0	193
Tete	58.1	71.5	10.2	73.8	47.1	14.6	1.9	61.0	8.7	0.0	44
Manica	14.9	31.0	20.4	46.7	43.3	37.5	0.0	58.5	25.0	0.0	62
Sofala	22.2	29.9	22.0	42.0	27.8	48.7	0.6	81.7	6.4	0.0	105
Inhambane	44.5	52.7	35.5	64.8	50.2	32.4	4.8	66.8	0.2	4.1	26
Gaza	61.3	64.4	1.2	65.0	40.9	31.0	2.4	78.8	11.1	0.0	34
Maputo	79.2	81.3	14.4	81.3	76.0	5.9	7.6	82.9	0.0	0.0	41
Maputo Cidade	50.5	82.0	9.1	82.5	74.8	6.7	0.7	96.4	0.0	0.1	34
Nível de escolaridade											
Sem escolaridade	28.3	33.1	7.7	35.6	33.8	50.7	1.9	67.3	18.0	1.6	276
Primário	38.9	45.1	19.2	54.6	45.0	32.0	2.3	71.9	11.3	0.4	490
Secundário ou mais	12.4	81.0	2.9	81.0	66.5	12.5	0.0	88.4	0.0	0.2	21
Religião[2]											
Católica	32.5	41.6	13.4	47.0	33.7	43.8	1.5	68.7	13.3	1.6	286
Protestante	40.2	47.2	16.2	54.4	51.1	31.0	3.2	77.9	10.5	0.6	185
Muçulmana	39.9	36.6	16.7	47.9	51.5	31.8	2.8	62.6	14.5	0.0	144
Outra	26.1	52.2	21.9	54.1	42.9	26.0	2.9	74.9	12.8	0.0	58
Sem religião	27.4	33.9	10.4	40.5	30.4	52.2	0.8	71.3	17.6	0.8	106
Total	34.5	41.9	14.8	48.6	41.7	38.0	2.1	70.8	13.3	0.8	787

Nota: A Terapêutica de Rehidratação Oral (TRO) inclui a solução preparada con pacotes de sais de rehidratação (SRO) e as misturas caseiras. As estimações referem-se aos nascimentos ocorridos no período de 0-35 meses antes do inquérito
[1]Inclui hospitais, centros de saúde e postos de saúde do Serviço Nacional de Saúde e clinica ou médico do sector privado.
[2] Exclui os casos sem informação

Quadro 8.15 Práticas alimentares entre as crianças que tiveram diarreia

Práticas alimentares entre as crianças menores de três anos de idade que tiveram diarreia nas duas semanas anteriores ao inquérito, Moçambique 1997

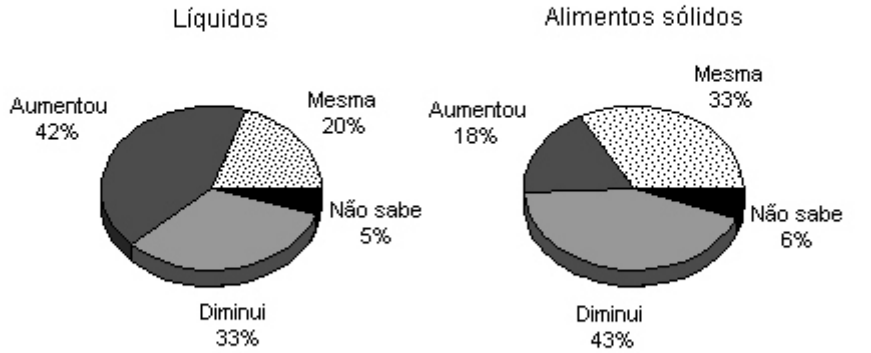
Prática alimentare	Total
Quantidade de líquido	
Mesma de sempre	19.8
Aumentou	41.7
Reduziu	33.3
Não sabe	5.2
Quantidade de alimentos sólidos[1]	
Mesma de sempre	32.7
Aumentou	17.5
Reduziu	43.2
Não sabe	6.5
Total	782

Nota: Os números referem-se aos nascimentos ocorridos no período de 0-35 meses antes do inquérito

[1]Somente crianças amamentadas

Gráfico 8.2

Alimentação e ingestão de líquidos em episódios de diarreia



IDSM 1997

CAPÍTULO 9

AMAMENTAÇÃO DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO INFANTIL E DA MÃE

Este capítulo ocupa-se de aspectos relacionados com o estado nutricional das crianças nascidas nos últimos três anos anteriores ao inquérito e das suas mães. O inquérito recolheu dados relativos às práticas de amamentação, introdução de alimentação suplementar, peso dos recém-nascidos, antropometria das crianças e suas mães. A importância desta análise é óbvia se considerarmos o papel que a nutrição joga no estado de saúde das crianças menores de cinco anos de idade e em particular nos primeiros dois anos de vida.

9.1 Amamentação ao peito e suplementos alimentares

Existe uma associação entre o estado nutricional da criança e a morbilidade e mortalidade. A amamentação ao peito tem uma influência positiva no estado nutricional da criança e por conseguinte na morbilidade e mortalidade infantil. Em geral uma nutrição inadequada (em quantidade e ou qualidade) está causalmente associada à etiologia de doenças particularmente as de origem infecciosa e por sua vez estas condicionam o estado nutricional por interferirem negativamente nos processos fisiológicos do crescimento corporal e alimentação adequada da criança.

O início e duração da amamentação são factores que podem ter influência no desenvolvimento somático. Sabe-se que o leite materno goza de propriedades fisiológicas importantes para a criança dentre as quais se salienta a presença de anticorpos maternos importantes para a prevenção de infecções. Por outro lado, o leite materno está sempre à temperatura ideal, é estéril e está sempre disponível. A amamentação proporciona uma ligação afectiva entre a mãe e a criança que é importante para o desenvolvimento psicomotor da criança. Por outro lado, a amamentação ao peito tem por via hormonal efeitos sobre a fertilidade pós-parto o que pode contribuir para o espaçamento dos nascimentos. Em contraste, o uso de biberão comporta um risco acrescido de transmissão de doenças sobretudo nas áreas rurais e suburbanas onde os padrões de higiene não são apropriados.

A prática de amamentação ao peito tem sido encorajada nas unidades sanitárias do país e é prática comum em todas as regiões de Moçambique. Por exemplo, o programa "*Baby Friendly Initiative*" - Hospital Amigo da Criança, preconiza a amamentação ao peito logo após o parto. A quase totalidade (95 %) das crianças nascidas nos três anos anteriores ao inquérito foram por algum tempo amamentadas ao peito, (Quadro 9.1). Em geral a proporção de crianças alimentadas ao peito foi elevada e não houve diferenças assinaláveis entre as províncias, entre o campo e a cidade, lugar de nascimento da criança, e nível educacional das mães.

O início precoce da amamentação ao peito tem benefícios fisiológicos tanto para a mãe como para a criança. Sob influência do estímulo que a sucção da criança proporciona ao receptores do mamilo, a hipófise liberta oxitocina, hormona que exerce um efeito constritor sobre a musculatura lisa do útero e por conseguinte no controle da hemorragia pós-parto. A oxitocina estimula por sua vez a produção de prolactina, uma hormona que favorece a produção do leite materno e a sua ejecção pelo mamilo. A composição do leite (colostro) das primeiras mamadas é rica em anticorpos e vitamina A, ambos elementos importantes para a prevenção e combate às infecções. A maioria (81 %) das crianças começaram a amamentação na hora seguinte ao parto. Observaram-se algumas diferenças entre a zona rural e urbana quanto a esta prática de amamentação. Com efeito, o início da amamentação dentro da hora seguinte ao parto foi mais acentuado entre as crianças nascidas na zona rural (83 %) que na zona urbana (74 %). De igual modo este comportamento foi mais pronunciado entre as mulheres sem escolarização (85 %) em relação com as de

Quadro 9.1 Início da amamentação

Percentagem das crianças nascidas nos três anos antes do inquérito que foram amamentadas, segundo o início da amamentação, por características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Percentagem das crianças que foram amamentadas	Início da amamentação: Na primeira hora	Início da amamentação: No primeiro dia	Número de nados vivos
Sexo				
Masculino	94.3	81.9	95.1	2,164
Feminino	95.3	79.9	95.8	2,043
Residência				
Urbana	94.9	74.1	91.7	910
Rural	94.7	82.8	96.5	3,297
Província				
Niassa	96.6	96.0	97.6	230
Cabo Delgado	96.4	62.8	84.5	233
Nampula	90.0	77.1	93.5	675
Zambézia	93.6	76.9	94.6	632
Tete	96.4	80.8	92.7	197
Manica	97.7	93.0	97.7	307
Sofala	94.8	94.4	98.8	632
Inhambane	96.3	80.2	97.5	372
Gaza	98.4	76.0	99.3	479
Maputo	91.7	65.2	92.4	247
Maputo Cidade	96.7	80.8	93.4	204
Nível de escolaridade				
Sem escolaridade	93.9	84.8	95.6	1,683
Primário	95.5	78.4	95.3	2,386
Secundário ou mais	93.0	77.6	97.0	137
Religião[1]				
Católica	94.9	80.1	95.6	1,242
Protestante	95.6	81.4	96.4	1,148
Muçulmana	92.1	77.6	90.2	626
Outra	98.4	85.8	95.0	307
Sem religião	93.9	81.9	97.8	852
Assistência no parto				
Pessoal de saúde	95.7	79.3	95.1	1,859
Parteira tradicional	93.4	78.0	95.6	284
Outro/nenhuma	94.1	83.1	96.0	2,055
Local do parto				
Unidade sanitária	95.9	79.4	95.2	1,839
Em casa	93.9	82.6	96.2	2,315
Não respondeu/Não sabe	94.1	64.6	71.1	53
Total	94.8	80.9	95.4	4,207

Nota: Os números referem-se aos nascimentos ocorridos no período de 0-35 meses antes do inquérito, independentemente da condição de sobrevivência na época da entrevista.

[1] Exclui os casos sem informação.

escolaridade primária e secundária (ambos com 78 %) e nas que tiveram o parto em casa (83 %). Não se observaram diferenças dignas de realce em relação ao início da amamentação nas 24 horas subsequentes ao parto.

A alimentação da criança sofre mudanças ao longo do seu crescimento. Aconselha-se que a criança seja exclusivamente alimentada ao peito até a idade de 4 meses altura em que se recomenda a introdução de alimentos suplementares tais como, papinhas, fruta, sopas e outros alimentos semi-sólidos disponíveis que a mãe pode preparar. Indagou-se às mães sobre a prática corrente (nas 24 horas precedentes ao inquérito) de alimentação das crianças vivas com menos de três anos. É evidente no Quadro 9.2 que cerca de um pouco mais de metade das crianças com menos de 2 meses de idade (53 %) é alimentada exclusivamente com leite materno. Esta proporção baixa para 4 % nas crianças com 6-7 meses. De igual modo os suplementos alimentares são utilizados em cerca de 82 % das crianças com 6-7 meses e em 87 % de crianças dos 10-11 meses. Apesar de que a introdução de suplementos alimentares ser recomendada a partir dos 4 meses, é interessante notar que cerca de 28 % das crianças dos 2-3 meses estão a receber suplementos alimentares.

A amamentação ao peito e o uso de água é feita em 31 % das crianças com menos de 2 meses de idade. Esta prática que tem sido documentada em países da África Sub-Sahariana não parece ter benefícios para a criança e pode estar relacionada com a transmissão de doenças tais como a diarréia e interfere com a amamentação ao peito.

A amamentação ao peito tem continuado para além do primeiro ano de vida em muitos países Africanos. Em Moçambique cerca de 96 % das crianças entre 12-13 meses e 40 % das crianças com idade entre 24-25 meses continuam a ser amamentadas ao peito (Quadro 9.2 e Gráfico 9.1).

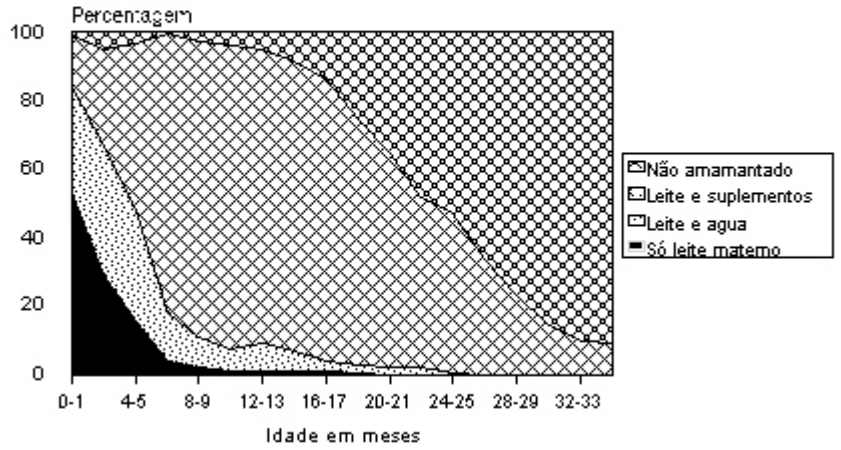
Quadro 9.2 Condição da amamentação, por idade

Distribuição percentual das crianças vivas, por condição da amamentação e percentagem de crianças amamentadas que receberam complementação alimentar, segundo a idade das crianças em meses, Moçambique 1997

	Percentagem de crianças vivas que:					
			Amamentadas e:			
Idade em meses	Não foram amamentadas	Exclusivamente amamentadas	Água pura somente	Complementação	Total	Número de crianças vivas
0-1	0.8	53.1	30.7	15.4	100.0	181
2-3	5.0	29.1	38.1	27.9	100.0	328
4-5	3.4	15.6	32.2	48.8	100.0	257
6-7	0.5	3.8	14.2	81.5	100.0	237
8-9	3.4	0.4	4.4	91.7	100.0	228
10-11	3.8	2.8	6.7	86.7	100.0	210
12-13	3.9	0.3	7.9	87.9	100.0	251
14-15	8.4	0.4	9.1	82.1	100.0	228
16-17	13.0	2.4	0.2	84.3	100.0	233
18-19	20.9	0.0	0.5	78.5	100.0	148
20-21	42.6	0.0	5.9	51.5	100.0	237
22-23	42.3	0.0	0.9	56.8	100.0	146
24-25	60.1	0.0	0.3	39.6	100.0	220
26-27	57.0	0.0	0.3	42.7	100.0	217
28-29	82.5	0.0	0.0	17.5	100.0	203
30-31	90.2	0.0	0.0	9.8	100.0	183
32-33	83.0	0.0	0.0	17.0	100.0	155
34-35	98.0	0.0	0.0	2.0	100.0	141
0-3	3.5	37.6	35.5	23.4	100.0	509
4-6	2.8	13.0	26.6	57.6	100.0	344
7-9	2.1	1.4	9.2	87.3	100.0	377

Nota: A condição da amamentação refere-se ao período de 24 horas antes da entrevista.

Gráfico 9.1
Amamentação e alimentação suplementar das crianças menores de três anos



IDSM 1997

O Quadro 9.3 mostra a duração mediana da amamentação ao peito nas diferentes categorias, nomeadamente, por algum período, exclusiva e completa (amamentação ao peito e água como único suplemento ao leite materno). A duração mediana da amamentação por algum tempo foi de 22 meses. Observou-se uma diferença entre a zona urbana e rural sendo a duração mediana nas cidades 4 meses menor em relação ao campo (19.1 versus 23.5). A província com maior duração foi a de Niassa (25.3 meses). A província com a menor duração foi a de Maputo (16.7 meses). As mães sem escolaridade tendem a ter uma duração ligeiramente superior (24.7 meses) em relação às mães com educação primária e secundária (20.1 e 20.9 meses respectivamente).

A duração mediana da amamentação ao peito completa foi de 3.6 meses a nível nacional. Não há diferenças assinaláveis entre a zona rural e urbana nem entre as crianças do sexo feminino e masculino. As províncias do norte e sul do país tem uma duração mediana superior às províncias do centro. A mais baixa duração é a da província de Tete (0.6 meses) seguida de Manica (1.5 meses), Zambézia (1.7 meses) e Sofala (2.2 meses). A duração mediana da amamentação pode estar relacionada com o emprego da mãe e por isso com a necessidade de mais cedo introduzir alimentação suplementar.

Uma elevada proporção de crianças menores de 6 meses (95 %) foi amamentada ao peito mais de seis vezes nas 24 horas precedentes ao inquérito. Não há diferenças dignas de menção em relação às características sócio-demográficas da população estudada.

O tipo de alimentos suplementares que as mães fornecem às crianças com menos de 36 meses de idade foram investigados e os resultados são demonstrados no Quadros 9.4 para as crianças actualmente amamentadas com leite materno e para as que não eram amamentadas ao peito na altura do inquérito. Em relação às crianças actualmente amamentadas ao peito, a utilização do leite artificial é em geral baixa (5 %). A utilização de outros alimentos sólidos como farinha, grão e outros alimentos é mais prevalente a partir dos 6 meses e mais acentuada no grupo etário com mais de nove meses. Um dado surpreendente é o uso de

Quadro 9.3 Duração mediana e frequência da amamentação

Duração mediana da amamentação em crianças com menos de três anos de idade, segundo o tipo de amamentação e percentagem de crianças menores de 6 meses que foram amamentadas 6 ou mais vezes nas 24 horas que precederam a entrevista, por características seleccionadas, Moçambique 1997

	Duração mediana em meses em crianças com menos de três anos				Crianças com menos de 6 meses	
Característica	Duração mediana amamen-tação	Mediana amamen-tação exclusiva[1]	Mediana amamen-tação completa[2]	Número de crianças	Amamentada 6+ vezes nas últimas 24 horas	Número de crianças
Sexo						
Masculino	21.2	0.7	3.5	2,164	94.7	404
Feminino	22.3	1.1	3.9	2,043	95.2	362
Residência						
Urbana	19.1	0.9	3.1	910	94.4	103
Rural	23.5	0.9	3.8	3,297	95.0	663
Província						
Niassa	25.3	0.7	3.2	230	(94.3)	49
Cabo Delgado	22.2	0.5	4.9	233	100.0	52
Nampula	20.7	0.4	5.9	675	91.3	156
Zambézia	19.4	0.4	1.7	632	94.7	112
Tete	21.2	0.5	0.6	197	(100.0)	33
Manica	23.5	0.6	1.6	307	(77.8)	44
Sofala	24.7	1.8	2.2	632	98.8	122
Inhambane	23.2	4.6	5.8	372	100.0	53
Gaza	22.7	4.9	5.3	479	98.9	69
Maputo	16.7	1.0	5.4	247	96.1	50
Maputo Cidade	20.2	0.7	2.3	204	(90.5)	25
Nível de escolaridade						
Sem escolaridade	24.7	1.5	3.6	1,683	92.5	363
Primário	20.1	0.6	3.7	2,386	97.2	390
Secundário ou mais	20.9	2.7	3.8	137	(95.9)	12
Religião[3]						
Católica	21.3	0.5	3.9	1,242	99.2	230
Protestante	21.3	1.9	3.8	1,148	94.9	146
Muçulmana	22.3	0.5	3.9	626	87.0	132
Outra	23.2	1.0	1.7	307	88.5	51
Sem religião	24.7	2.3	4.2	852	97.3	201
Assistência no parto						
Pessoal de saúde	21.0	1.3	3.6	1,859	89.7	265
Parteira leiga	22.1	0.6	3.4	284	91.4	62
Outro ou nenhum	24.2	0.8	3.8	2,055	98.6	438
Total	22.0	0.9	3.6	4,207	94.9	766
Média	21.5	2.6	5.3	98.1	NA	NA
Média (Prev./Inc.)	22.4	2.2	5.3	NA	NA	NA

Nota: As medianas e médias estão baseadas na condição actual da amamentação.
NA = Não se aplica
( ) Percentagem baseada em 25-50 casos não ponderados
[1] Somente leite materno
[2] Somente leite materno e/ou leite materno com água
[3] Exclui os casos sem informação.

Quadro 9.4 Condição de amamentação e alimentação específica

Percentagem de crianças menores de três anos que receberam alimentação específica nas últimas 24 horas, por condição da amamentação, segundo a idade em meses, Moçambique 1997

Idade (meses)	Alimentação específica							Número de crianças
	Líquidos			Sólidos				
	Amamentação exclusiva	Outros leites	Outros líquidos	Carne/ peixe/ ovo	Grão/ aveia/ cereal	Tubérculo/ raiz	Outros	
CRIANÇAS AMAMENTADAS								
0-1	53.5	0.9	3.5	0.5	2.2	0.8	12.5	180
2-3	30.6	2.9	3.5	0.5	3.3	0.2	23.7	312
4-5	16.2	6.4	18.4	0.9	21.1	1.4	38.2	248
6-7	3.8	4.9	22.0	13.5	48.8	7.0	68.7	235
8-9	0.5	13.2	26.4	28.6	50.9	20.2	83.4	220
10-11	2.9	5.5	38.8	30.6	63.0	21.6	79.8	201
12-13	0.3	3.4	33.1	40.6	69.0	20.1	79.2	242
14-15	0.4	2.3	41.8	43.1	62.9	23.6	84.3	209
16-17	2.8	13.2	51.5	39.3	65.9	16.7	82.9	203
18-23	0.0	3.1	46.9	42.0	66.6	26.9	90.5	338
24-29	0.0	1.9	22.9	41.3	82.3	28.8	87.4	217
30-35	0.0	2.2	9.4	41.8	91.0	13.8	72.2	47
0-3	39.0	2.2	3.5	0.5	2.9	0.4	19.6	491
4-6	13.4	6.8	19.0	4.3	27.0	2.4	46.9	335
7-9	1.4	9.1	24.9	22.4	51.2	15.2	76.7	369
Total	9.6	5.0	27.7	25.7	49.0	15.1	66.4	2,651
CRIANÇAS NÃO AMAMENTADAS								
18-23	0.0	4.4	58.4	31.4	56.7	21.2	78.3	194
24-29	0.0	1.9	39.9	47.0	76.0	23.9	75.8	424
30-35	0.0	7.1	54.8	39.5	69.8	27.9	78.5	432
Total[1]	0.0	5.6	50.1	41.1	67.1	25.3	76.7	1,152

Nota: A amamentação se refere ao período de 24 horas anterior à entrevista. A percentagem de crianças que recebeu alimentação específica pode somar mais de 100% já que muitas receberam mais de um tipo de alimento

[1] O total inclui as crianças menores de 18 meses.

farinhas e grãos em crianças com menos de 2 meses de idade de 2 % e de outros alimentos em cerca de 13 % das crianças da mesma faixa etária.

Entre as crianças que não estavam sendo amamentadas ao peito na altura do inquérito, observou-se também uma baixa utilização do leite artificial (6 %) mas em contraste com as crianças em amamentação do peito, outros líquidos foram utilizados em sua substituição (50 % versus 28 %, respectivamente).

9.2 Estado nutricional das crianças

É sabido hoje que o estado nutricional da criança é um factor determinante da sua susceptibilidade à doença. O estado nutricional é função, dentre outros aspectos, dos hábitos, costumes e práticas alimentares e é também negativamente influenciado por doenças, particularmente as infecciosas que dum modo geral são

excessivamente frequentes nos países menos desenvolvidos. As alterações do estado nutricional podem ser agudas ou crónicas necessitando em certas circunstâncias de tratamento médico para restaurar o estado nutricional e o crescimento normal da criança. Tradicionalmente o estado nutricional é avaliado com base em medidas antropométricas relacionadas com a idade da criança. Os índices de altura por idade (A/I), peso por altura (P/A) e peso por idade (P/I) são parâmetros utilizados para classificar o estado nutricional da criança comparando o valor obtido nela com os valores obtidos de uma população de referência, considerada bem nutrida. No presente inquérito foram usadas as recomendações da OMS referentes a inquéritos nutricionais e os resultados obtidos foram comparados com a população de referência definida pelo CDC (Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos da América) e NCHS (Centro Nacional de Estatística de Saúde dos Estados Unidos da América). Apesar das variações na altura e peso que se podem prever numa dada população espera-se que se essa população for suficientemente grande a distribuição será mais próxima à curva Gaussiana.

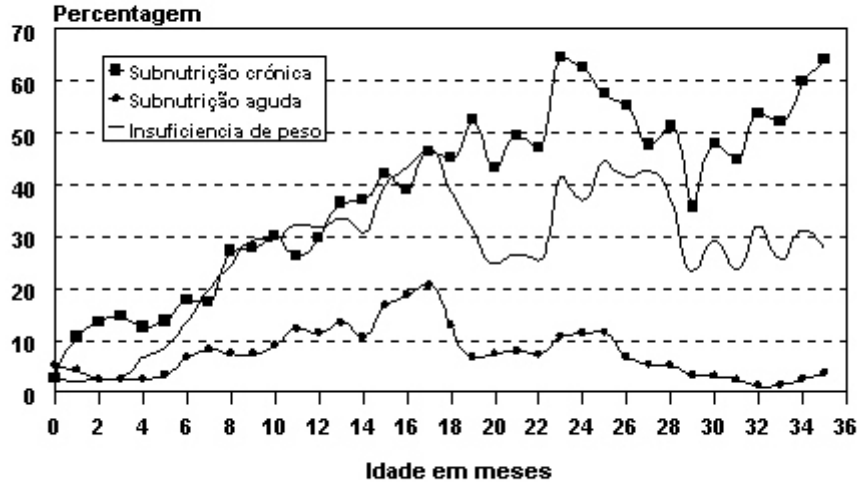
O índice A/I é um indicador que reflecte uma situação de desnutrição passada. Um afastamento deste indicador abaixo de -2 desvios padrões (DP) indica que a criança tem uma altura pequena para a sua idade e por conseguinte está cronicamente sub-nutrida. Um desvio abaixo de -3 DP indica uma situação mais severa de subnutrição crónica. Por conseguinte o índice A/I mede os efeitos de uma subnutrição prolongada. Por esta razão não se presta para avaliar mudanças bruscas ou sazonais da disponibilidade de alimentos. O índice P/A é um indicador do estado nutricional presente ou actual. Ele mede a massa corporal em relação à altura do indivíduo. Um índice de P/A situado abaixo de -2 DP indica que a criança é magra e por conseguinte sofre de desnutrição aguda. Esta situação pode ser reflexo de doença aguda ou de aporte nutricional insuficiente no período recente antecedente ao estudo. O índice P/I dá indicações do peso em relação à idade. Uma criança com um índice P/I abaixo de -2 DP é considerada “pequena para a idade” ou seja com peso insuficiente. É um indicador útil para monitorizar intervenções clínicas em casos de mal-nutrição e na reabilitação nutricional.

Os indicadores A/I, P/A e P/I obtidos do IDS indicam que em geral a subnutrição é frequente entre as crianças menores de três anos em Moçambique. As variações das percentagens de desvios abaixo de -2 DP dos três indicadores são mostradas no Gráfico 9.2 Em todo o caso, a curva do indicador P/A mostra que a desnutrição aguda ocorre menos frequentemente. Constata-se que a partir do quarto e quinto mês aumenta a proporção de crianças com P/A abaixo de -2 DP. Por outro lado, a situação nutricional das crianças de acordo com este indicador piora depois do primeiro ano de vida e por volta do segundo ano de vida.

A situação mais preocupante é a que é reflectida pelo indicador A/I. A proporção de crianças que se situam abaixo de -2 DP cresce gradualmente a partir do quarto mês de idade até praticamente a metade do segundo ano de vida. A mesma tendência exibe o indicador de P/I que apesar das percentagens de desvios abaixo de -2 DP serem ligeiramente inferiores em comparação com o indicador A/I, indicam existência de problemas nutricionais a considerar. Pode-se admitir que a prevalência de subnutrição crónica é elevada nas crianças nascidas nos três anos anteriores ao inquérito (52 %). Informações sobre o estado nutricional das crianças menores de cinco anos obtidas nas unidades sanitárias indicavam uma gradual melhoria da situação nutricional com base nos indicadores de falta de crescimento e baixo peso ao nascer (Relatório anual do Ministério da Saúde, 1996) depois de terminada a guerra em 1992. Os achados deste inquérito podem reflectir consequência de um período longo de restrições alimentares para as comunidades em consequência da seca e guerra que assolaram o país por quase duas décadas. A ocorrência de subnutrição aguda principalmente nas idades os entre 4 e 12 meses é particularmente problemática e deverão ser estudados os factores a ela associados. Provavelmente os hábitos, costumes, as práticas alimentares (em especial na idade do desmame) e as doenças jogam um papel etiológico que deverá ser demonstrado. Outrossim a própria situação nutricional da mãe e o seu estado de saúde podem ser factores importantes no estado nutricional da criança. Estudos adicionais são necessários para demonstrar tal associação.

Gráfico 9.2

Percentagem de crianças menores de 3 anos classificadas como subnutridas

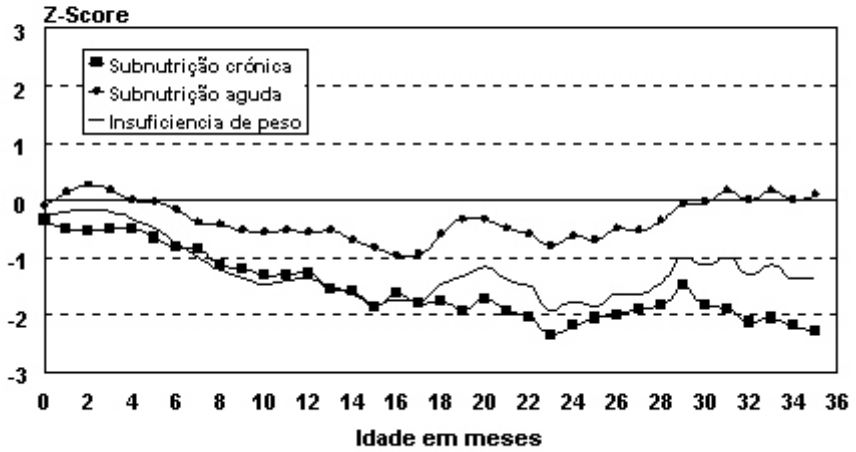


IDSM 1997

O Gráfico 9.3 mostra a distância das média dos três indicadores antropométricos da média da população de referência dada pelo valor Z-Score para as idades compreendidas entre 0 e 35 meses. Claramente os indicadores A/I e P/I estão mais distantes da população de referência principalmente a partir do 5-6 mês de idade, indicando que a desnutrição crónica (histórica ou passada) é altamente prevalente entre as crianças com menos de três anos de idade. Esta observação consubstancia a anterior em relação à percentagem de crianças com indicadores situados abaixo de -2 DP. É também evidente neste mesmo gráfico que a desnutrição aguda como indica o parâmetro P/A não constitui um problema importante entre as crianças deste grupo etário a avaliar pela proximidade dos desvios da média à população de referência.

A distribuição dos indicadores antropométricos situados abaixo de -3 DP e -2 DP por características seleccionadas das crianças encontra-se no Quadro 9.5. A prevalência de falência de crescimento (desnutrição histórica) medida por A/I abaixo de -2 DP é de 36 %. Cerca de 16 % das crianças sofrem desnutrição crónica severa (A/I abaixo de -3 DP). Destaca-se que cerca de 14 % das crianças com menos de 6 meses apresentam-se com uma A/I abaixo de -2 DP. A percentagem de desvio abaixo de -2 DP tende a aumentar com a idade da criança tanto para o indicador A/I como para o P/I e em menor medida o indicador P/A. Esta observação pode sugerir que a suplementação alimentar da criança depois dos 6 meses de idade é inadequada. É provável que as práticas e ou a disponibilidade alimentar da família não sejam adequados para suprir os requerimentos necessários ao crescimento normal da criança por períodos prolongados de tempo que se traduzem em subnutrição crónica. Esta hipótese com certeza necessita de demonstração através de estudos analíticos. Não se observaram diferenças entre os sexos das crianças.

Gráfico 9.3
Estado nutricional das crianças menores de três anos de acordo com os desvio da população de referencia indicado pelo Z-Score



IDSM 1997

Em relação ao intervalo dos nascimentos a ocorrência de desvios para baixo de -2 DP dos indicadores A/I e P/I reduz-se com o maior espaçamento dos nascimentos como era de prever.

No Quadro 9.5 a percentagem de indicadores antropométricos situados abaixo de -2 DP e -3 DP são relacionados com algumas características sociais seleccionadas. Em todos os indicadores excepto P/A abaixo de -2 DP a zona rural é aquela que apresenta percentagens superiores de crianças com indicadores abaixo de -3 DP e -2 DP da população de referência. De igual modo as crianças de mães sem escolaridade tem indicadores antropométricos abaixo da população de referência em comparação com as crianças de mães com educação primária e secundária. Esta observação era previsível se se considerar que a zona rural é em geral desfavorecida sob o ponto de vista de desenvolvimento sócio-económico. Por outro lado, é no campo onde em geral existe maior frequência de mulheres sem escolaridade ou poucos anos de escolaridade. O nível educacional da mãe tem sido associado com o estado de saúde dos seus filhos. A Cidade e a Província de Maputo tem menores percentagens de indicadores abaixo de -2 DP. As províncias do Norte (Niassa, Cabo Delgado e Nampula) são as que possuem aproximadamente 50 % das crianças com problemas de desnutrição aguda e crónica. Em geral o conjunto das províncias do sul (Inhambane, Gaza e Maputo) tem uma situação nutricional melhor.

Quadro 9.5 Estado nutricional das crianças menores de três anos

Entre as crianças menores de três anos, percentagem classificada como desnutrida de acordo com três índices antropométricos: altura por idade, peso por idade e peso por altura, segundo características demográficas e sócio-económicas seleccionadas, Moçambique 1997

	Altura para a idade		Peso para a altura		Peso para a idade		
Característica	Percentagem -3 DP ou mais	Percentagem -2 DP ou mais[1]	Percentagem -3 DP ou mais	Percentagem -2 DP ou mais[1]	Percentagem -3 DP ou mais	Percentagem -2 DP ou mais[1]	Número de crianças
Idade da criança (meses)							
< 6	3.4	13.6	0.7	2.8	0.9	4.7	578
6-11	5.9	24.7	1.3	8.6	8.1	24.2	561
12-23	20.9	42.4	3.3	12.6	11.5	33.8	959
24-35	26.0	53.6	2.3	5.2	13.0	34.4	738
Sexo da criança							
Masculino	16.2	36.1	2.0	8.0	9.7	28.2	1,450
Feminino	15.2	35.8	2.2	7.7	8.4	24.0	1,387
Ordem de nascimento							
1° filho	17.1	40.1	1.2	6.3	8.2	25.6	577
2°-3° filho	18.0	38.6	3.5	8.1	11.5	27.9	1,067
4°-5° filho	14.6	33.4	1.7	6.6	9.9	26.1	673
6° filho ou +	10.7	29.2	0.6	11.0	4.0	23.1	520
Intervalo do nascimento anterior							
Primeiro filho	17.1	40.0	1.2	6.3	8.2	25.4	580
< 2 anos	20.9	40.5	0.4	5.3	11.8	32.3	246
2-3 anos	16.9	36.7	2.5	8.2	9.9	28.4	1,433
4 ou mais	9.0	28.1	2.7	9.8	6.5	18.5	578
Residência							
Urbana	9.8	27.3	2.5	10.4	7.3	20.0	713
Rural	17.7	38.9	1.9	7.1	9.7	28.2	2,124
Província							
Niassa	29.9	54.6	0.8	3.2	10.2	38.1	178
Cabo Delgado	30.0	56.8	2.5	16.2	16.3	49.8	167
Nampula	19.9	38.4	1.6	6.8	14.5	29.1	318
Zambézia	17.3	36.9	3.2	9.2	13.3	33.2	322
Tete	21.0	45.7	2.3	16.0	16.7	41.4	150
Manica	19.6	40.5	0.4	5.0	9.9	33.6	260
Sofala	13.8	38.6	3.8	11.0	12.3	25.4	389
Inhambane	8.6	26.0	0.7	1.9	2.4	17.8	321
Gaza	10.6	30.0	3.6	9.7	2.5	15.7	381
Maputo	2.4	16.0	0.9	2.4	1.5	5.7	185
Maputo Cidade	8.7	21.5	0.7	7.5	2.6	9.0	167
Nível de escolaridade							
Sem escolaridade	20.1	40.8	1.5	7.5	11.0	30.4	1,040
Primário	14.0	34.8	1.7	7.7	8.4	24.1	1,678
Secundário ou mais	2.0	9.1	12.7	14.6	1.2	17.3	119
Religião[2]							
Católica	15.4	37.7	1.5	7.1	10.3	29.4	752
Protestante	12.5	31.6	4.3	10.6	6.7	21.0	885
Muçulmana	26.7	47.1	1.6	8.8	13.4	37.7	370
Outra	19.3	37.7	0.0	4.9	12.0	26.0	238
Sem religião	12.8	32.3	0.5	5.0	7.3	22.2	568
Total	15.7	35.9	2.1	7.9	9.1	26.1	2,837

Nota: cada índice se expressa em termos de desvio padrão (DP) da mediana da população de referência internacional recomendada pelo NCHS/CDC/WHO. As crianças se classificam como desnutridas quando se encontram 2 ou mais desvios padrão (2 DP) abaixo da mediana da população de referência.

[1] Inclui as crianças que estão 3 desvios padrão (3 DP) ou mais abaixo da mediana da população de referência.

[2] Exclui os casos sem informação.

9.3 Estado nutricional das mães

O estado nutricional das mães foi avaliado em mulheres com crianças menores de três anos com base nas seguintes medidas antropométricas: altura e índice de massa corporal (IMC). A partir destes dados foram estimadas as percentagens de mulheres com altura média inferior a 145 cm, considerado nível crítico da altura de uma mulher em idade fértil (*cut-off point*) e com IMC inferior a 18.5 (*cut-off point*) nos diferentes grupos etários (Quadro 9.6).

Quadro 9.6 Índice de Massa Corporal como indicador da situação nutricional das mães

Entre as mulheres que tiveram um filho nos três anos antes do inquérito, altura média e percentagem de mulheres com altura menor de 145 centímetros; média e percentagem com Índice de Massa Corporal menor de 18.5; e desvio médio do valor Z de IDS e percentagem abaixo de -2 DP do padrão do IDS, por características seleccionadas, Moçambique 1997

	Altura			Índice de Massa Corporal				
Característica	Valor medio	Percentagem com menos de 145 cm[1]	Número de mulheres	Média de IMC	Percentagem com menos de 18.5	Número de mulheres	Porcen-tagem < -2 DP	Número de mulheres
Edad								
15-19	154.5	8.1	506	20.9	13.6	419	2.9	419
20-24	154.5	7.4	1,024	21.5	8.5	823	2.0	820
25-29	155.7	2.1	953	21.4	12.2	796	6.5	796
30-34	156.2	4.4	594	21.8	10.7	491	9.3	491
35-49	156.2	2.5	666	22.1	10.7	563	13.6	563
Residência								
Urbana	157.1	2.7	773	22.4	6.8	669	3.4	669
Rural	154.9	5.4	2,970	21.3	12.1	2,423	7.4	2,419
Província								
Niassa	153.9	4.3	215	21.1	9.4	177	5.5	177
Cabo Delgado	153.6	4.7	206	20.7	10.3	179	7.9	179
Nampula	152.3	11.4	619	20.9	16.2	530	12.9	530
Zambézia	153.6	4.7	524	21.3	18.4	429	11.9	428
Tete	155.7	4.3	174	20.9	13.3	140	6.2	139
Manica	156.3	3.4	275	21.2	12.9	235	6.7	235
Sofala	155.3	5.1	581	20.7	10.3	439	2.2	439
Inhambane	156.7	1.6	328	22.9	2.6	287	2.4	287
Gaza	158.7	1.6	427	22.3	5.8	321	2.9	320
Maputo	158.7	2.2	217	23.0	6.2	201	2.5	201
Maputo Cidade	158.8	1.6	178	23.6	3.4	152	3.0	152
Nível de escolaridade								
Sem escolaridade	154.6	5.4	1,531	20.9	16.3	1,253	10.4	1,253
Primário	155.6	4.7	2,083	21.8	7.5	1,716	4.0	1,713
Secundário ou mais	160.9	0.0	129	24.2	4.0	122	3.4	122
Religião[2]								
Católica	154.0	6.7	1,073	21.4	10.5	916	7.4	915
Protestante	157.2	3.2	1,009	22.3	5.2	817	3.2	816
Muçulmana	153.4	8.4	569	21.2	14.2	481	8.6	481
Outra	155.3	1.1	289	21.7	8.4	244	5.0	241
Sem religião	156.3	3.3	774	21.0	17.1	611	8.4	611
Total	155.3	4.8	3,743	21.6	10.9	3,091	6.6	3,088

Nota: Este Quadro inclui só as mulheres que tiveram um filho nos três anos antees do inquérito. Foram excluídas as mulheres grávidas e aquelas que tiveram um filho nos últimos 2 meses.
[1] Número de desvios padrão médio do IDS que se utiliza como ponto de referência.
[2] Exclui os casos sem informação.

A altura da mulher grávida pode influenciar o resultado de uma gravidez. Em geral a altura tem relação com o tamanho da bacia pélvica. As mulheres de estatura baixa tendem a ter bacias pélvicas pequenas podendo por isso experimentar dificuldades no parto por estreiteza do canal de parto. Por outro lado, a altura das mulheres pode estar associada ao estado nutricional do futuro bebé. A altura média das mulheres com filhos menores de 3 anos de idade foi de 155.3 cm. As variações entre as províncias não ultrapassam os 6 cm sendo a média de alturas mais baixa a de Nampula (152.3 cm) e a mais alta a da Cidade de Maputo (158.8 cm). A diferença entre a zona rural e urbana é de 2.2 cm com benefício para a última. A percentagem de mulheres com altura média inferior a 145 cm é no global de aproximadamente 5 %. Em Nampula esta percentagem aumenta para cerca de 12 %.

O indicador IMC é obtido da divisão do peso corporal em quilogramas pelo quadrado da altura em metros e mede a magreza ou obesidade do indivíduo. Definiu-se que um IMC inferior a 18.5 é indicativo de deficiência calórica crónica. Entre as mulheres com crianças menores de três anos a média global do IMC foi de 21.5. Em geral no país 11 % das mulheres tem um IMC inferior a 18.5. As diferenças entre as províncias são notáveis. Observaram-se igualmente diferenças entre a zona rural e a urbana (12.3 % versus 6.6 % respectivamente). As mulheres com IMC inferior ao ponto crítico tendem a pertencer ao grupo sem escolaridade.

CAPÍTULO 10

SIDA

No IDS de 1997, recolheu-se informação sobre o Sindroma de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), doença causada pela infecção do vírus de imunodeficiência humana (HIV). SIDA tornou-se na última década num dos mais importantes problemas de saúde a nível mundial e em particular nos países Africanos e do terceiro mundo, dadas as suas características epidemiológicas peculiares: é uma doença que afecta maioritariamente a população economicamente activa, é invariavelmente fatal, a sua progressão é do tipo geométrico e actualmente contribui significativamente no peso global da doença no continente Africano.

A transmissão da infecção pelo HIV na África Sub-Sahariana ocorre principalmente por contacto heterossexual com indivíduos infectados. O uso de seringas contaminadas e a transfusão de sangue e produtos derivados como o plasma e plaquetas infectados são também vias de transmissão da infecção documentadas desde os anos iniciais da epidemia. A utilização de instrumentos cortantes e agulhas infectadas constituem meios adicionais de transmissão da infecção particularmente entre os viciados por drogas intravenosas. A transmissão vertical mãe-filho através da placenta e durante o parto nas mães infectadas representa a quase totalidade dos casos de SIDA nas crianças de tenra idade. Presentemente não existem evidências conclusivas nem casos confirmados de infecção pelo HIV transmitida através de aperto de mãos, beijos, picadas de insectos e utilização de utensílios comuns.

A evolução da epidemia do SIDA em Moçambique, tal como noutras regiões do continente, dependerá muito do nível de consciência individual e pública sobre a natureza desta doença sobretudo no que diz respeito à sua prevenção. Neste sentido os dados recolhidos pelo IDS proporcionam uma base informativa muito útil para a avaliação dos níveis de conhecimento do SIDA. As mulheres e os homens entrevistados no IDS foram inquiridos sobre uma série de questões que permitem determinar os conhecimentos sobre o SIDA, as fontes de infecção, percepções de risco, conhecimento de medidas preventivas, e atitudes gerais da população para com o SIDA. Também se obteve informação específica sobre o uso do preservativo dada a sua importância na prevenção da infecção pelo HIV e SIDA.

Neste momento está bem claro que a prevalência do HIV em Moçambique está a aumentar cada vez mais em todo o país e principalmente nas províncias centrais de Manica, Tete, Sofala e Zambézia (Ministério da Saúde, 1988). O primeiro estudo de seroprevalência realizado em Moçambique teve lugar em 1988, numa amostra de 3,800 indivíduos de ambos os sexos, de 15-45 anos de idade e residentes nas cidades capitais provinciais. Este estudo demonstrou uma taxa de prevalência média de infecção pelo HIV de 3.3 %. Em 1996 a OMS estimava que a prevalência média da infecção pelo HIV fosse cerca de 8 %.[1]

O primeiro caso de SIDA em Moçambique foi diagnosticado em 1986 e até Março de 1996 o Ministério da Saúde (MISAU) já notificara cerca de 4,906 casos à Organização Mundial da Saúde (OMS). O Programa Nacional de Combate às Doenças de Transmissão Sexual/SIDA (PNC/DTS/SIDA) do MISAU estima que o número de casos até agora notificados corresponda somente a 5 % do total dos casos de SIDA que os serviços de saúde deveriam diagnosticar e notificar, não pesassem os constrangimentos de natureza técnica e logísticos (acesso). Na verdade, a fraca cobertura sanitária, a falta de pessoal qualificado e de meios de diagnóstico, dentre outros aspectos, dificultam a notificação duma proporção considerável de casos de SIDA que ocorrem em Moçambique. De qualquer modo, com base nos resultados da vigilância

[1] Baseado em projecções de seroprevalência na população geral feitas pelo Ministério da Saúde a partir do *EPIMODEL* (relatório não publicado).

epidemiológica o MISAU e a OMS estimaram que em termos cumulativos até 1996 teriam ocorrido 985,000 casos de infecção pelo HIV, 158,000 casos de SIDA e 138,000 mortes devido ao SIDA na população adulta. No mesmo período, entre as crianças dos 0- 5 anos teriam ocorrido 111,000 casos de infecção pelo HIV, 58,000 casos de SIDA e 57,000 mortes devido ao SIDA.[1]

Para o controle da epidemia do HIV/SIDA e outras doenças de transmissão sexual o governo Moçambicano criou em 1988 o Programa Nacional de Controle de SIDA e a sua estrutura original baseava-se nos principais objectivos definidos pelo GPA (Global Program on AIDS) da OMS. A partir de 1995 o PNC/SIDA e o programa de controle de DTS foram integrados passando a ser um único programa que conta actualmente com uma componente de Marketing Social do preservativo masculino baptizado com o nome *Jeito.*[2]

Em resposta à progressão da epidemia do HIV/SIDA e à ameaça dos constrangimentos sócio-económicos e demográficos que isso acarreta, o governo de Moçambique adoptou a resolução do Comité Regional Africano da OMS, AFR45/ de 11 de Setembro de 1995, respeitante ao HIV/SIDA. Este documento preconiza a integração e a descentralização dos PNC/SIDA/DTS. Está já em curso ao nível do MISAU a integração de algumas actividades do PNC/DTS/SIDA com actividades da Saúde Materno-Infantil, Saúde do Adolescente e da Tuberculose e Lepra. Por outro lado a partir de 1996 o governo Moçambicano reforçou o envolvimento e empenho de outras organismos governamentais e não governamentais e sectores sócio-económicos na luta contra o SIDA.

O sistema de vigilância epidemiológica do HIV em Moçambique funciona desde 1992. Neste momento funcionam em todo o país 11 postos sentinela. Resultados da vigilância epidemiológica mostram que em 1992 a seroprevalência do HIV em doentes afectados de DTS era 18 % em Tete, 16 % em Manica e 2 % na Cidade de Maputo (Ministério da Saúde, 1992). Volvidos dois anos, em 1994, a seroprevalência do HIV no mesmo grupo populacional era em Tete 39 % , Manica 24 % e Cidade de Maputo 6 % (Ministério da Saúde, 1994). Entre as mulheres grávidas a seroprevalência do HIV em 1994 era em Tete 18 %, Manica 10 % e na Cidade de Maputo 3 %. Em 1996, neste mesmo grupo populacional a seroprevalência do HIV tinha aumentado em Tete para 23 %, em Manica para 19 % e na Cidade de Maputo para 6 % (Ministério da Saúde, 1996).

10.1 Conhecimentos e informação sobre SIDA

A divulgação da informação sobre SIDA é uma das principais estratégias educativas do PNC/DTS/SIDA. Para a extensão dos programas educativos sobre SIDA à comunidade o Ministério da Saúde conta com o envolvimento de outras instituições governamentais e não governamentais e de uma rede de mais de 40 ONGs e organizações comunitárias que trabalham na área do SIDA. As mensagens destinam-se a toda população e em particular aos grupos mais vulneráveis.

