Prefácio

É com imensa satisfação que apresentamos os resultados do Inquérito Integrado sobre o Bem Estar da População (IBEP), 2008-09, que o Instituto Nacional de Estatística (INE), com o inestimável apoio do UNICEF e do Banco Mundial, realiza pela primeira vez desde a independência do país, em todo o território Nacional, cobrindo de forma representativa tanto áreas urbanas como rurais do país.

A melhoria do bem-estar da população constitui, inequivocamente, o objectivo supremo que o Governo de Angola estabeleceu. Para o efeito, o Governo vem implementando uma série de políticas e programas em diferentes domínios da vida nacional com destaque para a agricultura e desenvolvimento rural, infra-estruturas económicas e sociais, VIH e SIDA, etc. Contudo, para se garantir uma monitoria e avaliação sistemática do efeito destas políticas e programas sobre as condições de vida da população, o Governo, outros actores sociais e o público em geral, precisam dispor de um sistema de recolha regular de informação estatística, no qual se inclui a realização de inquéritos junto aos agregados familiares.

Neste contexto, os resultados do IBEP 2008-09, chegam num momento oportuno da história de desenvolvimento económico e social do país, pois permitem estabelecer uma linha de base para vários indicadores de bem-estar da população, a partir da qual é possível ajustar algumas políticas e programas em curso ou delinear novas linhas de política. Com efeito, o IBEP 2008-09, disponibilizou dados que visam, a actualização do cabaz e a base de ponderação do Índice de Preços no Consumidor (IPC), a estimação do consumo das famílias para as Contas Nacionais e a elaboração de um perfíl de pobreza no país. Estes dados permitam, ainda, avaliar o progresso do país em compromissos como os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODMs) e o Plano de Acção para um Mundo Apropriado para a Infância.

Portanto, este relatório reveste-se de grande importância, porquanto veio cobrir um vazio em termos de informação actualizada e indispensável para informar os processos de planeamento, por um lado e por outro, para permitir avaliar os resultados logrados com a implementação das politicas e com a realização dos investimentos nas áreas de saúde, educação e emprego. Os resultados dos indicadores económicos e sociais apresentados neste relatório revelam melhorias significativas no bem-estar da população deste que foi alcançada a paz. Contudo, diante dos desafios que o Governo se propõe enfrentar no domínio social, muito ainda precisa ser feito. Os dados do IBEP permitirão conhecer melhor os contornos destes desafios e fornecem a base para a definição e implementação de politicas mais eficazes.

Finalmente, gostaria de agradecer aos agregados familiares que abdicaram dos seus afazeres diários para participar do inquérito, colaborando e apoiando o trabalho dos inquiridores do INE que visitaram as suas residências. Manifestar também o meu reconhecimento ao UNICEF e ao Banco Mundial pelo apoio que prestaram as duas operações estatísticas, e de felicitar a Direcção do INE, aos outros parceiros e a todos os técnicos que se empenharam directa ou indirectamente para que o IBEP se tornasse uma realidade.

Ana Dias Lourenço

Ministra do Planeamento

Agradecimentos

O presente relatório é o resultado da conjugação de esforços de vários indivíduos e instituições. A lista completa de todos os participantes é apresentada no Anexo 7.

O êxito da realização de toda a operação de campo, sobre tudo durante o período de chuvas, onde o acesso, já por si difícil, à zonas remotas do país, se tornou ainda mais complicado, não seria possível sem o empenho, seriedade e dedicação dos inquiridores, supervisores, motoristas e cartógrafos que integraram as equipas de campo, sem o suporte técnico prestado oportunamente pela equipa de supervisores regionais, integrada por técnicos seniores do INE, ou sem todo o apoio logístico prestado sempre que possível pelas instituições e administrações locais.

Este inquérito não teria sido possível sem o apoio financeiro do Governo de Angola, do Banco Mundial, do UNICEF e da USAID bem como da disponibilidade dos agregados familiares inquiridos, cujas respostas formam a base de dados disponibilizada pelo IBEP e que serve de objecto de análise deste relatório.

Uma nota de agradecimentos é devida aos consultores e funcionários do INE, UNICEF e Banco Mundial que prestaram apoio técnico ao longo de todo o processo de preparação e implementação da operação de campo, processamento, limpeza e validação dos dados, análise e redacção do presente relatório, sem se esquecer do prestimoso apoio do grupo consultivo que desempenhou o papel de criticar os dados e as várias versões do relatório.

Em particular, gostaríamos de destacar a inestimável colaboração de Paulo Filipe que elaborou o presente relatório, Victoria Matovu, Gilberto Ribeiro, Martin Cumpa, Patrick Ward, David Megill, Diane Steele e Marie Helene Bonin, por terem participado na análise, elaboração e/ou revisão de capítulos deste relatório.

Sumário Executivo

Após a guerra, o Governo de Angola empenhou-se em muitas acções para reconstruir as infra-estruturas sociais e económicas e para melhorar a qualidade de vida da população. A estratégia de reconstrução e crescimento envolvia igualmente um conjunto de reformas económicas que tornariam a economia mais aberta ao mercado, mas tentando, ao mesmo tempo, manter acções de segurança social para o segmento da população mais desfavorecido. Apesar da crise económica vivida nos últimos dois anos, há sinais recentes de que as acções de reconstrução e crescimento têm resultado numa maior disponibilidade de bens e serviços e na melhoria das condições de vida da população, tanto em áreas rurais como urbanas. Não obstante os sinais visíveis de progresso, é perceptível que o alcance de metas como o acesso universal a educação, saúde, fontes seguras de água, energia, habitação adequada e o combate ao grave problema da pobreza exige um acompanhamento contínuo da evolução destes indicadores. É precisamente neste contexto que se enquadra o presente Inquérito Integrado sobre o Bem-estar da População (IBEP).

Objectivos e abrangência

O Inquérito foi realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) com o apoio financeiro e técnico da UNICEF e do Banco Mundial, com o objectivo específico de: i) fornecer dados de base para a avaliação do progresso do país em direcção ao cumprimento dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODMs) e do Plano de Acção para um Mundo Apropriado para a Infância; ii) actualizar o cabaz e a base de ponderação do Índice de Preços no Consumidor (IPC); iii) calcular o consumo das famílias nas Contas Nacionais; e iv) elaborar um perfil da pobreza no país.

Realizado entre Maio de 2008 e Julho de 2009, o IBEP é o primeiro inquérito com cobertura nacional, abrangendo as 18 províncias do país, tanto em zonas urbanas como rurais. A amostra final foi de 11.852 agregados familiares distribuídos por 5.707 e 6.145 áreas urbanas e rurais, respectivamente. No total, a amostra corresponde a um universo de 58.123 pessoas entrevistadas.

Um dos grandes méritos do IBEP reside precisamente no tamanho da amostra e no nível de cobertura nacional. Contudo, as estimativas de pobreza e de vários outros indicadores deste Inquérito não são directamente comparáveis a qualquer das estimativas efectuadas anteriormente no país. Existem diferenças significativas na metodologia implementada para medir indicadores como consumo e pobreza, no tipo de pesquisa empregue, na cobertura geográfica da amostra e na duração do trabalho de campo. Por este motivo, todas as comparações, tanto de indicadores económicos como sociais, deve ter em consideração estes pressupostos técnicos.

Resultados gerais

Características sócio-demográficas da população

A distribuição por género definida a partir da amostra do IBEP aponta para uma população composta por 48% de homens e 52% de mulheres. Este desequilíbrio na distribuição do género traduz-se num índice geral de masculinidade de 0,93 - ou seja, 93 homens para 100 mulheres. A população encontra-se concentrada maioritariamente nas áreas urbanas (54,8%), sendo que apenas 45,2% da população vive nas áreas rurais.

A análise da distribuição etária revela que a população angolana é jovem, com 48% de pessoas com idade inferior a 15 anos, sendo que menos de 50% da população é economicamente activa. As mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) constituem 44% e uma em três pessoas está em idade escolar (6-17 anos). A configuração da pirâmide etária apresenta uma base relativamente alargada, que diminui à medida que avança para as idades mais velhas - apenas 2,4% tem idade superior a 64 anos. Esta forma da pirâmide etária é característica das populações com uma taxa de fecundidade elevada - estimada actualmente em 6,4 nascimentos por mulher. Contudo, a estimativa actual aponta para um declínio nos níveis de fecundidade relativamente aos anos anteriores, tendo-se situado em 6,9 em 1996 (MICS I) e em 7 em

2001 (MICS II). A esperança de média vida à nascença é estimada actualmente em 48 anos, sendo 47 para o sexo masculino e 49 para o feminino.

O tamanho médio dos agregados familiares é de cinco (5) pessoas, tendo aumentado desde há oito anos, quando se situava em 4,3. Os agregados mais numerosos são chefiados maioritariamente por homens, constituindo mais de três quartos dos agregados - apenas um em cada cinco é liderado por uma mulher.

A concentração das pessoas nas cidades resulta, em parte, da migração (20%) em busca de segurança e de melhores oportunidades económicas, e tem impacto sobre alguns factores de identidade cultural, como por exemplo a língua. Trinta e nove por cento (39%) da população que se encontra concentrada nas cidades e com menos de 40 anos identifica o Português como língua materna, seguindo-se o Umbundo com 26%.

Medidas de bem-estar económico

A análise dos indicadores socioeconómicos corresponde à descrição dos níveis de receitas e despesas da população e à medição dos níveis de pobreza. O relatório apresenta uma análise descritiva dos níveis de desigualdade entre grupos populacionais com base, na maior parte dos casos, no quintil de consumo.

Os resultados do IBEP revelam que cada pessoa em Angola tem um consumo médio mensal de 6,449 kwanzas - valor correspondente ao volume de rendimentos gastos para fazer face às necessidades de consumo alimentar e não-alimentar, de bem-estar e de conforto. Cinquenta e sete por cento (57%) deste valor é dedicado a necessidades de consumo alimentar e bebidas não-alcoólicas. As despesas com a renda da casa, o segundo valor mais elevado, constituem 10% do consumo total *per capita*, enquanto as despesas com serviços de utilidade doméstica representam 8% do consumo. A análise da desigualdade usando a distribuição percentual do consumo por quintil revela que os 20% da população mais rica concentram quase metade do consumo total e que aos 20% mais pobres corresponde apenas 5% do consumo. A desigualdade no consumo existe também entre as áreas de residência, sendo que a população urbana tem um nível de consumo geral duas vezes superior ao da população rural.

A linha de pobreza total foi estimada em 4,793 kwanzas por adulto por mês. O acesso inadequado à alimentação e a privação de algumas dimensões do bem-estar - como acesso limitado a serviços de saúde, baixo capital humano, habitação inadequada, falta de acesso adequado a bens e serviços - remetem 37% da população angolana a uma situação de pobreza: praticamente uma em três pessoas revela consumo inadequado de bens e serviços. Contudo, o nível de incidência da pobreza é três vezes superior nas áreas rurais do que nas urbanas.

Para além das diferenças entre as áreas de residência (rural e urbana), os resultados do Inquérito fornecem provas sólidas de que a educação é um dos principais factores de pobreza em Angola, na medida em que influencia extremamente o acesso aos serviços básicos e a capacidade de gerar activos financeiros e físicos para o agregado familiar. Quanto mais elevado é o nível de escolaridade do líder do agregado, mais baixo o nível de pobreza da família. Por exemplo, 62% da população que vive em agregados familiares cujo líder não possui nenhum nível de escolaridade é pobre, enquanto apenas 14% da população que vive em agregados cujo líder concluiu o ensino secundário ou um nível mais elevado é pobre.

Medidas de bem-estar social

Para além do conceito de bem-estar, baseado na capacidade de satisfazer as condições materiais, o IBEP analisou outros factores de bem-estar, como o acesso a saúde e educação, a infra-estruturas necessárias para satisfazer as necessidades básicas como o abastecimento de água, saneamento, energia, bem como serviços que permitem o exercício da cidadania.

Este relatório descreve a actual situação dos principais indicadores sociais, como o acesso a educação, condições básicas de saúde, incluindo malária e VIH, saúde materno-infantil, características da habitação, acesso a água, saneamento, fontes de energia, exposição das crianças ao trabalho infantil e cidadania e acção governativa.

Acesso aos serviços públicos

O restabelecimento da paz em 2002 provocou um aumento efectivo da demanda por serviços públicos mais eficazes e eficientes. Esse facto, aliado à escassez de recursos, conduz a que as políticas públicas sejam assertivas, os recursos estrategicamente distribuídos e se dê prioridade à resposta às necessidades dos cidadãos.

A análise global dos indicadores sociais mostra claramente o resultado das intervenções do Estado na última década visando a melhoria da oferta de serviços de saúde, água e educação em todo o país e particularmente em áreas até muito recentemente inacessíveis. O acesso aos serviços sociais é determinado não só pela existência de infra-estruturas e pela disponibilidade de meios, mas também pela possibilidade das pessoas de se deslocarem para os locais onde se encontram os serviços. Tendo as sedes comunais como pontos de referência relativamente à presença de serviços públicos, quase metade da população rural considera que o acesso por estrada a este ponto administrativo melhorou substancialmente nos últimos oito anos. A percepção de melhoria na qualidade das estradas é partilhada por 59% da população urbana.

Acesso aos serviços de saúde

Nas zonas rurais, apenas 24% da população tem acesso a postos ou centros de saúde públicos num raio até 2 km, em contraste com uma percentagem de 63% nas zonas urbanas. Contudo, 22% dos agregados familiares nas áreas rurais declara não existir qualquer serviço de saúde nas proximidades das suas residências e 36% declara não haver disponibilidade regular de medicamentos nos postos ou centros de saúde próximos. A situação do acesso pode agravar-se mais ainda, face ao facto de não existirem serviços de saúde mais especializados fora das sedes comunais ou municipais.

Apesar dos problemas de acesso descritos, mais de metade (56%) da população urbana e quase dois terços da população rural considera que os serviços melhoraram nos últimos oito anos. Ainda assim, uma em cinco pessoas considera não haver melhorias significativas no nível dos serviços públicos.

Independentemente da percepção individual, o facto é que o acesso aos serviços de saúde é maior na área urbana, permitindo o acesso a 71% das pessoas que estiveram doentes nos 30 dias anteriores ao Inquérito, comparativamente à área rural, onde apenas 49% das pessoas nestas condições frequentaram uma consulta. Nas áreas rurais, cerca de uma em cada quatro pessoas que esteve doente ou sofreu um acidente não teve uma consulta, por falta de acesso a unidades de saúde.

O aumento no nível de investimentos públicos tem resultado, como visto acima, numa maior disponibilidade e acesso referentes à área da saúde, mas persistem os problemas de qualidade e eficiência do serviço, o que tem contribuído para a insatisfação dos utentes. Embora a demora no atendimento tenha sido o factor de insatisfação referido por 35% das pessoas nas áreas urbanas, uma em cada três pessoas nas áreas rurais indica a falta de medicamentos como o principal factor de insatisfação. A falta de médicos e o custo da consulta e dos tratamentos também são factores importantes que contribuem para a insatisfação com os serviços de saúde nas áreas rurais.

Os dados indicam que a proporção de mulheres que efectuaram pelo menos uma consulta pré-natal foi de 69%, tendo 47% efectuado as quatro recomendadas. Quase dois terços dos atendimentos foram realizados por um profissional de saúde qualificado, ou seja, médico, enfermeira ou parteira. Cerca de 82% das mulheres nas áreas urbanas receberam cuidados pré-natais de um profissional de saúde, contra 52% de mulheres nas áreas rurais, o que está muito provavelmente associado ao menor acesso aos serviços de saúde nas áreas rurais. As grávidas mais pobres têm menos oportunidades de acesso a CPN, sendo que o inverso se aplica às grávidas entre a população mais rica. Os cuidados pré-natais estão positivamente associados à riqueza, tanto mais que quase 90% das mulheres entre a população mais rica foram consultadas por pessoal de saúde qualificado (médico, enfermeira ou parteira), ao passo que na população mais pobre (primeiro quintil) apenas 44% das mulheres tiveram acesso a um profissional de saúde qualificado e 55% não fizeram consulta pré-natal. Menos de um terço das mulheres mais pobres realizou quatro ou mais consultas de saúde pré-natal, enquanto entre as mais ricas a proporção de mulheres com quatro ou mais consultas de CPN é superior a 72%.

Os resultados mostram que 42,3% dos partos tiveram lugar numa instituição de saúde, principalmente numa instituição pública (41,4%). Mais de metade dos partos ocorreram no domicílio. Na área rural, a proporção de partos que tiveram lugar no domicílio atingiu 85%, comparativamente com 32% na área urbana. O acesso a unidades de saúde para efeitos de parto é inversamente proporcional ao nível de pobreza. Oitenta e seis por cento (86%) das mulheres entre a população mais pobre (primeiro quintil) fizeram o parto no domicílio e apenas 14% conseguiram ter acesso a uma unidade de saúde. A situação inverte-se entre a população mais rica (quinto quintil), em que mais de 73% das mulheres tiveram acesso a uma unidade de saúde para o parto, mas, ainda assim, 27% optou pelo parto no domicílio. Em termos gerais, a proporção de mulheres grávidas mais ricas que recorre as unidades de saúde é cinco vezes superior ao de mulheres mais pobres.

Estima-se que 49% dos partos tenham sido assistidos por pessoal qualificado e quase 10% por auxiliares tradicionais e técnicos comunitários de saúde. Enquanto 73% dos partos nas áreas urbanas foram assistidos por pessoal qualificado, nas áreas rurais esta percentagem encontra-se abaixo de 24%.

De entre o pessoal qualificado que realizou os partos, 45% eram enfermeiras/parteiras e somente 5% dos partos foram assistidos por médicos. Nas áreas urbanas, o nível de participação de médicos nos partos é seis vezes superior ao das áreas rurais - diferença que é certamente determinada pelo factor da disponibilidade.

Prevenção e tratamento da malária

As medidas preventivas, nomeadamente a utilização de redes mosquiteiras tratadas com insecticida, podem reduzir drasticamente as taxas de mortalidade por malária em crianças e grávidas. Contudo, na altura do Inquérito, apenas 18% dos agregados familiares em Angola declararam possuir redes mosquiteiras tratadas com insecticida (REMTI) e em proporções ainda mais baixas nas áreas rurais (14%). A maior concentração de famílias em posse de REMTI encontra-se na área hiperendémica (21%), o que reflecte claramente a prioridade de intervenção do programa nacional de luta contra a malária. Quarenta por cento (40%) das pessoas dormiram debaixo de uma rede mosquiteira na noite anterior ao Inquérito e destes apenas 13% utilizaram a REMTI.

O uso da rede mosquiteira por crianças menores de cinco anos é particularmente importante, devido à vulnerabilidade destas à malária. Em termos gerais, estima-se que 16% das crianças menores de cinco anos dormiram debaixo de uma rede mosquiteira tratada com insecticida na noite anterior ao Inquérito e cerca de 27% dormiu sob algum tipo de rede. Os dados revelam que há maior cuidado com as crianças com menos de um ano de idade, sendo que 75% delas dormiu debaixo de uma rede mosquiteira, 24% das quais usaram a REMTI e 37% usaram qualquer outro tipo de rede. O acesso e uso da REMTI são também influenciados pelo nível de consumos da população. A percentagem de pessoas no quinto quintil (os 20% mais ricos) que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira tratada com insecticida na noite anterior ao Inquérito é três vezes superior à percentagem de pessoas do primeiro quintil.

A malária contribui para nascimentos com baixo peso, anemia materna, mortalidade infantil, aborto espontâneo e casos de nados mortos. Contudo, os dados reflectem um comportamento das mulheres contrário à actual dimensão do problema. Dezoito por cento (18%) das mulheres grávidas na altura do Inquérito declararam ter dormido debaixo de uma rede mosquiteira tratada com insecticida e 29% usavam qualquer outro tipo de rede. Cerca de 45% das mulheres fizeram medicação preventiva durante a gravidez, mas o cumprimento efectivo do tratamento intermitente preventivo (TIP) com SP/Fansidar limitou-se a 16%.

Mortalidade infantil

A taxa de mortalidade de menores de cinco anos em Angola apresenta uma tendência decrescente. Os dados revelam que, pela primeira vez em mais de 20 anos, a taxa de mortalidade em menores de cinco anos se situa abaixo do 250 por 1000 nados vivos. Depois de atingir o pico mais alto de 300 por cada 1000, em 1994, a taxa tem registado um decréscimo progressivo, estando a taxa de mortalidade infantil actualmente estimada em 116 por 1000 nados vivos e a taxa para menores de cinco anos em 194 por 1000 nados vivos. Isto significa, igualmente, que duas em cada 10 crianças que nascem vivas têm a

probabilidade de morrer durante os primeiros cinco anos de vida. As crianças nas áreas rurais têm mais 50% de hipóteses de morrer antes dos cinco anos do que nas áreas urbanas e, quanto maior o nível de escolaridade da mãe, menor a probabilidade de a criança morrer durante os primeiros 12 meses de idade ou antes de completar cinco anos.

As crianças entre a população mais rica têm menos probabilidade de morrer nos primeiros cinco anos de vida do que as crianças mais pobres. Contudo, não se pode deixar de realçar que a mortalidade infantil permanece alta mesmo entre a população mais rica.

Prevenção contra a transmissão do VIH

Os dados do IBEP revelam que 79,9% da população com pelo menos 12 anos de idade já ouviu falar do VIH/SIDA, mas o nível real de conhecimento que têm é ainda bastante insuficiente para assegurar a prevenção da transmissão do VIH por via sexual, que continua a ser a principal via de transmissão no país. Apenas 23% tem conhecimento suficiente para evitar a infecção por VIH.

A prevenção da infecção por VIH centra-se em três métodos principais: a abstinência, a restrição do número de parceiros sexuais e o uso de protecção nas relações sexuais. Menos de metade da população de Angola (45%) conhece as duas principais formas de prevenção da infecção por VIH. Esse conhecimento é maior se considerarmos exclusivamente a faixa etária entre 15 e 24 anos (53%) e ligeiramente inferior nas mulheres entre 15 e 49 anos, tendo 52% destas identificado ambas as formas de prevenção. Entre os jovens, é de realçar a diferença de conhecimento entre a faixa dos 20-24 anos (58%) e a dos 15-19 (49%), uma vez que se sabe que o início dos relacionamentos sexuais em Angola é precoce (12-14 anos).

Apenas um terço da população revela conhecimento suficiente sobre o VIH/SIDA, registando a zona rural valores que não atingem os 10%. O uso de protecção em relações sexuais com parceiros múltiplos pode ser considerado baixo: apenas 42,5% da população entre 15-49 anos usa preservativo em relações com parceiros múltiplos. A situação é mais preocupante nas áreas rurais, onde apenas 21% das pessoas nessas condições usa preservativo. É igualmente preocupante a proporção de homens (11%) expostos à transmissão de VIH por não utilização de protecção nas relações sexuais com múltiplos parceiros. As mulheres demonstram um comportamento mais seguro, na medida em que apenas 1% destas se envolve em relações sem protecção. Por outro lado, os dados revelam uma forte associação entre a pobreza e o uso de preservativo nas relações sexuais, na medida em que o uso de preservativo em relações de risco é reportado por 59,5% entre a população mais rica, em contraste com 24,2% entre os mais pobres.

A análise voluntária de VIH é importante para o conhecimento do estado de seropositividade da população. Em Angola, a percentagem de testes na população com idade superior a 12 anos é baixa (apenas 13%), com diferenças acentuadas entre a zona rural e a urbana, 20% e 4%, respectivamente.

Vacinação infantil

A vacinação universal de crianças contra doenças que podem ser prevenidas através de vacinação (tuberculose, difteria, tétano, poliomielite e sarampo) é uma componente crucial de qualquer estratégia para reduzir a mortalidade infantil. Apenas uma em cada cinco crianças tem as quatro vacinas (BCG, DPT, poliomielite e sarampo) registadas no cartão. O nível de cobertura de BCG na altura do Inquérito está estimado em quase 75%, mas apenas um terço das crianças foram vacinadas nos primeiros 12 meses de idade. Duas em cada três crianças receberam a primeira dose de DPT, mas o nível de cobertura diminui substancialmente na segunda e terceira doses para 48% e 38%, respectivamente. A mesma tendência repete-se na cobertura da poliomielite, em que a primeira dose atinge um nível quase universal (98%), mas decresce nas doses subsequentes, chegando a 63% na terceira dose. As crianças de agregados familiares mais pobres têm um nível de cobertura da BCG de 53% e apenas 13% de imunização total. A cobertura é relativamente melhor para as crianças de famílias mais ricas, cuja imunização total é estimada em 55% e 100% para a primeira dose de poliomielite.

Acesso a serviços de educação

O acesso ao ensino primário é relativamente melhor do que o acesso aos serviços básicos de saúde. Mais famílias urbanas (76%) e rurais (55%) declaram ter acesso à escola até um raio de 2 km da sua residência. Contudo, ainda existe um número elevado de crianças que tem de percorrer mais de 2 km diariamente para frequentar a escola (29%). Mais de metade dos chefes de família nas áreas urbanas considera ter havido melhorias na qualidade das infra-estruturas de educação - percepção partilhada por 47% dos agregados nas áreas rurais, sendo que um terço considera não ter havido melhorias de realce nos últimos oito anos.

Mais de metade dos agregados em ambas as áreas de residência considera terem-se registado melhorias na qualidade do ensino. Contudo, o acesso não é ainda universal e cerca de 26% das crianças na faixa dos 6-9 anos nunca frequentou a escola, indicador preocupante de não-escolarização na idade mais indicada e em que o ensino é obrigatório.

Cerca de 11% das crianças das zonas urbanas frequenta o ensino pré-escolar, comparativamente a apenas 7% nas zonas rurais. Os dados do IBEP revelam que o acesso à educação pré-escolar a nível nacional é inferior a 10%, estando muito distante da meta de obrigatoriedade universal. Nas áreas rurais, onde a disponibilidade de centros infantis é muito reduzida, o acesso é limitado a apenas 7% das crianças.

A escola pública é incomparavelmente a que mais alunos integra de entre os vários tipos (78%). A escola privada é a segunda mais citada, com 17%, e as religiosas surgem em terceiro lugar com 5%. O recurso à escola pública é quase universal na zona rural (91%), onde existem muito poucas instituições privadas de ensino. Nas cidades, a percentagem diminui para 69% e o acesso a escolas privadas aumenta (25%). Há uma fraca disponibilidade de infra-estruturas/meios de ensino e de professores para os níveis mais elevados de ensino. Por este motivo, nas zonas rurais mais de dois terços da população que concluiu o ensino primário não continuou os seus estudos.

A taxa líquida de frequência do ensino secundário a nível nacional é de 19%, com valores mais elevados nas áreas urbanas (30%) e apenas 4% nas áreas rurais. Estes dados revelam o número reduzido de instituições do ensino secundário nas áreas rurais e uma proporção substancialmente alta de alunos dos 12-17 anos que não chega ao ensino secundário. Por outro lado, o nível de frequência secundária está também associado à situação de pobreza, na medida em que a proporção de crianças entre a população mais rica a frequentar o ensino secundário é 16 vezes superior à de crianças pertencentes à população mais pobre.

Níveis de escolaridade

A proporção de analfabetos em Angola é de ainda 34% a nível nacional, com grande desvantagem para as mulheres. Praticamente metade da população feminina é analfabeta. No caso da área de residência, as diferenças registadas são ainda mais significativas, pois nas áreas rurais mais de 70% da população é analfabeta, o dobro do que se regista nas cidades.

Apenas dois terços da população com mais de 15 anos sabe ler e escrever, embora a discrepância entre a cidade e o meio rural seja importante (82% e 45%, respectivamente). O analfabetismo concentra-se maioritariamente na população pobre. Menos de metade da população nas zonas urbanas tem o nível primário de escolaridade concluído. Contudo, mais de um terço dos indivíduos que concluiu o nível primário não transitou para níveis superiores de ensino. A nível nacional, apenas 4% das pessoas concluiu um nível de ensino superior ao primário.

Os dados revelam que as raparigas entram na escola na idade correcta em maior percentagem do que os rapazes (55% e 49%, respectivamente), factor que contribui para uma incidência maior de escolaridade primária entre as raparigas. Apesar de as raparigas entrarem para a escola em proporções superiores às dos rapazes, como já foi visto acima, esta tendência não se mantém ao longo de todo o ciclo escolar. Os dados do ensino primário revelam uma proporção superior de mulheres com este nível concluído (62%) comparativamente aos homens (50%). Esta divergência inverte-se nos níveis seguintes, sendo maior no Ciclo I (com uma diferença de 7% a favor do homens).

A taxa de frequência líquida no ensino primário corresponde à percentagem de crianças entre 6 e 11 anos que estão a frequentar o ensino primário ou secundário. A nível nacional, a taxa é de 76%, superior entre os rapazes (77%).

Acesso a abastecimento adequado de água e saneamento

A nível nacional, menos de metade da população (42%) usa uma fonte apropriada de água para beber, existindo, no entanto, uma disparidade acentuada entre as áreas de residência. Comparando com a situação dos últimos nove anos, os dados do IBEP indicam que o acesso a fontes de água melhorou nas zonas urbanas, mas não nas zonas rurais. A população na área rural tem uma probabilidade duas vezes e meia inferior de obter água apropriada comparativamente à população urbana. O chafariz público é a principal fonte apropriada de água para beber, tanto nas cidades como no meio rural, estimada em 15% e 7% respectivamente. Na zona urbana, uma fonte não apropriada – o tanque do vizinho – é referida como sendo usada por 22% dos agregados familiares.

Sessenta e seis por cento (66%) da população não dá qualquer tratamento à água para beber e o tratamento apropriado mais utilizado é a desinfecção com lixívia (26%). Apenas 7% da população ferve a água, sendo os restantes modos de tratamento apropriado da água insignificantes. Apenas uma em cada cinco pessoas entre os 20% da população mais pobre tem acesso a fontes apropriadas de água para beber, enquanto entre a população mais rica o acesso a fontes apropriadas atinge cerca de dois terços da população.

Apenas 53% dos agregados tem algum tipo de instalação sanitária em casa. Destes, o sanitário com ligação ao sistema de esgotos é o que maior percentagem apresenta (39%), seguido da fossa séptica (37%) e da latrina seca (24%). Existe uma proporção maior de famílias nas áreas urbanas (74,5%) com uma instalação sanitária em casa comparativamente aos agregados familiares nas áreas rurais. Entretanto, apenas 49% destas instalações estão ligadas ao sistema de esgotos na área urbana e escassos 8% na zona rural, revelando muito baixa cobertura da rede de esgotos.

Os níveis de educação e pobreza também influenciam o acesso e prática de saneamento adequado. Os dados revelam que os agregados cujos chefes tenham escolaridade secundária, ou mais alta, tendem a ter duas vezes mais probabilidades de possuir um sanitário apropriado nas suas habitações do que os agregados cujo chefe não sabe ler nem escrever. Por outro lado, 87% da população mais rica mais tem acesso a sanitários apropriados comparativamente a 33,5% entre os mais pobres.

Acesso a habitação

A nível nacional, 88% dos agregados vivem em habitações inadequadas, sendo a proporção menor nas áreas urbanas (79%) comparativamente às rurais, onde é praticamente universal a percentagem de agregados a viver em habitações inadequadas (99%). Estima-se que 42,5% dos agregados familiares vivam em situação de sobrelotação, revelando um eventual défice habitacional no país, que se agrava face ao rápido crescimento da população urbana. Calcula-se que mais de metade da população esteja concentrada nas zonas urbanas (54,8%), particularmente em volta das grandes cidades das províncias de Luanda, Benguela, Huíla, Huambo e Kuanza Sul. Em Angola, 36% da população tem acesso à rede eléctrica, sobretudo na área urbana, onde existe a maior proporção de agregados consumindo electricidade da rede (62,5%), enquanto na zona rural o candeeiro a petróleo ocupa esse mesmo lugar com 63,4%.

Situação geral da criança

Acesso a registo de nascimento

O Inquérito apurou que em Angola, e apesar da gratuitidade do registo, apenas uma em cada três crianças até aos cinco anos de idade tem registo de nascimento. A insuficiente disponibilidade de serviços, os custos elevados destes e a baixa percentagem de agregados que tem conhecimento dos procedimentos correctos para registo, apontados como as principais razões para as crianças não possuírem registo, revelam uma situação de muito baixo acesso aos serviços e pouco controlo dos novos nascimentos,

particularmente nos casos em que o parto é feito fora de uma unidade de saúde. A percentagem de crianças com registo é substancialmente mais alta nos casos em que a mãe tem o ensino secundário (45%) ou o agregado pertence aos 20% da população mais rica (43%).

Orfandade

A taxa geral de orfandade em Angola está estimada em cerca de 10%, correspondendo à percentagem de crianças que perdeu um ou ambos os pais biológicos. Contudo, este número, por si só, não reflecte a dimensão real da presença ou ausência dos pais durante a fase de crescimento das crianças. Cerca de 12% das crianças com menos de nove anos não vive com os pais biológicos apesar de estes estarem vivos e 13% vive só com as mães, estando os pais ainda vivos. Apenas 7% das crianças que vivem só com as mães são órfãos de pai.

O facto de uma criança ter perdido os seus pais, ou pelo menos um deles, afecta a sua frequência escolar. A taxa de frequência escolar decresce de 87% para 74% nos casos em que as crianças entre 10-14 anos de idade perderam ambos os pais biológicos - factor que aparenta ser mais preocupante nas áreas urbanas do que nas rurais, devido à quebra na rede de protecção familiar.

Trabalho infantil

Em Angola, 20% das crianças entre 5 e 14 anos de idade efectuaram, na semana anterior ao Inquérito IBEP, actividades consideradas como trabalho infantil. Esta realidade predomina nas áreas rurais, onde 32% das crianças entre 5 e 14 anos estão envolvidas em trabalho infantil, comparativamente com 11% nas cidades. As disparidades regionais na incidência do trabalho infantil são significativas. Luanda regista a menor percentagem de crianças a realizar trabalho infantil, com cerca de 9%, mas na província do Zaire registam-se percentagens bem mais alarmantes, pois mais de metade das crianças do grupo em referência estão envolvidas em trabalho infantil. É igualmente elevada e preocupante a percentagem registada na província do Cunene (45%).

A probabilidade de as crianças de famílias mais pobres terem que trabalhar num negócio familiar, e assim contribuir para o sustento da família, é três vezes maior do que em crianças de famílias mais ricas. Por outro lado, a remuneração pelo trabalho é maior entre as crianças mais pobres, podendo isso constituir um incentivo à manutenção da situação se as estratégias de combate à pobreza não forem eficazes.

Resumo dos Principais Indicadores

	Indicadores (dados expressos em percentagem)	Angola	Residência		Género		Escolaridade		Quintil de consumo	
			Urbana	Rural	Masc.	Fem.	Nenhuma	Secundária [+]	Primeiro	Quinto
	Educação e alfabetização									
1.	Crianças com 3-5 anos de idade, segundo a frequência do ensino pré-escolar	9,7	11,6	7,6	10,5	8,9	6,3	17,0	6,9	17,4
2.	População com 18 ou mais anos de idade, que já frequentou a escola	75,9	88,6	59,9	87,8	65,5	NA	NA	NA	NA
3.	Taxa de frequência líquida do ensino primário	76,3	84,9	66,8	77,2	75,4	62,4	79,8	62,8	90,3
4.	Taxa de frequência líquida do ensino secundário	18,9	29,7	4,6	20,6	17,4	5,7	41,7	2,9	45,9
5.	População com 15 ou mais anos de idade que sabe ler e escrever	65,6	81,8	44,8	80,9	51,9	NA	NA	40,6	86,8
	Malária									
6.	Agregados familiares que possuem pelo menos uma rede mosquiteira tratada com insecticida	17,6	20,8	14,1	18,7	14,1	6,8	26,5	8,3	27,2
7.	Crianças com 0-4 anos de idade que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira tratada com insecticida durante a noite anterior ao Inquérito	16,4	19,1	13,3	16,0	16,7	12,8	23,9	9,0	27,6
8.	Mulheres com 12-49 anos de idade, grávidas que dormiram debaixo de um mosquiteiro tratado durante a noite anterior ao Inquérito	18,4	20,2	16,2	NA	NA	17,6	19,7	13,0	15,0
9.	Crianças com 0-4 anos de idade que tiveram febre durante o último mês e tomaram antimaláricos apropriados nas 24 horas após os sintomas	36,6	39,6	33,5	32,3	40,6	31,9	42,6	29,3	45,2
10.	Mulheres com 12-49 anos de idade com parto nos últimos 12 meses e que receberam terapia preventiva intermitente (duas vezes) para a malária durante a gravidez	16,4	23,0	9,1	NA	NA	7,8	35,9	NA	NA
	Saúde Materna e Infanto-Juvenil									
11.	Mulheres com 12-49 anos de idade que seguem os métodos contraceptivos modernos (utilizados por elas ou parceiro)	12,8	19,4	3,1	NA	NA	1,8	32,7	1,4	28,1
12.	Mulheres com 12-49 anos de idade com filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses, que fizeram pelo menos uma consulta pré-natal durante a última gravidez	69,0	83,5	52,6	NA	NA	51,6	88,5	45,4	89,3

	Indicadores (dados expressos em percentagem)	Angola	Residência		Género		Escolaridade		Quintil de consumo	
			Urbana	Rural	Masc.	Fem.	Nenhuma	Secundária [+]	Primeiro	Quinto
13.	Mulheres com 12-49 anos de idade com filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses que fizeram 4 ou mais consultas pré-natais durante a última gravidez	47,1	60,9	31,7	NA	NA	29,1	72,3	26,7	72,9
14.	Mulheres com 12-49 anos de idade com filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses que foram atendidas por uma pessoa qualificada durante as consultas pré-natais	67,6	81,8	51,7	NA	NA	50,5	86,5	44,2	89,3
15.	Mulheres com 12-49 anos de idade com filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses que foram assistidas por uma pessoa qualificada durante o parto	49,4	73,1	23,5	NA	NA	24,8	90,0	23,5	76,4
16.	Mulheres com 12-49 anos de idade com filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses que tiveram partos em unidades de saúde	42,3	67,6	14,5	NA	NA	17,1	86,1	13,7	72,6
17.	Crianças com 6-59 meses de idade que tomaram pelo menos uma dose de suplemento de vitamina A nos últimos 6 meses	16,7	14,5	19,3	16,9	16,5	17,6	16,5	20,0	17,2
18.	Mulheres com 12-49 anos de idade com filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses que iniciaram aleitamento materno no mesmo dia	47,1	42,9	51,9	NA	NA	53,6	44,3	51,3	39,7
19.	Mulheres com 12-49 anos de idade com filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses que tomaram duas doses de vacinação antitetânica	68,0	70,8	62,5	NA	NA	54,0	75,8	NA	NA
20.	Crianças com 12-23 meses de idade imunizadas contra doenças infantis antes do primeiro ano de vida	29,1	43,3	12,4	29,3	28,9	13,0	51,0	13,2	54,5
21.	Taxa de mortalidade infantil	115,7	94,8	138,0	125,2	106,2	131,8	72,9	122,0	103,0
22.	Taxa de mortalidade infanto-juvenil	194,5	154,3	233,2	204,4	183,0	222,0	114,6	208,0	170,0
	VIH/SIDA									
23.	População com 15-24 anos de idade que conhece as 2 formas de evitar a transmissão sexual e 3 concepções erradas	28,5	39,0	12,1	32,1	25,3	5,6	49,9	10,4	41,8
24.	População com 15-49 anos de idade que fez o teste do VIH e SIDA nos últimos 12 meses e recebeu o resultado	9,4	13,7	3,2	6,4	12,0	2,1	16,3	NA	NA
25.	Mulheres com 12-49 anos de idade com filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses que receberam aconselhamento e teste do VIH e SIDA durante as consultas de pré-natal	37,2	53,5	18,7	NA	NA	17,7	69,4	15,0	61,0
26.	População com 15-49 anos de idade que teve sexo com mais de 1 parceiro sexual e uso preservativo nos últimos 12 meses	42,5	54,3	21,4	42,4	43,9	13,0	56,6	24,2	59,5

	Indicadores (dados expressos em percentagem)	Angola	Residência		Género		Escolaridade		Quintil de consumo	
			Urbana	Rural	Masc.	Fem.	Nenhuma	Secundária [+]	Primeiro	Quinto
27.	Homens com 12 ou mais anos de idade circuncidados	79,5	88,9	67,8	NA	NA	48,8	95,3	NA	NA
	Registo de Nascimento, Orfandade e Trabalho Infantil									
28.	Crianças com 0-59 meses de idade, segundo o registo de nascimento	31,3	33,2	29,2	31,5	29,9	21,8	44,5	27,0	42,9
29.	Crianças com 0-17 anos de idade que perderam um ou ambos os pais biológicos	9,5	9,3	9,7	9,4	9,6	18,8	5,9	12,8	6,7
30.	Crianças com 5-14 anos de idade que estão envolvidas em trabalho infantil	20,4	10,6	31,8	20,1	20,7	26,2	9,3	25,9	11,1
	Habitação, água e saneamento									
31.	População, que usa fontes apropriadas de água para beber	42,0	57,9	22,8	NA	NA	25,6	55,5	26,3	63,2
32.	População que trata a água para beber apropriadamente	26,9	55,3	8,1	NA	NA	6,3	54,6	NA	NA
33.	População com saneamento apropriado	59,6	82,5	31,9	NA	NA	33,1	83,4	33,5	86,6
34.	População com fonte apropriada da água para beber e instalações sanitárias apropriadas	31,7	49,3	10,5	NA	NA	12,8	49,5	13,4	58,1
35.	População com 3 ou mais anos de idade que lava as mãos nos 2 momentos mais críticos	32,1	39,6	22,9	33,9	30,4	23,5	39,5	NA	NA
	Pobreza ***									
36.	Incidência da Pobreza	36,6	18,7	58,3	37,7	35,6	61,7	13,6	NA	NA

* Escolaridade: Nível de educação atingido pelo chefe do agregado familiar, o indivíduo ou a mãe deste

** Quintil de consumo: grupo da população dividida em cinco partes iguais com base no seu consumo mensal, em que cada grupo representa 20% da população. Assim, o primeiro quintil representa 20% da população com o menor consumo e o quinto quintil representa 20% da população com o maior consumo.

*** A linha da pobreza por mês é 4.793 kwanzas

Índice

Prefácio i
Agradecimentos ii
Sumário Executivo iii
Resumo dos Principais Indicadores xvii
Lista de Figuras xxiii
Lista de Tabelas xxv
Glossário xxvii
Lista de Acrónimos xxx

Capítulo 1 Introdução 1

1.1. Metodologia 1
1.2. Limitações do Inquérito 3
1.3. Organização do Relatório 3

Parte I: Indicadores Sócio-demográficos

Capítulo 2 Características sócio-demográficas 4

2.1. Tamanho e Composição da População 4
2.1.1. Tamanho e distribuição da população 4
2.1.2. Distribuição por idade e género 5
2.1.3. Índice de masculinidade 6
2.1.4. Índice de dependência 6
2.2. Estado Civil da População 7
2.3. Características dos Agregados Familiares 8
2.3.1. Tamanho do agregado familiar 8
2.3.2. Estrutura do agregado familiar 8
2.4. Orfandade e Situação de Residência das Crianças 9
2.5. Prevalência de Deficiência 10
2.6. Afiliação Religiosa 12
2.7. Língua 12

Capítulo 3 Estimativas demográficas 14

3.1. Mortalidade Infantil e de Menores de cinco anos 14
3.2. Fecundidade 15
3.2.1. Taxa de fecundidade actual 15
3.2.2. Idade no nascimento do primeiro filho 16
3.2.3. Conhecimento e uso de contracepção 17
3.3. Mortalidade Materna e Esperança de Vida à Nascença 18
3.4. Migração Interna 19
3.4.1. Taxa de migração interna e total 19
3.4.2. Tendências de migração 20

Parte II: Habitação e Educação

Capítulo 4	Características da habitação e posse de bens	23
	4.1. Habitação Adequada	23
	4.1.1. Tipo de habitação	23
	4.1.2. Tempo de construção da habitação	24
	4.1.3. Adequação da construção	25
	4.1.4. Lotação	25
	4.1.5. Tempo de residência	26
	4.1.6. Regime de ocupação	26
	4.1.7. Acessibilidade económica	28
	4.2. Acesso e Tratamento da Água	29
	4.2.1 Acesso a água	29
	4.2.2. Tratamento e uso da água para beber	31
	4.3. Condições de Saneamento	32
	4.4. Fontes de Energia	35
	4.5. Condições de Vida Urbana Inapropriadas	37
	4.6. Posse de Bens	38
Capítulo 5	Educação	40
	5.1. Sistema Educativo	40
	5.2. Acesso à Educação	40
	5.2.1. Acesso ao ensino pré-escolar	41
	5.2.2. População que nunca frequentou a escola	42
	5.2.3. Acesso ao ensino primário e secundário	43
	5.2.4. Atraso escolar	47
	5.2.5. Tipo de escolas	47
	5.3. Resultados do Sistema Educativo	48
	5.3.1. Nível de analfabetismo	48
	5.3.2. Nível de ensino alcançado	49

Parte III: Indicadores de Saúde

Capítulo 6	Características gerais de saúde	51
	6.1. Morbilidade	51
	6.1.1. Indicadores aproximados de morbilidade	51
	6.1.2. Condições básicas de higiene e saúde	53
	6.2. Malária	53
	6.2.1. Prevenção da malária	54
	6.2.2. Tratamento da malária	56
	6.3. Conhecimento e Práticas sobre VIH/SIDA	60
	6.3.1. População que já ouviu falar sobre VIH/SIDA	60
	6.3.2. Relações sexuais e uso de preservativo	64
	6.3.3. Fontes de informação sobre VIH/SIDA	66
	6.3.4. Aconselhamento e testagem voluntária de VIH/SIDA	68
	6.4. Circuncisão Masculina	71
Capítulo 7	Saúde materno-infantil	72
	7.1. Cuidados Maternos	72
	7.1.1. Frequência de consulta pré-natal	72

7.1.2. Componentes da consulta pré-natal 75
7.1.3. Imunização antitetânica 76
7.2. Assistência ao Parto 77
7.3. Imunização Infantil 80
7.4. Amamentação 82

Capítulo 8 Trabalho infantil 84
8.1. Contexto legal 84
8.2. Incidência do trabalho infantil em Angola 85
8.3. Diferenças no trabalho infantil 86
8.4. Tipos de trabalho infantil 87
8.5. Impacto do trabalho infantil na escolaridade das crianças 89
8.6. Determinantes do trabalho infantil em Angola 91

Parte IV: Indicadores Socioeconómicos e Governação

Capítulo 9 Receitas e despesas 93
9.1. Receitas 93
9.1.1. Receitas médias mensais 93
9.1.2. Fontes de rendimento 94
9.1.3. Composição do rendimento da população 96
9.1.4. Desigualdade na distribuição das receitas 97
9.2. Despesas 98
9.2.1. Consumo médio mensal 98
9.2.2. Composição do cabaz de consumo 99
9.2.3. Consumo de alimentos 100
9.2.4. Desigualdade na distribuição do consumo 102

Capítulo 10 Pobreza 103
10.1. Índices de Pobreza 103
10.2. Determinantes da Pobreza 105

Capítulo 11 Cidadania e acção governativa 108
11.1. Registo de Identidade após a Nascença 108
11.2. Conhecimento sobre os Procedimentos de Identificação 109
11.3. Acesso a Serviços e Percepções sobre a sua Qualidade 111
11.3.1. Acesso e qualidade dos serviços essenciais 111
11.3.2. Percepções sobre a acção do governo local 116
11.3.3. Percepções sobre a influência dos cidadãos sobre as acções da governação 117

Referências Bibliográficas 120
Anexo 1. Procedimentos de Estimação para o IBEP 2008/09 124
Anexo 2. População por grupos de idade, segundo a área de residência, género e índice de masculinidade 130
Anexo 3. Cálculo da taxa de mortalidade materna (IBEP 2008-09) 131
Anexo 4. Estimativa da esperança de vida
Anexo 5. Metodologia para análise da pobreza (IBEP 2008-09) 132
Anexo 6. Erros padrão e intervalos de confiança. 145
Anexo 7. Lista de participantes na implementação do IBEP 149

Lista de Figuras

Capítulo 2. Características sócio-demográficas

Figura 2.1. Padrão de concentração da população e diferença de crescimento entre 1991 e 2009
Figura 2.2. Distribuição por idade e género
Figura 2.3. Distribuição percentual da população segundo o estado civil
Figura 2.4. Tamanho médio do agregado familiar segundo o género do chefe de família
Figura 2.5. Percentagem da população deficiente por género e idade
Figura. 2.6. Distribuição das principais religiões entre a população
Figura. 2.7. Distribuição da população segundo a língua materna

Capítulo 3. Estimativas demográficas

Figura 3.1. Tendência da taxa de mortalidade em menores de 5 anos (MM5)
Figura 3.2. Comportamento da taxa específica de fecundidade nas zonas rurais e urbanas
Figura 3.3. Número médio de filhos segundo a idade e a área de residência
Figura 3.4. Planeamento da última gravidez
Figura 3.5. Taxa de migração por província
Figura 3.6. Tendência geral de migração
Figura 3.7. Principais causas de migração
Figura 3.8. Causas de migração segundo o quintil de pobreza

Capítulo 4. Características da habitação e posse de bens

Figura 4.1. Distribuição dos agregados segundo tempo de construção da habitação
Figura 4.2. Evolução da proporção de auto-construção e ocupação ilegal
Figura 4.3. Percentagem de agregados familiares com habitações inapropriadas por quintil de consumo
Figura 4.4. Percentagem de agregados familiares segundo o tempo de residência
Figura 4.5. Evolução dos regimes de ocupação por tempo de residência
Figura 4.6. Distribuição percentual dos agregados familiares segundo o regime de ocupação
Figura 4.7. Proporção da população com acesso a fontes de água adequadas
Figura 4.8. Percentagem da população com acesso a fontes de água adequadas (por província)
Figura 4.9. Diferença percentual de homens e mulheres que transportam água para o agregado familiar
Figura 4.10. Proporção de pessoas com instalação sanitária adequada na habitação
Figura 4.11. Percentagem de agregados familiares que praticam defecação ao ar livre (por província)
Figura 4.12. Locais de eliminação de dejectos das crianças dos 0 aos 2 anos de idade
Figura 4.13. Distribuição segundo as fontes de energia para cozinhar
Figura 4.14. Distribuição geográfica das principais fontes de energia para cozinhar
Figura 4.15. Frequência semanal de recolha ou compra de lenha
Figura 4.16. Proporção de agregados familiares a viver em condições inadequadas

Capítulo 5. Educação

Figura 5.1. Principais razões para a não frequência do ensino pré-escolar por área de residência
Figura 5.2. Proporção de população com seis ou mais anos de idade que nunca frequentou a escola por província
Figura 5.3. Principais razões para nunca ter frequentado a escola entre 6 e19 anos de idade
Figura 5.4. Proporção de pessoas a frequentar os vários níveis de ensino por tipo de escola
Figura 5.5. População com 18 anos ou mais por nível de ensino concluído e área de residência
Figura 5.6. Proporção da população de 18 anos ou mais por nível de ensino concluído e província

Capítulo 6. Características gerais de saúde

Figura 6.1. Prevalência da morbilidade por grupo etário
Figura 6.2. Unidades de saúde mais visitadas
Figura 6.3. Motivos de insatisfação com o atendimento em consultas
Figura 6.4. Distribuição percentual das despesas em saúde
Figura 6.5. Uso de redes mosquiteiras por crianças dos 0 aos 4 anos
Figura 6.6. Administração de antimaláricos a crianças dos 0 aos 4 anos 24 horas após os sintomas

Figura 6.7. Mulheres dos 12 aos 49 anos que receberam terapia intermitente preventiva durante a gravidez
Figura 6.8. Tipos de relacionamentos sexuais entre a população dos 15-49 anos de idade
Figura 6.9. Razões para não ter usado preservativo na última relação sexual (por género)
Figura 6.10. População com mais de 12 anos que conhece locais de testagem e já fez o teste

Capítulo 7. Saúde materno-infantil

Figura 7.1. Percentagem de mulheres consultadas por pessoal de saúde qualificado durante o período pré-natal
Figura 7.2. Percentagem de mulheres que frequentaram consulta pré-natal (CPN) por quintil de consumo
Figura 7.3. Distribuição dos locais de parto
Figura 7.4. Relação entre a idade das mulheres e o local do último parto
Figura 7.5. Local de parto por quintil de consumo
Figura 7.6. Tendências da cobertura vacinal

Capítulo 8. Trabalho infantil

Figura 8.1. Distribuição geográfica da incidência de trabalho infantil
Figura 8.2. Proporção de crianças dos 5 aos 14 anos segundo o tipo de trabalho efectuado
Figura 8.3. Proporção de crianças dos 5 aos 14 anos envolvidas em trabalho infantil por quintil de consumo
Figura 8.4. Atraso escolar entre crianças dos 5 aos 11 anos
Figura 8.5. Atraso escolar entre crianças dos 12 aos 14 anos
Figura 8.6. Principais razões para nunca ter frequentado a escola

Capítulo 9. Receitas e despesas

Figura 9.1. Distribuição do rendimento médio mensal segundo a fonte e situação laboral do chefe de família
Figura 9.2. Distribuição percentual das fontes de rendimento segundo o quintil de rendimentos

Capítulo 10. Pobreza

Figura 10.1. Índice de pobreza por área de residência
Figura 10.2. Incidência da pobreza por região
Figura 10.3. Índice de pobreza segundo o tamanho do agregado familiar

Capítulo 11. Cidadania e acção governativa

Figura 11.1. Proporção de crianças com registo de nascimento por faixa etária
Figura 11.2. Percepções sobre a qualidade das estradas entre a residência e a sede comunal
Figura 11.3. Percepções sobre a distância entre o local de residência e o mercado mais próximo desde Abril de 2002
Figura 11.4. Percepções sobre a qualidade do ensino primário por área de residência
Figura 11.5. Percepções sobre a influência sobre as acções do governo local
Figura 11.6. Percepções sobre a influência sobre as acções do governo central
Figura 11.7. Percepção sobre o cumprimento da obrigação de manutenção das estradas por província
Figura 11.8. Percepção sobre o cumprimento da obrigação de limpeza nas comunidades por província

Lista de Tabelas

Capítulo 1. Introdução

Tabela 1.1. Amostra final de conglomerados e agregados familiares por província

Capítulo 2. Características sócio-demográficas

Tabela 2.1. Estimativas do tamanho e distribuição da população em 1991 e 2009 ['000]
Tabela 2.2. Distribuição da população com mais de 12 anos segundo o estado civil
Tabela 2.3. Distribuição percentual da estrutura do agregado familiar
Tabela 2.4. Situação de residência das crianças e taxa de orfandade
Tabela 2.5. Distribuição percentual dos portadores de deficiência por nível de escolaridade

Capítulo 3. Estimativas demográficas

Tabela 3.1. Taxa de mortalidade infantil e de menores de cinco anos
Tabela 3.2. Taxa de fecundidade específica (TFE) e total (TFT)
Tabela 3.3. Idade no nascimento do primeiro filho
Tabela 3.4. Taxa de migração total e interna

Capítulo 4. Características da habitação e posse de bens

Tabela 4.1. Distribuição dos agregados por tipo de habitação
Tabela 4.2. Número médio de pessoas por divisão da habitação
Tabela 4.3. Distribuição percentual dos agregados familiares segundo o regime de ocupação
Tabela 4.4. Estimativas de renda média mensal em kwanzas
Tabela 4.5. Proporção de agregados segundo a distância e tempo gasto até à fonte mais próxima de abastecimento de água
Tabela 4.6. Distribuição da população segundo a forma de tratamento da água
Tabela 4.7. Proporção da população por tipo de instalação sanitária
Tabela 4.8. Proporção de agregados segundo o tipo de iluminação utilizado
Tabela 4.9. Percentagem de agregados segundo a posse de bens de utilidade doméstica
Tabela 4.10. Percentagem de agregados segundo a posse de meios de comunicação e de transporte

Capítulo 5. Educação

Tabela 5.1. Crianças entre 3 e 5 anos de idade, segundo a frequência do ensino pré-escolar
Tabela 5.2. População de mais de 6 anos de idade a frequentar a escola por género, área de residência e idade
Tabela 5.3. Percentagem de crianças de 6 anos de idade a frequentar o ensino primário
Tabela 5.4. Taxa líquida de frequência do ensino primário por província
Tabela 5.5. Taxa líquida de frequência do ensino secundário por província
Tabela 5.6. Percentagem da população dos 6 aos 17 anos de idade matriculada, a frequentar a escola e taxa de abandono
Tabela 5.7. Principais razões para o não-ingresso e abandono escolar na população entre 6 e 17 anos de idade
Tabela 5.8. Incidência do atraso escolar na população dos 12 aos 17 anos que frequenta o ensino primário
Tabela 5.9. Percentagem da população de 18 anos ou mais segundo os níveis de escolaridade alcançados

Capítulo 6. Características gerais de saúde

Tabela 6.1. Momentos em que a população maior de três anos de idade lava as mãos
Tabela 6.2. Posse de redes mosquiteiras
Tabela 6.3. Percentagem da população que dormiu debaixo de uma rede mosquiteira
Tabela 6.4. Grávidas dos 12 aos 49 anos que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira
Tabela 6.5. Prevalência e tratamento de crianças com febre
Tabela 6.6. Mulheres dos 12 aos 49 anos que receberam terapia intermitente preventiva (TIP) durante a última gravidez
Tabela 6.7. Distribuição geográfica da população com mais de 12 anos que já ouviu falar de VIH/SIDA
Tabela 6.8. Conhecimento sobre transmissão e percepções erradas sobre VIH/SIDA

Tabela 6.9. Conhecimento sobre transmissão de VIH/SIDA entre mulheres em idade fértil em consultas pré-natais
Tabela 6.10. População entre 15 e 49 anos segundo o número de parceiros e uso de preservativo
Tabela 6.11. Incidência das fontes de informação sobre VIH/SIDA
Tabela 6.12. Indicadores de testagem voluntária na população dos 15 aos 49 anos
Tabela 6.13. Mulheres entre 12 e 49 anos com filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses que receberam aconselhamento e fizeram teste do VIH/SIDA
Tabela 6.14. Circuncisão na população masculina com mais de 12 anos de idade

Capítulo 7. Saúde materno-infantil

Tabela 7.1. Percentagem de mulheres que receberam consulta pré-natal durante a última gravidez
Tabela 7.2. Percentagem de mulheres que fizeram CPN durante a última gravidez segundo o tempo de gestação e o número de consultas
Tabela 7.3. Incidência de exames efectuados durante as consultas pré-natais
Tabela 7.4. Incidência de vacinação contra o tétano neonatal durante a última gravidez
Tabela 7.5. Distribuição das mulheres entre 12 e 49 anos de idade com filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses, segundo o local do parto
Tabela 7.6. Pessoal que prestou assistência durante o parto
Tabela 7.7. Vacinação por fonte de informação
Tabela 7.8. Crianças entre 12 e 23 meses de idade vacinadas contra as doenças infantis
Tabela 7.9. Início da amamentação

Capítulo 8. Trabalho infantil

Tabela 8.1. Comparação da incidência de trabalho infantil entre 2001 e 2009
Tabela 8.2. Proporção de crianças entre 5 e 14 anos envolvidas em trabalho infantil por género, idade e nível de escolarização

Capítulo 9. Receitas e despesas

Tabela 9.1. Receitas médias mensais por pessoa em kwanzas
Tabela 9.2. Fontes de rendimento e composição das receitas segundo o tipo de agregados familiares
Tabela 9.3. Desigualdade na distribuição de receitas
Tabela 9.4. Consumo médio mensal por pessoa (em kwanzas)
Tabela 9.5. Consumo médio mensal por pessoa por grupo de consumo (em kwanzas) e distribuição percentual
Tabela 9.6. Consumo médio mensal em alimentos por pessoa por grupo de consumo (valores em kwanzas)
Tabela 9.7. Desigualdade na distribuição do consumo

Capítulo 10. Pobreza

Tabela 10.1. População segundo os índices de pobreza
Tabela 10.2. População por características sociais do chefe do agregado, segundo os índices de pobreza
Tabela 10.3. População por características laborais do chefe do agregado, segundo os índices de pobreza

Capítulo 11. Cidadania e acção governativa

Tabela 11.1. Razões mencionadas para as crianças dos 0 aos 5 anos não possuírem identificação
Tabela 11.2. Proporção de agregados com conhecimento sobre procedimentos correctos de registo de nascimento
Tabela 11.3. Percepção sobre a distância entre o local de residência e o centro de saúde mais próximo e a disponibilidade regular de medicamentos
Tabela 11.4. Percepção sobre a existência e distância entre o local de residência e a qualidade das instalações da escola primária pública mais próxima

Glossário

Agregado familiar

Entende-se por agregado familiar uma pessoa ou um grupo de pessoas ligadas ou não por laços de parentesco que vivem habitualmente na mesma casa e cujas despesas são partilhadas parcial ou totalmente. Em caso de poligamia, considera-se um agregado familiar cada uma das mulheres e seus filhos, se estas tiverem as suas despesas em separado.