Tendo em conta o nível de alfabetização das populações, na divulgação dessas mensagens, são utilizadas línguas locais e veículos de comunicação considerados apropriados tais como: teatro, programas de rádio, jornais, televisão (TV), curandeiros, parteiras tradicionais e líderes comunitários.

No presente IDS indagou-se aos inquiridos se tinham ouvido falar do SIDA e a respectiva fonte de informação. Os Quadros 10.1 e 10.2 mostram que 82 % das mulheres e 94 % dos homens em Moçambique

[2] *Jeito*, designação escolhida para o preservativo, realça o aspecto de habilidades dos parceiros sexuais - "é preciso *Jeito*" e "só com *Jeito*".

Quadro 10.1 Conhecimento de SIDA segundo fonte de informação: mulheres

Percentagem de mulheres que conhecem o SIDA e percentagem segundo a fonte de informação, por características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Percentagem que conhece o SIDA	Fonte de informação: Radio	TV	Jornal/ Revista	Panfletos	Trabalhador de saúde	Igreja	Escola	Palestras	Amigos/ Parentes	Lugar de trabalho	Outras fontes	Número de mulheres	Promedio de fontes
Idade da entrevistada														
15-19	81.2	38.4	10.2	8.0	7.6	16.8	3.0	6.5	5.6	54.6	0.0	2.2	1,836	1.9
20-24	84.7	45.6	6.7	8.0	7.8	25.9	3.9	1.5	9.8	55.8	0.3	1.7	1,663	2.0
25-29	84.3	46.2	6.7	7.9	9.3	25.6	4.1	1.3	7.4	56.2	0.3	2.5	1,591	2.0
30-39	82.1	44.9	6.3	7.5	9.7	26.3	4.2	0.8	9.3	52.0	0.5	1.4	2,225	2.0
40-49	78.8	40.7	4.6	3.0	7.6	19.8	4.8	0.7	6.9	54.5	0.4	2.1	1,463	1.8
Estado civil														
Em união	81.2	41.5	4.5	5.4	8.8	24.9	3.4	0.8	8.3	54.3	0.2	1.7	6,530	1.9
Antes em união	86.3	46.5	6.1	8.2	9.3	23.9	6.7	0.8	7.2	60.3	1.0	1.1	920	2.0
Nunca em união	84.4	49.3	19.8	14.1	6.1	13.3	4.8	9.9	6.2	51.2	0.2	3.7	1,330	2.1
Residência														
Urbana	96.2	77.6	27.0	23.5	7.3	22.9	2.4	3.6	12.9	43.1	1.2	5.0	2,095	2.4
Rural	77.9	32.5	0.7	1.9	8.8	23.1	4.5	1.8	6.3	58.0	0.0	1.0	6,684	1.8
Província														
Niassa	64.2	29.7	0.3	2.2	3.7	38.8	2.3	1.8	8.4	42.5	0.1	1.1	457	2.0
Cabo Delgado	63.6	27.9	0.1	0.8	11.2	26.2	0.6	0.5	4.0	46.0	0.0	0.6	546	1.9
Nampula	87.8	40.0	2.8	5.3	25.4	19.8	6.3	0.8	10.4	69.4	0.1	0.7	1,462	2.1
Zambezia	81.3	36.3	0.9	5.1	5.6	19.5	14.2	1.8	4.9	54.5	0.1	0.8	1,319	1.8
Tete	96.7	68.6	0.9	4.0	1.3	46.4	4.3	6.9	6.5	59.7	0.0	2.4	314	2.1
Manica	94.2	42.1	1.4	1.1	1.5	24.6	0.2	0.8	2.6	61.8	0.0	3.4	484	1.5
Sofala	59.5	35.9	7.2	3.6	1.0	19.7	0.3	1.8	12.1	30.0	0.0	5.2	1,199	2.0
Inhambane	92.5	35.3	1.6	4.0	8.4	29.2	0.9	1.4	3.9	70.4	0.0	0.5	793	1.7
Gaza	89.3	46.8	1.4	3.8	2.1	21.0	0.1	3.4	8.9	66.3	0.3	1.8	994	1.7
Maputo	92.1	65.1	27.3	19.7	9.7	20.8	2.3	5.1	14.3	52.6	2.7	1.6	640	2.4
Maputo Cidade	94.8	76.0	46.0	35.6	8.4	13.9	2.6	4.1	4.4	35.3	0.8	4.0	570	2.4
Nível de escolaridade														
Sem escolaridade	73.5	31.6	1.3	1.3	8.8	19.1	3.7	1.1	6.0	54.1	0.0	0.6	3,765	1.7
Primário	88.2	49.4	7.9	8.3	7.8	26.3	4.2	2.4	8.7	55.8	0.3	2.7	4,631	2.0
Secundário ou mais	96.7	83.3	52.7	47.2	13.5	21.2	3.7	10.5	15.9	41.4	3.2	6.4	384	3.1
Religião[1]														
Católica	86.9	44.0	8.0	8.9	13.7	27.1	7.8	2.6	7.2	56.5	0.2	2.6	2,568	2.1
Protestante	88.1	49.9	9.0	8.3	4.6	23.2	1.8	3.0	7.8	54.9	0.8	2.3	2,298	1.9
Muçulmana	78.1	37.6	4.7	6.1	14.4	24.2	3.5	1.1	10.0	58.0	0.1	0.6	1,498	2.1
Outra	78.8	49.5	9.4	7.3	3.6	17.4	3.1	3.0	6.5	46.4	0.1	2.1	559	1.9
Sem religião	72.5	35.8	3.8	2.8	2.8	17.4	1.8	1.2	7.1	50.3	0.1	1.8	1,795	1.7
Total	82.2	43.2	7.0	7.0	8.5	23.0	4.0	2.2	7.9	54.5	0.3	2.0	8,779	1.9

[1] Exclui os casos sem informação

Quadro 10.2 Conhecimento de SIDA segundo fonte de informação: homens

Percentagem de homens que conhecem o SIDA e percentagem segundo a fonte de informação, por características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Percentagem que conhece o SIDA	Fonte de informação											Número de homens	Promedio de fontes
		Radio	TV	Jornal/ Revista	Panfletos	Trabalhador de saúde	Igreja	Escola	Palestras	Amigos/ Parentes	Lugar de trabalho	Outras fontes		
Idade do entrevistado														
15-19	89.5	66.9	18.1	20.9	10.0	8.9	3.4	6.2	5.3	47.2	0.2	8.9	382	2.2
20-24	93.9	53.9	15.1	17.1	17.2	17.8	2.7	6.8	5.7	55.1	1.3	4.9	333	2.1
25-29	98.8	69.2	18.4	30.2	19.1	12.7	4.0	0.8	7.8	54.4	1.7	4.8	333	2.3
30-39	95.9	70.0	14.7	25.2	17.1	21.8	4.9	1.0	8.0	42.2	2.4	9.0	561	2.3
40-49	93.7	61.1	9.5	19.6	15.9	14.8	4.6	0.5	7.8	49.5	2.6	4.1	366	2.0
50-64	90.9	55.0	6.0	11.8	14.3	24.3	2.7	0.0	9.1	50.2	1.6	6.5	360	2.0
Estado civil														
Em união	95.6	62.2	10.9	20.5	16.7	20.1	4.0	0.7	8.2	48.9	2.2	5.7	1,662	2.1
Antes em união	87.6	68.4	24.3	30.2	14.7	13.1	2.7	0.5	3.7	49.4	0.9	11.0	103	2.5
Nunca em união	90.1	65.9	19.8	21.3	12.7	9.1	3.3	7.9	5.4	49.0	0.4	8.4	570	2.3
Residência														
Urbana	96.8	83.1	41.3	47.7	15.9	9.8	3.9	2.3	8.9	39.4	3.8	6.8	646	2.7
Rural	92.7	55.8	3.1	11.0	15.5	19.9	3.8	2.5	6.8	52.6	0.9	6.6	1,689	1.9
Província														
Niassa	95.1	44.8	2.9	26.6	26.4	34.3	11.6	9.9	9.4	57.7	1.8	9.2	111	2.5
Cabo Delgado	95.1	74.0	0.4	12.5	11.3	43.2	0.7	2.6	0.5	85.2	4.6	10.1	172	2.6
Nampula	89.3	43.9	6.5	16.6	24.1	14.2	3.5	0.0	17.4	40.0	1.2	2.0	367	1.9
Zambezia	87.2	61.3	5.3	10.4	22.0	12.4	10.1	1.3	4.4	47.3	0.9	0.3	408	2.0
Tete	98.1	87.1	2.6	23.7	4.1	36.0	3.5	5.9	7.9	29.0	0.6	2.4	95	2.1
Manica	96.7	82.2	8.7	22.4	14.0	18.5	3.9	5.3	4.7	78.8	3.8	4.0	122	2.5
Sofala	98.3	45.4	13.6	16.2	5.9	7.5	0.6	0.7	5.9	62.1	0.8	1.0	371	1.6
Inhambane	91.5	75.6	5.9	19.7	13.8	18.0	0.0	0.0	10.0	30.4	0.0	3.4	179	1.9
Gaza	98.6	73.1	10.9	17.0	5.5	27.3	0.0	9.4	1.0	35.8	0.0	31.4	177	2.1
Maputo	96.6	75.3	41.1	37.6	17.3	4.5	5.4	0.6	8.1	43.6	1.1	18.6	155	2.6
Maputo Cidade	98.6	89.0	63.9	59.4	18.9	6.8	1.2	1.9	6.0	29.7	6.1	9.6	177	3.0
Nível de escolaridade														
Sem escolaridade	85.9	44.7	2.4	1.7	10.5	10.5	2.2	0.2	5.4	51.1	0.4	6.3	457	1.6
Primário	95.2	64.2	10.9	20.0	15.0	19.3	4.0	2.8	6.9	51.1	1.8	6.4	1,625	2.1
Secundário ou mais	99.8	91.6	52.1	63.5	28.8	15.0	5.7	4.1	13.8	31.3	2.9	8.7	253	3.2
Religião[1]														
Católica	94.6	69.5	13.9	21.3	17.2	18.8	7.8	1.4	9.9	43.4	1.8	4.2	811	2.2
Protestante	96.6	75.7	24.6	32.6	13.1	14.6	1.6	6.2	4.3	37.3	1.6	13.7	435	2.3
Muçulmana	92.7	57.0	10.0	21.8	20.6	24.0	3.3	2.4	8.7	57.5	2.5	4.2	407	2.3
Outra	97.2	59.2	7.1	16.3	9.0	10.4	1.1	1.2	3.1	57.5	1.1	2.5	169	1.7
Sem religião	89.6	48.0	8.4	12.0	12.6	12.7	0.1	1.3	6.4	57.4	1.0	8.3	482	1.9
Total	93.9	63.4	13.7	21.1	15.6	17.1	3.8	2.4	7.3	49.0	1.7	6.6	2,335	2.1

[1] Exclui os casos sem informação.

conhecem ou já ouviram falar de SIDA. As principais fontes de informação citadas foram a rádio (63 % dos homens e 43 % das mulheres), amigos e familiares (55 % das mulheres e 49 % dos homens) e trabalhadores de saúde (23 % das mulheres e 17 % dos homens). As mais altas percentagens de pessoas que ouviram falar de SIDA são das províncias de Tete (mulheres e homens 97 %), Manica (mulheres 94 % e homens 96 %) e a capital do país Cidade de Maputo (mulheres 95 %, homens 99 %). Inquiridos residentes em zonas urbanas referiram ter em média mais fontes de informação (2.7) que os inquiridos residentes nas zonas rurais (1.9). A rádio, a televisão e jornal foram as fontes de informação mais frequentemente citadas na zona urbana em relação à rural.

Os inquiridos de ambos os sexos sem escolarização estavam geralmente menos informados sobre SIDA em relação aos escolarizados do nível primário e secundário. As mulheres que já tinham sido casadas tendiam a ser mais informadas sobre o SIDA relativamente às mulheres actualmente casadas e as que nunca casaram. Os homens actualmente em união demonstraram ter mais conhecimento sobre o SIDA (95 %) que os homens anteriormente casados (87 %) e os que nunca casaram (90 %).

Os amigos e familiares e a rádio foram as fontes de informação mais citadas. Um pouco mais de metade das mulheres (55 %) e metade dos homens (49 %) tinham recebido informação através de amigos e familiares. Mais homens (63 %) que mulheres (43 %) obtiveram a informação sobre SIDA através da rádio. Um homem em cada cinco e uma mulher em cada 14 afirmaram ter tido acesso à informação sobre SIDA a partir dos jornais. Também mais homens (16 %) que mulheres (9 %) declararam ter tido informação sobre SIDA através de panfletos. É provável que estas diferenças de fontes de informação baseadas no género reflitam diferenças de educação e de posses (estatuto sócio-económico) entre os homens e as mulheres que ainda caracterizam a sociedade moçambicana.

Mais mulheres (23 %) que homens (17 %) afirmaram terem sido informados sobre SIDA através dos trabalhadores da saúde. Este resultado pode ser consequência do facto de em geral a mulher frequentar mais a unidade sanitária que o homem e portanto ser mais exposta a mensagens educativas sobre saúde. Aproximadamente 4 % dos respondentes de ambos os sexos revelaram que obtiveram a informação através da igreja e mesquitas e 8 % das mulheres e 7 % dos homens revelaram ter recebido a informação através de reuniões ou encontros comunitários. Em ambos os sexos a escola foi menos citada como fonte de informação sobre o SIDA (2 %), tendo sido relativamente mais citada entre os inquiridos mais jovens. Esta observação é provavelmente expressão da proporção relativamente pequena de indivíduos escolarizados na amostra estudada. De qualquer forma deve ser motivo de preocupação o facto de a escola não ser ainda uma fonte de disseminação de informação sobre o SIDA, particularmente se se considerar a população atendida por este sector.

Entre as mulheres, para a maioria das fontes de informação investigadas, a proporção de residentes na zona rural que dessas fontes ouviram falar do SIDA foi menor em relação aos residentes na zona urbana. No entanto verificou-se que os amigos e familiares foram mais citados como fontes de informação na zona rural (58 %) que na zona urbana (43 %). De igual modo as igrejas e mesquitas foram mais citadas na zona rural (5 %) que na zona urbana (2 %) assim como os panfletos (9 % versus 7 %). É interessante notar que apesar das discrepâncias na disponibilidade de serviços de saúde entre o campo e a cidade não foram observadas diferenças quanto à informação sobre o SIDA que as mulheres residentes no campo e na cidade obtiveram dos trabalhadores de saúde (23 %).

Para os homens verificou-se a mesma tendência descrita para as mulheres para a maioria das fontes de informação. Em relação aos trabalhadores de saúde, eles foram mais citados pelos respondentes da zona rural (20 %) que os da zona urbana (10 %). O mesmo se verificou em relação aos amigos e familiares citados por 53 % dos homens residentes na zona rural e 40 % do que residem na zona urbana. Para as duas zonas não se observaram diferenças quanto à obtenção de informação a partir dos panfletos.

O conhecimento do SIDA por fontes de informação varia por províncias em ambos os sexos. A rádio foi mais citada em Maputo (89 % homens e 76 % mulheres), Tete (87 % homens e 69 % mulheres) e Manica (82 % homens e 42 % mulheres), Inhambane (76 % homens e 35 % mulheres). Os valores mínimos de obtenção de mensagens sobre SIDA através da rádio foram encontrados em Nampula (44 % homens e 40 % mulheres), Sofala (45 % homens e 36 % mulheres) e Niassa (45 % homens e 30 % mulheres). Em geral a TV e os Jornais foram mais frequentemente mencionados pelos respondentes da província e cidade de Maputo. Os trabalhadores de saúde foram as fontes de informação mais frequentemente citadas nas províncias do centro e norte do país.

10.2 Conhecimentos sobre formas de prevenção do SIDA

Os Quadros 10.3 e 10.4 mostram a percentagem de mulheres e homens que declararam conhecer meios específicos para prevenir a infecção pelo vírus causador do SIDA. Cerca de 40 % das mulheres e 38 % dos homens afirmaram que não existe nenhum meio para evitar o SIDA. Dos restantes inquiridos, 66 % das mulheres e 47 % dos homens afirmaram não conhecer qualquer meio para evitar a infecção pelo vírus do SIDA. Somente 34 % das mulheres e 54 % dos homens conheciam pelo menos um meio para evitar o SIDA.

Mais mulheres (28 %) que homens (24 %) afirmaram que a limitação de número de parceiros sexuais ou ter relações com um único parceiro constituem meios para evitar a propagação do SIDA. Por outro lado mais homens (31 %) que mulheres (15 %) indicaram o uso do preservativo como meio para evitar o SIDA. Do mesmo modo 19 % dos homens e 5 % das mulheres afirmaram que evitar relações sexuais com prostitutas era uma das formas de evitar a doença SIDA. Em relação a outras medidas de prevenção do SIDA somente três homens em cada 100 e aproximadamente uma mulher em cada 100 afirmaram que evitar transfusões de sangue reduz o risco de contrair o SIDA. Em relação às injecções, um em cada 100 dos inquiridos de ambos os sexos mencionou que se deve evitar o uso de agulhas não esterilizadas.

Mais homens (1.4 %) que mulheres (0.6 %) deram respostas que reflectem má informação ou falta de conhecimentos sobre os meios para se evitar contrair o SIDA como por exemplo evitar picada de mosquitos, evitar beijos e procurar protecção através dos curandeiros.

O conhecimento de meios de prevenção do SIDA varia por províncias. Enquanto que em Tete (uma das províncias com altas seroprevalências de HIV) 13 % das mulheres e 25 % dos homens afirmaram que não existem meios de prevenção do SIDA, em Gaza essa percentagem aumentou para 61 % nas mulheres e 44 % nos homens respectivamente. A menção pelas mulheres do preservativo masculino como meio da prevenção do SIDA foi de 41 % na cidade de Maputo, 36 % em Tete e 31 % na província de Maputo. Os valores mais baixos foram encontrados nas províncias de Nampula (4 %), Cabo Delgado (5 %) e em Sofala (11 %). Os homens referiram-se ao preservativo como meio de prevenção do SIDA mais frequentemente na cidade de Maputo (63 %), província de Maputo (52 %), província de Inhambane e Manica (48 %), Gaza (39 %) e Tete (37 %), tendo as proporções mais baixas sido encontradas em Nampula, Zambézia (ambos com 16 %) e Sofala (22 %).

As mulheres e homens (30 % e 54 % respectivamente) residentes em zona urbana referiram o preservativo como sendo um dos meios para limitar a propagação do SIDA contrastando com os inquiridos de ambos os sexos residentes em zona rural (10 % para as mulheres e 22 % para os homens). Evitar relações sexuais com prostitutas como meio para reduzir a propagação do SIDA foi mais frequentemente citado nas zonas rurais em ambos os sexos (mulheres 6 % e homens 22 %) do que nas zonas urbanas (mulheres 2 % e homens 11 %).

Quadro 10.3 Conhecimento de formas para evitar o SIDA entre as mulheres

Entre as mulheres com conhecimentos sobre o SIDA, percentagem de mulheres com conhecimentos de formas para evitar o SIDA e percentagem com má informação, segundo características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Não há forma de evitar o SIDA	Formas de evitar o SIDA											Não sabe que fazer	Má infor-madas	Número de mu-lheres
		Abste-nerse de sexo	Usar preser-vativos	Ter um só par-ceiro	Evitar sexo com prosti-tutas	Evitar sexo homo-sexual	Evitar trans-fusão	Evitar injec-ções	Evitar beijos	Evitar pica-dura de mosquito	Visitar curan-deiro	Outras formas			
Idade da entrevistada															
15-19	39.9	1.6	17.5	23.4	4.8	0.4	0.4	0.6	0.0	0.1	0.0	0.1	68.2	0.2	1,491
20-24	41.5	0.4	13.5	27.4	3.1	0.2	0.6	0.7	0.3	0.0	0.5	0.0	67.9	0.8	1,408
25-29	35.8	0.5	17.4	31.4	7.5	0.5	0.2	0.6	0.3	0.0	0.6	0.1	60.6	0.8	1,341
30-39	38.8	1.3	17.6	32.0	5.0	0.4	1.1	0.9	0.3	0.0	0.4	0.1	61.1	0.7	1,828
40-49	44.7	1.7	9.1	21.3	4.2	0.1	0.5	0.4	0.0	0.1	0.2	0.0	73.5	0.3	1,153
Estado civil															
Em união	40.1	0.5	13.0	27.8	5.5	0.3	0.5	0.4	0.2	0.0	0.4	0.0	67.1	0.6	5,303
Antes em união	44.3	2.6	15.2	26.1	4.2	0.2	0.6	1.5	0.2	0.0	0.3	0.0	63.5	0.5	794
Nunca em união	36.2	2.7	27.0	26.9	2.7	0.6	0.9	1.3	0.2	0.1	0.1	0.2	61.1	0.5	1,123
Residência															
Urbana	41.6	1.3	29.8	26.6	1.8	0.9	1.2	1.9	0.4	0.1	0.5	0.2	60.0	1.1	2,016
Rural	39.3	1.0	9.8	27.9	6.1	0.1	0.4	0.2	0.1	0.0	0.3	0.0	68.0	0.4	5,205
Província															
Niassa	46.0	0.0	17.4	45.2	16.5	0.0	0.5	0.3	0.5	0.0	0.4	0.0	49.2	0.9	294
Cabo Delgado	24.2	0.6	4.5	34.6	20.0	0.4	0.0	0.4	0.2	0.0	0.4	0.0	58.9	0.7	348
Nampula	22.6	0.0	4.0	29.6	10.3	0.5	0.0	0.3	0.3	0.0	0.2	0.0	68.6	0.4	1,283
Zambezia	47.3	0.1	10.8	27.4	1.3	0.1	0.1	0.1	0.2	0.0	0.0	0.0	69.3	0.2	1,073
Tete	13.4	1.3	35.6	61.8	4.1	1.1	1.4	2.3	0.1	0.0	2.5	0.0	32.0	2.6	304
Manica	46.0	0.1	14.3	35.1	0.2	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	58.1	0.2	456
Sofala	59.4	0.3	10.6	16.4	1.1	0.5	0.2	0.2	0.6	0.0	0.5	0.0	77.8	0.7	713
Inhambane	37.3	0.1	16.3	26.5	1.5	0.3	0.4	0.1	0.0	0.0	0.4	0.0	68.0	0.4	734
Gaza	60.5	4.9	12.0	9.6	4.8	0.2	1.6	0.3	0.0	0.0	0.2	0.0	80.8	0.2	888
Maputo	34.0	0.4	30.8	23.3	0.3	0.1	0.5	2.4	0.0	0.0	0.6	0.0	60.9	0.6	589
Maputo Cidade	33.7	4.2	41.1	33.0	2.9	0.4	2.5	3.1	0.1	0.3	0.2	0.8	52.9	1.4	540
Nível de escolaridade															
Sem escolaridade	42.4	0.8	6.5	25.6	5.9	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.3	0.0	70.7	0.3	2,765
Primário	40.7	0.9	16.5	26.1	4.2	0.4	0.4	0.5	0.2	0.0	0.4	0.0	66.6	0.6	4,084
Secundário ou mais	13.5	6.2	69.6	56.8	6.2	1.8	7.4	7.1	0.7	0.3	0.8	0.9	20.0	2.6	371
Religião[1]															
Católica	35.3	0.3	19.5	33.9	6.0	0.4	0.7	1.0	0.1	0.0	0.3	0.1	59.3	0.5	2,231
Protestante	44.8	1.4	15.9	21.1	2.2	0.3	0.9	0.6	0.1	0.0	0.3	0.0	70.7	0.4	2,025
Muçulmana	26.8	0.1	9.7	31.3	11.2	0.4	0.5	1.0	0.3	0.1	0.3	0.0	63.3	0.7	1,169
Outra	41.8	0.7	17.4	33.8	2.1	0.0	0.3	0.4	1.0	0.0	1.9	0.0	59.0	2.5	440
Sem religião	51.6	2.9	11.1	21.1	2.7	0.1	0.2	0.2	0.0	0.0	0.1	0.1	74.5	0.3	1,301
Total	39.9	1.1	15.4	27.5	4.9	0.3	0.6	0.7	0.2	0.0	0.4	0.1	65.8	0.6	7,220

[1] Exclui os casos sem informação.

Quadro 10.4 Comhecimento de formas para evitar o SIDA entre os homens

Entre os homens com conhecimento sobre o SIDA, percentagem de homens com conhecimentos de formas para evitar o SIDA e percentagem com má informação, segundo características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Não há forma de evitar o SIDA	Formas de evitar o SIDA											Não sabe que fazer	Má infor-mados	Número de hom-ens
		Abste-nerse de sexo	Usar preser-vativos	Ter um só par-ceiro	Evitar sexo com prosti-tutas	Evitar sexo homo-sexual	Evitar trans-fusões	Evitar injec-ções	Evitar beijos	Evitar pica-dura de mosquito	Visitar curan-deiro	Outras formas			
Idade do entrevistado															
15-19	44.3	0.6	30.8	16.6	10.0	0.8	2.2	2.0	0.6	0.0	0.2	0.8	57.4	1.6	342
20-24	42.9	0.3	27.0	23.7	14.2	0.6	2.2	0.8	0.2	0.0	0.9	1.0	53.2	2.1	313
25-29	34.4	0.3	38.1	30.6	23.4	0.3	4.3	0.4	2.8	0.0	0.0	0.3	42.1	3.1	329
30-39	35.4	1.3	30.4	24.8	19.2	0.4	4.0	2.5	0.1	0.4	0.6	1.1	44.2	2.1	538
40-49	37.3	0.0	30.8	27.8	23.9	0.0	1.3	0.2	2.9	0.1	0.0	1.6	41.6	4.6	343
50-64	33.1	0.4	28.0	19.2	22.6	0.0	0.3	0.2	0.0	0.0	0.1	0.3	46.2	0.4	327
Estado civil															
Em união	37.8	0.2	29.4	25.2	21.4	0.2	2.2	1.0	1.3	0.1	0.2	0.6	46.2	2.2	1,589
Antes em união	34.2	1.4	36.7	21.3	8.8	1.1	2.7	1.0	0.0	0.0	1.2	0.5	46.7	1.6	90
Nunca em união	37.9	1.4	34.3	20.1	13.0	0.8	3.6	1.7	0.4	0.1	0.5	1.7	50.1	2.7	513
Residência															
Urbana	25.1	1.8	54.0	28.7	10.9	0.6	3.0	2.2	0.5	0.2	0.6	2.4	33.0	3.7	625
Rural	42.6	0.1	21.6	21.9	22.1	0.2	2.3	0.7	1.2	0.1	0.2	0.2	52.7	1.8	1,567
Província															
Niassa	43.7	0.2	30.9	29.3	25.5	1.1	4.4	0.3	0.2	0.0	0.9	0.0	44.0	1.1	106
Cabo Delgado	25.8	0.3	18.9	26.2	37.4	0.4	0.9	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	50.3	0.0	164
Nampula	59.9	0.0	15.8	14.8	16.5	0.4	3.5	1.4	3.8	0.0	0.5	0.0	66.4	4.4	328
Zambezia	15.1	0.0	16.0	32.5	43.4	0.0	2.4	2.0	2.4	0.2	0.0	0.0	23.3	2.6	356
Tete	24.9	0.0	36.9	32.8	21.4	0.0	7.0	4.2	0.6	0.0	0.0	0.0	32.2	0.6	93
Manica	25.1	0.0	47.9	40.1	9.9	0.0	3.6	1.4	0.1	0.6	2.4	0.2	41.1	3.4	118
Sofala	56.8	0.0	21.6	12.5	9.8	0.8	1.1	0.7	0.0	0.2	0.0	0.0	65.2	0.2	365
Inhambane	41.5	0.0	48.2	29.5	6.9	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0	0.1	1.6	43.5	1.6	164
Gaza	43.9	0.0	38.7	13.7	9.7	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	56.9	0.4	174
Maputo	29.5	3.1	51.8	20.6	9.8	0.2	5.1	1.8	0.2	0.2	1.0	0.2	43.7	1.6	150
Maputo Cidade	21.5	3.8	62.9	33.5	4.6	0.8	3.2	0.5	0.0	0.0	0.0	8.6	29.3	8.6	174
Nível de escolaridade															
Sem escolaridade	39.1	0.0	7.0	19.3	21.7	0.0	0.8	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	57.2	0.2	393
Primário	41.8	0.3	30.3	22.2	18.7	0.3	1.9	0.7	1.4	0.1	0.4	0.5	49.5	2.4	1,547
Secundário ou mais	10.1	3.0	71.5	41.2	15.9	1.0	8.8	5.9	0.3	0.1	0.3	4.1	16.7	4.8	252
Religião[1]															
Católica	31.5	1.1	36.0	27.1	20.7	0.0	3.7	1.6	2.6	0.0	0.1	1.1	38.4	3.8	767
Protestante	38.4	0.1	41.1	22.8	12.6	0.4	1.4	0.7	0.1	0.2	0.4	1.2	44.8	1.8	420
Muçulmana	38.3	0.2	21.6	24.8	27.7	0.7	2.6	1.8	0.0	0.2	0.7	0.5	51.1	1.4	377
Outra	47.4	0.2	21.5	21.1	14.7	1.7	2.8	2.2	0.0	0.0	0.0	0.3	61.7	0.3	164
Sem religião	44.7	0.6	23.0	18.5	15.6	0.2	1.3	0.1	0.4	0.2	0.4	0.6	57.0	1.7	432
Total	37.6	0.5	30.8	23.9	18.9	0.4	2.5	1.2	1.0	0.1	0.3	0.9	47.1	2.3	2,192

[1] Exclui os casos sem informação.

Apesar do nível de conhecimentos sobre o SIDA não reflectir necessariamente mudança de atitudes e práticas com vista a adopção de comportamentos de menor risco de infecção pelo HIV, existe uma relação concordante entre o nível de escolarização e o nível de conhecimentos sobre o HIV/SIDA e a sua prevenção. Os resultados do IDS consubstanciam esta afirmação apesar da proporção relativamente pequena de inquiridos que indicaram pelo menos uma forma de prevenção do SIDA, (34 % das mulheres e 53 % dos homens). Tanto entre homens como entre mulheres, comportamentos de menor risco de infecção pelo HIV (abstinência, limitação do numero de parceiros, evitar transfusões sanguíneas) foram mais comummente mencionados pelos inquiridos com mais escolarização em comparação com os que não são escolarizados. Por exemplo, uso do preservativo como medida de protecção foi mencionado por 7 % das mulheres sem escolaridade e por 70 % das mulheres com ensino do nível secundário ou mais. Entre os homens a variação observada foi de 7 % a 72 % nas mesmas subcategorias de escolarização.

10.3 Conhecimento do SIDA através da percepção do risco

Os Quadros 10.5 e 10.6 mostram a percentagem de mulheres e homens que estão informados sobre alguns aspectos de saúde relacionados com o SIDA de acordo com características sócio-demográficas seleccionadas. Os resultados do IDS mostram que 47 % das mulheres e 64 % dos homens acreditam que um indivíduo aparentemente saudável possa ser portador do vírus que causa o SIDA. Em contrapartida 19 % das mulheres e 15 % dos homens não acreditam que um indivíduo com uma aparência saudável possa ser portador do vírus causador do SIDA. Aproximadamente uma mulher em cada 100 e dois homens em cada 100 acreditam que SIDA não é uma doença fatal. Tanto homens como mulheres residentes em zonas rurais e sem escolaridade eram mais propensos a ter conceitos erróneos em relação a maior parte dos aspectos de saúde relacionados com SIDA.

10.4 Percepção de risco de contrair o HIV/SIDA

O IDS 1997 incluiu também questões relativas ao grau da percepção individual do risco de contrair a infecção pelo HIV. A todos os inquiridos de ambos os sexos que já tinham ouvido falar do SIDA foi-lhes pedido para determinar a probabilidade que julgavam ter de contrair o SIDA. Foi-lhes pedido que seleccionassem uma resposta entre cinco alternativas: nula, pequena, moderada, grande e já com SIDA. Em geral a percepção de risco de contrair SIDA é proporcionalmente maior nos homens que nas mulheres. Os Quadros 10.5 e 10.6 mostram que 9 % das mulheres e 26 % dos homens afirmaram que não tinham nenhuma possibilidade de contrair a doença e 23 % das mulheres e 47 % dos homens julgaram ter uma pequena possibilidade. Mais homens (11 %) que mulheres (7 %) achavam que tinham uma grande possibilidade de contrair o SIDA.

A percepção do risco de infecção pelo HIV nas mulheres varia com a idade. As mulheres do grupo etário dos 20-29 anos consideravam-se relativamente mais em risco de infecção pelo vírus do SIDA em relação aos outros grupos etários. Nos homens, os grupos dos 30-39 e dos 50-64 anos julgaram-se com grande risco para contrair o vírus do SIDA. Em geral os adolescentes de ambos os sexos revelaram ter uma percepção de risco menor que os grupos etários de maior idade. Esta situação deve causar preocupação porquanto as camadas mais jovens, ao se considerarem com baixo risco de contrair a doença estarão mais propensos a adoptar atitudes e prática conducivas a comportamentos de risco para a infecção pelo HIV e SIDA. Por outro lado é possível que os jovens não estejam expostos a mensagens educativas sobre o SIDA dado que, como se viu, a escola em geral ter sido menos citada como fonte de informação pelos respondentes.

As mulheres casadas foram mais propensas a julgarem-se sem risco de contrair SIDA (8 %) em relação às mulheres anteriormente casadas (12 %) e às que nunca casaram (15 %). Contrariamente os homens casados tenderam a considerar-se em grande risco de contrair a infecção pelo vírus causador do SIDA (12 %) em relação aos homens nas outras subcategorias; anteriormente casado (5 %) e nunca casado

Quadro 10.5 Percepção de categorías de risco ao SIDA entre as mulheres

Entre as mulheres que conhecem o SIDA, distribuicão percentual pelas diversas categorías de percepção do risco ao SIDA, segundo características seleccionadas, Moçambique 1997

	Uma pessoa saudável pode ter SIDA			O SIDA é uma doença mortal				Riscos de contrair SIDA						
Característica	Não pode	Sim pode	Não sabe/ Sem inform.	Quase nunca	Algu-mas vezes	Quase sem-pre	Não sabe/ Sem inform.	Sem risco	Risco mí-nimo	Risco mode-rado	Risco alto	Já tem SIDA	Não sabe/ Sem inform.	Número de mu-lheres
Idade da entrevistada														
15-19	20.3	42.2	37.5	0.7	22.3	49.7	27.4	12.6	20.2	5.0	7.4	0.4	54.4	1,491
20-24	17.5	49.7	32.8	1.6	22.8	54.7	21.0	7.5	22.6	10.4	6.9	0.1	52.4	1,408
25-29	20.5	48.9	30.6	1.1	29.0	51.2	18.8	7.9	29.1	9.4	5.6	0.4	47.7	1,341
30-39	18.6	53.4	28.0	0.6	27.0	54.7	17.7	8.9	20.1	8.7	8.5	0.8	53.2	1,828
40-49	19.1	40.2	40.8	0.1	19.9	53.7	26.2	10.0	24.1	6.5	4.3	0.2	54.9	1,153
Estado civil														
Em união	18.7	47.1	34.2	0.8	24.0	53.8	21.3	7.9	23.3	7.9	6.1	0.4	54.5	5,303
Antes em união	19.8	48.1	32.1	0.4	24.3	52.4	22.9	11.7	22.6	9.7	7.8	0.2	48.1	794
Nunca em união	20.7	48.6	30.7	1.1	26.6	48.5	23.9	14.7	21.2	7.6	9.3	0.5	46.7	1,123
Residência														
Urbana	15.8	63.9	20.3	1.9	26.1	56.5	15.5	12.4	22.6	11.4	13.7	1.0	39.0	2,016
Rural	20.5	41.0	38.5	0.4	23.8	51.4	24.4	8.2	23.0	6.7	4.1	0.2	57.8	5,205
Província														
Niassa	34.5	54.0	11.5	0.7	46.4	38.5	14.3	2.4	53.5	13.4	3.2	0.0	27.6	294
Cabo Delgado	7.2	48.7	44.1	0.0	8.0	49.1	42.8	2.9	6.0	5.1	0.8	0.0	85.2	348
Nampula	21.8	30.6	47.6	0.5	34.0	46.7	18.8	1.9	26.9	3.7	2.7	0.4	64.3	1,283
Zambezia	18.9	50.2	30.9	1.0	34.8	38.6	25.6	7.4	18.4	6.2	1.7	0.2	66.1	1,073
Tete	21.2	66.7	12.1	0.4	18.7	76.0	4.9	6.9	30.1	22.1	21.7	0.0	19.3	304
Manica	31.1	53.0	15.8	0.4	16.5	79.2	3.8	27.0	18.7	15.7	2.2	0.0	36.4	456
Sofala	18.5	60.9	20.6	2.1	17.1	64.9	15.9	24.6	18.2	7.3	10.1	2.9	36.9	713
Inhambane	8.6	23.3	68.2	0.0	31.2	26.3	42.5	1.7	12.1	5.2	6.1	0.0	74.8	734
Gaza	24.8	43.2	32.1	0.2	4.3	71.3	24.2	10.0	27.9	10.2	3.0	0.1	48.9	888
Maputo	14.9	61.3	23.9	0.4	17.4	58.0	24.2	8.9	19.9	6.0	30.6	0.0	34.7	589
Maputo Cidade	12.1	68.8	19.2	3.3	31.1	54.6	11.1	15.4	31.9	10.0	4.3	0.1	38.4	540
Nível de escolaridade														
Sem escolaridade	20.6	42.4	37.0	0.8	25.8	48.7	24.7	9.8	24.0	6.9	4.6	0.1	54.6	2,765
Primário	19.1	47.4	33.5	0.8	23.2	54.5	21.5	8.7	21.0	8.6	7.3	0.7	53.8	4,084
Secundário ou mais	9.2	84.5	6.3	0.7	28.8	65.0	5.5	13.8	35.3	9.9	16.9	0.1	24.0	371
Religião[1]														
Católica	18.9	49.1	32.0	0.6	28.9	51.4	19.1	6.8	23.3	7.5	7.2	0.4	54.9	2,231
Protestante	17.7	48.0	34.3	0.7	22.1	55.1	22.1	11.0	22.3	7.5	8.4	0.6	50.1	2,025
Muçulmana	19.2	42.7	38.1	0.7	28.5	47.2	23.5	2.9	25.1	5.7	2.4	0.2	63.8	1,169
Outra	16.2	62.4	21.4	3.0	25.5	54.3	17.2	15.2	21.6	13.0	10.6	0.5	39.1	440
Sem religião	23.0	41.7	35.3	0.7	16.6	56.1	26.6	15.2	20.9	10.0	5.8	0.4	47.6	1,301
Total	19.2	47.4	33.4	0.8	24.5	52.8	21.9	9.4	22.9	8.0	6.7	0.4	52.5	7,220

[1] Exclui os casos sem informação.

(8 %). As mulheres urbanas (14 %) e com escolaridade secundária (17 %) consideravam-se com um grande risco de contrair a doença em relação às mulheres rurais (4 %) e sem escolaridade (5 %). Possivelmente este resultado seja devido ao diferente acesso à informação sobre SIDA.

Entre os homens não foram observadas diferenças sistemáticas de percepção de risco de contrair o vírus de SIDA em associação ao local de residência (rural ou urbana). Porém existe uma ligeira diferença de percepção de risco de infecção entre homens com escolaridade secundaria ou mais (13 %) e os homens com escolaridade primária ou sem escolaridade (10 %).

Em relação à questão se o inquirido já teria SIDA na altura do inquérito, 4 mulheres em cada 1,000 e 6 homens em cada 1,000 afirmaram ter SIDA.

10.5 Mudança de comportamento sexual face ao SIDA

Aos inquiridos também se perguntava se o seu conhecimento sobre SIDA teria influenciado ou modificado a decisão de ter relações sexuais ou o seu comportamento sexual. Os Quadros 10.7 e 10.8 e Gráfico 10.1 mostram a percentagem de mulheres e homens que decidiram adoptar diferentes formas de comportamentos para evitar ou reduzir o risco de contrair o vírus do SIDA em relação a várias características sócio-demográficas seleccionadas. Vinte e três por cento das mulheres e 21 % dos homens afirmaram não terem mudado o seu comportamento. Somente 3 % das mulheres e 9 % dos homens afirmaram ter iniciado a usar o preservativo para se prevenir do HIV/SIDA enquanto que 39 % das mulheres e 33 % dos homens afirmaram ter optado por um único parceiro sexual.

Como forma de reduzir o risco de contrair o vírus do SIDA os homens (38 %) eram mais propensos a afirmarem ter reduzido o número de parceiros em relação as mulheres (5 %). Esta grande diferença é compatível com os resultados de estudos anteriores sobre comportamento sexual levados a cabo pelo PNC/DTS/SIDA que sugeriram que os homens são mais propensos a falar mais abertamente da sua actividade sexual e dos seus parceiros que as mulheres. Por outro lado 2 % das mulheres e 3 % dos homens afirmaram ter interrompido a actividade sexual em face do conhecimento da existência do SIDA e 4 % das mulheres e 3 % dos homens mantinham-se ainda virgens.

Quadro 10.7 Percepção do risco de contrair SIDA entre os casais

Distribuicão percentual dos casais que conhecem o SIDA por percepção do risco de contrair SIDA do homen e da mulher, Moçambique 1997

	Percepção de risco por parte do homen					Casais que conhecem sobre SIDA	
Percepção de risco por parte da mulher	Não tem risco	Risco mínimo	Risco moderado	Risco alto	Não sabe/ Sem infor-mação	Percen-tagem	Número de casais
Não tem risco	4.1	2.0	0.7	0.5	0.1	7.4	78
Risco mínimo	3.1	9.9	4.9	4.3	1.8	23.9	250
Risco moderado	0.8	5.0	0.7	0.7	0.1	7.4	78
Risco alto	1.4	3.8	1.0	0.2	0.0	6.3	66
Tem SIDA	*	*	*	*	*	*	4
Não sabe/Sem inform.	13.0	25.0	6.9	9.3	0.2	54.4	568
Casais que conhecem o SIDA							
Percentagem	22.5	46.1	14.2	15.0	2.2	100.0	-
Número de casais	235	481	148	157	22	-	1,044

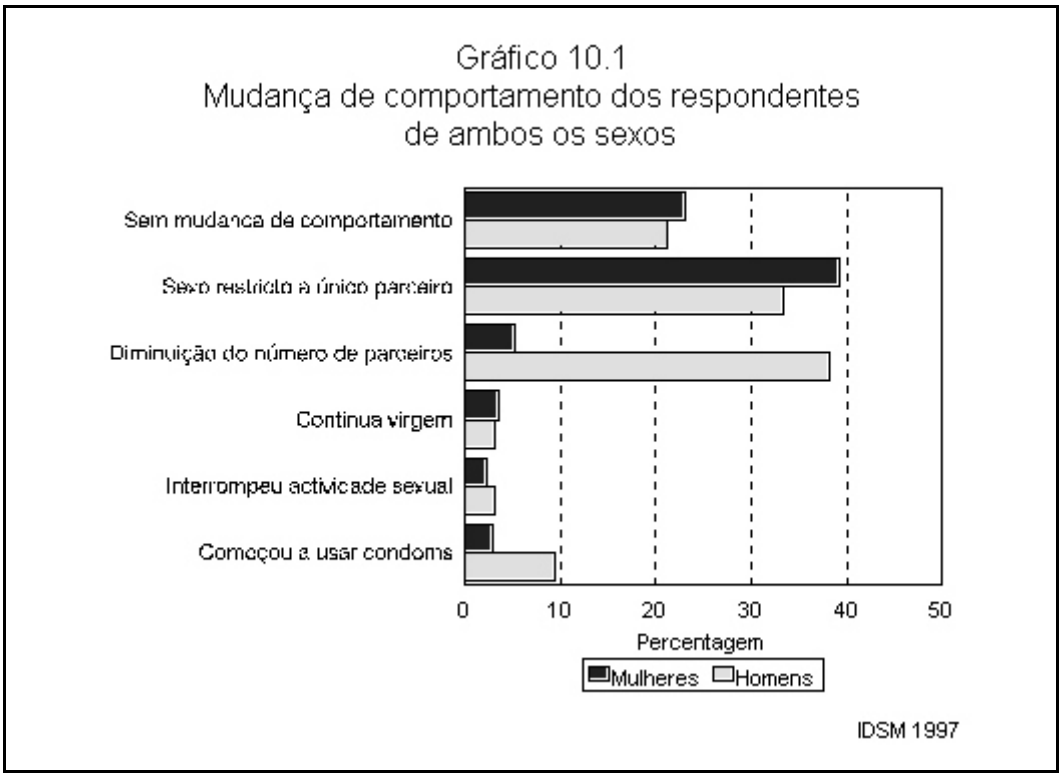
* Baseado em menos de 25 casos não ponderados

Quadro 10.8 Comportamento entre as mulheres para prevenir o SIDA

Percentagem de mulheres por mudança de comportamento para evitar o SIDA, por percepção do risco ao SIDA e características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Não mudou o comportamento sexual	Mudou o comportamento sexual						Número de mulheres
		Decidiu manter a virginidade	Deixou de ter relações	Começou a usar preservativo	Tem só um parceiro	Tem menos parceiros	Outras mudanças	
SIDA é sempre fatal								
Sem risco/Risco mínimo	31.5	6.1	2.7	3.2	48.4	6.6	0.0	1,426
Risco moderado/Alto/Tem SIDA	25.2	2.6	1.6	10.5	52.3	10.8	0.0	724
Não sabe/Sem informação	24.2	2.5	2.4	1.2	34.0	2.7	0.1	1,665
SIDA não é sempre fatal o Não sabe								
Sem risco/Risco mínimo	16.2	4.7	3.6	3.1	61.8	6.3	0.0	904
Risco moderado/Alto/Tem SIDA	13.8	0.7	1.4	8.0	57.5	11.6	0.0	373
Não sabe/Sem informação	20.2	2.9	2.2	0.6	20.1	2.6	0.3	2,129
Idade da entrevistada								
15-19	22.3	15.2	1.0	2.0	25.4	5.6	0.0	1,491
20-24	22.5	1.3	0.8	3.2	43.4	7.9	0.1	1,408
25-29	21.3	0.2	1.4	5.3	48.8	5.2	0.4	1,341
30-39	22.2	0.2	2.2	3.2	46.1	4.0	0.1	1,828
40-49	28.1	0.1	7.7	0.9	30.2	3.0	0.1	1,153
Estado civil								
Em união	22.8	0.4	0.5	2.2	45.3	4.1	0.1	5,303
Antes em união	26.6	1.0	14.7	4.1	24.7	9.9	0.6	794
Nunca em união	21.6	20.1	2.7	5.7	21.0	6.8	0.1	1,123
Residência								
Urbana	22.5	4.8	3.0	7.2	43.1	8.8	0.1	2,016
Rural	23.2	3.0	2.2	1.3	37.8	3.8	0.1	5,205
Província								
Niassa	22.0	1.5	3.6	2.4	56.6	15.6	0.0	294
Cabo Delgado	16.2	2.1	1.1	0.6	44.8	2.0	0.0	348
Nampula	0.3	0.8	1.4	0.4	47.3	4.1	0.0	1,283
Zambezia	5.2	1.4	4.0	2.4	49.5	3.1	0.5	1,073
Tete	0.0	6.0	3.8	10.0	64.4	6.7	0.0	304
Manica	45.8	3.8	2.4	3.5	35.3	2.0	0.4	456
Sofala	6.6	5.1	2.5	2.6	52.0	9.5	0.1	713
Inhambane	15.9	1.3	0.3	1.3	22.0	7.1	0.0	734
Gaza	74.8	6.5	4.0	0.3	10.4	0.6	0.0	888
Maputo	35.7	5.5	1.6	11.8	32.6	10.5	0.0	589
Maputo Cidade	43.8	8.1	2.0	4.7	37.4	3.0	0.0	540
Nível de escolaridade								
Sem escolaridade	22.1	1.3	3.9	0.8	41.2	4.0	0.0	2,765
Primário	23.9	4.6	1.5	3.2	37.1	5.0	0.2	4,084
Secundário ou mais	20.7	7.8	1.0	16.9	48.4	14.8	0.3	371
Religião[1]								
Católica	10.7	3.2	2.2	4.7	47.1	5.4	0.1	2,231
Protestante	35.4	5.4	2.4	2.2	29.4	5.9	0.1	2,025
Muçulmana	7.6	1.6	1.5	2.6	46.2	5.4	0.0	1,169
Outra	16.2	4.1	2.3	3.0	45.1	8.4	1.1	440
Sem religião	41.8	2.4	3.7	1.6	32.1	1.7	0.1	1,301
Total	23.0	3.5	2.4	3.0	39.3	5.2	0.1	7,220

[1] Exclui os casos sem informação.



Cerca de um quarto (23 %) das mulheres (rural e urbano) declararam que não tinham mudado o seu comportamento sexual face ao conhecimento do SIDA. Uma porção importante de mulheres de Gaza (75 %), Manica (46 %), cidade de Maputo (44 %) e província de Maputo (36 %) afirmaram não ter mudado o seu comportamento sexual face ao conhecimento que elas declararam ter do SIDA. Em comparação, somente 5 % das mulheres na Zambézia e 7 % Sofala disseram não ter mudado de comportamento face ao conhecimento da existência do SIDA.

Em relação as mulheres que declararam ter mudado o seu comportamento, a restrição de relações sexuais a um único parceiro (48 %) o uso do preservativo (17 %) e a redução do número de parceiros sexuais (15 %), foram as medidas adoptadas mais comuns entre as mulheres com educação secundária ou mais em relação as que não tinham escolarização (41 %, 1 % e 4 % respectivamente).

Mais homens residentes nas zonas urbanas (27 %) que os residentes nas zonas rurais (19 %) afirmaram ter mudado o seu comportamento sexual devido ao conhecimento da existência do SIDA. Manica (50 %), cidade de Maputo (45 %), província de Maputo (41 %) e Gaza (39 %), são as províncias com as maiores percentagens de homens que declararam não ter mudado o seu comportamento sexual face ao SIDA. Um resultado similar foi encontrado para as mulheres. Comparativamente com outras províncias, apenas 4 % dos homens no Niassa e 8 % em Cabo Delgado afirmaram não ter mudado o seu comportamento.

Quanto aos que mudaram de comportamento, o uso do preservativo foi mais comumente mencionado nas zonas urbanas em contraste com as zonas rurais e nas idades compreendidas entre 20 e 49 anos. A restrição da actividade sexual a um único parceiro foi mais frequentemente mencionada nas zonas rurais que nas urbanas. A menção do uso do preservativo foi mais comum nos homens com educação secundária ou mais e a restrição da actividade sexual a um único parceiro foi mais comum nos homens não escolarizados.

10.6 Conhecimento e uso do preservativo

O IDS 1997 incluía também questões relativas ao conhecimento e uso do preservativo de acordo com conhecimento sobre SIDA e mudança de comportamento sexual. Os Quadros 10.9 e 10.10 mostram a percentagem de mulheres e homens que conheciam o preservativo e o seu uso, em relação ao conhecimento que declararam ter sobre SIDA, mudança de comportamento sexual face ao SIDA e algumas características sócio-demográficas seleccionadas.

Nas mulheres o conhecimento sobre o preservativo era mais comum nas que acreditavam que o SIDA era fatal e que achavam que tinham um grande risco de contrair SIDA ou que afirmaram que já tinham o SIDA na altura do inquérito (80 %). O conhecimento do preservativo masculino como meio de prevenção do SIDA foi mais comum nas mulheres com o nível secundário ou mais (97 %) e nas residentes em zona urbanas (84 %) em relação as suas congéneres menos escolarizadas (33 e 61 %) e residentes nas zona rural (39 %).

Por outro lado o conhecimento do preservativo masculino foi relativamente mais frequente nos grupos mais jovens (20-39) e menos comum entre as inquiridas com idades compreendidas entre 40 e 49 anos de idade e actualmente casadas. Por regiões o conhecimento do preservativo foi mais comum na Cidade de Maputo (93 %), província de Maputo (88 %), em Tete (81 %), Sofala (62 %) e Manica (54 %).

Apesar do relativamente alto conhecimento do preservativo em determinadas categorias e regiões do país, o seu uso durante as relações sexuais duma maneira geral era muito baixo entre os inquiridos do sexo feminino. Somente 5 % das mulheres na Cidade de Maputo e 3 % na província de Maputo afirmaram ter usado o preservativo na sua ultima relação sexual no mês anterior ao inquérito. Das mulheres que afirmaram ter iniciado a usar o preservativo face ao conhecimento do SIDA apenas 16 % afirmaram ter usado na sua ultima relação sexual no mês anterior ao estudo e 5 % afirmaram ter usado o preservativo na sua relação sexual mais recente.

O uso do preservativo para o planeamento familiar foi em geral muito baixo entre as mulheres, com apenas 10 % que referiram terem começado a usar o preservativo face ao conhecimento do SIDA. Na Cidade de Maputo 3 % das mulheres referiram usar o preservativo para o planeamento familiar. O uso do preservativo para efeitos de planeamento familiar foi referido por 2 % das mulheres residentes nas zonas urbanas, 2 % das que nunca tinham casado e 3 % das que tinham educação secundaria ou mais.

Nos homens o conhecimento do preservativo foi mais comum naqueles que se consideravam em grande risco de contrair SIDA ou que afirmaram ter SIDA na altura do inquérito (82 %). O conhecimento do preservativo era mais comum nos homens com o nível secundário ou mais (97 %) e nos residentes em zona urbanas (93 %) em relação aos seus congéneres menos escolarizados (65 e 41 %) e residentes nas zona rural (53 %).

Por outro lado o preservativo era relativamente mais conhecido na faixa etária dos 15-19 anos (76 %) relativamente aos restantes grupos. Por regiões, o conhecimento do preservativo foi mais comum na cidade de Maputo (98 %), Tete e Gaza (ambos com 93 %) e Manica (90 %).

Do mesmo modo que nas mulheres, entre os homens, apesar do conhecimento sobre o preservativo ter sido muito elevado em determinadas categorias e regiões, o seu uso durante as relações sexuais era também muito baixo (3 % na relação sexual mais recente no mês antes do inquérito).

Dos homens que afirmaram ter iniciado a usar o preservativo face ao seu conhecimento do SIDA só 2 % afirmaram tê-lo usado na sua ultima relação sexual no mês anterior ao estudo.

Quadro 10.9 Comportamento entre os homens para prevenir o SIDA

Percentagem de homens por mudança de comportamento para evitar o SIDA, por percepção do risco ao SIDA e características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Não mudou o comportamento sexual	Mudou o comportamento sexual						Número de homens
		Decidiu virginidade a virginidade	Deixou de ter relações	Começou a usar preservativo	Tem só uma parceira	Tem menos parceiras	Outras mudanças	
SIDA é sempre fatal								
Sem risco/Risco mínimo	22.3	3.1	3.9	10.4	37.7	34.2	0.7	809
Risco moderado/Alto/Tem SIDA	18.2	1.0	7.0	15.7	27.8	50.0	0.0	323
Não sabe/Sem informação	80.8	0.5	0.0	5.4	8.9	17.8	0.0	22
SIDA não é sempre fatal o Não sabe								
Sem risco/Risco mínimo	17.6	4.2	1.5	6.7	35.4	36.9	1.0	793
Risco moderado/Alto/Tem SIDA	23.0	2.2	0.3	8.3	23.7	45.3	0.0	220
Não sabe/Sem informação	82.2	6.6	0.0	0.0	1.3	7.7	0.0	25
Idade do entrevistado								
15-19	25.9	17.6	7.8	7.0	11.7	27.0	0.4	342
20-24	26.6	2.1	5.0	9.3	30.1	35.1	0.0	313
25-29	14.1	0.3	4.1	12.5	39.9	47.8	1.2	329
30-39	18.5	0.0	0.7	12.3	33.9	46.1	0.6	538
40-49	24.9	0.2	0.9	10.3	39.1	34.6	0.5	343
50-54	19.8	0.0	1.3	3.5	45.2	33.7	1.0	327
Estado civil								
Em união	20.1	0.0	0.3	8.9	40.0	41.5	0.7	1,589
Antes em união	31.6	0.0	8.7	13.7	16.5	35.2	0.0	90
Nunca em união	23.3	13.3	10.6	10.2	15.6	28.4	0.5	513
Residência								
Urbana	27.4	3.3	7.0	16.1	26.8	34.6	0.4	625
Rural	18.9	3.0	1.5	6.8	35.9	39.6	0.7	1,567
Província								
Niassa	3.7	0.3	1.8	17.2	63.0	41.7	0.0	106
Cabo Delgado	8.1	3.1	0.4	0.4	50.7	56.7	0.0	164
Nampula	22.7	1.3	0.4	6.7	22.7	58.7	0.0	328
Zambezia	11.9	3.3	4.2	3.5	17.7	47.3	1.8	356
Tete	0.4	7.1	0.0	14.3	63.9	35.9	2.0	93
Manica	50.1	7.7	0.3	10.9	29.8	24.2	1.2	118
Sofala	8.3	2.2	8.4	6.2	52.1	22.6	0.4	365
Inhambane	22.3	6.7	0.0	10.2	31.9	29.1	0.0	164
Gaza	39.1	0.9	8.9	12.3	21.8	39.0	0.0	174
Maputo	40.7	0.9	0.1	22.4	20.3	20.8	0.0	150
Maputo Cidade	45.2	5.3	1.1	18.9	21.3	27.1	1.3	174
Nível de escolaridade								
Sem escolaridade	16.2	3.4	0.5	2.5	40.4	30.2	1.0	393
Primário	24.1	3.1	3.3	7.8	32.1	38.4	0.5	1,547
Secundário ou mais	12.6	3.1	5.9	30.2	29.7	49.1	0.7	252
Religião[1]								
Católica	19.0	3.1	4.4	10.7	28.6	44.0	0.7	767
Protestante	31.2	2.3	4.4	16.2	27.1	32.7	0.0	420
Muçulmana	11.7	2.1	2.2	5.1	40.9	50.3	0.2	377
Outra	13.7	4.3	1.6	3.5	52.7	30.2	0.0	164
Sem religião	28.4	4.7	0.9	5.2	32.8	25.8	1.4	432
Total	21.3	3.1	3.1	9.4	33.3	38.2	0.6	2,192

[1] Exclui os casos sem informação.

Quadro 10.10 Conhecimento e uso de preservativos entre as mulheres por características seleccionadas

Percentagem de mulheres entrevistadas por conhecimento de preservativos e de fontes, e uso de preservativos, segundo características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Conhece sobre preserv-ativos	Fonte de preservativos					Usou preser. Na última relação		Usa preser. para PF mas não usou na última relação	Número de mu-lheres
		Fonte pública	Médico privado	Farmacia	Outra fonte	Não sabe/ Sem infor-mação	Usou no mês passado	Usou antes		
SIDA é sempre fatal										
Sem risco/Risco mínimo	63.7	31.6	0.1	3.4	0.9	64.0	1.5	0.2	0.9	1,306
Moderado/Alto/Tem SIDA	80.0	44.5	0.0	3.6	2.8	49.0	2.0	0.5	0.9	700
Não sabe/Sem informação	47.2	28.2	0.0	2.5	0.8	68.4	0.4	0.3	0.1	1,572
SIDA não é sempre fatal o Não sabe										
Sem risco/Risco mínimo	49.8	26.4	0.0	3.7	0.8	69.1	0.7	0.7	0.5	854
Moderado/Alto/Tem SIDA	69.0	38.0	0.0	3.3	2.3	56.4	2.7	1.6	2.6	361
Não sabe/Sem informação	34.4	17.1	0.0	0.5	1.0	81.4	0.3	0.1	0.1	1,986
Idade da entrevistada										
15-19	50.2	22.1	0.1	3.4	2.7	71.7	1.2	0.7	0.7	1,079
20-24	52.4	27.6	0.1	2.5	1.2	68.7	1.1	0.8	1.0	1,382
25-29	56.8	32.4	0.0	2.5	1.2	63.9	1.4	0.2	0.8	1,339
30-39	56.3	32.5	0.0	2.5	0.7	64.2	0.8	0.2	0.1	1,827
40-49	37.9	19.3	0.0	1.0	0.3	79.4	0.1	0.1	0.1	1,152
50-64										
Estado civil										
Em união	48.3	26.2	0.0	1.8	0.9	71.2	0.8	0.1	0.4	5,303
Antes em união	56.6	30.6	0.0	2.2	0.9	66.3	0.2	0.5	0.0	794
Nunca em união	70.6	35.1	0.2	7.2	3.9	53.6	2.6	2.1	2.3	682
Residência										
Urbana	84.0	41.8	0.1	8.2	3.0	46.8	2.9	1.2	1.5	1,861
Rural	39.2	22.2	0.0	0.2	0.5	77.1	0.2	0.0	0.2	4,918
Província										
Niassa	51.3	26.3	0.0	0.0	0.0	73.7	0.4	0.6	0.2	288
Cabo Delgado	28.9	25.0	0.0	0.0	0.0	74.9	0.1	0.0	0.0	343
Nampula	21.7	14.4	0.0	0.4	0.1	85.1	0.2	0.1	0.0	1,256
Zambezia	47.2	35.4	0.0	0.3	0.0	64.3	0.6	0.2	0.0	1,028
Tete	81.0	49.6	0.0	0.5	0.2	49.6	0.8	0.4	0.4	282
Manica	57.3	23.4	0.0	0.0	1.1	75.6	0.5	0.4	0.3	426
Sofala	61.6	26.9	0.1	3.8	6.8	62.5	1.0	0.6	0.1	655
Inhambane	42.0	31.4	0.0	0.3	0.8	67.5	0.4	0.0	0.6	695
Gaza	51.1	14.2	0.0	0.0	0.3	85.6	0.2	0.0	0.0	789
Maputo	87.9	44.6	0.0	9.6	2.3	43.5	3.0	1.0	2.1	531
Maputo Cidade	92.5	37.4	0.2	15.6	1.6	45.2	4.7	1.6	3.3	485
Nível de escolaridade										
Sem escolaridade	32.7	15.0	0.0	0.3	0.8	83.9	0.1	0.0	0.1	2,709
Primário	61.1	33.3	0.0	2.7	1.4	62.6	1.2	0.3	0.6	3,739
Secundário ou mais	97.2	65.8	0.2	16.6	1.7	15.7	5.1	3.8	3.4	331
Religião[1]										
Católica	50.0	33.9	0.0	2.3	1.0	62.7	1.1	0.7	0.9	2,095
Protestante	63.4	28.0	0.0	3.6	1.9	66.5	1.0	0.3	0.4	1,857
Muçulmana	33.5	22.2	0.0	1.2	0.1	76.5	0.9	0.1	0.1	1,138
Outra	64.6	35.4	0.0	3.0	2.3	59.3	1.5	0.7	1.2	397
Sem religião	47.3	17.4	0.0	1.7	0.7	80.2	0.5	0.1	0.2	1,241
Mudança de comportamento										
Não mudou	58.0	22.1	0.0	3.3	0.8	73.8	0.7	0.2	0.3	1,589
Manteve a virginidade	(43.7)	(18.9)	(0.0)	(4.7)	(0.0)	(76.4)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	32
Suspendiu relações	41.6	16.2	0.0	0.3	1.7	81.7	0.0	0.0	0.0	169
Começou a usar preser.	100.0	68.0	0.3	10.2	4.4	17.2	15.9	4.8	10.3	213
Só um parceiro	58.8	36.3	0.0	2.7	1.1	59.9	1.2	0.4	0.6	2,824
Menos parceiros	69.0	39.4	0.1	5.4	1.6	53.6	1.0	1.2	0.8	372
Outras mudanças	*	*	*	*	*	*	*	*	*	8
Total	51.5	27.6	0.0	2.4	1.2	68.8	0.9	0.4	0.5	6,779

( ) Baseado em menos de 50 casos não ponderados
* Baseado em menos de 25 casos não ponderados
[1] Exclui os casos sem informação.

Entre os homens inquiridos o uso do preservativo para o planeamento familiar era também muito baixo. Destaca-se somente 13 % dos homens que referiram terem começado a usar o preservativo face ao conhecimento do SIDA. Na Cidade de Maputo e no grupo etário dos 15-19 anos 12 % e 6 % dos homens referiram usar o preservativo para o planeamento familiar.

Dos homens que afirmaram usar o preservativo para o planeamento familiar este era relativamente mais comum entre os residentes nas zonas urbanas, que nunca tinham casado e com educação secundaria ou mais.

10.7 Percepção do risco de contrair o SIDA entre casais

O IDS 1997 incluiu também questões relativas ao grau da percepção dos casais sobre o risco de contrair a infecção pelo vírus do SIDA. A todos os cônjuges (homens e mulheres) que já tinham ouvido falar do SIDA foi-lhes pedido para determinar a probabilidade que julgavam ter de contrair o SIDA. Foi-lhes pedido que seleccionassem uma resposta entre cinco alternativas: nula, pequena, moderada, grande e já com SIDA. O Quadro 10.11 mostra que em 23 % do total dos casais entrevistados, ambos os cônjuges já tinham ouvido falar sobre o SIDA. Destes, 4 % afirmaram que não tinham nenhum risco de contrair o vírus do SIDA e cerca de 1 % afirmaram que tinham um grande risco. Contudo mais homens (9 %) do que mulheres (6 %) achavam que tinham uma grande possibilidade de contrair o SIDA.

Quadro 10.11 Conhecimento e uso de preservativos entre os homens por características seleccionadas

Percentagem de homens entrevistados por conhecimento de preservativos e de fontes, e uso de preservativos, segundo percepção do risco de SIDA e características seleccionadas, Moçambique 1997

Característica	Conhece sobre preserv-ativos	Fonte de preservativos					Usou preser. última relação		Usa preser. para PF mas não usou na última relação	Número de hom-ens
		Fonte pública	Médico privado	Farmacia	Outra fonte	Não sabe/ Sem infor-mação	Usou no mês passado	Usou antes		
SIDA é sempre fatal										
Sem risco/Risco mínimo	64.4	21.1	0.1	15.0	3.9	59.9	3.2	2.7	2.5	770
Moderado/Alto/Tem SIDA	82.2	33.5	0.6	11.9	7.4	46.6	3.0	1.1	3.7	318
Não sabe/Sem informação	*	*	*	*	*	*	*	*	*	22
SIDA não é sempre fatal o Não sabe										
Sem risco/Risco mínimo	56.5	15.5	0.4	6.8	2.2	75.1	4.5	3.8	0.9	728
Moderado/Alto/Tem SIDA	61.6	27.8	0.3	5.6	2.0	64.4	1.5	1.6	0.6	214
Não sabe/Sem informação	*	*	*	*	*	*	*	*	*	23
Idade do entrevistado										
15-19	75.5	23.4	0.0	16.6	6.7	53.4	5.4	4.9	5.6	236
20-24	67.7	18.1	0.3	10.5	8.5	62.6	5.7	5.3	3.1	303
25-29	62.6	29.3	0.1	9.6	2.1	58.9	2.5	1.7	1.8	328
30-39	66.0	26.3	0.9	8.8	2.5	61.5	3.5	2.6	1.4	538
40-49	66.0	17.5	0.0	16.4	1.9	64.2	3.1	1.2	0.3	343
50-64	53.0	15.3	0.0	3.5	1.8	79.4	0.7	1.6	1.1	327
Estado civil										
Em união	61.0	21.6	0.2	8.5	2.0	67.7	2.2	2.2	1.0	1,589
Antes em união	75.5	22.0	0.0	19.8	5.7	52.5	6.6	4.0	1.3	90
Nunca em união	77.3	24.0	1.0	16.3	9.2	49.5	7.4	4.5	5.9	397
Residência										
Urbana	93.2	31.6	0.8	32.9	4.9	29.8	5.5	4.6	4.7	589
Rural	53.4	18.3	0.1	1.6	3.0	77.0	2.6	2.0	0.9	1,486
Província										
Niassa	84.9	28.8	0.6	0.0	7.1	63.5	1.9	2.4	0.2	104
Cabo Delgado	49.9	13.1	0.0	0.2	0.1	86.6	0.6	0.0	0.1	159
Nampula	40.0	5.8	0.0	1.2	0.3	92.8	0.0	0.0	0.1	305
Zambezia	36.8	27.7	0.0	2.0	0.0	70.3	0.3	0.0	0.3	327
Tete	92.8	36.7	0.0	5.0	2.2	56.1	19.0	18.1	3.3	87
Manica	90.0	43.1	1.6	0.0	7.8	47.4	3.6	4.6	3.1	108
Sofala	54.5	8.8	0.1	23.9	8.9	58.3	4.8	2.2	0.7	356
Inhambane	80.5	28.1	0.0	8.4	4.5	58.9	1.3	4.1	3.3	153
Gaza	93.4	31.6	0.0	4.1	0.7	63.6	0.5	0.0	0.8	169
Maputo	83.0	29.2	2.1	26.4	3.8	38.6	8.3	8.2	3.1	145
Maputo Cidade	98.2	30.7	0.2	36.4	6.3	26.3	8.5	4.7	11.8	164
Nível de escolaridade										
Sem escolaridade	41.3	10.0	0.0	0.5	1.3	88.3	2.1	1.7	0.4	379
Primário	65.4	21.3	0.2	8.7	4.0	65.7	2.3	2.3	1.4	1,451
Secundário ou mais	96.9	45.1	1.6	36.3	4.3	12.7	12.0	6.9	7.6	245
Religião[1]										
Católica	62.8	22.1	0.5	11.9	4.2	61.3	3.2	3.6	2.1	721
Protestante	87.6	32.4	0.5	20.3	4.2	42.6	3.0	1.6	3.1	403
Muçulmana	58.2	21.0	0.0	4.0	1.9	73.0	2.6	0.5	0.8	356
Outra	45.0	13.3	0.0	5.4	1.2	80.1	2.9	6.0	1.6	157
Sem religião	57.3	16.4	0.1	4.3	4.3	74.9	3.6	2.2	1.9	408
Mudança de comportamento										
Não mudou	66.7	18.9	0.0	11.3	3.2	66.6	2.5	0.8	1.7	449
Manteve a virginidade	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2
Suspendiu relações	90.0	22.7	0.0	22.4	4.6	50.3	0.0	1.0	0.0	59
Começou a usar preser.	100.0	42.6	0.2	27.0	7.5	22.7	14.8	10.4	12.9	205
Só um parceiro	62.2	17.4	0.1	9.4	4.3	68.8	3.3	3.7	1.3	726
Menos parceiros	69.5	29.4	0.7	7.5	2.4	60.0	3.3	3.1	2.0	836
Outras mudanças	*	*	*	*	*	*	*	*	*	13
Total	64.7	22.1	0.3	10.5	3.6	63.6	3.4	2.7	2.0	2,075

* Baseado em menos de 25 casos não ponderados
[1] Exclui os casos sem informação.

Referências

Direcção Nacional de Estatística, Unidade de População e Planificação. 1993. *Relatório Nacional sobre População e Desenvolvimento*. Maputo, Moçambique.

Direcção Nacional de Estatística, Unidade de População e Planificação. 1995. *Moçambique: Panorama Demográfico e Sócio-Económico.* Maputo, Moçambique.

Instituto Nacional de Estatística. 1997. *Resultados Preliminares do II Recenseamento Geral da População e Habitação*. Maputo, Moçambique.

Ministério de Saúde. 1988. *Relatório não publicado sobre seroprevalência em Moçambique*. Maputo, Moçambique.

Ministério de Saúde. 1992. *Relatório Anual de Saúde*. Maputo, Moçambique.

Ministério de Saúde. 1994. *Relatório Anual de Saúde*. Maputo, Moçambique.

Ministério de Saúde. 1996. *Relatório Anual*. Maputo, Moçambique.

Newitt, Malyn. 1995. *A History of Mozambique*. Londres: Hurst & Company.

Organização Mundial da Saúde. 1977. *International Classification of Diseases. Manual of International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death.* Geneva.

Organização Mundial da Saúde (OMS)/UNICEF. 1996. *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality*. WHO/FRH/MSM/96.11, UNICEF/PLN/96.1.

Programa de Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). 1997. *Relatório de Desenvolvimento Humano*. Lisboa: Trinova Editora.

APÊNDICE A

DESENHO E COBERTURA DA AMOSTRA

APÊNDICE A

DESENHO E COBERTURA DA AMOSTRA

A.1 Introdução

A amostra utilizada para o Inquérito Demográfico e de Saúde de 1997 (IDS), é uma amostra probabilística seleccionada em duas etapas: a primeira consistiu na selecção de áreas de enumeração e a segunda, na selecção de agregados familiares. A amostra está constituída por 398 áreas de enumeração seleccionadas, mas só 388 foram implementadas, distribuídas proporcionalmente nas áreas urbanas e rurais dentro de cada província. A amostra permite estimativas sólidas de certas variáveis a nível de cada uma das 10 províncias e da Cidade de Maputo onde ela foi incrementada. Embora inicialmente a amostra fosse planeada dentro de cada província para ser auto-ponderada; por motivos de confiabilidade do marco amostral, a amostra acabou não sendo auto-ponderada e daí a necessidade de usar factores de ponderação para obter estimativas a níveis de agregados maiores tais como províncias ou o total do país.

O universo da amostra estudada cobre aproximadamente toda a população do país. Foram excluídas da amostra certas áreas, como as minadas, as quais representam uma fracção muito pequena do território do país.

O tamanho da amostra mencionada permite estimativas sólidas (erro padrão relativo inferior a 10 por cento) a nível nacional, para praticamente a maioria das variáveis estudadas nas mulheres em idade reprodutiva (MIR). Também existem estimativas consistentes a nível das áreas urbanas e rurais, e a nível das províncias onde a amostra foi incrementada.

A.2 Desenho e Selecção

Unidades amostrais

As Unidades Primárias de Amostra (UPA) são as áreas de enumeração (AEs). Em média, cada área de enumeração tem entre 100 e 200 agregados familiares. Áreas de enumeração pequenas foram agrupadas às outras contíguas da mesma localidade. Dentro de cada área enumeração, cada agregado familiar aí localizado corresponde a uma unidade secundária da amostra (USA).

Estratificação

Para uma selecção optimizada (menor erro amostral) das UPAs, agrupou-se as áreas de enumeração por área de residência urbana e rural dentro de cada província. Também considerou-se uma estratificação implícita dentro da província para os distritos em forma serpentina, geograficamente.

Marco Amostral

Dadas as circunstâncias históricas no país, não se dispunha dum marco amostral actualizado, utilizou-se como informação básica a cartografia correspondente as onze cidades capitais de província para a selecção das UPAs (quarteirões). Para o resto do país o marco das UPAs foi a lista de localidades (aldeias ou comunidades) consideradas na lista de votantes das eleições gerais e multipartidárias de 1994.

Composição da amostra

A amostra que se utilizou no IDS-97 teve a seguinte composição:

Distribuição da amostra e número de conglomerados por províncias, IDS-1997, Moçambique

	Distribuição		Amostra		Número de AEs		
Região/Província	Proporcional	Não proporcional	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Total
SUL							
Maputo Cidade	646	1,000	1,000	0	40	0	40
Maputo Província	465	700	366	334	24	13	37
Gaza	561	700	74	626	5	25	30
Inhambane	663	800	42	758	3	30	33
Sub-total	2,335	3,200	1,482	1,718	72	68	140
CENTRO							
Sofala	746	900	316	584	21	23	44
Manica	454	700	153	547	10	22	32
Tete	559	700	81	619	5	25	30
Zambézia	1,787	1,000	66	934	4	37	41
Sub-total	3,546	3,300	616	2,684	40	107	147
NORTE							
Nampula	1,921	1,000	99	901	7	36	43
Niassa	398	700	81	619	5	25	30
C. Delgado	799	900	58	842	4	34	38
Sub-total	3,118	2,600	238	2,362	16	94	110
Total	9,000	9,100	2,336	6,764	128	270	398

Selecção das UPAs

Elaborou-se uma frequência acumulada do número de quarteirões nas cidades capitais e da população eleitoral para as comunidades rurais, calculou-se um intervalo amostral (número total de quarteirões ou total de população eleitoral por domínio dividida pelo número de UPAs a serem seleccionadas) e se seleccionou as UPAs para a amostra aplicando sistematicamente o intervalo amostral a partir dum ponto de partida aleatório. Este procedimento de selecção é conhecido por selecção sistemática com probabilidade proporcional ao tamanho dos agregados familiares.

Selecção das USAs

Para cada UPA seleccionada obteve-se uma lista de agregados familiares durante o processo de actualização cartográfica e de agregados familiares das UPAs seleccionadas. Como já foi mencionado, inicialmente trabalhou-se supondo-se que a amostra dentro de cada UPA é auto-ponderada, quer dizer, todo agregado familiar seleccionado na província tinha a mesma probabilidade de selecção. Entretanto, dado que a informação destas fontes foram muita diversas e não muito confiáveis, as probabilidades de selecção eram muito inconsistentes. Por estas razões, decidiu-se implementar uma metodologia para tornar possível os ajustes necessários para essas deficiências de informação. Assumiu-se que as áreas de enumeração urbanas (ou conglomerados censitários) foram seleccionadas com probabilidade proporcional a densidade (δ_i) dos agregados familiares em cada unidade. A densidade foi calculada dividindo-se o número total de agregados familiares pela superfície da área de enumeração, portanto tanto, o total de agregados familiares foi obtido durante a actualização e a superfície da área de enumeração foi obtida durante a implementação do inquérito.

A.3 Probabilidades de Selecção

Partindo da situação acima descrita, a selecção dos agregados familiares foi quase um número fixo de agregados familiares (b_i), do total de agregados familiares (L_i) encontrados na actualização do conglomerado.

Seguindo este esquema amostral deve-se obter as seguintes relações. Na primeira etapa, para a selecção de áreas de enumeração (ou aglomerações rurais) tem-se:

$$P_{1i} = k\,\delta_i = k\,(L_i / A_i)$$

onde k é uma constante desconhecida e A_i é a superfície da área de enumeração. Na segunda etapa, a selecção de agregados familiares considerou

$$P_{2ij} = b_i / L_i$$

então a probabilidade final de qualquer agregado familiar é igual ao produto de ambas probabilidades, quer dizer:

$$P_{ij} = P_{1i}\,P_{2\,ij}$$

$$P_{ij} = (k\,L_i / A_i)\,(b_i / L_i) \qquad \text{(Relação A)}$$

Se tivéssemos aplicado *uma amostra auto-ponderada em* cada província, então teríamos:

$$(k\,L_i / A_i)\,(n_i / L_i) = f$$

onde n_i é o número de agregados familiares seleccionados na i-ésima área de enumeração com uma amostra auto-ponderada e f é a fracção total amostral na província. Desta última relação tem-se que:

$$n_i = (f\,A_i) / k$$

Somando todas as áreas de enumeração seleccionadas tem-se:

$$n = \Sigma n_i = (f / k)\,\Sigma a_i$$

$$k = f\,\frac{\bar{A}}{\bar{n}}$$

Voltando a relação A (da amostra implemento), ela pode ser reescrita como:

$$P_{ij} = (k\,L_i / A_i)\,(b_i / L_i)$$

$$= (f\,\bar{A}\,L_i / \bar{n}A_i)\,(b_i / L_i)$$

$$= (f\,\bar{A}\,b_i / \bar{n}A_i)$$

desde que $\bar{n} = Ь$ (média de agregados familiares por unidade seleccionada, portanto

$$= f\,(\bar{A}/A_i)\,(b_i / Ь)$$

Então o peso para o desenho é dado como

$$w_{ij} = (1/f)\ (A_i / \bar{A})\ (Ь / b_i)$$

onde todos estes factores são conhecidos

f	é a fracção amostral do estrato (cada província × residência),
A_i	é a superfície da área de enumeração i-ésima,
$\bar{A}$	é a superfície média das áreas de enumeração no estrato,
b_i	é o número de agregados familiares seleccionados na área de enumeração i-ésima, e
Ь	é a média de agregados familiares por área de enumeração no estrato

A.4 Resultados da Amostra

No Quadro A.1 apresentam-se as taxas de resposta por província e área de residência. Dos 11,059 agregados familiares que foram seleccionados para o inquérito de mulheres, quase 8.1 por cento não se encontrava no domicílios desocupados, destruídos ou por outras razões. Nos 9,279 agregados familiares as entrevistas foram completas, para uma taxa de resposta de 95.9 por cento, excluindo do cálculo os agregados familiares não disponíveis para as entrevistas pelas razões já mencionadas. Dum total de 9,590 mulheres elegíveis entrevistou-se 8,779, obtendo-se uma taxa de resposta de 91.5 por cento.

A taxa de resposta combinada de agregados familiares e mulheres foi de 88 por cento, bastante satisfatória para este tipo de inquérito, sobretudo tomando em conta as difíceis condições que apresentam algumas províncias do país para trabalho de campo. A melhor taxa de cobertura foi atingida nas Províncias de Niassa, Manica e Gaza (92.1, 91.1 e 91.9 por cento, respectivamente) e a pior na Província da Zambézia (80.3 por cento).

Analogamente, no Quadro A.2 apresentam-se as taxas de resposta por província e área de residência para o inquérito dos homens. Dos 3,422 agregados familiares que foram seleccionados, quase 6.7 por cento não se encontravam disponíveis, pois a casa encontrava-se desocupada, destruídas ou por outras razões. Nos 3,193 agregados familiares a entrevista foi completa, correspondendo a uma taxa de resposta de 96.8 por cento, excluindo do cálculo os agregados familiares não disponíveis para entrevistas por as razões já anunciadas. Do total de 2,889 homens elegíveis logrou-se entrevistar 2,335, correspondendo a uma taxa de resposta de 80.8 por cento.

A taxa de resposta combinada de agregados familiares e mulheres foi de 78 por cento (10 pontos menos que a das mulheres), bastante satisfatória para este tipo de inquéritos, sobretudo tomando em conta as difíceis condições que apresentam algumas províncias do país para trabalho de campo. A melhor taxa de cobertura foi atingida nas Províncias de Cabo Delgado e Manica (82.1, e 85.8 por cento, respectivamente) e a pior na Província de Tete (66.9 por cento).

Quadro A.1 Taxas de resposta na IDS-97 por província e área de residéncia

Taxas de resposta no inquérito de agregados familiares e no inquérito individual das mulheres, por províncias e área de residéncia, Moçambique, 1997

	Província de residência											Area de residéncia		
Resultado	Niassa	Cabo Delgado	Nampula	Zambézia	Tete	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo	Maputo Cidade	Urbano	Rural	Total
Agregados familiares														
Entrevista completa	92.8	79.2	83.4	82.3	75.2	91.5	90.2	82.2	91.6	76.8	78.6	83.1	84.2	83.9
Nao á pessoa competente	1.2	2.0	0.5	3.0	1.5	0.6	0.4	1.8	0.8	1.1	1.3	1.2	1.4	1.3
Adiada	0.0	0.1	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Recusa	0.1	0.7	1.5	2.8	1.1	0.7	0.8	0.3	0.2	0.0	0.4	0.4	1.0	0.9
Casa nao localizada	0.1	2.3	0.4	1.4	2.7	0.8	1.4	1.6	0.1	0.9	3.7	1.9	1.2	1.4
Ausência temporária	3.2	9.7	5.8	3.8	12.1	1.3	2.8	3.5	1.9	2.7	0.4	2.1	5.0	4.4
Casa desocupada	2.3	3.7	4.5	4.7	4.6	4.4	2.2	7.4	4.4	3.7	3.5	3.3	4.4	4.1
Casa destruída	0.3	1.7	3.7	2.0	2.6	0.6	2.1	2.9	0.9	1.6	0.6	1.1	2.0	1.8
Outro	0.0	0.6	0.2	0.0	0.2	0.1	0.1	0.2	0.1	13.3	11.5	6.8	0.8	2.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número de agregados familiares	970	1,086	1,279	1,225	891	855	1,043	988	902	818	1,002	2,515	8,544	11,059
Taxa de resposta	98.5	93.9	97.3	91.8	93.4	97.8	97.2	95.6	98.8	97.5	93.6	96.0	95.9	95.9
Mulheres elegíveis														
Entrevista completa	94.3	89.6	91.6	88.6	85.9	93.2	89.6	94.2	93.1	92.5	92.1	91.5	91.6	91.5
Ausência temporária	2.2	3.5	5.9	5.6	8.6	4.8	7.6	3.7	5.6	5.5	3.5	5.0	5.1	5.1
Adiada	0.1	0.1	0.0	0.0	0.2	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1
Recusa	0.0	2.6	0.5	0.9	1.7	0.4	0.5	0.1	0.5	0.4	1.3	0.9	0.7	0.8
Incompleta	1.7	2.0	0.5	0.9	0.2	0.2	0.7	0.2	0.1	0.5	1.0	0.9	0.6	0.7
Incapacitada	0.9	1.6	0.9	3.7	2.4	1.0	1.0	1.1	0.4	0.4	0.7	0.7	1.4	1.2
Outro	0.9	0.6	0.5	0.5	0.9	0.3	0.6	0.7	0.4	0.6	1.4	0.9	0.6	0.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número de mulheres	783	690	968	821	533	916	1,071	845	1,008	782	1,173	2,747	6,843	9,590
Taxa de resposta	94.3	89.6	91.6	88.6	85.9	93.2	89.6	94.2	93.1	92.5	92.1	91.5	91.6	91.5
Taxa de resposta total	92.8	84.1	89.1	81.3	80.3	91.1	87.1	90.1	91.9	90.2	86.2	87.8	87.8	87.8

Quadro A.2 Taxas de resposta por província e área de residéncia

Taxas de resposta no inquérito de agregados familiares e no inquérito individual dos homens, por províncias e área de residéncia, Moçambique, 1997

	Província de residência											Area de residéncia		
Resultado	Niassa	Cabo Delgado	Nampula	Zambézia	Tete	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo	Maputo Cidade	Urbano	Rural	Total
Agregados familiares														
Entrevista completa	96.3	90.3	87.6	84.5	78.1	93.1	93.8	85.1	90.8	79.4	80.7	85.2	88.0	87.3
Nao á pessoa competente	0.7	1.2	0.0	1.6	1.1	0.0	0.3	3.0	0.7	1.1	1.9	1.4	1.0	1.1
Adiada	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Recusa	0.0	0.9	1.5	3.4	0.7	0.4	0.3	0.0	0.4	0.0	0.3	0.4	1.0	0.8
Casa nao localizada	0.0	0.3	0.3	1.6	1.8	0.7	1.2	0.7	0.0	0.7	3.5	1.7	0.8	1.0
Ausência temporária	1.0	4.0	3.6	2.1	11.7	0.7	2.4	3.0	1.8	3.0	1.0	2.7	3.2	3.1
Casa desocupada	2.0	1.9	4.3	4.7	3.6	4.7	1.2	6.1	5.2	5.2	2.6	3.1	3.9	3.7
Casa destruída	0.0	1.2	2.8	1.8	2.6	0.4	0.9	2.0	1.1	1.9	1.0	1.1	1.6	1.5
Outro	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	8.6	9.0	4.4	0.6	1.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número de agregados familiares	296	321	394	381	274	274	337	296	271	267	311	809	2,613	3,422
Taxa de resposta	99.3	97.3	98.0	92.5	95.5	98.8	98.1	95.8	98.8	97.7	93.3	96.1	97.0	96.8
Homens elegíveis														
Entrevista completa	80.2	84.3	75.4	83.5	70.0	86.8	81.6	83.5	82.7	79.0	81.3	78.6	81.9	80.8
Ausência temporária	13.7	3.9	18.5	11.3	20.8	12.8	15.2	6.8	13.0	16.9	13.4	16.3	12.1	13.5
Adiada	0.4	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.1	0.1
Recusa	0.4	2.7	2.7	1.4	2.4	0.0	0.3	0.6	1.6	0.5	2.0	1.9	1.1	1.4
Incompleta	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	1.1	0.0	0.0	0.5	0.2	0.2	0.2
Incapacitada	0.0	1.6	0.9	0.7	2.4	0.4	0.0	3.4	0.5	0.5	0.8	0.6	1.0	0.9
Outro	5.3	7.5	2.1	3.2	3.4	0.0	2.7	4.5	2.2	3.1	2.0	2.2	3.6	3.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número de homens	227	255	329	284	207	266	369	176	185	195	396	958	1,931	2,889
Taxa de resposta	80.2	84.3	75.4	83.5	70.0	86.8	81.6	83.5	82.7	79.0	81.3	78.6	81.9	80.8
Taxa de resposta total	79.6	82.1	73.9	77.2	66.9	85.8	80.1	80.0	81.7	77.2	75.9	75.5	79.5	78.2

APÊNDICE B

ESTIMATIVA DE ERROS DE AMOSTRAGEM

APÊNDICE B

ESTIMATIVA DE ERROS DE AMOSTRAGEM

Por tratar-se dum inquérito por amostragem, os resultados do IDS-97 em Moçambique apresentados neste relatório são estimativas que estão afectadas por dois tipos de erros: erros amostrais e erros não-amostrais. Os erros não-amostrais produzem-se durante a fase de recolha e processamento de dados e os chamados erros amostrais resultam do facto de ter-se entrevistado só uma parte da população e não a sua totalidade.

O primeiro tipo de erro inclui a falta de cobertura de todas as mulheres seleccionadas, erros na formulação das perguntas e no registo das respostas, confusão ou incapacidade das mulheres em dar informação e erros de codificação ou de processamento. Neste estudo tentou-se reduzir ao mínimo este tipo de erros através duma série de procedimentos que se usam em amostras bem desenhadas e executadas como por exemplo, o desenho cuidadoso, as numerosas provas do questionário, a intensa capacitação das entrevistadoras, a supervisão permanente do trabalho de campo e a revisão dos questionários no campo por parte do pessoal de crítica. A supervisão apropriada na etapa de codificação e processamento dos dados e limpeza cuidadosa dos arquivos, a retro alimentação às supervisoras, as críticas às entrevistadoras a partir dos quadros de controle de qualidade, também contribuiram para minimizar os erros. Os elementos de avaliação disponíveis assinalam que este tipo de erros manteve-se dentro das margens razoáveis no IDS-97. No que se segue não se faz mais referência aos erros alheios a amostra, senão unicamente aos chamados erros amostrais.

A amostra das mulheres estudadas no IDS-97 não é senão uma das demais amostras possíveis com o mesmo tamanho que poderiam ter sido seleccionadas na população a estudar, utilizando a mesma técnica de amostragem. Cada uma dessas amostras teria gerado resultados em certa medida diferentes daqueles obtidos pela amostra que foi efectivamente seleccionada. A variabilidade que se observaria entre todas as amostras possíveis constitui o erro amostral. Embora o grau de variabilidade não seja conhecido com exactidão, pode ser estimado a partir dos resultados proporcionados pela amostra efectivamente seleccionada.

O erro amostral mede-se por meio do erro padrão**.** O erro padrão duma média, percentagem, diferença ou qualquer outra estatística calculada com os dados da amostra define-se como a raiz quadrada da variância da estatística, e é uma medida de sua variação em todas as amostras possíveis. Em consequência, o erro padrão mede o grau de precisão com que a média, a percentagem, ou outra qualquer estatística baseada na amostra se aproxima do resultado que se obteria se todas mulheres da população tivessem sido entrevistadas nas mesmas condições.

O erro padrão pode ser utilizado para calcular intervalos dentro dos quais supõe-se, com determinado grau de confiança, que o valor real para a população recairá. Para qualquer medida estatística calculada a partir da amostra (por exemplo, uma percentagem), o valor dessa medida cairá num intervalo de mais ou menos duas vezes o erro padrão dessa medida em 95 por cento de todas as amostras possíveis de igual desenho e tamanho.

Se as mulheres incluídas na amostra tivessem sido seleccionadas na forma aleatória simples, teria sido possível utilizar directamente as fórmulas muito conhecidas que aparecem nos textos de estatística para calcular erros padrão e limites de confiança e para a realização de testes e hipóteses. Entretanto, como foi

mencionado, o desenho utilizado é complexo, para o qual se requerem fórmulas especiais que consideeam os efeitos da estratificação e conglomeração.

Foi possível fazer estes cálculos para um certo grupo de variáveis de interesse especial, utilizando-se a metodologia, actualmente incorporada no ISSA, adequada para análise estatística de amostras complexas como a do IDS-97. Este subprograma processa a percentagem ou média de interesse como uma taxa estatística $r = y/x$, onde tanto o numerador y como o denominador x são variáveis aleatórias. O cálculo da variância de r é feito utilizando-se uma aproximação linear de Taylor com a fórmula abaixo indicada e o erro padrão tomando a raiz quadrada dessa variância:

$$var(r) = \frac{1-f}{x^2} \sum_{h=1}^{H} \left[\frac{m_h}{m_h - 1} \left(\sum_{i=1}^{m_h} z_{hi}^2 - \frac{z_h^2}{m_h} \right) \right]$$

onde:

$z_{hi} = y_{hi} - rx_{hi}$ e na forma análoga $z_h = y_h - rx_h$,

onde:

h	representa os estratos e varia de 1 a H;
m_h	é número de conglomerados no estrato h-ésimo;
y_{hi}	é a soma ponderada dos valores da variável y no conglomerado i do estrato h-ésimo;
x_{hi}	é a soma ponderada do número de casos (mulheres) no conglomerado i do estrato h-ésimo;
f	representa a fracção total da amostra cujo valor é tão pequeno que é ignorado pelo subprograma.

Além do erro padrão, o subprograma calcula o efeito do desenho para cada estimativa, *EDIS*, que se define como a razão entre o erro padrão correspondente ao desenho da amostra (*EE*) e o erro padrão que resultaria se o desenho implementado fosse por amostragem aleatória simples (*EEmas*):

$$EDIS = EE / EEmas.$$

Um valor de *EDIS* igual a 1.0 indica que o desenho utilizado é tão eficiente quanto uma amostragem aleatória simples, enquanto que um valor superior a 1.0 indica que o uso de conglomerados produziu uma variância superior a que obteria com uma amostragem aleatória simples do mesmo tamanho.

O Quadro B.1 apresenta as variáveis para as quais se calculou os erros de amostragem, mostrando-se o tipo de indicador utilizado e a população de referência. Os demais Quadros (Quadros B.1 a B.15) apresentam os erros de amostragem para os indicadores das variáveis seleccionadas, para todo o país, por área de residência, e as 10 províncias para as mulheres elegíveis e similarmente para os homens.

Para cada variável inclui-se o correspondente valor estimado *V* (em média ou em percentagem), o erro padrão e o número de casos (sem ponderar e os ponderados) para os quais se investigou a característica considerada. Além do erro padrão, no Quadro aparecem também o efeito do desenho *(EDIS)*, o erro relativo *(EE/V)* e o intervalo de confiança de 95 por cento que contem o valor real.

O exame do Quadros revela que, em geral, os erros padrão são pequenos e que a amostra pode ser classificada de bastante precisa; isto é particularmente claro na antepenúltima coluna onde aparecem os erros

relativos. Note-se que os efeitos de desenho tendem a aumentar para as classificações geográficas e a diminuir para aquelas que cruzam toda a amostra, como a idade.

Para ilustrar o uso das cifras deste Apêndice, considera-se a variável *média de nascidos vivos 15-49*, que tem um valor estimado de 3.061 com um erro padrão de 0.047 para a população total do país no Quadro B.2. Quando se deseja um intervalo de confiança de 95 por cento, deve-se-lhe somar ou subtrair à média duas vezes o erro padrão: 3.061 ± (2 x 0.047), o que produz um intervalo de 2.968 a 3.154 das duas últimas colunas. Isto significa que se tem um intervalo de confiança de 95 por cento do valor da proporção da população com residência urbana e na população total encontra-se entre esses valores que resultam da amostra.

As estimativas das taxas de fecundidade e de mortalidade neste apêndice foram calculadas com base no processo de estimação de Jackknife, que consiste em obter um número de réplicas igual ao número de áreas enumeração. Uma réplica utiliza todas as 388 áreas de enumeração menos 1, quer dizer, 387 ao todo e cada vez que a réplica usa todas menos uma esta sendo diferente da usada nas réplicas anteriores. O erro padrão de r calcula-se como a raiz quadrada da variância expressada como:

$$var(r)=\frac{1}{k(k-1)}\sum (r_i-r)^2$$

e nessa relação define-se

$$r_i = kr - (k\text{-}1)r_{(i)}$$

onde:

r	é a estimativa da taxa usando as 388 áreas de enumeração;
$r_{(i)}$	é a estimativa da taxa usando 387 áreas de enumeração, ie, todas as áreas de enumeração menos i-ésima, e
k	é o número total de áreas de enumeração.