Área rural

Toda a parte do território nacional não incluída na classificação urbana. As aldeias são identificadas como área rural.

Área urbana

A área constituída pelas cidades das capitais de província, sedes dos municípios e algumas vilas consideradas como cidades. Para além daquelas, serão também consideradas como áreas urbanas as aglomerações com 2000 ou mais habitantes que possuam infra-estruturas básicas (escolas, estradas, posto médico, etc.)

Cobertura de consultas de saúde pré-natal

Percentagem de mulheres entre 15 e 49 anos de idade com filhos nascidos vivos que frequentaram quatro ou mais consultas pré-natais.

Controlo de doenças

Todas as medidas direccionadas a prevenir ou reduzir a incidência, a prevalência e as consequências das doenças. Estas medidas incluem, por exemplo, imunização, tratamento e eliminação ou redução da influência dos factores do meio que predispõem à transmissão de doenças, mediante a luta contra os vectores das doenças.

Cuidados pré-natais

Tem-se definido o pré-natal como um programa de exame, avaliação, observação, tratamento e educação de grávidas para que a gestação, o parto e o nascimento se transformem num processo normal e livre de perigo para mães e crianças.

Desenvolvimento na primeira infância

Proporção de crianças entre 36 e 60 meses de idade que frequentam, de alguma forma, o programa de educação pré-escolar.

Esperança de vida

Número médio de anos que, à nascença, uma pessoa pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idade observadas no momento.

Índice de dependência total

Relação entre a população jovem e idosa e a população em idade activa, definida como a soma do índice de dependência de jovens e do índice de dependência de idosos.

Índice de Gini

O Índice de Gini é um índice de desigualdade. Pode indicar valores entre 0 e 1, sendo que o valor de 0 significa que a distribuição de receitas (ou de consumo) é perfeitamente equitativa, isto é, que todas as pessoas têm as mesmas receitas (ou consumo), enquanto o valor de 1 significa que todas as receitas (ou consumo) se concentram numa só pessoa. Infelizmente, não existe uma interpretação intuitiva e simples para valores intermédios.

Linha de pobreza

Consiste no nível de rendimento abaixo do qual as pessoas são definidas como pobres. A definição baseia-se no nível de consumo das pessoas e no que é necessário para satisfazer as necessidades básicas de vida - alimentos, roupa, abrigo - e para satisfazer as mais importantes necessidades socioculturais. A linha de pobreza oficial é determinada por cada governo nacional.

Migração interna

Consideram-se como migração todos os movimentos de pessoas de uma zona administrativa para outra (província) dentro do país, com mudança de residência. Constitui "emigração interna" o movimento de saída de pessoas de uma determinada zona administrativa, sendo a "imigração interna" o movimento de entrada numa determinada zona administrativa. O saldo migratório representa a diferença entre o número de entradas e de saídas. O IBEP considerou quatro questões

para avaliar o fenómeno migratório: lugar de residência actual, lugar de nascimento, lugar de residência antes de 1975 e lugar de residência depois de 2002. As questões sobre o lugar de residência actual e de nascimento permitem estimar a chamada migração de toda a vida.

Pobreza

O conceito de pobreza refere-se a uma situação de privação evidente numa ou mais dimensões de bem-estar de um indivíduo, tal como acesso limitado a serviços de saúde, baixo capital humano, habitação inadequada, malnutrição, falta de determinados bens e serviços, falta de capacidade de expressão de pontos de vista políticos ou crenças religiosas, etc. A pobreza define-se, normalmente, como a insuficiência de recursos para assegurar as condições básicas de subsistência e de bem-estar, segundo as normas da sociedade.

Pobreza - Índice de incidência

Mede a proporção da população definida como pobre, isto é, as pessoas cujo consumo (ou outro indicador alternativo utilizado para medir o padrão de vida) se encontra abaixo da linha de pobreza definida. Quanto maior for o índice, maior a proporção de indivíduos que são pobres.

Pobreza - Índice de profundidade

O índice de pobreza diferencial, ou de profundidade da pobreza, mede a distância média do nível de consumo do indivíduo à linha de pobreza e expressa esta distância em proporção do valor da linha de pobreza. Através desta segunda medida é possível observar mudanças de rendimento dos pobres (aproximação ou afastamento da linha da pobreza), mesmo quando o índice de incidência da pobreza permanece inalterado.

Pobreza - Índice de severidade

O índice de severidade mede a desigualdade da pobreza e é definido como a média do quadrado dos défices proporcionais da pobreza. Este índice é sensível à distância da linha de pobreza, dando um peso maior aos indivíduos mais pobres. Quanto mais indivíduos estiverem distantes da linha de pobreza, maior será o índice de severidade da pobreza.

Quintil de consumo

Corresponde à divisão da população em cinco partes iguais com base no consumo mensal dos indivíduos, em que cada grupo representa 20% da população. Assim, o primeiro quintil corresponde aos 20% da população com o menor consumo e o quinto quintil representa os 20% da população com o maior consumo. Neste relatório são igualmente referidos como os 20% da população mais rica e os 20% da mais pobre.

Taxa de fecundidade

Número médio de crianças vivas nascidas de mulher em idade fértil (15-49 anos de idade), considerando que as mulheres estariam submetidas às taxas de fecundidade observadas no momento. Valor resultante da soma das taxas de fecundidade por idades (idade ano a ano ou grupos quinquenais) observadas num determinado período.

Taxa de mortalidade infantil

Número de óbitos de crianças com menos de 1 ano de idade ocorridos durante os últimos 12 meses anteriores ao Inquérito (habitualmente expressa por 1000 nados vivos).

Trabalho infantil

Considera-se “trabalho infantil” os seguintes casos: crianças entre 5 e 11 anos de idade expostas no mínimo a uma hora de actividade económica ou 28 horas ou mais de tarefas domésticas por semana; e crianças entre 12 e 14 anos de idade expostas a 14 ou mais horas de actividade económica ou 42 horas ou mais de tarefas domésticas por semana.

Lista de Acrónimos

PAV	Programa Alargado de Vacinação
MINSA	Ministério da Saúde
CPN	Cuidados Pré-Natais
MICS	Inquérito de Indicadores Múltiplos (*Multiple Indicator Cluster Survey*)
IBEP	Inquérito sobre o Bem-estar da População
VAT	Vacina antitetânica
UPAs	Unidades primárias de amostragem
SAS	Selecção aleatória simples
USA	Unidades secundárias de amostragem
IDR	Inquérito de Despesas e Receitas
INE	Instituto Nacional da Estatística
INLS	Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA
OPM	*Oxford Policy Management*
IPC	Índice de Preços no Consumidor
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
TIP	Tratamento intermitente preventivo
TMI	Taxa de mortalidade infantil
TFT	Taxa de fecundidade total
TFE	Taxa de fecundidade específica
PNLCM	Programa nacional de luta contra a malária
REMTI	Redes mosquiteiras tratadas com insecticida
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAV	Programa Alargado de Vacinação
MM5	Taxa de mortalidade infanto-juvenil (U5MR – *Under-5 Mortality Rate*)
WL	*World Learning*
CFI	Child Fund International
ECP	Estratégia de Combate a Pobreza

1 Introdução

Passados oito anos desde o término do conflito armado, Angola vê-se ainda confrontada com inúmeros desafios e, de entre eles, merecem particular relevo a produção e disponibilização, em tempo útil, de dados de base suficientemente representativos para sustentar os processos de elaboração, implementação e controlo de políticas que visam o bem-estar da população angolana. É neste contexto que se enquadram os resultados do Inquérito Integrado sobre o Bem-Estar da População (IBEP), o primeiro com cobertura nacional, abrangendo as 18 províncias do país, tanto em zonas urbanas como rurais. Realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), entre Maio de 2008 e Julho de 2009, o IBEP resultou da fusão do segundo Inquérito sobre Despesas e Receitas (IDR II) e do terceiro Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS III - *Multiple Indicator Cluster Survey*), contando com o apoio financeiro e técnico da UNICEF e do Banco Mundial.

O IBEP visava a obtenção de dados para a realização de um conjunto de objectivos, dos quais se destacam: i) fornecer dados de base para avaliação do progresso do país em direcção ao cumprimento dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODMs) e do Plano de Acção para um Mundo Apropriado para a Infância; ii) actualização do cabaz e base de ponderação do Índice de Preços no Consumidor (IPC); iii) cálculo do consumo das famílias para as Contas Nacionais; e iv) elaboração do perfil da pobreza no país.

1.1. Metodologia

Questionários

Os dados do IBEP foram recolhidos mediante a administração dos seguintes modelos de questionários:

Questionário modelo A: Estruturado de forma a agrupar em secções as questões que o integram, o questionário modelo A foi o instrumento principal de recolha de dados. Existem, no total, 23 secções no modelo A, das quais 15 são aplicáveis ao nível do indivíduo e 8 ao nível do agregado familiar.

Questionário modelo B: Dedicado à recolha de dados sobre despesas e consumo realizados pelo agregado familiar numa periodicidade diária, o modelo B estrutura as questões em dias, existindo um total de sete dias para completar uma semana de observação das despesas do agregado familiar.

Questionário modelo C: Dedicado à recolha de dados sobre despesas e consumo efectuados fora de casa pelos membros do agregado familiar, o modelo C foi estruturado para captar despesas realizadas durante o período de uma semana.

Questionário modelo D: Dedicado à recolha de dados sobre preços e o peso médio das unidades de medidas informais mais utilizadas nas áreas cobertas pelo Inquérito, dirigiu-se à comunidade através dos mercados mais utilizados.

Amostragem

O desenho do plano de amostragem foi desenvolvido tendo em consideração os seguintes factores:

i) Estimativas de alguns dos indicadores principais determinadas a partir da base de dados dos Inquéritos IDR I e MICS II;

ii) Necessidade de disponibilizar estimativas a nível provincial;

iii) Necessidade de estabelecer um equilíbrio entre os erros amostrais, que reduzem a medida que o tamanho da amostra aumenta, e os erros não amostrais, que normalmente aumentam a medida que o tamanho da amostra aumenta.

Aliando estes factores com informações sobre o "efeito do desenho"[1] obtidas a partir de dados do IDR I e MICS II, o tamanho total para a amostra foi fixado em cerca de 12.200 agregados familiares. Em cada província, a amostra foi repartida proporcionalmente em fragmentos urbanos e rurais de acordo com a distribuição da população em áreas urbanas e rurais nestas províncias. A distribuição final da amostra entre áreas urbanas e rurais ficou estabelecida em

[1] O Efeito do Desenho (tradução do termo Inglês *Design Effect*) representa o impacto do nível de concentração da amostra de agregados familiares nas unidades primárias da amostragem.

6.280 e 5.920 agregados familiares, respectivamente. A Tabela 1.1 apresenta a amostra final de conglomerados e agregados familiares, que sofreu uma ligeira redução com respeito ao tamanho previamente determinado, devido a problemas de natureza logística, à falta de acesso a algumas áreas ou à inexistência em algumas aldeias. Convém, também, referir que cerca de 6% da amostra final não fazia parte da amostra original, correspondendo, de facto, a novos conglomerados e/ou agregados familiares de substituição.

O plano de amostragem especificou os seguintes procedimentos:

- Uma selecção em duas fases nas áreas urbanas com seccionamento, em que a Unidade Primária de Amostragem (UPA) era a secção censitária, cuja selecção foi realizada com probabilidade proporcional ao tamanho (PPT);
- Uma selecção em três fases nas áreas urbanas sem seccionamento, sendo a UPA o bairro, cuja selecção foi realizada com PPT. Após uma rápida actualização cartográfica para seccionamento dos bairros seleccionados na primeira fase, uma amostra de secções (segmentos), as Unidades Secundárias de Amostragem (USA), foi seleccionada na segunda fase com PPT;
- Uma selecção em três fases nas áreas rurais, onde a UPA era a comuna, cuja selecção foi realizada com PPT, seguida da selecção de quatro aldeias com PPT em cada comuna seleccionada[2].

Para a finalização da distribuição da amostra por províncias, bem como para a selecção das UPAs, foi necessário proceder-se à actualização da base cartográfica do INE. A inexistência de realização de um censo geral no país durante mais de 30 anos levantou diversas dificuldades neste processo.

Operação de campo

Foi criado um total de 19 equipas de campo - uma para cada província e duas para Luanda - formadas para a recolha de dados no terreno. Cada equipa de campo era constituída por quatro inquiridores, um revisor-digitador, um cartógrafo (em regime não permanente), um supervisor de campo e um motorista. Para a identificação dos limites das aldeias, as equipas de campo contaram com o apoio de guias locais.

Tabela 1.1

Amostra final de conglomerados e agregados familiares por província

Província	Conglomerados			Agregados familiares		
	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total
Angola	**578**	**767**	**1,345**	**5,707**	**6,145**	**11,852**
Província						
Cabinda	33	39	72	322	311	633
Zaire	22	49	71	215	392	607
Uíge	20	50	70	200	398	598
Luanda	120	24	144	1,198	194	1,392
Kuanza	36	36	72	360	290	650
Kuanza Sul	27	44	71	270	354	624
Malange	34	37	71	335	296	631
Lunda Norte	24	48	72	240	384	624
Benguela	39	32	71	382	256	638
Huambo	24	48	72	238	388	626
Bié	22	49	71	208	392	600
Moxico	27	44	71	266	352	618
K. Kubango	20	48	68	194	384	578
Namibe	30	42	72	298	338	636
Huíla	26	40	66	258	322	580
Cunene	23	48	71	228	386	614
Lunda Sul	28	41	69	267	326	593
Bengo	23	48	71	228	382	610

Uma equipa de supervisores regionais, composta por seis técnicos superiores do INE, circulava entre o campo e o gabinete de coordenação central, em Luanda, prestando apoio técnico regular às equipas de campo e assegurando o cumprimento de todos os pressupostos metodológicos concebidos para o IBEP.

A operação de campo foi estruturada em 24 períodos de trabalho, de 12 dias cada, e 2 dias de descanso. Os primeiros dois dias do trabalho de campo foram reservados para o levantamento dos agregados familiares, com base num mapa censitário ou num esboço feito pela própria equipa para os segmentos localizados em áreas rurais. Em cada período de trabalho, cada inquiridor entrevistava 8 agregados familiares (em áreas rurais) ou 10 (em áreas urbanas). Os 8 ou 10 agregados familiares eram repartidos em dois grupos de 4 (ou 5) agregados, que eram depois entrevistados em dias alternados durante 4 visitas.

O trabalho de campo do IBEP começou no dia 23 de Maio, com oito províncias, e a 10 de Junho de 2008 já estavam cobertas as 18 províncias. Desde a sua inauguração, as equipas de inquiridores trabalharam na recolha de dados até ao final de Agosto, altura em o trabalho de campo teve de ser interrompido devido às eleições parlamentares de 5 de Setembro. Este período de paralisação do trabalho de campo foi

[2] Posteriormente, após estarem disponíveis os dados resultantes da actualização da base cartográfica de aldeias do INE, foi adoptada uma selecção em duas fases, constituindo a aldeia a UPA nas áreas rurais.

utilizado para reforçar a formação dos Supervisores Regionais e Coordenadores Provinciais, reorientando-a para a melhoria das operações de campo. A actividade de recolha de dados foi retomada a 24 de Setembro e continuou até o final do ano.

Processamento e apuramento dos dados

O processamento de dados foi desenvolvido em três fases. Na primeira, a digitação dos dados foi realizada com inserção dupla, a primeira no campo durante a fase de recolha de dados[3], e a segunda em Luanda, no gabinete central, com o objectivo de minimizar a ocorrência de erros de digitação. Na segunda fase, foi desenvolvido um programa amplo de verificação automatizada da consistência dos dados e implementado um sistema de análise e correcção das inconsistências identificadas. Finalmente, na terceira fase, realizou-se o processo operacional de limpeza dos dados. Durante cerca de 10 semanas, entre Março e Maio de 2010, este processo foi implementado por uma equipa de 19 técnicos do INE, auxiliados pelas equipas de assistência técnica permanentes junto do INE.

1.2 Limitações do Inquérito

Este inquérito oferece uma base de referência bastante ampla sobre vários indicadores socioeconómicos. Contudo, por causa de diferenças na cobertura geográfica e na abordagem metodológica (sobretudo em relação aos dados sobre pobreza), é necessário ter alguma cautela na comparação dos dados do IBEP com dados de outros inquéritos anteriores.

Por outro lado, embora a base de amostragem desenvolvida para o IBEP tenha permitido garantir a cobertura e representatividade nacional dos dados, ainda existem algumas falhas e lacunas inerentes à não realização de um censo demográfico em Angola durante mais de 40 anos. Por isso, algumas destas estimativas deverão ser utilizadas com muita ponderação.

A qualidade dos dados das variáveis económicas (receitas e despesas) merece ser salientada neste relatório. Como em todos os inquéritos desta natureza, a recolha de dados sobre receitas e despesas é relativamente complexa. No caso das receitas, por exemplo, sobretudo nas áreas urbanas, os agregados tendem a ser menos favoráveis a dar detalhes sobre os seus rendimentos do que sobre as suas despesas e consumos. Na área rural, os agricultores de subsistência, por causa do valor não monetário das suas receitas, têm habitualmente mais dificuldade em fornecer cálculos precisos destas. Para garantir a qualidade destes dados, foi aplicado aos dados das receitas um conjunto de testes de consistência em diferentes fases da análise. Contudo, o número de agregados que forneceram dados completos sobre receitas, despesas e consumo foi relativamente inferior ao de agregados que forneceram dados sociais completos.

1.3. Organização do Relatório

Este relatório está dividido em 11 capítulos agrupados em quatro partes. A primeira parte dedica-se à discussão dos indicadores demográficos, a segunda aos indicadores sociais relacionados com a habitação e educação. A terceira parte dedica-se a discussão dos indicadores de saúde, enquanto a quarta parte aborda os indicadores socioeconómicos e de governação.

Indicadores demográficos

O Capítulo 2 analisa as características demográficas de Angola que incluem, não se limitando a estas, a sua dimensão e distribuição espacial, a distribuição por género e idade, o estado civil (incluindo a poligamia), o tamanho e estrutura dos agregados familiares, religiões predominantes, línguas faladas, deficiência, orfandade e situação de residência das crianças. O capítulo apresenta, também, uma análise comparativa das diferenças verificadas na distribuição espacial da população entre 1991 e 2009.

Três dos principais elementos que mais influenciam o tamanho e a estrutura da população são discutidos no Capítulo 3 (fecundidade, mortalidade e migração). Este capítulo apresenta estimativas das taxas de mortalidade infantil e infanto-juvenil e o seu comportamento nos últimos 20 anos. A análise da fecundidade incide essencialmente sobre as questões de parto de todas as mulheres em idade fértil e analisa indicadores como a idade no nascimento do primeiro filho e o nível de conhecimento e uso de contracepção. Na tentativa de perceber a dimensão do problema da gravidez precoce em Angola, a análise da fecundidade neste relatório incluiu também o grupo etário dos 12 aos14 anos, para além das idades habitualmente abrangidas, dos 15 aos 49 anos. Relativamente à migração interna, o Capítulo 3 analisa não só as taxas por província, mas também o

[3] Em grande parte dos casos, a primeira digitação foi realizada também no gabinete central, devido a problemas diversos verificados no campo.

fluxo migratório temporal e as tendências nos principais momentos da história do país.

Indicadores sociais

As características da habitação e a posse de bens são comentadas de forma abrangente no Capítulo 4. A análise foca sobretudo as condições físicas, ambientais e sociais de habitação da população, incluindo o acesso a serviços essenciais de abastecimento de água, saneamento, fontes de energia e a posse de bens e equipamentos essenciais ao seu bem-estar. O Capítulo 5 analisa as taxas líquidas de escolarização, a cobertura e os níveis de frequência escolar da população, centrando-se na educação pré-escolar e nos ensinos primário e secundário. A taxa de analfabetismo, assim como os factores que mais contribuem para o actual nível de desempenho escolar, são também discutidos neste capítulo.

Os Capítulos 6 e 7 dedicam-se à discussão dos principais indicadores de saúde. São apresentados no Capítulo 6 os indicadores gerais de morbilidade, higiene básica (como lavagem das mãos nos momentos mais críticos), prevenção e tratamento da malária, assim como os indicadores de conhecimentos e comportamentos sobre o VIH/SIDA. O relatório oferece no Capítulo 7 uma base ampla de informação sobre saúde materno-infantil, com foco particular sobre o atendimento pré-natal, assistência ao parto, local do parto, imunização e tratamento de doenças comuns na infância e práticas de amamentação e introdução de alimentação suplementar.

A análise dos indicadores sociais termina no Capítulo 8, que se debruça sobre os níveis de incidência e tendências do trabalho infantil em Angola, assim como as suas implicações na escolaridade e no desenvolvimento da criança. Sendo um tema de grande interesse social, mas que tem suscitado poucos trabalhos de investigação, o capítulo inclui uma breve discussão sobre as principais condicionantes do trabalho infantil em Angola apresentadas em estudos anteriores ao IBEP.

Características socioeconómicas

A terceira parte do relatório é dedicada aos indicadores socioeconómicos e de pobreza que são discutidos nos Capítulos 9 e 10. No Capítulo 9, discutem-se as medidas primárias do bem-estar da população, determinadas pelo nível de receitas e o consumo *per capita*, tendo este último como base as despesas e o auto-consumo de bens produzidos pelo agregado. O capítulo aborda a desigualdade na distribuição dos rendimentos a nível geográfico e de acordo com as características socioeconómicas dos chefes de família. A linha de pobreza é definida no Capítulo 10, onde também se discute o nível de incidência e o comportamento dos três índices de pobreza (incidência, profundidade e severidade).

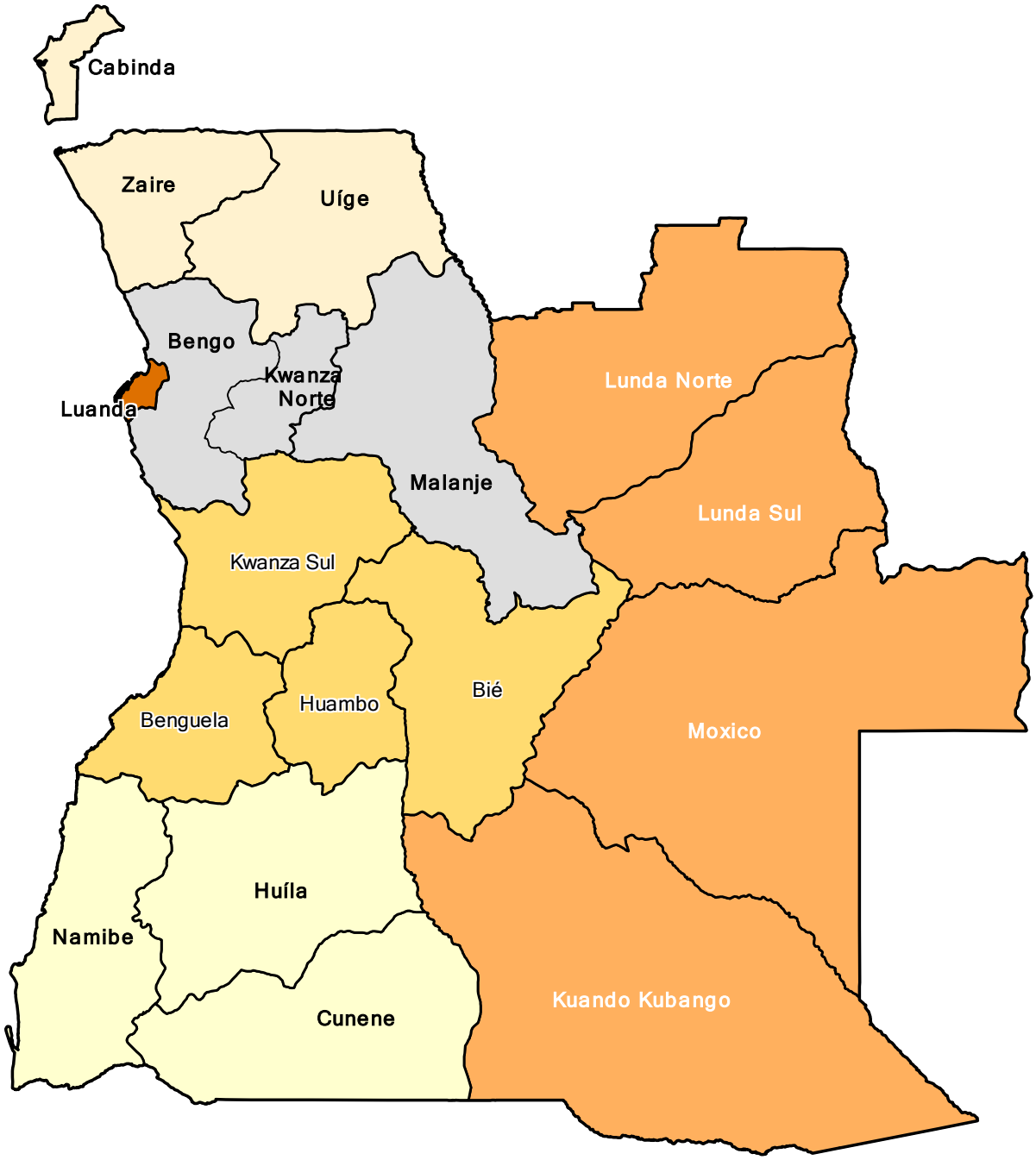
Cidadania e bem-estar

O Capítulo 11 é dedicado a questões de cidadania e à percepção da qualidade dos serviços e da acção governativa, tendo como princípio que o bem-estar social e económico é intrínseco ao exercício da cidadania. Neste sentido, o Capítulo reflecte sobre a questão do registo de nascimento e identidade das crianças, as percepções dos cidadãos relativas ao acesso a serviços básicos e públicos fundamentais relacionados com a sua mobilidade, o acesso a bens de consumo, a saúde e a educação. A parte final deste capítulo apresenta o resultado da análise das percepções sobre o cumprimento das obrigações dos governos locais e a influência percepcionada que os cidadãos consideram ter sobre as acções dos governos local e central.

Nível de separação dos dados no relatório

Os dados neste relatório são apresentados por área de residência (rural e urbana), género do indivíduo ou do chefe do agregado familiar, grupo etário, escolaridade do indivíduo, mãe ou chefe do agregado familiar, e quintil de consumo (também referido como quintil de pobreza). O cálculo dos quintis obedeceu ao seguinte critério: Primeiramente, a população foi ordenada segundo o consumo por pessoa, sendo depois dividida em cinco grupos iguais. Cada grupo representa um quintil, logo cada quintil representa 20% da população. O primeiro quintil (1.º Qtl) representa os 20% da população com nível de consumo mais baixo, enquanto o quinto quintil (5.º Qtl) representa os 20% da população com um consumo mais elevado. O Índice de Gini também foi utilizado na análise da desigualdade geográfica e da situação socioeconómica dos agregados familiares.

Mapa de Angola



Parte I

Indicadores sócio-demográficos

2 Características sócio-demográficas

A população é o recurso mais importante de um país, na medida em que constitui a força motriz para o seu desenvolvimento social e económico. A análise das características sócio-demográficas apresentadas neste é fundamental para a compreensão da qualidade e das competências da população angolana. Tendo em consideração que o IBEP é o primeiro Inquérito de Indicadores Múltiplos no período pós-conflito verdadeiramente representativo das zonas urbanas e rurais nas 18 províncias, os dados sobre as características dos agregados familiares permitiram descrever a população angolana.

Para além disso, esta análise oferece diferentes indicadores socioeconómicos que possibilitam, por um lado, controlar e avaliar o impacto dos planos e programas do governo dirigidos a vários grupos populacionais e, por outro, definir futuras opções de intervenção face à tendência demográfica registada. Este capítulo visa analisar algumas destas características da população, que incluem tamanho e distribuição espacial, distribuição por género e idade, estado civil (incluindo a poligamia), tamanho e estrutura dos agregados familiares, religiões dominantes e línguas faladas, incidência de deficiência, orfandade e situação de residência das crianças.

2.1. Tamanho e Composição da População

2.1.1. Tamanho e distribuição da população

As estimativas populacionais de 2008/09, efectuadas com base nos dados do recenseamento, que constituíram a base de amostra do IBEP, apontam para uma população de 16.367.879 pessoas, das quais 7.878.968 são homens (48%) e 8.468.911 mulheres (52%). O aumento deve-se não só ao crescimento natural da população (estimado em cerca de 3,1% por ano), mas também ao constante regresso de angolanos refugiados em países vizinhos. A Tabela 2.1 apresenta as estimativas da população em 1990[1] e 2009, distribuída por zona e província, enquanto a Figura 2.1 apresenta o mapa do padrão de concentração da população e diferenças de crescimento da população por província no mesmo período.

Tabela 2.1.
Estimativas do tamanho e distribuição da população em 1991 e 2009 ['000]

Área	Estimativas de 1991*		Estimativas de 2009**	
	População Total	Distribuição [%]	População Total	Distribuição [%]
Angola	**10,310**	**100**	**16,368**	**100**
Residência				
Urbana	--	--	8,970	54.8
Rural	--	--	7,398	45.2
Província				
Cabinda	163	1.6	350	2.1
Zaire	192	1.9	306	1.9
Uíge	837	8.1	891	5.4
Luanda	**1,629**	**15.8**	**4,749**	**29.0**
Kuanza	378	3.7	291	1.8
Kuanza Sul	651	6.3	1,037	6.3
Malange	892	8.7	598	3.7
Lunda Norte	292	2.8	605	3.7
Benguela	644	6.2	1,597	9.8
Huambo	1,524	14.8	1,240	7.6
Bié	1,125	10.9	901	5.5
Moxico	316	3.1	444	2.7
K.Kubango	130	1.3	306	1.9
Namibe	115	1.1	289	1.8
Huíla	869	8.4	1,684	10.3
Cunene	232	2.3	508	3.1
Lunda Sul	155	1.5	300	1.8
Bengo	166	1.6	272	1.7

* Fonte: INE 1991

** Estimativas do IBEP 2009

Uma das implicações da elevada taxa de crescimento da população é que esta deve ser acompanhada do crescimento simultâneo da oferta de serviços sociais, particularmente com respeito a educação, saúde, água potável, saneamento adequado, oportunidades de emprego e desenvolvimento de infra-estruturas de apoio aos meios de vida locais.

Estima-se que mais de metade da população esteja concentrada nas zonas urbanas (54,8%), particularmente em torno das grandes cidades das províncias de Luanda, Benguela, Huíla, Huambo e Kuanza Sul. A população de cada uma destas províncias é de mais de um milhão de habitantes e,

[1] Projecções publicadas pelo INE em 1991.

juntas, estas províncias possuem actualmente 63% da população de todo país (rural e urbana). Há um desvio considerável no padrão de concentração da população relativamente ao ano de 1991, em que apenas três províncias, Luanda, Huambo e Bié, tinham população acima de um milhão de habitantes, correspondendo a cerca de 41,5% da população na altura.

As sucessivas movimentações da população após 1990 (ACP, 2002)[2] provocaram um crescimento lento mas progressivo da população nas áreas urbanas, fazendo com que as províncias do Huambo e Bié deixassem de ter a maior densidade populacional. Em 1995, a população urbana estima-se em 31% do total, tendo crescido para 34% em 2001 (ECP, 2003)[3], atingindo actualmente 54,8%, numa tendência de crescimento que se prevê que continue nos próximos anos. Comparativamente ao ano de 1991, quando se observava ainda o padrão histórico de concentração populacional, as províncias do Huambo e Bié registam actualmente um decréscimo da sua população residente de 19% e 20% respectivamente. Decréscimos da população residente foram também observados nas províncias de Malanje (-33%) e Kuanza Norte (-23%), provocando, consequentemente, um crescimento populacional abrupto nas províncias de Luanda, Benguela, Huíla e Kuanza Sul, conforme ilustra o mapa na Figura 2.1. Outras províncias onde se observam aumentos significativos da população residente nos últimos 20 anos incluem as províncias fronteiriças de Cabinda, Lunda Norte, Kuando Kubango e Cunene.

2.1.2. Distribuição por idade e género

A Figura 2.2 apresenta a actual distribuição por idade e género da população. O quadro serve dois propósitos: o primeiro é o de mostrar os efeitos do passado, as tendências demográficas sobre a população e fornecer indicações das tendências futuras, e o segundo é o de descrever o contexto de existência dos vários processos demográficos. A estrutura etária da população angolana é típica de um país com taxas de fecundidade e mortalidade altas, predominando, desta forma, os grupos etários mais jovens. Cerca de 48% da população está abaixo dos

Figura 2.1.
Padrão de concentração da população e diferença de crescimento entre 1991 e 2009

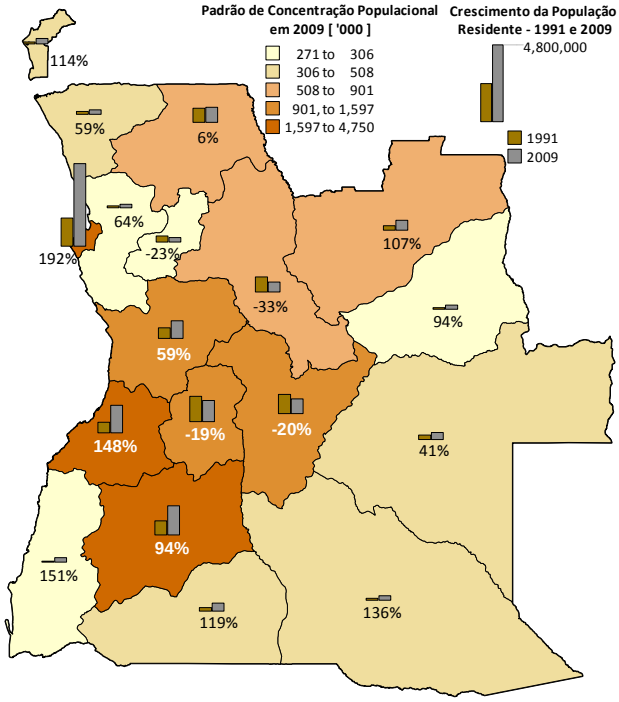
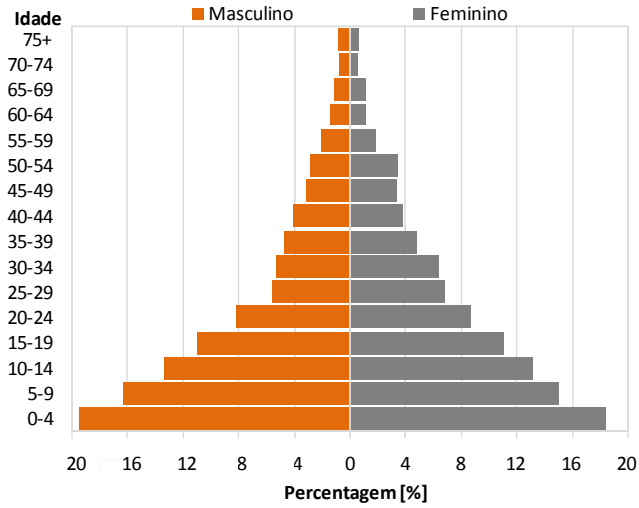


Figura 2.2
Distribuição por idade e género



15 anos de idade, 49,4% estão entre os 15 e os 64 anos e apenas 2,6% têm idade acima dos 64 anos. Na altura deste Inquérito, cerca de 8% das crianças tinham completado 12 meses de idade e 4% tinha menos de 12 meses. Esta estrutura é bastante semelhante à de 2001 (altura da realização do MICS II), o que reforça a noção de que o nível de fecundidade não se alterou substancialmente nos últimos nove anos.

A população infantil (abaixo dos cinco anos de idade) constitui 15% da população total. Apesar de haver pouca diferença na distribuição regional, as zonas rurais apresentam um número ligeiramente superior

[2] Avaliação Conjunta do País, Sistema das Nações Unidas em Angola (2002).
[3] Estratégia Nacional de Combate à Pobreza (ECP, 2005, p. 12). Citado no Relatório de Desenvolvimento Humano de 2002 das Nações Unidas. A estratégia refere que esta proporção aumentou para 60% nos últimos anos.

de crianças neste grupo etário. Existem muito poucas diferenças na distribuição da população jovem entre as áreas urbanas e rurais. Nas zonas urbanas, a população com menos de 15 anos é de cerca de 47%, sendo de 49% nas zonas rurais. As crianças com menos de um ano de idade estão distribuídas de igual idêntica entre as áreas rurais e urbanas. Este padrão demográfico tem implicações em termos de procura de serviços sociais, particularmente a saúde e educação, bem como na criação de oportunidades de emprego.

Grupos populacionais específicos	Percentagem da população
Crianças de 0-1 ano:	8%
Crianças de 0-4 anos:	20%
Crianças de 0-17 anos:	55%
Crianças de 3-5 anos:	11%
Crianças de 6-11 anos:	18%
População economicamente activa (15-64):	48%
População maior de 65 anos:	3%
Mulheres de 12-14 anos:	7%
Mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos):	44%
Mulheres grávidas na altura do inquérito:	9%

2.1.3. Índice de masculinidade

Tal como acima mencionado, a população em 2009 era composta por 7.878.968 homens e 8.468.911 mulheres, o que se traduz num índice geral de masculinidade de 93, ou seja, existem 93 homens para cada 100 mulheres. A proporção sexual vária de acordo com a idade mas há uma ligeira predominância de mulheres na população infantil e jovem entre os 10 e 40 anos de idade.

A proporção de homens em idade economicamente activa mantém-se inferior relativamente à das mulheres, com maior incidência na faixa etária dos 50-54 anos, em que o índice geral é de 80 nas zonas urbanas, enquanto nas zonas rurais está estimado em 70. Nas zonas rurais, o índice de masculinidade apresenta um padrão muito distinto, com os valores acima de 100 concentrados entre as crianças e jovens dos 5 aos 19 anos e os velhos entre os 60 e os 89 anos de idade.

Padrões semelhantes ao actual índice de masculinidade foram observados nos anos de 1996 e 2001, aquando da realização dos Inquéritos MICS I e II. Estes números podem estar associados à mortalidade e migração, visto que, depois de terminar a guerra, a população deslocada que regressou para as áreas de origem (rurais) era composta maioritariamente por mulheres, velhos e crianças, tendo os jovens em idade economicamente activa permanecido nos centros urbanos. Outros factores que possivelmente também influenciam este padrão prendem-se com questões de ordem social e cultural, o que determina que as mulheres, particularmente na faixa etária de 50-54 anos, declarem idades mais baixas, sendo que o inverso se aplica aos homens.

2.1.4. Índice de dependência

A estrutura etária da população angolana apresentada na Figura 2.2 aponta para uma taxa de dependência altamente influenciada pela grande proporção de crianças com menos de 15 anos e pela diferença na distribuição da população velha entre as zonas urbanas e rurais. Por este motivo, foi necessário analisar separadamente os índices de dependência de jovens, idosos e geral (consultar Tabela do Anexo 2).

O índice reflecte a predominância relativa das pessoas em idade de "dependência" relativamente às economicamente activas (15-64). O índice de dependência geral está estimado em 101, ou seja, 101 dependentes para cada 100 pessoas em idade economicamente activa, sendo a carga de dependência influenciada pela vasta população infantil. O mesmo não acontece com a população idosa, que constitui menos de 3% da população e tem, consequentemente, um índice de dependência baixo. Os índices de dependência juvenil, de quase 96, e o geral, de 101, são ambos indicadores de fertilidade e mortalidade elevada entre a população angolana.

O padrão de distribuição espacial da população angolana, conforme discutido acima, tem uma influência directa na distribuição dos índices de dependência. É de realçar que nas zonas urbanas, onde há maior concentração de pessoas em idade economicamente activa, o índice de dependência é de 92,7, comparativamente com 112,1 nas zonas rurais, onde a força de trabalho é actualmente menor. Consequentemente, o índice de dependência de idosos é aí superior ao da zona urbana. Os índices também variam entre províncias, apesar de não haver um padrão regional definido, excepto provavelmente nas duas províncias do litoral (Cabinda e Luanda), cujos índices de dependência geral se situam abaixo de 100.

Tabela 2.2.
Distribuição da população com mais de 12 anos segundo o estado civil

Caracterização	Estado civil					Total	Número de pessoas**
	Solteiro	Casado*	Divorciado	Separado	Viúvo		
Angola	**40.7**	**49.6**	**0.4**	**4.6**	**4.7**	**100**	**34,346**
Área de residência							
Urbana	44.8	45.8	0.4	5.1	3.9	100	18,490
Rural	35.4	54.5	0.5	3.9	5.7	100	15,856
Sexo							
Homens	44.5	52.1	0.2	1.7	1.4	100	16,351
Mulheres	37.3	47.4	0.6	7.1	7.6	100	17,995
Idade							
12-14	98.4	1.3	0.0	0.1	0.2	100	4,149
15-19	87.1	11.6	0.1	1.1	0.1	100	6,295
20-24	51.6	43.6	0.3	4.3	0.2	100	4,975
25-29	24.8	66.5	0.6	7.0	1.0	100	3,670
30-34	9.9	80.9	0.4	7.6	1.3	100	3,199
35-39	7.2	81.0	0.9	7.8	3.1	100	2,605
40-44	4.2	83.3	0.8	6.5	5.3	100	2,272
45-49	4.7	79.0	0.7	7.3	8.4	100	1,887
50-54	2.7	73.3	0.6	7.8	15.5	100	1,789
55-59	1.8	73.6	0.5	4.9	19.2	100	1,152
60-64	1.3	71.2	0.3	4.2	22.9	100	816
65+	3.0	58.1	0.9	4.1	33.9	100	1,537
Nível de escolaridade							
Nenhum	16.5	63.4	0.7	5.3	14.1	100	7,870
Primário	48.7	43.9	0.3	4.2	2.9	100	18,096
Secundário [+]	43.5	50.1	0.3	4.9	1.2	100	7,498

* Casado e união de facto somados

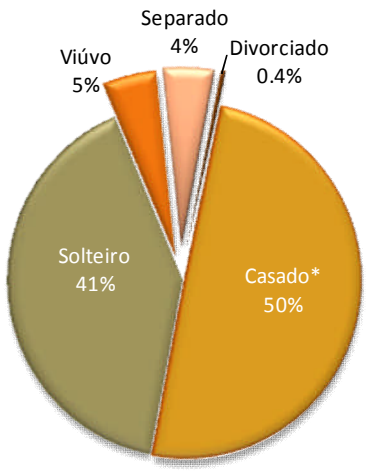
** Número de pessoas maiores de 12 anos (amostra)

2.2. Estado Civil da População

A distribuição da população segundo o estado civil é apresentada na Figura 2.3 e na Tabela 2.2, estando esta última descriminada por região, sexo e idade. Da população maior de 12 anos, apenas 10% declaram estado civil casado, ao passo que 39% vive em regime de união de facto. Neste inquérito, os grupos que responderam "casado" e "união de facto" foram agrupados numa única categoria - casado.

Na altura do Inquérito, quase metade da população maior de 12 anos era casada, numa proporção de 52% dos homens e 47% das mulheres. Apesar de existirem casos de crianças entre 12 e 14 anos de idade em relações conjugais, estes casos representam apenas 1,3% da população, todos eles em relações de união de facto. Relações conjugais neste grupo etário incidem mais particularmente nas províncias da Lunda Sul, Moxico, Huambo, Bié e

Figura 2.3.
Distribuição percentual da população segundo o estado civil



* Casado inclui também união de facto

Malanje, com uma concentração ligeiramente superior nas zonas rurais. Contudo, as mulheres entram para a vida conjugal mais cedo do que os

homens, já que cerca de 63% delas já não se encontravam, na altura do Inquérito, na condição de solteiras.

Apesar de a união conjugal precoce de jovens constituir, de momento, motivo de preocupação social, a percentagem de jovens abaixo dos 17 anos em relações conjugais é, no geral, inferior a 4%.

As relações poligâmicas, particularmente nos centros urbanos, não são livremente assumidas. Apenas 10% dos homens casados indicaram ter mais de uma esposa, estando a maior parte deles concentrados entre os 40 e 50 anos de idade.

O nível de incidência da separação entre casais é de 4%, enquanto o divórcio praticamente não é referido. Contudo, estes dados não podem ser interpretados como sendo sinónimo de estabilidade nas relações conjugais em Angola. O baixo nível de incidência de separação e divórcio é, muito provavelmente, influenciado por estigmas sociais e culturais, sendo a manutenção do casamento, particularmente nas zonas rurais, sinónimo de bem-estar.

2.3. Características dos Agregados Familiares

O agregado familiar é a unidade primária de análise na maior parte dos estudos, na medida em que é no agregado que se toma a maioria das decisões que afectam o indivíduo. A análise nesta secção baseia-se na população *de jure*, isto é, os membros que residam habitualmente no agregado familiar, tendo sido excluídos os visitantes temporários. Desta forma, o agregado foi definido no Inquérito como um grupo de pessoas (ou uma pessoa) ligadas ou não por laços de parentesco que vivem habitualmente na mesma casa e cujas despesas são partilhadas parcial ou totalmente.

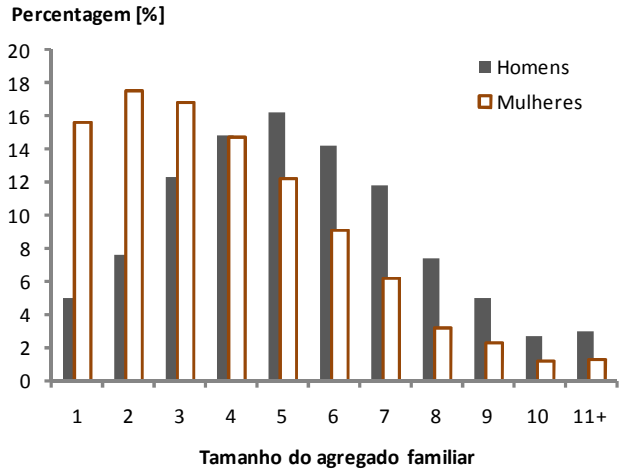
2.3.1. Tamanho do agregado familiar

O tamanho médio dos agregados familiares em Angola é actualmente estimado em cinco pessoas, sendo comparativamente mais elevado do que os 4,3 aquando da realização do MICS II, em 2001. As diferenças regionais são idênticas às do período de 2001, tendo os agregados nas zonas urbanas, em média, mais pessoas do que nas zonas rurais: 5,2 e 4,7, respectivamente. A nível nacional, cerca de 8% de agregados têm somente um membro, 23% têm dois a três membros, 23% entre quatro e cinco membros e 39% são compostos por seis ou mais membros. O grande fluxo populacional das áreas rurais para as grandes cidades, durante o conflito, e a procura de serviços sociais básicos contribuíram de forma significativa para o aumento do número de membros nos agregados nas zonas urbanas. O tamanho médio do agregado familiar também varia em função do sexo do chefe de família, sendo mais numerosos os agregados chefiados por homens do que os chefiados por mulheres, conforme mostra a Figura 2.4.

Existem, igualmente, diferenças no tamanho do agregado familiar entre províncias. O tamanho médio mais elevado encontra-se na província de Cunene (5,7) e o mais reduzido em Kuanza Norte (4,0). Enquanto na província de Cunene 35% dos agregados são compostos por sete ou mais membros, no Kuanza Norte apenas 13% têm esta composição. A diferença entre estas duas províncias explica-se pelo facto de se ter registado, na província do Kuanza Norte, entre 1991 e 2009, uma redução de 19% na população residente, ao contrário de Cunene, que registou um aumento de 23% no mesmo período (Figura 2.2 acima), alterando desta forma o tamanho e a composição dos agregados.

Figura 2.4.

Tamanho médio do agregado familiar segundo o género do chefe de família



2.3.2. Estrutura do agregado familiar

A estrutura do agregado familiar é apresentada na Tabela 2.3. Os agregados familiares em Angola são liderados predominantemente por homens. Mais de um em cada cinco agregados familiares em Angola são liderados por mulheres, estando desproporcionalmente distribuídos pelo país. Cerca de 23% destes agregados encontram-se em Luanda e as províncias do Centro Sul concentram entre 8% e

13%. As mulheres chefes de família são, em média, três anos mais velhas que os homens, estando a maioria separada, divorciada ou viúva.

Os agregados familiares foram analisados em função do tipo de relação dos seus membros com o chefe de família. Quase 65% dos agregados são do tipo nuclear, o que inclui famílias singulares, casais com ou sem filhos, e pai ou mãe com filhos a residir com outros parentes. Os restantes 35% estão distribuídos entre as famílias alargadas, sendo estas compostas por pessoas da família nuclear e outros parentes. O tipo de núcleo é, de alguma forma, influenciado pelo género do chefe do agregado. Os dados indicam que, por razões provavelmente económicas, os agregados liderados por mulheres estão menos inclinados a incluir outras pessoas que não sejam filhos. Quase 16% destes agregados são singulares e 41% são mães que vivem com filhos sem outros parentes.

O tipo de núcleo é igualmente influenciado pela idade do chefe de família: quanto mais jovem for, menor o número de pessoas no agregado que não sejam o cônjuge, filhos e enteados. Nos agregados cujo chefe de família tem menos de 40 anos de idade, apenas uma em cada 10 pessoas é parente. A presença de parentes começa a ser mais significativa nos agregados cujo chefe tem acima de 55 anos.

2.4. Orfandade e Situação de Residência das Crianças

As crianças que se tornam órfãs ou separadas dos seus pais biológicos são muito vulneráveis a várias formas de discriminação e privação dos seus direitos básicos, correndo maior risco de se envolver em trabalho infantil exploratório, incluindo prostituição (WL/CFI, 2008). Os dados sobre a orfandade e a situação de residência das crianças até aos 17 anos de idade ajudam a identificar esta dimensão da vulnerabilidade da criança em Angola (Tabela 2.4).

Em Angola, 66% das crianças na faixa etária 0-17 vive com os seus pais biológicos. É referida a presença dos pais nos primeiros anos de vida das crianças, tendência que não se mantém nas idades mais avançadas. Quase 75% das crianças até aos 4 anos de idade vive com os pais biológicos, mas estes só estão presentes em 69% dos casos de crianças entre os 5 e os 9 anos de idade, e estão ainda menos presentes para as crianças com mais de 10 anos. Para além da orfandade, estima-se que os divórcios e separações entre casais, e provavelmente a gravidez ocasional entre jovens, influenciem a actual situação de residência das crianças. Cerca de 12% das

Tabela 2.3.

Distribuição percentual da estrutura do agregado familiar

Caracterização	Área de residência		
	Urbana	Rural	Angola
Tipo de chefe			
Homens	77	76	77
Mulheres	23	24	23
Total	100	100	100
Tipo de núcleo			
Só com uma pessoa	6.5	8.7	7.6
Sem filhos, sem parentes	3.8	6.6	5.1
Sem filhos, com parentes	2.7	4.0	3.4
Com filhos, sem parentes	37.3	46.9	41.9
Com filhos, com parentes	25.5	13.6	19.8
Pai ou mãe com filhos, sem parentes	9.6	11.4	10.5
Pai ou mãe com filhos, com parentes	10.3	5.0	7.8
Outro	4.2	3.7	4.0
Total	100	100	100
Nível de escolaridade do chefe			
Nenhum	9	32	20
Ensino primário	36	54	45
Secundário - 1º ciclo	28	10	19
Secundário - 2º ciclo	17	2	10
Ensino superior	6	0	3
Outro	4	2	3
Total	100	100	100

crianças com menos de nove anos não vive com os pais biológicos apesar de estes estarem vivos e 13% vive só com as mães, estando os pais ainda vivos. Apenas 7% das crianças que vivem só com as mães são órfãs de pai. Há uma tendência mais acentuada das crianças na última fase da idade infantil (15-17) para viverem sem qualquer dos pais, ou só com as mães, e mais raramente só com o pai, independentemente do sexo da criança. Neste grupo etário (15-17), cerca de 24% vive sem os pais biológicos, 18,6% vive apenas com a mãe e menos de 5% vive só com o pai. Esta tendência pode não estar associada unicamente à morte de um dos pais biológicos, mas também a factores da relação conjugal, como já referido.

A taxa geral de orfandade em Angola é de cerca de 10% mas com diferenças manifestas entre grupos etários e algumas províncias. A taxa aumenta progressivamente com a idade, estando estimada em 4% nas crianças com menos de cinco anos, 8% nas crianças entre cinco e nove anos, 15% no grupo entre

Indicadores de orfandade	Incidência
Taxa de Orfandade: Crianças dos 0-17 anos de idade que perderam um ou ambos os pais biológicos	9.5%
Percentagem de crianças dos 0-17 anos de idade que não vivem com nenhum dos pais biológicos.	12%
Percentagem de crianças de menos de cinco anos que perderam um ou ambos os pais biológicos.	3.7%
Percentagem de crianças entre os cinco e os nove anos que perderam um ou ambos os pais biológicos.	8.3%

10 e 14 anos, e 17% entre 15 e 17 anos de idade. A taxa de orfandade decresce linear e progressivamente entre a população mais pobre, com cerca de 13% de incidência, e a população mais rica, com uma incidência de 8%.

A distribuição da taxa não obedece a nenhum padrão regional, mas não se pode deixar de observar que os valores e estão concentrados em duas províncias do Norte e duas do Centro-Sul. As províncias do Zaire e do Uíge têm as taxas mais baixas (6%), enquanto as mais altas se encontram em Benguela (15%) e Kuando Kubango (16%). Dada a elevada prevalência do VIH na província do Cunene, esperava-se uma taxa de orfandade superior aos actuais 13%. Por outro lado, esta província tem claramente a maior percentagem de crianças que vivem sem os pais biológicos (26%).

2.5. Prevalência de Deficiência

A prevalência geral de deficiência física ou mental é de 3% e cerca de 12% dos agregados familiares em Angola têm pelo menos um membro portador de deficiência. Os dados referem-se a todos os indivíduos que apresentam restrição ou falta total de capacidade - resultante de uma deficiência - para realizar uma actividade de forma estruturada ou dentro de um padrão considerado normal para um ser humano. Estão incluídos nesta categoria os cegos, surdos, mudos, pessoas com atraso mental, paralíticos e amputados dos membros inferiores e/ou superiores. A baixa prevalência pode estar associada a dois factores distintos: em primeiro lugar, o Inquérito não incluiu os deficientes institucionalizados, tendo estes provavelmente níveis de deficiência mais elevados e complexos; segundo, as respostas às perguntas sobre a deficiência são normalmente influenciadas por estigmas sociais e culturais, levando a que os familiares ocultem o tipo e a gravidade da deficiência. Contudo, os resultados do Inquérito indicam que a prevalência da deficiência na população varia de acordo com género, idade e área de residência.

Tabela 2.4.

Situação de residência das crianças e taxa de orfandade

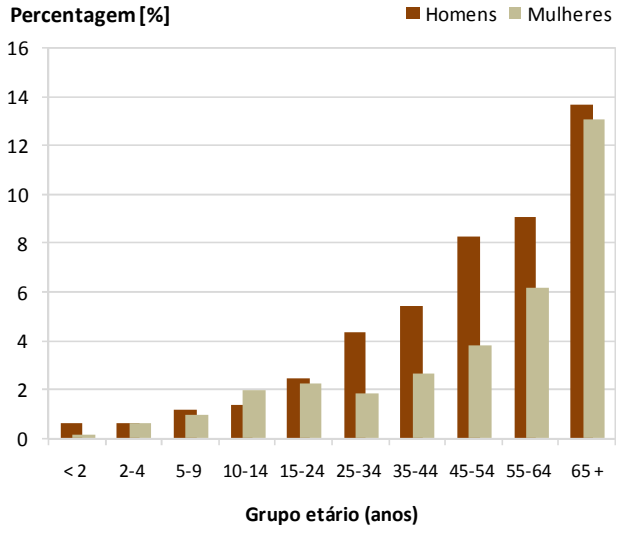
Caracterização	Situação de residência da criança					Total	Taxa de orfandade	Número de crianças*
	Vive com os pais	Não vive com os pais	Vive só com a mãe	Vive só com o pai	Não declarado			
Angola	**66.4**	**12.1**	**18.1**	**2.7**	**0.7**	**100**	**9.5**	**31,692**
Residência								
Urbana	63.9	13.9	18.6	2.7	0.9	100	9.3	16,691
Rural	69.3	10.0	17.6	2.6	0.4	100	9.7	15,001
Sexo								
Homens	67.7	11.1	17.8	2.8	0.6	100	9.4	15,801
Mulheres	65.1	13.1	18.5	2.6	0.7	100	9.6	15,891
Idade								
0-4	74.8	4.92	18.8	1.0	0.5	100	3.7	11,378
5-9	69.3	10.8	16.8	2.7	0.4	100	8.3	9,141
10-14	58.7	18.1	18.4	4.0	0.8	100	14.6	7,407
15-17	51.0	23.9	18.6	4.8	1.6	100	18.6	3,766
Quintil de despesas								
Primeiro	70.9	9.6	16.9	2.3	0.3	100	12.8	5,326
Segundo	67.9	9.4	19.5	2.7	0.5	100	9.5	5,822
Terceiro	64.9	12.2	19.8	2.4	0.8	100	8.8	5,415
Quarto	64.4	13.3	18.5	3.1	0.7	100	8.4	4,910
Quinto	61.3	16.4	17.8	2.9	1.7	100	6.7	3,334

* Número de crianças entre 0 e 17 anos

A Figura 2.5 mostra a distribuição da população portadora de deficiência por género e idade, e a Tabela 2.5 apresenta a distribuição por nível de escolaridade. De entre os sete tipos de deficiência física e mental analisados neste Inquérito, a perda dos membros inferiores (amputados) aparece com maior nível de incidência, afectando particularmente os homens. Apesar de haver uma proporção ligeiramente maior de rapazes com deficiência nos primeiros anos de vida, as diferenças de género não são significativas até aos 15 anos. Dado o longo período de conflito que Angola viveu, é compreensível que a deficiência, particularmente mental e física, predomine entre a população do sexo masculino, abrangendo com grande incidência os homens em idade economicamente activa, o que pode ter impacto sobre o mercado de trabalho rural. A partir dos 65 anos, as percentagens de homens e mulheres deficientes aproximam-se, sendo de 14% e 13% respectivamente.

Figura 2.5.

Percentagem da população deficiente por género e idade



Relativamente à área de residência, a zona rural sobressai, com uma percentagem de 3% (superior à média nacional), na sua maioria homens. A prevalência de deficiência nas zonas rurais pode também estar associada às consequências sociais da guerra, nomeadamente os efeitos dos campos minados. À semelhança da orfandade, não existe um padrão regional definido de distribuição dos portadores de deficiência. Enquanto Luanda possui a menor percentagem de pessoas portadoras de deficiência (3,4%), a província de Kuanza Norte detém de longe a taxa mais elevada (13%), seguindo-se Huambo, Bié, Cunene, Moxico e Malanje, províncias muito afectadas pela guerra.

Apesar de o nível de incidência nacional ser estimado abaixo de 3%, a deficiência é um problema social que não deve estar à margem das grandes prioridades nacionais. O baixo nível de escolaridade atingido por homens e mulheres com deficiência, conforme a Tabela 2.5, aconselha um maior enquadramento social deste grupo populacional.

Mais de 83% das mulheres e 73% dos homens portadores de deficiência têm apenas o ensino primário e apenas 11,5% e 18,4%, respectivamente, têm o primeiro ciclo do ensino secundário. Também se registam diferenças a nível das áreas de residência: nas zonas rurais, onde a oferta de serviços é precária, mas onde se concentra a maioria das pessoas portadoras de deficiência, a proporção dos que já frequentaram a escola aproxima-se de 60%, mas apenas 10% passou do ensino primário. O quadro é ligeiramente melhor nas zonas urbanas, onde 77% dos deficientes já tiveram a oportunidade

Tabela 2.5.

Distribuição percentual dos portadores de deficiência por nível de escolaridade

Caracterização	Já frequentou a escola	Nível de ensino atingido					Total	Numero de portadores de deficiência*
		Primário	Secundário 1º ciclo	Secundário 2º ciclo	Ensino superior	Outros		
Angola	**68.4**	**76.9**	**16.0**	**6.4**	**0.5**	**0.2**	**100**	**1,615**
Urbana	77.2	64.6	23.1	11.1	0.9	0.2	100	731
Rural	61.1	90.0	8.5	1.3	0.0	0.2	100	884
Sexo								
Homens	77.9	73.6	18.4	7.1	0.7	0.2	100	929
Mulheres	55.5	83.1	11.5	5.1	0.0	0.3	100	686

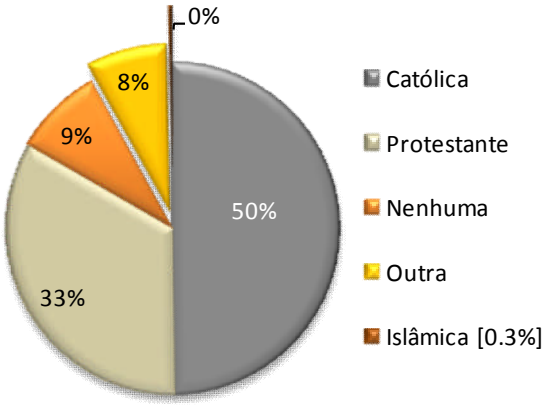
* Número de pessoas com 6 ou mais anos com deficiência

de frequentar a escola e mais de 35% foram para além do ensino primário.

2.6. Afiliação Religiosa

A Figura 2.6 apresenta a distribuição da população pelas principais religiões e mostra a distribuição da população por religiões pelas diferentes regiões e províncias do país. O padrão histórico de predominância da religião católica prevalece, apesar de se notar nos últimos 20 anos o aparecimento de várias outras igrejas e seitas religiosas. Cerca de 50% da população identifica-se como católica e 33% como protestante. A religião islâmica, apesar de estar visivelmente em crescimento em Angola, está muito abaixo de 1% da população.

Figura 2.6.
Distribuição das principais religiões entre a população



Cerca de 49% da população na região norte é católica, estando concentrada maioritariamente nas províncias de Cabinda e Zaire, enquanto a província do Uíge tem a maior percentagem de população protestante (67%). Nas três províncias do leste encontra-se um padrão similar ao do Uíge, sendo mais de metade da população protestante. As três províncias da região Centro Sul têm uma população predominantemente católica, com particular realce para Benguela (80%).

A diferença de género parece não ser determinante na opção religiosa. Contudo, há maior tendência dos homens em não se identificarem com religião alguma. Ao contrário do género, a idade das pessoas influencia mais a opção religiosa. As crianças e jovens com idade inferior a 20 anos constituem cerca de 58% da população católica e 60% dos protestantes. A população adulta que declarou não pertencer a qualquer religião situa-se maioritariamente entre os 20 e 39 anos de idade.

2.7. Língua

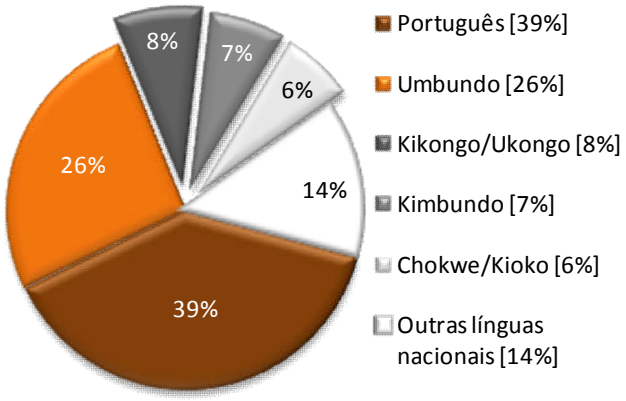
O Português é falado por quase 83% da população, com maior predominância, obviamente, para a população residente nas áreas urbanas. Há um número ligeiramente maior de homens do que mulheres a falar português - uma diferença de quase cinco pontos percentuais - factor que estará provavelmente associado à maior migração destes para as zonas urbanas e à maior duração da vida escolar. Apesar de ser a principal língua de comunicação em Angola, ainda existem diferenças regionais bastante acentuadas. Em províncias como Bié, Cunene e Moxico, mais de metade da população não fala português. Um segundo grupo de províncias inclui Zaire, Lunda Sul e Kuando Kubango, com menos de 60% da sua população a falar português.

Quanto às línguas nacionais, há claramente maior dispersão espacial das principais línguas, conforme mostram os dados deste Inquérito, factor que está muito provavelmente associado ao padrão de deslocação e migração que se estabeleceu durante o período de guerra. Contudo, é importante observar que a estrutura básica etnolinguística de Angola se mantém.

No volume II desta publicação são apresentadas tabelas mais pormenorizadas que mostram a distribuição percentual das línguas faladas em Angola, permitindo verificar que, por exemplo, o Umbundo, língua falada por mais de 90% da população do Huambo, é também indicada como a principal língua falada por 76% da população de Benguela e 52% de Huíla. É importante referir, com relação ao Umbundo, que aparece como língua falada nas 18 províncias, a existência de comunidades ovimbundu em todas as províncias de Angola. O Kimbundo é a segunda língua nacional mais falada, mas está mais limitada no espaço. Kuanza Norte é a província com maior incidência do Kimbundo como principal língua (50%), seguindo-se Malanje (49%), Bengo (42%) e Luanda (com apenas 16%). O Chokwe, o Kikongo e o Nhaneca também apresentam níveis de incidência geográfica relativamente altos.

O facto de as várias línguas nacionais serem faladas pela população fora dos limites geográficos tradicionais dos seus grupos etnolinguísticos transmite uma mensagem de fortalecimento desta componente da identidade cultural angolana. Por outro lado, os dados também dão indicação de que

Figura 2.7.
Distribuição da população segundo a língua materna



este valor cultural poderá vir a romper-se no futuro, na medida em que várias línguas são faladas predominantemente nas zonas rurais, com excepção do Kimbundo que predomina também em áreas urbanas, mas são faladas maioritariamente por uma população adulta. O crescimento acelerado das cidades irá, muito provavelmente, colocar em risco a identidade linguística de muitas áreas e os dados da Figura 2.7 ajudam a prever este facto. O Inquérito estima que 39% da população tem o português como língua materna. A maior percentagem encontra-se em Luanda, mas são também encontrados níveis significativos nas províncias do Kuanza Sul, Kuanza Norte, Bengo e Namibe.

Tendo Angola uma população predominantemente jovem, não é surpreendente que a população que mais se identifica com o português como língua materna esteja maioritariamente abaixo dos 30 anos de idade. A proporção da população que identifica as línguas nacionais como língua materna é significativamente inferior à que se identifica com o português, como demonstra a Figura 2.7. Esta tendência é geral, com excepção para algumas províncias, como Cabinda, Zaire, Lunda Norte e Sul, Moxico, Huambo e Bié, onde ainda prevalecem línguas nacionais como língua materna.

3 Estimativas demográficas

Este capítulo discute os três principais elementos de dinâmica da população que determinam fortemente o seu tamanho e estrutura - fecundidade, mortalidade e migração. A fecundidade refere-se ao número efectivo de filhos nascidos vivos em relação às mulheres em idade reprodutiva, representando o potencial reprodutivo da mulher. A mortalidade na infância é um dos fenómenos demográficos cujos níveis e tendências estão estreitamente ligados às condições socioeconómicas, culturais e de saúde de um país. Sendo um dos principais indicadores do grau de desenvolvimento económico e social de uma sociedade, o conhecimento do seu nível e tendências é indispensável para a tomada de decisão, avaliação, elaboração e execução de políticas e programas no domínio da saúde pública.

O IBEP recolheu dados sobre o movimento migratório interno, um processo complexo e multifacetado. A migração interna tem influência sobre várias questões relacionadas com o desenvolvimento nacional e local, determinando em grande medida a planificação do crescimento urbano e a política de prestação de serviços básicos, como saúde, educação, água e saneamento. Uma vez que a taxa actual de migração interna é causada em grande medida pela longa história de deslocações forçadas, o período pós-guerra impõe novos desafios no sentido de estudar novos padrões de migração e como estes podem afectar os planos de desenvolvimento do país no futuro.

3.1. Mortalidade Infantil e de Menores de cinco anos

Esta secção apresenta as estimativas das taxas de mortalidade infantil (TMI) e de mortalidade de crianças menores de cinco anos (TMM5), resumidas na Tabela 3.1. As taxas de mortalidade apresentadas foram calculadas a partir de dados do historial de nascimentos e óbitos incluídos no Inquérito. As mulheres entre 12 e 49 anos responderam a perguntas relacionadas com idade na primeira gravidez, e número e idade dos filhos biológicos vivos e mortos. Os resultados são expressos em termos da probabilidade de a criança morrer antes do primeiro ano de vida (TMI), ou antes do quinto ano de vida (MM5).

Tabela 3.1
Taxa de mortalidade infantil e de menores de cinco anos

Cracterização	TMI* (0-12 meses)	TMM5 (0-4)**
Angola	**116**	**194**
Urbana	95	154
Rural	138	233
Sexo		
Masculino	125	204
Feminino	106	183
Nível de escolaridade da mãe		
Nenhum	132	222
Pimário	118	198
Secundário [+]	73	115
Quntil de despesas		
Primeiro	124	208
Segundo	122	205
Terceiro	108	178
Quarto	113	188
Quinto	103	170

* Taxa de mortalidade das crianças com 0-12 meses
** Taxa de mortalidade das crianças com 0-4 anos

Níveis e tendências da mortalidade infantil

A taxa de mortalidade infantil no período que antecede o Inquérito foi estimada em 116 mortes por 1000 nados vivos e a taxa para menores de cinco anos situa-se em 194 por 1000 nados vivos. Por outras palavras, duas em cada dez crianças que nascem vivas têm probabilidades de morrer durante o primeiro ano de vida. As crianças nas áreas rurais têm 50% mais probabilidade de morrer antes dos cinco anos do que nas áreas urbanas - diferença que não era tão acentuada nas décadas de 80 e 90. A melhoria de acesso aos serviços gerais de saúde, a maior exposição a informações e as melhores oportunidades de educação nas áreas urbanas explicam, em parte, as diferenças nas taxas de

mortalidade infantil e de menores de cinco anos entre as duas áreas de residência.

Os factores de natureza social e económica, como o nível de escolaridade da mãe, estão na base da diferença das taxas de mortalidade, uma tendência verificado há mais de duas décadas. Quanto mais reduzido o nível de escolaridade da mulher, menor a probabilidade de a criança sobreviver durante os primeiros 12 meses ou antes de completar cinco anos. As crianças cujas mães completaram o ensino secundário (ou acima) têm 55% menos probabilidade de morrer durante os primeiros 12 meses de vida do que crianças de mães sem qualquer escolaridade. A probabilidade de morrer antes dos cinco anos é 51% superior para crianças de mães sem escolaridade. Certamente que as mulheres com mais educação têm mais conhecimento sobre as melhores práticas de cuidados infantis, têm melhores meios de sustento e, consequentemente, maior acesso a bons serviços de saúde.

As crianças pertencentes à população mais rica têm menos probabilidade de morrer nos primeiros cinco anos de vida do que as crianças mais pobres. Contudo, é importante realçar que a mortalidade infantil é elevada mesmo entre a população mais rica.

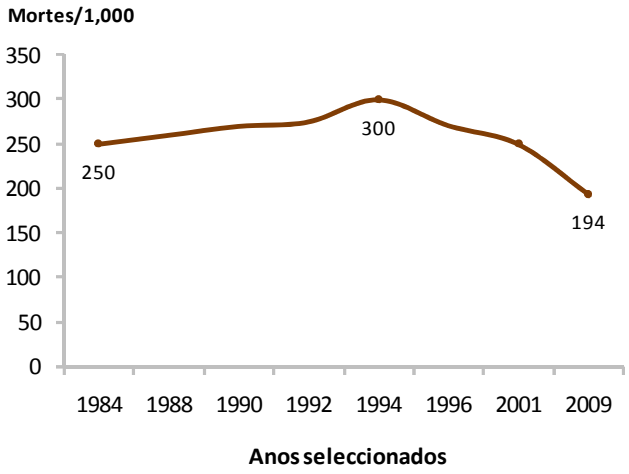
Apesar de se manter entre as mais altas do mundo, a taxa de mortalidade de menores de cinco anos em Angola apresenta uma tendência decrescente, conforme mostra a Figura 3.1. A análise foi feita comparando, por método indirecto, as taxas reveladas nos MICS I (1996) e MICS II (2001) e estimativas feitas nos 10 anos anteriores a esses Inquéritos (1984 a 1994), em que a fiabilidade é questionável. Considera-se que 1994 foi o ano em que a MM5 atingiu o pico máximo (300/1000), tendo reduzido de forma moderada nos anos subsequentes. De acordo com o MICS II, a TMM5 desceu de 271 em 1996 para 250 em 2001, tendo a TMI, no mesmo período, reduzido de 166 para 150 por cada mil nados vivos. Reduções mais significativas registaram-se durante os oito anos seguintes, período que coincide com o fim do conflito, situando-se esta taxa pela primeira vez abaixo dos 200 por 1000 nados vivos.

3.2. Fecundidade

A fecundidade é um elemento importante da dinâmica da população, que influencia directamente no seu tamanho e estrutura. A mesma foi calculada a partir da informação sobre filhos nascidos vivos nos 12 meses anteriores à data do estudo, utilizando o método de Brass (Brass, 1968). A análise baseou-se principalmente em questões relacionadas com nascimentos/partos de todas as mulheres em idade fértil (12-49 anos). Embora a análise de fecundidade seja feita, por regra, com mulheres entre 15 e os 49 anos de idade, o IBEP incluiu um grupo etário mais jovem (12-14), a fim de perceber melhor a dimensão de gravidez precoce.

Figura 3.1

Tendência da taxa de mortalidade em menores de 5 anos (MM5)



Fonte: MICS I, II, IBEP

3.2.1. Taxa de fecundidade actual

A taxa de fecundidade total (TFT) para Angola (como mostra a Tabela 3.2) é actualmente de 6,4 nascimentos por mulher - sendo este o número de crianças que uma mulher angolana teria no final do seu período reprodutivo, considerando que teria filhos durante esse período. A estimativa actual aponta para um declínio nos níveis de fecundidade relativamente aos anos anteriores, tendo-se situado em 6,9 em 1996 (MICS I) e 7 em 2001 (MICS II). A taxa de fecundidade específica (TFE), que expressa o número de nascimentos por mil mulheres em cada um dos grupos etários, é bastante elevada para quase todos os grupos etários - indicando que as mulheres em Angola começam a vida reprodutiva cedo e a terminam tardiamente.

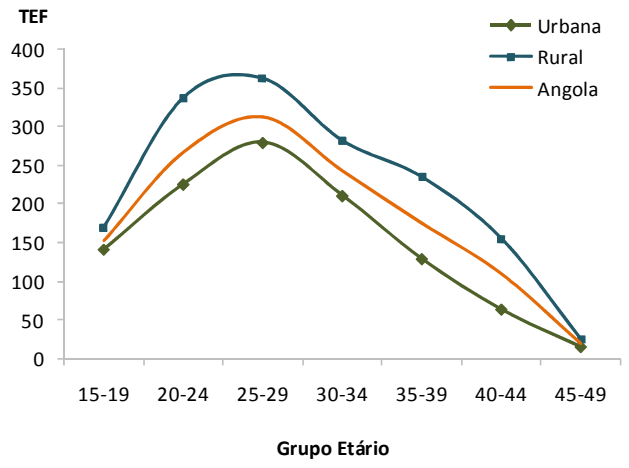
A fecundidade é compreensivelmente mais baixa entre as mulheres jovens com idade inferior a 19 anos, mas aumenta acentuadamente a partir dos 20 anos, mantendo-se elevada até aos 29 anos de idade. O pico da taxa de fecundidade específica (311,6 por mil mulheres) regista-se na faixa etária dos 25-29 e decresce para 110 nascimentos por mil em mulheres na faixa dos 40 anos.

Tabela 3.2
Taxas de fecundidade específica (TFE) e total (TFT)

Grupo Etário	Residência		Nível de escolaridade			Total
	Urbana	Rural	Nenhum	Primário	Secundário	
15-19	140.7	169.8	250.4	170.2	73.3	152.3
20-24	225.4	337.0	388.5	298.5	155.7	266.2
25-29	279.4	361.8	385.8	323.5	228.2	311.6
30-34	210.4	281.2	302.4	254.0	152.5	242.0
35-39	128.3	234.2	194.5	212.0	54.0	174.7
40-44	62.8	154.8	60.0	145.3	82.9	109.6
45-49	14.2	24.8	25.2	20.4	10.1	19.7
TFT	**5.3**	**7.8**	**8.0**	**7.1**	**3.8**	**6.4**

O comportamento da taxa de fecundidade apresentado na Figura 3.2 indica claramente que esta varia, tanto em função da idade, como da área de residência, sendo mais preponderante nas áreas rurais. No geral, as mulheres das zonas rurais têm um diferencial de fecundidade de três nascimentos a mais do que as mulheres das cidades, devendo-se ao facto de as últimas terem maior acesso a serviços de planeamento familiar.

Figura 3.2
Comportamento da taxa específica de fecundidade nas zonas rurais e urbanas

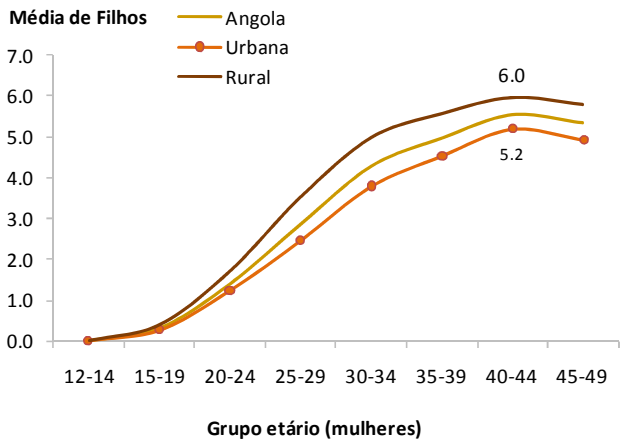


A fecundidade também é influenciada pelo nível de escolaridade. As mulheres com idade entre 15 e 34 anos e sem qualquer escolaridade reflectem taxas de fecundidade mais altas e são maioritariamente mulheres rurais. As taxas baixam à medida que as mulheres atingem os níveis de escolaridade primária e secundária. Mulheres com educação secundária começam a vida reprodutiva mais tarde e param mais cedo, enquanto as que têm um grau de instrução primário e mais baixo começam cedo, têm um período de reprodução mais alargado e terminam, consequentemente, mais tarde. Os dados nas três colunas centrais da Tabela 3.2 elucidam melhor esta relação. Por exemplo, a taxa de fecundidade das mulheres entre 15 e 19 anos de idade que concluíram o ensino secundário é duas vezes inferior à das mulheres da mesma idade que apenas têm o ensino primário. As diferenças são igualmente encontradas nas mulheres mais velhas, pois as mulheres na faixa dos 35 aos 39 com o ensino secundário completo apresentam uma taxa de fecundidade (54,0) significativamente inferior (-75%) à das mulheres da mesma idade sem escolaridade (194,5). A diferença de fecundidade segundo o nível de escolaridade está provavelmente relacionada com o facto de a dedicação aos estudos retardar o início da vida reprodutiva, levando a que estas mulheres tenham não só menos filhos, mas também um maior espaçamento entre os partos.

3.2.2. Idade no nascimento do primeiro filho

O início precoce da vida reprodutiva tem um efeito negativo sobre a saúde, tanto da mãe, como da criança. Contudo, a idade no nascimento do primeiro filho e o número de filhos nascidos vivos são factores importantes da taxa de fecundidade. As mulheres que começam a vida reprodutiva cedo têm, consequentemente, um período reprodutivo mais longo, aumentando assim os níveis de fecundidade. A Figura 3.3 mostra a idade média no nascimento do primeiro filho e a Tabela 3.3 indica a percentagem de mulheres que deram à luz pela primeira vez por grupos etários.

Figura 3.3
Número médio de filhos segundo a idade e a área de residência



Mais de metade das mulheres (55%) tiveram o primeiro filho entre os 15 e os 19 anos. Pode-se depreender da Tabela 3.3 que a vida reprodutiva em

Tabela 3.3.
Idade no nascimento do primeiro filho

Caracterização	Idade da mulher								Total	Idade mediana *	Número de mulheres **
	12-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49			
Angola	**6.9**	**55.0**	**28.1**	**7.5**	**1.5**	**0.9**	**0.2**	**0.0**	100	**18**	**9,482**
Área de residência											
Urbana	5.6	56.3	27.8	7.5	1.7	1.1	0.2	0.0	100	19	5,118
Rural	8.6	53.3	28.5	7.5	1.4	0.6	0.1	0.0	100	18	4,364
Nível de escolaridade											
Nenhum	9.7	51.0	26.3	8.9	2.0	1.8	0.2	0.0	100	18	3,019
Primário	6.9	60.0	25.8	5.8	0.9	0.5	0.1	0.0	100	18	4,675
Secundário [+]	3.5	49.0	35.1	9.3	2.5	0.5	0.0	0.0	100	19	1,633
Qintil de despesas											
Primeiro	7.3	52.8	28.8	7.5	1.3	2.2	0.0	0.0	100	18	1,277
Segundo	9.6	59.2	23.2	5.3	1.9	0.4	0.4	0.0	100	18	1,561
Terceiro	6.4	57.3	28.6	5.5	1.1	0.9	0.2	0.0	100	18	1,625
Quarto	5.6	56.2	29.2	6.9	1.5	0.4	0.2	0.0	100	19	1,628
Quinto	5.6	53.1	30.7	8.0	2.2	0.3	0.0	0.0	100	19	1,379

* Idade mediana da mulher ao nascimento do 1º filho
** Número de mulheres com 12-49 anos que tiveram filhos

Angola começa cedo, na medida em que 6% das mulheres nas áreas urbanas e 9% nas áreas rurais tiveram o seu primeiro filho entre os 12 e 14 anos de idade. Apesar de 18 anos ser a idade média no nascimento do primeiro filho, 7% das mulheres têm o primeiro filho antes dos 15 anos. Conforme já foi mencionado, as mulheres com nível de escolaridade mais elevado iniciam a vida reprodutiva ligeiramente mais tarde do que as mulheres sem escolaridade.

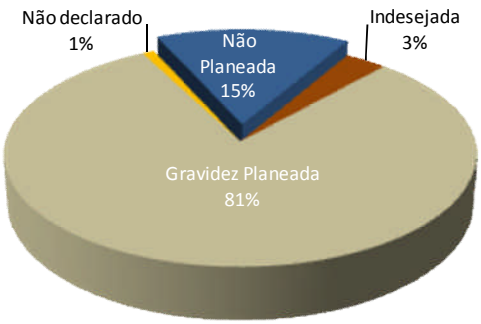
Por outro lado, a percentagem de mulheres acima dos 35 anos que nunca tiveram filhos corresponde, também, a um indicador aproximado de infertilidade. A média de filhos nascidos vivos aumenta consoante a idade, devido ao facto de as mulheres mais velhas terem estado expostas durante mais tempo ao risco de gravidez.

As mulheres de 25-29 anos nas áreas rurais têm, em média, quatro filhos nascidos vivos, ao passo que nas áreas urbanas as mulheres do mesmo grupo etário têm apenas dois filhos. Para além do factor escolaridade, estas diferenças explicam-se também pelo facto de haver maior acesso aos serviços de planeamento familiar nas áreas urbanas que nas rurais. As diferenças são menores no fim da idade reprodutiva, onde nas áreas rurais as mulheres de 45-49 anos têm em média seis filhos e cinco para as mulheres nas áreas urbanas. Apenas 5% das mulheres acima dos 45 anos nas áreas rurais não tinha tido nenhum filho vivo, uma percentagem que sobe para 8% nas áreas urbanas. Tendo em conta que a opção voluntária de não-procriação não é comum nas sociedades angolanas, esta percentagem pode representar um indicador aproximado de infertilidade entre as mulheres.

3.2.3. Conhecimento e uso da contracepção

A Figura 3.4 reflecte as intenções reprodutivas das mulheres, estimadas com base no planeamento da última gravidez. Os dados estão em consonância com o elevado nível de fecundidade, tendência que se manterá, provavelmente, por muitos mais anos. O desejo de ter filhos pode ser considerado alto, uma vez que apenas 3% das mulheres em idade reprodutiva responderam que a última gravidez era indesejada e que não queriam ter mais filhos. Cerca de 15% das mulheres relataram que a última gravidez não havia sido planeada e aconteceu num período em que pretendiam adiar a reprodução por algum tempo. Em termos gerais, conclui-se da análise do planeamento da última gravidez que cerca de 96% das mulheres em idade reprodutiva pretendiam ter filhos em algum momento da sua vida reprodutiva.

Figura 3.4
Planeamento da última gravidez



A vontade de ter filhos está associada ao nível de escolaridade da mãe, número de filhos vivos, estado civil e idade. O desejo de engravidar é elevado entre as mulheres que têm menos de quatro filhos vivos e diminui à medida que o número de filhos vivos aumenta. A maioria das mulheres que indicaram uma gravidez indesejada já tinha quatro filhos vivos e as mulheres com oito filhos eram menos propensas a planear um nono filho. A percentagem de mulheres com mais de oito filhos vivos e dispostas a ter mais filhos no futuro é estimada em cerca de 3%. Mais de 85% das mulheres em áreas rurais declararam que a gravidez tinha sido planeada em comparação com 77% em áreas urbanas - uma outra indicação de que os níveis de fecundidade nas áreas rurais continuarão altos nos próximos anos.

O estado civil é outro factor determinante para o planeamento da gravidez. As mulheres casadas (incluindo as que vivem em união de facto) mostraram-se mais inclinadas a planear a gravidez de forma objectiva, mas, por outro lado, as gravidezes inoportunas e/ou indesejadas também são mais comuns entre as mulheres casadas. Quase 78% das mulheres que planearam objectivamente a última gravidez eram casadas, mas a maior percentagem das que não planearam a última gravidez também se encontra entre as casadas (57,5%). As mulheres solteiras e separadas contribuem para a segunda maior percentagem de gravidez inoportuna e/ou indesejada. Os dados do planeamento da última gravidez relativamente ao estado civil das mulheres sugerem baixa frequência de planeamento familiar entre as mulheres casadas, separadas e solteiras.

Os dados da secção acima revelam a clara necessidade e o potencial aumento da procura de serviços de planeamento familiar em Angola. É seguro dizer que as mulheres casadas (e em união de facto) que tinham a intenção de adiar a última gravidez, ou que engravidaram contrariando o desejo de não ter mais filhos, são consideradas como mulheres em situação de planeamento familiar insatisfeito e, em conjunto, constituem 22% das mulheres em idade fértil nas áreas urbanas e 14% das que vivem em zonas rurais. No entanto, a necessidade de planeamento familiar pode ser considerada ainda maior se considerarmos, tanto a percentagem de gravidez inoportuna, como o espaçamento entre gravidezes nas mulheres que responderam ter planeado a última gravidez. A percepção do espaçamento parece ser crítica em Angola, já que 77% das mulheres engravidaram deliberadamente nos primeiros 12 meses após o último parto.

A necessidade do aumento da oferta de serviços de planeamento familiar justifica-se também pelo uso surpreendentemente limitado de métodos contraceptivos usados pelas mulheres que pretendiam adiar a gravidez, aumentar o espaçamento ou não ter mais filhos. Na altura do Inquérito, cerca de 57% das mulheres que não planearam a última gravidez indicaram não usar nenhum tipo de contraceptivo e 46% das mulheres cuja última gravidez foi indesejada também não faziam uso de qualquer contraceptivo. Entre 50% e 58% das mulheres de 15 a 30 anos que não conseguiram adiar a última gravidez também não usa nenhum método contraceptivo. As percentagens são mais elevadas entre mulheres mais velhas. O Inquérito registou que 72% das mulheres na faixa etária dos 35-39 anos que não conseguiram evitar a última gravidez também não usam actualmente métodos contraceptivos e, nas mulheres entre 40-44 anos na mesma situação, a percentagem é muito próxima de 90%.

A análise do planeamento da última gravidez indica que, embora as mulheres tomem decisões, ou tenham a intenção de reduzir a frequência de gravidez durante o período reprodutivo ou terminar a vida reprodutiva mais cedo, estas decisões não são acompanhadas de um planeamento familiar efectivo. A grande maioria das mulheres que não recorre a métodos de contracepção fá-lo por falta de vontade e conhecimento, incluindo-se neste grupo as mulheres cuja última gravidez foi inoportuna ou contra o desejo de ter mais filhos.

3.3. Mortalidade Materna e Esperança de Vida à Nascença

O número de mortes maternas entre a população tem origem em dois factores: o risco de mortalidade associado a uma única gravidez, ou com um único nado vivo, e o número de gravidezes ou partos de mulheres em idade reprodutiva.

A Taxa de Mortalidade Materna (TMM) é o quociente entre o número de óbitos devidos a causas directas ou indirectas relacionadas com a gravidez, num determinado período, e o número de nados vivos nesse mesmo período (habitualmente expressa por 100.000 nados vivos). No caso presente, esta informação foi obtida indirectamente a partir da técnica conhecida como "método das irmãs sobreviventes". As mulheres entrevistadas

responderam sobre o número de irmãs que atingiram os 15 anos de idade.

Os resultados obtidos no IBEP mostram uma taxa de mortalidade materna (TMM) situada entre 400 e 450 óbitos maternos em cada 100 mil nados vivos em todo do país (ver anexo 3)[4]. A estimativa corresponde a um passado de aproximadamente sete a oito anos antes da data do Inquérito. Estimativas feitas utilizando vários critérios apontam para uma taxa de mortalidade materna mundial inferior a 500 mortes maternas por 100.000 nados vivos no início dos anos 2000.

Embora factores como o intervalo de variação devido ao tamanho da amostra e percentagens significativas de respostas nulas possam afectar as estimativas, os diversos cálculos demonstram que este indicador não está acima de 1000, como sucedia nas décadas de 80 e 90. Devem ser realizadas análises mais aprofundadas e complementares - inclusivamente com utilização de outras fontes - para validar o nível referido.

A esperança de vida é um indicador demográfico complementar da avaliação das condições de saúde da população. As estimativas da esperança de vida à nascença foram desenvolvidas com base nos dados sobre os filhos nascidos vivos e os sobreviventes. A esperança de vida é o número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idade observadas no momento. O modelo de referência foi o padrão Norte de Coale-Demeny nível 14, comummente utilizado na África subsariana, ajustado ao ano de 2005. O IBEP definiu a esperança de vida geral à nascença em 48 anos, sendo 47 para o sexo masculino e 49 para o feminino. Os pormenores metodológicos sobre estes cálculos encontram-se no Anexo 4.

3.4. Migração Interna

O Inquérito recolheu dados sobre fluxos migratórios para toda a vida entre as diferentes províncias e os factores que mais influenciaram na deslocação espacial das pessoas. A história de migração em Angola é marcada por quatro períodos cruciais: (i) antes da independência nacional em 1975; (ii) entre a independência e as primeiras eleições gerais em 1992; (iii) após as eleições em 1992 e antes do acordo de paz em 2002, e (iv) após o acordo de paz. Ao contrário das outras estimativas demográficas discutidas neste capítulo, a migração interna em Angola é difícil de medir porque está extremamente associada ao fenómeno de deslocação interna, para o qual a delimitação é arbitrária e difícil de estabelecer com precisão. Por essa razão, o foco da análise recai sobre a migração para toda a vida, ignorando movimentos de população temporários ou sazonais importantes, que são também determinantes cruciais da estrutura e composição da população.

3.4.1. Taxa de migração interna e total

A Tabela 3.4 apresenta a taxa de migração permanente dividida em interna e total, incluindo a última os migrantes estrangeiros. A migração interna é definida neste relatório como a mudança permanente da província de residência relativamente à província de nascimento.

A visão convencional de migração interna (no sentido estrito do termo) é que ela responde essencialmente às diferentes oportunidades económicas no país originadas pelo crescimento industrial, urbanização e disponibilidade de serviços sociais, particularmente a educação. Isso explica, em parte, as diferenças na taxa de migração interna entre províncias, grupos etários e pessoas com diferentes níveis de ensino.

Tabela 3.4

Taxa de migração total e interna

Caracterização	Taxa de Migração	
	Migração Interna	Migração Total
Angola	**12.6**	**13.4**
Área de residência		
Urbana	19.7	20.6
Rural	4.1	4.8
Sexo		
Homens	12.6	13.3
Mulheres	12.7	13.5
Idade		
0-4	1.2	1.5
5-9	3.4	4.0
10-14	7.6	8.1
15-24	13.3	14.4
25-34	24.5	25.7
35-44	28.7	29.7
45-54	27.1	28.1
55-64	20.1	20.5
65 +	19.3	20.2
Nível de escolaridade		
Nenhum	4.8	5.2
Primário	13.5	14.2
Secundário [+]	29.2	31.0

[4] A taxa de mortalidade materna estimada pelo IBEP deve ser interpretada com algum cuidado devido aos problemas da qualidade dos dados obtidos a partir do método das irmãs sobreviventes. Ver base de cálculos no Anexo 3.

As estimativas de migração interna indicam que 12,6% da população angolana migrou da sua província de nascimento e quase 20% se mudou de áreas rurais para urbanas. Com uma taxa de migração total de 13,4%, conclui-se que, à data do Inquérito, cerca de 1% da população era constituída por imigrantes de países estrangeiros. No entanto, prevê-se que, por motivos legais, nem todos os imigrantes tenham declarado o seu verdadeiro estatuto, o que sugere que a taxa actual esteja subestimada.

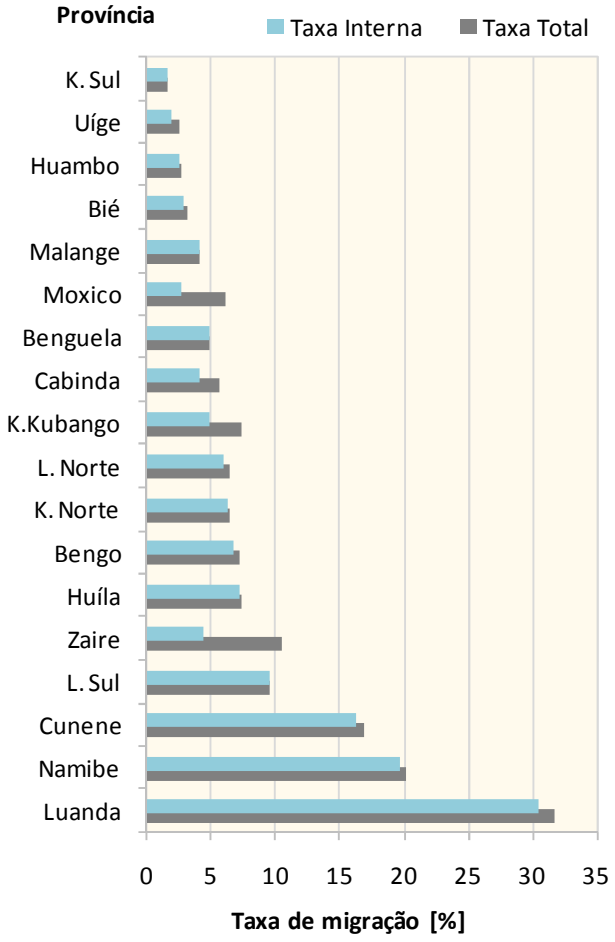
A Tabela 3.4 mostra que as mulheres e os homens angolanos tiveram, ao longo dos anos, a mesma preferência ou necessidade de migração, mas existem diferenças marcantes entre as faixas etárias, sendo esse um dos principais factores que determina o período e influencia o motivo de migração. As crianças com menos de 15 anos de idade permanecem habitualmente na província de nascimento, sendo que a deslocação para fora aumenta substancialmente a partir dos 15 anos, quando as crianças começam a ser confrontadas com problemas na educação e opções de emprego. A taxa permanece alta entre a população economicamente activa e diminui entre a população velha. Homens e mulheres sem escolaridade são menos propensos a migrar (4,8%), em comparação com os que atingiram o nível primário e secundário, cujas taxas de migração são calculadas em 13,5% e 29%, respectivamente.

A taxa de migração interna varia entre províncias e não é surpreendente que Luanda possua a taxa mais elevada (30,5%), conforme se observa na Figura 3.5. Este dado está em perfeita concordância com o nível de disponibilidade de serviços básicos em Luanda relativamente às outras províncias, o nível de crescimento urbano e a percepção que predominou durante vários anos de que existem em Luanda mais oportunidades de geração de rendimentos. No entanto, o gráfico também ilustra que os padrões de migração interna em Angola não são explicados apenas pelas diferenças de oportunidades económicas e sociais entre as províncias, apresentando Benguela e Huíla, províncias de maior referência económica, taxas inferiores às províncias fronteiriças como Cunene, Lunda Sul e Zaire. Existem, portanto, outras causas para migração interna em Angola que só podem ser identificadas em estudos mais profundos de dinâmica da população.

3.4.2. Tendências de migração

A migração interna, seja temporária ou para toda a vida, é um processo contínuo que ocorre com maior ou menor incidência em determinados períodos da história de um país ou região. A Figura 3.6 revela a tendência geral de migração entre 1975 e 2002, destacando as províncias de Luanda e Huambo, por serem historicamente centros populacionais de referência. As tendências para as outras províncias podem ser consultadas nos anexos. O período 1975-1992 é marcado por um forte aumento na migração para Luanda, que chegou a atingir uma taxa de 38%, mas baixou para mais de metade após o acordo de paz, em 2002. Contrariamente a esta tendência, na província do Huambo, os fluxos migratórios mantiveram-se baixos durante todo o período de guerra (12% em média), mas o quadro inverteu-se radicalmente na sequência do acordo de paz em 2002, chegando a migração a atingir 62%. Províncias que apresentam um padrão de migração semelhante ao do Huambo são Kuando Kubango, Moxico, Lunda Norte, Zaire e Malanje.

Figura 3.5
Taxa de migração por província



A associação entre a migração e a deslocação interna em Angola é mais correctamente compreendida se forem analisadas as causas da migração. A Figura 3.7 indica que, tanto nas zonas rurais como urbanas, o reencontro familiar é a principal razão de migração para 51% dos migrantes rurais e 47% dos urbanos. A guerra, que está também associada ao reencontro familiar, é o segundo principal factor que influencia as decisões de migração, com uma diferença clara entre os migrantes rurais e urbanos. Os factores de natureza económica e social têm menos influência sobre a decisão de mudança permanente da província de origem.

As razões para a migração também variam de acordo com o período de referência. Cerca de 39% dos movimentos migratórios, no período compreendido entre a independência em 1975 e as primeiras eleições gerais em 1992, foram motivados pela guerra, mas um número igual de migrantes movimentou-se por motivos de reencontro familiar durante o mesmo período. No entanto, a proporção de migrantes que procuravam o reencontro familiar atingiu o pico de 59% na sequência do acordo de paz de 2002, período em que também se registou a maior proporção de crianças em idade escolar (5-14 anos de idade) que migraram à procura de oportunidades de educação.

A análise das taxas de migração interna nas 18 províncias de Angola indica que ainda não existem padrões regionais de migração bem definidos. Apesar de que muitas províncias revelam um aumento da taxa de migração na sequência do acordo de paz em 2002, os factores reais que influenciam estas tendências no período pós-guerra ainda não são muito claros - sejam eles económicos ou sociais - ou ainda faz parte do esforço individual de restabelecimento em curso.

É evidente que a guerra foi o principal factor que motivou a mudança de residência da grande maioria da população migrante. Por outro lado, factores de ordem social e económica, como a procura de trabalho e oportunidades de educação (estudar), estão também entre as principais motivações para a mudança de residência. Qualquer um dos três factores está fortemente associado à pobreza das pessoas, tal como indica a Figura 3.8. A guerra afectou, de forma de geral, quase todas as famílias angolanas, mas com incidência inquestionavelmente mais forte entre os 20% da população mais pobre (primeiro quintil), provocando deslocações e, consequentemente, mudanças para as actuais áreas

Figura 3.6
Tendência geral de migração

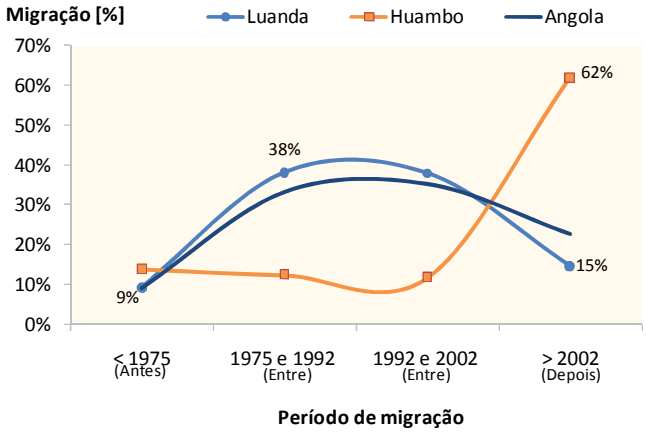


Figura 3.7
Principais causas de migração

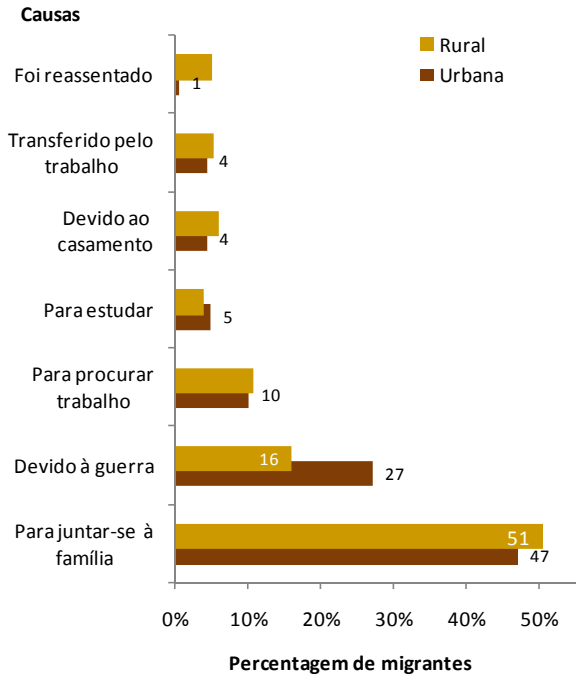
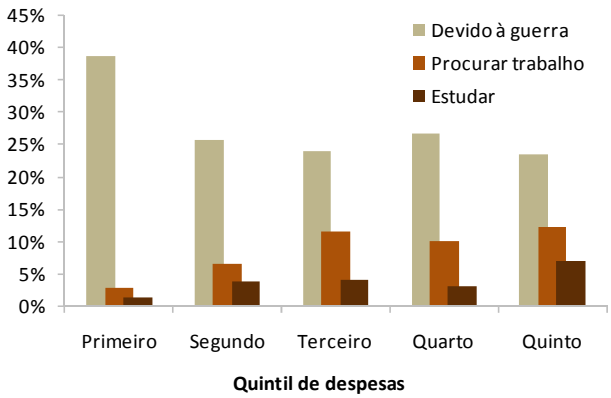


Figura 3.8
Causas de migração segundo o quintil de pobreza



de residência. Quase 39% do segmento da população mais pobre vive em províncias que não são as de origem. Os 20% da população mais rica deslocou-se menos durante a guerra e, por este motivo, uma proporção menor (23%) reside actualmente em novas áreas. Ao contrário dos mais pobres, a migração para novas áreas de residência entre a população mais rica está essencialmente associada a factores como emprego (procura de trabalho) e educação. A proporção da população mais rica que migrou por questões de trabalho é quatro vezes superior à dos agregados familiares pobres. Diferença semelhante regista-se nos factores ligados à educação, onde os mais ricos superam os mais pobres em cinco vezes.