Quadro B.1 Variáveis seleccionadas para o cálculo dos erros de amostragem

Variáveis, tipo de indicador e população base para o cálculo dos erros de amostragem, Moçambique 1997

Variável	Indicador	População base
PARA MULHERES		
Residência urbana	Proporção	Mulheres de 15-49 anos
Sem instrução	Proporção	Mulheres de 15-49 anos
Nível secundário ou mais	Proporção	Mulheres de 15-49 anos
Solteira	Proporção	Mulheres de 15-49 anos
Actualmente em união	Proporção	Mulheres de 15-49 anos
Casada antes de 20 anos	Proporção	Mulheres de 20-49 anos
Primeira relação antes de 18 anos	Proporção	Mulheres de 20-49 anos
Média de nascidos vivos 15-49	Média	Mulheres de 15-49 anos
Média de nascidos vivos 40-49	Média	Mulheres de 40-49 anos
Média de sobreviventes 15-49	Média	Mulheres de 15-49 anos
Conhece métodos anticonceptivos	Proporção	Mulheres actualmente unidas
Conhece método moderno	Proporção	Mulheres actualmente unidas
Alguma vez usou anticonceptivos	Proporção	Mulheres actualmente unidas
Actualmente usa anticonceptivos	Proporção	Mulheres actualmente unidas
Usa método moderno actualmente	Proporção	Mulheres actualmente unidas
Usa pílula actualmente	Proporção	Mulheres actualmente unidas
Usa DIU actualmente	Proporção	Mulheres actualmente unidas
Usa injecção actualmente	Proporção	Mulheres actualmente unidas
Usa condom actualmente	Proporção	Mulheres actualmente unidas
Fez esterilização feminina	Proporção	Mulheres actualmente unidas
Faz abstinência periódica	Proporção	Homens actualmente unidos
Sector público como fonte do método	Proporção	Mulheres actualmente usam métodos
Não deseja mais filhos	Proporção	Mulheres actualmente unidas
Deseja esperar 2 anos ou mais	Proporção	Mulheres actualmente unidas
Tamanho ideal de família	Média	Mulheres de 15-49 anos com resposta numérica
Vacina anti-tetânica	Proporção	Nascidos nos últimos 5 anos
Atenção médica ao parto	Proporção	Nascidos nos últimos 5 anos
Crianças com diarréia últimas 2 semanas	Proporção	Crianças de 1-59 meses
Recebeu tratamento de SRO	Proporção	Crianças com diarréia 2 semanas que precederam ao inquérito
Recebeu tratamento médico	Proporção	Crianças com diarréia 2 semanas que precederam ao inquérito
Crianças com cartão	Proporção	Crianças de 12-23 meses
Crianças que receberam BCG	Proporção	Crianças de 12-23 meses
Crianças que receberam DPT (3 doses)	Proporção	Crianças de 12-23 meses
Crianças que receberam Pólio (3 doses)	Proporção	Crianças de 12-23 meses
Receberam vacina anti-sarampo	Proporção	Crianças de 12-23 meses
Receberam todas as vacinas	Proporção	Crianças de 12-23 meses
Peso para a altura - 2 DP	Proporção	Crianças de 0-59 meses com medição
Altura para a idade - 2 DP	Proporção	Crianças de 0-59 meses com medição
Peso para a altura - 2 DP	Proporção	Crianças de 0-59 meses com medição
Fecundidade	Taxa	Mulheres 15-49 nos últimos 3 anos
Mortalidade neonatal	Taxa	Nascimentos nos 10 anos anteriores ao inquérito[1]
Mortalidade infantil	Taxa	Nascimentos nos 10 anos anteriores ao inquérito
Mortalidade pós-infantil	Taxa	Nascimentos nos 10 anos anteriores ao inquérito
Mortalidade na infância	Taxa	Nascimentos nos 10 anos anteriores ao inquérito
Mortalidade pós-neonatal	Taxa	Nascimentos nos 10 anos anteriores ao inquérito
PARA HOMENS		
Residência urbana	Proporção	Homens de 15-64 anos
Sem instrução	Proporção	Homens de 15-64 anos
Nível secundário ou mais	Proporção	Homens de 15-64 anos
Solteiro	Proporção	Homens de 15-64 anos
Actualmente em união	Proporção	Homens de 15-64 anos
Conhece método anticonceptivo	Proporção	Homens actualmente unidos
Conhece método moderno	Proporção	Homens actualmente unidos
Alguma vez usou anticonceptivos	Proporção	Homens actualmente unidos
Actualmente usa anticonceptivos	Proporção	Homens actualmente unidos
Usa método moderno actualmente	Proporção	Homens actualmente unidos
Usa pílula actualmente	Proporção	Homens actualmente unidos
Usa DIU actualmente	Proporção	Homens actualmente unidos
Usa injecção actualmente	Proporção	Homens actualmente unidos
Usa condom actualmente	Proporção	Homens actualmente unidos
Fez esterilização	Proporção	Homens actualmente unidos
Faz abstinência periódica	Proporção	Homens actualmente unidos
Não deseja mais filhos	Proporção	Homens actualmente unidos
Deseja esperar 2 anos o más	Proporção	Homens actualmente unidos
Tamanho ideal de família	Média	Homens de 15-64 anos com resposta numérica

[1]Este valor de mortalidade infantil foi calculado para os nascidos nos 5 anos anteriores ao inquérito só para todo o país.

Quadro B.2 Erros de amostragem para a o total Moçambique

Valor estimado, erro padrão, efeito do desenho, erro relativo e intervalo de confiança para variáveis seleccionadas, Moçambique 1997

Variável	Valor estimado (V)	Erro padrão (EE)	Número de casos: Sem ponderar (SP)	Número de casos: Ponderados (P)	Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EE/V)	Intervalo de confiança: V-2EE	Intervalo de confiança: V+2EE
MULHERES								
Residência urbana	0.239	0.029	8779	8779	6.454	0.123	0.180	0.297
Sem instrução	0.429	0.023	8779	8779	4.343	0.053	0.383	0.475
Nível secundário ou mais	0.044	0.006	8779	8779	2.859	0.143	0.031	0.056
Solteira	0.151	0.009	8779	8779	2.377	0.060	0.133	0.170
Actualmente em união	0.744	0.013	8779	8779	2.826	0.018	0.717	0.770
Casada antes de 20 anos	0.758	0.012	6907	6943	2.275	0.015	0.734	0.781
Primeira relação antes de 18 anos	0.752	0.011	6907	6943	2.070	0.014	0.731	0.774
Média de nascidos vivos 15-49	3.061	0.047	8779	8779	1.577	0.015	2.968	3.154
Média de nascidos vivos 40-49	5.811	0.147	1371	1463	1.803	0.025	5.518	6.105
Média de sobreviventes 15-49	2.357	0.035	8779	8779	1.501	0.015	2.287	2.428
Conhece métodos anticonceptivos	0.620	0.050	6260	6530	8.091	0.080	0.520	0.719
Conhece método moderno	0.604	0.049	6260	6530	7.949	0.081	0.506	0.702
Alguma vez usou anticonceptivos	0.134	0.014	6260	6530	3.211	0.103	0.107	0.162
Actualmente usa anticonceptivos	0.056	0.007	6260	6530	2.317	0.120	0.043	0.070
Usa método moderno actualmente	0.051	0.006	6260	6530	2.298	0.126	0.038	0.063
Usa pílula actualmente	0.014	0.002	6260	6530	1.549	0.162	0.010	0.019
Usa DIU actualmente	0.003	0.001	6260	6530	1.005	0.233	0.002	0.004
Usa injecção actualmente	0.023	0.003	6260	6530	1.839	0.151	0.016	0.030
Usa condom actualmente	0.003	0.001	6260	6530	1.636	0.381	0.001	0.005
Fez esterilização feminina	0.007	0.002	6260	6530	1.607	0.238	0.004	0.011
Faz abstinência periódica	0.001	0.000	6260	6530	0.930	0.368	0.000	0.002
Sector público como fonte do método	0.827	0.025	720	471	1.780	0.030	0.777	0.877
Não deseja mais filhos	0.162	0.017	6260	6530	3.688	0.106	0.127	0.196
Deseja esperar 2 anos ou mais	0.287	0.012	6260	6530	2.037	0.041	0.264	0.310
Tamanho ideal de família	5.869	0.068	7680	7297	2.281	0.012	5.733	6.006
Vacina anti-tetânica	0.336	0.031	4122	4207	3.940	0.091	0.275	0.397
Atenção médica ao parto	0.442	0.040	4122	4207	4.908	0.090	0.362	0.522
Crianças com diarréia últimas 2 semanas	0.207	0.021	3770	3803	3.063	0.100	0.165	0.248
Recebeu tratamento de SRO	0.419	0.044	800	787	2.418	0.104	0.331	0.506
Recebeu tratamento médico	0.345	0.035	800	787	2.051	0.102	0.274	0.415
Crianças com cartão	0.660	0.042	1218	1244	3.103	0.064	0.576	0.744
Crianças que receberam BCG	0.781	0.037	1218	1244	3.150	0.048	0.706	0.855
Crianças que receberam DPT (3 doses)	0.596	0.040	1218	1244	2.852	0.067	0.516	0.676
Crianças que receberam Pólio (3 doses)	0.553	0.040	1218	1244	2.824	0.073	0.473	0.634
Receberam vacina anti-sarampo	0.575	0.032	1218	1244	2.241	0.055	0.511	0.638
Receberam todas as vacinas	0.473	0.031	1218	1244	2.179	0.066	0.411	0.536
Peso para a altura - 2 DP	0.079	0.011	3081	2837	2.059	0.134	0.058	0.100
Altura para a idade - 2 DP	0.359	0.015	3081	2837	1.597	0.040	0.330	0.389
Peso para a altura - 2 DP	0.261	0.017	3081	2837	2.029	0.065	0.227	0.295
Fecundidade	5.171	0.146	NA	24491	1.826	0.028	4.879	5.462
Mortalidade neonatal	53.909	6.278	7323	7627	2.238	0.116	41.354	66.464
Mortalidade infantil	134.620	8.183	7357	7673	2.004	0.061	118.254	150.985
Mortalidade pós-infantil	76.563	5.865	7495	7825	1.666	0.077	64.832	88.293
Mortalidade na infância	200.876	9.789	7532	7873	2.073	0.049	181.297	220.455
Mortalidade pós-neonatal	80.711	8.017	7354	7671	2.469	0.099	64.678	96.744
HOMENS								
Residência urbana	0.277	0.035	2335	2335	3.733	0.125	0.207	0.346
Sem instrução	0.196	0.017	2335	2335	2.125	0.089	0.161	0.231
Educação secundária ou mais	0.108	0.017	2335	2335	2.604	0.155	0.075	0.142
Solteiro	0.244	0.015	2335	2335	1.717	0.063	0.214	0.275
Actualmente unido	0.712	0.017	2335	2335	1.808	0.024	0.678	0.746
Conhece método anticonceptivo	0.687	0.054	1544	1662	4.582	0.079	0.579	0.795
Conhece método moderno	0.656	0.053	1544	1662	4.349	0.080	0.551	0.761
Alguma vez usou anticonceptivos	0.272	0.030	1544	1662	2.677	0.111	0.211	0.333
Actualmente usa anticonceptivos	0.099	0.013	1544	1662	1.646	0.126	0.074	0.124
Usa método moderno actualmente	0.065	0.011	1544	1662	1.676	0.162	0.044	0.086
Usa pílula actualmente	0.025	0.007	1544	1662	1.687	0.266	0.012	0.039
Usa DIU actualmente	0.005	0.001	1544	1662	0.781	0.275	0.002	0.008
Usa injecção actualmente	0.014	0.004	1544	1662	1.277	0.268	0.007	0.022
Usa condom actualmente	0.010	0.003	1544	1662	1.148	0.294	0.004	0.016
Fez esterilização	0.010	0.004	1544	1662	1.480	0.376	0.002	0.017
Faz abstinência periódica	0.026	0.008	1544	1662	2.002	0.310	0.010	0.043
Não deseja mais filhos	0.117	0.015	1544	1662	1.889	0.132	0.086	0.148
Deseja esperar 2 anos o mais	0.283	0.020	1544	1662	1.740	0.071	0.243	0.323
Tamanho ideal de família	7.422	0.219	1992	1932	2.181	0.029	6.985	7.860

NA = Não se aplica

Quadro B.3 Erros de amostragem para a área urbana de Moçambique

Valor estimado, erro padrão, efeito do desenho, erro relativo e intervalo de confiança para variáveis seleccionadas, Moçambique 1997

Variável	Valor estimado (V)	Erro padrão (EE)	Número de casos: Sem ponderar (SP)	Número de casos: Ponderados (P)	Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EE/V)	Intervalo de confiança: V-2EE	Intervalo de confiança: V+2EE
MULHERES								
Residência urbana	1.000	0.000	2514	2095	NA	0.000	1.000	1.000
Sem instrução	0.180	0.016	2514	2095	2.131	0.091	0.147	0.212
Nível secundário ou mais	0.139	0.020	2514	2095	2.925	0.145	0.099	0.179
Solteira	0.261	0.013	2514	2095	1.532	0.051	0.234	0.287
Actualmente em união	0.608	0.016	2514	2095	1.654	0.026	0.576	0.640
Casada antes de 20 anos	0.655	0.030	1893	1583	2.737	0.046	0.595	0.715
Primeira relação antes de 18 anos	0.715	0.026	1893	1583	2.468	0.036	0.664	0.766
Média de nascidos vivos 15-49	2.683	0.089	2514	2095	1.678	0.033	2.505	2.861
Média de nascidos vivos 40-49	5.920	0.231	329	253	1.368	0.039	5.458	6.382
Média de sobreviventes 15-49	2.201	0.077	2514	2095	1.766	0.035	2.047	2.355
Conhece métodos anticonceptivos	0.942	0.014	1473	1274	2.238	0.014	0.915	0.970
Conhece método moderno	0.940	0.013	1473	1274	2.151	0.014	0.914	0.967
Alguma vez usou anticonceptivos	0.393	0.031	1473	1274	2.399	0.078	0.332	0.454
Actualmente usa anticonceptivos	0.177	0.019	1473	1274	1.934	0.109	0.139	0.216
Usa método moderno actualmente	0.166	0.019	1473	1274	1.966	0.115	0.128	0.204
Usa pílula actualmente	0.050	0.008	1473	1274	1.416	0.161	0.034	0.066
Usa DIU actualmente	0.013	0.003	1473	1274	1.114	0.254	0.006	0.019
Usa injecção actualmente	0.071	0.011	1473	1274	1.644	0.155	0.049	0.093
Usa condom actualmente	0.011	0.005	1473	1274	1.889	0.457	0.001	0.022
Fez esterilização feminina	0.021	0.006	1473	1274	1.555	0.278	0.009	0.032
Faz abstinência periódica	0.005	0.002	1473	1274	1.104	0.425	0.001	0.008
Sector público como fonte do método	0.787	0.035	490	319	1.875	0.044	0.718	0.856
Não deseja mais filhos	0.222	0.014	1473	1274	1.333	0.065	0.193	0.251
Deseja esperar 2 anos ou mais	0.261	0.014	1473	1274	1.214	0.053	0.233	0.288
Tamanho ideal de família	4.819	0.111	2275	1904	2.169	0.023	4.598	5.041
Vacina anti-tetânica	0.581	0.032	1043	910	1.982	0.055	0.517	0.645
Atenção médica ao parto	0.814	0.024	1043	910	1.886	0.029	0.767	0.861
Crianças com diarréia últimas 2 semanas	0.306	0.026	962	806	1.731	0.085	0.254	0.358
Recebeu tratamento de SRO	0.597	0.090	259	247	3.079	0.151	0.417	0.777
Recebeu tratamento médico	0.442	0.063	259	247	2.125	0.142	0.317	0.568
Crianças com cartão	0.892	0.021	319	281	1.239	0.024	0.850	0.934
Crianças que receberam BCG	0.982	0.008	319	281	1.058	0.008	0.966	0.997
Crianças que receberam DPT (3 doses)	0.938	0.017	319	281	1.325	0.019	0.903	0.973
Crianças que receberam Pólio (3 doses)	0.889	0.021	319	281	1.239	0.024	0.846	0.931
Receberam vacina anti-sarampo	0.930	0.017	319	281	1.227	0.019	0.896	0.965
Receberam todas as vacinas	0.850	0.028	319	281	1.409	0.033	0.794	0.905
Peso para a altura - 2 DP	0.104	0.025	847	713	2.408	0.244	0.053	0.155
Altura para a idade - 2 DP	0.273	0.031	847	713	2.003	0.114	0.211	0.335
Peso para a altura - 2 DP	0.200	0.033	847	713	2.332	0.164	0.134	0.265
Fecundidade	4.612	0.228	NA	5691	1.528	0.049	4.156	5.067
Mortalidade neonatal	54.510	9.131	3370	2984	2.236	0.168	36.247	72.773
Mortalidade infantil	100.773	12.322	3376	2993	2.241	0.122	76.128	125.418
Mortalidade pós-infantil	55.228	5.421	3401	3008	1.211	0.098	44.386	66.070
Mortalidade na infância	150.436	12.694	3407	3018	1.990	0.084	125.049	175.823
Mortalidade pós-neonatal	46.263	5.647	3376	2993	1.494	0.122	34.970	57.556
HOMENS								
Residência urbana	1.000	0.000	753	646	NA	0.000	1.000	1.000
Sem instrução	0.047	0.013	753	646	1.678	0.277	0.021	0.072
Educação secundária ou mais	0.310	0.030	753	646	1.751	0.095	0.251	0.369
Solteiro	0.366	0.025	753	646	1.436	0.069	0.315	0.416
Actualmente unido	0.560	0.026	753	646	1.423	0.046	0.509	0.612
Conhece método anticonceptivo	0.951	0.018	419	362	1.706	0.019	0.914	0.987
Conhece método moderno	0.951	0.018	419	362	1.706	0.019	0.914	0.987
Alguma vez usou anticonceptivos	0.532	0.028	419	362	1.158	0.053	0.476	0.589
Actualmente usa anticonceptivos	0.194	0.031	419	362	1.591	0.159	0.132	0.256
Usa método moderno actualmente	0.151	0.026	419	362	1.463	0.169	0.100	0.203
Usa pílula actualmente	0.042	0.011	419	362	1.104	0.259	0.020	0.063
Usa DIU actualmente	0.012	0.006	419	362	1.129	0.497	0.000	0.024
Usa injecção actualmente	0.053	0.015	419	362	1.349	0.279	0.024	0.083
Usa condom actualmente	0.017	0.007	419	362	1.081	0.402	0.003	0.031
Fez esterilização	0.027	0.012	419	362	1.493	0.435	0.004	0.051
Faz abstinência periódica	0.033	0.010	419	362	1.125	0.296	0.014	0.053
Não deseja mais filhos	0.236	0.021	419	362	1.009	0.089	0.194	0.278
Deseja esperar 2 anos o mais	0.291	0.024	419	362	1.084	0.083	0.243	0.339
Tamanho ideal de família	5.285	0.123	681	593	1.033	0.023	5.040	5.531

NA = Não se aplica

Quadro B.4 Erros de amostragem para a área rural de Moçambique

Valor estimado, erro padrão, efeito do desenho, erro relativo e intervalo de confiança para variáveis seleccionadas, Moçambique 1997

Variável	Valor estimado (V)	Erro padrão (EE)	Número de casos: Sem ponderar (SP)	Número de casos: Ponderados (P)	Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EE/V)	Intervalo de confiança: V-2EE	Intervalo de confiança: V+2EE
MULHERES								
Residência urbana	0.000	0.000	6265	6684	NA	NA	0.000	0.000
Sem instrução	0.507	0.025	6265	6684	4.028	0.050	0.456	0.558
Nível secundário ou mais	0.014	0.006	6265	6684	3.811	0.406	0.003	0.025
Solteira	0.117	0.011	6265	6684	2.693	0.093	0.095	0.139
Actualmente em união	0.786	0.015	6265	6684	2.905	0.019	0.756	0.816
Casada antes de 20 anos	0.788	0.014	5014	5360	2.421	0.018	0.760	0.816
Primeira relação antes de 18 anos	0.763	0.012	5014	5360	2.015	0.016	0.739	0.788
Média de nascidos vivos 15-49	3.179	0.052	6265	6684	1.479	0.016	3.075	3.283
Média de nascidos vivos 40-49	5.789	0.171	1042	1210	1.834	0.029	5.447	6.130
Média de sobreviventes 15-49	2.406	0.040	6265	6684	1.440	0.017	2.326	2.486
Conhece métodos anticonceptivos	0.542	0.056	4787	5255	7.793	0.104	0.429	0.654
Conhece método moderno	0.522	0.055	4787	5255	7.675	0.106	0.412	0.633
Alguma vez usou anticonceptivos	0.072	0.009	4787	5255	2.491	0.130	0.053	0.090
Actualmente usa anticonceptivos	0.027	0.004	4787	5255	1.899	0.165	0.018	0.036
Usa método moderno actualmente	0.023	0.004	4787	5255	1.853	0.176	0.015	0.031
Usa pílula actualmente	0.006	0.001	4787	5255	1.217	0.230	0.003	0.008
Usa DIU actualmente	0.001	0.000	4787	5255	0.841	0.517	0.000	0.001
Usa injecção actualmente	0.012	0.002	4787	5255	1.609	0.216	0.007	0.016
Usa condom actualmente	0.001	0.000	4787	5255	1.124	0.549	0.000	0.002
Fez esterilização feminina	0.004	0.002	4787	5255	1.728	0.396	0.001	0.007
Faz abstinência periódica	0.000	0.000	4787	5255	0.474	0.543	0.000	0.000
Sector público como fonte do método	0.912	0.030	230	152	1.619	0.033	0.851	0.972
Não deseja mais filhos	0.147	0.021	4787	5255	4.037	0.141	0.106	0.188
Deseja esperar 2 anos ou mais	0.293	0.014	4787	5255	2.192	0.049	0.265	0.322
Tamanho ideal de família	6.240	0.080	5405	5393	2.281	0.013	6.079	6.401
Vacina anti-tetânica	0.268	0.036	3079	3297	4.311	0.136	0.195	0.341
Atenção médica ao parto	0.339	0.047	3079	3297	5.200	0.137	0.246	0.432
Crianças com diarréia últimas 2 semanas	0.180	0.022	2808	2996	2.994	0.124	0.135	0.225
Recebeu tratamento de SRO	0.337	0.045	541	540	2.069	0.132	0.248	0.426
Recebeu tratamento médico	0.300	0.041	541	540	2.031	0.138	0.217	0.383
Crianças com cartão	0.593	0.056	899	963	3.416	0.095	0.480	0.705
Crianças que receberam BCG	0.722	0.049	899	963	3.272	0.068	0.624	0.821
Crianças que receberam DPT (3 doses)	0.496	0.053	899	963	3.146	0.106	0.391	0.602
Crianças que receberam Pólio (3 doses)	0.455	0.054	899	963	3.216	0.118	0.348	0.563
Receberam vacina anti-sarampo	0.471	0.037	899	963	2.199	0.078	0.397	0.545
Receberam todas as vacinas	0.364	0.037	899	963	2.298	0.102	0.289	0.438
Peso para a altura - 2 DP	0.071	0.011	2234	2124	1.859	0.153	0.049	0.092
Altura para a idade - 2 DP	0.389	0.018	2234	2124	1.594	0.045	0.353	0.424
Peso para a altura - 2 DP	0.282	0.022	2234	2124	2.124	0.077	0.238	0.325
Fecundidade	5.332	0.173	NA	18800	1.852	0.032	4.986	5.679
Mortalidade neonatal	57.229	4.329	10319	11433	1.591	0.076	48.572	65.886
Mortalidade infantil	159.725	9.184	10355	11461	2.324	0.057	141.357	178.094
Mortalidade pós-infantil	91.858	9.039	10441	11550	2.531	0.098	73.779	109.936
Mortalidade na infância	236.911	12.345	10480	11581	2.554	0.052	212.221	261.601
Mortalidade pós-neonatal	102.496	7.153	10352	11459	2.215	0.070	88.191	116.801
HOMENS								
Residência urbana	0.000	0.000	1582	1689	NA	NA	0.000	0.000
Sem instrução	0.253	0.021	1582	1689	1.948	0.084	0.210	0.295
Educação secundária ou mais	0.031	0.007	1582	1689	1.578	0.222	0.017	0.045
Solteiro	0.198	0.016	1582	1689	1.550	0.079	0.167	0.229
Actualmente unido	0.770	0.017	1582	1689	1.597	0.022	0.736	0.804
Conhece método anticonceptivo	0.613	0.063	1125	1300	4.352	0.103	0.487	0.740
Conhece método moderno	0.574	0.061	1125	1300	4.113	0.106	0.453	0.696
Alguma vez usou anticonceptivos	0.200	0.033	1125	1300	2.762	0.165	0.134	0.266
Actualmente usa anticonceptivos	0.073	0.013	1125	1300	1.720	0.183	0.046	0.100
Usa método moderno actualmente	0.041	0.011	1125	1300	1.789	0.259	0.020	0.062
Usa pílula actualmente	0.021	0.008	1125	1300	1.892	0.387	0.005	0.037
Usa DIU actualmente	0.003	0.001	1125	1300	0.361	0.188	0.002	0.004
Usa injecção actualmente	0.004	0.002	1125	1300	0.981	0.481	0.000	0.007
Usa condom actualmente	0.008	0.003	1125	1300	1.179	0.398	0.002	0.014
Fez esterilização	0.005	0.003	1125	1300	1.635	0.679	0.000	0.012
Faz abstinência periódica	0.024	0.010	1125	1300	2.203	0.415	0.004	0.045
Não deseja mais filhos	0.084	0.016	1125	1300	1.955	0.193	0.051	0.116
Deseja esperar 2 anos o mais	0.281	0.025	1125	1300	1.842	0.088	0.231	0.330
Tamanho ideal de família	8.369	0.244	1311	1339	1.893	0.029	7.881	8.856

NA = Não se aplica

Quadro B.5 Erros de amostragem para a Província de Niassa

Valor estimado, erro padrão, efeito do desenho, erro relativo e intervalo de confiança para variáveis seleccionadas, Moçambique 1997

Variável	Valor estimado (V)	Erro padrão (EE)	Número de casos: Sem ponderar (SP)	Número de casos: Ponderados (P)	Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EE/V)	Intervalo de confiança: V-2EE	Intervalo de confiança: V+2EE
MULHERES								
Residência urbana	0.147	0.030	738	457	2.336	0.208	0.086	0.208
Sem instrução	0.542	0.036	738	457	1.947	0.066	0.471	0.614
Nível secundário ou mais	0.020	0.010	738	457	1.846	0.470	0.001	0.040
Solteira	0.084	0.020	738	457	1.920	0.234	0.045	0.123
Actualmente em união	0.777	0.026	738	457	1.708	0.034	0.725	0.829
Casada antes de 20 anos	0.834	0.020	588	374	1.330	0.025	0.793	0.875
Primeira relação antes de 18 anos	0.779	0.023	588	374	1.367	0.030	0.732	0.826
Média de nascidos vivos 15-49	3.441	0.196	738	457	1.911	0.057	3.050	3.833
Média de nascidos vivos 40-49	6.243	0.499	116	79	1.966	0.080	5.245	7.241
Média de sobreviventes 15-49	2.632	0.131	738	457	1.634	0.050	2.370	2.894
Conhece métodos anticonceptivos	0.553	0.041	582	355	1.989	0.074	0.471	0.635
Conhece método moderno	0.466	0.063	582	355	3.021	0.134	0.341	0.591
Alguma vez usou anticonceptivos	0.161	0.021	582	355	1.368	0.129	0.119	0.203
Actualmente usa anticonceptivos	0.081	0.014	582	355	1.236	0.173	0.053	0.109
Usa método moderno actualmente	0.043	0.012	582	355	1.435	0.279	0.019	0.068
Usa pílula actualmente	0.012	0.005	582	355	1.111	0.421	0.002	0.022
Usa DIU actualmente	0.000	0.000	582	355	NA	NA	0.000	0.000
Usa injecção actualmente	0.026	0.012	582	355	1.789	0.458	0.002	0.049
Usa condom actualmente	0.002	0.002	582	355	1.076	1.015	0.000	0.006
Fez esterilização feminina	0.004	0.003	582	355	1.037	0.663	0.000	0.010
Faz abstinência periódica	0.002	0.002	582	355	1.188	1.010	0.000	0.007
Sector público como fonte do método	0.983	0.014	36	18	0.644	0.014	0.955	1.011
Não deseja mais filhos	0.142	0.030	582	355	2.040	0.208	0.083	0.201
Deseja esperar 2 anos ou mais	0.341	0.034	582	355	1.733	0.100	0.273	0.409
Tamanho ideal de família	6.793	0.150	736	456	1.573	0.022	6.494	7.092
Vacina anti-tetânica	0.305	0.035	391	230	1.417	0.115	0.235	0.375
Atenção médica ao parto	0.464	0.078	391	230	2.892	0.169	0.307	0.621
Crianças com diarréia últimas 2 semanas	0.206	0.028	356	210	1.275	0.138	0.149	0.263
Recebeu tratamento de SRO	0.554	0.052	87	43	0.865	0.094	0.450	0.659
Recebeu tratamento médico	0.501	0.045	87	43	0.744	0.091	0.410	0.591
Crianças com cartão	0.671	0.068	119	70	1.500	0.101	0.536	0.806
Crianças que receberam BCG	0.821	0.064	119	70	1.772	0.078	0.692	0.949
Crianças que receberam DPT (3 doses)	0.593	0.096	119	70	2.054	0.162	0.400	0.785
Crianças que receberam Pólio (3 doses)	0.552	0.085	119	70	1.788	0.153	0.383	0.721
Receberam vacina anti-sarampo	0.594	0.094	119	70	2.021	0.158	0.406	0.782
Receberam todas as vacinas	0.482	0.092	119	70	1.947	0.192	0.297	0.667
Peso para a altura - 2 DP	0.032	0.013	300	178	1.228	0.400	0.006	0.057
Altura para a idade - 2 DP	0.546	0.047	300	178	1.573	0.086	0.453	0.640
Peso para a altura - 2 DP	0.381	0.053	300	178	1.824	0.139	0.275	0.487
Fecundidade	5.389	0.254	NA	1313	1.030	0.047	4.881	5.896
Mortalidade neonatal	67.785	8.945	1363	840	1.162	0.132	49.896	85.675
Mortalidade infantil	133.942	13.793	1365	840	1.266	0.103	106.356	161.528
Mortalidade pós-infantil	91.360	9.521	1382	855	0.890	0.104	72.319	110.401
Mortalidade na infância	213.065	18.284	1384	855	1.363	0.086	176.498	249.632
Mortalidade pós-neonatal	66.157	8.203	1365	840	1.051	0.124	49.751	82.563
HOMENS								
Residência urbana	0.211	0.047	182	111	1.537	0.221	0.118	0.304
Sem instrução	0.273	0.071	182	111	2.132	0.259	0.131	0.414
Educação secundária ou mais	0.078	0.025	182	111	1.265	0.323	0.028	0.128
Solteiro	0.137	0.041	182	111	1.589	0.296	0.056	0.219
Actualmente unido	0.843	0.041	182	111	1.501	0.048	0.762	0.924
Conhece método anticonceptivo	0.893	0.036	143	94	1.405	0.041	0.820	0.966
Conhece método moderno	0.887	0.038	143	94	1.426	0.043	0.811	0.963
Alguma vez usou anticonceptivos	0.266	0.040	143	94	1.087	0.152	0.185	0.346
Actualmente usa anticonceptivos	0.096	0.027	143	94	1.111	0.287	0.041	0.151
Usa método moderno actualmente	0.070	0.023	143	94	1.085	0.332	0.023	0.116
Usa pílula actualmente	0.024	0.011	143	94	0.895	0.483	0.001	0.046
Usa DIU actualmente	0.000	0.000	143	94	NA	NA	0.000	0.000
Usa injecção actualmente	0.027	0.018	143	94	1.327	0.665	0.000	0.064
Usa condom actualmente	0.003	0.003	143	94	0.641	1.033	0.000	0.008
Fez esterilização	0.016	0.011	143	94	1.043	0.682	0.000	0.038
Faz abstinência periódica	0.018	0.004	143	94	0.393	0.245	0.009	0.027
Não deseja mais filhos	0.125	0.040	143	94	1.449	0.321	0.045	0.206
Deseja esperar 2 anos o mais	0.151	0.042	143	94	1.397	0.278	0.067	0.235
Tamanho ideal de família	7.837	0.413	153	91	1.230	0.053	7.011	8.662

NA = Não se aplica

Quadro B.6 Erros de amostragem para a Província de Cabo Delgado

Valor estimado, erro padrão, efeito do desenho, erro relativo e intervalo de confiança para variáveis seleccionadas, Moçambique 1997

Variável	Valor estimado (V)	Erro padrão (EE)	Número de casos: Sem ponderar (SP)	Número de casos: Ponderados (P)	Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EE/V)	Intervalo de confiança: V-2EE	Intervalo de confiança: V+2EE
MULHERES								
Residência urbana	0.051	0.010	618	546	1.094	0.190	0.032	0.070
Sem instrução	0.531	0.028	618	546	1.385	0.052	0.476	0.587
Nível secundário ou mais	0.002	0.001	618	546	0.875	0.850	0.000	0.005
Solteira	0.056	0.014	618	546	1.550	0.256	0.027	0.085
Actualmente em união	0.843	0.017	618	546	1.137	0.020	0.809	0.876
Casada antes de 20 anos	0.770	0.021	523	465	1.122	0.027	0.729	0.811
Primeira relação antes de 18 anos	0.730	0.029	523	465	1.513	0.040	0.671	0.789
Média de nascidos vivos 15-49	2.637	0.088	618	546	0.930	0.033	2.461	2.813
Média de nascidos vivos 40-49	4.810	0.313	102	84	1.096	0.065	4.184	5.437
Média de sobreviventes 15-49	2.125	0.080	618	546	1.040	0.037	1.965	2.284
Conhece métodos anticonceptivos	0.446	0.029	519	460	1.317	0.064	0.389	0.504
Conhece método moderno	0.443	0.029	519	460	1.316	0.065	0.385	0.500
Alguma vez usou anticonceptivos	0.029	0.011	519	460	1.541	0.391	0.006	0.052
Actualmente usa anticonceptivos	0.008	0.004	519	460	1.076	0.515	0.000	0.017
Usa método moderno actualmente	0.007	0.004	519	460	1.095	0.591	0.000	0.014
Usa pílula actualmente	0.004	0.002	519	460	0.907	0.647	0.000	0.009
Usa DIU actualmente	0.000	0.000	519	460	NA	NA	0.000	0.000
Usa injecção actualmente	0.003	0.002	519	460	0.877	0.726	0.000	0.007
Usa condom actualmente	0.000	0.000	519	460	NA	NA	0.000	0.000
Fez esterilização feminina	0.000	0.000	519	460	NA	NA	0.000	0.000
Faz abstinência periódica	0.000	0.000	519	460	NA	NA	0.000	0.000
Sector público como fonte do método	0.951	0.058	6	3	0.607	0.061	0.834	1.068
Não deseja mais filhos	0.066	0.009	519	460	0.787	0.130	0.049	0.083
Deseja esperar 2 anos ou mais	0.248	0.030	519	460	1.578	0.121	0.188	0.308
Tamanho ideal de família	6.902	0.164	545	484	1.242	0.024	6.574	7.230
Vacina anti-tetánica	0.225	0.030	259	233	1.084	0.132	0.166	0.284
Atenção médica ao parto	0.321	0.078	259	233	2.509	0.242	0.165	0.476
Crianças com diarréia últimas 2 semanas	0.234	0.034	243	219	1.262	0.146	0.166	0.303
Recebeu tratamento de SRO	0.340	0.095	53	51	1.511	0.281	0.149	0.531
Recebeu tratamento médico	0.138	0.041	53	51	0.895	0.294	0.057	0.219
Crianças com cartão	0.628	0.063	71	71	1.161	0.101	0.501	0.755
Crianças que receberam BCG	0.695	0.056	71	71	1.084	0.081	0.583	0.808
Crianças que receberam DPT (3 doses)	0.289	0.069	71	71	1.323	0.240	0.151	0.427
Crianças que receberam Pólio (3 doses)	0.289	0.069	71	71	1.323	0.240	0.151	0.427
Receberam vacina anti-sarampo	0.402	0.084	71	71	1.498	0.209	0.234	0.570
Receberam todas as vacinas	0.254	0.067	71	71	1.326	0.264	0.120	0.387
Peso para a altura - 2 DP	0.162	0.034	186	167	1.198	0.207	0.095	0.229
Altura para a idade - 2 DP	0.568	0.043	186	167	1.158	0.076	0.482	0.654
Peso para a altura - 2 DP	0.498	0.047	186	167	1.252	0.094	0.404	0.592
Fecundidade	4.514	0.507	NA	1566	1.966	0.112	3.500	5.527
Mortalidade neonatal	44.502	10.626	926	862	1.573	0.239	23.249	65.755
Mortalidade infantil	123.406	15.033	932	867	1.261	0.122	93.339	153.472
Mortalidade pós-infantil	47.075	9.024	930	867	1.103	0.192	29.026	65.123
Mortalidade na infância	164.671	14.572	936	871	1.155	0.088	135.527	193.816
Mortalidade pós-neonatal	78.904	11.485	932	867	1.076	0.146	55.934	101.874
HOMENS								
Residência urbana	0.051	0.021	215	172	1.431	0.423	0.008	0.094
Sem instrucção	0.257	0.040	215	172	1.351	0.157	0.176	0.338
Educação secundária ou mais	0.032	0.014	215	172	1.127	0.426	0.005	0.059
Solteiro	0.121	0.023	215	172	1.041	0.191	0.075	0.168
Actualmente unido	0.808	0.033	215	172	1.220	0.041	0.742	0.874
Conhece método anticonceptivo	0.714	0.060	166	139	1.702	0.084	0.594	0.834
Conhece método moderno	0.679	0.064	166	139	1.758	0.094	0.551	0.807
Alguma vez usou anticonceptivos	0.171	0.071	166	139	2.432	0.417	0.028	0.314
Actualmente usa anticonceptivos	0.008	0.006	166	139	0.814	0.717	0.000	0.019
Usa método moderno actualmente	0.008	0.006	166	139	0.814	0.717	0.000	0.019
Usa pílula actualmente	0.006	0.005	166	139	0.867	0.845	0.000	0.017
Usa DIU actualmente	0.000	0.000	166	139	NA	NA	0.000	0.000
Usa injecção actualmente	0.000	0.000	166	139	NA	NA	0.000	0.000
Usa condom actualmente	0.001	0.001	166	139	0.489	1.013	0.000	0.004
Fez esterilização	0.000	0.000	166	139	NA	NA	0.000	0.000
Faz abstinência periódica	0.000	0.000	166	139	NA	NA	0.000	0.000
Não deseja mais filhos	0.142	0.070	166	139	2.572	0.491	0.003	0.282
Deseja esperar 2 anos o mais	0.421	0.070	166	139	1.825	0.167	0.281	0.562
Tamanho ideal de família	9.225	0.300	198	160	1.087	0.033	8.625	9.825

NA = Não se aplica

Quadro B.7 Erros de amostragem para a Província de Nampula

Valor estimado, erro padrão, efeito do desenho, erro relativo e intervalo de confiança para variáveis seleccionadas, Moçambique 1997

Variável	Valor estimado (V)	Erro padrão (EE)	Número de casos: Sem ponderar (SP)	Número de casos: Ponderados (P)	Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EE/V)	Intervalo de confiança: V-2EE	Intervalo de confiança: V+2EE
MULHERES								
Residência urbana	0.171	0.029	887	1462	2.262	0.168	0.113	0.228
Sem instrução	0.542	0.049	887	1462	2.898	0.089	0.445	0.639
Nível secundário ou mais	0.016	0.008	887	1462	1.870	0.493	0.000	0.032
Solteira	0.051	0.009	887	1462	1.273	0.185	0.032	0.070
Actualmente em união	0.849	0.028	887	1462	2.367	0.033	0.792	0.906
Casada antes de 20 anos	0.904	0.026	749	1220	2.392	0.028	0.853	0.956
Primeira relação antes de 18 anos	0.880	0.017	749	1220	1.461	0.020	0.845	0.914
Média de nascidos vivos 15-49	3.571	0.122	887	1462	1.191	0.034	3.326	3.816
Média de nascidos vivos 40-49	5.282	0.541	153	290	1.881	0.102	4.200	6.364
Média de sobreviventes 15-49	2.482	0.127	887	1462	1.625	0.051	2.229	2.735
Conhece métodos anticonceptivos	0.505	0.051	748	1241	2.766	0.100	0.403	0.606
Conhece método moderno	0.455	0.054	748	1241	2.961	0.119	0.347	0.563
Alguma vez usou anticonceptivos	0.068	0.013	748	1241	1.430	0.194	0.041	0.094
Actualmente usa anticonceptivos	0.022	0.005	748	1241	1.015	0.246	0.011	0.033
Usa método moderno actualmente	0.020	0.007	748	1241	1.274	0.327	0.007	0.033
Usa pílula actualmente	0.006	0.001	748	1241	0.490	0.224	0.004	0.009
Usa DIU actualmente	0.001	0.001	748	1241	0.654	1.013	0.000	0.002
Usa injecção actualmente	0.012	0.006	748	1241	1.492	0.488	0.000	0.024
Usa condom actualmente	0.000	0.000	748	1241	NA	NA	0.000	0.000
Fez esterilização feminina	0.001	0.001	748	1241	0.628	0.922	0.000	0.002
Faz abstinência periódica	0.000	0.000	748	1241	NA	NA	0.000	0.000
Sector público como fonte do método	0.915	0.114	25	31	1.995	0.124	0.688	1.000
Não deseja mais filhos	0.172	0.024	748	1241	1.715	0.137	0.125	0.220
Deseja esperar 2 anos ou mais	0.298	0.024	748	1241	1.443	0.081	0.250	0.346
Tamanho ideal de família	6.169	0.200	828	1313	2.287	0.032	5.770	6.568
Vacina anti-tetânica	0.286	0.035	431	675	1.516	0.122	0.216	0.356
Atenção médica ao parto	0.286	0.043	431	675	1.822	0.152	0.199	0.373
Crianças com diarréia últimas 2 semanas	0.251	0.035	378	613	1.535	0.140	0.181	0.322
Recebeu tratamento de SRO	0.293	0.074	108	154	1.517	0.251	0.146	0.441
Recebeu tratamento médico	0.400	0.105	108	154	2.025	0.264	0.189	0.610
Crianças com cartão	0.576	0.079	123	202	1.758	0.137	0.418	0.735
Crianças que receberam BCG	0.770	0.070	123	202	1.830	0.091	0.630	0.910
Crianças que receberam DPT (3 doses)	0.465	0.067	123	202	1.467	0.144	0.331	0.599
Crianças que receberam Pólio (3 doses)	0.465	0.067	123	202	1.467	0.144	0.331	0.600
Receberam vacina anti-sarampo	0.439	0.097	123	202	2.125	0.221	0.245	0.632
Receberam todas as vacinas	0.344	0.072	123	202	1.639	0.209	0.200	0.489
Peso para a altura - 2 DP	0.068	0.022	235	318	1.190	0.318	0.025	0.111
Altura para a idade - 2 DP	0.384	0.050	235	318	1.406	0.129	0.285	0.483
Peso para a altura - 2 DP	0.291	0.037	235	318	1.119	0.128	0.217	0.366
Fecundidade	5.145	0.284	NA	4171	1.508	0.055	4.578	5.713
Mortalidade neonatal	84.987	12.578	1662	2701	1.587	0.148	59.832	110.142
Mortalidade infantil	215.537	22.268	1672	2706	2.128	0.103	171.001	260.073
Mortalidade pós-infantil	132.061	30.770	1680	2746	2.807	0.233	70.521	193.602
Mortalidade na infância	319.134	27.891	1690	2752	1.996	0.087	263.352	374.916
Mortalidade pós-neonatal	130.550	14.040	1672	2706	1.675	0.108	102.471	158.629
HOMENS								
Residência urbana	0.197	0.036	248	367	1.438	0.184	0.125	0.270
Sem instrução	0.169	0.055	248	367	2.312	0.326	0.059	0.279
Educação secundária ou mais	0.048	0.016	248	367	1.177	0.334	0.016	0.080
Solteiro	0.189	0.033	248	367	1.342	0.177	0.122	0.255
Actualmente unido	0.776	0.029	248	367	1.079	0.037	0.718	0.833
Conhece método anticonceptivo	0.426	0.048	190	285	1.331	0.112	0.330	0.522
Conhece método moderno	0.425	0.048	190	285	1.332	0.113	0.329	0.521
Alguma vez usou anticonceptivos	0.047	0.015	190	285	0.942	0.307	0.018	0.077
Actualmente usa anticonceptivos	0.007	0.006	190	285	1.015	0.869	0.000	0.020
Usa método moderno actualmente	0.007	0.006	190	285	1.015	0.869	0.000	0.020
Usa pílula actualmente	0.006	0.006	190	285	1.075	0.989	0.000	0.019
Usa DIU actualmente	0.000	0.000	190	285	NA	NA	0.000	0.000
Usa injecção actualmente	0.000	0.000	190	285	NA	NA	0.000	0.000
Usa condom actualmente	0.001	0.001	190	285	0.430	1.015	0.000	0.003
Fez esterilização	0.000	0.000	190	285	NA	NA	0.000	0.000
Faz abstinência periódica	0.000	0.000	190	285	NA	NA	0.000	0.000
Não deseja mais filhos	0.018	0.009	190	285	0.976	0.529	0.000	0.036
Deseja esperar 2 anos o mais	0.277	0.053	190	285	1.638	0.192	0.170	0.384
Tamanho ideal de família	8.558	0.724	164	217	1.832	0.085	7.110	10.006

NA = Não se aplica

Quadro B.8 Erros de amostragem para a Província de Zambezia

Valor estimado, erro padrão, efeito do desenho, erro relativo e intervalo de confiança para variáveis seleccionadas, Moçambique 1997

Variável	Valor estimado (V)	Erro padrão (EE)	Número de casos: Sem ponderar (SP)	Número de casos: Ponderados (P)	Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EE/V)	Intervalo de confiança: V-2EE	Intervalo de confiança: V+2EE
MULHERES								
Residência urbana	0.098	0.061	727	1319	5.552	0.626	0.000	0.220
Sem instrução	0.405	0.034	727	1319	1.874	0.084	0.337	0.473
Nível secundário ou mais	0.024	0.007	727	1319	1.230	0.293	0.010	0.038
Solteira	0.118	0.020	727	1319	1.685	0.171	0.078	0.158
Actualmente em união	0.771	0.024	727	1319	1.536	0.031	0.723	0.819
Casada antes de 20 anos	0.867	0.020	600	1126	1.466	0.023	0.826	0.907
Primeira relação antes de 18 anos	0.769	0.029	600	1126	1.695	0.038	0.710	0.827
Média de nascidos vivos 15-49	3.139	0.101	727	1319	1.034	0.032	2.936	3.342
Média de nascidos vivos 40-49	5.644	0.337	111	198	1.218	0.060	4.970	6.317
Média de sobreviventes 15-49	2.500	0.068	727	1319	0.863	0.027	2.363	2.636
Conhece métodos anticonceptivos	0.633	0.041	550	1017	1.973	0.064	0.552	0.714
Conhece método moderno	0.633	0.041	550	1017	1.973	0.064	0.552	0.714
Alguma vez usou anticonceptivos	0.114	0.032	550	1017	2.340	0.279	0.050	0.177
Actualmente usa anticonceptivos	0.049	0.016	550	1017	1.698	0.321	0.017	0.080
Usa método moderno actualmente	0.047	0.017	550	1017	1.845	0.354	0.014	0.081
Usa pílula actualmente	0.017	0.009	550	1017	1.583	0.520	0.000	0.034
Usa DIU actualmente	0.003	0.002	550	1017	0.903	0.688	0.000	0.007
Usa injecção actualmente	0.024	0.011	550	1017	1.602	0.432	0.003	0.045
Usa condom actualmente	0.000	0.000	550	1017	NA	NA	0.000	0.000
Fez esterilização feminina	0.003	0.002	550	1017	0.929	0.717	0.000	0.007
Faz abstinência periódica	0.001	0.002	550	1017	0.947	1.070	0.000	0.004
Sector público como fonte do método	0.966	0.021	33	53	0.666	0.022	0.923	1.000
Não deseja mais filhos	0.135	0.018	550	1017	1.245	0.134	0.099	0.172
Deseja esperar 2 anos ou mais	0.259	0.027	550	1017	1.437	0.104	0.205	0.312
Tamanho ideal de família	6.232	0.161	574	1076	1.614	0.026	5.910	6.554
Vacina anti-tetânica	0.166	0.052	297	632	2.301	0.313	0.062	0.270
Atenção médica ao parto	0.255	0.078	297	632	3.074	0.304	0.100	0.410
Crianças com diarréia últimas 2 semanas	0.346	0.050	271	556	1.739	0.145	0.246	0.446
Recebeu tratamento de SRO	0.333	0.125	77	193	2.570	0.376	0.083	0.584
Recebeu tratamento médico	0.211	0.060	77	193	1.489	0.283	0.092	0.330
Crianças com cartão	0.283	0.100	90	208	2.360	0.352	0.084	0.482
Crianças que receberam BCG	0.457	0.120	90	208	2.556	0.262	0.218	0.696
Crianças que receberam DPT (3 doses)	0.304	0.107	90	208	2.475	0.351	0.091	0.517
Crianças que receberam Pólio (3 doses)	0.248	0.101	90	208	2.493	0.406	0.047	0.450
Receberam vacina anti-sarampo	0.309	0.099	90	208	2.294	0.322	0.110	0.507
Receberam todas as vacinas	0.232	0.100	90	208	2.545	0.434	0.031	0.433
Peso para a altura - 2 DP	0.092	0.026	127	322	1.193	0.278	0.041	0.144
Altura para a idade - 2 DP	0.369	0.047	127	322	1.269	0.129	0.274	0.464
Peso para a altura - 2 DP	0.332	0.049	127	322	1.384	0.148	0.233	0.431
Fecundidade	4.998	0.383	NA	3805	1.507	0.077	4.233	5.764
Mortalidade neonatal	43.982	9.788	1142	2256	1.493	0.223	24.405	63.558
Mortalidade infantil	128.544	14.462	1149	2274	1.311	0.113	99.619	157.468
Mortalidade pós-infantil	62.629	12.628	1159	2273	1.604	0.202	37.372	87.886
Mortalidade na infância	183.122	16.005	1166	2292	1.300	0.087	151.111	215.133
Mortalidade pós-neonatal	84.562	16.453	1149	2274	1.730	0.195	51.655	117.468
HOMENS								
Residência urbana	0.155	0.093	237	408	3.965	0.602	0.000	0.342
Sem instrução	0.287	0.053	237	408	1.794	0.184	0.181	0.392
Educação secundária ou mais	0.066	0.048	237	408	2.952	0.722	0.000	0.161
Solteiro	0.258	0.049	237	408	1.709	0.189	0.160	0.355
Actualmente unido	0.726	0.050	237	408	1.732	0.069	0.625	0.826
Conhece método anticonceptivo	0.561	0.081	168	296	2.115	0.145	0.398	0.723
Conhece método moderno	0.424	0.069	168	296	1.801	0.163	0.286	0.561
Alguma vez usou anticonceptivos	0.166	0.047	168	296	1.644	0.285	0.071	0.260
Actualmente usa anticonceptivos	0.065	0.022	168	296	1.135	0.332	0.022	0.109
Usa método moderno actualmente	0.060	0.021	168	296	1.162	0.357	0.017	0.102
Usa pílula actualmente	0.023	0.021	168	296	1.850	0.933	0.000	0.066
Usa DIU actualmente	0.000	0.000	168	296	NA	NA	0.000	0.000
Usa injecção actualmente	0.028	0.014	168	296	1.106	0.503	0.000	0.056
Usa condom actualmente	0.004	0.004	168	296	0.783	0.996	0.000	0.011
Fez esterilização	0.005	0.005	168	296	0.954	1.070	0.000	0.015
Faz abstinência periódica	0.000	0.000	168	296	NA	NA	0.000	0.000
Não deseja mais filhos	0.030	0.020	168	296	1.480	0.646	0.000	0.070
Deseja esperar 2 anos o mais	0.189	0.043	168	296	1.426	0.229	0.102	0.275
Tamanho ideal de família	7.240	0.398	196	351	1.862	0.055	6.445	8.035

Quadro B.9 Erros de amostragem para a Província de Tete

Valor estimado, erro padrão, efeito do desenho, erro relativo e intervalo de confiança para variáveis seleccionadas, Moçambique 1997

Variável	Valor estimado (V)	Erro padrão (EE)	Número de casos: Sem ponderar (SP)	Número de casos: Ponderados (P)	Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EE/V)	Intervalo de confiança: V-2EE	Intervalo de confiança: V+2EE
MULHERES								
Residência urbana	0.131	0.032	458	314	2.040	0.246	0.066	0.195
Sem instrução	0.524	0.046	458	314	1.967	0.088	0.432	0.616
Nível secundário ou mais	0.012	0.006	458	314	1.176	0.502	0.000	0.024
Solteira	0.092	0.017	458	314	1.252	0.184	0.058	0.126
Actualmente em união	0.771	0.022	458	314	1.095	0.028	0.728	0.814
Casada antes de 20 anos	0.861	0.031	363	254	1.714	0.036	0.799	0.924
Primeira relação antes de 18 anos	0.781	0.015	363	254	0.675	0.019	0.752	0.810
Média de nascidos vivos 15-49	3.785	0.170	458	314	1.274	0.045	3.444	4.125
Média de nascidos vivos 40-49	6.901	0.296	70	47	1.170	0.043	6.309	7.492
Média de sobreviventes 15-49	2.638	0.113	458	314	1.169	0.043	2.412	2.865
Conhece métodos anticonceptivos	0.902	0.016	361	242	1.022	0.018	0.870	0.934
Conhece método moderno	0.900	0.016	361	242	1.032	0.018	0.867	0.933
Alguma vez usou anticonceptivos	0.304	0.042	361	242	1.719	0.137	0.221	0.388
Actualmente usa anticonceptivos	0.093	0.024	361	242	1.552	0.256	0.045	0.140
Usa método moderno actualmente	0.084	0.026	361	242	1.752	0.305	0.033	0.135
Usa pílula actualmente	0.022	0.010	361	242	1.256	0.440	0.003	0.042
Usa DIU actualmente	0.002	0.002	361	242	0.934	1.066	0.000	0.007
Usa injecção actualmente	0.055	0.024	361	242	1.983	0.433	0.007	0.103
Usa condom actualmente	0.005	0.003	361	242	0.922	0.708	0.000	0.011
Fez esterilização feminina	0.000	0.000	361	242	NA	NA	0.000	0.000
Faz abstinência periódica	0.000	0.000	361	242	NA	NA	0.000	0.000
Sector público como fonte do método	0.963	0.036	36	22	1.139	0.038	0.890	1.000
Não deseja mais filhos	0.118	0.025	361	242	1.491	0.215	0.067	0.169
Deseja esperar 2 anos ou mais	0.347	0.025	361	242	0.999	0.072	0.297	0.397
Tamanho ideal de família	5.990	0.259	379	240	2.010	0.043	5.472	6.508
Vacina anti-tetânica	0.284	0.036	285	197	1.188	0.126	0.213	0.356
Atenção médica ao parto	0.389	0.060	285	197	2.063	0.154	0.269	0.510
Crianças com diarréia últimas 2 semanas	0.259	0.046	259	171	1.651	0.177	0.167	0.351
Recebeu tratamento de SRO	0.715	0.055	54	44	0.978	0.077	0.605	0.825
Recebeu tratamento médico	0.581	0.086	54	44	1.402	0.148	0.409	0.754
Crianças com cartão	0.791	0.044	95	60	1.017	0.056	0.703	0.880
Crianças que receberam BCG	0.935	0.033	95	60	1.269	0.036	0.868	1.000
Crianças que receberam DPT (3 doses)	0.629	0.068	95	60	1.319	0.108	0.492	0.765
Crianças que receberam Pólio (3 doses)	0.565	0.077	95	60	1.448	0.136	0.412	0.719
Receberam vacina anti-sarampo	0.648	0.103	95	60	2.024	0.160	0.442	0.855
Receberam todas as vacinas	0.480	0.083	95	60	1.558	0.174	0.313	0.647
Peso para a altura - 2 DP	0.160	0.045	226	150	1.840	0.281	0.070	0.250
Altura para a idade - 2 DP	0.457	0.043	226	150	1.335	0.095	0.370	0.544
Peso para a altura - 2 DP	0.414	0.050	226	150	1.537	0.120	0.314	0.513
Fecundidade	6.627	0.421	NA	881	1.218	0.064	5.784	7.469
Mortalidade neonatal	72.713	17.914	954	670	1.547	0.246	36.885	108.541
Mortalidade infantil	160.386	22.084	955	670	1.733	0.138	116.219	204.554
Mortalidade pós-infantil	145.673	21.636	967	680	1.450	0.149	102.401	188.946
Mortalidade na infância	282.696	27.858	970	682	1.594	0.099	226.979	338.412
Mortalidade pós-neonatal	87.673	9.844	953	669	1.246	0.112	67.985	107.362
HOMENS								
Residência urbana	0.109	0.033	145	95	1.277	0.304	0.043	0.176
Sem instrução	0.385	0.066	145	95	1.616	0.170	0.254	0.517
Educação secundária ou mais	0.137	0.042	145	95	1.459	0.305	0.053	0.221
Solteiro	0.211	0.073	145	95	2.155	0.348	0.064	0.357
Actualmente unido	0.772	0.070	145	95	1.992	0.090	0.633	0.912
Conhece método anticonceptivo	1.000	0.000	111	73	NA	0.000	1.000	1.000
Conhece método moderno	0.973	0.025	111	73	1.591	0.025	0.924	1.000
Alguma vez usou anticonceptivos	0.809	0.040	111	73	1.080	0.050	0.728	0.890
Actualmente usa anticonceptivos	0.368	0.055	111	73	1.185	0.148	0.259	0.477
Usa método moderno actualmente	0.088	0.032	111	73	1.180	0.362	0.024	0.152
Usa pílula actualmente	0.051	0.024	111	73	1.123	0.460	0.004	0.099
Usa DIU actualmente	0.000	0.000	111	73	NA	NA	0.000	0.000
Usa injecção actualmente	0.000	0.000	111	73	NA	NA	0.000	0.000
Usa condom actualmente	0.037	0.019	111	73	1.034	0.506	0.000	0.074
Fez esterilização	0.000	0.000	111	73	NA	NA	0.000	0.000
Faz abstinência periódica	0.220	0.036	111	73	0.907	0.163	0.149	0.292
Não deseja mais filhos	0.270	0.080	111	73	1.900	0.298	0.109	0.431
Deseja esperar 2 anos o mais	0.331	0.073	111	73	1.631	0.221	0.185	0.477
Tamanho ideal de família	6.609	0.437	125	86	1.480	0.066	5.736	7.482

NA = Não se aplica

Quadro B.10 Erros de amostragem para a Província de Manica

Valor estimado, erro padrão, efeito do desenho, erro relativo e intervalo de confiança para variáveis seleccionadas, Moçambique 1997

Variável	Valor estimado (V)	Erro padrão (EE)	Número de casos: Sem ponderar (SP)	Número de casos: Ponderados (P)	Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EE/V)	Intervalo de confiança: V-2EE	Intervalo de confiança: V+2EE
MULHERES								
Residência urbana	0.168	0.032	854	484	2.530	0.193	0.103	0.232
Sem instrução	0.445	0.026	854	484	1.514	0.058	0.394	0.497
Nível secundário ou mais	0.020	0.006	854	484	1.324	0.320	0.007	0.032
Solteira	0.111	0.011	854	484	0.990	0.096	0.089	0.132
Actualmente em união	0.798	0.016	854	484	1.196	0.021	0.765	0.831
Casada antes de 20 anos	0.733	0.022	663	373	1.257	0.029	0.690	0.777
Primeira relação antes de 18 anos	0.625	0.028	663	373	1.462	0.044	0.570	0.680
Média de nascidos vivos 15-49	3.129	0.084	854	484	0.890	0.027	2.961	3.297
Média de nascidos vivos 40-49	6.740	0.203	127	71	0.781	0.030	6.335	7.146
Média de sobreviventes 15-49	2.584	0.057	854	484	0.728	0.022	2.470	2.699
Conhece métodos anticonceptivos	0.702	0.067	662	386	3.738	0.095	0.569	0.835
Conhece método moderno	0.700	0.066	662	386	3.721	0.095	0.567	0.833
Alguma vez usou anticonceptivos	0.141	0.022	662	386	1.612	0.155	0.097	0.185
Actualmente usa anticonceptivos	0.056	0.010	662	386	1.097	0.175	0.036	0.075
Usa método moderno actualmente	0.052	0.011	662	386	1.225	0.203	0.031	0.073
Usa pílula actualmente	0.022	0.006	662	386	1.067	0.277	0.010	0.034
Usa DIU actualmente	0.003	0.002	662	386	0.960	0.660	0.000	0.007
Usa injecção actualmente	0.019	0.007	662	386	1.251	0.349	0.006	0.032
Usa condom actualmente	0.003	0.002	662	386	0.952	0.678	0.000	0.007
Fez esterilização feminina	0.005	0.005	662	386	1.737	0.979	0.000	0.014
Faz abstinência periódica	0.001	0.001	662	386	0.704	0.721	0.000	0.004
Sector público como fonte do método	0.993	0.005	43	24	0.421	0.006	0.982	1.000
Não deseja mais filhos	0.147	0.016	662	386	1.183	0.111	0.114	0.180
Deseja esperar 2 anos ou mais	0.467	0.022	662	386	1.145	0.048	0.423	0.511
Tamanho ideal de família	6.251	0.131	835	476	1.534	0.021	5.990	6.513
Vacina anti-tetânica	0.276	0.039	514	307	1.881	0.142	0.198	0.355
Atenção médica ao parto	0.435	0.035	514	307	1.576	0.081	0.365	0.506
Crianças com diarréia últimas 2 semanas	0.216	0.015	473	286	0.819	0.070	0.185	0.246
Recebeu tratamento de SRO	0.310	0.034	97	62	0.771	0.111	0.241	0.379
Recebeu tratamento médico	0.149	0.027	97	62	0.776	0.181	0.095	0.202
Crianças com cartão	0.619	0.067	148	81	1.639	0.108	0.486	0.752
Crianças que receberam BCG	0.829	0.078	148	81	2.487	0.094	0.673	0.986
Crianças que receberam DPT (3 doses)	0.628	0.075	148	81	1.856	0.120	0.478	0.778
Crianças que receberam Pólio (3 doses)	0.518	0.074	148	81	1.765	0.142	0.371	0.666
Receberam vacina anti-sarampo	0.668	0.090	148	81	2.282	0.135	0.488	0.848
Receberam todas as vacinas	0.465	0.077	148	81	1.849	0.166	0.311	0.620
Peso para a altura - 2 DP	0.050	0.014	442	260	1.299	0.272	0.023	0.077
Altura para a idade - 2 DP	0.405	0.034	442	260	1.503	0.085	0.337	0.474
Peso para a altura - 2 DP	0.336	0.040	442	260	1.775	0.120	0.256	0.416
Fecundidade	7.475	0.450	NA	1346	1.370	0.060	6.575	8.375
Mortalidade neonatal	33.945	6.861	1522	879	1.315	0.202	20.223	47.668
Mortalidade infantil	91.221	10.053	1525	880	1.251	0.110	71.116	111.327
Mortalidade pós-infantil	74.347	12.631	1535	884	1.518	0.170	49.085	99.608
Mortalidade na infância	158.786	15.620	1538	885	1.467	0.098	127.546	190.026
Mortalidade pós-neonatal	57.276	7.511	1525	880	1.184	0.131	42.254	72.298
HOMENS								
Residência urbana	0.247	0.050	231	122	1.744	0.200	0.148	0.347
Sem instrução	0.143	0.027	231	122	1.182	0.191	0.088	0.198
Educação secundária ou mais	0.133	0.027	231	122	1.204	0.203	0.079	0.187
Solteiro	0.278	0.044	231	122	1.487	0.158	0.190	0.366
Actualmente unido	0.645	0.037	231	122	1.172	0.057	0.571	0.719
Conhece método anticonceptivo	0.912	0.038	135	79	1.545	0.041	0.837	0.988
Conhece método moderno	0.907	0.040	135	79	1.582	0.044	0.827	0.986
Alguma vez usou anticonceptivos	0.374	0.063	135	79	1.499	0.167	0.249	0.500
Actualmente usa anticonceptivos	0.131	0.052	135	79	1.773	0.395	0.027	0.234
Usa método moderno actualmente	0.077	0.037	135	79	1.601	0.479	0.003	0.151
Usa pílula actualmente	0.034	0.019	135	79	1.209	0.558	0.000	0.072
Usa DIU actualmente	0.009	0.009	135	79	1.108	1.017	0.000	0.027
Usa injecção actualmente	0.016	0.011	135	79	1.042	0.715	0.000	0.038
Usa condom actualmente	0.019	0.011	135	79	0.980	0.613	0.000	0.042
Fez esterilização	0.000	0.000	135	79	NA	NA	0.000	0.000
Faz abstinência periódica	0.000	0.000	135	79	NA	NA	0.000	0.000
Não deseja mais filhos	0.117	0.051	135	79	1.844	0.437	0.015	0.220
Deseja esperar 2 anos o mais	0.455	0.057	135	79	1.335	0.126	0.340	0.570
Tamanho ideal de família	8.014	0.384	227	121	1.168	0.048	7.245	8.783

Quadro B.11 Erros de amostragem para a Província de Sofala

Valor estimado, erro padrão, efeito do desenho, erro relativo e intervalo de confiança para variáveis seleccionadas, Moçambique 1997

Variável	Valor estimado (V)	Erro padrão (EE)	Número de casos: Sem ponderar (SP)	Número de casos: Ponderados (P)	Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EE/V)	Intervalo de confiança: V-2EE	Intervalo de confiança: V+2EE
MULHERES								
Residência urbana	0.344	0.177	960	1199	11.549	0.515	0.000	0.699
Sem instrução	0.523	0.102	960	1199	6.343	0.195	0.319	0.728
Nível secundário ou mais	0.018	0.010	960	1199	2.231	0.532	0.000	0.037
Solteira	0.146	0.033	960	1199	2.901	0.227	0.080	0.212
Actualmente em união	0.786	0.056	960	1199	4.203	0.071	0.675	0.898
Casada antes de 20 anos	0.750	0.032	727	905	2.021	0.043	0.685	0.815
Primeira relação antes de 18 anos	0.738	0.038	727	905	2.301	0.051	0.663	0.813
Média de nascidos vivos 15-49	3.149	0.146	960	1199	1.670	0.046	2.856	3.441
Média de nascidos vivos 40-49	6.527	0.159	110	139	0.593	0.024	6.209	6.846
Média de sobreviventes 15-49	2.238	0.054	960	1199	0.850	0.024	2.130	2.347
Conhece métodos anticonceptivos	0.415	0.225	704	943	12.103	0.542	0.000	0.865
Conhece método moderno	0.413	0.224	704	943	12.063	0.542	0.000	0.861
Alguma vez usou anticonceptivos	0.055	0.031	704	943	3.580	0.562	0.000	0.116
Actualmente usa anticonceptivos	0.021	0.012	704	943	2.297	0.588	0.000	0.046
Usa método moderno actualmente	0.020	0.012	704	943	2.236	0.593	0.000	0.043
Usa pílula actualmente	0.002	0.001	704	943	0.881	0.762	0.000	0.005
Usa DIU actualmente	0.001	0.001	704	943	0.730	1.124	0.000	0.002
Usa injecção actualmente	0.013	0.007	704	943	1.669	0.547	0.000	0.027
Usa condom actualmente	0.000	0.000	704	943	NA	NA	0.000	0.000
Fez esterilização feminina	0.004	0.005	704	943	1.931	1.112	0.000	0.014
Faz abstinência periódica	0.000	0.000	704	943	0.377	1.127	0.000	0.001
Sector público como fonte do método	0.949	0.018	37	25	0.491	0.019	0.913	0.985
Não deseja mais filhos	0.054	0.032	704	943	3.783	0.599	0.000	0.118
Deseja esperar 2 anos ou mais	0.266	0.047	704	943	2.847	0.178	0.171	0.361
Tamanho ideal de família	6.123	0.215	827	818	2.345	0.035	5.693	6.553
Vacina anti-tetânica	0.213	0.102	520	632	5.211	0.480	0.008	0.417
Atenção médica ao parto	0.358	0.175	520	632	7.837	0.490	0.007	0.708
Crianças com diarréia últimas 2 semanas	0.187	0.071	475	562	3.769	0.379	0.045	0.328
Recebeu tratamento de SRO	0.299	0.111	109	105	2.253	0.373	0.076	0.522
Recebeu tratamento médico	0.222	0.090	109	105	1.971	0.403	0.043	0.401
Crianças com cartão	0.624	0.157	148	125	3.227	0.251	0.310	0.938
Crianças que receberam BCG	0.706	0.166	148	125	3.624	0.235	0.374	1.000
Crianças que receberam DPT (3 doses)	0.645	0.155	148	125	3.218	0.240	0.336	0.954
Crianças que receberam Pólio (3 doses)	0.573	0.153	148	125	3.085	0.267	0.266	0.879
Receberam vacina anti-sarampo	0.607	0.147	148	125	2.984	0.241	0.314	0.900
Receberam todas as vacinas	0.496	0.141	148	125	2.801	0.284	0.214	0.777
Peso para a altura - 2 DP	0.110	0.054	400	389	2.966	0.491	0.002	0.218
Altura para a idade - 2 DP	0.386	0.040	400	389	1.445	0.103	0.306	0.465
Peso para a altura - 2 DP	0.254	0.066	400	389	2.648	0.259	0.123	0.386
Fecundidade	4.910	0.678	NA	3273	1.764	0.138	3.554	6.265
Mortalidade neonatal	61.069	12.355	1603	2227	1.614	0.202	36.360	85.778
Mortalidade infantil	172.761	40.391	1610	2231	3.870	0.234	91.978	253.543
Mortalidade pós-infantil	83.213	17.781	1622	2236	1.768	0.214	47.652	118.775
Mortalidade na infância	241.598	51.648	1630	2241	4.425	0.214	138.302	344.894
Mortalidade pós-neonatal	111.691	31.731	1609	2230	3.726	0.284	48.230	175.153
HOMENS								
Residência urbana	0.374	0.179	301	371	6.415	0.479	0.016	0.733
Sem instrução	0.140	0.053	301	371	2.642	0.379	0.034	0.246
Educação secundária ou mais	0.121	0.067	301	371	3.560	0.554	0.000	0.255
Solteiro	0.276	0.047	301	371	1.817	0.170	0.182	0.369
Actualmente unido	0.697	0.058	301	371	2.185	0.083	0.582	0.813
Conhece método anticonceptivo	0.513	0.228	187	259	6.224	0.445	0.057	0.969
Conhece método moderno	0.507	0.226	187	259	6.160	0.445	0.056	0.959
Alguma vez usou anticonceptivos	0.214	0.125	187	259	4.165	0.585	0.000	0.464
Actualmente usa anticonceptivos	0.032	0.021	187	259	1.657	0.667	0.000	0.075
Usa método moderno actualmente	0.017	0.013	187	259	1.365	0.751	0.000	0.044
Usa pílula actualmente	0.000	0.000	187	259	0.183	1.133	0.000	0.000
Usa DIU actualmente	0.001	0.001	187	259	0.508	1.127	0.000	0.004
Usa injecção actualmente	0.008	0.007	187	259	1.062	0.892	0.000	0.021
Usa condom actualmente	0.001	0.001	187	259	0.456	1.133	0.000	0.003
Fez esterilização	0.008	0.009	187	259	1.349	1.118	0.000	0.025
Faz abstinência periódica	0.012	0.010	187	259	1.197	0.791	0.000	0.031
Não deseja mais filhos	0.072	0.049	187	259	2.571	0.677	0.000	0.169
Deseja esperar 2 anos o mais	0.313	0.018	187	259	0.517	0.056	0.278	0.349
Tamanho ideal de família	6.830	0.688	265	338	3.259	0.101	5.453	8.207

NA = Não se aplica

Quadro B.12 Erros de amostragem para a Província de Inhambane

Valor estimado, erro padrão, efeito do desenho, erro relativo e intervalo de confiança para variáveis seleccionadas, Moçambique 1997

Variável	Valor estimado (V)	Erro padrão (EE)	Número de casos: Sem ponderar (SP)	Número de casos: Ponderados (P)	Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EE/V)	Intervalo de confiança: V-2EE	Intervalo de confiança: V+2EE
MULHERES								
Residência urbana	0.062	0.027	796	793	3.173	0.439	0.008	0.116
Sem instrução	0.307	0.029	796	793	1.772	0.095	0.249	0.364
Nível secundário ou mais	0.040	0.011	796	793	1.620	0.281	0.018	0.063
Solteira	0.217	0.019	796	793	1.302	0.088	0.179	0.255
Actualmente em união	0.708	0.020	796	793	1.235	0.028	0.668	0.748
Casada antes de 20 anos	0.648	0.026	608	597	1.356	0.041	0.595	0.701
Primeira relação antes de 18 anos	0.791	0.019	608	597	1.174	0.024	0.752	0.830
Média de nascidos vivos 15-49	2.768	0.146	796	793	1.546	0.053	2.476	3.060
Média de nascidos vivos 40-49	5.552	0.280	138	158	1.137	0.050	4.993	6.111
Média de sobreviventes 15-49	2.317	0.117	796	793	1.426	0.050	2.083	2.551
Conhece métodos anticonceptivos	0.635	0.050	546	562	2.430	0.079	0.535	0.735
Conhece método moderno	0.625	0.048	546	562	2.318	0.077	0.529	0.721
Alguma vez usou anticonceptivos	0.121	0.027	546	562	1.909	0.221	0.067	0.174
Actualmente usa anticonceptivos	0.067	0.014	546	562	1.340	0.214	0.038	0.096
Usa método moderno actualmente	0.060	0.014	546	562	1.382	0.233	0.032	0.089
Usa pílula actualmente	0.010	0.006	546	562	1.469	0.632	0.000	0.022
Usa DIU actualmente	0.002	0.002	546	562	1.027	1.012	0.000	0.006
Usa injecção actualmente	0.024	0.009	546	562	1.314	0.356	0.007	0.042
Usa condom actualmente	0.004	0.004	546	562	1.432	0.970	0.000	0.012
Fez esterilização feminina	0.020	0.009	546	562	1.516	0.450	0.002	0.039
Faz abstinência periódica	0.000	0.001	546	562	0.535	1.049	0.000	0.001
Sector público como fonte do método	0.852	0.065	49	47	1.263	0.076	0.722	0.981
Não deseja mais filhos	0.212	0.030	546	562	1.709	0.141	0.152	0.272
Deseja esperar 2 anos ou mais	0.272	0.028	546	562	1.461	0.102	0.216	0.328
Tamanho ideal de família	5.622	0.176	741	727	2.294	0.031	5.270	5.975
Vacina anti-tetânica	0.495	0.038	344	372	1.360	0.077	0.419	0.571
Atenção médica ao parto	0.551	0.038	344	372	1.415	0.069	0.475	0.626
Crianças com diarréia últimas 2 semanas	0.076	0.016	317	340	1.096	0.207	0.044	0.107
Recebeu tratamento de SRO	0.527	0.147	39	26	1.501	0.280	0.232	0.822
Recebeu tratamento médico	0.445	0.147	39	26	1.503	0.331	0.151	0.739
Crianças com cartão	0.859	0.034	113	127	1.086	0.039	0.792	0.927
Crianças que receberam BCG	0.922	0.027	113	127	1.147	0.030	0.868	0.977
Crianças que receberam DPT (3 doses)	0.825	0.038	113	127	1.119	0.046	0.749	0.901
Crianças que receberam Pólio (3 doses)	0.773	0.040	113	127	1.073	0.052	0.693	0.854
Receberam vacina anti-sarampo	0.806	0.023	113	127	0.661	0.029	0.760	0.853
Receberam todas as vacinas	0.717	0.023	113	127	0.566	0.032	0.671	0.762
Peso para a altura - 2 DP	0.019	0.013	290	321	1.675	0.676	0.000	0.046
Altura para a idade - 2 DP	0.260	0.046	290	321	1.815	0.176	0.168	0.351
Peso para a altura - 2 DP	0.178	0.048	290	321	2.092	0.267	0.083	0.273
Fecundidade	5.282	0.472	NA	2233	2.190	0.089	4.337	6.226
Mortalidade neonatal	57.028	15.076	1042	1079	1.666	0.264	26.876	87.180
Mortalidade infantil	151.347	19.591	1044	1080	1.613	0.129	112.165	190.530
Mortalidade pós-infantil	48.762	9.439	1053	1092	1.297	0.194	29.884	67.641
Mortalidade na infância	192.730	20.458	1055	1093	1.554	0.106	151.814	233.646
Mortalidade pós-neonatal	94.319	10.092	1044	1080	1.054	0.107	74.136	114.503
HOMENS								
Residência urbana	0.060	0.030	147	179	1.514	0.496	0.000	0.119
Sem instrução	0.139	0.032	147	179	1.119	0.230	0.075	0.204
Educação secundária ou mais	0.070	0.029	147	179	1.380	0.415	0.012	0.129
Solteiro	0.221	0.068	147	179	1.977	0.307	0.085	0.356
Actualmente unido	0.735	0.073	147	179	2.000	0.099	0.589	0.881
Conhece método anticonceptivo	0.791	0.041	104	132	1.030	0.052	0.708	0.873
Conhece método moderno	0.791	0.041	104	132	1.030	0.052	0.708	0.873
Alguma vez usou anticonceptivos	0.307	0.056	104	132	1.236	0.183	0.194	0.419
Actualmente usa anticonceptivos	0.199	0.038	104	132	0.967	0.191	0.123	0.276
Usa método moderno actualmente	0.192	0.044	104	132	1.137	0.230	0.104	0.281
Usa pílula actualmente	0.099	0.041	104	132	1.407	0.419	0.016	0.181
Usa DIU actualmente	0.001	0.001	104	132	0.307	1.046	0.000	0.003
Usa injecção actualmente	0.012	0.011	104	132	1.014	0.904	0.000	0.034
Usa condom actualmente	0.037	0.022	104	132	1.186	0.596	0.000	0.081
Fez esterilização	0.044	0.030	104	132	1.500	0.692	0.000	0.104
Faz abstinência periódica	0.000	0.000	104	132	0.221	1.081	0.000	0.001
Não deseja mais filhos	0.095	0.045	104	132	1.570	0.478	0.004	0.186
Deseja esperar 2 anos o mais	0.203	0.051	104	132	1.298	0.254	0.100	0.305
Tamanho ideal de família	9.683	1.435	135	165	2.166	0.148	6.813	12.553

NA = Não se aplica

Quadro B.13 Erros de amostragem para a Província de Gaza

Valor estimado, erro padrão, efeito do desenho, erro relativo e intervalo de confiança para variáveis seleccionadas, Moçambique 1997

Variável	Valor estimado (V)	Erro padrão (EE)	Número de casos: Sem ponderar (SP)	Número de casos: Ponderados (P)	Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EE/V)	Intervalo de confiança: V-2EE	Intervalo de confiança: V+2EE
MULHERES								
Residência urbana	0.114	0.066	938	994	6.319	0.576	0.000	0.245
Sem instrução	0.405	0.021	938	994	1.334	0.053	0.362	0.448
Nível secundário ou mais	0.051	0.017	938	994	2.422	0.342	0.016	0.086
Solteira	0.206	0.011	938	994	0.805	0.052	0.185	0.227
Actualmente em união	0.668	0.008	938	994	0.542	0.012	0.652	0.685
Casada antes de 20 anos	0.668	0.015	731	734	0.870	0.023	0.638	0.699
Primeira relação antes de 18 anos	0.700	0.038	731	734	2.237	0.054	0.624	0.776
Média de nascidos vivos 15-49	2.874	0.049	938	994	0.542	0.017	2.777	2.972
Média de nascidos vivos 40-49	6.147	0.088	178	221	0.452	0.014	5.972	6.322
Média de sobreviventes 15-49	2.262	0.049	938	994	0.655	0.022	2.163	2.361
Conhece métodos anticonceptivos	0.790	0.014	622	665	0.837	0.017	0.763	0.818
Conhece método moderno	0.790	0.014	622	665	0.847	0.018	0.762	0.818
Alguma vez usou anticonceptivos	0.097	0.036	622	665	3.030	0.371	0.025	0.169
Actualmente usa anticonceptivos	0.018	0.011	622	665	2.011	0.596	0.000	0.039
Usa método moderno actualmente	0.018	0.011	622	665	2.011	0.596	0.000	0.039
Usa pílula actualmente	0.009	0.007	622	665	1.858	0.784	0.000	0.023
Usa DIU actualmente	0.000	0.000	622	665	NA	NA	0.000	0.000
Usa injecção actualmente	0.008	0.006	622	665	1.548	0.693	0.000	0.019
Usa condom actualmente	0.000	0.000	622	665	NA	NA	0.000	0.000
Fez esterilização feminina	0.001	0.001	622	665	0.850	1.038	0.000	0.003
Faz abstinência periódica	0.000	0.000	622	665	NA	NA	0.000	0.000
Sector público como fonte do método	0.963	0.025	28	14	0.685	0.026	0.913	1.000
Não deseja mais filhos	0.300	0.034	622	665	1.872	0.115	0.231	0.369
Deseja esperar 2 anos ou mais	0.268	0.011	622	665	0.626	0.042	0.246	0.290
Tamanho ideal de família	5.577	0.119	733	737	1.081	0.021	5.340	5.815
Vacina anti-tetânica	0.563	0.047	421	479	1.909	0.083	0.469	0.656
Atenção médica ao parto	0.663	0.050	421	479	2.046	0.075	0.564	0.762
Crianças com diarréia últimas 2 semanas	0.080	0.044	379	430	3.211	0.548	0.000	0.167
Recebeu tratamento de SRO	0.644	0.122	57	34	1.440	0.189	0.400	0.888
Recebeu tratamento médico	0.613	0.115	57	34	1.320	0.187	0.384	0.842
Crianças com cartão	0.933	0.042	115	164	2.078	0.045	0.850	1.000
Crianças que receberam BCG	0.967	0.023	115	164	1.595	0.024	0.922	1.000
Crianças que receberam DPT (3 doses)	0.847	0.014	115	164	0.481	0.016	0.819	0.875
Crianças que receberam Pólio (3 doses)	0.839	0.018	115	164	0.610	0.022	0.803	0.876
Receberam vacina anti-sarampo	0.643	0.046	115	164	1.186	0.072	0.551	0.735
Receberam todas as vacinas	0.630	0.040	115	164	1.022	0.063	0.550	0.710
Peso para a altura - 2 DP	0.097	0.026	332	381	1.667	0.270	0.045	0.149
Altura para a idade - 2 DP	0.300	0.031	332	381	1.279	0.105	0.237	0.362
Peso para a altura - 2 DP	0.157	0.016	332	381	0.824	0.102	0.125	0.189
Fecundidade	5.837	0.700	NA	2600	2.396	0.120	4.437	7.237
Mortalidade neonatal	40.091	3.793	1308	1428	0.734	0.095	32.505	47.677
Mortalidade infantil	134.558	42.448	1309	1428	4.399	0.315	49.662	219.453
Mortalidade pós-infantil	84.825	10.960	1330	1437	1.678	0.129	62.905	106.745
Mortalidade na infância	207.969	33.357	1331	1437	3.150	0.160	141.255	274.683
Mortalidade pós-neonatal	94.467	43.919	1309	1428	4.883	0.465	6.629	182.304
HOMENS								
Residência urbana	0.107	0.079	153	177	3.142	0.736	0.000	0.265
Sem instrução	0.192	0.034	153	177	1.079	0.179	0.123	0.261
Educação secundária ou mais	0.044	0.043	153	177	2.568	0.972	0.000	0.129
Solteiro	0.250	0.068	153	177	1.930	0.271	0.114	0.385
Actualmente unido	0.735	0.075	153	177	2.084	0.102	0.586	0.884
Conhece método anticonceptivo	0.969	0.021	91	130	1.172	0.022	0.927	1.000
Conhece método moderno	0.965	0.025	91	130	1.294	0.026	0.915	1.000
Alguma vez usou anticonceptivos	0.423	0.065	91	130	1.251	0.154	0.293	0.553
Actualmente usa anticonceptivos	0.133	0.026	91	130	0.720	0.194	0.081	0.185
Usa método moderno actualmente	0.018	0.017	91	130	1.202	0.944	0.000	0.051
Usa pílula actualmente	0.001	0.001	91	130	0.330	1.199	0.000	0.003
Usa DIU actualmente	0.000	0.000	91	130	NA	NA	0.000	0.000
Usa injecção actualmente	0.001	0.002	91	130	0.432	1.220	0.000	0.005
Usa condom actualmente	0.006	0.007	91	130	0.866	1.156	0.000	0.021
Fez esterilização	0.009	0.011	91	130	1.078	1.174	0.000	0.031
Faz abstinência periódica	0.113	0.038	91	130	1.141	0.337	0.037	0.189
Não deseja mais filhos	0.186	0.020	91	130	0.492	0.109	0.145	0.226
Deseja esperar 2 anos o mais	0.389	0.080	91	130	1.548	0.205	0.230	0.548
Tamanho ideal de família	7.736	0.385	119	135	1.096	0.050	6.966	8.506

NA = Não se aplica

Quadro B.14 Erros de amostragem para a Província de Maputo

Valor estimado, erro padrão, efeito do desenho, erro relativo e intervalo de confiança para variáveis seleccionadas, Moçambique 1997

Variável	Valor estimado (V)	Erro padrão (EE)	Número de casos: Sem ponderar (SP)	Número de casos: Ponderados (P)	Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EE/V)	Intervalo de confiança: V-2EE	Intervalo de confiança: V+2EE
MULHERES								
Residência urbana	0.554	0.092	723	640	4.984	0.166	0.369	0.738
Sem instrução	0.275	0.066	723	640	3.978	0.240	0.143	0.407
Nível secundário ou mais	0.156	0.048	723	640	3.538	0.307	0.060	0.251
Solteira	0.323	0.027	723	640	1.581	0.085	0.268	0.378
Actualmente em união	0.531	0.038	723	640	2.026	0.071	0.456	0.606
Casada antes de 20 anos	0.521	0.052	543	463	2.441	0.101	0.416	0.625
Primeira relação antes de 18 anos	0.579	0.038	543	463	1.811	0.066	0.503	0.656
Média de nascidos vivos 15-49	2.472	0.229	723	640	2.252	0.093	2.015	2.930
Média de nascidos vivos 40-49	6.082	0.260	122	101	0.970	0.043	5.562	6.601
Média de sobreviventes 15-49	2.081	0.200	723	640	2.372	0.096	1.681	2.481
Conhece métodos anticonceptivos	0.899	0.034	405	340	2.259	0.038	0.832	0.967
Conhece método moderno	0.899	0.034	405	340	2.259	0.038	0.832	0.967
Alguma vez usou anticonceptivos	0.375	0.047	405	340	1.968	0.126	0.281	0.470
Actualmente usa anticonceptivos	0.138	0.025	405	340	1.487	0.185	0.087	0.188
Usa método moderno actualmente	0.131	0.024	405	340	1.457	0.187	0.082	0.180
Usa pílula actualmente	0.031	0.009	405	340	1.036	0.290	0.013	0.049
Usa DIU actualmente	0.009	0.006	405	340	1.176	0.615	0.000	0.020
Usa injecção actualmente	0.047	0.015	405	340	1.395	0.312	0.018	0.077
Usa condom actualmente	0.020	0.019	405	340	2.680	0.941	0.000	0.057
Fez esterilização feminina	0.025	0.011	405	340	1.382	0.433	0.003	0.046
Faz abstinência periódica	0.005	0.004	405	340	1.099	0.806	0.000	0.012
Sector público como fonte do método	0.608	0.084	116	85	1.846	0.138	0.440	0.776
Não deseja mais filhos	0.217	0.035	405	340	1.717	0.162	0.147	0.287
Deseja esperar 2 anos ou mais	0.264	0.022	405	340	0.994	0.083	0.220	0.307
Tamanho ideal de família	4.224	0.242	550	486	2.695	0.057	3.741	4.708
Vacina anti-tetânica	0.422	0.058	290	247	1.943	0.138	0.306	0.538
Atenção médica ao parto	0.764	0.072	290	247	2.628	0.094	0.621	0.907
Crianças com diarréia últimas 2 semanas	0.186	0.058	266	220	2.323	0.310	0.070	0.301
Recebeu tratamento de SRO	0.813	0.089	53	41	1.552	0.110	0.635	0.992
Recebeu tratamento médico	0.792	0.056	53	41	0.935	0.071	0.680	0.904
Crianças com cartão	0.847	0.063	83	76	1.619	0.074	0.721	0.973
Crianças que receberam BCG	0.889	0.074	83	76	2.166	0.083	0.742	1.000
Crianças que receberam DPT (3 doses)	0.741	0.138	83	76	2.912	0.186	0.465	1.000
Crianças que receberam Pólio (3 doses)	0.642	0.109	83	76	2.098	0.170	0.424	0.859
Receberam vacina anti-sarampo	0.800	0.104	83	76	2.408	0.130	0.591	1.000
Receberam todas as vacinas	0.619	0.103	83	76	1.956	0.166	0.414	0.825
Peso para a altura - 2 DP	0.024	0.011	242	185	0.990	0.434	0.003	0.045
Altura para a idade - 2 DP	0.160	0.027	242	185	1.051	0.167	0.106	0.213
Peso para a altura - 2 DP	0.057	0.014	242	185	0.853	0.240	0.030	0.085
Fecundidade	4.524	0.348	NA	1717	1.255	0.077	3.827	5.221
Mortalidade neonatal	52.451	21.134	967	795	2.358	0.403	10.182	94.719
Mortalidade infantil	91.675	18.212	968	795	1.738	0.199	55.252	128.099
Mortalidade pós-infantil	60.394	13.748	977	803	1.626	0.228	32.898	87.891
Mortalidade na infância	146.533	20.893	978	803	1.661	0.143	104.747	188.319
Mortalidade pós-neonatal	39.225	9.286	968	795	1.403	0.237	20.653	57.797
HOMENS								
Residência urbana	0.592	0.095	154	155	2.386	0.160	0.402	0.781
Sem instrução	0.199	0.114	154	155	3.530	0.573	0.000	0.427
Educação secundária ou mais	0.259	0.078	154	155	2.204	0.302	0.103	0.415
Solteiro	0.353	0.036	154	155	0.933	0.102	0.281	0.425
Actualmente unido	0.512	0.038	154	155	0.930	0.073	0.437	0.587
Conhece método anticonceptivo	0.841	0.043	87	80	1.097	0.051	0.754	0.927
Conhece método moderno	0.841	0.043	87	80	1.097	0.051	0.754	0.927
Alguma vez usou anticonceptivos	0.509	0.106	87	80	1.963	0.208	0.297	0.721
Actualmente usa anticonceptivos	0.159	0.042	87	80	1.058	0.262	0.076	0.243
Usa método moderno actualmente	0.152	0.042	87	80	1.091	0.278	0.067	0.236
Usa pílula actualmente	0.039	0.026	87	80	1.261	0.678	0.000	0.091
Usa DIU actualmente	0.054	0.014	87	80	0.573	0.260	0.026	0.081
Usa injecção actualmente	0.045	0.022	87	80	1.006	0.502	0.000	0.089
Usa condom actualmente	0.000	0.000	87	80	NA	NA	0.000	0.000
Fez esterilização	0.015	0.011	87	80	0.814	0.714	0.000	0.036
Faz abstinência periódica	0.004	0.004	87	80	0.614	1.021	0.000	0.013
Não deseja mais filhos	0.344	0.073	87	80	1.423	0.212	0.198	0.490
Deseja esperar 2 anos o mais	0.296	0.053	87	80	1.070	0.178	0.190	0.401
Tamanho ideal de família	5.281	0.372	129	116	1.110	0.070	4.537	6.024

NA = Não se aplica

Quadro B.15 Erros de amostragem para Maputo Cidade

Valor estimado, erro padrão, efeito do desenho, erro relativo e intervalo de confiança para variáveis seleccionadas, Moçambique 1997

Variável	Valor estimado (V)	Erro padrão (EE)	Número de casos: Sem ponderar (SP)	Número de casos: Ponderados (P)	Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EE/V)	Intervalo de confiança: V-2EE	Intervalo de confiança: V+2EE
MULHERES								
Residência urbana	1.000	0.000	1080	570	NA	0.000	1.000	1.000
Sem instrução	0.123	0.019	1080	570	1.919	0.156	0.085	0.162
Nível secundário ou mais	0.179	0.024	1080	570	2.044	0.133	0.131	0.227
Solteira	0.335	0.023	1080	570	1.618	0.069	0.288	0.381
Actualmente em união	0.558	0.029	1080	570	1.945	0.053	0.500	0.617
Casada antes de 20 anos	0.513	0.026	812	433	1.476	0.050	0.462	0.565
Primeira relação antes de 18 anos	0.697	0.023	812	433	1.405	0.033	0.652	0.742
Média de nascidos vivos 15-49	2.425	0.090	1080	570	1.195	0.037	2.244	2.606
Média de nascidos vivos 40-49	5.274	0.308	144	75	1.208	0.058	4.659	5.890
Média de sobreviventes 15-49	2.144	0.084	1080	570	1.267	0.039	1.976	2.312
Conhece métodos anticonceptivos	0.962	0.012	561	318	1.522	0.013	0.938	0.987
Conhece método moderno	0.961	0.012	561	318	1.470	0.012	0.937	0.985
Alguma vez usou anticonceptivos	0.526	0.038	561	318	1.793	0.072	0.450	0.602
Actualmente usa anticonceptivos	0.303	0.028	561	318	1.458	0.093	0.247	0.360
Usa método moderno actualmente	0.285	0.026	561	318	1.352	0.091	0.233	0.336
Usa pílula actualmente	0.082	0.012	561	318	1.062	0.150	0.057	0.107
Usa DIU actualmente	0.028	0.007	561	318	1.020	0.253	0.014	0.043
Usa injecção actualmente	0.103	0.015	561	318	1.188	0.149	0.072	0.133
Usa condom actualmente	0.023	0.005	561	318	0.822	0.226	0.013	0.033
Fez esterilização feminina	0.049	0.015	561	318	1.596	0.298	0.020	0.078
Faz abstinência periódica	0.006	0.003	561	318	0.797	0.442	0.001	0.011
Sector público como fonte do método	0.775	0.030	311	149	1.262	0.039	0.716	0.835
Não deseja mais filhos	0.296	0.024	561	318	1.255	0.082	0.248	0.344
Deseja esperar 2 anos ou mais	0.220	0.021	561	318	1.207	0.096	0.178	0.263
Tamanho ideal de família	3.951	0.086	932	484	1.310	0.022	3.779	4.124
Vacina anti-tetânica	0.782	0.021	370	204	0.964	0.027	0.740	0.824
Atenção médica ao parto	0.865	0.027	370	204	1.546	0.032	0.811	0.920
Crianças com diarréia últimas 2 semanas	0.174	0.017	353	194	0.829	0.097	0.140	0.207
Recebeu tratamento de SRO	0.820	0.068	66	34	1.409	0.083	0.684	0.956
Recebeu tratamento médico	0.505	0.078	66	34	1.209	0.155	0.349	0.661
Crianças com cartão	0.869	0.044	113	60	1.383	0.050	0.782	0.957
Crianças que receberam BCG	0.988	0.009	113	60	0.888	0.009	0.970	1.000
Crianças que receberam DPT (3 doses)	0.881	0.045	113	60	1.473	0.051	0.792	0.971
Crianças que receberam Pólio (3 doses)	0.854	0.044	113	60	1.339	0.052	0.765	0.943
Receberam vacina anti-sarampo	0.906	0.039	113	60	1.418	0.043	0.828	0.984
Receberam todas as vacinas	0.820	0.047	113	60	1.314	0.058	0.726	0.915
Peso para a altura - 2 DP	0.075	0.026	301	167	1.753	0.352	0.022	0.128
Altura para a idade - 2 DP	0.215	0.041	301	167	1.767	0.190	0.133	0.297
Peso para a altura - 2 DP	0.090	0.022	301	167	1.360	0.241	0.046	0.133
Fecundidade	3.691	0.217	NA	1586	1.281	0.059	3.256	4.125
Mortalidade neonatal	26.946	6.159	1200	680	1.245	0.229	14.629	39.264
Mortalidade infantil	48.515	8.548	1202	682	1.409	0.176	31.419	65.611
Mortalidade pós-infantil	50.831	9.519	1207	686	1.300	0.187	31.792	69.869
Mortalidade na infância	96.880	11.710	1209	688	1.246	0.121	73.460	120.300
Mortalidade pós-neonatal	21.569	5.062	1202	682	1.231	0.235	11.445	31.693
HOMENS								
Residência urbana	1.000	0.000	322	177	NA	0.000	1.000	1.000
Sem instrução	0.043	0.014	322	177	1.274	0.337	0.014	0.071
Educação secundária ou mais	0.335	0.051	322	177	1.940	0.153	0.232	0.437
Solteiro	0.366	0.037	322	177	1.370	0.101	0.292	0.439
Actualmente unido	0.544	0.031	322	177	1.109	0.057	0.483	0.606
Conhece método anticonceptivo	0.999	0.001	162	96	0.424	0.001	0.997	1.000
Conhece método moderno	0.999	0.001	162	96	0.424	0.001	0.997	1.000
Alguma vez usou anticonceptivos	0.633	0.037	162	96	0.971	0.058	0.559	0.707
Actualmente usa anticonceptivos	0.330	0.054	162	96	1.468	0.165	0.221	0.438
Usa método moderno actualmente	0.246	0.043	162	96	1.267	0.175	0.160	0.332
Usa pílula actualmente	0.081	0.023	162	96	1.086	0.288	0.035	0.128
Usa DIU actualmente	0.034	0.021	162	96	1.444	0.604	0.000	0.076
Usa injecção actualmente	0.048	0.024	162	96	1.426	0.500	0.000	0.096
Usa condom actualmente	0.046	0.020	162	96	1.228	0.443	0.005	0.086
Fez esterilização	0.036	0.029	162	96	1.930	0.782	0.000	0.094
Faz abstinência periódica	0.080	0.033	162	96	1.559	0.416	0.014	0.147
Não deseja mais filhos	0.385	0.047	162	96	1.213	0.121	0.292	0.478
Deseja esperar 2 anos o mais	0.213	0.040	162	96	1.228	0.186	0.134	0.293
Tamanho ideal de família	4.295	0.216	281	152	1.434	0.050	3.863	4.728

NA = Não se aplica

APÊNDICE C

PESSOAL DA PESQUISA

PESSOAL DA PESQUISA

COORDENAÇÃO

João Dias Loureiro, Presidente do INE
Manuel da Costa Gaspar, Vice-Presidente do INE
Bartolomeu Paulo, Director Técnico
Humberto A. Cossa, Director Nacional de Planificação e Cooperação, MISAU

COMISSÃO INTER-INSTITUCIONAL

Instituto Nacional de Estatística

João Dias Loureiro
Manuel da Costa Gaspar
Paulo Mabote
Tomás Bernardo

Ministério da Saúde

Humberto A. Cossa
Clara Ribeiro dos Santos
António Sitói
Maria da Luz Vaz
Aida Libombo
Ivone Zilhão

IMPLEMENTAÇÃO DA AMOSTRA

Paulo Mabote, INE

PROCESSAMENTO DE DADOS
COORDENAÇÃO E SUPERVISÃO

Salomão Muianga
Tomás Bernardo, INE

CRÍTICA E CODIFICAÇÃO

Arrone Mamudo Abubacar
Alexandre Bila
Augusta Mangue
Cidália Idalina
Sérgio Marcos

DIGITAÇÃO

Antonieta Matite
Cecília Tsimene
Cristina João
Maria Amaral
Marta Chirindza
Virgínia Sevene
Fátima Matsinhe

ASSISTENTE ADMINISTRATIVA

Serifa Ismael

PRODUÇÃO DO RELATÓRIO

Manuel da Costa Gaspar, INE
Humberto A. Cossa, MISAU
Clara Ribeiro dos Santos, MISAU
Rosa Marlene Manjate, MISAU
Juan Schoemaker, MACRO

REVISÃO

António Francisco, UEM
João Dias Loureiro, INE
Lurdes Fidalgo, MISAU
Aida Libombo, MISAU

EDIÇÃO E PRODUÇÃO

Kaye Mitchell, Macro
Sidney Moore, Macro
Luis H. Ochoa, Macro
Gonçalves Alfredo Chachuaio, INE

ASSESSORIA DA MACRO INTERNATIONAL INC. (Inquéritos Demográficos e de Saúde, DHS)

Juan Schoemaker, Coordenador
Alfredo Aliaga, Amostragem
Augusto Villón, Consultor Residente
Vitor Canales, Processamento de Dados

LISTA DE PESSOAL DE CAMPO

Província	Supervisor	Crítico de Campo	Inquiridor(a)
Niassa	Gabriel Cumuchel	Anselmo A. Catequile	Rita I. Jumapili Lúcia Muinama Jone Emele G. Alode Belmira F. Vilanculos
Cabo Delgado	Bernabé Vintane	Joaquina Jussa	Lúcia S. António Cristina Sadique Florência Mateus Sanches V. Mendes
Nampula	António L. Mucopo	Atumane Silva	Beatriz M. Jofre Isabel G. Liassa Maria A. Hilário Marieta S. Noventa
Zambézia	Ali S. Ibraimo	Armando Terenha	Luísa de Araújo Razia J. Saide Clarice Elias Emília Victorino
Tete	Álvaro M. Gimo	Emílio V. Sawala	Luísa T. João Joana H. Carlos Rosa A. Tomo Eularia J. Botão
Manica	Campos Vernigio Ferro	José M. Guduor	Antónia João Cecília Zitei Regina Sirilo Madalena Niquice
Sofala	Cassiano Soda	João L. Alfinete	Inês J. Germano Nora J. Torno Maria F. Balança Emília R. Anselmo
Inhambane	Raúl Muendame	Valério Mangueze	Cristina Matias Luísa A. Chitimela Maria Laisse Maria Isabel Filipe
Gaza	Titos V. Sitoe	Isabel Mambule	Esperança V. Muhosse Cecilia J. Djedje Trafina D. Muianga Beatriz M. Macause
Maputo Província	Rosário X. Gemusse	Maria Lizete Arrone	Marta Z. Laiciane Cristina E. Xerinda Basilia A. Bambamba Teresa Mutambene
Maputo Cidade	Júlio M. Mbanze	Natércia Bibi Rodrigues	Inês A. Albino Etelvina V. Alberto Otília F. Tualufo Isabel M. Nhamucho

APÊNDICE D

QUESTIONARIOS

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA
MINISTÉRIO DA SAÚDE

INQUÉRITO DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE
QUESTIONARIO DO AGREGADO FAMILIAR

IDENTIFICAÇÃO

NOME DO LOCAL _____

NOME DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR _____

NÚMERO DE CONTROLE .....

NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR .....

PROVÍNCIA .....

URBANO/RURAL (URBANO=1, RURAL=2) .....

CIDADE GRADE/CIDADE PEQUENA/VILA/ZONA RURAL .....
(CIDADE GRADE = 1; CIDADE PEQUENA = 2; VILA = 3; ZONA RURAL = 4)

AGREGADO FAMILIAR SELECIONADO PARA ENTREVISTAR HOMEMS

VISITAS DA INQUIRIDORA

	1	2	3	VISITA FINAL
DATA				DIA / MÊS / ANO
NOME DA INQUIRIDORA				NOME
RESULTADO*				RESULTADO
PRÓXIMA VISITA: DATA				Nº TOTAL DE VISITAS
HORA				

*CÓDIGO DE RESULTADOS:

1	COMPLETADO
2	AUSÊNCIA DE PESSOA QUALIFICADA
3	TODO AGREGADO FAMILIAR AUSENTE
4	ADIADO
5	RECUSA TOTAL
6	DOMICÍLIO DESOCUPADO
7	DOMICÍLIO DESTRUIDO
8	DOMICÍLIO NÃO ENCONTRADO
9	OUTRO _____ (ESPECIFIQUE)

TOTAL NO AGREGADO FAMILIAR

Nº TOTAL DE MULHERES

Nº TOTAL DE HOMEMS

Nº LINHA DO INQUIRIDO

LINGUA DO QUESTIONÁRIO	LINGUA DA ENTREVISTA	FOI NECESSÁRIA UM INTERPRETE
PORTUGUÊS 01	_____	SIM ..... 1 NÃO 2

SUPERVISOR	REVISADO NO CAMPO POR:	REVISADO NO ESCRITÓRIO POR:	DIGITADO POR:
NOME _____ DATA _____	NOME _____ DATA _____		

MÓDULO DO AGREGADO FAMILIAR

Agora gostaria de ter algumas informações das pessoas que habitualmente vivem na sua casa, ou que agora se hospedam nesta casa

Nº DE ORDEM	MORADORES HABITUAIS E VISITANTES	RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O CHEFE DO AGREGADO	LUGAR DE RESIDÊNCIA		SEXO	IDADE	EDUCAÇÃO			SOBREVIVÊNCIA DOS PAIS E RESIDÊNCIA DE MENORES DE 15 ANOS DE IDADE***				ELEGIBILIDADE	
							PARA PESSOAS DE 6 ANOS DE IDADE OU MAIS									
	Por favor, diga-me os nomes das pessoas que vivem habitualmente nesta casa e dos visitantes que dormiram a noite passada aqui, começando pelo chefe do agregado familiar.	Qual é a relação de parentesco entre (NOME) e o chefe do agregado familiar?	(NOME) vive habitualmente nesta casa?	(NOME) dormiu a noite passada aqui?	(NOME) é homem ou mulher?	Quantos anos tem (NOME)?	(NOME) já foi alguma vez a escola?	PARA OS QUE ALGUMA VEZ FREQUENTARAM UM A ESCOLA		A mãe que nasceu a (NOME) está viva?	SE VIVA	O pai biológico de (NOME) está vivo?	SE VIVO	FAÇA UM CÍRCULO NO Nº DAS MULHERES DE 15-49 ANOS ET DOS HOMES DE 15 A 64 ANOS	
								Qual foi o nível de ensino mais elevado que (NOME) frequentou? Qual é a classe ou o ano mais elevado que (NOME) completou?	PARA MENORES DE 25 ANOS DE IDADE (NOME) ainda estuda?		A mãe de (NOME) vive nesta casa? SE SIM: Qual é o seu nome? ANOTE O NÚMERO DA LINHA DA MÃE		O pai de (NOME) vive nesta casa? SE SIM: Qual é o seu nome? ANOTE O NÚMERO DA LINHA DO PAI	M	H
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)
			SIM NÃO	SIM NÃO	H M	EM ANOS	SIM NÃO	NÍVEL ANO	SIM NÃO	SIM NÃO NS		SIM NÃO NS			
01			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		01	01
02			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		02	02
03			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		03	03
04			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		04	04
05			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		05	05
06			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		06	06
07			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		07	07

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)
08			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		08	08
09			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		09	09
10			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		10	10
11			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		11	11
12			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		12	12
13			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		13	13
14			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		14	14
15			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		15	15

MARQUE AQUI SE CONTINUA NOUTRO QUESTIONÁRIO ☐

Só para confirmar se a lista está completa:

1) Existem outras pessoas como crianças ou bebés que não foram listadas? SIM ☐ → ANOTE CADA UM NO QUESTIONÁRIO NÃO ☐

2) Existem outras pessoas que não são familiares, como empregados domésticos, inquilinos, ou amigos, que vivem habitualmente nesta casa? SIM ☐ → ANOTE CADA UM NO QUESTIONÁRIO NÃO ☐

3) Tem hóspedes, visitantes temporários, ou alguém que tenha dormido nesta casa e que não foram listadas? SIM ☐ → ANOTE CADA UM NO QUESTIONÁRIO NÃO ☐

***CÓDIGOS PARA A PERGUNTA 3.**

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR

01 = CHEFE
02 = MARIDO/ESPOSA
03 = FILHO/FILHA
04 = CUNHADO/CUNHADA
05 = NETO/NETA
06 = PAIS
07 = SOGROS
08 = IRMÃO/IRMÃ
09 = CO-ESPOSA
10 = OUTRO PARENTE
11 = FILHO ADOPTIVO/ENTEADO
12 = SEM PARENTESCO
98 = NÃO SABE

**** CÓDIGOS PARA A PERGUNTA 9**

NÍVEL DE EDUCAÇÃO:

1 = PRIMÁRIO
2 = SECUNDÁRIO
3 = PRE-UNIVER.
4 = SUPERIOR
5 = TÉCNICO ELEMENTAR
6 = TÉCNICO BÁSICO
7 = TÉCNICO MEDIO
8 = NÃO SABE

VER A TABELA DE NIVEL DE ESCOLARIDADE

ANO OU CLASSE:

MENOS DE 1 ANO=00
NÃO SABE=98

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DAS CATEGORIAS	PASSE A
17	Qual é a sua principal fonte de abastecimento de água usada pelos moradores desta casa para beber?	ÁGUA CANALIZADA DENTRO DE SUA PROPIA CASA OU QUINTAL ..... 11 →18A DENTRO DA CASA OU DO QUINTAL DO VIZINHO ..... 12 ÁGUA PÚBLICA ..... 13 ÁGUA DO POÇO NO QUINTAL PROPIO ..... 21 NO QUINTAL DO VIZINHO ..... 22 →18A POÇO PÚBLICO ..... 23 ÁGUA DE SUPERFICIE RIACHO ..... 31 RIO ..... 32 LAGO ..... 33 BARRAGEM ..... 34 ÁGUA DA CHUVA ..... 41 CAMIÃO ..... 51 →18A ÁGUA ENGARRAFADA ..... 61 OUTRO_____ 96 →18A (ESPECIFIQUE)	
18	Quanto tempo leva para chegar lá, tirar a água e voltar?	MINUTOS ..... [ ][ ][ ] NO PRÓPRIO LOCAL 996	
18A	Quanto pagou no último mês pela água?	CUSTO ..... 1 [ ][ ][ ][ ] (EM 1.000 MTS) GRATUITO ..... 9996 NÃO SABE 9998	
19	Que tipo de casa de banho tem na sua casa?	RETRETE COM AUTOCLISMO ..... 1 RETRETE SEM AUTOCLISMO ..... 2 LATRINA ..... 3 NÃO TEM RETRETE/NO MATO ..... 31 →20 OUTROS_____ 96 (ESPECIFIQUE)	
19A	A casa de banho é utilizada só pelos membros do seu agregado familiar ou também por outras pessoas?	SÓ PELOS MEMBROS ..... 1 OUTRAS FAMILIAS 2	
20	A casa tem: Electricidade? Rádio? Televisor? Telefone? Geleira?	SIM NÃO ELECTRICIDADE ..... 1 2 RÁDIO ..... 1 2 TELEVISOR ..... 1 2 TELEFONE ..... 1 2 GELEIRA 1 2	
21	Quantas divisões/quartos da casa usa para dormir?	DIVISÕES/QUARTOS ..... [ ][ ]	
22	MATERIAL PRINCIPAL DE CONSTRUÇÃO DO PISO. (ANOTE A CATEGORIA)	CHÃO NATURAL TERRA BATIDA ..... 11 CHÃO RUDIMENTAR MADEIRA RUDIMENTAR ..... 21 ADOBE ..... 22 CHÃO TERMINADO PARQUET OU MADEIRA ENCERADA ..... 31 LADRILHO/TIJOLO ..... 32 CIMENTO ..... 33 OUTRO_____ 96 (ESPECIFIQUE)	
23	Algum membro do agregado familiar tem seu/sua próprio/a: Bicicleta? Motorizada? Carro?	SIM NÃO BICICLETA ..... 1 2 MOTORIZADA ..... 1 2 CARRO 1 2	
24	Que tipo de sal usa para cozinhar? (PEÇA PARA VER O SAL).	SAL LOCAL ..... 01 SAL EMPACOTADO (IODIZADO) ..... 02 SAL EMPACOTADO (NÃO IODIZADO) 03 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)	

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA
MINISTÉRIO DA SAÚDE

INQUÉRITO DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE
QUESTIONARIO DE MULHERES

IDENTIFICAÇÃO

NOME DO LOCAL _____

NOME DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR _____

NÚMERO DE CONTROLE .....

NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR .....

PROVÍNCIA .....

URBANO/RURAL (URBANO=1, RURAL=2) .....

CIDADE GRADE/CIDADE PEQUENA/VILA/ZONA RURAL .....
(CIDADE GRADE = 1; CIDADE PEQUENA = 2; VILA = 3; ZONA RURAL = 4)

NOME E Nº DE ORDEM DA MULHER _____

VISITAS DA INQUIRIDORA

	1	2	3	VISITA FINAL
DATA	_____	_____	_____	DIA MÊS ANO 9 7
NOMES DAS INQUIRIDORAS	_____	_____	_____	NOME
RESULTADOS*	_____	_____	_____	RESULTADO
PRÓXIMA VISITA: DATA	_____	_____		Nº TOTAL DE VISITAS
HORA	_____	_____		

*CÓDIGO DE RESULTADOS:

1	COMPLETADA	5	INCOMPLETA
2	AUSENTE	6	INCAPACITADA
3	ADIADA	7	OUTROS _____ (ESPECIFIQUE)
4	RECUSADA		

LINGUA DO QUESTIONÁRIO	LINGUA DA ENTREVISTA	FOI NECESSÁRIA UMA INTERPRETE
PORTUGUÉS 0 1	_____	SIM ..... 1 NÃO 2

SUPERVISOR	REVISADO NO CAMPO POR:	REVISADO NO GABINETE POR:	DIGITADO POR:
NOME _____ DATA _____	NOME _____ DATA _____		

SECÇÃO 1. CARACTERÍSTICAS DA INQUIRIDA

NO.	PERGUNTAS DE FILTRO.	CATEGORIAS DE CÓDIGOS	PASSE A
101	ANOTE A HORA.	HORA ..... [ ][ ] MINUTOS ..... [ ][ ]	
102	Quando criança, até os 12 anos de idade, você/a senhora morou a maior parte do tempo na cidade, vila ou numa zona rural?	CIDADE..... 1 VILA ..... 2 ZONA RURAL..... 3	
103	Há quanto tempo vive continuamente aqui em (NOME DA LOCALIDADE)?	ANOS..... [ ][ ] SEMPRE..... 95 VISITA ..... 96 → 105	
104	Antes de vir morar aqui, você morou numa cidade, vila, ou numa zona rural?	CIDADE ..... 1 VILA..... 2 ZONA RURAL..... 3	
105	Em que mês e ano nasceu?	MÊS..... [ ][ ] NÃO SABE O MÊS ..... 98 ANO ..... [ ][ ] NÃO SABE O ANO 98	
106	Quantos anos completos voçe/a senhora tem? COMPARE E CORRIJA 105 E/OU 106 SE HOUVER INCONSISTÊNCIA	IDADE EM ANOS COMPLETOS ..... [ ][ ]	
107	Alguma vez frequentou uma escola?	SIM ..... 1 → 108 NÃO 2	
107A	Você/a senhora assistiou a algum curso de alfabetização?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 → 114	
108	Qual é o nível mais elevado de escolaridade que frequentou?	PRIMÁRIO ..... 1 SECUNDÁRIO ..... 2 PRÉ-UNIVERSITARIO ..... 3 SUPERIOR/CURSO DE FORMAÇÃO DE PROFESORES .. 4 TÉCNICO ELEMENTAR ..... 5 TÉCNICO BÁSICO ..... 6 TÉCNICO MÉDIO 7	
109	Qual é a classe/ano mais elevado que completou nesse nível?	CLASSE/ANO ..... [ ][ ]	
110	CONFIRA 106: **24 ANOS OU MENOS** ☐ ▼ **25 ANOS OU MAIS** ☐ → 113		
111	Actualmente, frequenta alguma escola?	SIM ..... 1 → 113 NÃO 2	

NO.	PERGUNTAS DE FILTRO.	CATEGORIAS DE CÓDIGOS	PASSE A
112	Qual foi a principal razão por la qual você/a senhora interrompeu a frequência escolar?	FICOU GRÁVIDA ..... 01 CASAMENTO ..... 02 CUIDAR DAS CRIANÇAS ..... 03 AJUDAR A FAMÍLIA NA MACHAMBA OU NOS NEGÓCIOS ..... 04 NÃO TEM DINHEIRO ..... 05 PRECISA TRABALHAR ..... 06 JÁ ESTUDOU O SUFICIENTE .. 07 NÃO PASSOU NOS EXAMES DE ADMISSÃO ..... 08 NÃO GOSTA DE ESTUDAR ... 09 ESCOLA ESTÁ MUITO LONGE 10 DESTRUÇÃO DA ESCOLA NA GUERRA ..... 11 DESLOCAÇAO DA FAMILIA PELA GUERRA ... 12 OUTROS_____ 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	
113	CONFIRA 108: PRIMÁRIO ☐ SECUNDÁRIO OU MAIS ☐		→115
114	Você/a senhora pode ler e compreender uma carta ou jornal facilmente ou com dificuldade, ou não consegue?	FACILMENTE ..... 1 COM DIFICULDADE ..... 2 NÃO CONSEGUE 3	→116
115	Você/a senhora costuma ler jornal ou revista, pelo menos uma vez por semana?	SIM ..... 1 NÃO 2	
116	Você/a senhora costuma escutar rádio todos os dias?	SIM ..... 1 NÃO 2	
117	Você/a senhora costuma assistir televisão, pelo menos uma vez por semana?	SIM ..... 1 NÃO 2	
118	Qual é a sua religião?	_____ ☐☐ (ESPECIFIQUE)	
119	Em que língua aprendeu a falar?	_____ ☐☐ (ESPECIFIQUE)	
120	CONFIRA A PERGUNTA 4 DO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR A MULHER INQUIRIDA NÃO É RESIDENTE HABITUAL ☐ A MULHER INQUIRIDA É RESIDENTE HABITUAL ☐		→201
121	Agora gostaria de perguntar o lugar onde você/a senhora mora habitualmente. Onde você/a senhora mora habitualmente? _____ (NOME DO LUGAR) É uma cidade, vila ou zona rural?	CIDADE ..... 1 VILA ..... 2 ZONA RURAL 3	

NO.	PERGUNTAS DE FILTRO.	CATEGORIAS DE CÓDIGOS	PASSE A
122	Em que província está localizada?	NIASSA ..... 01 CABO DELGADO ..... 02 NAMPULA ..... 03 ZAMBÉZIA ..... 04 TETE ..... 05 MANICA ..... 06 SOFALA ..... 07 INHAMBANE ..... 08 GAZA ..... 09 MAPUTO ..... 10 CIDADE DE MAPUTO 11	
123	Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre a casa onde você/a senhora reside habitualmente. Qual é a principal fonte de abastecimento de água para beber utilizada pelos membros do seu agregado familiar?	ÁGUA CANALIZADA DENTRO DE SUA PROPIA CASA OU QUINTAL ..... 11 DENTRO DA CASA OU DO QUINTAL DO VIZINHO .. 12 ÁGUA PÚBLICA ..... 13 ÁGUA DO POÇO NO QUINTAL PROPIO ..... 21 NO QUINTAL DO VIZINHO .. 22 POÇO PÚBLICO ..... 23 ÁGUA DE SUPERFICIE RIACHO ..... 31 RIO ..... 32 LAGO ..... 33 BARRAGEM ..... 34 ÁGUA DA CHUVA ..... 41 CAMIÃO ..... 51 ÁGUA ENGARRAFADA ..... 61 OUTRO_____ 96 (ESPECIFIQUE)	→124A →124A →124A →124A
124	Quanto tempo leva para chegar até lá, tirar água e voltar?	MINUTOS ..... [ ][ ][ ] NO LOCAL 996	
124A	Quanto pagou no último mês pela água?	CUSTO ..... 1 [ ][ ][ ][ ] (EM 1.000 MTS) GRATUITO ..... 9996 NÃO SABE 9998	

NO.	PERGUNTAS DE FILTRO.	CATEGORIAS DE CÓDIGOS	PASSE A
125	Que tipo de casa de banho tem na sua casa?	RETRETE COM AUTOCLISMO . . 1 RETRETE SEM AUTOCLISMO . . 2 LATRINA . . . . . 3 NÃO TEM RETRETE/NO MATO 31 → OUTROS_____96 (ESPECIFIQUE)	20
125A	A casa de banho é utilizada só pelos membros do seu agregado familiar ou também por outras pessoas?	SÓ PELOS MEMBROS . . . . . 1 OUTRAS PESSOAS 2	
126	Tem em sua casa: Electricidade? Rádio? Televisão? Telefone? Geleira?	SIM NÃO ELECTRICIDADE . . . . . 1 2 RÁDIO . . . . . 1 2 TELEVISOR . . . . . 1 2 TELEFONE . . . . . 1 2 GELEIRA 1 2	
127	Qual é o principal material de constrção do piso da sua casa?	CHÃO NATURAL TERRA BATIDA . . . . . 11 CHÃO RUDIMENTAR MADEIRA RUDIMENTAR . . . 21 ADOBE... . . . . 22 CHÃO TERMINADO PARQUET OU MADEIRA ENCERADA . . . . . 31 LADRILHO/TIJOLO . . . . . 32 CIMENTO . . . . . 33 OUTRO _____96 (ESPECIFIQUE)	
128	Alguma das pessoas que moram na sua casa tem: Bicicleta? Motorizada? Carro?	SIM NÃO BICICLETA . . . . . 1 2 MOTORIZADA . . . . . 1 2 CARRO 1 2	

TABELA DE NIVEL DE ESCOLARIDADE

CÓDIGO IDSM	1 2 3 4 5	6 7	1 2 3	1 2	1 A 7	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	1	1	2	3	4	5	6	7
SISTEMA ACTUAL	1 2 3 4 5	6 7	8 9 10	11 12	1 A 7	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	PRIMÁRIO 1º GRAU	PRIMÁRIO 2º GRAU	SECUNDÁRIO	PRÉ-UNIVERSITARIO	SUPERIOR/ FORMAÇÃO DE PROFESSORES	TÉCNICO ELEMENTAR	TECNICO BÁSICO	TÉCNICO MÉDIO
SISTEMA ANTIGO	0 1 2 3 4	5 6	7 8 9	10 11	1 A 7	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	PRIMARIO	CICLO PREPARATORIO	SECUNDÁRIO	PRÉ-UNIVERSITARIO	SUPERIOR/ FORMAÇÃO DE PROFESSORES	TÉCNICO ELEMENTAR	TECNICO BÁSICO	TÉCNICO MÉDIO
SISTEMA COLONIAL	0 1 2 3 4	1 2	3 4 5	6 7	1 A 7	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	PRIMARIO	CICLO PREPARATORIO	LICEU 2º CICLO	LICEU 3º CICLO	SUPERIOR/ FORMAÇÃO DE PROFESSORES	TÉCNICO ELEMENTAR	SECÇÃO PREPARATORIA	INSTITUTO

SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
201	Agora, gostaria de fezer perguntas sobre todos os filhos nascidos vivos. Você/a senhora já teve algum filho?	SIM ..... 1 NÃO 2	→206
202	Tem algum filho ou filha que está a viver com você?	SIM ..... 1 NÃO 2	→204
203	Quantos filhos vivem com você/a senhora? Quantas filhas vivem com você/a senhora? **SE NENHUM ANOTE '00'.**	FILHOS EM CASA ..... ☐☐ FILHAS EM CASA ..... ☐☐	
204	Tem algum filho ou filha que vive fora de casa?	SIM ..... 1 NÃO 2	→206
205	Quantos filhos vivem fora de casa? Quantas filhas vivem fora de casa? **SE NENHUM ANOTE '00'.**	FILHOS FORA DE CASA . ☐☐ FILHAS FORA DE CASA . ☐☐	
206	Teve algum filho ou filha que nasceu vivo, mas faleceu depois? Algum bebê que na hora do nascimento chorou ou mostrou sinais de vida, mas faleceu em seguida? SE NÃO, VERIFIQUE: Algum bebê que chorou ou mostrou sinais de vida, mas que sobreviveu apenas algumas horas ou dias?	SIM ..... 1 NÃO 2	→208
207	Quantos filhos já faleceram? Qunatas filhas já faleceram? **SE NENHUM ANOTE '00'.**	FILHOS FALECIDOS .... ☐☐ FILHAS FALECIDAS ..... ☐☐	
208	SOME AS RESPOSTAS DAS PERGUNTAS 203, 205, E 207, E ANOTE O TOTAL. SE NENHUM ANOTE '00'.	TOTAL ..... ☐☐	
209	CONFIRA 208: Só para certificar se entendi correctamente : Você/a senhora teve ao todo _____ filhos nascidos vivos durante a sua vida. Está correcto? SIM ☐ NÃO ☐→ VERIFIQUE E CORRIJA 201-208 SE NECESSÁRIO		
210	**CONFIRA 208:** **1 OU MAIS NACIDOS VIVOS** ☐ **NENHUM NASCIDO VIVO** ☐		→227

211 Agora eu gostaria saber os nomes de todos os seus filhos, quer estejam vivos ou não, começando pelo primeiro.
ANOTE OS NOMES DE TODOS OS FILHOS NA PERGUNTA 212. ANOTES OS GEMEOS E TRIGEMEOS EM LINHAS SEPARADAS.

212 Qual é o nome do seu primeiro filho? Qual é o nome do seguinte filho ? ... etc. (NOME)	213 Alguns dos seus filhos são gémeos? SE "SIM" Quais saõ?	214 De que sexo é (NOME) ?	215 Em que mês e ano nasceu (NOME)?	216 (NOME) ainda está vivo/a?	217 SE ESTÁ VIVO/A: Quantos anos completos te no seu último ariversario ? ANOTE A IDADE EM ANOS COMPLETOS.	218 SE ESTÁ VIVO/A: (NOME) vive com você/a senhora?	219 SE JÁ FALECEU: Que tinha idade (NOME) quando faleceu? SE TINHA MENOS DE 1 ANO: DIGA: Quantos meses tinha (NOME)? ANOTE DIAS SE MENOR DE 1 MÊS; MÊSES SE MENOR DE 2 ANOS; OU OS ANOS.	220 AO ANO DE NASCIMENTO DO (NOME) SUBSTRAIA O ANO DE NASCIMENTO DO FILHO ANTERIOR. A DIFERENÇA É IGUAL OU SUPERIOR A 4?	221 Houve algum outro nascimento entre o nascimento de (NOME) e o filho anterior?
01	SIMPLES 1 MULTI . . 2	MASC . 1 FEMI . . 2	MÊS ANO	SIM . . 1 NÃO . 2 → 219	IDADE EM ANOS	SIM . . . 1 NÃO . . 2 → (PASSE A 02	DIAS . . . . 1 MESES . 2 ANOS . . . 3		
02	SIMPLES 1 MULTI . . 2	MASC . 1 FEMI . . 2	MÊS ANO	SIM . . 1 NÃO . 2 → 219	IDADE EM ANOS	SIM . . . 1 NÃO . . 2 → (PASSE A 220)	DIAS . . . . 1 MESES . . 2 ANOS . . . 3	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 → (PRÓXIMO FILHO)	SIM . . . . 1 NÃO . . . 2
03	SIMPLES 1 MULTI . . 2	MASC . 1 FEMI . . 2	MÊS ANO	SIM . . 1 NÃO . 2 → 219	IDADE EM ANOS	SIM . . . 1 NÃO . . 2 → (PASSE A 220)	DIAS . . . . 1 MESES . . 2 ANOS . . . 3	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 → (PRÓXIMO FILHO)	SIM . . . . 1 NÃO . . . 2
04	SIMPLES 1 MULTI . . 2	MASC . 1 FEMI . . 2	MÊS ANO	SIM . . 1 NÃO . 2 → 219	IDADE EM ANOS	SIM . . . 1 NÃO . . 2 → (PASSE A 220)	DIAS . . . . 1 MESES . . 2 ANOS . . . 3	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 → (PRÓXIMO FILHO)	SIM . . . . 1 NÃO . . . 2
05	SIMPLES 1 MULTI . . 2	MASC . 1 FEMI . . 2	MÊS ANO	SIM . . 1 NÃO . 2 → 219	IDADE EM ANOS	SIM . . . 1 NÃO . . 2 → (PASSE A 220)	DIAS . . . . . 1 MÊSES . . . . 2 ANOS 3	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 → (PRÓXIMO FILHO)	SIM . . . . 1 NO 2
06	SIMPLES 1 MULTI . . 2	MASC . 1 FEMI . . 2	MÊS ANO	SIM . . 1 NÃO . 2 → 219	IDADE EM ANOS	SIM . . . 1 NÃO . . 2 → (PASSE A 220)	DIAS . . . . 1 MESES . . 2 ANOS . . . 3	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 → (PRÓXIMO FILHO)	SIM . . . . 1 NÃO . . . 2
07	SIMPLES 1 MULTI . . 2	MASC . 1 FEMI . . 2	MÊS ANO	SIM . . 1 NÃO . 2 → 219	IDADE EM ANOS	SIM . . . 1 NÃO . . 2 → (PASSE A 220)	DIAS . . . . 1 MESES . . 2 ANOS . . . 3	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 → (PRÓXIMO FILHO)	SIM . . . . 1 NÃO . . . 2
08	SIMPLES 1 MULTI . . 2	MASC . 1 FEMI . . 2	MÊS ANO	SIM . . 1 NÃO . 2 → 219	IDADE EM ANOS	SIM . . . 1 NÃO . . 2 → (PASSE A 220)	DIAS . . . . 1 MESES . . 2 ANOS . . . 3	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 → (PRÓXIMO FILHO)	SIM . . . . 1 NÃO . . 23

212 Qual é o nome do seu primeiro filho? Qual é o nome do seguinte filho ? ... etc. (NOME)	213 Alguns dos seus filhos são gémeos? SE "SIM" Quais são?	214 De que sexo é (NOME) ?	215 Em que mês e ano nasceu (NOME)?	216 (NOME) ainda está vivo/a?	217 SE ESTÁ VIVO/A: Quantos anos completos te no seu último aniversario ? ANOTE A IDADE EM ANOS COMPLE TOS.	218 SE ESTÁ VIVO/A: (NOME) vive com você/a senhora?	219 SE JÁ FALECEU: Que tinha idade (NOME) quando faleceu? SE TINHA MENOS DE 1 ANO: DIGA: Quantos meses tinha (NOME)? ANOTE DIAS SE MENOR DE 1 MÊS; MÊSES SE MENOR DE 2 ANOS; OU OS ANOS.	220 AO ANO DE NASCIMENTO DO (NOME) SUBSTRAIA O ANO DE NASCIMENTO DO FILHO ANTERIOR. A DIFERENÇA É IGUAL OU SUPERIOR A 4?	221 Houve algum outro nascimento entre o nascimento de (NOME) e o filho anterior?
09	SIMPLES 1 MULTI . . 2	MASC . 1 FEMI . . 2	MÊS ANO	SIM . 1 NÃO 2 → 219	IDADE EM ANOS	SIM . . . 1 NÃO . . 2 → (PASSE A 220)	DIAS . . . . 1 MESES . . 2 ANOS . . . 3	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 → (PRÓXIMO FILHO)	SIM . . . . 1 NÃO . . . 2
10	SIMPLES 1 MULTI . . 2	MASC . 1 FEMI . . 2	MÊS ANO	SIM . 1 NÃO 2 → 219	IDADE EM ANOS	SIM . . . 1 NÃO . . 2 → (PASSE A 220)	DIAS . . . . 1 MESES . . 2 ANOS . . . 3	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 → (PRÓXIMO FILHO)	SIM . . . . 1 NÃO . . . 2
11	SIMPLES 1 MULTI . . 2	MASC . 1 FEMI . . 2	MÊS ANO	SIM . 1 NÃO 2 → 219	IDADE EM ANOS	SIM . . . 1 NÃO . . 2 → (PASSE A 220)	DIAS . . . . 1 MESES . . 2 ANOS . . . 3	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 → (PRÓXIMO FILHO)	SIM . . . . 1 NÃO . . . 2
12	SIMPLES 1 MULTI . 2	MASC . 1 FEMI . 2	MÊS ANO	SIM . 1 NÃO 2 → 219	IDADE EM ANOS	SIM . . . 1 NÃO . . 2 → (PASSE A 220)	DIAS . . . . 1 MESES . . 2 ANOS . . . 3	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 → (PRÓXIMO FILHO)	SIM . . . . 1 NÃO . . . 2
13	SIMPLES 1 MULTI . 2	MASC . 1 FEMI . 2	MÊS ANO	SIM . 1 NÃO 2 → 219	IDADE EM ANOS	SIM . . . 1 NÃO . . 2 → (PASSE A 220)	DIAS . . . . 1 MESES . . 2 ANOS . . . 3	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 → (PRÓXIMO FILHO)	SIM . . . . 1 NÃO . . . 2

222	SUBSTRAIA AO ANO DO INQUÉRITO O ANO DE NASCIMENTO DO ÚLTIMO FILHO. A DIFERENÇA É IGUAL A 4 ANOS OU MAIS?	SIM . . . . . 1 → 223 NÃO . . . . . 2 → 224	
223	Teve outro filho depois do nascimento do (NOME DO ÚLTIMO FILHO)?	SIM . . . . . 1 NÃO 2	

224 **COMPARE 208 COM O NÚMERO DE FILHOS ACIMA MENCIONADOS E MARQUE:**

OS NÚMEROS SÃO IGUAIS → **CONFIRA SE: PARA CADA FILHO FOI ANOTADO O ANO DE NASCIMENTO.**

PARA CADA FILHO VIVO FOI ANOTADA A IDADE ACTUAL.

PARA CADA FILHO FALECIDO FOI ANOTADA A IDADE QUE TINHA QUANDO MORREU.

A IDADE AO MORRER FOR 12 MESES OU 1 ANO: DETERMINE O NÚMERO EXACTO DE MESES.

OS NÚMEROS SÃO DIFERENTES → **(VERIFIQUE E CORRIJA A INCONSISTÊNCIA)**

225 **CONFIRA 215 E ANOTE O NÚMERO DE NASCIMENTOS DESDE JANEIRO 1994.**
SE A RESPOSTA FOR "NENHUM", ANOTE '0' E PASSE PARA A PERGUNTA 227.

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
227	Está actualmente grávida?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	▸236
228	Há quantos meses está grávida? ANOTE O NÚMERO COMPLETO DE MESES.	MESES	
229	Quando ficou grávida, queria ficar grávida **naquele** momento, queria **esperar mais**, ou **não queria** ficar grávida de maneira nenhuma?	NAQUELE MOMENTO ..... 1 MAIS TARDE ..... 2 DE MANEIRA NENHUMA 3	
236	Quando foi o primeiro dia da sua última menstruação? _____ (DATA, SE APLICÁVEL)	DIAS ATRÁS ..... 1 SEMANAS ATRÁS ..... 2 MESES ATRÁS ..... 3 ANOS ATRÁS ..... 4 ESTÁ NA MENOPAUSA ..... 994 ANTES DA ÚLTIMA GRAVIDEZ ... 995 NUNCA MENSTRUOU 996	
237	Você/a senhora acha que existem dias, entre uma mensutruação e outra, nos quais a mulher tem mais facilidade de ficar grávida?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	▸301
238	Em que altura do ciclo menstrual a mulher tem maior facilidade de ficar grávida?	DURANTE O SEU PERÍODO ..... 01 NO FIM DO PERÍODO ..... 02 NO MEIO DO CICLO ..... 03 ANTES DO PERÍODO INICIAR .... 04 OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO

Agora gostaria de falar um pouco sobre maneiras ou métodos de planeamento familiar - várias maneiras ou métodos que os casais usam para evitar ou espaçar a gravidez.
FAÇA UM CÍRCULO NO CÓDIGO 1 NA PERGUNTA 301 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE. FAÇA A PERGUNTA 302, LEIA O NOME E A DESCRIÇÃO DE CADA MÉTODO NÃO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE. FAÇA UM CÍRCULO NO CÓDIGO 2 SE ELA JÁ OUVIU FALAR DO MÉTODO, E CÓDIGO 3 SE ELA NUNCA OUVIU. EM SEGUIDA, PARA CADA MÉTODO COM CÓDIGO 1 OU 2 NAS PERGUNTAS 301 OU 302, FAÇA A PERGUNTA 303.

	301 Que métodos para evitar ou espaçar a gravidez você/a senhora conhece ou ouviu falar?	302 Já ouviu falar de (MÉTODO)?			303 Já usou alguma vez (MÉTODO)?
		SIM ESPONTÂNEO	SIM EXPLICADO	NÃO	
01	PÍLULA. As mulheres podem tomar todos os dias um comprimido para evitar a gravidez.	1	2	3 →	SIM . . . . . 1 NÃO 2
02	DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU). Uma parteira ou um médico podem colocar no corpo da mulher um aparelho pequeno en forma de espiral para evitar a gravidez.	1	2	3 →	SIM . . . . . 1 NÃO 2
03	INJECÇÕES CONTRACEPTIVAS. As mulheres podem receber, por vários meses, uma injecção para evitar a gravidez.	1	2	3 →	SIM . . . . . 1 NÃO 2
04	IMPLANTES. As mulheres poden ter várias hastes pequenas colocadas no seu braço por um médico ou por uma enfermeira. Este sistema previne a gravidez durante muitos anos.	1	2	3 →	SIM . . . . . 1 NÃO 2
05	DIAFRAGRAMA, ESPERMECIDAS, GEL. As mulheres podem colocar diafragrama, supositório, espermecidas ou gel antes do acto sexual.	1	2	3 →	SIM . . . . . 1 NÃO 2
06	PRESERVATIVO MASCULINO. Os homems podem usar um preservativo (condom, camisinha) durante as releções sexuais.	1	2	3 →	SIM . . . . . 1 NÃO 2
07	ESTERILIZAÇÃO FEMININA (Laqueação das trompas). As mulheres podem ser operadas para parar de ter filhos.	1	2	3 →	Foi alguma vez operada para evitar ter mais filhos? SIM . . . . . 1 NÃO 2
08	ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (Vasectomia). Os homens podem ser operados para parar de ter filhos.	1	2	3 →	Alguma vez tuvo um marido ou parceiro que foi operado para evitar ter mais filhos? SIM . . . . . 1 NÃO 2
09	ABSTINÊNCIA SEXUAL PERIÓDICA. Os casais podem evitar ter relações sexuais durante os dias do mês em que a mulher tem maior risco de ficar grávida	1	2	3 →	SIM . . . . . 1 NÃO 2
10	COITO INTERROMPIDO. Os homens podem ser cuidadosos durante o acto sexual e retira-se antes de terminar, ejaculando fora da vagina.	1	2	3 →	SIM . . . . . 1 NÃO 2
11	OUTROS MÉTODOS. Os casais podem utilizar outros métodos ou maneiras diferentes aos anteriores pera evitar uma gravidez. Conheca ou já ouviu falar de algum outro método?	1 _____ (ESPECIFIQUE) _____ (ESPECIFIQUE)		3	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 SIM . . . . . 1 NÃO 2

304 CONFIRA 303:
NENHUM "SIM" (NUNCA USOU) → **PELO MENOS UM "SIM" (JÁ USOU UM MÉTODO)** → **PASSE A 309**

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DAS CATEGORIAS	PASSE A
305	Alguma vez usou alguma coisa ou fez algo para evitar ficar grávida?	SIM ..... 1 NÃO 2	→331
307	O que usou ou fez para evitar CORRIJA 303 E 304 (E 302 SE NECESSÁRIO).		
309	Quantos filhos vivos tinha quando pela primeira vez você/a senhora usou alguma coisa ou fez algo para evitar ficar grávida? SE NENHUM ANOTE '00'.	NÚMERO DE FILHOS VIVOS ... ☐☐	
310	Quando fez pela primeira vez o planeamento familiar, você/a senhora queria ter filhos mas mais tarde, ou não queria ter mais filhos?	QUERIA FILHOS MAIS TARDE .. 1 NÃO QUERIA TER MAIS FILHOS 2 OUTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
311	**CONFIRA 303:** **MULHER NÃO LAQUEADA** ☐ **MULHER LAQUEADA** ☐		→314A
312	**CONFIRA 227:** **NÃO ESTÁ GRÁVIDA/ NÃO TEM CERTEZA** ☐ **ESTÁ GRÁVIDA** ☐		→332
313	Actualmente, usa algum método para adiar ou evitar a gravidez?	SIM ..... 1 NÃO 2	→331
314	Que método está usando?	PÍLULA ..... 01 DIU ..... 02 INJECÇÕES ..... 03 IMPLANTES ..... 04 DIAFRAGMA/ESPERMECIDAS/ GEL ..... 05 PRESERVATIVO 06	→326
314A	FAÇA UM CÍRCULO NO CÓDIGO '07' PARA A LAQUEAÇÃO FEMININA.	LAQUEAÇÃO FEMININA ..... 07 ESTERILIZAÇÃO MASCULINA . 08 ABSTINÊNCIA PERIÓDICA .... 09 COITO INTERROMPIDO ..... 10 OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	→318 →323 →326
315	Poderia ver a embalagem dos comprimidos que usa para evitar a gravidez? ANOTE O NOME DA MARCA, SE LHE MOSTRAR.	MOSTROU A EMBALAGEM ..... 1 NOME DA MARCA _____ ☐☐ NÃO MOSTROU A EMBALAGEM 2	→317
316	Sabe o nome da marca da pílula que está usando actualmente? ANOTE A NOME DA MARCA.	NOME DA MARCA _____ ☐☐ NÃO SABE 98	
317	Quanto custou a embalagem de pílula na última vez que comprou?	CUSTO (EM MTS X 1000) ☐☐☐ GRATUITO ..... 996 NÃO SABE 998	→326

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DAS CATEGORIAS	PASSE A
318	Onde foi feita a operação para parar de ter filhos? SE A FONTE FOR HOSPITAL OU CENTRO DE SAÚDE, ESCREVA O NOME DO LUGAR. TENTE IDENTIFICAR O TIPO DE FONTE E FAÇA UM CÍRCULO NO CÓDIGO APROPRIADO. _____ (NOME DO LUGAR)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL ..... 11 HOSPITAL PROVINCIAL ... 12 HOSPITAL RURAL ..... 13 CENTRO DE SAÚDE ..... 14 OUTROS _____ 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA ..... 21 MÉDICO ..... 23 ENFERMEIRO ..... 24 OUTROS _____ 26 (ESPECIFIQUE) OUTROS _____ 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	
319	• Você/a senhora lamenta o facto de ter feito operação para não ter (mais) filhos? • Você/a senhora lamenta o facto do seu marido ter feito operação para não ter (mais) filhos?	SIM ..... 1 NÃO 2	→321
320	Porquê é que lamenta a operação?	ELA DESEJA OUTRO FILHO .. 01 CONJUGE DESEJA OUTRO FILHO ..... 02 EFEITOS COLATERAIS ..... 03 O FILHO FALECEU ..... 04 OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
321	Em que mês e ano foi feita a esterilização?	MÊS ..... ☐☐ ANO ..... ☐☐	→327
323	Como é que você/a senhora determina os dias do seu ciclo mensal em que não deve ter relações sexuais?	COM BASE NO CALENDÁRIO .. 01 COM BASE NA TEMPERATURA DO CORPO ..... 02 COM BASE NO MUCO CERVICAL 03 COM BASE NA TEMPERATURA DO CORPO E NO MUCO CERVICAL ..... 04 NENHUM MÉTODO ESPECÍFICO 05 OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
326	Há quanto tempo usa continuamente o método? SE FOR INFERIOR A 1 MÊS, ANOTE '00'.	MESES ..... ☐☐ 8 ANOS OU MAIS 96	
327	CONFIRA 314: FAÇA UM CÍRCULO NO CÓDIGO DO MÉTODO:	PÍLULA ..... 01 DIU ..... 02 INJECÇÕES ..... 03 IMPLANTES ..... 04 DIAFRAGMA/ESPUMA/GEL ... 05 PRESERVATIVO ..... 06 LAQUEAÇÃO FEMININA ..... 07 ESTERILIAÇÃO MASCULINA .. 08 ABSTINÊNCIA PERÍODICA .... 09 COITO INTERROMPIDO ..... 10 OUTRO MÉTODO 96	→329A →332

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DAS CATEGORIAS	PASSE A
328	Onde adquiriu o (MÉTODO) na última vez? SE A FONTE FOR HOSPITAL, CENTRO DE SAÚDE, OU CLÍNICA , ESCREVA O NOME DO LUGAR. TENTE IDENTIFICAR O TIPO DE FONTE E FAÇA UM CÍRCULO NO CÓDIGO APROPRIADO. _____ (NOME DO LUGAR)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL ..... 11 HOSP PROVINCIAL/GERAL 12 HOSPITAL RURAL ..... 13 CENTRO/POSTO DE SAÚDE 14 BRIGADAS MÓVEIS ..... 15 OUTROS _____ 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA ..... 21 MÉDICO ..... 23 ENFERMEIRO ..... 24 OUTROS _____ 26 (ESPECIFIQUE) OUTRAS FONTES DUMBA NENGUE ..... 31 IGREJA ..... 32 AMIGOS/ FAMILIARES ..... 33 PESSOAL DE SAÚDE NO BAIRRO ..... 35 OUTRO _____ 36 (ESPECIFIQUE)	
329	Na última vez que adquiriu o método, conhecia outro lugar onde podia adquiri-lo?	SIM ..... 1 NÃO 2	→335
329A	Quando fez a operação para parar de ter filhos, conhecia outro lugar onde podia fazer a operação?		
330	As pessoas escolhem o lugar onde obter serviços de planeamento familiar por diferentes razões. Qual é a razão principal por ter escolhido (NOME DO LUGAR NA PERGUNTA 328 OU PERGUNTA 318) em vez de ir a um outro que você/a senhora conhece? ANOTE A RESPOSTA E FAÇA UM CÍRCULO NO CÓDIGO. _____ _____	RAZÕES RELACIONADAS COM O ACESSO FICA PERTO DE CASA .... 11 FICA PERTO DO MERCADO/SERVIÇO ..... 12 FACILIDADE DE TRANSPORTE ..... 13 RAZÕES RELACIONADAS COM O SERVIÇO TÉCNICOS MAIS COMPETENTES ..... 21 MAIS ASSEADO ..... 22 OFERECE MAIS PRIVACIDADE ..... 23 POUCO TEMPO DE ESPERA 24 TRATAMENTO MAIS ATENCIOSO ..... 25 USO DE OUTRAS FACILIDADES ..... 26 BAIXO CUSTO/BARATO ..... 31 DESEJA ANONIMATO ..... 41 OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	→335

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DAS CATEGORIAS	PASSE A
331	Qual é a principal razão para você/a senhora não usar nenhum método de planeamento familar para evitar a gravidez?	NÃO É CASADA ..... 11 NÃO TEM RELAÇÕES SEXUAIS 21 RELAÇÕES SEXUAIS IRREGULARES ..... 22 NA MENOPAUSA/ HISTERECTOMIA ..... 23 NAO FAZ FILHOS (ESTÉRIL) .. 24 POS-PARTO/ AMAMENTAÇÃO . 25 DESEJA TER MAIS FILHOS ... 26 ESTÁ GRÁVIDA ..... 27 OPOSIÇÃO DA INQUIRIDA .... 31 OPOSIÇÃO DO MARIDO ..... 32 OPOSIÇÃO DE OUTRAS PESSOAS ..... 33 OPOSIÇÃO DA RELIGIÃO .... 34 NÃO CONHECE OS MÉTODOS 41 NÃO CONHECE A FONTE .... 42 PROBLEMAS DE SAÚDE ..... 51 EFEITOS COLATERAIS ..... 52 DÍFICIL OBTER/MUITO LONGE 53 MUITO CARO ..... 54 INCONVENIENTE ..... 55 OUTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	
332	Sabe onde pode conseguir um método de planeamento familiar?	SIM ..... 1 NÃO 2	→335
333	Em que lugar? SE A FONTE FOR HOSPITAL, CENTRO DE SAÚDE, OU CLÍNICA , ESCREVA O NOME DO LUGAR. TENTE IDENTIFICAR O TIPO DE FONTE E FAÇA UM CÍRCULO NO CÓDIGO APROPRIADO. _____ (NOME DO LUGAR)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL ..... 11 HOSP PROVINCIAL/GERAL 12 HOSPITAL RURAL ..... 13 CENTRO/POSTO DE SAÚDE 14 BRIGADAS MÓVEIS ..... 15 OUTROS _____ 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA ..... 21 FARMACIA ..... 22 MÉDICO PRIVADO ..... 23 LOCAL DE TRABALHO .... 25 OUTROS _____ 26 (ESPECIFIQUE) OUTRAS FONTES DUMBA NENGUE ..... 31 IGREJA ..... 32 AMIGOS/ FAMILIARES ..... 33 PESSOAL DE SAÚDE NO BAIRRO ..... 35 OUTRO _____ 36 (ESPECIFIQUE)	
335	Nos últimos 12 meses, você/a senhora foi a alguma instalação de servicios de saúde por qualquer motivo?	SIM ..... 1 NÃO 2	→337