Parte II

Indicadores Sociais: Habitação e Educação

4 Características da habitação e posse de bens

A habitação constitui um direito humano universal, reconhecido na Conferência HABITAT II realizada em 1996 em Istambul. Nesta conferência, para além da função económica e ambiental, consolida-se sobretudo a abordagem da função social da habitação, traduzida em conceitos como habitação adequada e desenvolvimento sustentado dos estabelecimentos humanos, que constituem desafios fundamentais num mundo em rápida urbanização. Em conformidade com esta tendência internacional, o IBEP aponta para uma percentagem de urbanização em Angola na ordem dos 55%.

Este capítulo descreve as condições físicas, ambientais e sociais de habitabilidade da população - incluindo o acesso a serviços essenciais de abastecimento de água, saneamento e fontes de energia - e a posse de equipamentos e bens essenciais ao seu bem-estar.

4.1. Habitação Adequada

A avaliação das condições da habitação pondera as características gerais da habitação, os materiais usados na sua construção, a lotação, a estrutura etária, o tempo de residência na habitação, o regime de ocupação, a renda média mensal, o acesso a água potável e ainda a existência de sanitários e esgotos. A avaliação combinada de algumas destas variáveis produz indicações sobre o que podem ser consideradas condições apropriadas (ou não) de vida da população.

4.1.1. Tipo de habitação

Embora constituindo uma dimensão importante para eventuais considerações sobre as condições de vida da população, as características da habitação nem sempre podem ser consideradas relevantes para determinar a qualidade de vida dos agregados familiares, na medida em que podem coexistir diferentes níveis de pobreza nos mesmos espaços habitacionais. Esta constatação assume ainda maior relevância nas zonas rurais. A Tabela 4.1 apresenta a distribuição percentual de famílias de acordo com o tipo de habitação em que residem. Os dados indicam que oito em cada dez agregados familiares vivem em moradias. Esta proporção atinge 87% em zonas urbanas e baixa para 73% nas zonas rurais, onde o tipo de construção mais caracteristicamente rural, as cubatas ou cabanas, atinge 24%.

Para efeitos de análise da distribuição geográfica dos tipos de habitação, e embora não se conheça a distribuição espacial da população nas zonas urbanas, teve-se em conta a população da província, para permitir relativizar a leitura. A análise centra-se nas moradias, na medida em que a proporção de agregados a viver em apartamentos e anexos é pouco significativa, praticamente não alcançando, no conjunto, 10%.

De entre as províncias com mais de 500.000 habitantes, Cunene é a província com a menor proporção

Tabela 4.1

Distribuição dos agregados por tipo de habitação

Caracterização	Tipo de habitação					Número de agregados
	Moradia	Apartamento	Anexo	Cubata ou cabana	Outro	
Angola	**80.2**	**1.7**	**5.3**	**12.5**	**0.2**	**11,686**
Área de residência						
Urbana	86.6	3.2	7.9	2.0	0.3	5,886
Rural	73.2	0.1	2.4	24.2	0.1	5,800
Nível de escolaridade do chefe do agregado						
Nenhuma	70.7	0.2	2.4	26.5	0.3	2,697
Ensino primário	81.6	0.7	4.2	13.5	0.1	5,196
Ensino secundário [+]	84.2	4.2	8.2	3.1	0.3	3,355

de agregados a viver em moradias (36%), facto que estará provavelmente relacionado com a habitação característica dos povos pastores, já que as cubatas ou cabanas atingem aqui a maior expressão (57%). Malanje e Lunda Norte, também neste grupo, revelam proporções entre 60-70% e entre 20-30% de cubatas ou cabanas, respectivamente.

Com respeito às províncias com mais de um milhão de habitantes, o caso que merece realce é Huíla. Aí concentram-se 10,3% da população total do país e as moradias representam 75%. Luanda, que concentra 30% da população total, apresenta uma percentagem de 84% de agregados a viver em moradias.

4.1.2. Tempo de construção da habitação

A estrutura etária dos edifícios é um indicador relevante, pois permite entender o crescimento dos núcleos urbanos ao longo dos tempos, bem como avaliar a longevidade do parque imobiliário. A Figura 4.1 indica que cerca de 34% das habitações foram construídas nos últimos cinco anos, mas os números diferem entre zonas urbanas e rurais, sendo de 23% e 47%, respectivamente. Este facto pode estar relacionado com um restabelecimento ainda recente de populações nas suas zonas de origem na sequência dos Acordos de Paz de 2002.

As variações são significativas também em termos de distribuição geográfica, o que pode relacionar-se com as dinâmicas populacionais determinadas pelo conflito armado. Assim, Bié, Lunda Sul, Moxico e Kuando Kubango são as províncias em que a proporção de casas construídas nos últimos cinco anos é mais acentuada, situando-se entre 60% e 70%. Seguem-se Malanje e Lunda Norte, no limiar dos 50%, e Huambo, Kuanza Sul e Huíla com 40%.

A nível nacional, cerca de 15% das habitações tem mais de 20 anos de construção - década de 90 - com predominância para a zona urbana (22%). Destas, 6% foram construídas na década de 70.

A Figura 4.2 reflecte a evolução ao longo dos tempos dos regimes de ocupação mais significativos. A auto-construção e as ocupações ilegais revelam uma expansão nos últimos cinco anos. Este facto pode estar relacionado com a progressiva estabilidade que o país vai conhecendo, que propicia o investimento na habitação, e também com a crescente urbanização.

A proporção de casas cedidas pelo estado também atinge o seu valor mais elevado neste período (26%) comparativamente com os restantes períodos etários.

Figura 4.1.
Distribuição dos agregados segundo tempo de construção da habitação

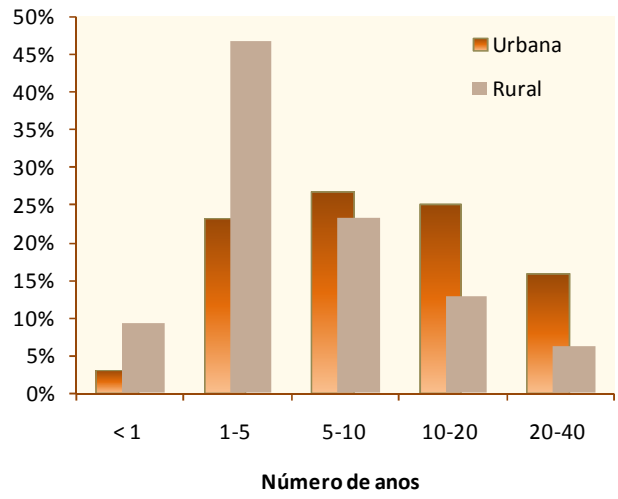
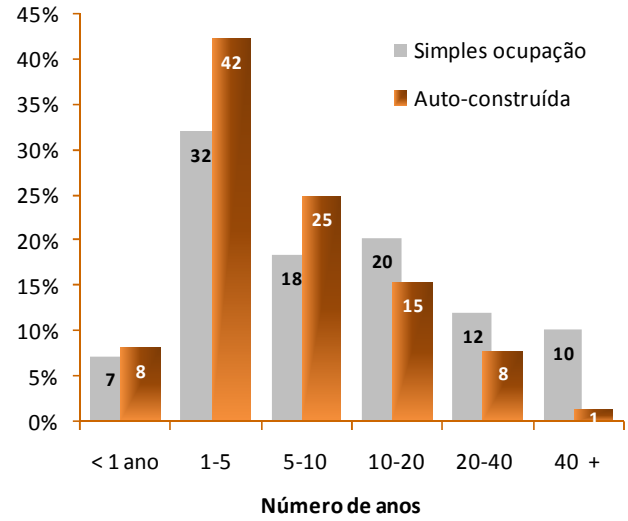


Figura 4.2
Evolução da proporção de auto-construção e ocupação ilegal



O arrendamento subiu em apenas um ponto percentual relativamente ao período 5-10 anos (29%) e a compra diminuiu na mesma proporção (24%) no mesmo período. No último ano, a auto-construção e ocupação ilegal revelam pouca diferença, o arrendamento atingiu os 3% e a compra não ultrapassou os 2%.

Estes números sugerem uma iniciativa de construção muito centrada na população para solução imediata das suas necessidades de abrigo, possivelmente como resultado dos grandes fluxos migratórios internos derivados da instabilidade política e social no período entre 1974 e 2002 (68% da população) e que contribuíram para o crescimento desordenado dos espaços urbanos.

4.1.3. Adequação da construção

A qualidade da habitação é avaliada de forma mais concreta através da referência aos materiais utilizados na sua construção. São considerados materiais de construção não apropriados o adobe, o bambu, o pau-a-pique e o chão de terra batida. A nível nacional, 88% dos agregados vivem em habitações inadequadas, sendo a proporção menor nas áreas urbanas (79%) comparativamente com as rurais, onde é praticamente universal a percentagem de agregados a viver em habitações não apropriadas (99%). Cerca de 61% são habitações auto-construídas, mas 96% delas são construídas com material não apropriado, com valores idênticos à média nacional na distribuição entre áreas de residência.

A educação parece não ter grande influência sobre estes valores, embora 13% dos agregados cujo chefe tem o ensino secundário resida em habitações de qualidade apropriada, proporção que não ultrapassa os 5% quando o chefe do agregado tem níveis de escolaridade inferiores.

A Figura 4.3 apresenta a proporção de agregados que vivem em condições inadequadas por quintil de consumo. Em praticamente todos os quintis, esses valores estão acima de 90%, excepto no quinto quintil, em que não ultrapassa 79,5%, revelando uma maior capacidade de investimento em materiais de melhor qualidade pelos 20% da população mais rica.

Exceptuando-se as cubatas ou cabanas, em que a qualidade é considerada não apropriada de modo universal, as moradias ocupam a segunda posição das habitações construídas com materiais não apropriados (89%). As habitações auto-construídas são as que registam maior percentagem de inadequação de construção (96%). A melhor qualidade de construção (30%) encontra-se nas casas compradas ou em processo de compra. Os elevados custos dos materiais de construção, o reduzido poder de compra da população e o limitado acesso ao crédito habitacional podem estar na base desta situação.

4.1.4. Lotação

O número de pessoas por divisão numa habitação é um indicador aproximado do nível de pobreza do agregado. Quanto maior a média de pessoas por divisão, maior a probabilidade de que esse agregado seja mais pobre. Considera-se sobrelotação a situação em que o número de pessoas por quarto de dormir é superior a três. A Tabela 4.2 reflecte a média de pessoas por divisão e quarto de dormir. A média nacional por divisão é de 1,7 sem variação significativa entre área urbana e rural. No que diz respeito ao número de pessoas por quarto de dormir, esta média sobe para três pessoas, sendo que 42,5% dos agregados familiares vive em situação de sobrelotação, revelando um eventual défice habitacional no país.

A província com maior proporção de sobrelotação é Bié (61,5%), enquanto Cabinda regista a menor (27%). Cunene, Huambo, Moxico, Kuando Kubango e Bengo possuem entre 50-60% de habitações com sobrelotação. Kuanza Sul, Luanda, Lunda Sul, Zaire e Namibe estão entre 40-50% e as restantes províncias abaixo de 40%.

Figura 4.3.
Percentagem de agregados familiares com habitações inapropriadas por quintil de consumo

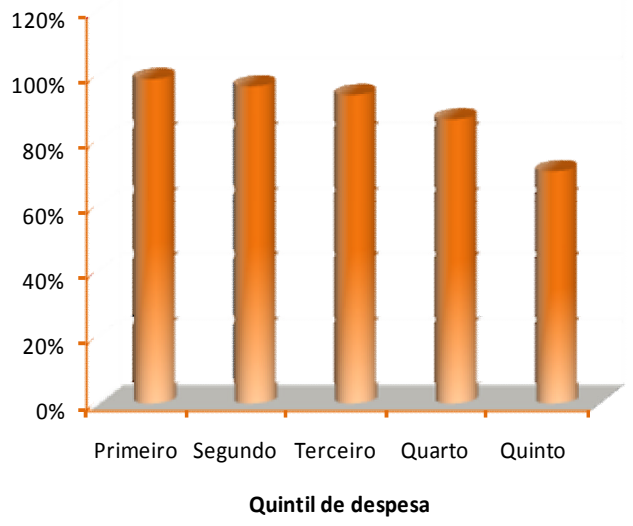


Tabela 4.2.
Número médio de pessoas por divisão da habitação

	Angola	Área de Residência	
		Urbana	Rural
Média de divisões por habitação	**3.0**	3.3	2.6
Média de pessoas por divisão	**1.7**	1.6	1.8
Média de quartos para dormir por habitação	**1.8**	1.9	1.6
Média de pessoas por quarto para dormir	**2.9**	2.7	3.0
Número de agregados	**11,686**	5,886	5,800

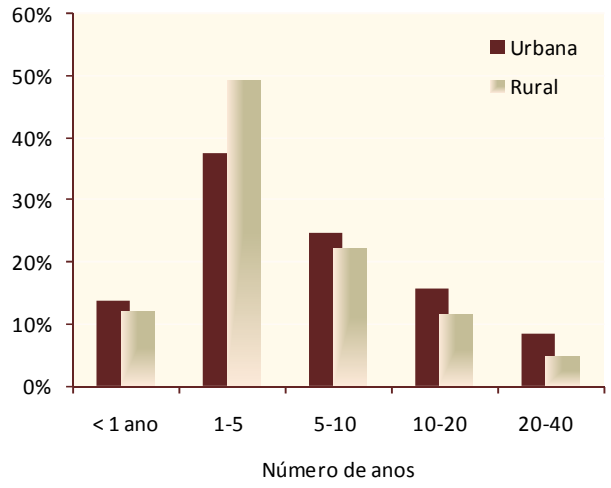
4.1.5. Tempo de residência

A forma de habitação está directamente relacionada com o ciclo de vida do agregado, na medida em que este tem implicações directas nas estratégias que adopta para resolver a questão da habitação, sobretudo num grande centro urbano. Portanto, os diferentes modos de habitar resultantes dessas estratégias determinam as diferentes formas de ocupação do espaço, resultando na grande diversidade de tipos de estabelecimentos urbanos.

A Figura 4.4 revela que 43% dos agregados a nível nacional vivem nas suas habitações entre um e cinco anos. Apenas 7% dos agregados vive nas suas casas há mais de 20 anos, a maioria dos quais nas áreas urbanas (8%). No último ano, todas as províncias registaram percentagens superiores a 10% de agregados a residir aí há menos de um ano. Nos casos de Moxico, Lunda Norte, Malanje e Kuanza Norte esses valores atingiram mesmo os 20%. Excepção neste período é o caso de Benguela, em que apenas se registou 1,5% de novos habitantes. A população mais estável (que habita há mais de 20 anos na mesma província) encontra-se em Huambo, Kuanza Norte e Luanda (9%), seguidos de Benguela, Huíla, Namibe e Cabinda (8%) e Cunene (7%).

Figura 4.4

Percentagem de agregados familiares segundo o tempo de residência

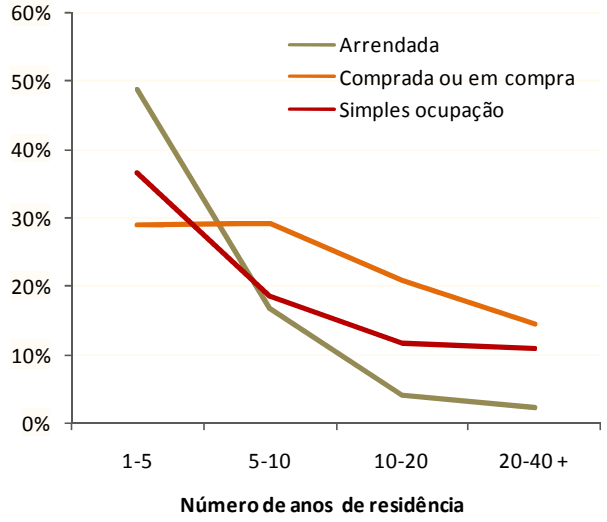


A Figura 4.5 reflecte a evolução dos regimes de ocupação em relação com o tempo de residência dos agregados. Ao avaliar os vários períodos de residência relativamente aos regimes de ocupação, é interessante observar que os regimes legais de ocupação evoluem de forma consistente ao longo dos anos de residência, tendo o seu pico no período dos últimos cinco anos. O arrendamento foi o que maior crescimento teve, progredindo de 2% no período de mais de 20 anos de residência para 49% nos últimos cinco anos. A compra de habitações estabilizou no período 5-10 e 1-5 anos (29%), tendo registado valores muito baixos (6%) no último ano. A ocupação ilegal, traduzida na simples ocupação, progrediu também de forma consistente ao longo dos diferentes períodos, tendo passado de 11% para 36,5%.

Estes dados podem ser indicadores dos intensos movimentos migratórios que se registaram em Angola nas últimas décadas e revelar que os estabelecimentos populacionais podem ainda estar longe de se ter consolidado.

Figura 4.5.

Evolução dos regimes de ocupação por tempo de residência



4.1.6. Regime de ocupação

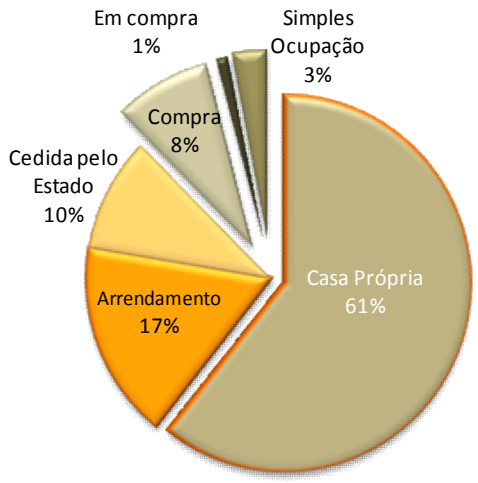
A análise do regime de ocupação permite ter uma ideia da segurança da posse dos imóveis por parte dos seus ocupantes e do volume de legalizações a processar, sobretudo no espaço urbano, cujos padrões de estabelecimento nas últimas décadas não obedeceram a critérios de urbanização e legalização consistentemente aplicados.

A representação na Figura 4.6 mostra que o regime de habitação é, em 61% dos casos, o da casa própria, revelando uma forte iniciativa de construção por parte da população. Os regimes de ocupação ilegais representam apenas 3% dos casos. A distribuição por área de residência reflecte diferenças

Tabela 4.3.
Distribuição percentual dos agregados familiares segundo o regime de ocupação

Caracterização	Regime de ocupação						Número de agregados
	Arrendamento	Compra	Em Compra	Cedência pelo Estado	Simples Ocupação	Casa própria	
Área de Residência							
Urbana	29.7	14.2	1.4	12.9	2.2	39.4	5,886
Rural	2.0	2.1	0.3	7.3	2.9	85.4	5,800
Tipo de habitação							
Moradia	16.4	9.3	0.9	10.0	2.4	61.1	8,944
Apartamento	30.8	33.9	7.9	22.9	0.1	4.4	145
Anexo	47.6	3.2	0.7	15.2	5.1	28.2	747
Cubata ou cabana	2.0	2.1	0.3	8.4	2.6	84.6	1,823
Nível de escolaridade do chefe do agregado							
Nenhuma	4.0	4.2	0.5	7.0	3.8	80.5	2,697
Ensino primário	10.8	7.0	0.7	9.1	2.7	69.8	5,196
Ensino secundário [+]	31.6	13.1	1.5	14.3	1.5	38.1	3,355
Períodos de migração*							
Não migrante	11.8	5.7	0.4	9.3	2.9	69.9	9,315
Antes de 1975	11.6	19.9	2.3	20.0	2.0	44.1	292
1975 - 1992	25.2	21.3	2.2	11.3	1.5	38.5	937
1992 - 2002	38.3	10.4	2.9	13.3	1.2	34.0	698
Depois de 2002	52.8	8.1	0.8	9.6	2.5	26.2	444
Quintil de despesas							
Primeiro	3.1	2.2	0.2	5.8	1.7	87.1	1,328
Segundo	9.0	6.7	0.5	6.1	3.3	74.4	1,729
Terceiro	13.6	7.2	1.2	9.5	2.6	65.9	1,847
Quarto	19.8	11.4	1.1	12.5	2.7	52.6	2,011
Quinto	29.6	12.4	1.3	17.4	1.6	37.7	2,087

Figura 4.6.
Distribuição percentual dos agregados familiares segundo o regime de ocupação



substanciais, predominando os regimes legais nas áreas urbanas onde a proporção é cinco vezes superior à das zonas rurais, com escassos 12%.

Uma leitura da Tabela 4.3 permite ainda outras conclusões. Os apartamentos são o tipo de habitação que apresenta as maiores percentagens de arrendamento (31%) e aquisição (34%), evidenciando um mercado imobiliário florescente nas zonas urbanas, superior ao das moradias. Os anexos apresentam a maior proporção de arrendamento (48%), indicando provavelmente o seu uso como fonte alternativa de rendimento por parte de famílias estabelecidas há mais tempo.

Por outro lado, à medida que aumenta a escolaridade do chefe do agregado, os regimes ilegais traduzidos na simples ocupação são substituídos pela legalização da ocupação. Quando o chefe do

agregado possui o ensino secundário, a proporção de ocupação ilegal desce para 1,5%, metade comparativamente aos 4% dos agregados cujo chefe não tem escolaridade.

Nas zonas rurais, encontram-se as mais elevadas situações de ocupação ilegal (3%) e o maior número de auto-construções (85%). As aquisições são de apenas 14% nas cidades e 2% na zona rural. Os casos de regularização de aquisições numa ou noutra área são insignificantes (1,4% na zona urbana e 0,3% em áreas rurais), factor que dá a indicação de um volume elevado de legalizações a regularizar.

Estes dados, no seu conjunto, revelam uma posse pouco segura das habitações. Os valores elevados de auto-construção registados (61%), reveladores de uma iniciativa de investimento a considerar, podem constituir uma oportunidade para o mercado imobiliário, que parece estar em franco crescimento, mas de modo desordenado e pouco normalizado.

Em relação aos ciclos de migração do chefe do agregado, a ocupação ilegal é maior entre a população não migrante (3%), mas também é esta camada da população que menos arrendamento faz (12%) e mais constrói casa própria (70%). Esta percentagem baixa de auto-construção é constante entre os agregados dos diferentes períodos migratórios, correspondendo a mais baixa à população que migrou após os Acordos de Paz em 2002 (26%). É neste último grupo de migrantes que o arrendamento atinge os seus valores mais elevados (53%).

4.1.7. Acessibilidade económica

O crescimento demográfico, o preço das residências, o aluguer, o nível da inflação, a renda, a disponibilidade de crédito habitacional e os custos de construção exercem forte influência na formação do quadro habitacional.

Uma habitação é considerada acessível quando os seus custos financeiros se situam a um nível que não ameaça a satisfação das outras necessidades básicas do agregado, ou seja, os custos afectos à habitação devem ser compatíveis com os seus níveis de rendimento. Os agregados que tenham que dedicar mais de 30% do seu rendimento ao pagamento de aluguer são considerados como tendo muitas dificuldades de acesso. A Tabela 4.4 apresenta a estimativa agrupada em intervalos da renda média mensal paga pelos agregados pelas suas habitações nas diferentes províncias do país.

As possibilidades financeiras de cada indivíduo ou família constituem um factor determinante nas escolhas habitacionais adoptadas por cada um. Assim, quanto mais alto o poder de compra de determinado agregado familiar, maior o leque de opções em matéria de estratégias habitacionais.

O salário mínimo nacional está fixado em 9.381,00 kwanzas (actualização de 1 de Maio de 2010). Estes dados permitem afirmar que apenas na província do Kuanza Sul e, nalguns casos, do Uíge e Kuanza Norte, uma pessoa que aufira o salário mínimo poderia ser considerada como tendo uma habitação economicamente acessível. Em todas as outras, os agregados mais pobres serão eventualmente forçados a ter mais do que uma fonte de rendimento para fazer face às despesas correntes.

Tabela 4.4.
Estimativas de renda média mensal em kwanzas

Renda média mensal [estimativa em Kz]	Povíncias
1.000 - 2.000	Kuanza Sul
2.000 - 3.000	Uije e Kwanza Norte
3.000 - 4.000	Bengo, Malanje, Lunda Sul
4.000 - 5.000	Huambo
5.000 - 6.000	Bié
6.000 - 7.000	Moxico
10.000 - 12.000	Benguela, Zaire
12.000 - 14.000	Lunda Norte, Cabinda
14.000 - 20.000	Huíla, Kuando Kubango
20.000 - 30.000	Luanda, Namibe
> 100.000	Cunene

O caso de Cunene, que revela uma média de renda superior a 100.000 kwanzas, demonstra a possibilidade de um erro de medição ou recolha incorrecta de dados. No entanto, a média também não é a melhor medida para avaliar variações entre províncias ou mesmo dentro destas, pois não permite medir as amplitudes entre a renda mais alta e mais baixa que normalmente ocorrem entre diferentes zonas de uma mesma cidade ou entre regiões ou províncias.

4.2. Acesso e Tratamento da Água

O abastecimento adequado de água, em quantidade e qualidade, e o saneamento, para além de originarem a melhoria das condições de vida e bem-estar de uma população, permitem o controlo e prevenção de doenças, a prática de hábitos higiénicos, aumentando a expectativa de vida e produtividade económica dos cidadãos do país.

A ausência de água e hábitos de higiene são um dos maiores problemas mundiais, de proporções endémicas, sendo responsáveis por 2.2 milhões de mortes por ano, 90% das quais são crianças de idade inferior a cinco anos. Cerca de 90,5% das mortes por diarreia aguda em países em desenvolvimento atinge a população com menos de 15 anos de idade (OMS/UNICEF, 2005). Em Angola, entre as principais causas de morbilidade e mortalidade encontram-se doenças derivadas do consumo de água de fonte inapropriada, que podem ser prevenidas com o recurso a regras básicas de higiene.

4.2.1 Acesso a água

Em conformidade com as normas internacionais, são consideradas fontes de água apropriadas: torneira ligada a uma rede de adução de água, torneira do vizinho ou do prédio, chafariz público, furo com bomba, e a cacimba ou nascente protegidas. Já o tanque do vizinho, a cacimba ou nascente desprotegidas, a água da chuva ou chimpacas, os rios, riachos ou charcos e os camiões-cisterna foram considerados como fontes não apropriadas de água para consumo.

A nível nacional, menos de metade da população (42%) usa uma fonte apropriada de água para beber, embora exista uma disparidade acentuada entre as áreas de residência. A população na área rural tem uma probabilidade duas vezes e meia inferior de obter água apropriada comparativamente à área urbana.

O chafariz público é a principal fonte apropriada de água para beber, tanto nas cidades como no meio rural, estimada em 15% e 7% respectivamente. A Figura 4.7 apresenta o acesso da população às diferentes fontes apropriadas de água para beber segundo a área de residência.

A Figura 4.8 reflecte o acesso a fontes apropriadas de água por província. As províncias do Leste, nomeadamente Lunda Sul, Lunda Norte e Moxico, bem como o Bengo apresentam as proporções mais baixas de uso de água a partir de fontes apropriadas. A situação na província de Lunda Sul é preocupante, com uma percentagem seis vezes inferior à média nacional (7%). Relativamente às províncias de maiores concentrações populacionais, é de destacar o caso de Luanda, com mais de cinco milhões de habitantes, e onde apenas metade da população tem acesso a fontes apropriadas de água. Províncias como Cunene, Bié, Uíge, Huambo

Figura 4.7.
Proporção da população com acesso a fontes de água adequadas

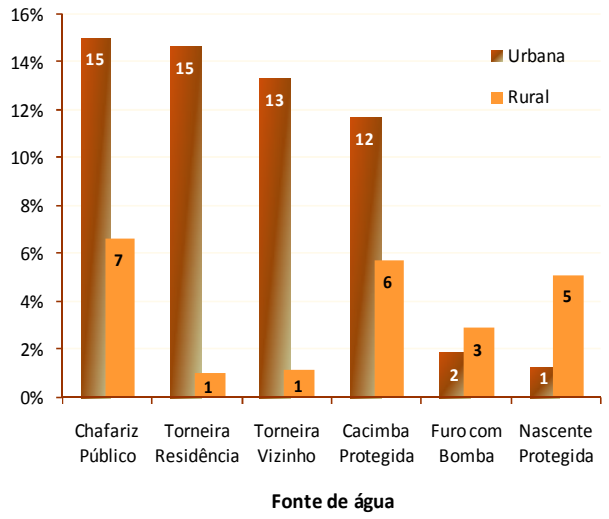
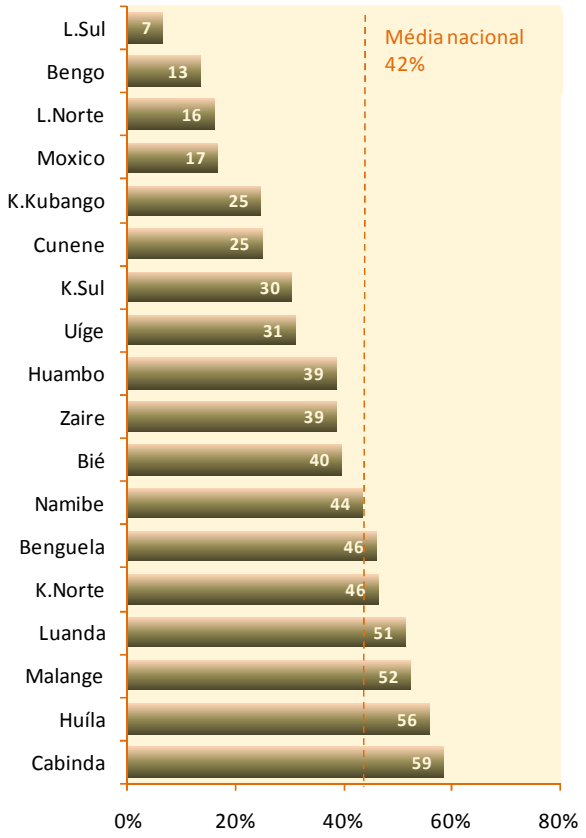


Figura 4.8.
Percentagem da população com acesso a fontes de água adequadas (por província)



e Kuanza Sul, igualmente populosas, não atingem a média nacional de acesso a fontes apropriadas de água.

Em relação aos quintis de consumo, o acesso a fontes apropriadas de água para beber varia dos 26%

no primeiro quintil para mais do dobro no quinto quintil (63%). O regime de ocupação da habitação influencia decisivamente o acesso a fontes de água apropriada para beber. Enquanto nas casas sob arrendamento a proporção de população com acesso a estas fontes é de 63%, esses valores baixam para praticamente metade no caso de regimes como a simples ocupação e a construção de casa própria.

Numa tentativa de obter uma estimativa da cobertura da rede estatal de distribuição de água, foram agregados os dados das questões relativas às seguintes variáveis: torneira na própria residência, torneira em prédio ou na casa do vizinho e chafariz público. Os dados apontam para uma cobertura de apenas 28% da população, sendo a cobertura na área urbana 4,7 vezes superior à da área rural, onde não ultrapassa os 8% da população.

As províncias com cobertura mais escassa são as que, concentrando muita população, não atingem a média nacional de cobertura de abastecimento de água: são os casos de Cunene, Malanje, Bié e Uíge, onde a cobertura não atinge os 10%. Nas províncias com mais de um milhão de habitantes, é alarmante o caso de Huíla, que concentra 10,3% da população do país e apresenta uma cobertura de apenas 7%. Menos preocupantes são os casos de Huambo e Kuanza Sul, que também não atingem a média nacional. Luanda apresenta uma cobertura de apenas 33% para uma população de cerca de 5 milhões de habitantes. A população mais pobre tem um acesso muito limitado a água da rede (7%), oito vezes inferior ao da população mais rica (54%). No regime de simples ocupação ou de construção de casa própria, o acesso à água da rede não ultrapassa os 17%, subindo esse valor para o triplo no caso dos regimes legais de ocupação (50% em média).

As fontes inadequadas de água para consumo predominam na zona rural. O rio, riacho ou charco é a fonte a que a população mais recorre (49%), seguida da cacimba desprotegida (14%) e da nascente desprotegida (10%). Na zona urbana, uma fonte não apropriada, o tanque do vizinho, é usada por 22% dos agregados. As outras fontes inadequadas, como o camião-cisterna e a cacimba desprotegida, apresentam valores idênticos e bastante baixos (5%). No caso de Luanda, o recurso ao camião-cisterna é de 7%, abaixo de Moxico e Lunda Sul, com 11% e 13% respectivamente.

Nas zonas excluídas da rede básica de serviços públicos, a falta de acesso a fontes seguras de água é um factor agravante das condições de vida, já de si precárias. O grau de acesso à água pondera, por isso, como variáveis a distância e o tempo gasto até à fonte de abastecimento mais próxima. Considera-se que há acesso a água quando a fonte de abastecimento está situada até 1 km de distância e o tempo gasto para atingi-la é, no máximo, 30 minutos. Cerca de 13% dos agregados obtêm água a mais de 500 metros e 40,5% gastam mais de 30 minutos para obter água para beber. Estes dados, quando relacionados com a zona de residência, apresentam diferenças significativas, como revelado na Tabela 4.5.

Tabela 4.5.
Proporção de agregados segundo a distância e tempo gasto até à fonte mais próxima de abastecimento de água

Caracterização	Angola	Área de Residência	
		Urbana	Rural
Número de Agregados	11.686	5.886	5.800
Distância			
< 100 metros	52.2	68.3	36.7
100-500 metros	35.1	25.3	44.4
500-1000 metros	7.8	3.3	12.2
1 Km +	4.9	3.1	6.7
Tempo gasto			
< 30 minutos	59.5	66.9	52.4
30-60 minutos	30.1	26.0	34.1
1-2 horas	7.8	5.0	10.5
2-3 horas	1.8	1.4	2.1
3 horas +	0.8	0.8	0.9

Nas cidades, cerca de 94% da população tem uma fonte alternativa à torneira entre 100 e 500 metros da sua habitação. Já na zona rural, 20% dos agregados obtém água a mais de 500 metros, 7% dos quais mais de 1 km. Nos centros urbanos, 33% dos agregados gasta mais de 30 minutos para obter água, enquanto no meio rural essa proporção sobe para 48%.

As províncias em que a situação atinge proporções mais graves são: Lunda Sul, em que 52% dos agregados percorre mais de 500 metros para aceder a uma fonte de água, Namibe, Moxico e Zaire com mais de 30%, e Cunene, Lunda Norte, Benguela e Kuanza Sul, entre 10-30%. Em termos de tempo gasto nas mesmas províncias, 50-60% dos agregados gasta mais de 30 minutos para obter água. Contudo, relativamente ao período de realização do MICS

2001, os dados indicam que o acesso a fontes de água melhorou nas zonas urbanas, mas não nas zonas rurais.

O transporte manual de água é associado ao género, pois a responsabilidade pelo abastecimento de água no domicílio é atribuída às mulheres, compartilhada somente com as crianças, conforme indicado na Figura 4.9. A proporção de mulheres maiores de 18 anos que transporta água é relativamente superior na zona rural (78%) e é pouco significativa entre as mulheres das restantes faixas etárias numa e noutra zona. No que diz respeito aos membros do sexo masculino dos agregados, as proporções, para além de reduzidas, não apresentam praticamente variação entre áreas de residência.

4.2.2. Tratamento e uso da água para beber

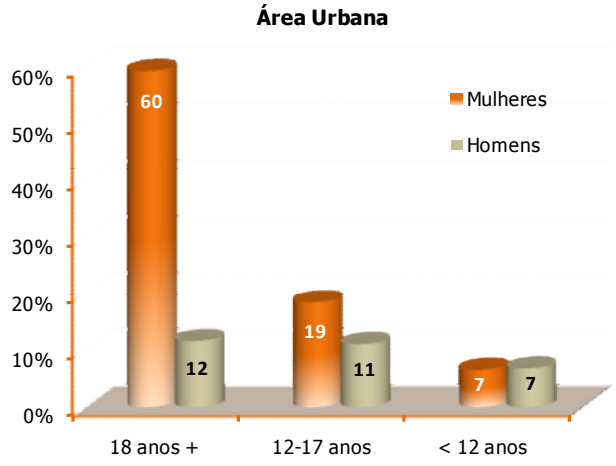
O recurso a fontes apropriadas de água para beber não é, contudo, indicador de consumo de água potável. O tratamento da água destinada a beber assume, por essa razão, uma importância particular, pela possibilidade de reduzir a incidência de doenças derivadas da água em Angola, pois as doenças diarreicas são responsáveis por cerca de 19.700 mortes de crianças por ano (OMS/UNICEF, 2004).

No caso do recurso a fontes não apropriadas de água, a questão assume contornos mais graves. O manuseio da água refere-se à maneira como ocorre a sua recolha, transporte, armazenamento e uso. A recolha nem sempre é efectuada em locais apropriados e não são seguidas práticas básicas de higiene, como lavagem das mãos antes da recolha. O armazenamento não é feito em áreas e em recipientes higiénicos e protegidos. Os recipientes para retirar água do local em que está armazenada não são, muitas vezes, limpos. Tudo isto compromete a qualidade da água para consumo.

A Tabela 4.6 mostra que, a nível nacional, 66% da população não dá qualquer tratamento à água para beber e o tratamento apropriado mais utilizado é a desinfecção com lixívia (26%). Apenas 7% da população ferve a água, tendo os restantes modos de tratamento adequado da água muito pouca expressão. Poucos agregados usam outros métodos de tratamento da água, em qualquer das áreas de residência. Deixar repousar é o tipo de tratamento menos eficaz mais citado e pode estar ligado à pressuposição de que assim se retêm sólidos suspensos ou impurezas que conferem turbidez à água e esta fica purificada.

Figura 4.9.

Diferença percentual de homens e mulheres que transportam água para o agregado familiar



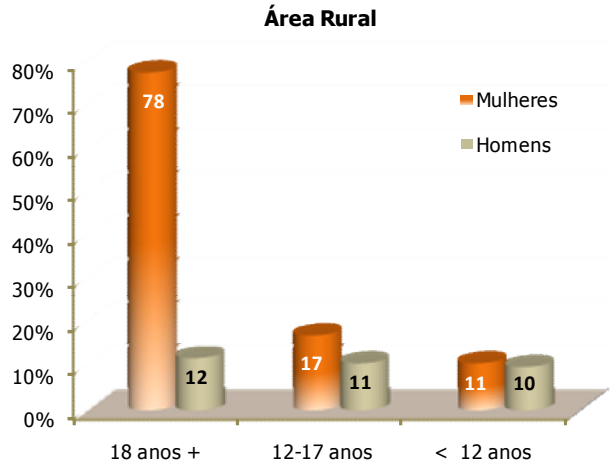


Tabela 4.6.

Distribuição da população segundo a forma de tratamento da água

Tipo de Tratamento	Angola	Área de Residência	
		Urbana	Rural
Não trata	**65.9**	**46.4**	**89.5**
Tratamento adequado			
Desinfecta com lixívia	25.7	43.1	4.7
Ferve	7.1	9	4.8
Filtra com filtro de água	0.3	0.4	0.1
Filtra e ferve	0.1	0.1	0.1
Outros métodos			
Filtra com pano	0.01	0.02	0.003
Deixa repousar	0.2	0.02	0.3
Aquece ao sol	0.01	0.02	0
Outro	0.7	0.9	0.4
Total	100	100	100
Número de Pessoas	**58,123**	**30,710**	**27,413**

As diferenças segundo a área de residência são significativas. Cerca de 90% da população na área rural não dá qualquer tratamento à água para beber, embora seja a que apresenta maior percentagem de uso de fontes de abastecimento não apropriadas de água (58%). O número de pessoas que consome água correctamente tratada quando o recurso referido corresponde a fontes inapropriadas é, surpreendentemente, quase duas vezes inferior aos que, usando fontes apropriadas, ainda assim tratam a água de modo adequado (42%). A situação nas zonas rurais é mais grave: apenas 15% das pessoas que acede a fontes apropriadas de água a trata correctamente e escassos 8% tratam correctamente a água obtida por via de fontes inapropriadas. A educação tem influência decisiva nesta situação. A proporção de pessoas que consome água correctamente tratada de uma fonte apropriada triplica nos casos em que o chefe do agregado tem o ensino secundário (56%) e é nove vezes superior nos casos em que a fonte de água é inapropriada (55%).

4.3. Condições de Saneamento

O saneamento ambiental envolve actividades básicas de esgotos sanitários, limpeza pública, drenagem urbana e controlo de vectores de importância sanitária, tendo o abastecimento de água como actividade principal. Nos locais onde se verifica inexistência ou precariedade de esgotos sanitários e disposição de resíduos sólidos a céu aberto, factor que induz à proliferação de insectos e roedores, ocorre normalmente a disseminação de contaminantes que alcançam as fontes de água ou os reservatórios de armazenamento, e proliferam doenças infecciosas relacionadas com excreções, lixo e vectores.

Tipo de instalação sanitária

Foram consideradas instalações sanitárias apropriadas as que estão ligadas à rede de esgotos (pia e sanita), a fossa séptica ou o poço roto, e a latrina seca ou com descarga manual. A vala negra ou aberta, o rio, a lagoa ou o mar, o capim, o mato ao ar livre são formas não seguras de eliminação e disposição de excreções e dejectos. Apenas 53% dos agregados tem algum tipo de instalação sanitária em casa: destes, o sanitário com ligação ao sistema de esgotos é o que maior percentagem apresenta (39%), seguido da fossa séptica (37%) e da latrina seca (24%). Existe uma proporção maior de agregados nas áreas urbanas (74,5%) com uma instalação sanitária em casa comparativamente com os agregados nas áreas rurais. Para além disso, 49% destas instalações estão ligadas ao sistema de esgotos na área urbana e apenas 8% na zona rural, revelando muito baixa cobertura da rede de esgotos.

A diferenciação geográfica dessa cobertura varia, sendo muito limitada nas províncias de Bié, Uíge e Malanje, províncias com mais de 500.000 habitantes e que não atingem a média nacional de cobertura (39%). Benguela, Huambo e Huíla são casos ainda mais graves, na medida em que albergam mais de um milhão de habitantes.

São os agregados em casas com mais de 20 anos de construção os que apresentam a maior proporção de sanitários instalados (66%) e são também estas casas que registam maior percentagem de ligação à rede de esgotos (70%). Habitações construídas nos últimos cinco anos não ultrapassam os 47% de sanitários adequados e as casas construídas recentemente não chegam a 20%. Cerca de 44% dos agregados a viver em habitações auto-construídas têm instalação sanitária, mas menos de metade estão ligados à rede de esgotos. As casas construídas no último ano não ultrapassam os 20% e, por outro lado, a existência de um sanitário na habitação aumenta proporcionalmente ao nível de escolaridade do chefe do agregado, atingindo os 77% entre os que têm o nível secundário e apenas 29% nos agregados cujo chefe não tem escolaridade.

Adequação da instalação sanitária

A Figura 4.10 e a Tabela 4.7, mais em detalhe, mostram que apenas 32% da população rural usa uma instalação sanitária apropriada, proporção duas vezes e meia inferior à área urbana. A nível nacional, 60% das pessoas possui instalação sanitária apropriada nas suas habitações. Contudo, apenas 41% (na área urbana) e 3% (na rural) estão ligadas à rede oficial de esgotos, indicando que a grande maioria da população enfrenta ainda problemas de insalubridade nos seus locais de residência.

É importante salientar que a inclusão da latrina seca nas instalações sanitárias apropriadas, sem distinção das que possam ser realmente apropriadas ou não, pode estar a sobrevalorizar os dados de adequação da instalação sanitária.

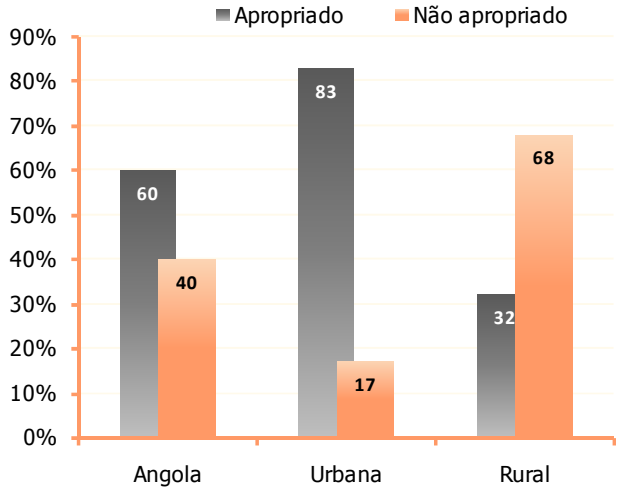
Os agregados cujos chefes tenham uma escolaridade secundária (ou nível mais elevado) tendem a ter duas vezes mais possibilidades de possuir um sanitário apropriado nas suas habitações do que os agregados cujo chefe não sabe ler nem escrever (33%). Quando

relacionadas com os quintis de despesa, as pessoas no quinto quintil têm mais do dobro do acesso a sanitários apropriados (87%) do que no primeiro quintil (33,5%).

O caso mais grave de insalubridade por não apropriação das instalações sanitárias usadas é o da província do Cunene, com mais de 500.000 habitantes e onde se estima que apenas 18% da população viva com saneamento adequado. Lunda Norte e Malanje, também com mais de meio milhão de habitantes, não atingem os 50% de pessoas com saneamento adequado. Kuanza Sul e Benguela são os casos mais graves de insalubridade no grupo das províncias com mais de um milhão de habitantes, com escassos 32% e 35% de pessoas com acesso a instalações sanitárias apropriadas, respectivamente. A Huíla não atinge os 50%, sendo que apenas Luanda e Cabinda se situam acima dos 80%.

Pelos riscos que a prática da defecação ao ar livre implica, é de salientar a elevada percentagem a nível nacional (34%), com particular incidência na zona rural (64%) e entre a população mais pobre (61%) e sem qualquer nível de escolaridade (63%). Esta prática diminui à medida que aumenta o nível e escolaridade e entre os agregados mais ricos, mas ainda assim mantém-se em percentagens à volta dos 10%, demonstrando a relevância dos processos educativos relacionados com os hábitos de higiene.

Figura 4.10.
Proporção de pessoas com instalação sanitária adequada na habitação



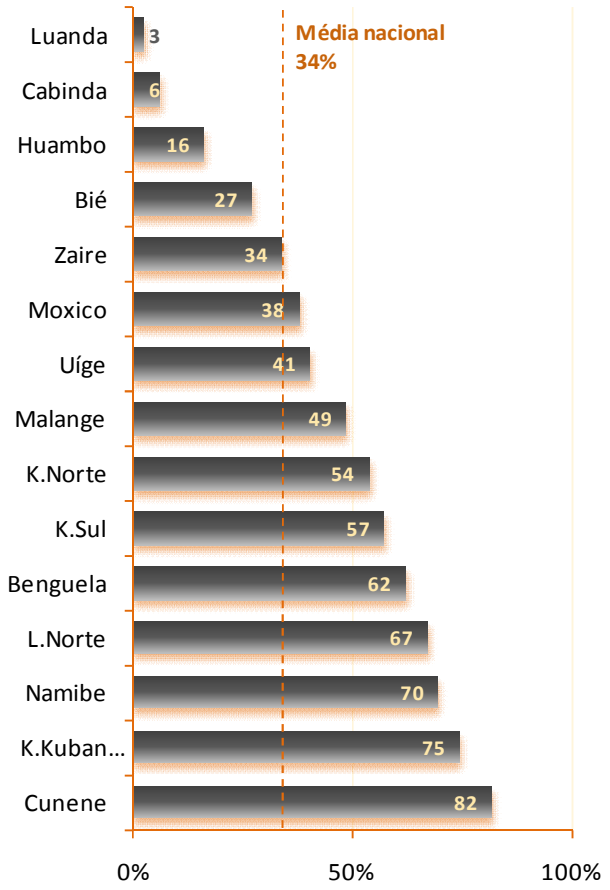
Existe uma relação consistente entre as condições sanitárias da habitação e a prática de defecação ao ar livre. Pela sua relevância, os dados são separados por província na Figura 4.11. Os casos mais graves registam-se no Namibe, Kuando Kubango e Cunene, com valores superiores a 70% dos agregados a declarar defecar ao ar livre. Apenas estão abaixo da média nacional as províncias do Bié, Huambo, Cabinda e Luanda.

Tabela 4.7.
Proporção da população por tipo de instalação sanitária

Caracterização	Tipo de instalação sanitária ou local onde defeca						Com saneamento apropriado	Número de pessoas
	Apropriado			Não apropriado				
	Sistema de esgotos	Fossa séptica Poço roto	Latrina seca ou descarga manual	Vala negra ou aberta	Rio, mar ou lagoa	Capim, mato ou ar livre		
Angola	**23.9**	**20.0**	**16.0**	**0.7**	**0.5**	**34.3**	**59.6**	**58,123**
Área de residência								
Urbana	41.2	26.1	15.7	0.8	0.8	10.3	82.5	30,710
Rural	3.0	12.6	16.5	0.6	0.1	63.5	31.9	27,413
Nível de escolaridade*								
Nenhum nível	6.0	11.4	15.9	0.3	0.2	63.4	33.1	2,952
Primário	15.0	19.0	16.9	1.0	0.8	42.5	50.7	2,851
Secundário [+]	44.7	24.4	14.8	0.5	0.3	10.5	83.4	3,312
Quintil de despesas								
Primeiro	2.9	11.6	19.3	0.2	0.7	61.3	33.5	8,561
Segundo	11.4	18.6	18.1	0.7	0.5	45.3	47.7	9,840
Terceiro	19.3	22.8	17.7	1.6	1.2	32.4	59.5	9,739
Quarto	36.4	21.7	13.9	0.7	0.4	21.1	71.5	9,502
Quinto	52.9	21.8	12.3	0.2	0.2	8.7	86.6	7,756

* Nível de escolaridade do chefe do agregado

Figura 4.11.
Percentagem de agregados familiares que praticam defecação ao ar livre (por província)



Eliminação segura de excreções

Uma eliminação segura de excreta humanos/esgotos sanitários tem grande importância na redução da exposição à infecção e contracção de doenças de transmissão feco-oral. As doenças associadas a deficiência ou inexistência de eliminação de excreta/esgotos sanitários podem ser divididas em cinco grupos, conforme reflectido no quadro abaixo.

O destino adequado dos excreta não é um problema meramente técnico. Na maior parte dos casos, a dificuldade com o destino dos dejectos consiste em sensibilizar as pessoas a usar e a manter a latrina, o que só pode ser conseguido com programas de educação sanitária, que levem em conta as preferências culturais, o entendimento da relação entre o uso da latrina e a melhoria das condições de saúde e eliminação sistemática das latrinas abandonadas. A eliminação segura de excreta foi considerada a que usa a pia/sanita ligada à rede de esgotos ou a latrina.

Na área rural, 64% da população defeca no capim, mato, rios, lagoas ou ao ar livre e 25,5% dos agregados da área urbana vivem em habitações sem instalação sanitária, revelando um défice considerável de condições de sanidade apropriadas em qualquer das áreas de residência. As províncias onde a situação de eliminação dos excreta em locais impróprios parece atingir as proporções mais alarmantes são Cunene (82%), Kuando Kubango (74,5%) e Namibe (70%).

A Figura 4.12 reflecte as práticas de eliminação dos excreta de crianças dos 0-2 anos de idade. A nível nacional, 54% dos excreta de crianças dos 0-2 anos de idade são eliminados de forma segura, mas a variação é grande entre zonas urbanas (79%) e rurais (28%). O Cunene mantém-se a província que apresenta maiores problemas, reflectindo uma proporção de apenas 8% na eliminação de forma segura de excreta. Luanda apresenta a melhor eliminação de excreta (90%), seguida de Cabinda, Huambo e Bié, todas acima dos 75%.

..