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DAS CATEGORIAS	PASSE A
336	Alguém dos serviços da saúde falou-lhe sobre os métodos de planeamento familiar?	SIM ..... 1 NÃO 2	
337	Você/a senhora pensa que a amamentação posse influenciar a possibilidade duma mulher ficar grávida?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	→401
338	Você/a senhora pensa que, se uma mulher estiver a dar de mamar, é mais fácil ou mais difícil ficar grávida?	MAIS FÁCIL ..... 1 MAIS DIFÍCIL ..... 2 DEPENDE ..... 3 NÃO SABE 8	→401
339	**CONFIRA 210:** **UM OU MAIS FILHOS** ☐ **NENHUM FILHO** ☐		→401
340	Alguma vez, você/a senhora usou a amamentação para evitar ficar grávida?	SIM ..... 1 NÃO 2	→401
341	**CONFIRA 227 E 311:** **NÃO ESTÁ GRÁVIDA OU EM DÚVIDAS E NÃO ESTERILIZADA** ☐ **ESTÁ GRÁVIDA OU ESTERELIZADA** ☐		→401
342	Actualmente, você/a senhora está dando de mamar para evitar ficar grávida?	SIM ..... 1 NÃO 2	

SECÇÃO 4A. GRAVIDEZ E AMAMENTAÇÃO

401	CONFIRA 225: UM OU MAIS NASCIDOS VIVOS DESDE JAN. 1994 ☐ ▼ NENHUM NASCIDO VIVO DESDE JAN. 1994 ☐ → (PROSSIGA COM 465)		
402	ANOTE O NOME, NÚMERO DE ORDEM , E O ESTADO DE SOBREVIVÊNCIA DE CADA NASCIMENTO OCORRIDO DESDE JANEIRO DE 1994 . FAÇA AS PERGUNTAS SOBRE TODOS OS NASCIDOS VIVOS, COMEÇANDO PELO ÚLTIMO. (SE HOUVER MAIS DE DOIS NASCIDOS VIVOS, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL). Agora gostaria fazer algumas perguntas sobre a saúde dos seus filhos nascidos vivos nos últimos três anos. (Falaremos de um de cada vez.)		
403	NÚMERO DE ORDEM NA PERGUNTA 212	ÚLTIMO NASCIDO VIVO NÚMERO DE ORDEM ☐☐	PENÚLTIMO NASCIDO VIVO NÚMERO DE ORDEM ☐☐
404	CONFIRA PERGUNTA 212 E PERGUNTA 216	NOME _____ VIVO ☐ ▼ FALECIDO ☐ ▼	NOME _____ VIVO ☐ ▼ FALECIDO ☐ ▼
405	Quando ficou grávida de (NOME), queria ter filho naquele momento, queria mais tarde, ou não queria mais filhos?	NAQUELE MOMENTO ..... 1 (PROSSIGA COM 407) ← MAIS TARDE ..... 2 NÃO QUERIA MAIS FILHOS .. 3 (PROSSIGA COM 407) ←	NAQUELE MOMENTO ..... 1 (PROSSIGA COM 407) ← MAIS TARDE ..... 2 NÃO QUERIA MAIS FILHOS .. 3 (PROSSIGA COM 407) ←
406	Quanto tempo queria esperar?	MESES ..... 1 ☐☐ ANOS ..... 2 ☐☐ NÃO SABE 998	MESES ..... 1 ☐☐ ANOS ..... 2 ☐☐ NÃO SABE 998
407	Quando estava grávida de (NOME), fez alguma consulta pré-natal? SE SIM: Quem foi que a examinou? Alguém mais? ANOTE TODAS AS PESSOAS QUE A EXAMINARAM.	PESSOAL DE SAÚDE MÉDICO ..... A PARTEIRA/PESSOAL DE SMI . B PARTEIRA TRADICIONAL .... C OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NINGUÉM ..... Y (PROSSIGA COM 410) ←	PESSOAL DE SAÚDE MÉDICO ..... A PARTEIRA/PESSOAL DE SMI . B PARTEIRA TRADICIONAL .... C OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NINGUÉM ..... Y (PROSSIGA COM 410) ←
408	Quantos meses de gravidez tinha quando fez pela primeira vez a consulta pré-natal?	MESES ..... ☐☐ NÃO SABE 98	MESES ..... ☐☐ NÃO SABE 98
409	Quantas consultas de pré-natal fez durante a gravidez?	N° DE CONSULTAS . ☐☐ NÃO SABE 98	N° DE CONSULTAS .. ☐☐ NÃO SABE 98
410	Quando estava grávida de (NOME) tomou alguma injecção no braço?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PROSSIGA COM 412) ← NÃO LEMBRA 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PROSSIGA COM 412) ← NÃO LEMBRA 8
410A	Para que era essa injecçao?	TÉTANO DO RÉCEM NASCIDO ..... 1 OUTRO _____ 2 (ESPECIFIQUE) (PROSSIGA COM 412) ← NÃO SABE 8	TÉTANO DO RÉCEM NASCIDO ..... 1 OUTRO _____ 2 (ESPECIFIQUE) (PROSSIGA COM 412) ← NÃO SABE 8
411	Durante esta gravidez, quantas veces tomou dessa injecção?	N° DE VESES ..... ☐ NÃO SABE 8	N° DE VESES ..... ☐ NÃO SABE 8

		ÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME _____	PENÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME _____
412	Onde teve o parto de (NOME)?	CASA NA CASA PRÓPRIA ..... 11 CASA DA PARTEIRA .... 12 SECTOR PÚBLICO HOSPITAL ..... 21 CENTRO DE SAÚDE .... 22 POSTO DE SAÚDE ..... 23 OUTRO SECTOR PÚBLICO_____ 26 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA ..... 31 OUTRO SECTOR PRIVADO_____ 36 (ESPECIFIQUE) OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	CASA NA CASA PRÓPRIA ..... 11 CASA DA PARTEIRA .... 12 SECTOR PÚBLICO HOSPITAL ..... 21 CENTRO DE SAÚDE .... 22 POSTO DE SAÚDE ..... 23 OUTRO SECTOR PÚBLICO_____ 26 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA ..... 31 OUTRO SECTOR PRIVADO_____ 36 (ESPECIFIQUE) OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)
413	Quem fez o parto de (NOME)? Alguém mais ajudou? INDAGUE QUE TIPO DE PESSOAS FORAM E ANOTE TODAS.	PROFISSIONAL DA SAÚDE MÉDICO ..... A ENFERMEIRA/PARTEIRA .. B PARTEIRA AUXILIAR ..... C OUTRAS PESSOAS PARTEIRA TRADICIONAL D AMIGAS/FAMILIARES .... E OUTRO_____ X (ESPECIFIQUE) NINGUÉM ..... Y	PROFISSIONAL DA SAÚDE MÉDICO ..... A ENFERMEIRA/PARTEIRA .. B PARTEIRA AUXILIAR ..... C OUTRAS PESSOAS PARTEIRA TRADICIONAL D AMIGAS/FAMILIARES .... E OUTRO_____ X (ESPECIFIQUE) NINGUÉM ..... Y
414	Durante o parto de (NOME), teve algums dos seguintes problemas:	SIM NÃO	SIM NÃO
	Contracçoes do parto demoraram mais de 12 horas?	CONTRACÇOES DE MAIS DE 12 HORAS 1 2	CONTRACÇOES DE MAIS DE 12 HORAS 1 2
	Hemorragias abundantes que lhe causaram o perigo de perder a vida?	HEMORRAGIAS ABUNDANTES 1 2	HEMORRAGIAS ABUNDANTES 1 2
	Febres altas com corrimento vaginal mal cheiroso?	FEBRES ALTAS COM CORRIMENTO VAGINAL 1 2	FEBRES ALTAS COM CORRIMENTO VAGINAL 1 2
	Convulsões sem ter febre?	CONVULSÕES 1 2	CONVULSÕES 1 2
415	O parto de (NOME) foi por operaçao no ventre (cesariana)?	SIM ..... 1 NÃO 2	SIM ..... 1 NÃO 2
416	Quando (NOME) nasceu, ele/ela era: muito grande, grande, médio, pequeno, ou muito pequeno?	MUITO GRANDE ..... 1 GRANDE ..... 2 MÉDIO ..... 3 PEQUENO ..... 4 MUITO PEQUENO ..... 5 NÃO SABE 8	MUITO GRANDE ..... 1 GRANDE ..... 2 MÉDIO ..... 3 PEQUENO ..... 4 MUITO PEQUENO ..... 5 NÃO SABE 8
417	(NOME) foi pesado na balança ao nascer?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PROSSIGA COM 419)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PROSSIGA COM 420)
418	Quanto pesou (NOME) ao nascer? ANOTE O PESO DO CARTÃO DE SAÚDE, SE ESTIVER DISPONÍVEL.	GRAMAS NO CARTÃO ... 1 ☐☐☐☐ GRAMAS DA MEMÓRIA .. 2 ☐☐☐☐ NÃO SABE 99998	GRAMAS NO CARTÃO ... 1 ☐☐☐☐ GRAMAS DA MEMÓRIA .. 2 ☐☐☐☐ NÃO SABE 99998
419	Depois do parto de (NOME) a sua menstruação voltou?	SIM ..... 1 NÃO 2	
420	A sua menstruaçao voltou entre o parto de (NOME) e a próxima gravidez?		SIM ..... 1 NÃO ..... 2 → (PASSE A 424)

		ÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME _____	PENÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME _____
421	Durante quantos meses após o parto de (NOME) não teve o período?	MESES ..... [ ][ ] NÃO SABE 98	MESES ..... [ ][ ] NÃO SABE 98
422	CONFIRA 227: A INQUERIDA ESTÁ GRÁVIDA?	NÃO ESTÁ GRÁVIDA ☐ ESTÁ GRÁVIDA OU EM DÚVIDA ☐ Gaspar tiene copias de esta primera pagina y debe completarla con las siguientes cifras.	
423	Recomeçou a ter relações sexuais depois do nascimento de (NOME)?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PROSSIGA COM 425)	
424	Por quanto tempo, depois do nascimento de (NOME), ficou sem ter relações sexuais?	MESES ..... [ ][ ] NÃO SABE 98	MESES ..... [ ][ ] NÃO SABE 98
425	Amamentou (NOME) alguma vez?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PROSSIGA COM 431)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PROSSIGA COM 431)
426	Quanto tempo depois do nascimento de (NOME) começou a amamentar? SE MENOS DE 1 HORA, ANOTE '00' HORAS. SE MENOS DE 24 HORAS, ANOTE AS HORAS, DE CONTRÁRIO, ANOTE OS DIAS.	IMEDIATAMENTE ..... 000 HORAS ..... 1 [ ][ ] DIAS ..... 2 [ ][ ]	IMEDIATAMENTE ..... 000 HORAS ..... 1 [ ][ ] DIAS ..... 2 [ ][ ]
427	CONFIRA 404: FILHO AINDA ESTÁ VIVO?	VIVO ☐ FALECIDO ☐ (PROSSIGA COM 429)	VIVO ☐ FALECIDO ☐ (PROSSIGA 429)
428	Está a amamentar (NOME)?	SIM ..... 1 (PROSSIGA COM 432) NÃO 2	SIM ..... 1 (PROSSIGA COM 432) NÃO 2
429	Durante quantos meses amamentou a/ao (NOME)?	MESES ..... [ ][ ] NÃO SABE 98	MESES ..... [ ][ ] NÃO SABE 98
430	Porquê parou de amamentar a/ao (NOME)?	MÃE DOENTE/DEBILITADA .. 01 FILHO(A) DOENTE/FRACO(A) 02 FILHO(A) MORREU ..... 03 PROBLEMA NOS SEIOS .... 04 NÃO TEM LEITE/ LEITE INSUFICIENTE ..... 05 MÃE TRABALHA ..... 06 FILHO(A) RECUSOU ..... 07 IDADE DE DESMAME ..... 08 FICOU GRÁVIDA ..... 09 COMEÇOU A USAR MÉTODO ANTICONCEPTIVO ..... 10 OUTRO_____ 96 (ESPECIFIQUE)	MÃE DOENTE/DEBILITADA .. 01 FILHO(A) DOENTE/FRACO(A) 02 FILHO(A) MORREU ..... 03 PROBLEMA NOS SEIOS .... 04 NÃO TEM LEITE/ LEITE INSUFICIENTE ..... 05 MÃE TRABALHA ..... 06 FILHO(A) RECUSOU ..... 07 IDADE DE DESMAME ..... 08 FICOU GRÁVIDA ..... 09 COMEÇOU A USAR MÉTODO ANTICONCEPTIVO ..... 10 OUTRO_____ 96 (ESPECIFIQUE)
431	CONFIRA 404: FILHO(A) ESTÁ VIVO(A)?	VIVO ☐ (PROSSIGA COM 434) FALECIDO ☐ (RETORNE A PERGUNTA 405 NA PRÓXIMA COLUNA OU, SE NÃO HÁ MAIS FILHOS, PASSE PARA 440)	VIVO ☐ (PROSSIGA COM 434) FALECIDO ☐ (RETORNE A PERGUNTA 405 NA PRÓXIMA COLUNA OU, SE NÃO HÁ MAIS FILHOS, PASSE PARA 440)

		ÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME _____	PENÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME _____
432	Quantas vezes amamentou entre as 6 horas da tarde de ontem e as 6 horas da manhã de hoje? SE A RESPOSTA NÃO FOR NUMÉRICA ANOTE UM NÚMERO APROXIMADO.	NÚMERO DE VEZES ..... [ ][ ]	NÚMERO DE VEZES ..... [ ][ ]
433	Ontem, quantas vezes amamentou entre as 6 horas da manhã e as 6 da tarde? SE A RESPOSTA NÃO FOR NUMÉRICA ANOTE UM NÚMERO APROXIMADO.	NÚMERO DE VESES ..... [ ][ ]	NÚMERO DE VESES ..... [ ][ ]
434	Ontem ou durante a noite, (NOME) bebeu água ou outro líquido?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8
435	Ontem ou durante a noite, deu ao (NOME) um dos seguintes alimentos: Água comum? Água com açucar? Sumo? Chá? Leite em pó? Leite fresco? Outros líquidos? Alimentos feitos de cerais? Alimentos feitos de batata ou de batata doce? Amendoim ou gergelim? Feijão? Ovos, peixe, ou aves domésticas? Carne? Outros alimentos sólidos ou papas?	SIM NÃO NS ÁGUA COMUM .... 1 2 8 ÁGUA E AÇUCAR . 1 2 8 SUMO ..... 1 2 8 CHÁ ..... 1 2 8 LEITE EM PÓ ..... 1 2 8 LEITE FRESCO ... 1 2 8 OUTROS LÍQUIDOS 1 2 8 ALIMENTOS DE CERAIS .... 1 2 8 ALIMENTOS DE BATATAS ..... 1 2 8 AMENDOIM/ GERGELIM .... 1 2 8 FEIJÃO ..... 1 2 8 OVOS, PEIXE, AVES 1 2 8 CARNE ..... 1 2 8 OUTROS ALIMENTOS SÓLIDOS /PAPAS . 1 2 8	SIM NÃO NS ÁGUA COMUM .... 1 2 8 ÁGUA E AÇUCAR . 1 2 8 SUMO ..... 1 2 8 CHÁ ..... 1 2 8 LEITE EM PÓ ..... 1 2 8 LEITE FRESCO ... 1 2 8 OUTROS LÍQUIDOS 1 2 8 ALIMENTOS DE CERAIS .... 1 2 8 ALIMENTOS DE BATATAS ..... 1 2 8 AMENDOIM/ GERGELIM .... 1 2 8 FEIJÃO ..... 1 2 8 OVOS, PEIXE, AVES 1 2 8 CARNE ..... 1 2 8 OUTROS ALIMENTOS SÓLIDOS /PAPAS . 1 2 8
436	**CONFIRA 435:** **SE ONTEM DEU ALIMENTOS OU LÍQUIDOS?**	SE HA UM "SIM" OU MAIS →	"NÃO/ NÃO SABE" A TUDO → (PROSSIGA COM 438)
437	(Além da amamentação), quantas vezes comeu ontem (NOME), incluíndo refeições e lanches? SE A RESPOSTA FOR 7 VEZES OU MAIS, ANOTE '7'.	NÚMERO DE VEZES ..... [ ] NÃO SABE 8	NÚMERO DE VEZES ..... [ ] NÃO SABE 8
438	Na última semana, durante quantos dias deu ao (NOME) o seguinte: Água comum? Qualquer tipo de leite (diferente do leite materno)? Outros líquidos diferentes de água ou leite? (sumos, vitaminas, etc..) Alimentos sólidos feitos de cereais? Alimentos feitos de batata ou batata doce? Amendoim ou gergelim? Feijão? Ovos, peixe, ou aves domésticas? Carne? Outros alimentos sólidos ou papas? SE NÃO SABE, ANOTE '8'.	ANOTE O NÚMERO DE DIAS. ÁGUA COMUM ..... [ ] LEITE ..... [ ] OUTROS LÍQUIDOS ..... [ ] ALIMENTOS FEITOS DE CEREAIS .... [ ] BATATAS ..... [ ] AMENDOIM/GERGELIM ... [ ] FEIJÃO ..... [ ] OVOS/PEIXE/AVES ..... [ ] CARNE ..... [ ] OUTROS ALIMENTOS SÓLIDOS/PAPAS .... [ ]	ANOTE O NÚMERO DE DIAS. ÁGUA COMUM ..... [ ] LEITE ..... [ ] OUTROS LÍQUIDOS ..... [ ] ALIMENTOS FEITOS DE CEREAIS .... [ ] BATATAS ..... [ ] AMENDOIM/GERGELIM ... [ ] FEIJÃO ..... [ ] OVOS/PEIXE/AVES ..... [ ] CARNE ..... [ ] OUTROS ALIMENTOS SÓLIDOS/PAPAS .... [ ]

		ÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME _____	PENÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME _____
439		RETORNE A PERGUNTA 405 NA PRÓXIMA COLUNA; OU, SE NÃO HÁ MAIS NASCIDOS VIVOS, PASSE PARA 440.	RETORNE A PERGUNTA 405 NA PRÓXIMA COLUNA; OU, SE NÃO HÁ MAIS NASCIDOS VIVOS, PASSE PARA 440.

SECÇÃO 4B. IMUNIZAÇÃO E SAÚDE

440	ANOTE O NOME, NÚMERO DE ORDEM, E ESTADO DE SOBREVIVÊNCIA DE CADA NASCIMENTO OCORRIDO DESDE JANEIRO DE 1994. FAÇA AS PERGUNTAS PARA TODOS OS FILHOS NASCIDOS VIVOS, COMEÇANDO PELO ÚLTIMO. (SE HOUVER MAIS DE 2 FILHOS, USE QUESTIONÁRIOS ADICIONAIS).		
441	NÚMERO DE ORDEM DA PERGUNTA 212	ÚLTIMO NASCIDO VIVO NÚMERO DE ORDEM ☐☐	PENÚLTIMO NASCIDO VIVO NÚMERO DE ORDEM ☐☐
442	DA PERGUNTA 212 E 216	NOME _____ VIVO ☐ FALECIDO ☐ PASSE PARA 442 NA PRÓXIMA COLUNA; OU, SE NÃO HOUVER MAIS NASCIDOS VIVOS, PASSE PARA 466.)	NOME _____ VIVO ☐ FALECIDO ☐ PASSE PARA 442 NA PRÓXIMA COLUNA; OU, SE NÃO HOUVER MAIS NASCIDOS VIVOS, PASSE PARA 466.)
443	Tem Cartão de Saúde do/da (NOME)? SE A RESPOSTA É SIM: Por favor, posso ver?	SIM, VIU O CARTÃO ..... 1 (PROSSIGA COM 445) SIM, NÃO VIU O CARTÃO .... 2 (PROSSIGA COM 447) NÃO TEM CARTÃO 3	SIM, VIU O CARTÃO ..... 1 (PROSSIGA COM 445) SIM, NÃO VIU O CARTÃO .... 2 (PROSSIGA COM 447) NÃO TEM CARTÃO 3
444	Teve alguma vez o cartão de saúde?	SIM ..... 1 (PROSSIGA COM 447) NÃO 2	SIM ..... 1 (PROSSIGA COM 447) NÃO 2
445	(1) PARA CADA VACINA, COPIE AS DATAS DE VACINAÇÃO QUE ESTÃO NO CARTÃO. (2) ESCREVA '44' NA COLUNA DO 'DIA' SE O CARTÃO MOSTRA QUE A CRIANÇA FOI VACINADA, MAS NÃO DIZ A DATA. POLIO 0 BCG DTP 1 POLIO 1 DTP 2 POLIO 2 DPT 3 POLIO 3 SARAMPO	DIA MÊS ANO AP0 ☐☐ ☐☐ ☐☐ BCG .. ☐☐ ☐☐ ☐☐ DTP1 .. ☐☐ ☐☐ ☐☐ AP1 ... ☐☐ ☐☐ ☐☐ DTP 2 . ☐☐ ☐☐ ☐☐ AP2 ... ☐☐ ☐☐ ☐☐ DPT 3 . ☐☐ ☐☐ ☐☐ AP 3 .. ☐☐ ☐☐ ☐☐ SARA . ☐☐ ☐☐ ☐☐	DIA MÊS ANO AP0 ☐☐ ☐☐ ☐☐ BCG .. ☐☐ ☐☐ ☐☐ DTP1 .. ☐☐ ☐☐ ☐☐ AP1 ... ☐☐ ☐☐ ☐☐ DTP 2 . ☐☐ ☐☐ ☐☐ AP2 ... ☐☐ ☐☐ ☐☐ DPT 3 . ☐☐ ☐☐ ☐☐ AP 3 .. ☐☐ ☐☐ ☐☐ SARA . ☐☐ ☐☐ ☐☐

446	(NOME) recebeu alguma vacina que não esteja registada no cartão de saúde? ANOTE 'SIM' SE A INQUIRIDA MENCIONAR VACINAS DE BCG, POLIO 1-3, DPT 1-3, E/OU SARAMPO.	SIM . . . . . 1 (PERGUNTE PELAS VACINAS E ESCREVA '66' NA COLUNA DO DIA NA PERG. 448. LOGO . PROSSIGA COM 449) NÃO . . . . . 2 (PROSSIGA COM 449) NÃO SABE 8	SIM . . . . . 1 (PERGUNTE PELAS VACINAS E ESCREVA '66' NA COLUNA DO DIA NA PERG. 448. LOGO PROSSIGA COM 448) NÃO . . . . . 2 (PROSSIGA COM 449) NÃO SABE 8
		ÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME _____	PENÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME _____
447	(NOME) recebeu alguma vacina para prevenção de doenças?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 (PROSSIGA COM 449) NÃO SABE 8	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 (PROSSIGA COM 449) NÃO SABE 8
448	Diga-me, por favor, se (NOME) recebeu alguma das seguintes vacinas:		
448A	BCG contra tuberculose, isto é, uma injecção no braço que deixa uma cicatriz?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8
448B	POLIO, isto é, gotas na boca?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 (PROSSIGA COM 448E) NÃO SABE 8	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 (PROSSIGA COM 448E) NÃO SABE 8
	SE A RESPOSTA É "SIM":		
448C	Quantas vezes?	NÚMERO DE VEZES	NÚMERO DE VEZES . . . . .
448D	Quando deu a primeira vacina, logo depois do parto, ou mais tarde?	LOGO DEPOIS DO PARTO . . . 1 MAIS TARDE 2	LOGO DEPOIS DO PARTO . . . 1 MAIS TARDE 2
448E	Vacina TRIPLICE (DPT), isto é, uma injecção que se dá ao mesmo tempo com as gotas de polio?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 (PROSSIGA COM 449G) NÃO SABE 8	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 (PROSSIGA COM 448G) NÃO SABE 8
	SE A RESPOSTA É "SIM"		
448F	Quantas vezes?	NÚMERO DE VEZES	NÚMERO DE VEZES . . . . .
448G	SARAMPO, isto é, uma injecção no braço para prevenir o Sarampo?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8
449	(NOME) teve febre, em algum momento, durante as duas últimas semanas?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8
450	(NOME) teve tosse, em algum momento, durante as duas últimas semanas?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 (PROSSIGA COM 454) NÃO SABE 8	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 (PROSSIGA COM 454) NÃO SABE 8
451	Quando (NOME) estava com tosse,	SIM NÃO NS	SIM NÃO NS
	respirava mais rápido que de costume?	MAIS RÁPIDO 1 2 8	MAIS RÁPIDO 1 2 8
	respirava com dificuldade?	COM DIFICULDADE 1 2 8	COM DIFICULDADE 1 2 8
	respirava com ruido?	COM RUIDO 1 2 8	COM RUIDO 1 2 8
	não comia ou bebia bem?	NÃO COMIA OU BEBIA BEM 1 2 8	NÃO COMIA OU BEBIA BEM 1 2 8
	estava muito doente?	MUITO DOENTE . . . 1 2 8	MUITO DOENTE . . . 1 2 8
452	Procurou conselhos ou teve tratamento por causa da tosse?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 (PROSSIGA COM 454)	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 (PROSSIGA COM 454)

		ÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME _____	PENÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME _____
453	Onde procurou auxílio, ou tratamento? Em algum outro lugar mais? ANOTE TODAS AS INSTITUIÇÕES MENCIONADAS	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL ..... A HOSP PROVINCIAL/GERAL B HOSPITAL RURAL ..... C CENTRO DE SAÚDE ..... D POSTO DE SAÚDE ..... E BRIGADA MÓVEL ..... F OUTRO PÚBLICO _____ G (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA ..... H FARMÁCIA ..... I MÉDICO ..... J OUTRO _____ K (ESPECIFIQUE) OUTRAS FONTES DUMBA NENGUE ..... L MÉDICO TRADICIONAL ... M PESSOL DE SAÚDE DO BAIRRO ..... N OUTRO_____ X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL ..... A HOSP PROVINCIAL/GERAL B HOSPITAL RURAL ..... C CENTRO DE SAÚDE ..... D POSTO DE SAÚDE ..... E BRIGADA MÓVEL ..... F OUTRO PÚBLICO _____ G (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA ..... H FARMÁCIA ..... I MÉDICO ..... J OUTRO _____ K (ESPECIFIQUE) OUTRAS FONTES DUMBA NENGUE ..... L MÉDICO TRADICIONAL ... M PESSOL DE SAÚDE DO BAIRRO ..... N OUTRO_____ X (ESPECIFIQUE)
454	(NOME) teve diarreia nas últimas duas semanas?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PROSSIGA COM 464) NÃO SABE 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PROSSIGA COM 464) NÃO SABE 8
455	Tinha/tem sangue nas fezes?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8
456	No pior dia da diarreia do (NOME), quantas dejecções teve?	NÚMERO DE DEJECÇÕES ..... ☐☐ NÃO SABE 98	NÚMERO DE DEJECÇÕES ..... ☐☐ NÃO SABE 98
457	Deu a (NOME) a mesma quantidade de líquidos, mais ou menos que de costume?	A MESMA ..... 1 MAIS ..... 2 MENOS ..... 3 NÃO SABE 8	A MESMA ..... 1 MAIS ..... 2 MENOS ..... 3 NÃO SABE 8
458	Deu a (NOME) a mesma quantidade de alimentos, mais ou menos que de costume?	A MESMA ..... 1 MAIS ..... 2 MENOS ..... 3 NÃO SABE 8	A MESMA ..... 1 MAIS ..... 2 MENOS ..... 3 NÃO SABE 8
458A	**CONFIRA 428:** **AINDA ESTÁ AMAMENTANDO O FILHO?**	**SIM** ☐ **NÃO** ☐ (PROSSIGA COM 459)	**SIM** ☐ **NÃO** ☐ (PROSSIGA COM 459)
458B	Quando (NOME) teve diarreia, continuou a dar lhe leite do peito?	SIM ..... 1 NÃO 2	SIM ..... 1 NÃO 2

		ÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME _____	PENÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME _____
459	Quando (NOME) teve diarreia, deu para beber algum dos seguintes líquidos: Um líquido chamado "mistura" (sales SRO)? Agua de arroz? Sopa? Mistura caseira de agua, sal e açucar? Medicamentos tradicionais, como chá de ervas ou de raízes? Leite artificial? Chá, sumos, água de coco? Água? Algum outro líquido?	SIM NÃO NS MISTURA ..... 1 2 8 ÁGUA DE ARROZ . 1 2 8 SOPA ..... 1 2 8 AGUA/SAL/AÇUCAR 1 2 8 CHÁ DE ERVAS OU DE RAÍZES .... 1 2 8 LEITE ARTIFICIAL . 1 2 8 CHÁ, SUMOS, AGUA DE COCO 1 2 8 ÁGUA ..... 1 2 8 OUTROS LÍQUIDOS 1 2 8	SIM NÃO NS MISTURA ..... 1 2 8 ÁGUA DE ARROZ . 1 2 8 SOPA ..... 1 2 8 AGUA/SAL/AÇUCAR 1 2 8 CHÁ DE ERVAS OU DE RAÍZES .... 1 2 8 LEITE ARTIFICIAL . 1 2 8 CHÁ, SUMOS, AGUA DE COCO 1 2 8 ÁGUA ..... 1 2 8 OUTROS LÍQUIDOS 1 2 8
460	Foi dado alguma coisa para tratar a diarreia?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PROSSIGA COM 462) NÃO SABE 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PROSSIGA COM 462) NÃO SABE 8
461	O que foi dado para tratar a diarreia? Algo mais? ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.	COMPRIMIDOS/XAROPE ... A INJECÇÕES ..... B SOROS ENDOVENOSOS ... C REMÉDIO CASEIRO/ ERVAS MEDICINAIS .... E OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	COMPRIMIDOS/XAROPE ... A INJECÇÕES ..... B SOROS ENDOVENOSOS ... C REMÉDIO CASEIRO/ ERVAS MEDICINAIS .... E OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)
462	Procurou conselhos para tratar esta diarreia?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PROSSIGA COM 464)	SIM ..... 1 NO ..... 2 (PROSSIGA COM 464)
483	Onde procurou conselho ou tratamento? Em outro lugar mais? ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL .... A HOSP PROVINCIAL/GERAL B HOSPITAL RURAL ..... C CENTRO DE SAÚDE .... D POSTO DE SAÚDE ..... E BRIGADA MÓVEL ..... F OUTRO PÚBLICO _____ G (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA ..... H FARMÁCIA ..... I MÉDICO ..... J OUTRO _____ K (ESPECIFIQUE) OUTRAS FONTES DUMBA NENGUE ..... L MÉDICO TRADICIONAL .. M PESSOL DE SAÚDE DO BAIRRO ..... N OUTRO_____ X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL ..... A HOSP PROVINCIAL/GERAL B HOSPITAL RURAL ..... C CENTRO DE SAÚDE ..... D POSTO DE SAÚDE ..... E BRIGADA MÓVEL ..... F OUTRO PÚBLICO _____ G (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA ..... H FARMÁCIA ..... I MÉDICO ..... J OUTRO _____ K (ESPECIFIQUE) OUTRAS FONTES DUMBA NENGUE ..... L MÉDICO TRADICIONAL ... M PESSOL DE SAÚDE DO BAIRRO ..... N OUTRO_____ X (ESPECIFIQUE)
484		RETORNE A PERGUNTA 442 NA PRÓXIMA COLUNA; OU, SE NÃO HOUVER MAIS NASCIDOS VIVOS, PASSE PARA 485.	RETORNE A PERGUNTA 442 NA PRÓXIMA COLUNA; OU, SE NÃO HOUVER MAIS NASCIDOS VIVOS, PASSE PARA 485.

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE
465	Quando uma criança tem diarreia, deve tomar menos líquidos, a mesma quantidade ou mais do que habitualmente?	MENOS ..... 1 A MESMA ..... 2 MAIS ..... 3 NÃO SABE 8	
466	Quando uma criança tem diarreia, deve comer menos, a mesma quantidade ou mais do que habitualmente?	MENOS ..... 1 A MESMA ..... 2 MAIS ..... 3 NÃO SABE 8	
467	Quando uma criança está com diarreia, que sinais lhe indicam que deve levá-la aos serviços de saúde? ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.	FEZES AGUADAS E FREQUENTES . A ALGUMAS FEZES AGUADAS ..... B VÓMITOS REPETIDOS ..... C QUALQUER VÓMITO ..... D SANGUE NAS FEZES ..... E FEBRE ..... F MUITA SEDE ..... G NÃO COME/NÃO BEBE BEM ..... H FRAQUEZA/MUITO DOENTE ..... I AGITAÇÃO/IRRITABILIDADE ..... J OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... Z	
468	Quando uma criança está com tosse, que sinais lhe indicam que deve levá-la aos serviços de saúde? ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.	RESPIRAÇÃO RÁPIDA ..... A RESPIRAÇÃO COM DIFICULDADE ... B RESPIRAÇÃO RUIDOSA ..... C FEBRES ..... D NÃO CONSEGUE BEBER/MAMAR ... E NÃO COME/NÃO BEBE BEM ..... F FRAQUEZA/MUITO DOENTE ..... G NÃO SE SENTE BEM ..... H CONVULSÕES ..... I ESTRIDOR EM REPOUSO ..... J CRIANÇA MUITO MAGRA ..... K OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... Z	
469	CONFIRA 469, TODAS COLUNAS: NENHUM FILHO RECEBEU SRO ☐ ▼	ALGUNS FILHOS RECEBERAM SRO ☐	→501
470	Alguma vez ouviu falar de um produto chamado "mistura" (sais de rehidratação oral), para tratar a diarreia?	SIM ..... 1 NÃO 2	

SECÇÃO 5. SITUAÇAO MATRIMONIAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
501	INDIQUE SE DURANTE A ENTREVISTA HAVIA OUTRAS PESSOAS.	SIM NÃO CRIANÇAS MENORES DE 10 ANOS ..... 1 2 MARIDO/FAMILIARES ..... 1 2 OUTROS HOMENS ..... 1 2 OUTRAS MULHERES 1 2	
502	Actualmente está casada ou vive com um homem?	SIM, ESTÁ CASADA ..... 1 SIM, VIVE EM UNIÃO MARITAL .... 2 NÃO, NÃO ESTÁ EM UNIÃO 3	→507
503	Actualmente, tem um parceiro regular, um parceiro ocasional, ou não tem parceiro?	PARCEIRO REGULAR ..... 1 PARCEIRO OCASIONAL ..... 2 NÃO TEM PARCEIRO 3	
504	Alguma vez esteve casada ou viveu com um homem?	SIM, FORMALMENTE CASADA ..... 1 SIM, VIVEU COM UM HOMEM ..... 2 NÃO 3	→511 →515
506	Qual é o seu estado civil actual: viuva, divorciada, ou separada?	VIUVA ..... 1 DIVORCIADA ..... 2 SEPARADA 3	→511
507	O seu marido/parceiro vive actualmente consigo ou mora noutro lugar?	VIVE COM ELA ..... 1 VIVE NOUTRO LUGAR 2	
508	O seu marido/parceiro tem outras esposas além de você/a senhora?	SIM ..... 1 NÃO 2	→511
509	Quantas mulheres tem o seu marido/parceiro além de você/a senhora?	NÚMERO ..... [ ][ ] NÃO SABE 98	→511
510	Você/a senhora é a primeira, segunda ...esposa?	NÚMERO DE ORDEM ..... [ ][ ]	
511	Você/a senhora já esteve casada ou viveu com um homem uma vez ou mais do que uma vez?	UMA VEZ ..... 1 MAIS DO QUE UMA VEZ 2	
512	**CONFIRA 511:** **CASOU/VIVEU COM UM SÓ HOMEM** → Em que mês e ano começou a viver com o seu marido/parceiro? **CASOU/VIVEU COM MAIS DE UM HOMEM** → Agora vamos falar do seu primeiro marido/parceiro. Em que mês e ano começou a viver com ele?	MÊS ..... [ ][ ] NÃO SABE O MÊS ..... 98 ANO ..... [ ][ ] NÃO SABE O ANO 98	→515
513	Que idade tinha quando começou a viver com ele?	IDADE ..... [ ][ ]	
515	Agora gostaria falar sobre a sua vida sexual para entender melhor alguns aspectos do planeamento familiar. Quando foi a última vez que teve relações sexuais?	NUNCA ..... 000 DIAS ATRÁS ..... 1 [ ][ ] SEMANAS ATRÁS ..... 2 [ ][ ] MESES ATRÁS ..... 3 [ ][ ] ANOS ATRÁS ..... 4 [ ][ ] ANTES DO ÚLTIMO NASCIDO VIVO 996	→608

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
516	**CONFIRA 301 E 302:** **CONHECE A CAMISINHA** ☐ ▼ A úl tima vez que teve relações sexuais, usou a camisinha? **NÃO CONHECE A CAMISINHA** ☐ ▼ Alguns homens usam a camisinha. A última vez que teve relações sexuais, ele usou a camisinha?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	→517
516A	Qual era a marca da camisinha?	_____ ☐☐ _____ NÃO SABE 98	
517	Sabe onde uma pessoa pode procurar as camisinhas?	SIM ..... 1 NÃO 2	→519
518	Aonde? SE A FONTE FOR HOSPITAL, CENTRO DE SAÚDE, OU CLÍNICA , ESCREVA O NOME DO LUGAR. TENTE IDENTIFICAR O TIPO DE FONTE E FAÇA UM CÍRCULO NO CÓDIGO APROPRIADO. _____ (NOME DO LUGAR)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL ..... A HOSP PROVINCIAL/GERAL .... B HOSPITAL RURAL ..... C CENTRO DE SAÚDE ..... D POSTO DE SAÚDE ..... E BRIGADA MÓVEL ..... F OUTRO PÚBLICO _____ G (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA ..... H FARMÁCIA ..... I MÉDICO ..... J OUTRO _____ K (ESPECIFIQUE) OUTRAS FONTES DUMBA NENGUE ..... L MÉDICO TRADICIONAL ..... M PESSOL DE SAÚDE DO BAIRRO ..... N OUTRO_____ X (ESPECIFIQUE)	
519	Que idade tinha quando teve relações sexuais pela primeira vez?	IDADE ..... ☐☐ A 1ª VEZ FOI QUANDO SE CASOU 96	

SECÇÃO 6. PREFERÊNCIAS COM RELAÇAO A FECUNDIDADE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
601	**CONFIRA 314:** **ELA/ELE NÃO ESTÁ ESTERILIZADA/O** ☐ ▼ **ELA/ELE ESTÁ ESTERILIZADA/O** ☐		→612
602	**CONFIRA 227:** **NÃO ESTÁ GRÁVIDA OU ESTÁ EM DÚVIDA** ☐ ▼ Agora queria fazer-lhe algumas perguntas sobre o futuro. Quer ter um (outro) filho ou prefere não ter (mais) filhos? **ESTÁ GRÁVIDA** ☐ ▼ Agora queria fazer-lhe algumas perguntas sobre o futuro. Depois do filho que está a espera, quer ter outro filho, ou prefere não ter mais filhos?	TER (OUTRO) FILHO . . . . . 1 NÃO MAIS/NENHUM . . . . . 2 NÃO PODE FICAR GRÁVIDA . . . . . 3 INDECISA/NÃO SABE 8	2,3→606 8→604
603	CONFIRA 227: **NÃO ESTÁ GRÁVIDA OU ESTÁ EM DÚVIDA** ☐ ▼ Quanto tempo quer esperar antes do nascimento de (um/outro) filho? **ESTÁ GRÁVIDA** ☐ ▼ Quanto tempo quer esperar para ter outro filho depois que este nascer?	MESES . . . . . 1 ☐☐ ANOS . . . . . 2 ☐☐ AGORA . . . . . 993 NÃO PODE FICAR GRÁVIDA . . . . . 994 DEPOIS DO CASAMENTO . . . . . 995 OUTRO _____ 996 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 998	993,994→606
604	**CONFIRA 227:** **NÃO ESTÁ GRÁVIDA OU ESTÁ INDECISA** ☐ ▼ **ESTÁ GRÁVIDA** ☐		→607
605	Se ficar grávida nas próximas semanas, você/a senhora ficará contente, insatisfeita, ou não se importaria?	CONTENTE . . . . . 1 INSATISFEITA . . . . . 2 NÃO SE IMPORTARIA 3	
606	**CONFIRA 313: USA UM MÉTODO?** **NÃO PERGUNTOU** ☐ ▼ **NÃO ESTÁ USANDO** ☐ ▼ **ESTÁ USANDO** ☐		→612
607	Nos próximos 12 meses, pensa usar algum método evitar ficar grávida?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	1→609
608	Alguma vez no futuro, pensa usar algum método para evitar ficar grávida?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	2,8→610
609	Que método preferería usar?	PÍLULA . . . . . 01 DIU . . . . . 02 INJECÇÕES . . . . . 03 IMPLANTES . . . . . 04 DIAFRAMA/ESPUMA/GEL . . . . . 05 PRESERVATIVO . . . . . 06 LAQUEAÇÃO FEMININA . . . . . 07 LAQUEAÇÃO MASCULINA . . . . . 08 ABSTINÊNCIA PERIODICA . . . . . 09 COITO INTERROMPIDO . . . . . 10 OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) INDECISA 98	→612

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
610	Qual é a principal razão para não usar algum método anticonceptivo?	NÃO ESTÁ CASADA ..... 11 RAZOES RELACIONADS COM A FECONDIDADE RELAÇÕES SEXUAIS IRREGULARES . 22 MENOPAUSA/HISTERECTOMIA ..... 23 ESTÉRIL/INFECUNDA ..... 24 QUER TER MAIS FILHOS ..... 26 OPOSIÇAO AO PLANEAMENTO A INQUERIDA OPÕE-SE ..... 31 O MARIDO OPÕE-SE ..... 32 OUTRAS PESSOAS SE OPÕEM ..... 33 RELIGIÃO ..... 34 FALTA DE CONHECIMENTO NÃO CONHECE OS MÉTODOS ..... 41 NÃO CONHECE A FONTE DE DISTRIBUÇAO ..... 42 RAZOES RELACIONADOS COM O MÉTODO PROBLEMAS DE SAÚDE ..... 51 EFEITOS COLATERAIS ..... 52 DIFICULDADES DE ACESSO/LONGE . 53 É MUITO CARO ..... 54 I NCONVENIENTE DE USAR ..... 55 INTERFERE COM O PROCESSO NORMAL DO CORPO 56 OUTRO_____ 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	→612
611	Quando casar tenciona usar um método anticonceptivo?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	
612	CONFIRA 216: TEM FILHO(S) VIVO(S) ☐ NÃO TEM FILH(O)S VIVO(S) ☐ Se pudesse voltar atrás, para o tempo em que não tinha nenhum filho e se pudesse escolher o número de filhos para ter por toda a vida, quantos desejaria ter? Se pudesse escolher exactamente o número de filhos que teria em toda a sua vida, quantos teria? (PROCURE OBTER UMA RESPOSTA NUMÉRICA)	NÚMERO ..... ☐☐ OUTRO_____ 96 (ESPECIFIQUE)	→614
613	Quantos desses filhos você/a senhora gostaria que fossem rapazes, meninas ou não se importaria do sexo deles?	RAPAZES NÚMERO ..... ☐☐ OUTRO_____ 96 (ESPECIFIQUE) MENINAS NÚMERO ..... ☐☐ OUTRO_____ 96 (ESPECIFIQUE) QUALQUER SEXO NÚMERO ..... ☐☐ OUTRO_____ 96 (ESPECIFIQUE)	
614	Você/a senhora está a favor, contra ou indiferente a que os casais usem métodos para evitar a gravidez?	A FAVOR ..... 1 CONTRA ..... 2 INDIFERENTE 3	

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
615	Você/a senhora está contra ou a favor de se dar informações na rádio ou na televisão sobre o planeamento familiar: Na rádio? Na televisão?	A FAVOR CONTRA NS RÁDIO ..... 1 2 8 TELEVISÃO 1 2 8	
616	No último mês, você/a senhora ouviu alguma informação sobre o planeamento familiar através da:	SIM NÃO	
	Rádio?	RÁDIO 1 2	
	Televisão?	TELEVISÃO 1 2	
	Jornal ou revista?	JORNAL OU REVISTA 1 2	
	Cartazes?	CARTAZES 1 2	
	Panfletos ou brochura?	PANFLETOS / BROCHURAS . 1 2	
618	Nos últimos meses, discutiu o planeamento familiar com suas amigas, vizinhas, ou familiares?	SIM ..... 1 NÃO 2	→620
619	Com quem? Com mais alguem? ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.	MARIDO/PARCEIRO ..... A MÃE ..... B PAI ..... C IRMÃ(S) ..... D IRMÃO(S) ..... E FILHAS ..... F SOGRA ..... G AMIGAS/VIZINHAS ..... H OUTRO_____ X (ESPECIFIQUE)	
620	**CONFIRA 502:** ESTÁ CASADA ☐ VIVE COM UM HOMEM ☐ É SOLTEIRA ☐		→701
621	Os casais nem sempre concordam com tudo. Agora gostaria de lhe perguntar sobre os pontos de vista do seu marido/parceiro acerca do planeamento familiar. Você/a senhora pensa que o seu marido/ parceiro é contra ou a favor de os casais usarem métodos para evitar a gravidez?	A FAVOR ..... 1 CONTRA ..... 2 NÃO SABE 8	
622	No ano pasado, quantas vezes falou com o seu marido/parceiro sobre o planeamento familiar?	NUNCA ..... 1 UMA OU DUAS VEZES ..... 2 MUITAS VEZES 3	
623	Você/a senhora pensa que o seu marido/parceiro quer o mesmo número de filhos, mais filhos, ou menos filhos do que os que você/a senhora quer?	MESMO NÚMERO DE FILHOS ..... 1 MAIS FILHOS ..... 2 MENOS FILHOS ..... 3 NÃO SABE 8	

SECÇÃO 7. CARACTERÍSTICAS DO MARIDO/PARCEIRO, E TRABALHO DA MULHER

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
701	**CONFIRA 502 E 504:** **ACTUALMENTE CASADA/ VIVE COM UM HOMEM** ☐ **FOI CASADA/ VIVEU COM UM HOMEM** ☐ → 703 **SOLTEIRA** ☐ → 709		
702	Quantos anos completos tem o seu marido/parceiro?	IDADE ..... ☐☐	
703	Ou seu (último) marido/parceiro frequentou uma escola?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 → 706	
704	Qual é o nível mais elevado de escolaridade que seu (último) marido/parceiro frequentou?	PRIMÁRIO ..... 1 SECUNDÁRIO ..... 2 PRÉ-UNIVERSITARIO ..... 3 SUPERIOR/CURSO DE FORMAÇÃO DE PROFESORES ..... 4 TÉCNICO ELEMENTAR ..... 5 TÉCNICO BÁSICO ..... 6 TÉCNICO MÉDIO ..... 7 NÃO SABE ..... 8 → 706	
705	Qual foi a classe ou ano mais elevada/o que conclui nesse nível?	CLASSE/ANO ..... ☐☐ NÃO SABE 98	
706	Que ocupação, oficio, profissão desempepha(va) o seu (último) marido/parceiro? Que tarefas principais realiza(va) ele no trabalho?	☐☐ _____ _____ _____	
707	**CONFIRA 706:** **TRABALHA (TRABALHAVA) NA AGRICULTURA** ☐ **NÃO TRABALHA (TRABALHAVA) NA AGRICULTURA** ☐ → 709		
708	O seu marido/parceiro (trabalha/trabalhou) na na sua própria terra? terra da família? terra alugada? terra de outras pessoas?	TERRA PRÓPRIA ..... 1 TERRA DA FAMÍLIA ..... 2 TERRA ALUGADA ..... 3 TERRA DE OUTRAS PESSOAS 4	
709	Além do seu trabalho caseiro, você/a senhora tem outro trabalho?	SIM ..... 1 → 712 NÃO 2	
710	Como sabe, algumas mulheres além das suas ocupações domésticas do seu lar, trabalham em algo pelo qual recebem em dinheiro ou em bens. Outras vendem alguns produtos, têm um negócio ou trabalham com a família. Na última semana, você/a senhora realizou alguma actividade, ou fez algum tipo de trabalho?.	SIM ..... 1 → 712 NÃO 2	
711	Nos últimos 12 meses, você/a senhora trabalhou alguma vez?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 → 801	
712	Qual foi a sua ocupação, quer dizer, que tarefas principais realizou no seu trabalho?	☐☐ _____ _____ _____	
713	**CONFIRA 712:** **TRABALHA NA AGRICULTURA** ☐ **NÃO TRABALHA NA AGRICULTURA** ☐ → 716		

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
714	Você/a senhora trabalha principalmente na sua própria terra? terra da família?, terra alugada?, ou terra de outras pessoas?	TERRA PRÓPRIA ..... 1 TERRA DA FAMÍLIA ..... 2 TERRA ALUGADA ..... 3 TERRA DE OUTRAS PESSOAS 4	
715	Realiza este trabalho para membros da família, outras pessoas, ou é por conta própria?	PARA MEMBROS DA FAMÍLIA ..... 1 PARA OUTRAS PESSOAS ..... 2 CONTA PRÓPRIA 3	
716	Habitualmente, trabalha: todo o ano?, só parte do ano?, ou ocasionalmente?	TODO O ANO ..... 1 →718 PARTE DO ANO ..... 2 OCASIONALMETE ..... 3 →719	
717	Durante os últimos doze mêses, quantos meses trabalhou?	NÚMERO DE MESES ..... [ ][ ]	
718	Durante os últimos doze mêses, quantos dias trabalhou, em média, por semana? (nos meses que trabalhou) ?	NÚMERO DE DIAS ..... [ ] →720	
719	Durante o último mês, quantos dias trabalhou, aproximadamente?	NÚMERO DE DIAS ..... [ ][ ]	
720	Pelo seu trabalho, ganha em dinheiro? CONFIRA: Recebe dinheiro pelo trabalho?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 →723	
721	Quanto ganha? CONFIRA: Recebe por hora, dia, semana ou por mês? **(REGISTRE EM 1.000 METICAIS)**	POR HORA .... 1 [ ][ ][ ][ ][ ] POR DIA ..... 2 [ ][ ][ ][ ][ ] POR SEMANA . 3 [ ][ ][ ][ ][ ] POR MÊS ..... 4 [ ][ ][ ][ ][ ] OUTRO _____ 999996 (ESPECIFIQUE)	
722	**CONFIRA 502:** **SIM, CASADA OU VIVE COM UM HOMEM** ☐ ▼ Geralmente, quem decide a maneira de usar o dinheiro: você/a senhora, o seu marido/parceiro, ambos ou quiquer dos dois? **SOLTEIRA** ☐ ▼ Geralmente, quem decide a maneira de usar o dinheiro: você/a senhora, outras pessoas, ou conjuntamente com outras pessoas?	A INQUIRIDA ..... 1 MARIDO/PARCEIRO ..... 2 ELA E O MARIDO/PARCEIRO ..... 3 OUTRAS PESSOAS ..... 4 ELA COM OUTRAS PESSAS 5	
723	Geralmente, você/a senhora trabalha em casa ou fora de casa?	EM CASA ..... 1 FORA DE CASA 2	
724	**CONFIRA 217 E 218: SE UMA CRIANÇA VIVE EM CASA E QUE TEM 5 ANOS DE IDADE OU MENOS** **SIM** ☐ ▼ **NÃO** ☐ →801		

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
725	Geralmente, quem toma conta de (NOME DO FILHO MAIS NOVO DA CASA) quando você/a senhora vai ao trabalho?	INQUIRIDA ..... 01 MARIDO/PARCEIRO ..... 02 FILHA MAIS VELHA ..... 03 FILHO MAIS VELHO ..... 04 OUTRO FAMILIARES ..... 05 VIZINHOS ..... 06 AMIGOS ..... 07 EMPREGADA DOMÉSTICA ..... 08 FILHO ESTÁ NA ESCOLA ..... 09 FILHO ESTÁ NA CRECHE ..... 10 NÃO TRABALHA DESDE QUE O FILHO NASCEU ..... 95 OUTRO_____ 96 (ESPECIFIQUE)	

TABELA DE NIVEL DE ESCOLARIDADE

CÓDIGO IDSM	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	1	2	1 A 7	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	1					1		2			3		4	5			6			7		
SISTEMA ACTUAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1 A 7	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	PRIMÁRIO 1º GRAU					PRIMÁRIO 2º GRAU		SECUNDÁRIO			PRÉ-UNIVERSITÁRIO		SUPERIOR/ FORMAÇÃO DE PROFESSORES	TÉCNICO ELEMENTAR			TECNICO BÁSICO			TÉCNICO MÉDIO		
SISTEMA ANTIGO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1 A 7	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	PRIMARIO					CICLO PREPARATÓRIO		SECUNDÁRIO			PRÉ-UNIVERSITÁRIO		SUPERIOR/ FORMAÇÃO DE PROFESSORES	TÉCNICO ELEMENTAR			TECNICO BÁSICO			TÉCNICO MÉDIO		
SISTEMA COLONIAL	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	1 A 7	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	PRIMARIO					CICLO PREPARATÓRIO		LICEU 2º CICLO			LICEU 3º CICLO		SUPERIOR/ FORMAÇÃO DE PROFESSORES	TÉCNICO ELEMENTAR			SECÇÃO PREPARATÓRIA			INSTITUTO		

SECÇÃO 8. SIDA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
801	Alguma vez ouviu falar duma doença chamada SIDA?	SIM ..... 1 NÃO 2	→ 901
802	A través de que fontes de informação ouviu falar do SIDA? Que outras fontes? MARQUE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.	RÁDIO ..... A TELEVISÃO ..... B JORNAL/REVISTA ..... C PANFLETOS/CARTAZES ..... D TRABALHADORES DE SAÚDE ..... E IGREJA/MESQUITA ..... F ESCOLA/PROFESSORES ..... G PALESTRAS ..... H TEATRO ..... I AMIGOS/FAMILIARES/PARCEIRAS .. J LOCAL DE TRABALHO ..... K OUTRO_____ X (ESPECIFIQUE)	
803	Tem conhecimento sobre como se pode evitar contrair o SIDA ou o vírus que causa o SIDA?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	→ 807
804	O que pode ser feito para deminuir o risco de contrair o SIDA? Algum outro meio? ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS	RELAÇÕES SEXUAIS SEGURAS ... A ABSTINÊNCIA SEXUAL ..... B USAR CAMISINHAS ..... C TER UM SÓ PARCEIRO ..... D EVITAR TER RELAÇÕES SEXUAIS COM PROSTITUTAS .. E EVITAR TER RELAÇÕES SEXUAIS COM HOMOSEXUAIS . F EVITAR RECEBER TRANSFUSÃO DE SANGUE .... G EVITAR INJECÇÕES ..... H EVITAR DAR BEIJOS ..... I EVITAR PICADAS DE MOSQUITOS .. J PROCURAR PROTECÇÃO DE MÉDICOS TRADICIONAIS ... L OUTRO_____ M (ESPECIFIOUE) OUTRO_____ N (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... O	
807	Acredita que uma pessoa com uma aparência saudável pode ter o vírus da SIDA?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	
808	Acredita que as pessoas com SIDA nunca morrem da doença, algumas vezes morrem, ou quase sempre morrem por causa dessa doença?	NUNCA ..... 1 ALGUMAS VEZES ..... 2 QUASE SEMPRE ..... 3 NÃO SABE 8	

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
809	Achas que as possibilidades de você ter SIDA são mínimas, moderadas, grandes, ou nenhumas?	MÍNIMAS ..... 1 MODERADAS ..... 2 GRANDES ..... 3 NENHUMAS ..... 4 TEM SIDA ..... 5 NÃO SABE 8	
810	O seu conhecimento sobre SIDA influenciou ou modificou a sua decisão de ter relações sexuais ou o seu comportamento sexual? SE A RESPOSTA É SIM, CONFIRA: De que maneira? ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.	AINDA NÃO INICIOU A TER RELAÇÕES SEXUAIS ..... A JÁ NÃO TEM RELAÇÕES SEXUAIS . B COMEÇOU A USAR CAMISINHAS .. C SÓ TEM RELAÇÕES SEXUAIS COM UM PARCEIRO ..... D REDUZIU O NÚMERO DE PARCEIROS ..... E OUTRO_____ F (ESPECIFIQUE) NÃO MUDOU O COMPORTAMENTO G NÃO SABE ..... H	

SECÇÃO 9. MORTALIDADE MATERNA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DAS CATEGORIAS	PASSE A
901	Agora gostaria de fazer algumas perguntas sobre os seus irmãos e irmãs, quer dizer, todos os filhos nascidos da sua mãe, incluindo aqueles que vivem consigo, os que não vivem consigo e aqueles que já faleceram. Quantos filhos teve a sua mãe, incluindo você/a senhora?	NÚMERO DE FILHOS DA MÃE BIOLÓGICA . . . . . ☐☐	
902	**CONFIRA 901:** **DOIS OU MAIS NASCIDOS** ☐ **APENAS UM NASCIDO (SÓ A MULHER)** ☐		**→916**
903	Dos quais, quantos filhos teve a sua mãe antes de você/a senhora nascer?	NÚMERO DE FILHOS ANTECEDENTES . . . . . ☐☐	

904 Qual é o nome do seu irmão ou irmã mais velho/a? ...a seguir?	1 _____	2 _____ –	3 _____ –	4 _____	5 _____	6 _____ –
905 (NOME) é homem ou mulher?	HOMEM ..... 1 MULHER 2	HOMEM ..... 1 MULHER 2	HOMEM ..... 1 MULHER 2	HOMEM ..... 1 MULHER 2	HOMEM ..... 1 MULHER 2	HOMEM ..... 1 MULHER 2
906 (NOME) ainda está vivo?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 908 NÃO SABE .... 8 PASSE A [2]	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 908 NÃO SABE .... 8 PASSE A [3]	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 908 NÃO SABE .... 8 PASSE A [4]	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 908 NÃO SABE .... 8 PASSE A [5]	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 908 NÃO SABE .... 8 PASSE A [6]	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 908 NÃO SABE .... 8 PASSE A [7]
907 Que idade tem (NOME)?	PASSE A [2]	PASSE A [3]	PASSE A [4]	PASSE A [5]	PASSE A [6]	PASSE A [7]
908 Em que ano morreu (NOME)?	19 PASSE A 910 NÃO SABE ... 98	19 PASSE A 910 NÃO SABE ... 98	19 PASSE A 910 NÃO SABE ... 98	19 PASSE A 910 NÃO SABE .. 98	19 PASSE A 910 NÃO SABE .. 98	19 PASSE A 910 NÃO SABE ... 98
909 Há quantos anos morreu (NOME)?						
910 Que idade tinha (NOME) quando morreu?	SE É HOMEM OU SE É MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE PASSE A [2]	SE É HOMEM OU SE É MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE PASSE A [3]	SE É HOMEM OU SE É MULHER QUE MQRREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE PASSE A [4]	SE É HOMEM OU SE É MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE PASSE A [5]	BE É HOMEM OU SE É MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE PASSE A [6]	SE É HOMEM OU SE É MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE PASSE A [7]
911 Quando morreu (NOME) ela estava grávida?	SIM ..... 1 PASSE A 914 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 914 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 914 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 914 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 914 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 914 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8
912 (NOME) morreu durante o parto?	SIM ..... 1 PASSE A 915 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 915 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 915 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 915 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 915 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 915 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8
913 (NOME) morreu durante os dois meses depois da gravidez ou do parto?	SIM ..... 1 PASSE A 915 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 915 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 915 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 915 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 915 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 915 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8
914 Ela morreu devido a complicações da gravidez ou do parto?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8
915 Durante todo a sua vida, quantos filhos teve (NOME) ?	PASSE A [2]	PASSE A [3]	PASSE A [4]	PASSE A [5]	PASSE A [6]	PASSE A [7]

SE NÃO HOUVER MAIS IRMÃOS E IRMÃS, PASSE A 916

904 Qual é o nome do seu irmão ou irmã mais velho/a? ... a seguir ?	7 _____	8 _____ –	9 _____ –	10 _____	11 _____	12 _____ –
905 (NOME) é homem ou mulher?	HOMEM ..... 1 MULHER 2	HOMEM ..... 1 MULHER 2	HOMEM ..... 1 MULHER 2	HOMEM ..... 1 MULHER 2	HOMEM ..... 1 MULHER 2	HOMEM ..... 1 MULHER 2
906 (NOME) ainda está vivo?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 908 NÃO SABE .... 8 PASSE A [8]	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 908 NÃO SABE .... 8 PASSE A [9]	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 908 NÃO SABE .... 8 PASSE A [10]	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 908 NÃO SABE .... 8 PASSE A [11]	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 908 NÃO SABE .... 8 PASSE A [12]	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 908 NÃO SABE .... 8 PASSE A [13]
907 Que idade tem (NOME)?	PASSE A [8]	PASSE A [9]	PASSE A [10]	PASSE A [11]	PASSE A [12]	PASSE A [13]
908 Em que ano morreu (NOME)?	19 PASSE A 910 NÃO SABE ... 98	19 PASSE A 910 NÃO SABE ... 98	19 PASSE A 910 NÃO SABE ... 98	19 PASSE A 910 NÃO SABE ... 98	19 PASSE A 910 NÃO SABE ... 98	19 PASSE A 910 NÃO SABE ... 98
909 Há quantos morreu (NOME)?						
910 Que idade tinha (NOME) quando morreu ?	SE É HOMEM OU SE É MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE PASSE A [8]	SE É HOMEM OU SE É MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE PASSE A [9]	SE É HOMEM OU SE É MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE PASSE A [10]	SE É HOMEM OU SE É MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE PASSE A [11]	SE É HOMEM OU SE É MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE PASSE A [12]	SE É HOMEM OU SE É MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE PASSE A [13]
911 Quando morreu (NOME) ela estava grávida?	SIM ..... 1 PASSE A 914 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 914 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 914 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 914 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 914 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 914 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8
912 (NOME) morreu durante o parto?	SIM ..... 1 PASSE A 915 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 915 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 915 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 915 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 915 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 915 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8
913 (NOME) morreu durante os dois meses depois da gravidez ou do parto?	SIM ..... 1 PASSE A 915 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 915 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 915 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 915 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 915 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 PASSE A 915 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8
914 Ela morreu devido a complicações da gravidez ou do parto?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8
915 Durante todo a sua vida, quantos filhos teve (NOME) ?	PASSE A [8]	PASSE A [9]	PASSE A [10]	PASSE A [11]	PASSE A [12]	PASSE A [13]

SE NÃO HOUVER MAIS IRMÃO E IRMÃS, PASSE A 916

916	ANOTE A HORA.	HORA ..... MINUTOS .....

SECÇÃO 10. PESO E ALTURA

1001	CONFIRA 215: UM OU MAIS FILHOS NASCIDOS VIVOS DESDE JAN. 1994 ☐ NENHUM FILHO NASCIDO VIVO DESDE JAN. 1994 ☐ → FIM

INQUIRIDORA: NA PERGUNTA 1002 (COLUNAS 2 E 3) ANOTE O NÚMERO DE ORDEM DE CADA NASCIDO VIVO DESDE JANEIRO DE 1994 ACTUALMENTE VIVOS. NAS PERGUNTAS 1003 E 1004 ANOTE O NOME E DATA DE NASCIMENTO DA INQUIRIDA E TODOS NASCIDOS VIVOS DESDE JANEIRO DE 1994. NAS PERGUNTAS 1006 E 1008 ANOTE O PESO E ALTURA DOS RESPONDENTES E FILHOS NASCIDOS VIVOS.
(NOTA: TODAS AS INQUIRIDAS QUE TENHAM UM OU MAIS FILHOS NASCIDOS VIVOS DESDE JANEIRO DE 1994 DEVEM SER MEDIDAS E PESADAS, MESMO SE TODOS OS FILHOS JÁ FALECERAM. SE HOUVER MAIS DE 2 FILHOS NASCIDOS VIVOS DESDE JANEIRO DE 1994, USE QUESTIONÁRIOS ADICIONAIS).

		1) MULHER INQUIRIDA	2) FILHO MAIS NOVO VIVO	3) PENÚLTIMO FILHO VIVO
1002	Nº DE ORDEM NA PERGUNTA 212			
1003	NOME DO FILHO DA PERGUNTA 212	(NOME)	(NOME)	(NOME)
1004	DATA DE NASCIMENTO DA PESSOA DA PERGUNTA 215, E PERGUNTE PELO DIA DE NASCIMENTO		DIA . . . . . MÊS . . . . . ANO	DAY . . . . . MÊS . . . . . ANO . . . . .
1005	CICATRIZ DE BCG NO BRAÇO		CICATRIZ VISTA . . . . 1 SEM CICATRIZ 2	CICATRIZ VISTA . . . . 1 SEM CICATRIZ 2
1006	ALTURA (Em centímetros)	.	.	.
1007	A CRIANÇA FOI MEDIDA QUANDO ESTAVA DEITADA OU EM PÉ?		DEITADO . . . . . 1 EM PÉ 2	DEITADO . . . . . 1 EM PÉ 2
1008	PESO (Em Quilogramas)	.	0 .	0 .
1009	DATA DA MEDIÇÃO	DIA . . . . . MÊS . . . . . ANO	DIA . . . . . MÊS . . . . . ANO	DIA . . . . . MÊS . . . . . ANO . . . . .
1010	RESULTADO	MEDIDA . . . . . 1 NÃO ESTAVA PRESENTE . . . . . 3 RECUSOU . . . . . 4 OUTRO . . . . . 6 (ESPECIFIQUE)	CRIANÇA MEDIDA . . . 1 CRIANÇA DOENTE . . 2 A CRIANÇA NÃO ESTAVA PRESENTE . . . . . 3 A CRIANÇA RECUSOU . . . . . 4 A MÃE RECUSOU . . . 5 OUTRO . . . . . 6 (ESPECIFIQUE)	CRIANÇA MEDIDA . . . 1 CRIANÇA DOENTE . . 2 A CRIANÇA NÃO ESTAVA PRESENTE . . . . . 3 A CRIANÇA RECUSOU . . . . . 4 A MÃE RECUSOU . . . 5 OUTRO . . . . . 6 (ESPECIFIQUE)
1011	NOME DO ANTROPOMETRISTA:		NOME DO SUPERVISOR:	

OBSERVÇÕES DA INQUIRIDORA

Preencher depois de completara a entrevista

Comentários sobre a Inquirida: _____

_____

_____

Comentários sobre Questões específicas: _____

_____

_____

Outros comentários: _____

_____

_____

OBSERVAÇÕES DO SUPERVISOR

_____

_____

_____

Nome do Supervisor: _____ Date: _____

OBSERVAÇÕES DO EDITOR

_____

_____

_____

Nome do Editor: _____ Date: _____

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA
MINISTÉRIO DA SAÚDE

INQUÉRITO DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE
QUESTIONARIO DE HOMEMS

IDENTIFICAÇÃO

NOME DO LOCAL _____

NOME DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR _____

NÚMERO DE CONTROLE .....

NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR .....

PROVÍNCIA .....

URBANO/RURAL (URBANO=1, RURAL=2) .....

CIDADE GRADE/CIDADE PEQUENA/VILA/ZONA RURAL .....
(CIDADE GRADE = 1; CIDADE PEQUENA = 2; VILA = 3; ZONA RURAL = 4)

NOME E Nº DE ORDEM DO HOMEM _____

VISITAS DO INQUIRIDOR

	1	2	3	VISITA FINAL
DATA				DIA
				MÊS
				ANO 9 7
NOMES DOS INQUIRIDORES				NOME
RESULTADOS*				RESULTADO
PRÓXIMA VISITA: DATA				Nº TOTAL DE VISITAS
HORA				

*CÓDIGO DE RESULTADOS:

1	COMPLETADA	5	INCOMPLETA
2	AUSENTE	6	INCAPACITADO
3	ADIADA	7	OUTROS _____ (ESPECIFIQUE)
4	RECUSADA		

LINGUA DO QUESTIONÁRIO	LINGUA DA ENTREVISTA	FOI NECESSÁRIA UM INTERPRETE
PORTUGUÊS 0 1	_____	SIM 1
		NÃO 2

SUPERVISOR	REVISADO NO CAMPO POR:	REVISADO NO GABINETE POR:	DIGITADO POR:
NOME _____	NOME _____		
DATA _____	DATA _____		

SECÇÃO 1. CARACTERÍSTICAS DO INQUIRIDO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CÓDIGOS	PASSE A
101	ANOTE A HORA.	**HORA** ..... [ ][ ] **MINUTOS** ..... [ ][ ]	
102	Quando criança, até os 12 anos de idede, a senhora morou a maior parte do tempo na cidade, vila ou numa zona rural?	CIDADE..... 1 VILA ..... 2 ZONA RURAL..... 3	
103	Há quanto tempo vive continuamente aqui em (NOME DA LOCALIDADE)?	ANOS..... [ ][ ] SEMPRE ..... 95 VISITA ..... 96 → 105	
104	Antes de vir morar aqui, você morou numa cidade, vila, ou numa zona rural?	CIDADE ..... 1 VILA..... 2 ZONA RURAL..... 3	
105	Em que mês e ano nasceu?	MÊS ..... [ ][ ] NÃO SABE O MÊS ..... 98 ANO ..... [ ][ ] NÃO SABE O ANO 98	
106	Que idade tinha na altura do seu último aniversário? COMPARE E CORRIJA 105 E/OU 106 SE HOUVER INCONSISTÊNCIA	IDADE EM ANOS COMPLETOS ..... [ ][ ]	
107	Alguma vez frequentou uma escola?	SIM ..... 1 → 108 NÃO 2	
107A	Você assistiou a algum curso de alfabetização?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 → 114	
108	Qual é o nível mais elevado de escolaridade que frequentou ?	PRIMÁRIO ..... 1 SECUNDÁRIO ..... 2 PRÉ-UNIVERSITARIO ..... 3 SUPERIOR/CURSO DE FORMAÇÃO DE PROFESORES ..... 4 TÉCNICO ELEMENTAR ..... 5 TÉCNICO BÁSICO ..... 6 TÉCNICO MÉDIO 7	
109	Qual é a classe/ano mais elevado que completou nesse nível?	CLASSE/ANO ..... [ ][ ]	
110	**CONFIRA 108:** **PRIMÁRIO** ☐ ▼ **SECUNDÁRIO OU MAIS** ☐ → 112		
111	Você pode ler e compreender uma carta ou jornal facilmente ou com dificuldade, ou não consegue?	FACILMENTE ..... 1 COM DIFICULDADE ..... 2 NÃO CONSEGUE ..... 3 → 113	
112	Você costuma ler jornal ou revista, pelo menos uma vez por semana?	SIM ..... 1 NÃO 2	
113	Você costuma escutar rádio todos os dias?	SIM ..... 1 NÃO 2	
114	Você costuma assistir televisão, pelo menos uma vez por semana?	SIM ..... 1 NÃO 2	

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CÓDIGOS	PASSE A
115	Você trabalha actualmente	SIM ..... 1 → 117 NÃO 2	
116	Nos últimos 12 meses, você trabalhou alguma vez?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 → 124	
117	Qual foi a sua ocupação, quer dizer, que tarefas principais realizou no seu trabalho?	_____ ☐☐ _____ _____	
118	CONFIRA 117: TRABALHA NA AGRICULTURA ☐ NÃO TRABALHA NA AGRICULTURA ☐ → 120		
119	Você trabalha principalmente na sua própria terra? terra da família?, terra alugada?, ou terra de outras pessoas?	TERRA PRÓPRIA ..... 1 TERRA DA FAMÍLIA ..... 2 TERRA ALUGADA ..... 3 TERRA DE OUTRAS PESSOAS 4	
120	Realiza este trabalho para membros da família, outras pessoas, ou é por conta própria?	PARA MEMBROS DA FAMÍLIA ..... 1 PARA OUTRAS PESSOAS ..... 2 CONTA PRÓPRIA 3	
121	Habitualmente, trabalha: todo o ano?, só parte do ano?, ou ocasionalmente?	TODO O ANO ..... 1 → 123 SÓ PARTE DO ANO ..... 2 OCASIONALMETE 3	
122	Durante os últimos doze mêses, quantos meses trabalhou?	NÚMERO DE MESES ..... ☐☐	
123	Quanto ganha? CONFIRA: Recebe por hora, dia, semana ou por mês? **(REGISTRE EM 1.000 METICAIS)**	POR HORA .... 1 ☐☐☐☐☐ POR DIA ..... 2 ☐☐☐☐☐ POR SEMANA . 3 ☐☐☐☐☐ POR MES ..... 5 ☐☐☐☐☐ OUTRO _____ 999996 (ESPECIFIQUE)	
124	Qual é a sua religião?	_____ ☐☐ _____	
125	Em que língua aprendeu a falar?	_____ ☐☐ _____	

SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
201	Agora, gostaria de fazer perguntas sobre todos os filhos nascidos vivos. Você já teve algum filho?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 → 206	
202	Tem algum filho ou filha vivendo com você?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 → 204	
203	Quantos filhos vivem com você? Quantas filhas vivem com você? **SE NENHUM ANOTE '00'.**	FILHOS EM CASA ..... ☐☐ FILHAS EM CASA ..... ☐☐	
204	Tem algum filho ou filha que não vive com você?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 → 206	
205	Quantos filhos não vivem com você? Quantas filhas não vivem com você? **SE NENHUM ANOTE '00'.**	FILHOS FORA DE CASA .. ☐☐ FILHAS FORA DE CASA .. ☐☐	
206	Teve algum filho ou filha que nasceu vivo, mas faleceu depois? Algum bebê que na hora do nascimento chorou ou mostrou sinais de vida, mas faleceu em seguida? SE NÃO, VERIFIQUE: Algum bebê que chorou ou mostrou sinais de vida, mas que sobreviveu apenas algumas horas ou dias?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 → 208	
207	Quantos filhos já faleceram? Qunatas filhas já faleceram? **SE NENHUM ANOTE '00'.**	FILHOS FALECIDOS ..... ☐☐ FILHAS FALECIDAS ..... ☐☐	
208	SOME AS RESPOSTAS DAS PERGUNTAS 203, 205, E 207, E ANOTE O TOTAL. SE NENHUM ANOTE '00'.	TOTAL ..... ☐☐	
209	CONFIRA 208: Só para certificar se entendi correctamente : Você teve ao TODO _____ filhos nascidos vivos durante a sua vida. Está correcto? SIM ☐ NÃO ☐ → VERIFIQUE E CORRIJA 201-208 SE NECESSÁRIO		
210	**CONFIRA 208:** **1 OU MAIS NACIDOS VIVOS** ☐ **NENHUM NASCIDO VIVO** ☐ → 301		
210A	Em que mês e ano nasceu seu último filho?	MÊS ..... ☐☐ ANO ..... ☐☐	
210B	**CONFIRA 210A** **ÚLTIMO FILHO NACIDO DEPOIS DE JAN. 1993** ☐ **ÚLTIMO FILHO NASCIDO ANTES DE JAN. 1993** ☐ → 301		
211	Quando a sua mulher ficou grávida do último filho, voçe queria ter um (outro) filho naquele momento, queria esperar mais, ou não queria ter (mais) filhos de maneira nenhuma?	NAQUELE MOMENTO ..... 1 MAIS TARDE ..... 2 DE MANEIRA NENHUMA 3	

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO

Agora gostaria de falar um pouco sobre maneiras ou métodos de planeamento familiar - várias maneiras ou métodos que os casais usam para evitar a gravidez.
FAÇA UM CÍRCULO NO CÓDIGO 1 NA PERGUNTA 301 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE. FAÇA A PERGUNTA 302, LEIA O NOME E A DESCRIÇÃO DE CADA MÉTODO NÃO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE. FAÇA UM CÍRCULO NO CÓDIGO 2 SE ELA JÁ OUVIU FALAR DO MÉTODO, E CÓDIGO 3 SE ELA NUNCA OUVIU. EM SEGUIDA, PARA CADA MÉTODO COM CÓDIGO 1 OU 2 NAS PERGUNTAS 301 OU 302, FAÇA A PERGUNTA 303.

	301 Que métodos anticonceptivos você conhece ou ouviu falar?	302 Já ouviu falar de (MÉTODO)?			303 Alguma vez teve uma mulher/parceira que usou (MÉTODO)?
		SIM ESPONTÂNEO	SIM EXPLICADO	NÃO	
01	PÍLULA. As mulheres podem tomar todos os dias uma pastilha para evitar a gravidez.	1	2	3 →	SIM . . . . . 1 NÃO 2
02	DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU). Uma parteira ou um médico podem colocar no corpo da mulher um aparelho pequeno en forma de espiral para evitar a gravidez.	1	2	3 →	SIM . . . . . 1 NÃO 2
03	INJECÇÕES CONTRACEPTIVAS. As mulheres podem aplicar, por vários meses, uma injecção para evitar a gravidez.	1	2	3 →	SIM . . . . . 1 NÃO 2
04	IMPLANTES. As mulheres poden ter várias hastes pequenas colocadas no seu braço por um médico ou por uma enfermeira. Este sistema previne a gravidez durante muitos anos.	1	2	3 →	SIM . . . . . 1 NÃO 2
05	DIAFRAGRAMA, ESPERMECIDAS, GEL. As mulheres podem colocar diafragrama, supositório, espermecidas ou gel antes do acto sexual.	1	2	3 →	SIM . . . . . 1 NÃO 2
06	PRESERVATIVO MASCULINO. Os homems podem usar um preservativo (condom, camisinha) durante as relações sexuais.	1	2	3 →	Já usou alguma vez a camisinha? SIM . . . . . 1 NÃO 2
07	ESTERILIZAÇÃO FEMININA (Laqueação das trompas). As mulheres podem fazer-se operar para evitar ter filhos.	1	2	3 →	A sua mulher/parceira foi operada para evitar ter mais filhos? SIM . . . . . 1 NÃO 2
08	ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (Vasectomia). Os homens podem fazer-se operar para evitar ter filhos.	1	2	3 →	Foi alguma vez operado para evitar ter mais filhos? SIM . . . . . 1 NÃO 2
09	ABSTINÊNCIA SEXUAL PERIÓDICA. Os casais podem evitar ter relações sexuais durante os dias do mês em que a mulher tem maior risco de engravidar.	1	2	3 →	SIM . . . . . 1 NÃO 2
10	COITO INTERROMPIDO. Os homens podem ser cuidadosos durante o acto sexual e retira-se antes de terminar, ejaculando fora da vagina.	1	2	3 →	SIM . . . . . 1 NÃO 2
11	OUTROS MÉTODOS. Os casais podem utilizar outros métodos ou maneiras diferentes aos anteriores para evitar uma gravidez. Conhece ou já ouviu falar de algum outro método?	1 _____ (ESPECIFIQUE) _____ (ESPECIFIQUE)		3	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 SIM . . . . . 1 NÃO 2

304 CONFIRA 303:
NENHUM "SIM" (NUNCA USOU) → ☐
AL MENOS UM "SIM" (JÁ USOU UM MÉTODO) → ☐ → **PASSE A 307**

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DAS CATEGORIAS	PASSE A
305	Alguma vez voçê ou alguma de suas parceiras utilisó alguma coisa ou tentou adiar ou evitar uma gravidez?	SIM ..... 1 NÃO 2	→309
306	O que usou ou fez para evitar engravidar? CORRIJA 303 E 304 (E 302 SE NECESSÁRIO).		
307	Actualmente, voçe ou sua mulher/parceira usam algum método para adiar ou evitar a gravidez?	SIM ..... 1 NÃO 2	→309
308	Que método está usando?	PÍLULA ..... 01 DIU ..... 02 INJECÇÕES ..... 03 IMPLANTES ..... 04 DIAFRAGMA/ESPERMECIDAS/ GEL ..... 05 PRESERVATIVO ..... 06 LAQUEAÇÃO FEMININA ..... 07 ESTERILIZAÇÃO MASCULINA . 08 ABSTINÊNCIA PERIÓDICA .... 09 COITO INTERROMPIDO ..... 10 OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	→401
309	Qual é a principal razão para você não usar nenhum método de planeamento familair para evitar a gravidez?	NÃO É CASADO ..... 11 NÃO TEM RELAÇÕES SEXUAIS 21 RELAÇÕES SEXUAIS IRREGULARES ..... 22 MULHER NA MENOPAUSA/ HISTERECTOMIA ..... 23 MULHER NÃO FAZ FILHOS (ESTÉRIL) ..... 24 POS-PARTO/ AMAMENTAÇÃO . 25 DESEJA TER MAIS FILHOS ... 26 MULHER ESTÁ GRÁVIDA ..... 27 OPOSIÇÃO DA INQUIRIDO ... 31 OPOSIÇÃO DA MULHER ..... 32 OPOSIÇÃO DE OUTRAS PESSOAS ..... 33 OPOSIÇÃO DA RELIGIÃO .... 34 NÃO CONHECE OS MÉTODOS 41 NÃO CONHECE A FONTE .... 42 PROBLEMAS DE SAÚDE ..... 51 EFEITOS COLATERAIS ..... 52 DÍFICIL OBTER/MUITO LONGE 53 MUITO CARO ..... 54 INCONVENIENTE ..... 55 OUTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	

SECÇÃO 4. ESTADO CIVIL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
401	Actualmente está casado ou vive com uma mulher?	SIM, CASADO ..... 1 SIM, UNIÃO MARITAL ..... 2 NÃO, NÃO ESTÃ EN UNIÃO 3	 →402A →404
402 402A	Quántas esposas voçé tem? Quántas mulheres viven com voçé como si estiverem casados?	NÚMERO	
403	**ANOTE O NÚMERO DE LINHA DE SUA(S) ESPOSA(S) SEGUN O QUESTIONÁRIO DE AGREGADOS FAMILIARES . SI UMA NÃO MORA NA SUA CASA, ANOTE "00". ON NÚMERO DE CAIXAS COMPLETAS DEBE SER IGUAL AO NÚMERO DE ESPOSAS.**		→407
404	Actualmente, tem uma parceira regular, uma parceira ocasional, ou não tem parceira?	PARCEIRA REGULAR ..... 1 PARCEIRA OCASIONAL ..... 2 NÃO TEM PARCEIRA 3	
405	Alguma vez esteve casado ou coabitou com uma mulher?	SIM, FORMALMENTE CASADO ..... 1 SIM, VIVEU COM UMA MULHER .... 2 NÃO 3	 →407 →410
406	Qual é o seu estado civil actual: viuvo, divorciado, ou separado?	VIUVO ..... 1 DIVORCIADO ..... 2 SEPARADO 3	
407	Você já esteve casado ou viveu com uma mulher uma vez ou mais de uma vez?	UMA VEZ ..... 1 MAIS DE UMA VEZ 2	
408	**CONFIRA 511:** **CASOU/VIVEU SÓ COM UMA MULHER** → Em que mês e ano começou a viver com o sua mulher/pareceira? **CASOU/VIVEU COM MAIS DE UMA MULHER** → Agora vamos falar da sua primeira mulher/parceira. Em que mês e eno começou a viver com ela?	MÊS ..... NÃO SABE O MÊS ..... 98 ANO ..... NÃO SABE O ANO 98	 →410
409	Que idade tinha quando começou a viver com ela?	IDADE	
410	Agora gostaria falar sobre a sua vida sexual para entender melhor alguns aspectos do planeamento familiar. Quando foi a última vez que teve relações sexuais?	NUNCA ..... 000 DIAS ATRÁS ..... 1 SEMANAS ATRÁS ..... 2 MESES ATRÁS ..... 3 ANOS ATRÁS 4	→509
411	**CONFIRA 301 AND 302:** **CONHECE A CAMISINHA** → A úl tima vez que teve relações sexuais, usou a camisinha? **NÃO CONHECE A CAMISINHA** → Alguns homens usam a camisinha, o que quer dizer que eles poêm uma capote de borracha ou de latex no penis para ter relações sexuais. A última vez que teve relações sexuais, usou a camisinha?	SIM ..... 1 NÃO 2	
412	Sabe onde se compra as camisinhas?	SIM ..... 1 NÃO 2	 →414

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
413	Aonde? SE A FONTE FOR HOSPITAL, CENTRO DE SAÚDE, OU CLÍNICA , ESCREVA O NOME DO LUGAR. TENTE IDENTIFICAR O TIPO DE FONTE E FAÇA UM CÍRCULO NO CÓDIGO APROPRIADO. _____ (NOME DO LUGAR)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL ..... A HOSPITAL PROVINCIAL ..... B HOSPITAL RURAL ..... C CENTRO DE SAUDE ..... D POSTO DE SAÚDE ..... E BRIGADA MÓVEL ..... F OUTRO PÚBLICO _____ G (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA ..... H FARMÁCIA ..... I MÉDICO ..... J OUTRO _____ K (ESPECIFIQUE) OUTRAS FONTES DUMBA NENGUE ..... L MÉDICO TRADICIONAL ..... M PESSOL DE SAÚDE DO BAIRRO ..... N OUTRO_____ X (ESPECIFIQUE)	
414	**CONFIRA 401:** **ESTÁ CASADO OU EM UNIÃO MARITAL** ☐ ▼ Nos últimos 12 meses, com quantas pareceiras diferentes voçé teve relações sexuais, alein da sua (esposa /esposas/ mulher)? **NÃO ESTÁ CASADO NEM EM UNIÃO MARITAL** ☐ ▼ Durante os últimos 12 meses, com quántas pessoas diferentes voçé teve relaçoes sexuais?	NÚMERO ..... ☐☐	
415	Que idade tinha quando teve relações sexuais pela primeira vez?	IDADE ..... ☐☐ A 1ª VEZ FOI QUANDO SE CASOU 96	

SECÇÃO 5. PREFERÊNCIAS COM RELAÇAO A FECUNDIDADE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
501	**CONFIRA 401:** **NÃO ESTÁ CASADO NEM EM UNIÃO** ☐ **ESTÁ CASADO OU EN UNIÃO MARITAL** ☐ →		**503**
502	**CONFIRA 404:** **TEM PARCEIRA HABITUAL** ☐ **TEM PARCEIRA OCASIONAL** ☐ **NÃO TEM PARCEIRA** ☐ →		**505A**
503	Sua mulher (alguma das suas mulheres/parceria), esta grávide neste momento?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE/NÃO ESTÁ SEGURO . . . 8	2 → **505A**
504	Quando sua mulher/parceira ficou grávida, voçé queria que ela ficasse grávida <u>naquele</u> momento, queria <u>esperar</u> mais, ou não queria que ficasse grávida de <u>maneira nenhuma</u>?	NAQUELE MOMENTO . . . . . 1 MAIS TARDE . . . . . 2 DE MANEIRA NENHUMA 3	1, 2 → **505B**
505	**CONFIRA 503** **505A** **MULHER/PARCEIRA NÃO ESTÁ GRÁVIDA OU ESTÁ EM DÚVIDA** ☐ Agora queria fazer-lhe algumas perguntas sobre o futuro. Quer ter um (outro) filho ou prefere não ter mais filhos? **505B** **MULHER/PARCEIRA ESTÁ GRÁVIDA** ☐ Agora queria fazer-lhe algumas perguntas sobre o futuro. Depois do filho que sua mulher/parceira está esperando, quer ter outro filho, ou prefere não ter mais filhos?	TER (OUTRO) FILHO . . . . . 1 NÃO MAIS/NENHUM . . . . . 2 A MULHER NÃO PODE FICAR GRÁVIDA . . . . . 3 INQUERIDO NÃO PODE TER MAIS FILHOS . . . . . 4 INDECISA/NÃO SABE 8	1, 2, 3, 4, 8 → **507**
506	**CONFIRA 503:** **MULHER/PARCEIRA NÃO ESTÁ GRÁVIDA OU ESTÁ EM DÚVIDA** ☐ Quanto tempo quer esperar antes do nascimento de (um/outro) filho? **MULHER/PARCEIRA ESTÁ GRÁVIDA** ☐ Depois do filho que sua mulher/parceira está esperando, quanto tempo quer esperar para ter outro filho?	MESES . . . . . 1 ☐☐ ANOS . . . . . 2 ☐☐ AGORA . . . . . 993 NÃO PODE FICAR GRÁVIDA . . . . 994 DEPOIS DO CASAMENTO . . . . . 995 OUTRO _____ 996 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 998	
507	**CONFIRA 308: ESTÁ UTILISANDO UM MÉTHODO ACTUALMENTE?** **NÃO PERGUNTOU** ☐ **NÃO ESTÁ USANDO** ☐ **ESTÁ USANDO** ☐ →		**512**
508	Nos próximos 12 meses, pensa usar algum método para espaçar ou evitar a grávidez?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	1 → **510**
509	Alguma vez no futuro, pensa usar algum método para evitar a gravidez?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	2, 8 → **511**

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
510	Que método preferería usar?	PÍLULA ..... 01 DIU ..... 02 INJECÇÕES ..... 03 IMPLANTES ..... 04 DIAFRAMA/ESPUMA/GEL ..... 05 PRESERVATIVO ..... 06 ESTERILIZAÇÃO FEMININA ..... 07 ESTERILIZAÇÃO MASCULINA .... 08 ABSTINÊNCIA PERIODICA ..... 09 COITO INTERROMPIDO ..... 10 OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) INDECISA 98	→512
511	Qual é a principal razão para não usar algum método anticonceptivo?	NÃO ESTÁ CASADA ..... 11 RAZOES RELACIONADS COM A FECONDIDADE RELAÇÕES SEXUAIS IRREGULARES .. 22 MENOPAUSA/HISTERECTOMIA ..... 23 ESTÉRIL/INFECUNDA ..... 24 QUER TER MAIS FILHOS ..... 26 OPOSIÇAO AO PLANEAMENTO O INQUERIDO OPÕE-SE ..... 31 A MULHER OPÕE-SE ..... 32 OUTRAS PESSOAS SE OPÕEM ..... 33 RELIGIÃO ..... 34 FALTA DE CONHECIMENTO NÃO CONHECE OS MÉTODOS ..... 41 NÃO CONHECE A FONTE ..... 42 RAZOES RELACIONADOS COM O MÉTODO PROBLEMAS DE SAÚDE ..... 51 EFEITOS COLATERAIS ..... 52 DIFICULDADES DE ACESSO/LONGE .. 53 É MUITO CARO ..... 54 INCONVENIENTE DE USAR ..... 55 INTERFERE COM O PROCESSO NORMAL DO CORPO ..... 56 OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	
512	**CONFIRA 202 E 204:** **TEM FILHO(S) VIVO(S)** ☐ ▼ Se pudess voltar atrás, para o tempo em que não tinha nenhum filho e se pudesse escolher o número de filhos para ter por toda a vida, quantos desejaria ter? **NÃO TEM FILH(O)S VIVO(S)** ☐ ▼ Se pudesse escolher exactamente o número de filhos que teria em toda a sua vida, quantos teria? **(PROCURE OBTENER UMA RESPOSTA NUMÉRICA)**	NÚMERO ..... ☐☐ OUTRO _____ 96 →514 (ESPECIFIQUE)	
513	Quantos desses filhos você gostaria que fossem rapazes, meninas ou não se importaria do sexo deles?	RAPAZES NÚMERO ..... ☐☐ OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) MENINAS NÚMERO ..... ☐☐ OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) UM OU OUTRO NÚMERO ..... ☐☐ OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
514	Em sua opinião, você é a favor, contra ou indiferente que os casais usem métodos para evitar gravidez?	A FAVOR ..... 1 CONTRA ..... 2 INDEFERENTE 3	
515	Você é contra ou a favor de se dar informações na rádio ou na televisão sobre o planeamento familiar: Na rádio? Na televisão?	FAVOR CONTRA NS RÁDIO ..... 1 2 8 TELEVISÃO 1 2 8	
516	No último mês, você ouviu alguma informação sobre o planeamento familiar através da:	SIM NÃO	
	Rádio?	RÁ DIO 1 2	
	Televisão?	TELEVISÃO 1 2	
	Jornal ou revista?	JORNAL OU REVISTA 1 2	
	Cartazes?	CARTAZES 1 2	
	Panfletos ou brochura?	PANFLETOS / BROCHURAS . 1 2	
518	Nos últimos meses, discutiu a prática do planeamento familiar com suas amigas, vizinhas, ou familiares?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 → 520	
519	Com quem? Com mais alguem? ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.	MULHER/PARCEIRA ..... A MÃE ..... B PAI ..... C IRMÃ(S) ..... D IRMÃO(S) ..... E FILHAS ..... F SOGRA ..... G AMIGAS/VIZINHAS ..... H OUTRO_____ X (ESPECIFIQUE)	
520	CONFIRA 401 ESTÁ CASADO ☐ VIVE COM UMA MULHER ☐ É SOLTEIRO ☐ → 601		
521	Os casais nem sempre concordam com tudo. Agora gostaria de lhe perguntar sobre os pontos de vista da sua mulher/parceira acerca do planeamento familiar. Você pensa que a sua mulher/ parceira é contra ou a favor de os casais userem métodos para evitar a gravidez?	A FAVOR ..... 1 CONTRA ..... 2 NÃO SABE 8	
522	No ano passado, alguma vez falou com a sua mulher/parceira sobre o planeamento familiar?	NUNCA ..... 1 UMA OU DUAS VEZES ..... 2 MUITAS VEZES 3	
523	Você pensa que a sua mulher/parceira quer o mesmo número de filhos, mais filhos, ou menos filhos do que os que você quer?	MESMO NÚMERO DE FILHOS ..... 1 MAIS FILHOS ..... 2 MENOS FILHOS ..... 3 NÃO SABE 8	

SECÇÃO 6. SIDA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
601	Alguma vez ouviu falar duma doença chamada SIDA?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 → 611	
602	De que fontes de informação ouviu falar do SIDA? Que outras fontes? ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.	RÁDIO ..... A TELEVISÃO ..... B JORNAL/REVISTA ..... C PANFLETOS/CARTAZES ..... D TRABALHADORES DE SAÚDE ..... E IGREJA/MESQUITA ..... F ESCOLA/PROFESSORES ..... G PALESTRAS ..... H TEATRO ..... I AMIGOS/FAMILIARES/PARCEIRAS .. J LOCAL DE TRABALHO ..... K OUTRO_____ X (ESPECIFIQUE)	
603	Tem conhecimento de algo para evitar contrair o SIDA ou o vírus que causa o SIDA?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 → 607 NÃO SABE ..... 8 → 607	
604	O que pode ser feito? Algum outro meio? ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.	RELAÇÕES SEXUAIS SEGURAS ... A ABSTINÊNCIA SEXUAL ..... B USAR CAMISINHAS ..... C TER UM SÓ PARCEIRO ..... D EVITAR TER RELAÇÕES SEXUAIS COM PROSTITUTAS .. E EVITAR TER RELAÇÕES SEXUAIS COM HOMOSEXUAIS . F EVITAR RECEBER TRANSFUSÃO DE SANGUE .... G EVITAR INJECÇÕES ..... H EVITAR DAR BEIJOS ..... I EVITAR PICADAS DE MOSQUITOS .. J PROCURAR PROTECÇÃO DE MÉDICOS TRADICIONAIS ... L OUTRO_____ M (ESPECIFIQUE) OUTRO_____ N (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... O	
607	Acredita que uma pessoa com uma aparência saudável pode ter o vírus da SIDA?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	
608	Acredita que as pessoas com SIDA nunca morrem da doença, algumas vezes morrem, ou quase morrem por causa dessa doença?	NUNCA ..... 1 ALGUMAS VEZES ..... 2 QUASE ..... 3 NÃO SABE 8	
609	Achas que as possibilidades de você ter SIDA são mínimas, moderadas, grandes, ou nenhumas?	MÍNIMAS ..... 1 MODERADAS ..... 2 GRANDES ..... 3 NENHUMAS ..... 4 TEM SIDA 5	

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
610	O seu conhecimento sobre SIDA influenciou ou modificou a sua decisão de ter relações sexuais ou o seu comportamento sexual? SE A RESPOSTA É SIM, CONFIRA: De que maneira? ANOTE TODAS RESPOSTAS MENCIONADAS.	AINDA NÃO INICIOU A TER RELAÇÕES SEXUAIS ..... A JÁ NÃO TEM RELAÇÕES SEXUAIS . B COMEÇOU A USAR CAMISINHAS .. C SÓ TEM RELAÇÕES SEXUAIS COM UMA PARCEIRA ..... D REDUZIU O NÚMERO DE PARCEIRAS ..... E OUTRO_____ F (ESPECIFIQUE) NÃO MUDOU O COMPORTAMENTO G NÃO SABE ..... H	
611	ANOTE A HORA.	HORA ..... MINUTOS	

OBSERVÇÕES DO INQUIRIDOR

Preencher depois de completara a entrevista

Comentários sobre o inquirido: _____

_____

_____

Comentários sobre questões especificas: _____

_____

_____

Outros comentários: _____

_____

_____

OBSERVAÇÕES DO SUPERVISOR

_____

_____

_____

Nome do Supervisor: _____ Date: _____

OBSERVAÇÕES DO EDITOR

_____

_____

_____

Nome do Editor: _____ Date: _____