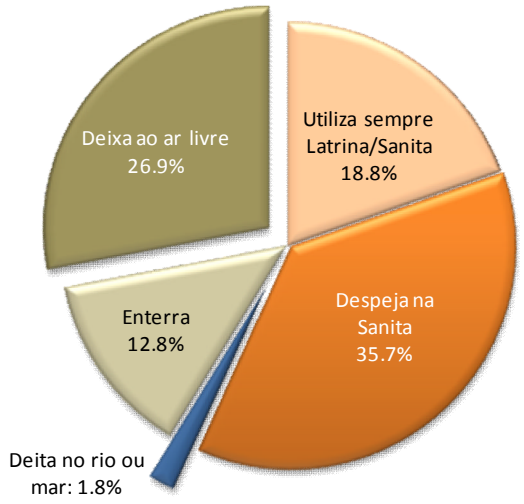
Principais doenças relacionadas com eliminação de fezes

Grupo de doenças	Formas de transmissão	Principais doenças
Feco-orais (não bacterianas)	Contacto pessoa a pessoa quando não se tem higiene pessoal adequada	Poliomielite, hepatite B, giardiase, desinteria amebiana, diarreias por virus
Feco-orais (bacterianas)	Contacto interpessoal, ingestão e contacto com alimentos e fontes de água contaminadas com fezes	Febre tifóide e paratifóide; diarreia e disinterias bacterianas como a colera
Helmintos transmitidos pelo solo	Ingestão de alimentos contaminados e contacto da pele com o solo contaminado com fezes	Ascaridiose (lombrigas), tricuriase e ancilostomíase (amarelão)
Helmintos associados à água	Contacto da pele com água contaminada	Esquistossomose
Transmitidas por vectores que se relacionam com as fezes	Procriação de insectos em locais contaminados com fezes	filariose (elefantíase)

A eliminação segura de dejectos das crianças dos 0 aos 2 anos de idade é proporcionalmente influenciada pelo nível de escolaridade do chefe do agregado, sendo quase três vezes maior nos agregados com nível de escolaridade secundário relativamente aos chefes de agregado sem escolaridade (27%).

Figura 4.12.

Locais de eliminação de dejectos das crianças dos 0 aos 2 anos de idade



4.4. Fontes de Energia

O consumo energético tem um papel central no desenvolvimento sustentável de um país, nas suas dimensões social (luta contra a pobreza), económica (segurança do abastecimento) e ambiental (protecção do ambiente). O processo acelerado de urbanização leva a um fornecimento crescente de energia eléctrica, mediante modelos pautados pelo aumento da oferta para atender a uma procura igualmente crescente. O consumo de energia eléctrica tem, por isso, uma participação expressiva do segmento residencial devido ao crescimento populacional.

Energia de iluminação

Em Angola, 36% da população tem acesso à rede eléctrica, sobretudo na área urbana, onde existe a maior proporção de agregados consumindo electricidade da rede (62,5%), enquanto na zona rural o candeeiro a petróleo ocupa esse mesmo lugar com 63,4%, como reflectido na Tabela 4.8.

Apesar de a electricidade constituir o tipo de iluminação por excelência nas áreas urbanas, o recurso ao uso de candeeiros petróleo, geradores e velas ainda é bastante significativo. Cerca de metade dos agregados em regime de simples ocupação usa o candeeiro a petróleo, 13% usa lenha e 6% possui gerador como fonte de iluminação.

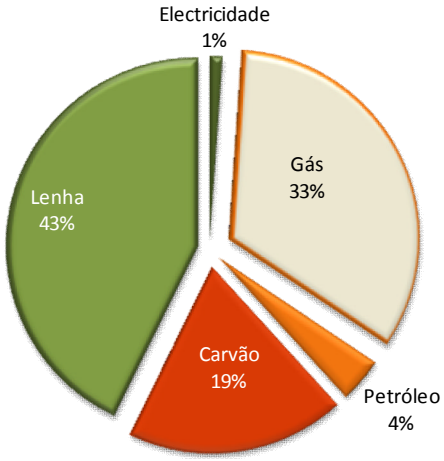
Os agregados cujo chefe não tem qualquer escolaridade apenas acedem à rede eléctrica em 9% dos casos, utilizando sobretudo o candeeiro a petróleo (59%) e a lenha (20%) como fontes de iluminação. Estes valores quase invertem-se quase totalmente quando a escolaridade sobe para o nível secundário, onde a principal fonte de iluminação é a eléctrica, com 69%. Na mesma linha, a população no quinto quintil acede a electricidade da rede em 64%, comparativamente a apenas 5% dos mais pobres.

Combustível para cozinhar

Em Angola, 61% dos agregados usa sobretudo a lenha e o carvão como fonte de energia para cozinhar, aqui considerados em conjunto pela sua origem na biomassa, como reflectido na Figura 4.13. O gás aparece como segunda fonte de energia para cozinhar, com 33%. O petróleo não ultrapassa os 4%.

Figura 4.13.

Distribuição segundo as fontes de energia para cozinhar



Contudo, as zonas de residência revelam números muito diferenciados referentes a utilização. A lenha é consumida sobretudo nas zonas rurais (80%), enquanto o carvão é mais consumido nas áreas urbanas (25%). Já no caso do gás, o consumo é feito por pouco mais de metade dos agregados nas zonas urbanas, tendo as zonas rurais uns escassos 3,5%. O petróleo tem usos pouco diferenciados entre as áreas de residência.

Tabela 4.8.
Proporção de agregados segundo o tipo de iluminação utilizado

Caracterização	Principal tipo de iluminação							Número de agregados
	Sem iluminação	Electricidade da rede	Candeeiro	Velas	Lenha	Gerador	Outro	
Angola	**0.8**	**36.3**	**41.8**	**5.6**	**7.4**	**4.7**	**3.4**	**11,686**
Área de residência								
Urbana	0.4	62.5	22.3	6.5	0.7	7.0	0.6	5,886
Rural	1.3	7.3	63.4	4.5	14.9	2.0	6.5	5,800
Regime de ocupação								
Arrendada	0.5	66.4	20.7	6.9	0.2	4.9	0.4	1,727
Comprada ou em compra	0.2	70.4	14.9	5.7	0.8	7.4	0.6	889
Cedida	0.9	54.1	29.8	5.1	4.2	3.7	2.3	1,059
Simples ocupação	2.9	19.9	51.2	5.1	12.0	5.1	3.8	7,992
Nível de escolaridade*								
Nenhum nível	2.2	8.8	58.9	4.2	20.2	1.3	4.5	2,697
Ensino primário	0.7	24.7	54.2	6.2	6.5	3.3	4.5	5,196
Ensino secundário [+]	0.2	68.5	15.1	5.4	1.1	8.4	1.3	3,355
Quintil de despesas								
Primeiro	0.9	5.0	71.0	5.1	13.0	0.6	4.5	1,328
Segundo	0.6	18.4	56.9	5.9	11.7	1.4	5.2	1,729
Terceiro	0.8	33.2	44.0	7.9	7.5	3.4	3.3	1,847
Quarto	1.3	47.4	31.4	4.9	4.8	7.0	3.2	2,011
Quinto	0.6	64.2	19.1	4.3	1.1	9.7	1.0	2,087

* Escolaridade do chefe do agregado

A distribuição geográfica do uso das duas principais fontes de energia para cozinhar consta da Figura 4.14. As províncias que mais recurso fazem a lenha e carvão e não registam praticamente abastecimento em gás são Moxico, Lunda Sul, Bié Lunda Norte, Uíge, Zaire e Kuando Kubango. Nos casos em que a distribuição de gás está expandida, o recurso à lenha e ao carvão diminui, sobretudo no caso de Luanda, mas também de Cabinda. O abastecimento de gás não atinge a média nacional (33%) em províncias com mais de um milhão de habitantes como Benguela, Huíla, Huambo e Kuanza Sul e nesses casos a exploração dos recursos de biomassa intensifica-se.

Esta situação pode, a curto ou médio prazo, ter consequências irreversíveis. As políticas ambientais aconselham a reduzir o elevado uso de combustível sólido, a fim de assegurar a conservação e protecção do ambiente, pelo que estes dados apontam para a necessidade de rever a estrutura energética do país e de reposição do coberto vegetal em processo de degradação acelerado.

O nível de escolaridade do chefe do agregado influencia decisivamente o acesso a gás, já que 66% dos agregados cujos chefes têm o ensino secundário usam o gás para cozinhar, mas apenas 5% dos que não tem qualquer escolaridade acedem ao gás. No caso da lenha e do carvão, a relação é inversa, mas as diferenças menores: os agregados chefiados por pessoas sem escolaridade fazem recurso mais intensivo a lenha e carvão (75% e 15%, respectivamente) para 10% e 17% no caso de o chefe do agregado possuir educação secundária ou superior.

A dependência da biomassa como fonte de energia determina que as famílias gastem muitas horas diárias e façam caminhadas de muitos quilómetros nesta tarefa. A recolha de lenha é sobretudo uma tarefa das mulheres (muitas vezes também de crianças) e a estas foi colocada a questão de como obtêm a lenha e quantas vezes por semana o fazem.

A nível nacional, dos 42% de agregados que usam lenha para cozinhar, 97% recolhem a lenha no campo e é mínima a percentagem dos que a compram (3%). A diferenciação entre áreas de residência não é significativa, embora na zona urbana 12% dos agregados compre a lenha que usa, o que na zona rural praticamente não ocorre (apenas 2%).

A Figura 4.15 reflecte a frequência semanal de recolha ou compra de lenha. Mais de metade dos agregados que faz recurso a lenha recolhe ou compra-a

Figura 4.14.
Distribuição geográfica das principais fontes de energia para cozinhar

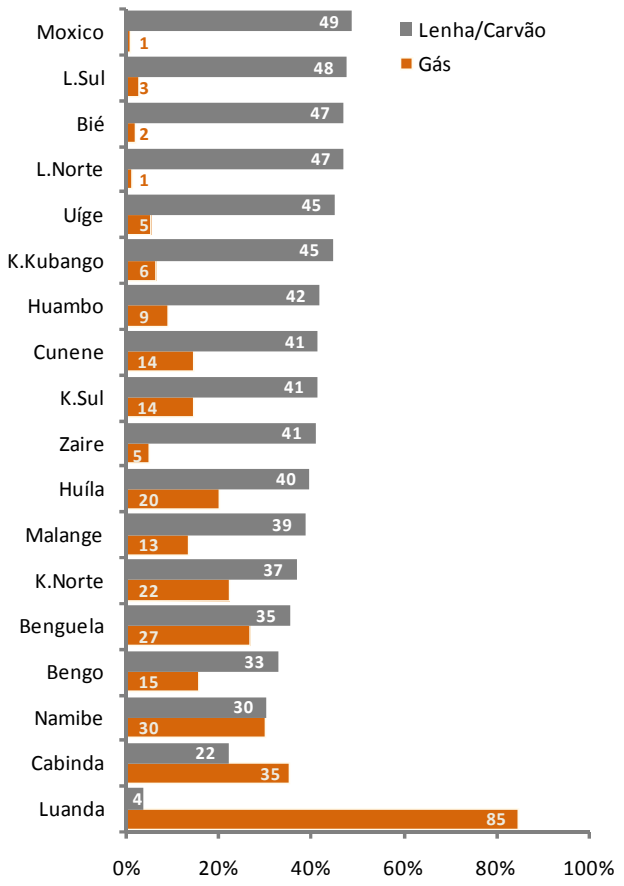
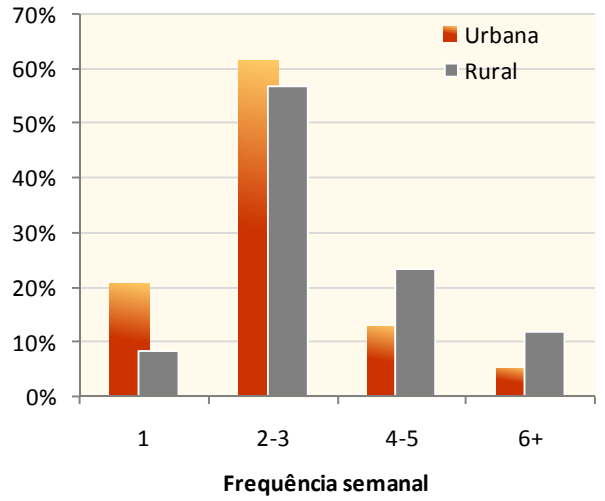


Figura 4.15.
Frequência semanal de recolha ou compra de lenha



duas a três vezes por semana e 22% entre quatro e cinco vezes. Apenas 12% dos agregados na zona rural recolhe/compra lenha seis vezes por semana e isso ocorre em 5% dos casos nas cidades. São poucos os agregados que compram lenha nas diferentes províncias. Em todas elas a recolha atinge proporções acima de 90%. Observa-se também que o nível de escolaridade do agregado não parece ter influência sobre este padrão, embora 4% dos que têm o ensino secundário comprem lenha.

4.5. Condições de Vida Urbana Inapropriadas

Como se referiu no início do capítulo, esta análise visa determinar a adequação da habitação e das condições de vida da população como medida de bem-estar. A agregação de diferentes variáveis já analisadas individualmente permite uma avaliação global das condições de vida da população. Pela elevada concentração demográfica, de pobreza e desigualdade e a elevada pressão sobre os serviços e infra-estruturas prevalecente nas áreas urbanas, esta análise é feita apenas para essas zonas. Assim, a Figura 4.16 espelha a proporção de agregados das áreas urbanas a viver em condições não apropriadas, por agregação das variáveis relacionadas com a habitabilidade: qualidade da construção, regime de ocupação, lotação, abastecimento de água e condições de saneamento da habitação.

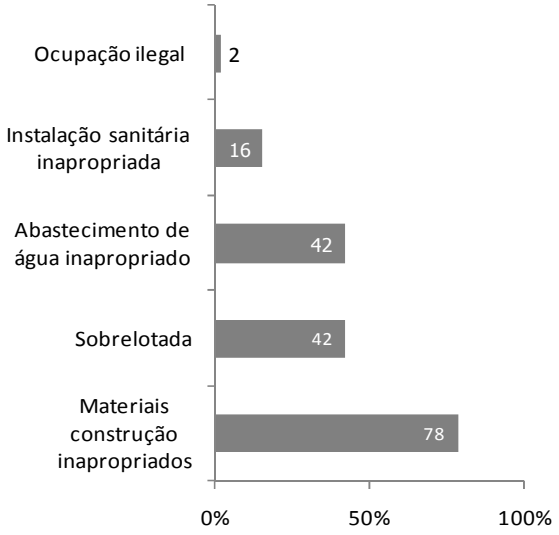
Cerca de 90% dos agregados que residem em cidades vivem em condições não apropriadas, possuindo provavelmente baixa qualidade de vida. A contribuição das diferentes variáveis para esta elevada percentagem apresenta diferenças significativas, sendo a qualidade da construção da habitação a que mais contribui, com 78%.

Na distribuição geográfica, o comportamento desta medida agregada varia pouco. Alguns casos devem ser mencionados: Lunda Norte, Lunda Sul e Moxico, no Leste do país, e Bengo, a Norte de Luanda, são as províncias onde a totalidade dos agregados que residem em áreas urbanas foi considerado como vivendo em condições não apropriadas. Em todas as restantes províncias, à excepção de Benguela e Luanda, a proporção de agregados está acima dos 95%, sendo o Cunene e Uíge, com mais de 500.000 habitantes, os piores. Entre as províncias com mais de um milhão de habitantes, Huíla e Kuanza Sul contam-se entre as mais problemáticas. Benguela é a província com menor percentagem de agregados a viver nestas condições (69%) seguida de Luanda (88%).

A escolaridade do chefe do agregado e o quintil de consumo influenciam os resultados. Quando o chefe do agregado tem o ensino secundário a probabilidade de que esse agregado habite em condições inapropriadas desce para 86%, cerca de 12% menos do que no caso dos chefes de agregado que não têm

qualquer escolaridade. Por outro lado, enquanto 100% dos agregados mais pobres vive em condições

Figura 4.16
Proporção de agregados familiares a viver em condições inadequadas



inapropriadas, entre os mais ricos essa proporção baixa para 80%.

4.6. Posse de Bens

A Tabela 4.9 reflecte a posse de bens de utilidade doméstica. Tal como no caso da melhoria das condições da habitação, os bens duráveis ou activos físicos das famílias desempenham várias funções no bem-estar do agregado e dos seus membros, nomeadamente os rendimentos directos para o agregado e a constituição de reservas de riqueza, às quais podem fazer recurso em caso de crise. Os agregados tendem a acumular bens duráveis ao longo do tempo e, por essa razão, a posse de bens é um indicador de bem-estar importante.

Existe claramente maior predominância de posse de bens nas áreas urbanas, onde dois terços dos agregados tem fogão, cerca de 45% possui frigorífico ou arca e ferro de engomar eléctrico, 39% possui ventoinha e 20% tem máquina de lavar e gerador. O nível de escolaridade e o nível de despesas influenciam ambos a capacidade de aquisição de bens por parte dos agregados familiares.

É de destacar a percentagem mais elevada de agregados com bens quando o chefe do agregado possui o ensino secundário ou daqueles que se situam no quinto quintil de consumo.

O acesso aos principais meios de comunicação e a posse de meios de transporte reflectem-se na Tabela 4.10. Os dados mostram que o acesso às tecnologias de informação (computador e internet em casa) está ainda pouco alargado no país, a julgar pela reduzida posse que os resultados revelam. A rede fixa de telefone apresenta valores pouco expressivos, mas a rede móvel parece estar em plena expansão em todo o território, embora muito concentrada ainda nas zonas urbanizadas (67%), ultrapassando mesmo a rádio

Tabela 4.9.
Percentagem de agregados segundo a posse de bens de utilidade doméstica

Caracterização	Ferro de engomar eléctrico	Fogão a gás ou petróleo	Geleira ou arca	Máquina de lavar roupa	Aparelho de ar condicionado	Ventoinha	Gerador	Número de agregados
Angola	**25.3**	**38.6**	**25.2**	**10.6**	**3.0**	**21.4**	**12.9**	**11,686**
Área de residência								
Urbana	44.1	67.5	45.3	19.1	5.5	38.9	20.3	5,886
Rural	4.5	6.8	3.0	1.2	0.2	2.1	4.6	5,800
Nível de escolaridade*								
Nenhum nível	4.6	8.5	4.2	1.3	0.0	2.9	2.2	2,697
Ensino primário	14.5	26.3	13.2	4.9	1.0	12.0	8.4	5,196
Ensino secundário [+]	52.3	73.8	54.3	24.5	7.8	45.9	24.8	3,355
Quintil de despesas								
Primeiro	2.6	3.3	0.8	0.6	0.2	0.3	2.5	1,328
Segundo	5.3	16.3	7.2	1.5	0.2	5.4	4.7	1,729
Terceiro	15.3	31.4	15.4	3.6	0.8	12.3	9.8	1,847
Quarto	32.8	51.8	33.5	10.9	1.1	31.1	17.1	2,011
Quinto	54.0	72.7	54.5	28.1	9.3	45.5	24.8	2,087

*Escolaridade do chefe do agregado

Tabela 4.10

Percentagem de agregados segundo a posse de meios de comunicação e de transporte

Caracterização	Angola	Urbana	Rural
Meios de comunicação			
Rádio	47.8	60.0	34.2
Telefone móvel	40.4	67.5	10.5
Televisão	38.5	66.2	8.0
Computador	4.1	7.6	0.2
Meios de transporte			
Um carro	6.8	11.3	1.9
Uma motorizada	8.7	9.5	7.7
Uma bicicleta	8.7	5.8	11.8
Número de agregados	11,686	5,886	5,800

e a televisão. Estes dois últimos meios de difusão de informação e comunicação são os mais abrangentes, mas a cobertura das áreas rurais é bastante diferenciada, 34% e 11% respectivamente.

A posse de viaturas, a nível nacional, predomina nas cidades (11%) e perde importância no meio rural (1,7%). Já no caso das motorizadas, existe um equilíbrio maior entre áreas de residência. A bicicleta é o meio de transporte mais utilizado na área rural (12%), valor que decresce para metade nas áreas urbanizadas.

Luanda, Cabinda e Moxico são as províncias com maior percentagem de agregados com viaturas - 15% para o primeiro caso e 10% nos dois últimos casos. Depois do Cunene com 8%, as restantes províncias registam valores à volta ou inferiores a 5%. O Bié é a província onde se regista o menor acesso a viaturas.

No que toca às motorizadas, o Kuanza Sul lidera a lista de províncias, com 21%, seguida de Benguela com 15% e Lunda Sul com 14%. Moxico, Bengo, Malanje, Huambo e Uíge situam-se nos 10%. Luanda não ultrapassa os 5%.

O nível de educação influencia a posse de meios de transporte de forma muito significativa no caso das viaturas, uma vez que os agregados cujo chefe não tem qualquer escolaridade são apenas 1% comparativamente a 17% dos que têm o ensino secundário. A relação entre os níveis de educação decresce para uma diferença de 9% no caso das motorizadas e, para as bicicletas, são os agregados cujo chefe tem o ensino primário que maior proporção reflectem (10%). Esta mesma tendência verifica-se nos quintis de consumo.

5 Educação

A educação é um sector central para o desenvolvimento do país. As políticas neste sector visam, de modo geral, garantir que todas as crianças completem um ensino básico de qualidade e gerir a continuação de estudos a diferentes níveis após o ensino básico, de modo a fazer face à procura, sobretudo do mercado de trabalho.

Este capítulo concentra-se no sistema educativo, começando por apresentar de forma breve o novo modelo adoptado em 2001 (ver caixa de texto na página ao lado), para depois analisar o acesso à educação nas diferentes faixas etárias e os factores que determinam a eficiência do sistema. A terceira e última parte do capítulo analisam os resultados do sistema de educação, referindo-se particularmente aos níveis de escolaridade alcançados pela população. As questões relacionadas com a percepção das pessoas sobre o sistema de ensino são discutidas no capítulo 11.

5.1. Sistema Educativo

Encarado como conjunto de estruturas e modalidades através das quais se processa a educação, o sistema educativo nacional é constituído por seis subsistemas: educação pré-escolar, ensino geral, educação de adultos, formação de professores, ensino técnico-profissional e ensino superior.

A educação pré-escolar consiste de programas que, para além de cuidados, oferecem à criança um conjunto de actividades de aprendizagem estruturadas em formatos mais ou menos informais. É a primeira etapa da educação básica no processo educativo, em conjunto com a acção educativa da família, constituindo o seu alargamento o primeiro objectivo do Programa "Educação para Todos". Para além da Creche, o pré-escolar considera dois anos de Jardim Infantil, o último dos quais corresponde à classe da Iniciação. Esta última passou a ser obrigatória a partir de 2001 para todas as crianças a partir dos cinco anos de idade, tem características próprias que a distinguem dos outros níveis de ensino e adopta uma abordagem integrada que inclui saúde, nutrição, higiene, desenvolvimento cognitivo e bem-estar sócio-emocional da criança.

O sistema de educação escolar estrutura-se em três níveis: primário, secundário e superior. O ensino primário corresponde ao nível de escolaridade obrigatório e é a base do ensino geral, tanto para a educação regular, como para a educação de adultos. A educação regular contém seis classes com ingresso a partir dos 6 anos de idade, enquanto a educação de adultos comporta alfabetização, onde se pode ingressar a partir dos 15 anos, e pós-alfabetização. O ensino secundário é composto por dois ciclos distintos e abrange entre seis a sete anos de escolaridade[1].

Sistema de ensino geral		
Educação Pré-escolar	**Número de anos**	**Idade mínima de entrada**
Iniciação	1	5
Jardim Infantil	2	
Creche	3	
Ensino Primário	**Número de Classes**	**Idade mínima de entrada**
Educação Regular	1-6ª	6
Educação de Adultos	Alfabetização	
Ensino Secundário		
Ciclo I		
Ensino Geral	7-9ª	12
Formação Profissional	7-9ª	12
Ciclo II		
Ensino Geral	10-12ª	15
Formação Média Normal	10-13ª	15
Formação Média Técnica	10-13ª	15

5.2. Acesso à Educação

A importância do investimento em capital humano decorre do seu reconhecido contributo para o crescimento económico, bem como para uma série de outros benefícios sociais. Por este motivo, é importante assegurar o acesso a ensino básico obrigatório (e gratuito) de qualidade para todas as crianças, e a erradicação do analfabetismo, de forma a garantir que toda a população tenha a oportunidade

[1] Lei 13/01, de 31 de Dezembro, Lei de Bases do Sistema Educativo

de desenvolver as capacidades mínimas para combater a pobreza. Os parágrafos seguintes abordam a situação da população que nunca frequentou a escola e do acesso ao ensino pré-escolar, primário e secundário. O nível de cobertura do sistema é analisado a partir de factores relacionados com a eficiência interna do sistema (taxas de matrícula e escolarização), assim como outros factores de natureza socioeconómica que influenciam na decisão dos encarregados de educação de enviar as crianças para a escola.

5.2.1. Acesso ao ensino pré-escolar

O objectivo global do sistema educativo é garantir às crianças a aquisição de valores, conhecimentos, capacidades e comportamentos adequados para viverem bem como crianças, adultos e cidadãos. Isso é feito de forma progressiva ao longo do percurso escolar da criança, começando no pré-escolar.

A frequência da educação pré-escolar a nível nacional é muito baixa (9%), como mostra a Tabela 5.1. Cerca de 11% das crianças das zonas urbanas frequenta o pré-escolar comparativamente com apenas 7% nas zonas rurais, onde a disponibilidade de centros infantis é seguramente muito reduzida e o acesso limitado. A frequência por localidade geográfica revela, entretanto, disparidades nalguns casos surpreendentes. Luanda, onde estes serviços estariam mais disponíveis e acessíveis, aparece com a sexta percentagem mais alta de frequência de pré-escolar - de apenas 12% - abaixo de Cabinda, Bié, Huambo e Zaire.

A frequência do pré-escolar aumenta progressivamente com a idade das crianças. Os dados revelam que a frequência entre crianças de três e quatro anos se situa na ordem dos 4% e 7%, respectivamente, e aumenta substancialmente aos cinco anos.

Tanto a matrícula como a frequência são muito influenciadas pela escolaridade da mãe e o quintil de consumo. Existem quase três vezes mais crianças matriculadas e a frequentar o pré-escolar filhas de mães com o ensino secundário ou mais elevado do que quando as mães não têm escolaridade. As crianças inseridas no segmento mais rico da população têm duas vezes mais hipóteses de estarem matriculadas e a frequentar o pré-escolar do que as pertencentes ao segmento mais pobre.

Numa tentativa de perceber as razões para valores tão elevados de crianças fora do sistema de ensino pré-escolar, a Figura 5.1 reflecte as quatro principais razões indicadas pelos chefes de família para tal situação.

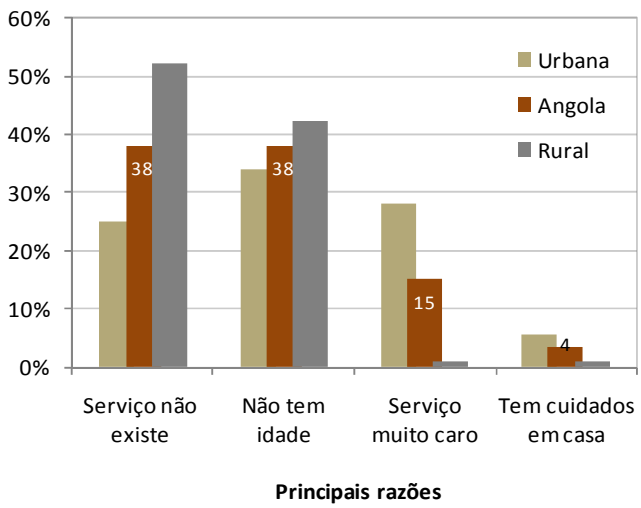
Tabela 5.1

Crianças entre 3 e 5 anos de idade, segundo a frequência do ensino pré-escolar

Caracterização	Matriculado no ensino pré-escolar	A frequentar o ensino pré-escolar	Número de crianças com 3-5 anos
Angola	**9.7**	**9.3**	**4,865**
Área de residência			
Urbana	11.6	11.0	2,441
Rural	7.6	7.3	2,424
Sexo			
Homens	10.5	10.1	2,514
Mulheres	8.9	8.4	2,351
Idade			
3	3.8	3.6	1,657
4	7.2	6.6	1,618
5	18.5	17.9	1,590
Nível de escolaridade da mãe			
Nenhum	6.3	5.9	1,714
Pimário	9.2	8.8	2,374
Secundário [+]	17.0	16.5	680
Quintil de despesas			
Primeiro	6.9	6.8	842
Segundo	7.7	7.0	985
Terceiro	10.0	9.6	828
Quarto	11.0	10.6	691
Quinto	17.4	16.5	421

Figura 5.1.

Principais razões para a não frequência do ensino pré-escolar por área de residência



Três razões de naturezas diferentes foram as mais invocadas pelos agregados de ambas as áreas de residência. Uma está mais directamente associada à disponibilidade do serviço pré-escolar na área de residência, registando a zona rural a menor cobertura deste serviço, o que contribui para as elevadas percentagens de crianças fora do sistema nessa zona, estimada em 93%. A outra razão está mais ligada às percepções dos pais sobre o facto de considerarem as crianças demasiado pequenas para frequentarem a escola - factor apontado por 38% dos chefes de agregado. Isso pode estar associado à falta de hábito e conhecimento sobre a importância da educação pré-escolar para o crescimento da criança. A terceira razão, relacionada provavelmente com o factor disponibilidade, tem a ver com o custo do serviço e é sobretudo invocada pelos agregados das áreas urbanas, onde poderão estar mais disponíveis serviços privados.

5.2.2. População que nunca frequentou a escola

A percentagem da população com 6 ou mais anos de idade que nunca frequentou a escola é de 20%. As maiores proporções de pessoas não escolarizadas encontram-se nas faixas etárias mais velhas, atingindo 60% entre os que têm 50 ou mais anos de idade. Já entre os jovens (6-19 anos) as percentagens são menores, embora não deixando de ser preocupantes. O acesso ao ensino ainda não é universal, sendo que na altura do inquérito cerca de 26% das crianças na faixa dos 6-9 anos nunca tinha frequentado a escola. Apesar de que as crianças nessas condições poderão ainda entrar para a escola, o dado reflecte um acentuado atraso escolar que deverá variar entre um a três anos.

Encontram-se diferenças significativas por área de residência, género, idade e distribuição geográfica. Assim, a probabilidade de nunca ter frequentado a escola é três vezes maior nas áreas rurais do que nas urbanas (32,5% e 10,5% respectivamente). A província do Kuando Kubango é regista os valores mais preocupantes: 40% das pessoas de mais de 6 anos de idade nunca frequentaram a escola. A Figura 5.2 reflecte os diferenciais por província.

Os homens têm o dobro das hipóteses de frequentar a escola comparativamente às mulheres, e cerca de um terço destas nunca frequentou a escola.

A guerra e a falta de escolas são razões invocadas de modo generalizado pela população (Figura 5.3). Uma em cada cinco crianças entre 18 e 19 anos viu-se privada de estudar devido à guerra e 17% não tiveram oportunidade por falta de escolas perto da área de residência. Contudo, a guerra deixou de ser o principal factor de impedimento nos últimos oito anos. Por esta razão, as crianças dos 6-9 anos que não se encontram na escola, referem-se a factores relacionados mais directamente com a percepção dos pais sobre a idade certa de início da vida escolar e os custos associados.

Figura 5.2.
Proporção de população com seis ou mais anos de idade que nunca frequentou a escola por província

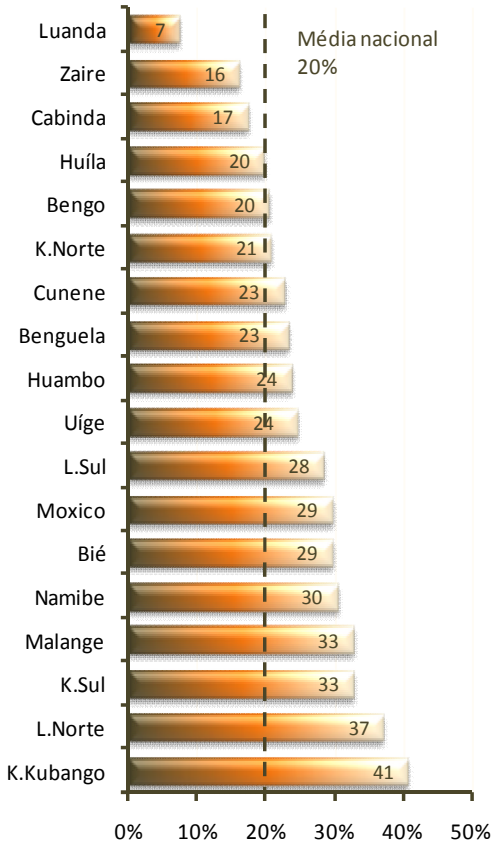
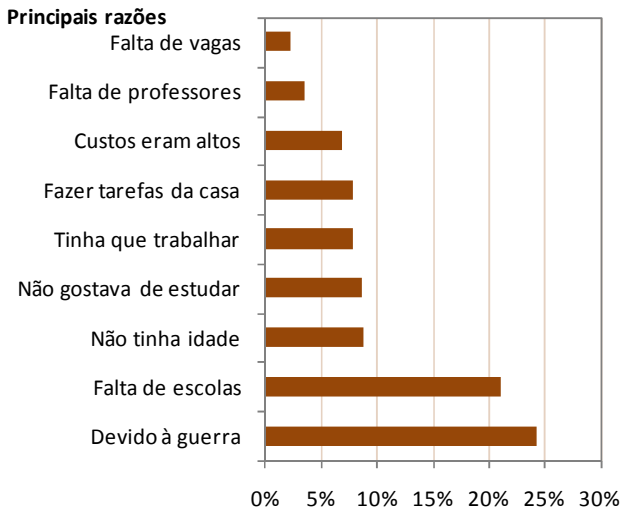


Figura 5.3.
Principais razões para nunca ter frequentado a escola entre 6 e19 anos de idade



5.2.3. Acesso ao ensino primário e secundário

A análise do progresso dos alunos dentro do sistema educativo passa pela análise da captação em tempo oportuno das crianças por parte do sistema, a retenção desses alunos dentro do sistema e o nível de produtividade do próprio sistema na formação de alunos formados. A capacidade de absorção do sistema é medida pela taxa de matrículas, pela frequência e pela taxa líquida de frequência.

Escolaridade entre a população presentemente no sistema escolar

O primeiro passo para elevar o nível médio de escolaridade de um país é assegurar o acesso na primeira infância, elevar a frequência escolar e manter a criança na escola, garantindo o seu progresso entre os níveis escolares. Cerca de 42% da população com 6 ou mais anos de idade frequenta actualmente a escola, com predominância para o sexo masculino (45%). As diferenças entre áreas de residência apontam para um nível de escolarização de 47% nas zonas urbanas e apenas 37% nas zonas rurais, o que pode ser explicado pela concentração de recursos do sector nas cidades.

As províncias de Uíge, Huíla e Cunene apresentam as maiores percentagens de população a frequentar a escola, todas com cerca de 50%. As províncias de Cabinda, Huambo e Luanda em conjunto ultrapassam a média nacional, mas permanecem abaixo de 50%. As províncias com percentagens de escolarização mais baixas são as de Kuanza Sul e Bié (34%) e Malanje e Moxico (35%).

O nível de escolarização actual decresce progressivamente em função da faixa etária, como reflectido na Tabela 5.2. O grupo dos 12-14 anos tem maior proporção de crianças na escola (89%) contra 71% na faixa etária dos 6-9 anos. A partir dos 18-19 anos de idade a percentagem de escolarização decresce de modo consistente.

Taxa de matrícula e taxa líquida de frequência no ensino primário

A percentagem de crianças com seis anos de idade que frequentam o ensino primário é de 51%, com preponderância para a zona urbana, com 61%, e 42% na zona rural. Existem casos em que a frequência do ensino primário não atinge os 50%; mesmo em Luanda, onde a disponibilidade de instituições e meios de ensino é a mais alta do país, a proporção não é superior a 70%.

Tabela 5.2.
População de mais de 6 anos de idade a frequentar a escola por género, área de residência e idade

Caracterização	A frequentar a escola		
	Rapazes	Raparigas	Total
Angola	**45.2**	**39.9**	**42.4**
Área de residência			
Urbana	47.6	46.2	46.8
Rural	42.3	32.1	37.0
Idade			
6-9	71.4	68.5	69.9
10-11	85.4	85.6	85.5
12-14	89.2	83.3	86.1
15-17	82.1	69.5	75.7
18-19	65.2	47.1	55.3
20-24	36.7	27.7	32.0
25-29	15.4	15.3	15.3
30-34	13.4	11.2	12.2
35-39	10.4	9.7	10.0
40-44	9.6	6.9	8.3
45-49	6.1	4.3	5.1
50 +	2.3	3.1	2.7

Tabela 5.3.
Percentagem de crianças de 6 anos de idade a frequentar o ensino primário

Caracterização	A frequentar a 1ª classe do ensino primário			IDG*	Número de crianças (6 anos)
	Rapazes	Raparigas	Total		
Angola	**53.4**	**49.4**	**51.3**	**0.9**	**1,409**
Áreas de residência					
Urbana	65.4	57.2	61.3	0.9	663
Rural	41.6	42.8	42.2	1.0	746
Nível de escolaridade da mãe					
Nenhum	33.0	37.1	35.1	1.1	524
Primário	61.6	53.5	57.3	0.9	639
Secundário [+]	77.0	68.1	72.8	0.9	214
Quintil de despesas					
Primeiro	31.5	44.2	37.6	1.4	103,638
Segundo	53.4	52.2	52.8	1.0	83,523
Terceiro	60.7	43.0	50.3	0.7	84,867
Quarto	69.1	62.3	65.5	0.9	73,583
Quinto	74.6	55.6	65.4	0.7	50,200

* Índice de desigualdade no género

A educação da mãe e o nível de pobreza influenciam decisivamente a escolaridade dos filhos. A probabilidade de uma criança de seis anos estar a frequentar a primeira classe do ensino primário

duplica quando a mãe tem o ensino secundário (ou mais) ou se essa criança estiver entre os 20% da população mais rica. As hipóteses das raparigas são menores do que as dos rapazes em quase todos os quintis, excepto no primeiro, onde o índice de desigualdade é de 1,4 favorável às raparigas. A igualdade de género é total nas zonas rurais, no Zaire e em Benguela. Em Lunda Norte, Bié, Kuando Kubango, Namibe, Huíla e Lunda Sul o índice de desigualdade é favorável às raparigas.

A nível nacional, a taxa líquida de frequência no ensino primário está calculada em 76%, o que corresponde à percentagem de crianças com 6-11 anos de idade que frequentam o ensino primário. Esta percentagem, aliada à taxa de matrícula de crianças com mais de seis anos na primeira classe (mencionada acima) reflecte a existência de uma proporção relativamente alta de crianças a entrarem tarde ou que nunca entram para a escola. A distribuição da taxa líquida de frequência para o ensino primário é apresentada na Tabela 5.4. O padrão regional mantém-se, destacando-se as áreas urbanas, com uma taxa de frequência de 85%, comparativamente a 67% nas áreas rurais. Estes dados reflectem o fraco acesso ao ensino primário nas áreas rurais, onde aproximadamente uma em três crianças dos 6 aos 11 anos não frequentava a escola em 2008-09.

O nível de escolaridade da mãe influencia a taxa de frequência, quer no caso de rapazes, quer de raparigas. Quando a mãe tem um nível de escolaridade secundário, a taxa é de 90%, para apenas 62% quando a mãe não tem qualquer escolaridade.

A taxa líquida de frequência é ligeiramente superior entre os rapazes (77%, para 75% nas raparigas), o que determina um índice de desigualdade de 0,98, atingindo quase a igualdade de género. A taxa líquida de frequência aumenta com a idade, passando de 56% aos 6 anos para 87% aos 11 anos. Existe igualdade de género entre taxas na faixa etária dos 10 anos (igual frequência entre raparigas e rapazes), mas é favorável às raparigas na faixa dos 9 anos. A maior desigualdade no género situa-se no grupo dos 8 anos de idade (0,93).

Taxas de matrícula e frequência no ensino secundário

A taxa líquida de frequência no ensino secundário a nível nacional é de 19%. A distribuição desta taxa é apresentada na Tabela 5.5. A nível urbano, a taxa

Tabela 5.4.
Taxa líquida de frequência do ensino primário

Caracterização	Taxa de frequência líquida			IDG*	TOTAL crianças (6-11)
	Rapazes	Raparigas	Total		
Angola	**77.2**	**75.4**	**76.3**	**0.98**	**7,642**
Área de Residência					
Urbana	85.6	84.3	84.9	0.98	3,871
Rural	68.5	65.0	66.8	0.95	3,771
Idade					
6	55.7	54.1	54.9	0.97	1,409
7	76.9	72.8	74.8	0.95	1,271
8	80.8	75.1	77.7	0.93	1,268
9	82.1	86.4	84.3	1.05	1,295
10	83.5	83.3	83.4	1.00	1,228
11	88.3	84.9	86.5	0.96	1,171
Nível de escolaridade da mãe					
Nenhum	62.9	62.0	62.4	0.99	2,660
Primário	83.1	79.7	81.3	0.96	3,554
Secundário [+]	91.0	88.1	89.5	0.97	1,256
Quintil de despesas					
Primeiro	61.5	64.3	62.8	1.05	1,278
Segundo	75.1	73.3	74.2	0.98	1,468
Terceiro	81.4	73.8	77.5	0.91	1,339
Quarto	86.1	85.1	85.6	0.99	1,108
Quinto	91.3	89.6	90.3	0.98	697

* Índice de desigualdade no género

concentra-se extremamente nas cidades (30%), para apenas 4% na zona rural, o que pode revelar a pouca oferta de instituições do ensino secundário nesta área e uma proporção substancialmente alta de alunos dos 12-17 que não chega ao ensino secundário. Esta situação apresenta-se mais grave na província do Bié, onde a taxa líquida de frequência no ensino secundário é inferior a 4%. Em Luanda, onde a oferta de serviços de educação é maior, apenas uma em cada três crianças dos 12 aos 17 anos frequentou o ensino secundário em 2008-09.

O índice de desigualdade de género é de 0,85, indiciando uma preocupante disparidade na frequência escolar entre rapazes e raparigas. Porém, o índice de desigualdade no género nas províncias com taxa de frequência líquida baixa (menos de 19%) varia de modo significativo. As situações de maior desigualdade a favor dos rapazes encontram-se nas províncias do Moxico (0,21), Bié (0,34), Kuando Kubango e Bengo (0,37). Uíge e Luanda apresentam índices que reflectem maior equilíbrio de género (0,97) e o Cunene apresenta um índice de desigualdade a favor das raparigas (1,10).

O nível de escolaridade da mãe influencia a taxa de frequência, quer nos rapazes, quer nas raparigas.

Quando a mãe tem um nível de escolaridade secundário, a taxa é de 42% para apenas 6% quando a mãe não tem qualquer escolaridade. O nível de frequência é também determinado pela situação de pobreza, como reflectido nas últimas linhas da Tabela 5.5. A percentagem de crianças na população mais rica a frequentar o ensino secundário é 16 vezes superior à de crianças pertencentes a população mais pobre.

Tabela 5.5.
Taxa líquida de frequência do ensino secundário

Caracterização	Taxa de frequência líquida			IDG*	TOTAL crianças (12-17)
	Rapazes	Rapariga	Total		
Angola	**20.6**	**17.4**	**18.9**	**0.85**	**5,912**
Área de residencia					
Urbana	31.7	28.0	29.7	0.88	3,316
Rural	6.6	1.8	4.2	0.27	2,596
Idade					
12	6.6	7.2	6.9	1.10	1,111
13	11.6	10.2	10.9	0.88	994
14	17.8	14.3	15.9	0.80	993
15	23.2	19.3	21.2	0.83	983
16	36.7	28.4	32.5	0.77	879
17	31.8	28.5	30.1	0.90	952
Nível de escolaridade da mãe					
Nenhum	7.6	3.8	5.7	0.51	1,724
Primário	15.1	14.4	14.8	0.95	2,562
Secundário [+]	45.1	38.5	41.7	0.85	972
Quintil de despesas					
Primeiro	3.2	2.6	2.9	0.81	862
Segundo	16.1	6.6	11.1	0.41	1,041
Terceiro	20.3	11.4	15.8	0.56	1,045
Quarto	28.0	27.8	27.9	0.99	953
Quinto	46.0	45.9	45.9	1.00	666

* Índice de desigualdade no género

Diferenciais de frequência de crianças órfãs

O facto de uma criança ter perdido os pais, ou pelo menos um deles, afecta a sua frequência escolar. A taxa de frequência escolar baixa de 87% para 74% quando as crianças entre 10-14 anos de idade perdem ambos os pais biológicos. Este problema tem maior incidência nas zonas urbanas do que nas rurais, na medida em que provavelmente a maioria dos agregados perde os benefícios da estrutura alargada das famílias. A relação entre as taxas de frequência nas duas áreas de residência, urbana e rural, é de 0,78 e 0,94 respectivamente.

São igualmente distintas as taxas de frequência escolar relativamente ao género dos órfãos. As raparigas órfãs têm menos hipóteses do que os rapazes de frequentar a escola (64% e 85% respectivamente). A relação entre rapazes órfãos e não órfãos é de 0,95, enquanto entre as raparigas nas mesmas circunstâncias é de 0,76.

O nível de escolaridade do chefe do agregado familiar influencia positivamente a taxa de frequência escolar das crianças órfãs, aumentando de 46% entre órfãos cuidados por chefes de família sem escolaridade para 88% nos casos em que o chefe tem o ensino secundário ou mais alto. Deste modo, o nível de desigualdade na frequência escolar entre crianças órfãs e não-órfãs altera-se de 61% nos agregados cujo chefe não tem escolaridade para 95% quando o chefe tem pelo menos o ensino secundário.

Os dados do IBEP revelam um facto interessante no que diz respeito à frequência escolar das crianças órfãs e o nível de pobreza dos agregados familiares. Observa-se que a frequência escolar é maior entre os órfãos que residem entre os 20% da população mais pobre (92%), taxa que é significativamente superior aos 78% registados entre os órfãos que se encontram entre os 20% da população mais rica. Deste modo, os dados indicam que não existe desigualdade na frequência escolar entre crianças órfãs e não-órfãs na população mais pobre. O mesmo não acontece entre os mais ricos, onde há desigualdade na frequência escolar entre órfãos e não-órfãos, sendo essa diferença de cerca de 20%.

Taxa de abandono escolar

A taxa de abandono escolar, que representa o quociente entre os alunos matriculados no corrente ano lectivo mas que não estão a frequentar a escola e as pessoas que fizeram a matrícula, é estimada em 1,3%, como reflectido na Tabela 5.6. A taxa de abandono cresce com o aumento da idade dos alunos. A tendência de abandonar a escola é semelhante entre géneros, mas a percentagem de raparigas matriculadas e a frequentar a escola é menor do que a dos rapazes. A taxa de abandono é muito elevada nas províncias de Bengo (4,5%), Namibe e Lunda Norte (3,4%). Províncias como Cabinda, Kuanza Sul, Malanje, Huambo, Bié, Moxico e Cunene registam taxas de abandono de cerca de 2%. As restantes províncias encontram-se abaixo da média nacional.

Cerca de 22% da população entre 6 e 17 anos não frequentou a escola nos 12 meses que antecederam o inquérito. A Tabela 5.7 reúne as razões para tal situação neste grupo. As razões declaradas pelos inquiridos foram agrupadas em quatro categorias

Tabela 5.6.
Percentagem da população dos 6 aos 17 anos de idade matriculada, a frequentar a escola e taxa de abandono

Característica	Matriculados	A frequentar a escola	Taxa de abandono	Número de pessoas*
Angola	**79.5**	**78.5**	**1.3**	**13,554**
Áreas de residência				
Urbana	85.5	84.8	0.9	7,187
Rural	72.2	70.8	2.0	6,367
Sexo				
Homens	82.4	81.3	1.3	6,738
Mulheres	76.8	75.8	1.3	6,816
Idade				
6-9	75.7	74.7	1.3	5,243
10-11	86.9	85.9	1.2	2,399
12-14	86.1	85.2	1.0	3,098
15-17	73.2	71.7	2.0	2,814

* Pessoas com 6-17 anos

para facilidade de leitura. De entre as razões ligadas à indisponibilidade de recursos do sector da educação, os custos associados surgem num lugar destacado, embora seja preponderante nas zonas urbanas. Nas zonas rurais, a falta de professores parece ser dramática, sendo indicada como a principal razão ligada ao sector, enquanto a distância a percorrer para chegar à escola é apontada como a segunda razão com maior incidência.

De entre as razões de natureza sociocultural sobressai o facto de os inquiridos referirem "não gostar de estudar", razão que se mantém com proporções mais elevadas entre faixas etárias e por nível de ensino já frequentado. Quem mais invoca esta razão são as faixas dos 10-11 anos e 15-17 anos (10% e 14% respectivamente) e os que frequentaram o ensino primário (13%). Os encargos domésticos são, de longe, a razão de maior peso para as mulheres, sobretudo depois dos 12 anos, e afecta mais as crianças no ensino primário (8%).

A gravidez contribui em cerca de 7,5% para o abandono ou não-ingresso na escola, mas há diferenças entre as faixas etárias: 3% de casos de gravidez muito precoce aos 12-14 anos e 7% nos 15-17 anos. Finalmente, a necessidade de trabalhar afecta a escolarização de 6% dos jovens dos 15 aos 17 anos, distribuída de forma igual entre o ensino primário e secundário.

5.2.4. Atraso escolar

Os dados do IBEP estimam que 59% das crianças e adolescentes dos 12 aos 17 anos frequenta actualmente o ensino primário, em vez do secundário, indiciando atraso escolar. As diferenças segundo o

Tabela 5.7.
Principais razões para o não-ingresso e o abandono escolar na população entre 6 e 17 anos de idade

Principais razões para não ingressar na escola	Angola	Área de Residência		Sexo	
		Urbana	Rural	Homens	Mulheres
Razões ligadas ao Sector					
Muito cara	30.2	45.6	8.6	35.0	26.8
Falta de professores	8.9	0.4	20.8	11.0	7.4
Escola distante	6.0	2.4	11.1	5.5	6.4
Falta de material didáctico	2.7	1.8	3.9	3.8	1.9
Expulso da escola	2.1	2.6	1.4	3.7	1.0
Razões Socio-Culturais					
Não gosta de estudar	11.5	10.2	13.3	10.0	12.5
Encargos domésticos	7.7	7.5	8.0	2.2	11.5
Está grávida	4.5	5.9	2.6	0.0	7.5
Cuida de doente	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
Razões Económicas					
Precisa trabalhar	3.5	3.4	3.7	7.3	0.8
Razões de Saúde					
Está doente	3.4	2.0	5.2	1.9	4.4
Outras Razões	19.4	18.1	21.2	19.5	19.5
Total	100	100	100	100	100
Numero de Pessoas*	13,554	7,187	6,367	6,738	6,816

* Pessoas com 6-17 anos

local de residência são significativas nesta faixa etária, registando a zona rural a proporção mais elevada (67%). O Cunene é a província onde se regista o maior atraso escolar, já que 81% de adolescentes dos 12 aos 17 anos ainda frequenta o ensino primário. Luanda regista a menor percentagem de adolescentes com atraso escolar (45%). A Tabela 5.8 reflecte a incidência do atraso escolar nesta faixa etária.

Tabela 5.8.

Incidência do atraso escolar na população dos 12 aos 17 anos que frequenta o ensino primário

Caracterização	A frequentar o ensino primário			TOTAL crianças (12-17)
	Rapazes	Raparigas	Total	
Angola	**61.6**	**55.5**	**58.5**	**5,912**
Área d residência				
Urbana	53.8	51.2	52.5	3,316
Rural	71.4	61.9	66.7	2,596
Idade				
12	79.2	78.3	78.8	1,111
13	76.8	71.7	74.1	994
14	71.0	60.1	65.2	993
15	57.1	54.6	55.9	983
16	44.1	36.2	40.1	879
17	36.3	24.7	30.3	952
Nível de escolaridade da mãe				
Nenhum	69.1	57.4	63.4	1,724
Primário	71.5	67.1	69.2	2,562
Secundário [+]	45.3	46.1	45.7	972
Quintil de despesas				
Primeiro	72.7	60.0	66.5	862
Segundo	64.3	60.6	62.3	1,041
Terceiro	63.8	64.2	64.0	1,045
Quarto	57.3	47.5	52.3	953
Quinto	42.2	37.8	39.7	666

A entrada tardia na escola (para além das reprovações) é um dos factores que contribui para o atraso escolar. A idade primordial da aprendizagem situa-se entre os 6 e 12 anos, altura em que o cérebro se predispõe a aprender e adquirir determinadas competências. Aos seis anos, as crianças encontram-se em pleno desenvolvimento físico e motor, tentando formar a sua identidade, autonomia e independência, estabelecendo laços afectivos e sociais. Funções mentais como a memória, percepção e imaginação estão em construção e o pensamento verbal em estruturação. Por estas razões, a idade de entrada para a escola pode influenciar o percurso e sucesso escolar. A Tabela 5.3 reflecte a idade de entrada para a escola entre a população que já frequentou a escola.

Cerca de metade das crianças com seis anos ou mais (48%) entrou na escola tardiamente, com um atraso que varia entre 1 e 4 anos relativamente à idade prevista no sistema educativo. Nas cidades, a probabilidade de as crianças entrarem tarde para a escola é 1,5 vezes inferior à das crianças nas zonas rurais. O maior atraso nas áreas rurais aponta, em diferentes pesquisas[2], o trabalho agrícola como causa principal.

O atraso na entrada na escola aumenta com a idade. No grupo dos 6-9 anos, 85% das crianças entrou na escola na idade adequada. Esta diferença percentual diminui de modo significativo nas faixas subsequentes, indiciando que há uma progressiva preocupação em matricular as crianças na escola na idade correcta. Regra geral, as raparigas entram na escola na idade correcta em maior percentagem do que os rapazes (55% e 49% respectivamente), factor que contribui para uma incidência maior de escolaridade primária entre as raparigas.

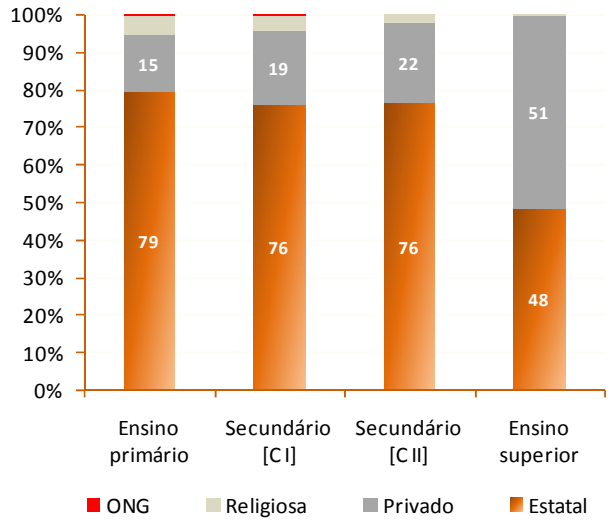
As crianças e os adolescentes que vivem em agregados cujo chefe tem um nível de escolaridade secundário têm mais hipóteses de entrar na escola na idade correcta (60%) do que os que vivem com chefes de agregado com níveis de escolaridade inferiores (49%).

5.2.5. Tipo de escolas

A partir da população que frequenta actualmente a escola, foi avaliado o tipo de escola em que é ministrado o ensino. A escola pública é de longe a que absorve mais alunos de entre os vários tipos (78%). A escola privada é a segunda mais citada, com 17%, e as religiosas surgem em terceiro lugar, com 5%. O recurso à escola estatal é quase universal na zona rural (91%), onde existem muito poucas instituições privadas de ensino. Nas cidades essa proporção reduz para 69% e a frequência de escolas privadas aumenta concomitantemente (25%). O acesso às escolas ligadas a igrejas apresenta um maior equilíbrio entre as áreas rurais e urbanas, com 4% e 5%, respectivamente. A Figura 5.4 revela os tipos de escolas que as pessoas frequentam actualmente.

[2] ONJOI, Educar para Prevenir o Trabalho Infantil, Relatório de Linha de Base, WL e CFI, Benguela 2008, Perfil Municipal da Ganda (2009) e Perfil Municipal do Balombo (2010), Província de Benguela.

Figura 5.4.
Proporção de pessoas a frequentar os vários níveis de ensino por tipo de escola



É evidente a importância da escola estatal para a escolarização no país. Apesar disso, o sector privado do ensino evolui cada vez, sobretudo nos níveis secundário e superior, onde a oferta estatal é menor. São as faixas etárias mais velhas (de 20-24 anos e acima) que mais recurso faz ao ensino privado, o que pode estar relacionado com uma eventual independência financeira que lhes permite pagar os estudos de forma autónoma.

Na província de Luanda praticamente já se atingiu igualdade entre o acesso às escolas estatais (49%) e privadas (46%). Huambo e Zaire revelam uma percentagem mais elevada de pessoas a frequentar o privado (17% e 12% respectivamente), longe dos restantes que não ultrapassam um máximo de 6%.

5.3. Resultados do Sistema Educativo

5.3.1. Nível de analfabetismo

A alfabetização trata da "aquisição e uso da leitura, escrita e competências com números e, portanto, do desenvolvimento da cidadania, melhorias na saúde e nos meios de subsistência dos indivíduos, bem como maior igualdade de género"[3]. O analfabetismo é uma característica usada nas estatísticas sociais como um indicador de subdesenvolvimento, a par de outros, e é um indicador de más condições de vida. É avaliado com base na população de 15 ou mais anos de idade, isto é, acima da faixa etária em que a escolaridade é obrigatória por lei.

A proporção de analfabetos em Angola é de 34% a nível nacional. No caso da área de residência, a diferença é ainda maior, já que nas áreas rurais mais de 70% da população é analfabeta, o dobro do que se regista nas cidades. Essa desvantagem pode ficar a dever-se à pouca disponibilidade de serviços de alfabetização. As províncias do Kuando Kubango, Moxico, Lundas Norte e Sul e Bié são as que registam a situação mais preocupante, na medida em que a proporção de pessoas que sabe ler e escrever não atinge os 50%. Luanda regista a maior proporção de pessoas alfabetizadas (87%), seguida de Cabinda e Zaire, ambas com proporções acima de 70%.

A Tabela 5.1 reflecte a proporção de analfabetos por género e evidencia as diferenças por género. Praticamente metade da população feminina é analfabeta. As desvantagens de género parecem ser motivadas por pobreza, localização e idade. Por outro lado, nas áreas rurais, onde reside uma parte significativa das mulheres analfabetas, o seu papel é muito determinado por regras tradicionais que, muitas vezes, não favorecem o progresso na escolaridade.

O nível de pobreza dos agregados familiares tem influência directa sobre a escolaridade das mulheres, sendo que a percentagem de mulheres analfabetas na população mais pobre é quase quatro vezes superior à da população mais rica. Também nos quintis de riqueza é encontrada disparidade de género. Por exemplo, na população mais pobre, apenas uma em quatro mulheres sabe ler e escrever, enquanto o rácio entre homens é de um em dois. Na população mais rica, a diferença entre homens e mulheres é menor (94% e 81% respectivamente).

5.3.2. Nível de ensino alcançado

Porque a idade de entrada para a escola e a frequência escolar não são, por si só, um bom indicador da evolução do sistema de ensino, a análise debruçou-se também sobre o nível de ensino concluído pela população com mais de 18 anos de idade. Mais de metade da população em Angola (55%) tem apenas o ensino primário concluído e menos de um quarto tem o primeiro ciclo do ensino secundário. A Figura 5.5 e a Tabela 5.9 apresentam dados referentes a nível alcançado, área de residência e idade. Pode observar-se que menos de metade da população nas zonas urbanas, mas uma grande maioria da população rural concluiu o nível primário (82%). Nestas áreas, observa-se uma

[3] Campanha Global para a Educação e *Action Aid International*, 2005, pág.13

redução notória na proporção de pessoas por nível concluído à medida que aumenta o nível de ensino, sobretudo entre o primário e o secundário (Ciclo I), indicando que mais de um terço dos indivíduos que concluiu o nível primário não transitou para níveis superiores de ensino. Apenas 4% das pessoas concluiu o nível superior a nível nacional.

Uma análise mais detalhada destes números revela que o ensino primário é o mais acessível no território nacional. Já no ensino secundário, a situação inverte-se a favor das áreas urbanas, onde a proporção de pessoas que concluiu o ensino secundário completo atinge 53% - factor que está certamente associado à disponibilidade de infra-estruturas/meios de ensino e de professores para os níveis mais elevados de educação. Por estes mesmos motivos, nas zonas rurais, mais de dois terços da população que concluiu o ensino primário não continuou os seus estudos. O nível superior apenas é registado nas áreas urbanas.

Apesar de as raparigas entrarem para a escola em proporções superiores às dos rapazes, conforme supramencionado, esta tendência não se mantém ao longo de todo o ciclo escolar. Os dados do ensino primário revelam uma proporção superior de mulheres com este nível concluído (62%) comparativamente aos homens (50%). Esta diferenciação inverte-se nos níveis seguintes, sendo maior no Ciclo I (com uma diferença de 7% a favor do homens) e diminuindo paulatinamente até ao nível superior, onde a diferença é de apenas um ponto percentual. São as faixas etárias mais jovens, entre 18 e 29 anos, que registam maior proporção de pessoas que transitaram e concluíram o ensino secundário completo, como reflectido na Tabela 5.5. Mas, mesmo nesta faixa etária, a diferença entre a proporção de indivíduos que sai do ensino primário e conclui o Ciclo II do ensino secundário não atinge os 50%. Esta proporção é também diferente entre sexos. Cerca de 36% dos homens que entra para o sistema de ensino conclui o ensino secundário completo, em comparação com apenas 23% das mulheres. A Figura 5.6 reflecte esta análise por província, o que permite identificar melhor as áreas geográficas com números mais elevados de população educada e a oferta escolar nos vários níveis de ensino.

Luanda e Cabinda são as províncias onde se regista maior equilíbrio entre os diferentes níveis de ensino e as maiores percentagens de indivíduos com o ensino secundário completo concluído (25% e 21% respectivamente). Bié, Kuanza Sul, Bengo, Lundas Sul e Norte, Kuanza Norte e Huambo não chegam a

Figura 5.5.

População com 18 anos ou mais por nível de ensino concluído e área de residência

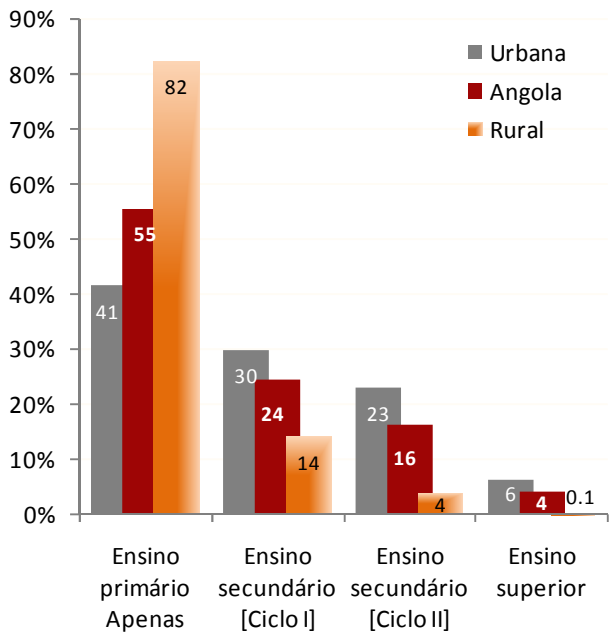


Tabela 5.9.

Percentagem da população de 18 anos ou mais segundo os níveis de escolaridade alcançados

Sexo/Idade	Ensino primário	Ensino secundário [Ciclo I]	Ensino secundário [Ciclo II]	Ensino superior	Número de pessoas*
Sexo					
Homens	50.3	27.5	17.6	4.5	12,422
Mulheres	61.6	20.3	14.3	3.6	14,009
Idade					
18-19	51.6	31.2	16.1	1.1	2,529
20-24	45.0	28.4	21.9	4.6	4,975
25-29	48.6	26.0	19.8	5.5	3,670
30-34	56.3	25.3	13.2	5.1	3,199
35-39	56.7	24.2	14.8	4.3	2,605
40-44	60.8	20.5	14.3	4.3	2,272
45-49	60.7	19.3	16.0	3.7	1,887
50 +	76.4	12.6	7.7	3.0	5,294

* Com 18 anos ou mais anos de idade

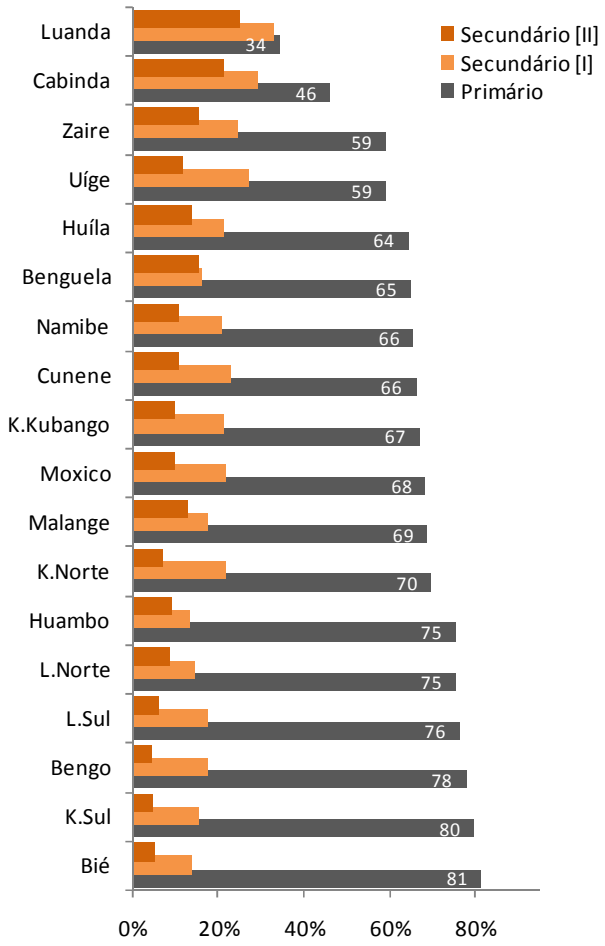
10% de indivíduos com o ensino secundário completo concluído.

A proporção de indivíduos com o ensino superior concluído é ainda pouco significativa a nível nacional (4%). Os licenciados concentram-se nas áreas urbanas (6%) e são sobretudo homens (4,5%) contra 4% de mulheres. Luanda é a província que regista a maior percentagem de licenciados (8%), distante de todas as restantes províncias, incluindo as que já têm disponíveis instituições de ensino superior há vários anos, como por exemplo Huambo, Huíla e Benguela.

A percentagem de licenciados diminui após os 35-39 anos de modo progressivo e consistente. O grupo dos 25-29 anos regista a maior proporção de pessoas com o ensino superior concluído (6%).

Figura 5.6.

Proporção da população com 18 anos ou mais por nível de ensino concluído e província



Parte III

Indicadores Sociais: Saúde

6 Características gerais de saúde

A saúde é um elemento essencial para o desenvolvimento humano, constitui uma condição indispensável para o crescimento económico e é um indicador importante sobre o bem-estar da população. Um dos principais objectivos do sector da saúde é garantir a prestação de serviços básicos, com a qualidade necessária, a toda população, dirigindo-se especialmente a mulheres e crianças. A prevenção e combate às grandes epidemias como a malária, a pandemia do VIH e as doenças crónicas presentes no quadro epidemiológico do país, são igualmente fundamentais para assegurar o bem-estar das populações. Nesse sentido, este capítulo apresenta o comportamento de alguns indicadores gerais de morbilidade, indicadores de higiene básica como lavagem das mãos nos momentos mais críticos, prevenção e tratamento da malária em crianças até aos 4 anos e em mulheres grávidas, assim como indicadores de conhecimento e comportamento sobre o VIH/SIDA.

6.1. Morbilidade

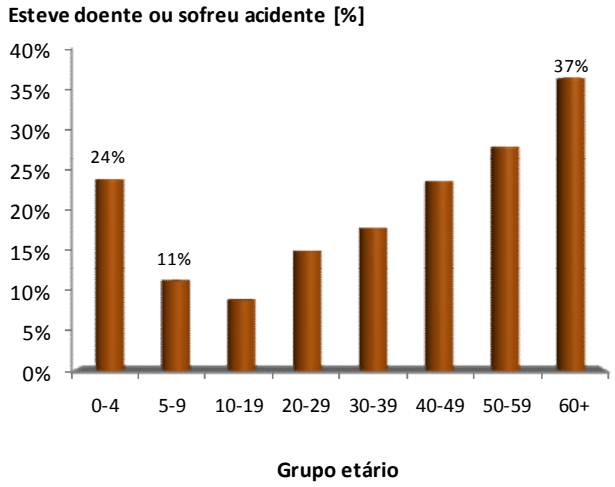
6.1.1. Indicadores aproximados de morbilidade

A morbilidade é estimada no Inquérito em 17%, sendo esta a proporção de pessoas doentes ou de casos de uma doença em relação à população total inquirida (58%). Contudo, existem variações significativas entre as áreas de residência e, naturalmente, entre faixas etárias. Os dados indicam maior tendência das pessoas nas áreas rurais (23%) de adoecerem ou se envolverem em acidentes do que nas áreas urbanas (14%). Este dado é preocupante, na medida em que o Inquérito também identifica as áreas rurais como tendo disponibilidade reduzida de serviços públicos, incluindo os de saúde.

A análise da morbilidade por faixa etária, apresentada na Figura 6.1, aponta para um prevalência de morbilidade maior entre crianças até aos cinco anos (24%) e adultos com mais de 60 anos. A tendência geral é de aumento progressivo da vulnerabilidade a doenças e exposição a acidentes a partir dos 20 anos de idade.

Os dados sobre as análises clínicas feitas nos 30 dias anteriores ao Inquérito indicam que a gota espessa e

Figura 6.1
Prevalência da morbilidade por grupo etário



Vidal são os exames feitos com maior frequência, tanto nas áreas urbanas como rurais, indicando elevada probabilidade de ocorrência de malária e febre tifóide. A análise de gota espessa foi mencionada por 63% das pessoas nas áreas urbanas e 21% nas áreas rurais, enquanto a análise Vidal foi indicada nas mesmas áreas em 31% e 7% dos casos, respectivamente. Deve-se salientar, porém, que o baixo nível de análises clínicas nas áreas rurais não reflecte a baixa incidência das duas patologias, mas sim o fraco acesso às unidades de saúde para as consultas e a ausência de laboratórios em funcionamento.

Os dados indicam que cerca de 59% da população inquirida que esteve doente ou teve um acidente nos 30 dias anteriores ao Inquérito frequentou uma consulta. Contudo, o acesso aos serviços de saúde é maior na área urbana (71%) comparativamente à área rural (49%). A nível nacional, o hospital é a unidade de saúde à qual os doentes mais recorrem, seguido do posto de saúde, centro de saúde e da clínica privada, como mostra a Figura 6.2. Nas áreas urbanas, 32% foram a consultas em hospitais, 16% em centros de saúde e 12% em clínicas privadas. O padrão é ligeiramente diferente nas áreas rurais, na medida em que os postos de saúde estão mais disponíveis. Estima-se que, nestas áreas, cerca de 18% das pessoas tenham frequentado consultas em postos de saúde e 15% em hospitais. As clínicas

privadas estão menos disponíveis nas áreas rurais, já que apenas 3% das pessoas doentes recorreram a este serviço.

Por outro lado, aproximadamente 41% da população inquirida que esteve doente ou sofreu um acidente não frequentou nenhuma consulta e o nível de incidência recai maioritariamente sobre as áreas rurais. As razões para a baixa procura dos serviços de saúde também variam entre as áreas de residência, mas estão fortemente associadas a três factores: (i) disponibilidade escassa dos serviços perto da área de residência (bairro ou aldeia); (ii) pouca percepção da necessidade da consulta, o que está na origem da auto-medicação e (iii) o baixo nível

Figura 6.2.
Unidades de saúde mais visitadas

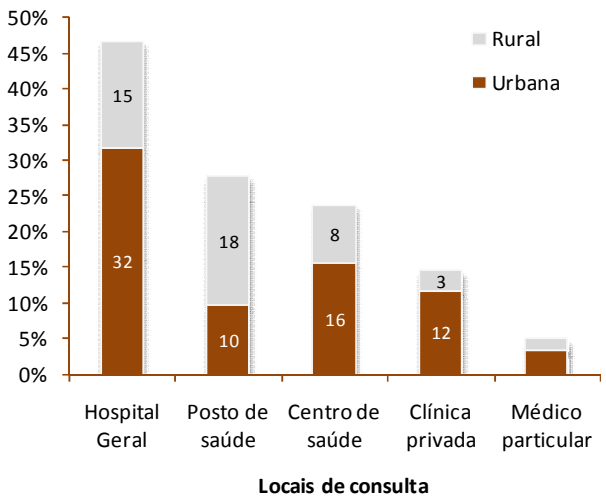


Figura 6.3.
Motivos de insatisfação com o atendimento em consultas

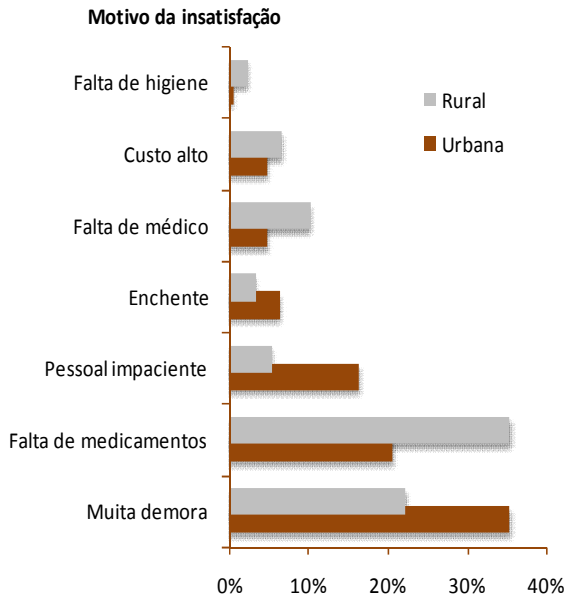
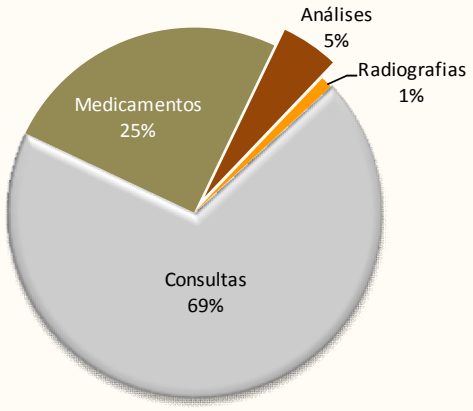


Figura 6.4.
Distribuição percentual das despesas em saúde



de satisfação com o atendimento prestado pelos profissionais de saúde. Nas áreas rurais, cerca de uma em cada quatro pessoas não frequentou consultas por falta de acesso a unidades de saúde.

Os factores de insatisfação com o atendimento estão listados na Figura 6.3, sendo possível constatar que, de forma geral, os pacientes nas áreas urbanas reclamam mais dos serviços de saúde do que nas áreas rurais. Embora a demora no atendimento tenha sido o factor de insatisfação referido por 35% das pessoas nas áreas urbanas, a mesma percentagem nas áreas rurais indica a falta de medicamentos como principal factor. A falta de médicos e o custo da consulta e do tratamento também são factores importantes que contribuem para a insatisfação com os serviços de saúde nas áreas rurais.

As províncias de Uíge e Moxico destacam-se, revelando a maior percentagem de pessoas insatisfeitas com o atendimento de saúde. Cerca de um quarto dos pacientes consultados nos 30 dias anteriores ao Inquérito manifestaram algum tipo de insatisfação. Na província do Uíge, a falta de médicos e de medicamentos contribuem em 34% e 29% para a insatisfação entre os pacientes, ao passo que no Moxico, a falta de medicamentos representa, por si só, 43% da insatisfação dos pacientes. As províncias de Cabinda e Kuanza Norte apresentam os níveis mais baixos de insatisfação com o atendimento, ficando isso a dever-se, entre outros factores, ao nível de atenção prestada pelo pessoal de saúde.

As consultas e medicamentos consomem a maior parte das despesas em saúde dos agregados familiares rurais e urbanos. A Figura 6.4 acima indica que, em termos gerais, 69% das despesas em saúde foram feitas em consultas, mas os agregados nas áreas urbanas gastam significativamente mais em

consultas (74%) do que nas áreas rurais (16%) e o inverso aplica-se às despesas em medicamentos, que consomem 76% das despesas das famílias em zonas rurais.

6.1.2. Condições básicas de higiene e saúde

A saúde e higiene estão intimamente ligadas, na medida em que a ausência de higiene facilmente originará um problema de saúde. O momento em que as pessoas lavam as mãos foi definido neste Inquérito como o indicador mais elementar de higiene, como mostra a Tabela 6.1. Depreende-se dos dados uma situação de manifesta falta de higiene nos momentos mais críticos, tanto na população rural como urbana.

Cerca de 87% das pessoas maiores de três anos lava as mãos antes de comer, mas nem todos o fazem, por exemplo, antes da refeição (53%). Mais de um terço das pessoas falha na mais básica regra de higiene - lavar as mãos depois do uso do sanitário e antes de preparar alimentos. Contrariamente ao conhecimento comum, é na cozinha que se regista a maior contaminação bacteriana, mas estima-se que apenas 22,5% das mulheres lavam as mãos antes de cozinhar.

O produto mais utilizado para a lavagem das mãos é o sabão, indicado por 78% das pessoas. No entanto, é de salientar que cerca de um terço das pessoas nas zonas rurais não usa qualquer produto, em comparação com apenas 3% das pessoas nas áreas urbanas, onde há maior disponibilidade de produtos.

Tabela 6.1

Momentos em que a população maior de três anos de idade lava as mãos

Caracterização	Momentos mais críticos			Número de pessoas*
	Antes de comer	Antes de cozinhar	Depois de urinar ou defecar	
Angola	**86.8**	**12.7**	**36.0**	**51,104**
Área de residência				
Urbana	85.7	14.4	45.0	27,100
Rural	88.2	10.5	24.9	24,004
Sexo				
Homens	88.6	2.0	37.4	24,735
Mulheres	85.2	22.5	34.7	26,369
Idade				
3-4	88.9	0.4	26.4	4,359
5-9	88.0	0.9	28.5	9,141
10-19	84.9	10.0	36.0	13,702
20-29	86.0	22.3	44.1	8,645
30-39	87.3	23.6	42.8	5,804
40-49	89.4	19.8	41.1	4,159
50-59	86.7	18.8	33.9	2,941
60 +	87.7	12.6	28.7	2,353
Nível de sscolaridade do CAF[1]				
Nenhum	87.4	11.3	26.3	9,964
Primário	87.6	12.3	32.7	23,133
Secundário [+]	85.7	13.8	45.0	15,923

* Número de pessoas com três ou mais anos

[1] Chefe de agregado familiar

6.2. Malária

A malária pode ser considerada um dos maiores problemas de saúde pública em Angola. Actualmente, representa a primeira causa de morte e de absentismo laboral e escolar, sendo endémica nas 18 províncias do país, e registando a transmissão mais elevada nas províncias do Norte. A malária tem, não só um impacto negativo sobre a saúde das populações, como também sobre o desenvolvimento social das mesmas, tornando-as mais pobres. De acordo com o relatório da USAID (2005) sobre a avaliação das necessidades do programa da malária, esta doença contribui em 35% para a mortalidade infantil total, 60% das admissões hospitalares de crianças com menos de cinco anos e 10% das admissões de mulheres grávidas.

Os dados apresentados neste relatório foram analisados por província e de acordo com as regiões endémicas definidas no estudo de base de 2006-07: região hiperendémica, região mesoendémica estável e mesoendémica instável. Na realização deste relatório, Luanda foi analisada em separado. Para melhor compreensão da prevenção da malária, assim como as formas de diagnóstico e tratamento na população angolana, os chefes dos agregados familiares responderam a perguntas sobre as práticas de uso de redes mosquiteiras, os tipos de diagnóstico efectuados e as práticas de administração de antipalúdicos.

Regiões da Malária	Províncias
Capital	Luanda
Hiperendémica	Cabinda, Uíge, Kuanza Norte, Malanje, Lunda Norte, Lunda Sul
Mesoendémicas Estáveis [E]	Zaire, Bengo, Benguela, Kuanza Sul, Huambo, Bié
Mesoendémicas Instáveis [I]	Moxico, Kuando Kubango, Cunene, Huíla, Namibe

Indicadores de Malária	
Agregados familiares que posuem uma ou mais redes mosquiteiras tratadas com insecticida.	17.6%
População que dormiu debaixo de uma rede mosquiteira tratada na noite anterior ao inquérito.	12.6%

6.2.1. Prevenção da malária

Posse de redes mosquiteiras

As medidas preventivas, nomeadamente a utilização de redes mosquiteiras tratadas com insecticida (rede com tratamento de longa duração ou uma rede pré-tratada nos últimos 12 meses - REMTI), podem reduzir acentuadamente as taxas de mortalidade por malária em crianças e grávidas. Por este motivo, o uso de REMTI é uma das componentes da estratégia de controlo selectivo do vector, dependendo a efectividade desta intervenção do nível de cobertura geográfica e da utilização efectiva de redes tratadas. Dados sobre a posse de redes mosquiteiras estão reflectidos na Tabela 6.2. A posse de mosquiteiros foi analisada a nível do agregado, mas a análise do seu uso efectivo focou essencialmente as crianças menores de cinco anos (0-4) e as mulheres grávidas.

Apesar de Angola se situar numa zona caracteristicamente endémica e haver um conhecimento geral da população sobre os efeitos da malária, os dados do Inquérito apontam para um nível baixo de posse de REMTI em todo o país. Na altura do Inquérito, apenas 18% dos agregados em Angola declararam possuir REMTI, tendo as áreas rurais revelado uma percentagem ainda mais baixa (14%). A maior concentração de agregados familiares em posse de REMTI está na zona hiperendémica (21%), o que reflecte claramente a prioridade de intervenção do programa nacional de luta contra a malária. A província de Cabinda, situada nessa região, apresenta a maior percentagem de agregados em posse de REMTI (42%), seguindo-se a província do Zaire (41,5%), situada na região mesoendémica estável.

Os dados revelam que a posse de REMTI está directamente associada ao nível de escolaridade do chefe de família e à pobreza dos agregados. A incidência de posse de REMTI entre as mulheres sem escolaridade é de 7% comparativamente a cerca de 27% nas mulheres com o nível secundário. Entre a população mais pobre, apenas 8% declarou possuir REMTI, proporção significativamente inferior à da população mais rica (27%). No geral, a percentagem da população mais rica que possui redes tratadas é três vezes superior à da população mais pobre.

Independentemente da disponibilidade de REMTI, a população também faz recurso a redes não tratadas, particularmente nas zonas mesoendémicas estáveis, onde a incidência de posse se aproxima dos 24%. Factores provavelmente associados à disponibilidade de redes não tratadas (e de qualquer tipo) nas áreas urbanas fazem com que o nível de posse nestas áreas seja mais elevado do que nas áreas rurais. Os agregados chefiados por homens têm relativamente mais capacidade de aquisição de redes mosquiteiras do que os agregados chefiados por mulheres. Por outro lado, a educação e a pobreza influenciam, não só o nível de posse de REMTI, mas também de outros tipos de redes.

Tabela 6.2
Posse de redes mosquiteiras

Caracterização	Tipo de redes mosquiteiras			Número de agregados
	REMTI	Não tratada	Qualquer tipo	
Angola	**17.6**	**19.0**	**35.3**	**11,686**
Urbana	20.8	20.6	39.7	5,886
Rural	14.1	17.2	30.4	5,800
Regiões				
Luanda	19.1	18.6	36.1	1,370
Hiperendémica	20.8	20.1	40.0	3,693
Mesoendémicas [E]	16.8	23.9	38.2	3,640
Mesoendémicas [I]	17.6	19.0	35.2	2,983
Sexo CAF[1]				
Homens	18.7	20.0	37.3	8,894
Mulheres	14.1	15.9	28.7	2,792
Nível de escolaridade CAF[1]				
Nenhum	6.8	12.4	18.8	2,697
Primário	15.9	19.1	33.9	5,196
Secundário [+]	26.5	22.3	46.6	3,355
Quintil de despesas				
Primeiro	8.3	17.4	25.4	1,328
Segundo	16.1	18.4	33.5	1,729
Terceiro	16.0	19.7	34.9	1,847
Quarto	19.8	21.1	40.1	2,011
Quinto	27.2	20.9	44.5	2,087

[1] Chefe do agregado familiar

Uso de redes mosquiteiras

Quarenta por cento (40%) das pessoas dormiram debaixo de uma rede mosquiteira na noite anterior ao Inquérito e destas apenas 13% utilizaram REMTI, 7% usaram rede não tratada e 20% rede de qualquer tipo, conforme mostra a Tabela 6.3.

Tabela 6.3

Percentagem da população que dormiu debaixo de uma rede mosquiteira

Caracterização	Dormiu debaixo de rede mosquiteira			Número de pessoas
	REMTI	Não tratada	Qualquer tipo	
Angola	**12.6**	**7.0**	**20.2**	**58,123**
Área de residência				
Urbana	14.5	6.0	20.9	30,710
Rural	10.2	8.1	19.3	27,413
Regiões				
Luanda	14.5	5.0	19.6	7,285
Hiperendémica	17.8	7.8	26.7	17,980
Mesoendémicas [E]	10.2	11.7	22.4	17,081
Mesoendémicas [I]	11.7	7.7	20.2	15,777
Sexo				
Homens	11.9	6.8	19.3	28,223
Mulheres	13.2	7.2	21.0	29,900
Idade				
0-4	16.3	9.2	26.4	11,378
5-17	8.7	4.8	13.8	20,314
18 +	14.1	7.8	22.6	26,431
Nível de escolaridade				
Nenhum	12.7	7.5	20.9	23,719
Primário	11.2	6.8	18.6	25,511
Secundário [+]	16.3	6.4	23.0	7,504

Nas áreas urbanas, estima-se que 41% das pessoas dormiram debaixo de uma rede mosquiteira, mas apenas 15% usou REMTI e 19% qualquer tipo de rede. Apesar de limitado, o nível de uso de redes por região é proporcional à dimensão da epidemia, ou seja, as regiões mais endémicas têm um número maior de pessoas a usar redes mosquiteiras. Por exemplo, na região hiperendémica, 52% das pessoas revelou ter usado rede mosquiteira na noite anterior ao Inquérito, sendo 18% REMTI e 27% de qualquer tipo. Na região mesoendémica instável, o uso de REMTI reduz para 12%, e 10% na região mesoendémica estável.

As províncias de Cabinda e Zaire, que têm provavelmente os maiores níveis de cobertura de REMTI, também demonstram níveis de uso baixos, estimados em pouco mais de 32% em Cabinda e 23% no Zaire. Na região hiperendémica, a província da Lunda Sul tem o nível mais reduzido de posse e, consequentemente, de uso de REMTI. A incidência de uso de REMTI por região na noite anterior ao Inquérito é maior na região hiperendémica, com 18%.

Uso de redes mosquiteiras por crianças dos 0 aos 4 anos de idade

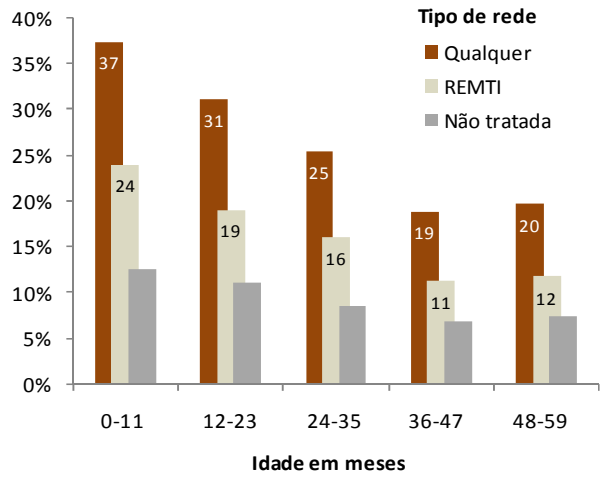
Em termos gerais, estima-se que 16% das crianças menores de cinco anos dormiu debaixo de uma rede mosquiteira tratada com insecticida na noite anterior ao Inquérito e cerca de 27% dormiu sob qualquer tipo de rede. A maior diferença entre as regiões endémicas regista-se particularmente a nível do uso de REMTI. Cerca de 22% das crianças na zona hiperendémica usaram REMTI, comparativamente a 13% na zona mesoendémica estável e 12,5% na mesoendémica instável. É importante observar que a posse de redes pelo agregado se reflecte directamente no nível de acesso por parte das crianças, factor demonstrado pela elevada percentagem de crianças que, em Cabinda e no Zaire, passaram a noite debaixo de redes tratadas. Situação inversa observa-se nas províncias da Lunda Sul e Bié, cujos níveis de cobertura de REMTI são baixos.

A Figura 6.5 apresenta dados sobre a tendência de uso de redes mosquiteiras em crianças menores de cinco anos. Depreende-se que a probabilidade de uma criança passar a noite debaixo de uma rede mosquiteira (seja de que tipo for) diminui progressivamente com o avanço da idade. O uso da rede mosquiteira por crianças menores de cinco anos é particularmente importante, devido à vulnerabilidade destas à malária. Nos primeiros seis meses após o nascimento, os anticorpos adquiridos durante a gravidez protegem as crianças, protecção que enfraquece à medida que a criança atinge os 12 meses. Isto implica que a tendência descendente que se observa no gráfico a partir do 12.º mês deveria, de facto, ser no sentido ascendente, o que exigiria dos pais maior protecção dos filhos contra a malária até ao 59.º mês (aos cinco anos).

Estima-se que 75% das crianças até aos 11 meses dormiram debaixo de uma rede mosquiteira, 24% das quais usaram REMTI e 37% usaram qualquer outro tipo de rede. Para as crianças entre os três e quatro anos (36-47 meses), o uso de redes mosquiteiras diminui substancialmente para 39%, sendo que apenas 12% usou REMTI.

Indicadores de Malária	
Crianças dos 0-4 anos de idade que dormiram debaixo de qualquer rede mosquiteira na noite anterior ao inquérito.	26.4%
Crianças dos 0-4 anos de idade que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira tratada na noite anterior ao inquérito.	16.3%

Figura 6.5
Uso de redes mosquiteiras por crianças dos 0 aos 4 anos



Sabe-se que as crianças menores de cinco anos estão sujeitas a reincidências de malária, o que contribui para taxas de mortalidade infantil cada vez mais elevadas. Os dados do Inquérito demonstram que o nível de escolaridade da mãe pode ser determinante para inverter esta tendência, visto que as crianças que dormiram debaixo de REMTI têm maioritariamente mães com nível de educação secundário ou mais alto. Os dados revelam que o acesso a REMTI por crianças menores de cinco anos não é fortemente determinado pelo nível de pobreza do agregado, mas antes por factores de disponibilidade do produto. Contudo, os 20% da população mais rica revelam maior capacidade de prevenção contra a malária do que os mais pobres, fazendo recurso a outros tipos de redes mosquiteiras, incluindo as não tratadas. A percentagem da população mais rica que usa efectivamente redes mosquiteiras (de vários tipos) como prevenção contra a malária para crianças menores de cinco anos é duas vezes superior à população mais pobre.

Uso de redes mosquiteiras por mulheres grávidas

À semelhança das crianças menores de cincos anos, as mulheres grávidas também constituem um grupo populacional prioritário no uso de REMTI. Tendo em conta a alta taxa de fecundidade em Angola, o risco elevado de exposição ao vector tem implicações sérias para a saúde materna e infantil. É sabido que a malária contribui para nascimentos com baixo peso, anemia materna, mortalidade infantil, aborto espontâneo e casos de nados mortos. Contudo, esta dimensão do problema não se reflecte nos dados apresentados na Tabela 6.4, que indica a percentagem de mulheres grávidas que dormiu debaixo de uma rede mosquiteira na noite anterior ao Inquérito.

Dezoito por cento (18%) das mulheres grávidas na altura do Inquérito declarou ter dormido debaixo de uma rede mosquiteira tratada com insecticida e 29% usou qualquer tipo de rede - valores que indicam elevada exposição ao risco de contrair malária. Esperava-se, porém, que o nível de escolaridade fosse mais determinante no comportamento da mulher grávida relativamente ao uso de mosquiteiros.

Apesar de o acesso ao REMTI ser ligeiramente superior nas áreas urbanas do que nas rurais, a percentagem de grávidas que usaram redes mosquiteiras é baixa em ambas as áreas. A distribuição percentual de mulheres que usaram os três tipos de rede não difere por nível de escolaridade, nem de pobreza do agregado familiar. Isso deve-se, muito provavelmente, a factores associados à disponibilidade de redes e/ou de percepção da necessidade de prevenção da malária.

Tabela 6.4
Grávidas dos 12 aos 49 anos que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira

Caracterização	Tipo de rede			Número de mulheres *
	REMTI	Não tratada	Qualquer tipo	
Angola	**18.4**	**9.9**	**28.9**	**1,335**
Área de residência				
Urbana	20.2	9.0	29.5	688
Rural	16.2	11.0	28.3	647
Nível de escolaridade				
Nenhum	17.6	9.1	28.8	396
Primário	18.4	10.4	28.9	685
Secundário [+]	19.7	9.8	29.7	230
Quintil de despesas				
Primeiro	13.0	12.0	26.4	169
Segundo	13.1	11.1	24.8	212
Terceiro	21.0	11.7	33.1	211
Quarto	25.2	8.2	34.6	244
Quinto	15.0	9.6	24.6	223

* Número de mulheres com 12-49 anos grávidas

6.2.2. Tratamento da malária

Tratamento da malária em crianças

Sendo a febre o principal sintoma da malária em crianças menores de 5 anos, o Inquérito incluiu perguntas específicas sobre a sua prevalência e

Tabela 6.5.
Prevalência e tratamento de crianças com febre

Caracterização	Tiveram febre ou malária	Medicadas contra a febre	Administração de antipalúdicos			Número de crianças de 0-4 anos com febre ou málaria	Número de crianças de 0-4 anos
			Tomaram qualquer antipalúdico apropriado	Tomaram antipalúdico apropriado durante as 24 horas após os sintomas	Tomaram coartem durante as 24 horas após os sintomas		
Angola	**17.4**	**15.4**	**48.2**	**36.5**	**13.8**	**1,906**	**11,043**
Área de residência							
Urbana	16.5	15.4	51.8	39.6	19.8	860	5,654
Rural	18.4	15.4	44.6	33.5	7.8	1,046	5,389
Regiões							
Luanda	19.0	17.6	54.7	39.7	20.2	238	1273
Hiperendémica	14.6	13.1	36.1	26.1	7.4	523	3492
Mesoendémicas [E]	20.7	17.9	44.2	32.5	9.9	691	3327
Mesoendémicas [I]	16.4	14.3	55.5	40.9	13.0	454	2951
Sexo							
Homens	17.1	15.0	44.1	32.3	11.5	959	5,522
Mulheres	17.7	15.8	52.1	40.6	15.9	947	5,521
Idade							
0-11	20.3	18.6	38.7	31.1	7.7	455	2,304
12-23	22.4	20.6	53.7	39.8	18.0	487	2,132
24-35	18.5	16.2	44.8	34.1	11.3	419	2,337
36-47	13.1	11.2	50.3	40.4	21.5	273	2,147
48-59	12.5	10.3	58.9	40.6	12.7	260	2,060
Nível de escolaridade da mãe							
Nenhum	15.3	12.8	43.4	31.9	8.7	569	3,599
Primário	18.9	16.9	48.3	37.4	14.3	1,055	5,652
Secundário [+]	16.6	15.5	57.4	42.6	20.5	253	1,595
Quintil de despesas							
Primeiro	14.6	11.4	37.0	29.3	9.9	295	1893
Segundo	15.5	13.3	48.9	36.5	8.5	359	2104
Terceiro	17.2	15.6	47.4	32.2	13.9	308	1877
Quarto	19.5	18.5	50.0	39.4	14.3	325	1705
Quinto	24.9	23.3	56.5	45.2	20.8	359	1158

tratamento para todas as crianças nesta faixa etária (0-4). Os resultados desta análise podem ser lidos na Tabela 6.5. A incidência de febre ou malária entre crianças de 0-4 nos 30 dias que antecederam o Inquérito é de mais de 17%. Esta incidência é mais elevada na faixa etária dos 12-23 meses (cerca de 22%) e mantém uma tendência decrescente a partir dos 24 meses.

No geral, 48% das crianças com febre foram tratadas com qualquer tipo de antimalárico apropriado, mas apenas 37% receberam a medicação nas 24 horas subsequentes ao início dos sintomas. O Coartem foi administrado a 14% das crianças nas primeiras 24 horas após a manifestação dos sintomas. Para além do Coartem, mais frequentemente administrado, o consumo de outros antipalúdicos inclui Fansidar (5%), Cloroquina (9%), Amodiaquina (11%), Quinino (4%), Arenate (6%) e, com menos incidência, Halfan (2%).

A disponibilidade de antipalúdicos varia substancialmente entre as regiões endémicas e entre províncias dentro da mesma região. Isso influencia, em parte, a rapidez com que as crianças são medicadas. Os dados na Figura 6.6 mostram que na província do Kuando Kubango (região mesoendémica instável) encontra-se a maior proporção de crianças que recebeu antipalúdicos apropriados (62%) e Coartem (28%) nas primeiras 24 horas após os sintomas. Por outro lado, a disponibilidade e provavelmente o acesso a antipalúdicos na província do Moxico é mais limitado, observando-se a ausência de Coartem nas medicações feitas nos 30 dias anteriores ao Inquérito. Na região mesoendémica

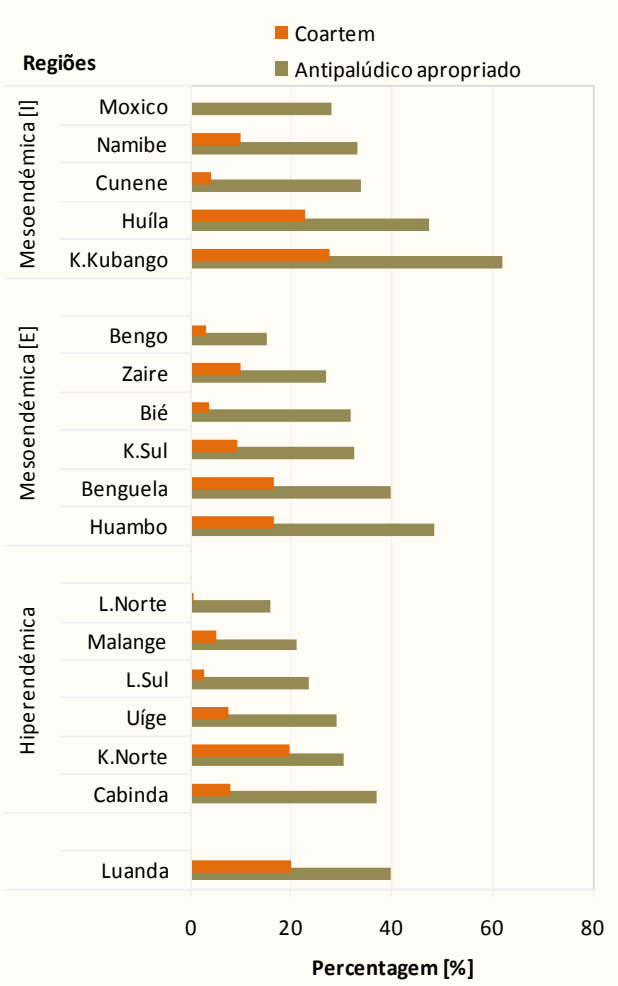
estável, a província do Huambo regista a maior proporção de crianças que receberam antipalúdicos apropriados, incluindo o Coartem. A proporção de crianças com febre ou malária que recebeu medicação apropriada no tempo recomendado é inferior nas províncias da região hiperendémica.

A ocorrência de febres ou malária é ligeiramente superior nas áreas rurais do que nas urbanas, mas não há diferenças significativas relativamente às regiões endémicas, ao género do chefe do agregado e à escolaridade da mãe, nem ao nível de pobreza da população.

Indicadores de Malária	
Pessoas com febre nos últimos 30 dias que foram tratadas com antipalúdicos nas 24 horas seguintes ao início dos sintomas.	33.0%
Crianças com 0-4 anos de idade com febre nos últimos 30 dias que foram tratadas com antipalúdicos nas 24 horas seguintes ao início dos sintomas.	36.5%

Figura 6.6

Administração de antipalúdicos a crianças dos 0 aos 4 anos 24 horas após os sintomas



Contudo, a rapidez com que a criança é tratada pode ser determinante para a sua vida e é necessário realçar o facto de que a brevidade no tratamento das crianças tende a aumentar de acordo com o nível de escolaridade da mãe, o género do chefe de família e o nível de pobreza.

Os agregados chefiados por mulheres mostraram-se mais propensos a efectivar a medicação apropriada da criança doente nas primeiras 24 horas após os sintomas. A administração de Coartem nas primeiras 24 horas também é ligeiramente superior nos agregados chefiados por mulheres. Mais de 20% das crianças que tomaram Coartem no início da doença têm mães com nível de escolaridade secundário ou superior, em comparação com 9% de mães sem escolaridade. O custo das consultas e dos medicamentos também se reflecte na rapidez com que as crianças são tratadas com antipalúdicos. Mais de 45% das crianças que tomou antipalúdicos apropriados nas 24 horas após os sintomas pertencem aos 20% da população mais rica, ao passo que o número de crianças entre a população mais pobre que teve acesso a medicação é inferior a 30%. A proporção de crianças entre a população mais rica que teve acesso a Coartem é duas vezes superior à de crianças entre a população mais pobre.

Prevenção da malária em mulheres grávidas

As medidas de prevenção da malária recomendam o tratamento intermitente preventivo (TIP) com SP/Fansidar durante os cuidados pré-natais. Estes dados foram obtidos questionando as mulheres sobre os antipalúdicos usados durante a última gravidez e o número de doses tomadas. A Tabela 6.7 mostra a percentagem de mulheres que fizeram medicação preventiva durante a gravidez. Cerca de 45% das mulheres tomaram medicamentos para prevenir a malária, mas o cumprimento do TIP é limitado a 16%. A prática de prevenção difere significativamente entre as mulheres rurais e urbanas. Na área urbana, cerca de 60% das mulheres com um parto nos últimos 12 meses recebeu terapia preventiva para a malária durante a gravidez. Em contrapartida, esse número desce consideravelmente nas áreas rurais para apenas 27,5%.

Diferenças marcantes registam-se também entre a capital e as restantes zonas endémicas, já que 72% das mulheres em Luanda fizeram medicação preventiva e apenas metade deste número foi estimado mas zonas hiperendémica e mesoendémica estável. Contudo, os dados indicam

Tabela 6.6

Mulheres dos 12 aos 49 anos que receberam terapia intermitente preventiva (TIP) durante a última gravidez

Característica	Tomaram medicamento para prevenir a malária durante a gravidez	Antipalúdicos tomados			Não sabe	Tomaram 2 ou mais doses de fansidar	Número de mulheres *
		SP Fansidar	Cloroquina	Outros			
Angola	**44.7**	**26.5**	**8.8**	**4.0**	**4.9**	**16.4**	**2,809**
Área de resdência							
Urbana	60.0	36.9	10.4	5.2	7.1	23.0	1,501
Rural	27.5	14.8	7.1	2.7	2.5	9.1	1,308
Regiões							
Luanda	71.8	43.4	14.0	5.1	8.7	31.8	289
Hiperendémica	35.6	22.1	6.0	3.2	3.6	9.9	884
Mesoendémicas [E]	36.6	20.3	9.7	3.2	3.3	13.7	877
Mesoendémicas [I]	39.6	24.2	4.3	4.6	6.5	12.6	759
Nível de escolaridade							
Nenhum	27.8	14.9	6.6	2.3	3.7	7.8	839
Primário	44.1	24.7	11.1	2.9	5.0	15.0	1,531
Secundário [+]	74.4	50.8	5.7	10.1	6.8	35.9	399

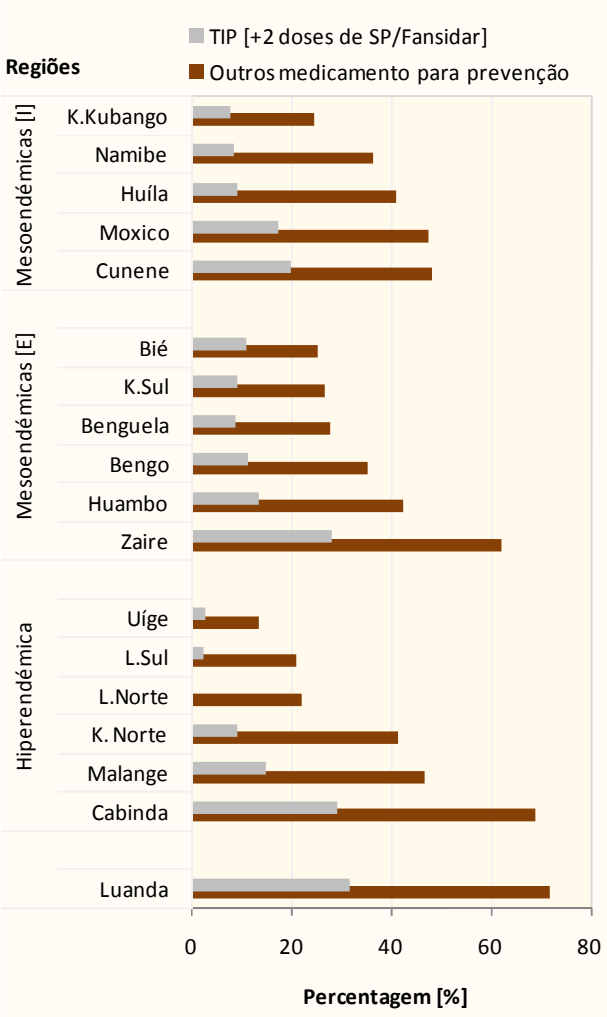
* Número de mulheres que tiveram filhos nos últimos 12 meses

que uma em cada cinco mulheres nas áreas urbanas tomou duas ou mais doses de SP/Fansidar durante a gravidez e a proporção nas áreas rurais é de uma em dez mulheres. À semelhança das outras práticas de prevenção da malária discutidas acima, o nível de escolaridade da mulher também influencia o seguimento da recomendação do TIP.

A Figura 6.6 mostra a percentagem de mulheres dos 12 aos 49 anos de idade, com um parto nos 12 meses anteriores ao Inquérito, que receberam terapia intermitente preventiva durante a gravidez. A prática da prevenção da malária entre as grávidas é mais elevada na região capital (Luanda), onde 72% das mulheres tomaram medicamentos para a prevenção da malária e uma em cada três fez TIP. Na região hiperendémica, a província de Cabinda tem a maior proporção de mulheres grávidas que pratica a prevenção, tanto com as duas doses de SP/Fansidar (28%), como com outros antipalúdicos (62%). As províncias de Uíge, Lunda Sul e Lunda Norte têm níveis de prevenção bastante baixos e nota-se nesta última a ausência de TIP entre as grávidas nos 12 meses anteriores ao Inquérito. Na região mesoendémica estável, a província do Zaire apresenta o nível mais elevado de prevenção, em que quase dois terços das mulheres tomaram antipalúdicos e uma em tês mulheres fez TIP. Nesta região, os níveis de prevenção nas províncias de Benguela, Kuanza Sul e Bié são significativamente mais baixos.

Figura 6.7

Mulheres dos 12 aos 49 anos que receberam terapia intermitente preventiva (TIP) durante a gravidez



As províncias de Cunene e Moxico na região mesoendémica instável têm os níveis de prevenção mais altos, com quase metade das mulheres a tomarem antipalúdicos e uma em cinco fez TIP.

O nível de escolaridade das mulheres tem influência sobre a prática de prevenção contra a malária durante a gravidez. Mais de 74% das mulheres com nível de escolaridade secundário ou superior tomaram medicamentos para prevenir a malária e apenas 28% das que não têm escolaridade o fizeram. As diferenças no acesso aos antipalúdicos como o Fansidar (entre os mais caros no mercado) são acentuadas, visto que a proporção de mulheres com ensino secundário que tomou pelo menos uma dose deste antimalárico é quatro vezes superior à de mulheres sem escolaridade. A mesma tendência repete-se relativamente às mulheres que fizeram a dose completa de TIP.

Indicador de Malária	
Percentagem de mulheres grávidas que fizeram Terapia Intermitente Preventiva, i.e. tomaram duas ou mais doses de SP/Fansidar durante a gravidez.	16.4%
Percentagem de mulheres que tomaram medicamento para prevenir a malária durante a gravidez.	44.7%

6.3. Conhecimento e Práticas sobre VIH/SIDA

As infecções por VIH continuam a constituir uma das epidemias mais graves a nível mundial. Em Angola, embora não tenha sido realizado nenhum estudo de seropositividade, o Relatório do Governo à Sessão Extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre VIH/SIDA, de Março de 2010, indica taxas de prevalência de 1,9% para a população dos 15-49 anos e de 2,8% para as mulheres grávidas na faixa dos 15-49 anos de idade, em 2009.

Contudo, a combinação de um conjunto de factores, como a elevada percentagem de jovens na população, a rápida urbanização, a incidência da pobreza entre a população, a taxa de analfabetismo, a pouca compreensão do risco, as práticas de múltiplos parceiros e o início precoce das relações sexuais, pode contribuir para a expansão acelerada das infecções por VIH. O Inquérito recolheu dados sobre comportamentos e práticas relacionados com o VIH/SIDA, nomeadamente conhecimentos sobre VIH/SIDA e padrões de comportamento sexual da população, com o objectivo de identificar grupos mais vulneráveis ao risco de infecção por VIH.

6.3.1. População que já ouviu falar sobre VIH/SIDA

Em Angola, 79,9% das pessoas já ouviram falar de VIH/SIDA mas apenas 23% têm conhecimento suficiente para evitar a infecção por VIH. No caso das mulheres do grupo dos 15-49 anos, 84% destas já ouviram falar de VIH/SIDA e 86% nos jovens entre 15-24 anos. Entre estes, 90% dos jovens da faixa dos 20-24 e 83% da faixa 15-19 já ouviram falar do VIH/SIDA. Abaixo dos 15 anos e acima dos 49, a percentagem da população que já ouviu falar alguma coisa sobre VIH/SIDA baixa para 50-60%

Também existem diferenças entre géneros, com desvantagem para as mulheres em todas as faixas etárias. Globalmente, as mulheres ouviram falar menos do VIH/SIDA (77%) do que os homens (83%), o que pode ficar a dever-se, para além de outros factores, à maior mobilidade social destes. Entre os jovens, regista-se um maior equilíbrio entre os géneros: 87% para os homens e 85% para as mulheres. Estes dados indicam a necessidade de concentrar a comunicação de informação e educação nos grupos dos jovens na faixa dos 15-19 anos e das mulheres.

As diferenças de conhecimento são significativas entre as regiões mais urbanizadas, onde atinge 91%, e as rurais, com apenas 66%. Este padrão mantém-se no caso das outras faixas etárias, sendo a diferença entre zonas menor no caso dos jovens.

A separação destes dados por província evidencia disparidades geográficas importantes. Enquanto Luanda apresenta percentagens quase universais de

Indicadores de VIH e SIDA (Conhecimento sobre prevenção de transmissão)	
População maior de 12 anos que já ouviu falar de VIH e SIDA	79.9%
Proporção de mulheres entre os 15 e 49 anos que já ouviu falar de VIH e SIDA	83.7%
População dos 15 aos 24 anos que já ouviu falar de VIH e SIDA	86.0%
População maior de 12 anos que conhece as duas formas de prevenção de transmissão VIH e SIDA (fidelidade e uso de preservativo)	45.0%
Proporção de mulheres dos 15 aos 49 anos que conhecem as duas formas de prevenção de transmissão de VIH e SIDA (fidelidade e uso de preservativo)	47.5%
População dos 15 aos 24 anos que conhece as duas formas de prevenção de transmissão de VIH e SIDA (fidelidade e uso de preservativo)	52.8%

população que já ouviu falar de VIH/SIDA, de cerca de 97% para toda a população, 98% na faixa etária 15-24 anos e 98,5% no caso das mulheres dos 15-49 anos, as províncias do Bié e Kuanza Sul apresentam os valores mais baixos. É apresentada na Tabela 6.7 uma distribuição por intervalos de 10%, para a população de referência (12 anos ou mais).

Tabela 6.7
Distribuição geográfica da população com mais de 12 anos que já ouviu falar de VIH/SIDA

Percentagem	Províncias
90% +	Luanda, Cabinda e Zaire
80-90%	Huila, Bengo e Lunda Sul
70-80%	Cunene, Moxico, Uíje, Lunda Norte, Malanje, Kuanza Norte e Benguela
60-70%	Huambo, Kuando Kubango e Namibe
50-60%	Kuanza Sul
40-50%	Bié

A educação e o nível de rendimento influenciam decisivamente o conhecimento sobre a pandemia. Enquanto quase 98% da população com o ensino secundário já ouviu falar de HIV/SIDA, esta proporção baixa para 81% entre as pessoas com o ensino primário e para praticamente metade nos que não têm nenhum grau de escolaridade (52,5%). As mulheres entre 15 e 49 anos revelam mais conhecimentos em todos os níveis de escolaridade do que os jovens. Quando relacionado com os quintis de consumo, a percentagem de mulheres dos 15-49 anos que ouviu falar sobre VIH/SIDA passa de quase universal (97%) entre a população mais rica para 61% entre as mulheres mais pobres.

Conhecimento suficiente para a prevenção da infecção por VIH

A prevenção da infecção por VIH pela via sexual focaliza-se em três métodos principais: a abstinência, a restrição do número de parceiros sexuais e o uso de preservativo nas relações sexuais. O conhecimento suficiente sobre VIH/SIDA é avaliado em função destes três métodos e da identificação/recusa das três seguintes concepções erradas sobre transmissão: uma pessoa com aparência saudável pode ser portadora do vírus, o VIH não se transmite por picada de mosquito, nem pela partilha de alimentos. A Tabela 6.8 reflecte os valores considerados nesta análise, tendo em consideração a população com pelo menos 12 anos de idade.

Prevenção da infecção

Menos de metade da população de Angola (45%) conhece as duas principais formas de prevenção da transmissão sexual do VIH - restrição de parceiros e uso de preservativo. Esse conhecimento é mais elevado na faixa etária 15-24 anos (53%) e ligeiramente inferior nas mulheres entre 15 e 49 anos, tendo 52% destas identificado ambas as formas de prevenção. Entre os jovens, é de realçar a diferença de conhecimento entre a faixa dos 20-24 anos (58%) e a dos 15-19 (49%), considerando que o início dos relacionamentos sexuais em Angola é precoce.

Relativamente à área de residência, estes valores reflectem diferenças significativas, registando a zona rural uma percentagem de apenas 28%, metade do que se verifica nas cidades, onde existe provavelmente maior acesso a informação. Esta mesma tendência mantém-se nas faixas etárias 15-49 e 15-24 anos, embora a relação seja ligeiramente inferior na última, onde a zona rural regista 34% de jovens com este conhecimento comparativamente a 64,5% nas zonas urbanas.

Os casos mais preocupantes são os das províncias de Bié (21%), Cunene (24%) e Lunda Norte (26%), e ainda Zaire, Uíge, Kuanza Norte e Sul, Benguela, Namibe, Bengo e Huambo, que não atingem os 40%.

O diferente acesso a informação e educação explicam a disparidade no nível de conhecimento entre homens e mulheres na população, 50% e 40%, respectivamente. Entre os jovens, os do sexo masculino revelam um conhecimento maior da questão (55%) do que as jovens do sexo feminino (51%). Ainda, a proporção de pessoas com o ensino secundário que conhece as duas formas de prevenção é 4,5 vezes superior à das pessoas que não têm qualquer escolaridade. Entre os jovens essa relação diminui para três.

A situação de pobreza é decisiva para o conhecimento das formas de prevenção. Ao contrário do conhecimento sobre VIH/SIDA, em que a população do quinto quintil de consumo revelava valores quase universais, no caso das formas de prevenção o conhecimento baixa para 66% no caso das mulheres dos 25 aos 49 anos e para 67% entre os jovens. Entre os mais pobres, a proporção dos que detêm esse conhecimento é alarmante: 23,5% para as mulheres e 29% para os jovens.

Tabela 6.8
Conhecimento sobre transmissão e percepções erradas sobre VIH/SIDA

Caracterização	Já ouviu falar do VIH-SIDA	Conhece as 2 principais formas de evitar a transmissão	Sabe identificar as 3 concepções erradas	Conhece as 2 formas de evitar a transmissão e 3 concepções erradas	Número de Pessoas *
Angola	**79.9**	**45.0**	**32.1**	**23.4**	**34,346**
Área de residência					
Urbana	90.6	58.0	47.2	34.9	18,490
Rural	66.2	28.3	12.9	8.7	15,856
Sexo					
Homens	83.3	50.3	37.6	27.6	16,351
Mulheres	76.8	40.3	27.3	19.6	17,995
Idade					
12-14	64.8	25.0	17.6	11.1	4,149
15-19	83.2	48.8	33.5	25.2	6,295
20-24	89.7	58.0	44.0	32.8	4,975
25-29	88.1	55.9	43.0	32.2	3,670
30-34	86.9	54.9	38.2	29.5	3,199
35-39	85.9	51.6	37.5	25.5	2,605
40-44	85.7	50.7	36.7	26.3	2,272
45-49	80.8	42.8	31.2	21.6	1,887
50-54	73.9	32.7	22.4	15.2	1,789
55-59	64.1	26.5	17.2	11.9	1,152
60-64	58.4	25.0	11.7	9.3	816
65 +	51.0	16.6	7.8	4.6	1,537
Nível de escolaridade					
Nenhum	52.5	16.3	6.6	4.3	7,870
Primário	81.4	42.4	24.1	16.8	18,096
Secundário (+)	97.9	71.3	66.5	50.1	7,498

* Número de pessoas com 12 ou mais anos

Concepções erradas sobre transmissão

As concepções erradas sobre transmissão do VIH são conhecidas por apenas um terço da população. As diferenças são importantes entre o contexto urbano (47%) e o meio rural (13%) e também entre géneros: homens (38%) e mulheres (27%). Os dados indicam também que o nível de escolaridade influencia significativamente a percepção sobre a transmissão do VIH, já que quase dois terços da população com o ensino secundário reconhece bem as concepções erradas e apenas 7% dos que não têm escolaridade as reconhecem. Entre os jovens do sexo masculino mais pobres a proporção é superior à das mulheres na mesma condição, 17% e 10%, respectivamente.

O reconhecimento das concepções erradas é maior entre a população mais jovem, na faixa etária dos 15-24 anos. Porém, apenas 38% das pessoas nesta faixa reconheceu bem as percepções erradas e existem disparidades significativas entre zona urbana e rural - 51% e 18%, respectivamente. O acesso a informação e educação e factores de ordem cultural podem explicar estas disparidades. O mesmo padrão limitado observa-se entre as mulheres da faixa etária dos 15-49 anos, em que apenas 12% na zona rural reconhece as três concepções erradas sobre a transmissão do VIH, em comparação com quase 46% nas cidades. Em qualquer dos casos, o conhecimento varia proporcionalmente com o nível de escolaridade, registando os níveis mais altos maiores percentagens de conhecimento.

A dimensão agregada das duas questões analisadas anteriormente (formas de prevenção de transmissão e concepções erradas) permite avaliar a existência de conhecimento suficiente sobre VIH/SIDA entre a população. Neste estudo, apenas 23% da população

revela conhecimento suficiente, registando a zona rural valores que não atingem os 10%. As faixas etárias que menos sabem sobre o assunto são as mais velhas (60 anos e mais). A percentagem da população entre os 15 e 49 anos com conhecimento suficiente varia entre 21% e 32%, sendo a faixa dos 20-29 anos a que maior percentagem apresenta. De notar a muito baixa percentagem da população sem escolaridade com conhecimento sobre o VIH/SIDA (4%). As províncias do Bié e Moxico revelam dados alarmantes em matéria de conhecimento suficiente, com 6% e 9% respectivamente, mas apenas Cabinda, Luanda e Kuando Kubango atingem ou ultrapassam a média nacional, que é igualmente muito baixa.

Conhecimento sobre transmissão vertical do VIH de mãe para filho

O aumento do conhecimento sobre formas de transmissão vertical de mãe para filho e o facto de esse risco poder ser reduzido pelo uso de anti-retrovirais são questões críticas para os Programas de Eliminação da Transmissão Vertical. Esta análise é efectuada para a população feminina que na altura do Inquérito tinha tido filhos e frequentado consulta pré-natal. A Tabela 6.9 resume a informação recolhida sobre essas questões neste grupo. O conhecimento foi avaliado mediante duas questões principais: (i) saber que o VIH pode ser transmitido de mãe para filho e (ii) conhecer as três fases em que a transmissão de mãe para filho pode ocorrer: durante a gravidez, no parto e durante a amamentação.

Cerca de 54% das mulheres dizem ter recebido informação ou aconselhamento sobre prevenção do VIH/SIDA durante as consultas de saúde pré-natal. Contudo, a disparidade entre zonas urbanas e rurais e níveis de escolaridade no acesso a informação durante as consultas pré-natais é expressiva. Embora se tenha registado um aumento, desde o último Inquérito MICS de 2001, da percentagem de mulheres em idade fértil que sabe que pode ocorrer transmissão vertical de VIH de mãe para filho, a percentagem actual ainda pode ser considerada baixa (aproximadamente 60%). Nas zonas rurais, só 37,9% das mulheres sabem que pode ocorrer transmissão de VIH de mãe para filho, proporção semelhante à de mulheres sem escolaridade.

A distribuição espacial pelo território deste conhecimento é irregular, registando as províncias do

Tabela 6.9

Conhecimento sobre transmissão de VIH/SIDA entre mulheres em idade fértil em consultas pré-natais

Caracterização	Receberam informação ou aconselhamento sobre prevenção do VIH e SIDA durante a CPN	Conhecimento sobre as formas de transmissão de mãe para filho			Número de mulheres*
		VIH pode ser transmitido da mãe para o filho	Conhecem as 3 formas de transmissão mãe-filho	Não conhecem nenhuma das 3 formas de transmissão mãe-filho	
Angola	**53.8**	**59.5**	**5.2**	**50.7**	**1,919**
Área de residência					
Urbana	64.1	71.7	6.9	39.2	1,211
Rural	35.5	37.9	2.1	71.3	708
Idade					
12-14	84.6	33.3	3.7	66.7	7
15-19	50.4	58.5	4.3	54.0	326
20-24	51.6	62.9	6.7	47.2	543
25-29	55.6	63.2	4.5	47.6	448
30-34	57.8	58.1	6.2	52.0	312
35-39	52.9	55.4	1.0	53.5	189
40-44	54.7	40.2	7.7	61.4	77
45-49	47.5	48.8	5.2	73.7	17
Nível de escolaridade					
Nenhum	34.3	34.6	2.9	74.1	424
Primário	51.8	56.4	3.4	55.2	1,111
Secundário [+]	78.4	91.7	12.3	17.3	349

*Número de mulheres com 12-49 anos e com filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses e que fizeram consultas de pré-natal

Bié (27,8%), Malanje (33%) e Namibe (35,9%) as mais baixas percentagens de conhecimento entre as mulheres deste grupo. Surpreendentemente, o Kuando Kubango, província onde a oferta de serviços de pré-natal ou VIH/SIDA é das mais baixas do país, lidera o grupo com a maior percentagem de conhecimento (com 79%), acima de Luanda com 75%. Neste mesmo nível encontram-se as províncias de Cabinda, Zaire, Cunene e Bengo, todas com mais de 70%.

No entanto, relativamente a um nível mais aprofundado de conhecimento sobre a transmissão durante a gravidez, o parto e amamentação, os números são preocupantes. Apenas 5% das mulheres conhece as três fases de risco de transmissão e mais de 50% não conhece nenhuma delas. Nas cidades, o desconhecimento abrange 39,2%, mas nas zonas rurais a situação é mais alarmante ainda, com 71,3%. Este padrão mantém-se na separação por faixas etárias e por nível de escolaridade, com a faixa dos 40-44 anos a apresentar maior conhecimento relativo (8,7%), seguindo-se a dos 20-24 anos com 6,7%, a que também corresponde o menor desconhecimento das formas de transmissão. Entre as pessoas com nível secundário de escolaridade, o conhecimento não ultrapassa os 12%.

Estes dados podem indicar que existe pouca relação entre as sessões de aconselhamento sobre a prevenção em consultas de saúde pré-natal e o conhecimento efectivo sobre o assunto. Tratando-se de um grupo de mulheres que, à data do Inquérito, estavam grávidas, estes dados podem ser preocupantes e revelar a pouca eficácia e qualidade dos serviços de aconselhamento pré-natal e, ainda, a ausência ou fraca abrangência de programas mais direccionados para as áreas rurais e províncias de localização remota.

6.3.2. Relações sexuais e uso de preservativo

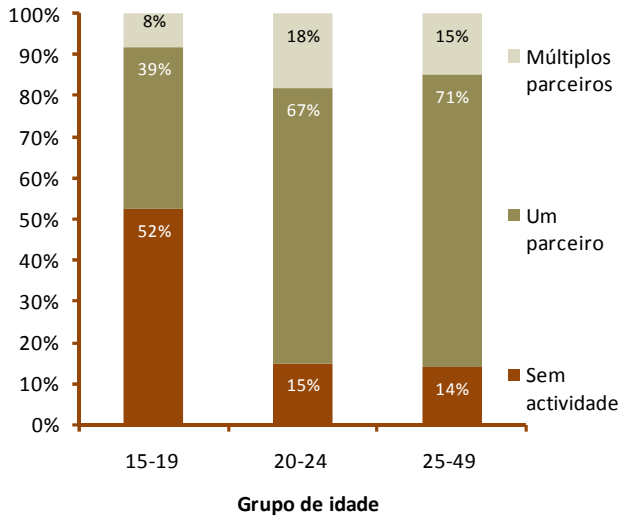
O modo predominante de transmissão de VIH em Angola é a via sexual, principalmente nas relações heterossexuais (INLS - Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA, 2010). Os programas de prevenção concentram-se habitualmente em três principais aspectos comportamentais: retardar o início das relações sexuais, promover a fidelidade mútua (restrição de parceiros) e o uso sistemático de preservativo nas relações sexuais. Por estas razões, é importante ter informação sobre o comportamento sexual da população para orientar a concepção e planificação de programas informativos e educativos dirigidos ao controlo da epidemia. A Figura 6.8 mostra a distribuição dos diferentes tipos de relacionamentos sexuais por faixa etária.

Em Angola, 14% da população dos 15 aos 49 anos declarou ter tido mais de um parceiro sexual nos 12 meses anteriores ao Inquérito, com incidência semelhante nas zonas rurais e urbanas[1]. Cerca de 22% dos homens declarou não ter tido relações sexuais no último ano, 52% declarou ter mantido relações com apenas um parceiro e 26% com múltiplos parceiros. No caso das mulheres, apenas 3,2% declarou ter relações com múltiplos parceiros, sendo que uma percentagem elevada afirma manter relações com um único parceiro (72%) ou refere a abstenção (25%). A ausência de relações sexuais tem maior expressão na faixa etária dos 15-19 anos (52%), com apenas 8% das pessoas deste grupo a manter relações com múltiplos parceiros.

Indicadores de VIH e SIDA (Relações sexuais e uso de preservativo)	
Percentagem da população dos 15 aos 49 anos que teve relações com um só parceiro nos últimos 12 meses	62.3%
Percentagem da população dos 15 aos 49 anos que usou preservativo na última relação sexual nos últimos 12 meses, com um só parceiro.	26.5%
Percentagem da população dos 15 aos 49 anos que teve relações com múltiplos parceiros nos últimos 12 meses.	14.2%
Percentagem da população dos 15 aos 49 anos que usou preservativo na última relação sexual nos últimos 12 meses, com mais de um parceiro.	42.5%

Figura 6.8

Tipos de relacionamentos sexuais entre a população dos 15-49 anos de idade



[1] Deve-se ter em conta o facto de que as entrevistas não foram feitas de forma confidencial.

Existem diferenças muito marcantes entre homens e mulheres: 26% dos homens declara ter tido mais do que um parceiro, enquanto só 3% das mulheres afirma o mesmo.

Uso de preservativo nas relações sexuais

O uso de preservativo nas relações sexuais é uma prática importante na redução do risco de infecção por VIH. Embora a eficácia da protecção esteja relacionada com o seu uso correcto e sistemático, é mais importante nas relações extraconjugais ou de não coabitação, ou ainda nas relações de alto risco. A Tabela 6.10 apresenta dados da população dos 15 aos 49 anos segundo o número de parceiros e uso do preservativo.

Globalmente, o uso de preservativo em relações sexuais com parceiros múltiplos é de apenas 42,5%, com preponderância para as zonas urbanas (54%) e apenas 21% nas zonas rurais. Nas relações com um único parceiro, o uso do preservativo é ligeiramente superior entre os homens (28%) do que nas mulheres (26%), mas a proporção inverte-se e praticamente duplica no caso de relações com múltiplos parceiros, tendo 44% das mulheres e 42% dos homens declarado o uso de preservativo.

Na distribuição geográfica, o Kuando Kubango é a província onde se regista menor percentagem de pessoas a fazer uso do preservativo nas relações sexuais com múltiplos parceiros (11%). As restantes províncias revelam proporções entre 20-30% e apenas Luanda (64%), Cabinda (57%), Malanje (48%) e Zaire (44%) apresentam valores próximos ou superiores à média nacional.

O uso do preservativo nas relações sexuais com um ou múltiplos parceiros varia entre as diferentes faixas etárias. Jovens de 20-24 anos e adultos entre 25 e 49 anos declararam ter múltiplos parceiros em percentagens próximas, mas fizeram recurso ao preservativo em proporções muito diferentes (55% e 36%, respectivamente). Já entre os jovens dos 15-19 anos, apenas 8% declara ter múltiplos parceiros, mas 47% fez uso de preservativo na última relação sexual. O uso consistente de protecção, que inclui a protecção mesmo nas relações com um único parceiro, diminui em todas as faixas etárias, mas entre os 25-49 anos situa-se mesmo abaixo da média nacional (17%).

Tabela 6.10
População entre 15 e 49 anos segundo o número de parceiros e uso de preservativo

Caracterização	Número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses		Usou preservativo na última relação sexual		Número de pessoas*
	1 pessoa	Mais de 1 pessoa	Teve sexo com 1 pessoa	Teve sexo com mais de 1 pessoa	
Angola	**62.3**	**14.2**	**26.5**	**42.5**	**24,903**
Área de residência					
Urbana	60.3	13.9	36.5	54.3	14,247
Rural	66.2	14.8	9.1	21.4	10,656
Idade					
15-19	39.4	8.2	43.5	47.2	6,295
20-24	66.6	18.1	40.8	54.9	4,975
25-49	70.9	15.4	17.4	36.1	13,633
Nível de escolaridade					
Nenhum	77.1	6.7	7.7	13.0	4,666
Primário	59.9	12.6	18.7	28.8	12,640
Secundário [+]	61.4	18.0	42.4	56.6	6,866
Quintil de despesas					
Primeiro	62.1	11.5	8.7	24.2	3,127
Segundo	63.3	13.6	12.2	26.5	3,849
Terceiro	60.8	13.5	19.4	32.6	4,082
Quarto	62.3	14.4	33.0	44.6	4,332
Quinto	64.0	15.8	40.5	59.5	4,142

* Número de pessoas com 15-49 anos de idade

Os níveis de escolaridade e pobreza influenciam de modo decisivo as decisões de protecção nas relações sexuais. A população menos escolarizada que usa o preservativo nas relações sexuais com múltiplos parceiros é quatro vezes inferior à mais escolarizada. Os mais pobres que usam preservativo nas relações múltiplas são duas vezes menos do que os mais ricos. Estes resultados são reveladores da necessidade de rever a disponibilidade de preservativos e de programas informativos e educativos para abranger de forma mais consistente as áreas rurais, os menos escolarizados e os mais pobres. O foco deve manter-se na população sexualmente activa, com particular incidência na camada jovem em que os comportamentos sexuais ainda não estão cristalizados e a educação pode fazer a diferença.

Razões para não usar o preservativo

É significativamente alta e preocupante a percentagem de indivíduos do sexo masculino expostos a transmissão de VIH por falta de utilização de preservativo nas relações sexuais com múltiplos parceiros (11%), revelando as mulheres um comportamento mais seguro (1%). Valores igualmente alarmantes são observados entre as diferentes faixas etárias, com realce para a faixa etária 40-44 anos, em que 10% dos indivíduos não usou preservativo.

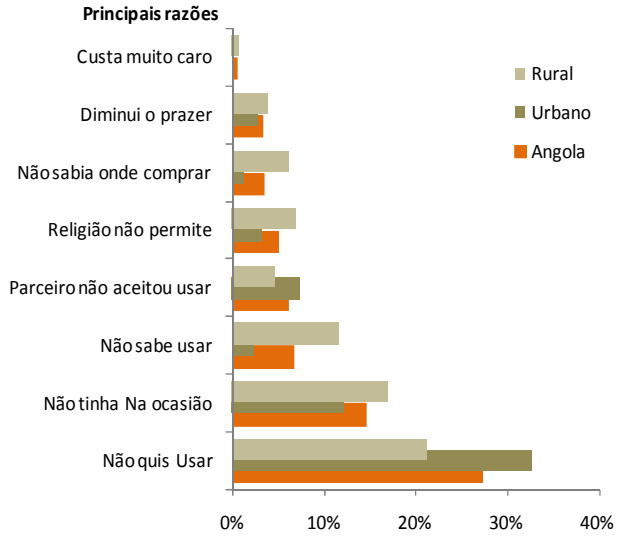
A Figura 6.9 apresenta o conjunto de razões apontadas para a não utilização de protecção em relações sexuais com múltiplos parceiros nos 12 meses que antecederam o Inquérito. As razões com maior interesse para esta análise são as que apresentam os valores percentuais expostos no gráfico: não quis usar, não tinha preservativo na ocasião, não sabia usar, o parceiro não aceitou usar o preservativo e a religião não o permite.

Preocupante é a razão "não quis usar", quer pelos valores registados, quer pela manifestação de uma intenção consciente de não usar protecção nas relações sexuais múltiplas, constituindo um grupo com elevado risco de exposição ao VIH. Os valores mais elevados, neste caso, registam-se nos 35-39 anos (30%) e 25-29 anos (29%), embora em todas as faixas etárias as percentagens estejam consistentemente acima de 25%, mesmo nas mulheres. O segundo tipo de razões por grau de interesse para programas de prevenção é a do grupo que declara não ter preservativo disponível na altura do acto sexual. Embora com valores abaixo de 20%, os mais jovens (15-19 anos) apresentam uma percentagem muito elevada (26%), sendo, por esse motivo, um grupo que requer atenção urgente, sobretudo se analisada simultaneamente a categoria de resposta "não quis usar".

O grupo que declara não ter usado protecção por recusa do parceiro reveste-se de igual importância, na medida em que podemos estar em presença de uma auto-eficácia baixa, sobretudo se interpretado em relação com a razão "não sabe onde comprar" (sendo esta razão mais mencionada pelas mulheres - 9%). Embora os valores não atinjam, em nenhuma das faixas etárias, os 10%, a fraca capacidade e possibilidade de reflectir ou conversar com os parceiros sobre o VIH e comprar preservativos é maior nas faixas etárias entre os 20-34 anos de idade, com o pico nos 20-24 anos (8%). Estes últimos apresentam uma percentagem de 4% para a razão "não sabia onde comprar". A faixa etária mais jovem (15-19 anos) regista valores igualmente preocupantes na leitura combinada das duas razões: 7% e 6,5%. O grupo que não usa preservativo por influência da Igreja incide maioritariamente nas zonas rurais e particularmente nas faixas etárias mais velhas (45-49 anos) com 7%, denotando que a Igreja tem pouca influência sobre os mais novos e nas zonas urbanas relativamente ao uso do preservativo.

Figura 6.9

Razões para não ter usado o preservativo na última relação sexual (por género)



6.3.3. Fontes de informação sobre VIH/SIDA

O acesso a informação e educação sobre VIH/SIDA é condição indispensável no controlo epidemiológico, sobretudo quando se trata de doenças em que os comportamentos e as atitudes dos indivíduos são

determinantes para o seu controlo. As fontes de informação foram divididas em fontes institucionais (escola, igreja e pessoal dos serviços de saúde), meios de comunicação (rádio, televisão, jornais e panfletos) e contactos sociais (amigos, comunidade e trabalho), sendo consideradas as faixas etárias dos 12 aos 49 anos. A Tabela 6.11 apresenta os dados sobre a incidência das fontes de informação por área de residência, dando indicações para eventuais alvos e programas educativos sobre VIH/SIDA.

Os níveis de acesso a informação variam em função da área de residência e os dados também mostram diferenças significativas entre faixas etárias. A fonte mais generalizada é a rádio, citada de modo consistente a nível nacional (53%), e o uso desta fonte aumenta progressivamente com a idade. É de conhecimento comum que os homens, particularmente nas áreas rurais, têm maior posse de rádio do que as mulheres, o que influencia o acesso a informação sobre VIH. Os dados mostram uma diferença substancial entre homens e mulheres na prática de audição de rádio, 60% e 46% respectivamente.

A televisão aparece em segundo lugar (com 46% a nível nacional), tendo evidentemente maior incidência nas zonas urbanas. A televisão é um veículo de informação importante para os jovens entre 14 e 39 anos, mas torna-se menos relevante nas idades mais avançadas. À semelhança de inquéritos passados, a televisão mantém-se entre as fontes mais referidas e apresenta maior equilíbrio entre homens e mulheres, isto é 48% e 44,5% respectivamente. Os jornais e panfletos sãos as fontes de informação menos preferidas pelas mulheres. Com valores genericamente mais baixos em todas as faixas etárias, tem maior expressão na população entre 45 e 49 anos de idade.

Até aos 19 anos, a escola representa a fonte de informação mais importante, atingindo 62% na faixa 12-14 anos e perdendo a importância nas idades mais avançadas. Profissionais de saúde, amigos e outras vias de comunicação tornam-se veículos importantes de informação para as pessoas a partir dos 20 anos de idade. A Igreja, particularmente nas áreas rurais, é uma fonte importante para as pessoas com mais de 35 anos e atinge o seu pico na faixa 45-49, com 20%.

Os amigos são uma fonte importante de informação, com particular realce entre os 15 e 34 anos de idade, o que destaca a importância da educação entre pares. As reuniões na comunidade de residência foram referidas com alguma consistência por todas as faixas etárias, com maior percentagem nos grupos de 40-44 e 45-49 anos, com 20%. O local de trabalho é a fonte menos referida, com percentagens que nunca atingem os 10%.

Tabela 6.11

Incidência das fontes de informação sobre VIH/SIDA

Caracterização	Fonte de informação										Número de pessoas*
	Media				Institucional			Social			
	Rádio	Televisão	Folhetos cartazes	Jornais revistas	Escola	Igreja	Médicos enfermeiro	Amigos vizinhos	Reuniões comunidade	Local de Trabalho	
Angola	**53.2**	**46.0**	**13.8**	**11.9**	**31.0**	**14.4**	**11.4**	**26.3**	**15.9**	**4.2**	**26,834**
Área de residência											
Urbana	52.3	62.5	16.3	15.8	36.3	12.4	12.2	22.3	9.9	5.7	15,852
Rural	54.7	17.1	9.6	5.2	21.8	17.9	10.0	33.3	26.4	1.4	10,982
Sexo											
Homens	60.3	47.6	16.5	16.1	33.9	10.6	7.3	26.0	14.9	6.4	13,360
Mulheres	46.3	44.5	11.3	7.8	28.3	18.1	15.3	26.5	16.8	2.1	13,474
Idade											
15-19	46.0	45.3	13.4	9.5	55.3	11.5	6.8	27.1	11.3	1.1	5,089
20-24	54.4	51.0	17.6	13.3	38.8	10.9	12.8	28.8	13.5	2.7	4,327
25-29	57.3	53.4	16.1	13.3	24.4	13.2	16.9	29.3	14.4	5.3	3,168
30-34	57.4	48.9	14.7	12.8	16.2	14.7	16.0	29.5	18.9	5.7	2,713
35-39	59.8	47.8	14.2	14.0	14.3	17.8	13.9	23.6	18.9	8.9	2,206
40-44	60.3	44.3	13.7	15.2	13.7	19.5	15.3	24.4	21.2	9.4	1,877
45-49	61.4	40.3	15.2	16.4	10.5	19.8	13.8	23.0	19.7	8.3	1,528
Nível de escolaridade											
Nenhum	46.2	17.6	3.7	2.2	2.3	23.3	11.5	33.2	28.7	1.1	4,322
Primário	52.8	40.2	10.7	8.7	29.2	14.4	10.1	26.6	15.7	1.9	14,612
Secundário [+]	55.8	66.4	22.9	20.5	44.9	11.0	13.4	23.1	11.2	9.1	7,212

* Número de pessoas com 12 ou mais anos que já ouviram falar do VIH-SIDA

O nível de escolaridade não parece estar directamente relacionado com as fontes de informação, particularmente no que diz respeito à rádio e televisão, embora percam importância no caso das pessoas que nunca estudaram (18%). A falta de escolaridade faz com que estes grupos procurem mais a informação através dos amigos (33%), nas reuniões na comunidade de residência (29%) e nas igrejas (23%). No nível de escolaridade mais elevado, para além da escola, fontes como folhetos ou cartazes, jornais e revistas têm mais preponderância.

6.3.4. Aconselhamento e testagem voluntária de VIH/SIDA

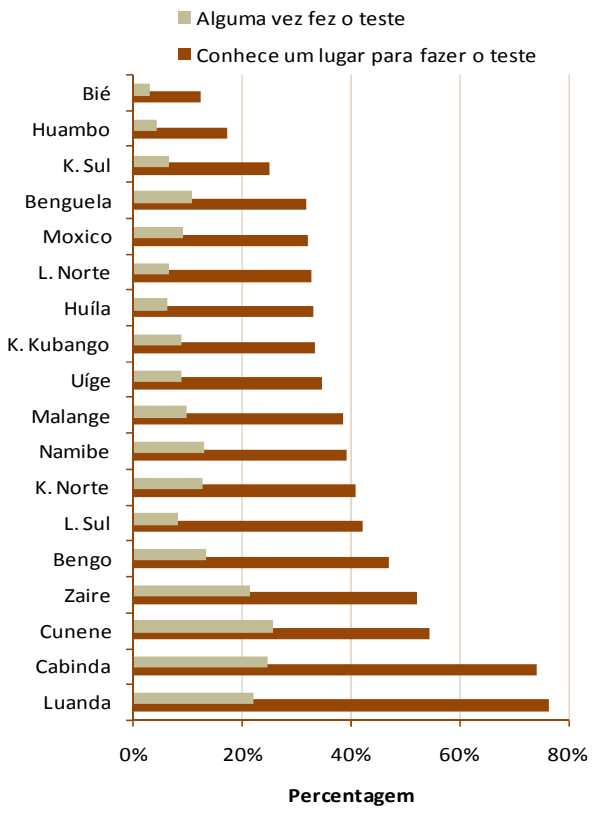
A testagem voluntária de VIH é importante para o conhecimento do estado de seropositividade da população e possibilita que as pessoas tomem decisões relativas à protecção dos seus parceiros sexuais, ao acesso a tratamento anti-retroviral e à planificação das suas vidas. Esta prática é fundamental durante a gravidez para prevenção da transmissão vertical de mãe para filho. Por outro lado, permite à população não infectada tomar decisões de redução do risco de infecção por VIH, adoptando práticas sexuais mais seguras.

A percentagem de testes na população com idade superior a 12 anos é baixa em Angola (apenas 13%), com diferenças acentuadas entre as zonas rurais e urbanas, 20% e 4% respectivamente, o que pode ficar a dever-se à reduzida cobertura dos serviços de testagem nas zonas mais interiores do país, a um baixo conhecimento de locais de testagem e possivelmente ao estigma associado à doença. Apenas 49% dos homens e 43% das mulheres declara conhecer locais de testagem de VIH.

Estas diferenças são igualmente acentuadas entre províncias, reflectindo uma distribuição desigual do acesso a estes serviços e programas/projectos de informação e educação sobre VIH/SIDA. As províncias do Bié e Huambo registam percentagens de 3% e 4%, respectivamente, de testes alguma vez efectuados. Os valores máximos registam-se em Cabinda (27%) e Cunene (25%), onde se encontram em funcionamento serviços de testagem que revelaram bastante eficácia nos últimos anos. Estas percentagens estão em conformidade com o conhecimento dos locais de testagem declarados para aquelas províncias, como se pode verificar na Figura 6.10. Luanda representa um caso controverso, na medida em que, embora o conhecimento de locais de testagem seja elevado (76%) e esses serviços estejam disponíveis há mais tempo e em maior número, apenas 22% da população declara ter feito o teste em algum momento nos últimos 12 meses.

Indicadores de VIH e SIDA (Aconselhamento e Testagem de VIH)	
Percentagem de população maior de 12 anos que conhece locais de testagem	46%
Percentagem da população dos 15 aos 19 anos que conhece locais de testagem	55%
Percentagem da população maior de 12 anos que já fez teste	13%
Percentagem da população dos 15 aos 49 anos que já fez o teste	17%
Percentagem da população maior de 12 anos que fez teste e recebeu os resultados	12%
Percentagem da população dos 15 aos 49 anos que fez teste e recebeu os resultados	16%
Proporção de mulheres entre os 12 e 49 anos que receberam aconselhamento	37%
Proporção de mulheres entre os 12 e 49 anos que fizeram teste	23%

Figura 6.10
População maior de 12 anos que conhece locais de testagem e já fez o teste



Existe uma relação desproporcional entre o conhecimento de locais de testagem e a testagem propriamente dita, o que pode ficar a dever-se ao estigma associado à doença e à pouca abrangência dos serviços. Estes mesmos dados, quando referidos à população entre 15 e 49, revelam a mesma desproporção entre conhecimento dos locais de teste e a testagem efectuada, como reflectido na Tabela 6.12. Neste grupo, o conhecimento de locais de testagem entre mulheres e homens não é significativo (52% e 58% respectivamente).

O conhecimento de locais de testagem aumenta de modo consistente com o aumento do nível de escolaridade, mas isso não inverte a desproporção relativamente aos que realizam o teste. Mesmo no nível de escolaridade secundário, em que 85% das pessoas dos 15-49 anos de idade declara conhecer locais para testagem, apenas 30% declarou alguma vez ter feito um teste. O momento dos testes neste grupo é, na generalidade, recente, situando-se as percentagens mais significativas no último ano anterior ao Inquérito (9,4% em todo o território).

A percentagem de pessoas que sabe os resultados dos testes, na faixa etária 15-49, é globalmente elevada, com maior incidência para os testes efectuados nos últimos 12 meses. Dos 9,4% de pessoas que declararam ter feito o teste no último ano, 9% conhece o seu resultado, e das 17% que alguma vez fizeram um teste, 16% sabe o seu resultado. O sexo masculino, embora referindo níveis de conhecimento de locais de teste superiores aos das mulheres, apresenta uma percentagem de testagem inferior, 12% (em comparação com 21% para as mulheres).

Aconselhamento e testagem em mulheres dos 12 aos 49 anos de idade

A nível nacional, 69% das mulheres dos 12 aos 49 anos de idade, com filhos nascidos vivos no último ano, frequentou consultas pré-natais. Este valor é maior nas cidades (84%) e reduz para 53% nas zonas rurais, onde existe uma menor disponibilidade de serviços pré-natais. As faixas etárias que mais recurso fizeram a consulta pré-natal são as dos 15-19 e 25-29 anos (ambas com 73%) e 20-24 anos (72%).

A cobertura da testagem nas mulheres entre 12 e 49 anos com filhos nascidos vivos no último ano é muito baixa (23%). Essa cobertura regista um défice maior nas zonas rurais, onde a percentagem é 19% de mulheres que recebeu aconselhamento sobre prevenção e 8% que alguma vez fez um teste. Apesar de os valores serem superiores nas cidades, 54% das mulheres recebeu aconselhamento, mas apenas um terço fez o teste. A Tabela 6.13 mostra a percentagem de mulheres com 12-49 anos de idade com filhos nascidos vivos nos 12 meses anteriores ao Inquérito que recebeu aconselhamento e fez teste de VIH.

Tabela 6.12

Indicadores de testagem voluntária na população dos 15 aos 49 anos

Caracterização	Conhece um lugar para fazer o teste	Indicadores de testagem voluntária			Número de pessoas*
		Alguma vez fez o teste	Alguma vez fez o teste e recebeu o resultado do teste	Fez o teste nos últimos 12 meses e recebeu o resultado	
Angola	**54.7**	**16.8**	**15.6**	**9.4**	**24,903**
Área de residência					
Urbana	75.6	24.3	22.7	13.7	14,247
Rural	23.9	5.8	5.2	3.2	10,656
Sexo					
Homens	57.7	11.7	10.9	6.4	11,696
Mulheres	52.0	21.3	19.7	12.0	13,207
Idade					
15-19	44.7	6.4	5.8	4.2	6,295
20-24	63.0	17.4	15.9	10.3	4,975
25-49	56.3	21.4	20.0	11.5	13,633
Nível de escolaridade					
Nenhum	17.7	4.3	3.5	2.1	4,666
Primário	45.0	11.5	10.5	6.8	12,640
Secundário [+]	85.2	29.7	28.2	16.3	6,866

* Número de pessoas com 15-49 anos de idade

Os serviços de aconselhamento podem contribuir para um aumento significativo da testagem e melhoria do conhecimento referente à Eliminação da Transmissão Vertical. Enquanto em Cabinda 55,5% das mulheres que tiveram filhos no último ano fizeram teste, já no Kuando Kubango e Moxico, apesar de percentagens de aconselhamento com alguma relevância (31% e 43%), apenas 14% e 10% das mulheres fez o teste, correspondendo às percentagens mais baixas de entre as 18 províncias. À excepção de Cabinda, nenhuma outra província atingiu o patamar 50% de testes, mas é importante destacar as províncias do Zaire e Cunene, que apresentaram percentagens de testagem superiores a Luanda (41%, 38% e 36% respectivamente).

Os níveis de educação e pobreza têm uma influência decisiva sobre os cuidados pré-natais e, consequentemente, o acesso aos serviços de aconselhamento e testagem. Apenas 18% das mulheres em idade fértil sem escolaridade recebeu aconselhamento sobre prevenção do VIH e só 7% fez o teste, enquanto 88,5% das mulheres com nível secundário fez pelo menos uma consulta pré-natal, 69% recebeu aconselhamento e 56% fez teste de VIH. A pobreza revela-se ainda mais crucial neste parâmetro. A percentagem de mulheres na população mais rica que recebeu aconselhamento e fez teste de VIH é superior às mulheres mais pobres, embora 45% dessas mulheres tenha frequentado consultas pré-natais. A disponibilidade, abrangência e qualidade dos serviços pré-natais podem estar na base desta situação.

Tabela 6.13

Mulheres entre 12 e 49 anos com filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses que receberam aconselhamento e fizeram teste do VIH/SIDA

Caracterização	Fizeram consultas de pré-natal	Receberam informação ou aconselhamento sobre prevenção do VIH*	Fizeram o teste do VIH	Número de mulheres**
Angola	**69.0**	**37.2**	**22.8**	**2,809**
Área de residência				
Urbana	83.5	53.5	36.0	1,501
Rural	52.7	18.7	8.1	1,308
Idade				
12-14	63.0	53.2	5.8	11
15-19	73.4	37.0	21.4	461
20-24	72.0	37.1	26.7	775
25-29	73.1	40.6	25.4	630
30-34	65.3	37.7	23.6	478
35-39	61.6	32.6	15.5	288
40-44	57.3	31.3	12.4	129
45-49	41.5	19.7	7.7	37
Nível de escolaridade				
Nenhum	51.6	17.7	6.7	839
Primário	72.3	37.4	20.9	1,531
Secundário [+]	88.5	69.4	56.0	399
Quintil de despesas				
Primeiro	45.4	15.0	6.8	446
Segundo	61.3	26.7	11.6	537
Terceiro	73.0	40.1	24.3	499
Quarto	83.4	52.6	36.6	450
Quinto	89.3	61.0	42.3	320

*Receberam aconselhamento e informação durante as consultas pré-natal

**Número de mulheres com 12-49 anos e com filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses

Estes dados revelam diferenças ainda significativas entre a frequência de consultas pré-natais, o aconselhamento e a testagem efectiva do VIH neste grupo de mulheres, o que pode ficar a dever-se a factores como a fraca qualidade do aconselhamento por parte dos técnicos de saúde, a indisponibilidade de testes nos centros de cuidados pré-natais e a referenciação das mulheres para outros centros onde nunca chegam a ir.

6.4. Circuncisão Masculina

A circuncisão é uma prática extensiva a todo o território angolano que representa um ritual de passagem à idade adulta. Não se conhece em profundidade a sua relação com a infecção por VIH, mas a intensificação do seu estudo é importante para a determinação de práticas de risco de infecção. A Tabela 6.14 mostra que 79,5% dos homens em Angola são circuncidados. As percentagens são surpreendentemente maiores na zona urbana do que nas zonas rurais, 90% e 68% respectivamente, o que pode relacionar-se com a fuga de jovens do meio rural em busca de educação e alternativas de emprego nas cidades.

Nas zonas urbanas, a circuncisão é mais preponderante na faixa dos 15 aos 49 anos, com valores quase universais. O nível de escolaridade não parece ter grande influência sobre a circuncisão masculina, embora os níveis de escolaridade mais elevados apresentem as percentagens mais elevadas de homens circuncidados.

A distribuição geográfica da circuncisão masculina é, contudo, bastante variável. Luanda (95%), Cabinda e Zaire (90%) apresentam percentagens muito elevadas, enquanto as províncias do Cunene e Bié registam os valores mais baixos, 51% e 49% respectivamente.

Tabela 6.14

Circuncisão na população masculina com mais de 12 anos de idade

Caracterização	Área de residência		TOTAL	Número de homens*
	Urbana	Rural		
Angola	**88.9**	**67.8**	**79.5**	**16,351**
Idade				
12-14	73.6	39.5	57.9	2,029
15-19	90.3	63.4	78.4	3,105
20-24	94.5	79.8	89.2	2,293
25-29	95.1	79.7	89.6	1,605
30-34	93.1	78.0	87.0	1,419
35-39	93.6	77.4	87.6	1,231
40-44	92.0	82.5	88.0	1,095
45-49	93.3	75.3	84.2	948
50-54	88.3	75.4	81.9	778
55-59	64.9	72.6	69.6	594
60-64	83.4	63.8	70.5	444
65 +	68.5	52.1	57.3	810
Nível de escolaridade				
Nenhum	54.6	47.5	48.8	2,067
Primário	84.2	69.9	76.2	9,096
Secundário [+]	95.6	93.1	95.3	4,628

* Número de homens com 12 anos ou mais

7 Saúde materno-infantil

O bem-estar da mãe tem influência directa sobre o bem-estar dos seus filhos. Está amplamente comprovado que a saúde e sobrevivência dos recém-nascidos são directamente proporcionais à saúde da mãe durante a gravidez. Neste sentido, o Inquérito recolheu uma quantidade considerável de dados sobre aspectos relacionados com a saúde materno-infantil em áreas de importância fundamental: atendimento pré-natal, assistência ao parto, local do parto, imunização e tratamento de doenças comuns na infância e práticas de amamentação.

Na assistência pré-natal foram analisados a cobertura de prestação de serviços de saúde à mulher grávida, o tempo de gestação na primeira consulta pré-natal, o número de consultas realizadas e a qualificação do pessoal que fez a assistência pré-natal. Na assistência ao parto, foi avaliada a proporção de partos realizados pelos serviços de saúde, o lugar em que estes ocorreram e o tipo de pessoal que assistiu. Estimou-se a cobertura de imunização atingida nas crianças com idades compreendidas entre 12 e 23 meses. Sendo o objectivo fundamental a protecção precoce da criança em relação às doenças visadas no PAV, o relatório analisa a proporção de crianças vacinadas ao completar 12 meses. Outros aspectos sobre saúde materna e infantil foram abordados nos capítulos 3 e 6.

7.1. Cuidados Maternos

7.1.1. Frequência de consulta pré-natal

Os cuidados de saúde que a mãe recebe durante a gravidez e no momento do parto são importantes para a sobrevivência e o bem-estar da mãe e da criança. O nível de cobertura dos cuidados pré-natais (CPN) é analisado de acordo com tipo de serviço de saúde a que a mãe tem acesso, número de consultas de saúde pré-natal feitas durante a gravidez, fase da gravidez no momento das consultas e número de consultas, bem como os serviços e as informações fornecidas durante o atendimento pré-natal. Consta do "Caderno de Acompanhamento da Consulta Pré-Natal" do MINSA uma lista abrangente de serviços recomendados para mulheres grávidas, incluindo exames médicos da mãe, a vacinação contra o Tétano, Terapia Intermitente Preventiva (TIP) e várias análises laboratoriais. A verificação da pressão arterial e procedimentos para detecção de complicações da gravidez também fazem parte da cobertura do pré-natal.

A caixa abaixo apresenta o nível de incidência dos principais indicadores de cuidados pré-natais calculados a partir do número de mulheres em idade fértil (12-49) com filhos nascidos vivos nos 12 meses precedentes ao Inquérito. Os indicadores estão divididos pela respectiva fonte: IBEP, ODM e MICS.

Principais indicadores de CPN	Percentagem
Cobertura de CPN: percentagem de mulheres que fizeram 3 ou mais cousultas de pré-natal	59.9%
Cobertura de CPN (no mínimo 4 consultas): percentagem de mulheres que fizeram 4 ou mais consultas de pré-natal	47.1%
Qualidade da CPN: percentagem de mulheres que foram pesadas, medida a tensão, fizeram exame da urina, ou fizeram exame de sangue	69.0%

A Tabela 7.1 apresenta a distribuição percentual de mulheres entre 12 e 49 anos de idade com filhos nascidos vivos nos 12 meses anteriores ao Inquérito que receberam cuidados de pré-natal (CPN). Os dados indicam que a proporção de mulheres que efectuaram pelo menos uma consulta pré-natal foi de 69%. Quase dois terços dos atendimentos foram realizados por um profissional de saúde qualificado, ou seja, médico, enfermeira ou parteira. No geral, as mulheres mais jovens têm mais probabilidade de receber cuidados de pré-natal prestados por pessoal qualificado do que as mulheres mais velhas. Trinta e sete por cento (37%) das mulheres entre os 12 e 14 anos não fizerem CPN, apesar de serem consideradas as mais vulneráveis.

Verificam-se grandes contrastes nos cuidados de pré-natal por local de residência. Cerca de 82% das mulheres nas áreas urbanas receberam cuidados pré-natais de um profissional de saúde, contra 52% das mulheres da área rural, o que está definitivamente associado ao menor acesso aos serviços de saúde nas áreas rurais e também ao facto de as mulheres

com maior nível de escolaridade se encontrarem maioritariamente nas cidades.

Tabela 7.1

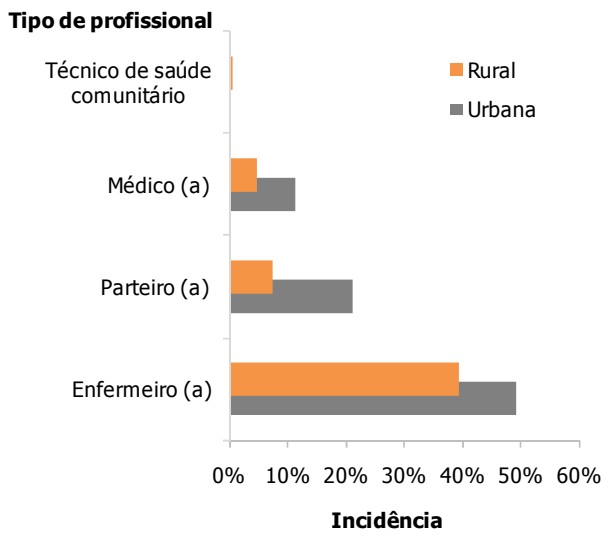
Percentagem de mulheres que receberam consulta pré-natal durante a última gravidez

Caracterização	Não recebeu CPN	Fizeram alguma consulta CPN	Recebeu CPN de pessoal qualificado	Número de mulheres*
Angola	**31.0**	**69.0**	**67.6**	**2,809**
Residência				
Urbana	16.5	85.3	81.8	1,501
Rural	47.3	52.7	51.7	1,308
Idade				
12-14	37.0	63.0	63.0	11
15-19	26.6	73.4	70.7	461
20-24	28.0	72.0	71.2	775
25-29	26.9	73.1	71.0	630
30-34	34.7	65.3	64.4	478
35-39	38.4	61.6	60.3	288
40-44	42.7	57.3	57.3	129
45-49	58.5	41.5	41.5	37
Escolaridade				
Nenhuma	48.4	51.6	50.5	839
Primária	27.7	72.3	70.9	1,531
Secundária [+]	11.5	88.5	86.5	399

* Número de mulheres com 12-49 anos e com filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses

Figura 7.1

Percentagem de mulheres consultadas por pessoal de saúde qualificado durante o período pré-natal



Ao analisar os dados por província, Luanda regista maior cobertura do que as restantes províncias, tendo quase 90% das mulheres acesso aos cuidados de pré-natal, encontrando-se a proporção mais baixa na província do Uíge, com apenas 32%. A cobertura é igualmente baixa nas províncias Lunda Norte e Kuando Kubango, onde menos de metade das mulheres receberam cuidados pré-natais de um profissional de saúde na última gravidez.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde mais disponíveis para atender as mulheres grávidas nas consultas pré-natal, tanto nas áreas rurais como urbanas. Conforme se pode observar na Figura 7.1, a proporção de mulheres consultadas por enfermeiros nas áreas rurais e urbanas situa-se em 39% e 49%, respectivamente. Existe uma diferença significativa na disponibilidade de parteiras nas consultas pré-natais entre as áreas de residência, sendo que estas atenderam cerca de 21% das mulheres em cidades comparativamente a apenas 8% nas áreas rurais.

A mesma tendência verifica-se a nível dos médicos, estando estes mais disponíveis nas áreas urbanas do que nas rurais. Depreende-se da análise dos dados na Figura 7.1 que as mulheres nas áreas urbanas não só têm maior acesso às unidades de saúde para cuidados pré-natais, como ao atendimento por profissionais qualificados. Os agentes de saúde comunitários que poderiam provavelmente fazer a diferença nas áreas rurais relativamente à CPN assistiram apenas 1% das mulheres grávidas nos 12 meses anteriores ao Inquérito.

Os dados revelam uma associação entre o nível de escolaridade das mulheres e os cuidados pré-natais recebidos. Das mulheres que nunca fizeram CPN, 48% não tinha qualquer escolaridade e apenas 12% tinha o ensino secundário ou um nível superior. Esta tendência reflecte-se de igual forma na qualidade do serviço procurado pelas mulheres. Quase 87% das mulheres com nível de escolaridade mais elevado procuraram os cuidados pré-natais de um profissional qualificado, o que só aconteceu com 51% das mulheres sem escolaridade.

Os cuidados pré-natais estão positivamente associados ao bem-estar (ou riqueza), o que é bastante visível na Figura 7.2. Quase 90% das mulheres da população mais rica foram consultadas por pessoal de saúde qualificado (médico, enfermeiro, ou parteira), ao passo que na população mais pobre (primeiro quintil) apenas 44% das mulheres teve acesso a um profissional de saúde

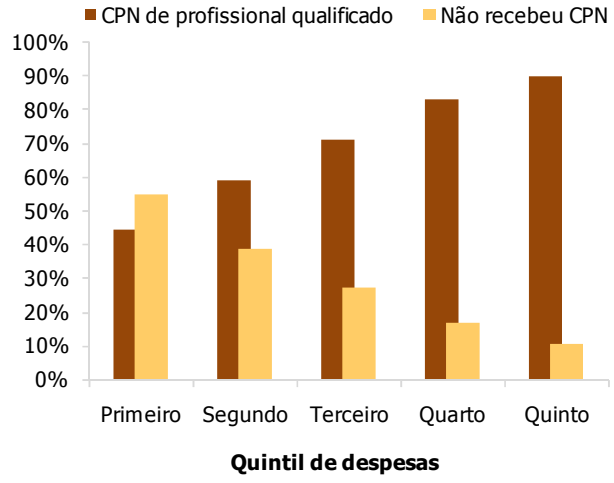
qualificado e 55% não fez consulta pré-natal. Depreende-se a partir da Figura 7.2 que as grávidas mais pobres têm menos oportunidades de acesso a CPN, aplicando-se o inverso às mulheres grávidas da população mais rica.

A CPN é mais eficaz na prevenção de consequências adversas no parto quando é procurado no início da gravidez e durante todo o período de gestação. A Tabela 7.2 mostra a distribuição percentual de mulheres entre 12 e 49 anos de idade com filhos nascidos vivos nos 12 meses anteriores ao Inquérito, segundo o número de consultas de saúde pré-natal efectuadas durante a última gravidez e o tempo de gestação na primeira consulta.

O Ministério da Saúde (MINSA) recomenda um mínimo de quatro consultas pré-natais, com intervalos regulares ao longo da gravidez, devendo a primeira consulta ser feita o mais cedo possível. Contudo, os dados indicam que apenas 7% fizeram a primeira consulta pré-natal no terceiro mês, tendo a maioria das mulheres (48%) feito a primeira consulta durante ou depois do quarto mês de gravidez, ou seja, no segundo trimestre da gravidez. Este padrão foi constatado tanto na área urbana, como na rural.

Figura 7.2

Percentagem de mulheres que frequentaram consulta pré-natal (CPN) por quintil de consumo



Nota-se uma ligeira tendência das mães jovens (entre 12 e 19 anos) para adiarem a primeira CPN até ao quarto mês de gravidez.

O início tardio da CPN reflecte-se de igual modo no número total de consultas que a mulher grávida consegue fazer até ao final do período de gestação.

Tabela 7.2.

Percentagem de mulheres que fizeram CPN durante a última gravidez segundo o tempo de gestação e o número de consultas

Caracterização	Meses de gestação				Número de consultas					Número de mulheres*
	Um	Dois	Três	Quatro	Nenhuma consulta	Uma ou mais	Duas ou mais	Três ou mais	Quatro ou mais	
Angola	**6.9**	**16.4**	**29.2**	**47.6**	**31.0**	**69.0**	**65.8**	**59.9**	**47.1**	**2,809**
Área de residência										
Urbana	6.6	16.3	31.8	45.2	16.5	83.5	81.0	75.0	60.9	1,501
Rural	7.3	16.5	24.5	51.7	47.3	52.6	48.6	42.9	31.7	1,308
Idade										
12-14	0.0	20.3	21.3	58.3	37.0	63.0	52.3	52.3	47.3	11
15-19	6.9	11.9	27.5	53.7	26.6	73.4	68.1	61.4	42.4	461
20-24	7.0	19.2	28.3	45.5	28.0	71.8	68.2	61.7	49.0	775
25-29	5.8	17.1	34.6	42.4	26.9	73.1	70.4	66.6	54.2	630
30-34	9.2	14.9	28.1	47.9	34.7	65.2	62.3	55.8	45.3	478
35-39	7.5	12.8	27.0	52.7	38.4	61.6	60.2	52.8	45.2	288
40-44	2.1	27.4	17.0	53.6	42.7	57.3	56.0	51.4	34.1	129
45-49	0.0	19.0	37.4	43.5	58.5	41.5	37.7	33.9	29.2	37
Nível de escolaridade										
Nenhum nível	5.4	18.6	26.5	49.5	48.4	51.6	46.8	41.1	29.3	839
Primário	6.4	13.1	28.5	52.1	27.7	72.2	69.1	62.3	48.6	1,531
Secundário [+]	9.0	22.3	32.1	36.6	11.5	88.5	87.6	84.1	72.3	399

* Número de mulheres com 12-49 anos e com filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses

Apenas 47% das mulheres fizeram quatro ou mais consultas - resultados que indicam uma prática inadequada do pré-natal particularmente nas áreas rurais, onde a proporção de mulheres assistidas em quatro ou mais consultas durante a última gravidez é de apenas 32% em comparação com 61% das mulheres das áreas urbanas.

Os dados indicam que existe uma forte associação entre a proporção de mulheres que fazem quatro ou mais consultas de CPN durante a gravidez inteira e o seu nível de escolaridade e de riqueza. A proporção de mulheres que fazem quatro ou mais consultas aumenta substancialmente entre mulheres sem escolaridade (29%) e as que têm pelo menos o nível secundário (72%). As mulheres grávidas entre a população mais pobre também têm menos acesso a CPN. Apenas 27% das mulheres mais pobres fizeram quatro ou mais consultas de pré-natal enquanto entre as mais ricas (quinto quintil) a proporção é superior a 72%.

7.1.2. Componentes da consulta pré-natal

A pesagem e a medição da tensão arterial fizeram parte das consultas de 85% e 71% das mulheres que tiveram filhos vivos nos 12 meses anteriores ao Inquérito e que receberam CPN. Foram feitos exames de urina a quase 51% das mulheres. Contudo, outras análises igualmente importantes, como o teste de VIH, gota espessa e de sangue foram feitas a menos de metade das mulheres. A ecografia foi o exame menos efectuado nas consultas de CPN, referido por apenas 17% das mulheres.

As diferenças entre as áreas rurais e urbanas são particularmente acentuadas nas componentes da CPN que requerem análises laboratoriais e presença de médico. Por exemplo, foram recolhidas amostras para exames de urina em 62% das mulheres que fizeram consulta de CPN nas áreas urbanas, enquanto nas zonas rurais o número foi metade daquele. Registam-se também diferenças expressivas no acesso ao teste de VIH, já que foi feito a 43% das grávidas em áreas urbanas e apenas 15% em zonas rurais. A insuficiência de médicos nas áreas rurais explica o facto de as ecografias terem sido feitas a apenas 7% das mulheres nas consultas de CPN, comparando com 22% em áreas urbanas.

Outro indicador aproximado da eficácia do serviço de CPN é a proporção de mulheres grávidas que teve acesso às sete componentes do ciclo de consultas e particularmente aos cinco exames.

Tabela 7.3.
Incidência de exames efectuados durante as consultas pré-natais

Caracterização	Peso	Tensão arterial	Exames efectuados						Número de mulheres*
			Exame de urina	Exame de sangue	Teste de VIH e SIDA	Gota espessa	Ecografia	Outro	
Angola	**85.3**	**71.0**	**50.9**	**41.6**	**33.1**	**46.2**	**16.9**	**7.4**	**1,920**
Área de residência									
Urbana	87.8	76.2	61.7	48.9	43.0	53.5	22.2	5.8	1,211
Rural	80.9	61.8	31.5	28.6	15.3	33.2	7.4	10.3	709
Nível de escolaridade									
Nenhum	78.6	59.5	40.3	29.5	12.9	39.1	7.5	8.4	425
Primário	85.9	70.9	45.7	38.4	28.8	41.4	12.2	7.6	1,111
Secundário[+]	90.0	82.5	72.7	61.1	63.3	64.0	36.6	5.9	349
Quintil de despesas									
Primeiro	73.9	60.1	26.3	26.1	15.0	26.9	3.0	9.8	225
Segundo	70.8	63.8	34.5	23.3	18.9	35.8	8.5	16.7	324
Terceiro	86.8	71.3	48.5	35.7	33.3	48.6	12.1	6.7	391
Quarto	90.7	75.8	59.4	46.4	43.9	51.1	18.6	4.2	362
Quinto	92.7	84.1	69.5	54.3	47.2	63.8	30.7	5.9	272

* Número de mulheres com 12-49 anos e com filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses e que receberam cuidados de pré-natal

Os dados revelam que todas as mulheres tiveram acesso a pelo menos uma componente e apenas 8% teve a possibilidade de acesso às sete incluindo ecografia. A maior parte delas (52%) teve acesso entre um e três componentes. É importante sublinhar que do total de mulheres que procurou CPN durante a última gravidez nos 12 meses anteriores ao Inquérito, quase 22% não teve acesso a um único exame, de urina ou sangue. As consultas limitaram-se à medição do peso e da tensão arterial.

Depreende-se da análise dos dados que o nível de acesso a CPN integral é limitado em todas as províncias, mas particularmente nas províncias do Kuando Kubango, Bié, Huambo e Uíge, onde nenhuma mulher grávida teve acesso a CPN integral durante a última gravidez. À excepção da província de Cabinda, o cumprimento das sete componentes da CPN não foi superior a 13% em nenhuma região do país.

7.1.3. Imunização antitetânica

Injecções de tétano são dadas durante a gravidez para a prevenção da mãe contra o tétano e do tétano neonatal, que é, em Angola, uma causa importante de morte dos recém-nascidos. A doença é mais comum entre crianças nascidas em ambientes sem higiene adequada para partos e quando estes são feitos utilizando instrumentos contaminados pelo bacilo tetânico para o corte do cordão umbilical, ou por substâncias eventualmente usadas para cobrir o cordão umbilical. Tétano desenvolve-se normalmente durante a primeira ou segunda semana de vida e é fatal em 70-90 por cento dos casos. A prevenção do tétano materno e neonatal consiste em assegurar que todas as mulheres grávidas recebam, pelo menos, duas doses de vacina antitetânica (VAT) durante a gravidez.

A Tabela 7.4 apresenta a incidência de distribuição de mulheres entre 12 e 49 anos de idade com filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses que tomaram alguma vacina contra o tétano neonatal durante a última gravidez. Cinquenta e cinco por cento (55%) das mulheres receberam vacina antitetânica durante a última gravidez e 79% consideram-se protegidas contra o tétano, isto é, mulheres que receberam cinco doses de VAT e alcançaram, assim, a protecção para toda a vida.

Contudo, uma criança considera-se integralmente protegida contra o tétano neonatal se a mãe tiver recebido duas injecções durante a sua última gravidez, ou duas ou mais injecções (a última no prazo de três anos após o último parto), ou três ou mais injecções (a última no prazo de cinco anos após o último nascimento), ou quatro ou mais injecções (nos últimos dez anos após o último nado vivo), ou cinco ou mais injecções antes do último parto. Neste contexto, dois terços das mulheres em Angola conseguiram proteger integralmente os seus filhos.

A protecção integral de crianças contra o tétano neonatal é superior em crianças nascidas nas áreas urbanas. Estima-se que 71% das mulheres nas cidades apanharam duas ou mais doses de VAT na última gravidez, em comparação com 63% nas zonas rurais. A comparação entre províncias indica que a província do Kuanza Sul tem a maior percentagem (80%) de mulheres que apanharam duas ou mais doses na última gravidez, seguida de Bengo e Luanda com cobertura superior a três quartos. As províncias de Malanje, Bié e Kuando Kubango apresentam dos

Tabela 7.4.

Incidência de vacinação contra o tétano neonatal durante a última gravidez

Caracterização	Receberam vacina anti-tetânica	Protegidas contra tétano	Doses apanhadas contra o tétano neontal				Número de mulheres*
			1 dose durante a última gravidez e 0 dose antes	1 dose durante a última gravidez e 1 ou mais dose antes	2 doses ou mais durante a última gravidez	Total	
Angola	**55.1**	**78.9**	**20.8**	**11.2**	**68.0**	**100**	**2,809**
Área de residência							
Urbana	69.4	81.7	18.0	11.1	70.8	100	1,501
Rural	39.0	73.4	26.3	11.2	62.5	100	1,308
Nível de escolaridade							
Nenhum	36.0	69.6	30.1	15.9	54.0	100	839
Primário	58.4	79.9	19.7	11.3	69.0	100	1,531
Secundário [+]	76.0	83.3	16.7	7.6	75.8	100	399

*Número de mulheres com 12-49 anos e com filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses

níveis de incidência mais baixos, entre 50% e 54%. E é precisamente nas províncias do Bié e Kuando Kubango que se regista a maior proporção de crianças em risco de contrair o tétano neonatal. Nestas províncias, a percentagem de mulheres que apanhou apenas uma dose de VAT durante a gravidez e nenhuma antes está acima dos 35%. A situação de risco também é considerada elevada nas províncias de Benguela, Uíge e Moxico, onde a percentagem de mulheres com apenas uma dose é superior a 30%.

Diferenças entre níveis de escolaridade indicam que as crianças nascidas de mães com nível secundário ou mais alto têm mais hipóteses de estarem integralmente protegidas contra o tétano do que as crianças com mães sem escolaridade. A incidência de mulheres com ensino secundário que apanharam duas ou mais doses de VAT durante a última gravidez é estimada em 76% e a das mulheres sem escolaridade situa-se na ordem dos 54%.

7.2. Assistência ao Parto

O objectivo de fornecer serviços de parto seguros consiste em proteger a vida e a saúde da mãe e do seu filho. Uma das principais estratégias para a redução dos riscos de saúde para mãe e filho é aumentar a proporção de crianças nascidas sob a supervisão de profissionais de saúde qualificados. Bom atendimento médico e condições de higiene durante o parto podem reduzir o risco de complicações e infecções que podem causar a morte ou doença grave da mãe, da criança, ou de ambos. Por este motivo, uma das estratégias prioritárias do sector da saúde para a saúde reprodutiva é a realização dos partos em unidades de saúde.

Foram obtidos dados sobre o local do parto para todos os nascimentos ocorridos nos 12 meses anteriores ao estudo, sendo estes apresentados na Figura 7.3 e na Tabela 7.5. Os resultados mostram que 42,3% dos partos tiveram lugar numa instituição de saúde, principalmente numa instituição pública (41,4%).

Mais de metade dos partos tiveram lugar no domicílio. Na área rural, a proporção de partos que tiveram lugar no domicílio atingiu 85% em comparação com 32% da área urbana. As diferenças por província são também muito marcantes, variando entre 12% de cobertura de partos em unidades de saúde no Bié e 73% em Luanda.

Figura 7.3
Distribuição dos locais de parto

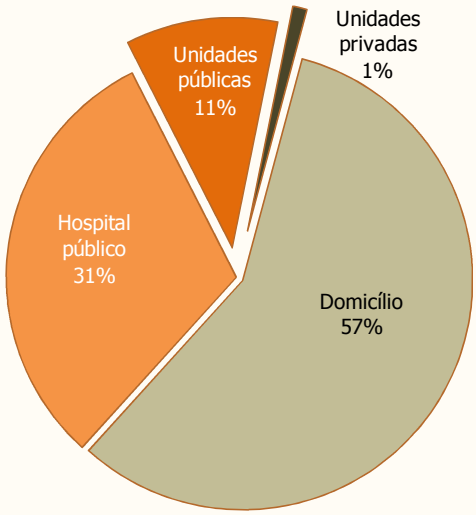
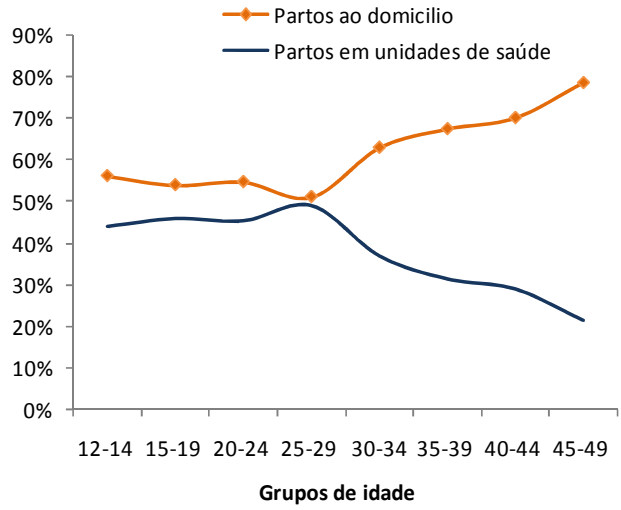


Figura 7.4
Relação entre a idade das mulheres e o local do último parto



Entre as mulheres sem escolaridade, 82% realizaram o parto no domicílio, para apenas 14% nas mulheres com o nível secundário ou mais alto.

Os dados mostram relações muito distintas entre os locais de parto e a idade da mulher, assim como o nível de pobreza. Depreende-se da Figura 7.4 que os partos ao domicílio, apesar da elevada ocorrência, incidem em menor proporção entre as mulheres mais jovens - dos 12 aos 29 anos de idade. As mulheres grávidas nestas idades são mais propensas a fazer o parto numa unidade de saúde. Os partos ao domicílio são significativamente em maior quantidade entre as mulheres com mais de 30 anos, chegando a atingir 78% dos partos de mulheres entre 45 e 49 anos de idade.

Tabela 7.5.

Distribuição das mulheres entre 12 e 49 anos de idade com filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses, segundo o local do parto

Caracterização	Local do parto							Total	Partos em unidades de saúde	Número de mulheres *
	Domiciliar	Hospital público	Centro de saúde	Posto de saúde	Clínica pública	Unidades privadas	Outro			
Angola	**57.4**	**30.8**	**8.8**	**1.2**	**0.6**	**0.66**	**0.5**	**100**	**42.3**	**2,809**
Área de residência										
Urbana	32.2	48.9	15.1	1.4	1.2	0.80	0.4	100	67.6	1,501
Rural	84.9	11.0	1.8	1.1	0.0	0.51	0.7	100	14.5	1,308
Níviel de escolaridade										
Nenhuma	82.3	12.7	2.3	1.1	0.4	0.44	0.7	100	17.1	839
Primário	57.5	30.2	9.9	1.3	0.0	0.58	0.5	100	42.2	1,531
Secundário[+]	13.8	64.2	17.3	1.5	1.5	1.34	0.3	100	86.1	399
Quintil de despesas										
Primeiro	85.9	11.7	1.2	0.7	0.0	0.06	0.4	100	13.7	446
Segundo	73.8	19.2	4.1	0.9	0.0	1.75	0.3	100	25.9	537
Terceiro	53.1	34.6	9.6	1.2	0.6	0.28	0.6	100	46.2	499
Quarto	38.1	42.4	16.2	1.1	0.6	0.34	1.3	100	60.7	450
Quinto	27.4	54.5	13.8	0.9	2.1	1.19	0.0	100	72.6	320

* Número de mulheres com 12-49 anos e com filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses

O inverso aplica-se às unidades de saúde, onde a proporção de mulheres no fim da idade fértil que fez o último parto em instituições é inferior a 22%

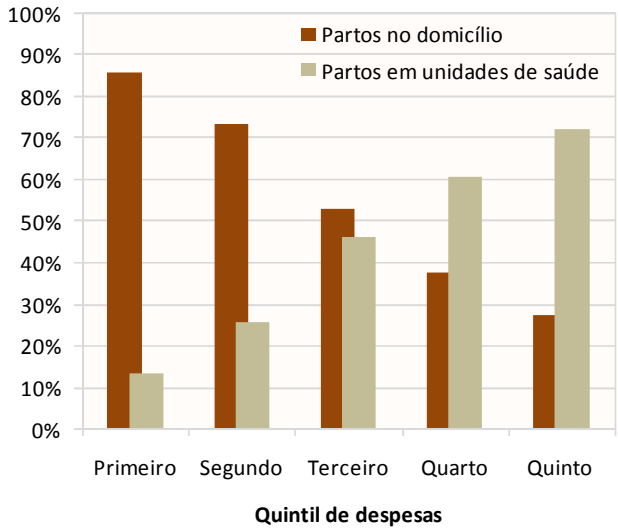
A província do Bié tem a maior proporção de casos de parto no domicílio (83%), seguindo-se o Uíge, Huambo, Kuanza Sul e as duas Lundas, com mais de 75% de casos. Cabinda e Luanda distinguem-se das demais províncias com 20% e 25% de partos no domicílio, respectivamente.

Como se pode observar na Figura 7.5, o acesso a unidades de saúde para efeitos de parto é inversamente proporcional ao nível de pobreza. Oitenta e seis por cento (86%) das mulheres da população mais pobre (primeiro quintil) fizeram o parto no domicílio e apenas 14% conseguiu ter acesso a uma unidade de saúde. A situação inverte-se entre a população mais rica (quinto quintil), onde mais de 73% das mulheres teve acesso a uma unidade de saúde para o parto e 27% optou pelo parto no domicílio. Em termos gerais, a proporção de mulheres grávidas mais ricas que recorre as unidades de saúde é cinco vezes superior ao de mulheres mais pobres.

A qualidade da assistência no parto é essencial para a diminuição da mortalidade materna e perinatal. O tipo de assistência que a mulher recebe nesse momento depende do lugar onde este ocorre.

Figura 7.5

Local de parto por quintil de consumo



Os partos que se dão em casa têm menos probabilidade de serem assistidos por pessoal médico, enquanto partos que ocorram numa instituição de saúde têm maior probabilidade de serem assistidos por pessoal médico treinado e outros profissionais de saúde qualificados. Por este motivo, é desejável que os partos sejam, não somente feitos em unidades de saúde, mas também acompanhados por pessoal qualificado, i.e. médicos, enfermeiras ou parteiras. A Tabela 7.6 mostra a percentagem de mulheres entre 12 e 49 anos de idade com filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses, segundo a pessoa que prestou assistência durante o parto.

Estima-se que 49% dos partos foram assistidos por pessoal qualificado e quase 10% por auxiliares tradicionais e técnicos comunitários de saúde. O elevado número de partos feitos no domicílio leva a que pessoas amigas ou familiares participem em proporções consideráveis na assistência aos partos (35%). As diferenças de disponibilidade de infra-estruturas e de pessoal de saúde entre as áreas urbanas e rurais reflectem-se directamente no tipo de assistência que as parturientes recebem. Enquanto 73% dos partos nas áreas urbanas foram assistidos por pessoal qualificado, nas áreas rurais esta proporção encontra-se abaixo de 24%. Em contrapartida, nas áreas rurais os amigos e familiares têm uma participação nos partos significativamente superior ao das áreas urbanas. De entre o pessoal qualificado que prestou assistência nos partos, 45% eram enfermeiras/parteiras e somente 5% dos partos foram assistidos por médicos. Nas áreas urbanas, o nível e participação de médicos nos partos é seis vezes superior ao das áreas rurais - diferença que é certamente determinada pelo factor disponibilidade.

Diferenças entre a disponibilidade de pessoal qualificado são também marcantes entre as províncias. As províncias de Cabinda e Luanda destacam-se pelas percentagens de partos assistidos por pessoal qualificado (82% e 77% respectivamente) comparativamente às da Lunda Sul, Kuanza Norte, Kuanza Sul e Uíge, com menos de 30% de assistência qualificada. A proporção de partos assistidos por parteiras é significativamente mais elevada em Cabinda (62%) e Zaire (54%) e abaixo de 10% no Uíge e Bengo. A Lunda Sul diferencia-se das demais províncias pelo facto de ter mais de metade dos partos assistidos por auxiliares tradicionais.

O factor disponibilidade aparenta não ser a única determinante de assistência ao parto por pessoal qualificado, mas também a idade da mulher, o nível de escolaridade e o nível de despesas. As mulheres mais jovens, com menos de 30 anos, são mais propensas a ter assistência por um profissional qualificado. Isso é particularmente evidente nas mães jovens com menos de 15 anos, na medida em que dois terços destas tiveram os partos assistidos por pessoal qualificado.

O nível de escolaridade da mulher está fortemente associado ao tipo de assistência durante o parto. É de salientar o facto de que 90% das mulheres com ensino secundário ou mais alto foram assistidas por pessoal qualificado e apenas 7% teve assistência de amigos ou familiares. A situação inverte-se para as mulheres sem escolaridade, pois apenas um quarto destas foram assistidas por pessoal qualificado. A assistência ao parto das mulheres sem escolaridade foi prestada essencialmente por auxiliares tradicionais, técnicos comunitários de saúde, amigos e familiares.

Os dados também revelam uma relação forte entre o nível de pobreza e o tipo de assistência que as mulheres receberam durante o parto. Mais de três quartos das mulheres entre a população mais rica foram assistidas por pessoal qualificado, ao passo que a assistência prestada por amigos e familiares se ocorreu em 54% dos partos de mulheres pobres, tendo apenas 23% das mulheres nestas condições sido assistidas por pessoal qualificado. Em geral, a proporção de mulheres mais ricas assistidas por pessoal qualificado é mais de três vezes superior ao número de mulheres mais pobres.

Tabela 7.6
Pessoal que prestou assistência durante o parto

Caracterização	Pessoal qualificado	Auxiliar tradicional	Amigo ou familiar	Número de mulheres *
Angola	**49.4**	**9.5**	**35.1**	**2,809**
Área de residência				
Urbana	73.1	8.1	15.8	1,501
Rural	23.5	11.2	56.2	1,308
Idade				
12-14	66.4	28.7	4.9	11
15-19	50.1	11.0	34.6	461
20-24	52.4	9.4	34.6	775
25-29	57.1	8.7	30.2	630
30-34	44.8	8.6	39.5	478
35-39	35.6	14.0	39.2	288
40-44	40.2	3.2	41.1	129
45-49	41.2	6.2	35.6	37
Nível de escolaridade				
Nenhum	24.8	14.1	53.7	839
Primário	49.8	9.6	34.1	1,531
Secundário [+]	90.0	1.4	6.7	399
Quintil de despesas				
Primeiro	23.5	11.2	54.1	446
Segundo	34.4	10.9	48.5	537
Terceiro	55.8	11.3	26.6	499
Quarto	68.7	4.4	24.3	450
Quinto	76.4	7.4	14.3	320

* Número de mulheres com 12-49 anos e com filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses

7.3. Imunização Infantil

A Tabela 7.7 indica a percentagem de crianças entre 12 e 23 meses de idade que receberam diferentes vacinas até à data do Inquérito, por fonte de informação - através do cartão de vacinação ou de informações prestadas pela mãe. As três doses de DPT são designadas DPT1 (uma ou mais doses), DPT2 (duas ou mais doses) e DPT3 (três ou mais doses). Abreviações semelhantes foram utilizadas na descrição das três doses de poliomielite.

A imunização universal de crianças a doenças passíveis de ser prevenidas através da vacinação (tuberculose, difteria, tétano, poliomielite e sarampo) é uma componente crucial de qualquer estratégia para reduzir a mortalidade infantil. Dados sobre a cobertura vacinal são importantes para o acompanhamento e avaliação do Programa Alargado de Vacinação (PAV). O Inquérito recolheu informações sobre a cobertura de vacinação de todas as crianças nascidas vivas nos 12 meses anteriores ao Inquérito. De acordo com as directrizes definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), as crianças são consideradas imunizadas quando recebem uma vacina contra a tuberculose (BCG), três doses da vacina DPT (contra difteria, tosse convulsa e tétano), três doses de vacina contra a poliomielite e uma dose da vacina contra o sarampo durante os primeiros 12 meses de vida.

Os dados sobre a cobertura vacinal foram recolhidos de duas maneiras: a partir de cartões de vacinação apresentados pelo inquirido e de dados relatados verbalmente pelas mães. Nos casos em que existia o cartão de vacinação da criança, o inquiridor copiava as datas de vacinação directamente a partir do cartão no questionário. Quando não existia cartão de vacinação da criança, o inquirido reportava as vacinas de memória.

A Tabela 7.8 indica a percentagem de crianças que estavam vacinadas na altura do Inquérito, de acordo com o cartão de vacinação ou a informação da mãe, por características sócio-demográficas. A tendência da cobertura da imunização é realçada na Figura 7.6. Esta informação serve de base de análise do grau de cobertura do programa de vacinação nos diversos grupos populacionais.

Figura 7.6
Tendências da cobertura vacinal

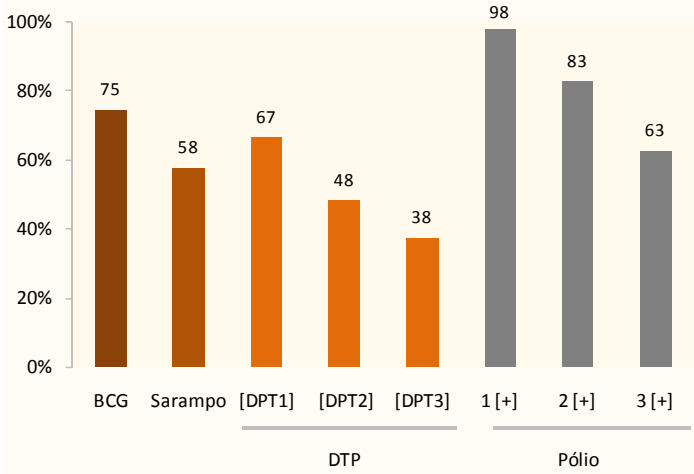


Tabela 7.7
Vacinação por fonte de informação

Fonte de informação	BCG	DTP			Pólio			Sarampo	Todas : BCG, DPT, Pólio e Sarampo	Sem vacina	Febre amarela	Total*
		[DPT1]	[DPT2]	[DPT3]	1 [+]	2 [+]	3 [+]					
Crianças vacinadas antes do inquérito												
Cartão de vacina	41.3	40.6	32.8	27.1	45.5	39.0	33.1	31.2	21.1	0.0	28.5	2,132
Informação da mãe	33.3	25.9	15.4	10.5	52.5	43.8	29.6	26.5	7.9	0.7	22.1	2,132
Ambas as fontes	74.6	66.5	48.2	37.6	98.0	82.8	62.7	57.8	29.1	0.8	50.6	2,132
Crianças vacinadas aos 12 meses	29.6	--	--	35.0	--	--	--	52.5	--	--	45.4	2,132

* Número de crianças com 12-23 meses

Tabela 7.8
Crianças com 12 e 23 meses de idade vacinadas contra as doenças infantis

Caracterização	BCG	DTP			Pólio			Sarampo	BCG, DPT, Pólio e Sarampo	Febre amarela	Número de crianças *
		[DPT1]	[DPT2]	[DPT3]	1 [+]	2 [+]	3 [+]				
Angola	**74.6**	**66.5**	**48.2**	**37.6**	**98.0**	**82.8**	**62.7**	**57.8**	**29.1**	**50.6**	**2,132**
Área de residência											
Urbana	90.6	81.0	63.9	53.4	99.6	90.3	71.5	74.3	43.3	69.0	1,068
Rural	56.0	49.5	29.7	19.1	96.1	74.0	52.3	38.4	12.4	29.2	1,064
Sexo											
Homens	73.9	67.5	49.2	36.8	97.1	81.3	64.1	60.5	29.3	52.5	1,042
Mulheres	75.3	65.7	47.3	38.4	98.7	84.1	61.4	55.3	28.9	49.0	1,090
Nível de escolaridade da mãe											
Nenhum	57.7	50.6	30.5	21.5	96.3	74.4	50.5	38.8	13.0	30.9	678
Primário	78.2	68.2	49.2	36.6	98.5	84.6	64.0	58.0	28.6	49.5	1,087
Secundário [+]	88.2	82.9	68.5	60.9	98.9	89.0	75.2	81.6	51.0	78.6	325
Quintil de despesas											
Primeiro	52.5	46.2	29.4	17.7	97.8	79.6	56.2	44.7	13.2	26.5	352
Segundo	70.2	59.1	34.7	21.4	95.9	70.4	51.9	44.4	12.8	37.1	376
Terceiro	80.0	69.6	48.4	34.3	98.5	82.0	57.0	56.6	25.4	50.4	369
Quarto	89.2	82.1	65.0	54.6	98.5	87.4	71.1	70.8	41.5	66.7	349
Quinto	85.9	83.3	69.1	64.4	100.0	95.0	79.8	74.6	54.5	72.9	241

* Número de crianças com 12-23 meses

Os dados mostram que a BCG e a primeira dose de poliomielite são as vacinas mais frequentemente registadas nos cartões, mas o registo completo actualizado é muito limitado. Apenas uma em cada cinco crianças tem as quatro vacinas (BCG, DPT, Poliomielite e Sarampo) registadas no cartão. O nível de cobertura de BCG na altura do Inquérito está estimado em quase 75%, mas apenas um terço das crianças foram vacinadas nos primeiros 12 meses. A cobertura de sarampo é estimada em 58% e regista-se pouca diferença com relação ao nível de vacinação aos 12 meses. Duas em cada três crianças apanhou a primeira dose de DPT, mas o nível de cobertura reduz substancialmente nas segunda e terceira doses, 48% e 38% respectivamente. A mesma tendência repete-se na cobertura da poliomielite, em que a primeira dose atinge um nível quase universal (98%), decrescendo nas doses subsequentes, chegando a 63% na terceira dose. No geral, o nível total de cobertura vacinal de todo o país (incluindo as principais vacinas: BCG, DPT, Poliomielite e Sarampo) é inferior a 30%.

O nível de cobertura vacinal nas áreas urbanas supera significativamente as áreas rurais em todas as vacinas. Para a BCG, a cobertura urbana é 38 pontos percentuais superior à rural e, para a terceira dose de DPT, a diferença é de 64 pontos e chega a 71% de cobertura total das três vacinas. Contudo, é importante realçar que as diferenças menores de cobertura se registam nas vacinas da poliomielite: na primeira dose, as áreas urbanas superam as rurais por apenas três pontos percentuais.

À semelhança do comportamento dos outros indicadores de saúde, os níveis de escolaridade e de pobreza têm impacto sobre o acesso à vacinação. A maior proporção de crianças vacinadas pertence a famílias cuja mãe tem o ensino secundário ou nível mais alto. Diferenças marcantes registam-se nas DPT2 e 3, em que a proporção de crianças vacinadas filhas de mães com o ensino secundário (ou mais alto) é três vezes superior ao de crianças cujas mães declararam não ter escolaridade. Contudo, o nível de cobertura da poliomielite não parece sofrer grande influência da escolaridade da mãe, particularmente na primeira dose. Por outro lado, para a vacinação total (BCG, DPT e Poliomielite), a proporção de crianças imunizadas filhas de mães sem escolaridade é quatro vezes inferior à de crianças com mães que possuem ensino secundário ou mais alto.

As crianças dos agregados familiares mais pobres têm um nível de cobertura de BCG de 53% e apenas

13% de imunização total. A cobertura é relativamente melhor nas crianças de famílias mais ricas, cuja imunização total se encontra estimada em 55% e 100% para a primeira dose de poliomielite.

Indicadores de imunização infantil	Percentagem
Cobertura vacinal da BCG antes do primeiro ano de vida.	74.6%
Cobertura vacinal da DPT antes do primeiro ano de vida	37.6%
Cobertura vacinal do Sarampo antes do primeiro ano de vida	57.8%
Cobertura vacinal da Febre Amarela antes do primeiro ano de vida	50.6%

7.4. Amamentação

A nutrição adequada é vital para o bom desenvolvimento da criança, o que começa com o aleitamento materno logo após o parto. O início precoce da amamentação é incentivado por várias razões, particularmente o facto de que o primeiro leite materno contém colostro, produzido durante os 2-3 dias iniciais de lactação, que é altamente nutritivo e possui anticorpos que protegem o recém-nascido contra infecções e doenças. A amamentação proporciona uma fonte completa de nutrição nos primeiros seis meses de vida, metade dos requisitos necessários para os seguintes seis meses de vida e um terço das necessidades do segundo ano de vida.

Os dados na Tabela 7.9 mostram que a prática de amamentação é comum em Angola e 92% das mulheres amamentaram os seus filhos ao longo do período de crescimento. Contudo, as mães devem iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto. Isso está associado à maior duração da amamentação e à manutenção da temperatura do recém-nascido. O Inquérito não recolheu dados sobre a hora de início da amamentação, mas depreende-se da tabela que a prática ainda é reduzida entre as mulheres. Quarenta e sete por cento (47%) das mulheres iniciaram a amamentação no dia do nascimento, mas uma proporção consideravelmente alta (44%) só deu início após o primeiro dia. Mais de metade das mulheres em zonas rurais (52%) iniciaram a amamentação no dia do nascimento da criança - proporção relativamente mais elevada do que nas áreas urbanas.

Ao contrário da assistência ao parto e da vacinação, o início precoce e a prática e extensão do período de amamentação correlaciona-se negativamente com o nível de escolaridade e de consumo das mulheres. As mães com menos escolaridade são mais propensas à prática prolongada do aleitamento do que as que têm maior nível de escolaridade. Factores de pressão académica e profissional poderão estar na base dessas diferenças. Tendência semelhante regista-se com as mulheres de agregados mais pobres e mais ricos, estando as primeiras mais disponíveis para a prática adequada da amamentação.

Tabela 7.9

Início da amamentação

Caracterização	Início do aleitamento materno				Amamentaram os filhos	Número de mulheres*
	No dia do nascimento	1 dia após o nascimento	2 dias após o nascimento	3 ou mais dias após o nascimento		
Angola	**47.1**	**28.1**	**10.4**	**5.9**	**91.9**	**2,809**
Área de residência						
Urbana	42.9	31.2	11.0	5.2	90.7	1,501
Rural	51.9	24.6	9.8	6.8	93.2	1,308
Nível de escolaridade						
Nenhum	53.6	23.5	9.7	6.7	93.6	839
Primário	44.6	28.7	11.4	5.9	91.1	1,531
Secundário [+]	44.3	34.1	7.5	5.3	91.2	399
Quintil de despesas						
Primeiro	51.3	26.0	9.2	5.1	91.6	446
Segundo	49.5	26.7	9.0	6.8	92.2	537
Terceiro	38.0	32.4	14.1	4.4	89.6	499
Quarto	56.0	21.9	11.3	4.1	93.6	450
Quinto	39.7	30.7	12.6	8.5	91.7	320

* Número de mulheres com 12-49 anos e com filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses

Trabalho infantil

8 Trabalho infantil

O trabalho infantil é definido pelo UNICEF e OIT como toda a forma de trabalho, com ou sem remuneração, efectuado por crianças e adolescentes abaixo da idade mínima legal para a entrada no mercado de trabalho, segundo a legislação em vigor no país. Nos casos em que a legislação local estipula uma idade maior para trabalho ou educação obrigatória, prevalece a idade maior. Se, no entanto, a lei de idade mínima local estiver estabelecida nos 14 anos de idade, de acordo com as excepções para países emergentes no âmbito da Convenção 138 da OIT, prevalecerá a menor idade. Este capítulo debruça-se sobre o contexto legal que rege o trabalho infantil em Angola e a nível internacional, os níveis de incidência e as tendências, assim como as suas implicações nos níveis de escolaridade e desenvolvimento da criança. O capítulo termina com uma breve discussão sobre as principais características do trabalho infantil em Angola apresentadas em estudos anteriores ao IBEP.

8.1. Contexto legal

A OIT determina que a idade mínima para entrada no mercado de trabalho é aos 15 anos (artigo 2, ponto 3 da Convenção 138 sobre a idade mínima para admissão a emprego). A mesma Convenção prevê que os países cuja economia e condições de ensino não estejam suficientemente desenvolvidas poderão definir, inicialmente, uma idade mínima de 14 anos, e considera que o trabalho nocturno, perigoso ou prejudiciais para a saúde só deve ser permitido a maiores de 18 anos.

A Assembleia Nacional de Angola aprovou a adesão do país à Convenção n.º 182 ("Sobre as Piores Formas de Trabalho Para as Crianças e a Acção Imediata Com Vista à Sua Eliminação") adoptada em 17 de Julho de 1999, através da Resolução n.º 5/01, publicada no Diário da República, n.º 8, I série de 16 de Fevereiro de 2001 e à Convenção n.º 138 ("Sobre a Idade Mínima de Admissão ao Emprego") adoptada em 17 de Junho de 1973, através da Resolução n.º 8/01, publicada no mesmo Diário da República.

Indicadores de Trabalho Infantil	Percentagem
Proporção de crianças dos 5-14 anos que efectua trabalho infantil	20.4%
Proporção de raparigas dos 5-14 anos que efectua trabalho infantil	21.7%
Proporção de rapazes dos 5-14 anos que efectua trabalho infantil	20.1%
Proporção de rapazes dos 5-11 anos que efectua trabalho infantil	21.4%
Proporção de crianças dos 12-14 anos que efectua trabalho infantil	18.7%
Proporção de crianças dos 5-14 anos que, na zona rural, efectua trabalho infantil	31.8%

Mais recentemente, em 2009, Angola assinou o acordo de cooperação com o Gabinete Regional da OIT da África Central para a implementação do Projecto TACKLE, visando o combate ao trabalho infantil e a prevenção de que mais crianças venham a efectuar trabalho infantil por via da oferta de oportunidades de educação alternativa e emprego em 11 países de África, Caraíbas e Pacífico.

Existe legislação nacional de protecção contra a exploração do trabalho infantil e as piores formas de trabalho das crianças e mecanismos legais e institucionais para esse efeito. O Código Penal em vigor encontra-se desajustado em matéria de protecção de menores. Contudo, o projecto do novo Código Penal já considera como crime várias condutas, nomeadamente: "maus-tratos a menores e crianças com incapacidades", "escravidão", "lenocínio de menor", "tráfico sexual de menores"e "pornografia infantil". A legislação nacional sobre trabalho infantil está incluída na Lei 2/00, de 11 de Fevereiro, a Lei Geral do Trabalho.

Algumas implicações fisiológicas do trabalho precoce	
Sistema Osseo e músculo-articular	A ossificação completa-se no sexo masculino aos 21 anos e no sexo feminino aos 18 anos. O trabalho precoce é contra-indicado, pois pode produzir deformações ósseas.
Sistema Respiratório	A ventilação pulmonar é reduzida em crianças e adolescentes, que possuem uma maior frequência respiratória em compensação. Assim, para um dado esforço, as crianças desgastam-se mais precocemente que os adultos. Substâncias tóxicas (gases, vapores e poeiras tóxicas) penetram com maior intensidade no organismo das crianças perante a mesma concentração de agentes tóxicos.
Sistema Cardiovascular	O sistema cardiovascular é responsável pela distribuição do oxigénio por todo o organismo e conduz o gás carbónico aos pulmões para ser eliminado. Assim, para o mesmo esforço, crianças e adolescentes desgastam-se muito mais precocemente que adultos, em virtude de maior esforço cardíaco exercido.
Sistema Gastrointestinal	O sistema gastrointestinal de crianças e adolescentes é uma via comum de entrada de agentes químicos e biológicos. A absorção de substâncias tóxicas muda com o crescimento do indivíduo. Estima-se que, em crianças, 50% do chumbo ingerido é absorvido, enquanto nos adultos apenas 5% é absorvido. Além disto, a falta de hábitos de higiene aumenta o risco de ingestão de produtos tóxicos.
Pele	A pele é um órgão extremamente importante na protecção do organismo contra a acção de agentes biológicos, químicos e físicos presentes no meio ambiente, incluindo o do trabalho. Quando a pele está lesada, a penetração de substância tóxicas e agentes biológicos é facilitada. A camada mais superficial da pele não está completamente desenvolvida nas crianças, fazendo com que as substâncias tóxicas presentes nos ambientes sejam mais facilmente absorvidas e tornando-as mais vulneráveis aos agentes químicos, físicos e mecânicos a que são expostos.
Visão e audição	Até aos 15 anos a visão periférica dos adolescentes é reduzida dificultando a sua capacidade de avaliar situações de risco e predispondo-os a acidentes. Com relação ao sistema auditivo, há relato de experiências realizadas com trabalhadores de menos de 20 anos que, submetidos a níveis de ruído elevado, apresentaram perdas auditivas mais intensas e mais rápidas quando comparados com um grupo-controle formado por trabalhadores adultos.

Fonte: Nota técnica à portaria TEM/DSST, nº 06 de 18 Fevereiro de 2000

celebrar contrato de trabalho é 14 anos, carecendo de autorização expressa de pai, tutor, representante legal, pessoa ou instituição que tenha a seu cargo o menor ou, na falta dos mesmos, da Inspecção Geral do Trabalho, sendo tácita a autorização para menores que já tenham completado os 16 anos (n.º 1 e 2 do artigo 282.º). Os trabalhos susceptíveis de prejudicar a saúde, segurança ou moralidade são proibidos pela mesma Lei.

8.2. Incidência do trabalho infantil em Angola

Para fins deste Inquérito, o indicador de trabalho infantil foi definido como a percentagem de crianças de 5 a 14 anos que trabalham. Distinguem-se dois grupos:

- Crianças de 5 a 11 anos: trabalho executado durante a semana anterior ao estudo por, pelo menos, uma hora de actividade económica ou 28 horas de trabalho doméstico naquela semana;
- Adolescentes de 12 a 14 anos: trabalho por, pelo menos, 14 ou mais horas de actividade económica ou 42 horas ou mais de tarefas domésticas por semana.

idade efectuaram, na semana anterior ao Inquérito do IBEP, actividades consideradas como trabalho infantil. Esta realidade predomina nas áreas rurais (32%), registando nas cidades apenas 11%. A nível mundial, a proporção de crianças em situações de trabalho infantil nesta faixa etária regista uma incidência de 15%, tendo diminuído em 10% entre 2004 e 2008.

Segundo o relatório do Director Geral da OIT à Conferência Internacional do Trabalho de 2010, o trabalho infantil, nas mais diversas formas, atinge ainda 215 milhões de crianças dos 5 aos 17 anos em todo o mundo, das quais 115 milhões estão sujeitas a trabalhos perigosos, um indicador da preponderância das piores formas de trabalho infantil (OIT: 2010)[2]. O mesmo relatório refere, ainda, que o progresso no combate ao trabalho infantil é desigual entre os continentes e países: "A África subsariana registou um aumento tanto em termos relativos, como absolutos. A região apresenta a mais elevada incidência de trabalho infantil, com uma em cada quatro crianças activa em trabalho infantil (65 milhões

[2] Acelerar a acção contra o trabalho infantil, Relatório à Conferência Internacional do Trabalho, 99.ª Sessão, 2010.

de crianças), enquanto 15% de todas as crianças da África subsariana realizam determinado tipo de trabalho perigoso".

Em Angola, a proporção de crianças dos 5 aos 14 anos envolvidas em trabalho infantil reduziu desde 2001. A comparação entre os actuais dados (IBEP) e os do MICS 2001, expressa na Tabela 8.1, revela a redução na percentagem de crianças entre os 5 e os 14 anos que efectuam trabalho infantil. O aumento de matrículas no ensino primário e a redução dos níveis de pobreza que este Inquérito registou podem estar na base desta situação.

na Figura 8.1. Luanda regista a menor percentagem de crianças a realizar trabalho infantil (9%), enquanto a percentagem na província do Zaire é preocupante, pois mais de metade das crianças entre os 5 e os 14 anos realizam actividades consideradas como trabalho infantil. É igualmente elevada e preocupante a percentagem registada na província do Cunene - 45%. Só em seis províncias o trabalho infantil regista percentagens inferiores à média nacional.

Tabela 8.1.

Comparação da incidência de trabalho infantil entre 2001 e 2009

Indicador	MICS 2001	IBEP 2009
Proporção de crianças dos 5-14 anos que efectua trabalho infantil	30%	20%
Proporção de raparigas dos 5-14 anos que efectua trabalho infantil	31%	21%
Proporção de rapazes dos 5-14 anos que efectua trabalho infantil	29%	20%
Proporção de crianças dos 5-14 anos que, na zona rural, efectua trabalho infantil	68%	32%
Proporção de crianças dos 5-14 anos que efectua trabalho infantil (primeiro quintil)	43%	26%
Proporção de crianças dos 5-14 anos que efectua trabalho infantil (quinto quintil)	17%	11%

8.3. Diferenças no trabalho infantil

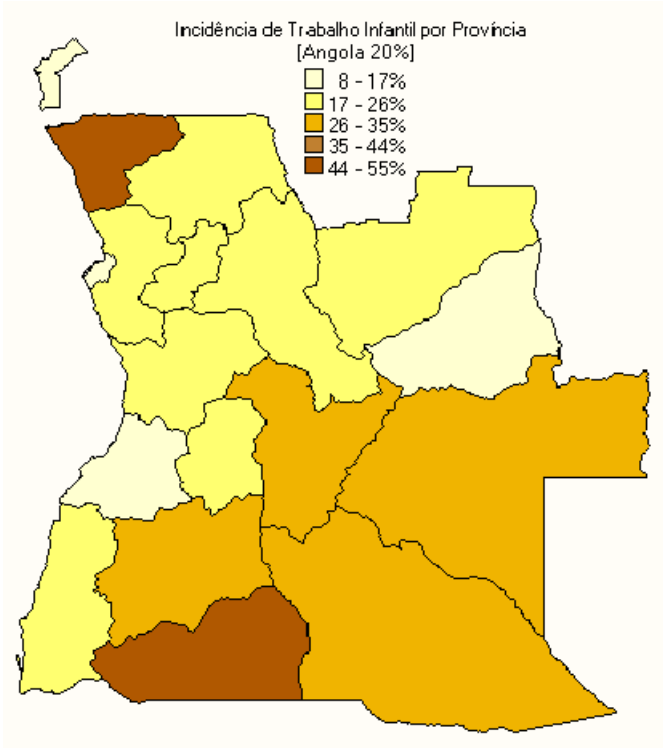
Embora as diferenças entre sexos não sejam grandes, são as raparigas que proporcionalmente realizam mais trabalho infantil (21%), contra apenas 20% dos rapazes. No entanto, estes valores contrariam as tendências mundiais, que referem uma menor percentagem de raparigas a efectuar trabalho infantil (12%) do que entre os rapazes (16%). Também o declínio da incidência do trabalho a nível mundial entre 2004 e 2008 aponta para maior redução entre as raparigas do que entre os rapazes.

As estatísticas mundiais sobre trabalho infantil referem que o número relativo de crianças em situação de trabalho infantil ou trabalhos perigosos aumenta com a idade. Surpreendentemente, em Angola, é a faixa dos 5-11 anos a que regista maior percentagem de crianças envolvidas em trabalho infantil (21%), comparativamente com o grupo dos 12-14 anos (18%). Uma análise mais aprofundada do tipo de trabalho efectuado pode esclarecer estas diferenças.

São, também, grandes as disparidades na distribuição geográfica do trabalho infantil, reflectidas

Figura 8.1.

Distribuição geográfica da incidência de trabalho infantil



8.4. Tipos de trabalho infantil

Os tipos de trabalho efectuado pelas crianças dos 5 aos 14 anos de idade foram analisados em três categorias diferentes: trabalho para outrem (podendo este ser remunerado ou não), trabalhos domésticos e trabalhos ligados a negócio da própria família. As tarefas domésticas dizem respeito a actividades para a casa, como fazer compras, transportar água, limpezas, tratar de outras crianças, etc. Já o trabalho em negócio da família refere-se a trabalho fora de casa, mas que, de algum modo, contribui para o sustento do agregado. Incluem-se nesta categoria o trabalho agrícola, vendas na praça, cantina ou rua.

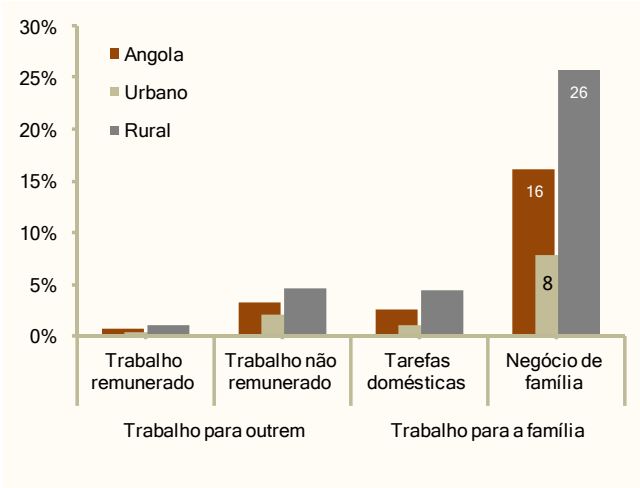
É necessário fazer um esclarecimento sobre o trabalho que as crianças executam no âmbito das tarefas caseiras no quadro familiar. Dentro de parâmetros de razoabilidade e sem pôr em perigo a saúde e o desenvolvimento da criança e outros direitos (escolaridade, lazer), tais trabalhos não são proibidos e fazem mesmo parte do processo de socialização e integração na vida social do grupo a que a criança pertence. Para o presente Inquérito, foram consideradas as tarefas domésticas que excedem as 28 horas semanais, pondo em risco ou entrando em conflito com as tarefas de estudo e lazer. Se na zona urbana a percentagem de crianças que efectua estas tarefas em excesso é escassa, já na zona rural sobe para 4%. Convém, entretanto, realçar que este Inquérito não incluiu as crianças que vivem na rua nas cidades, podendo esse facto afectar os resultados aqui expressos.

O rendimento das famílias, sobretudo na zona rural, pode ser obtido a partir da venda de bens produzidos pela empresa familiar ou de trabalhado assalariado. Por outro lado, uma série de activos domésticos requerem um volume complementar de trabalho e, geralmente, as famílias esperam obter esse volume de trabalho suplementar dos seus filhos. Assim, a produção nas empresas familiares inclui bens físicos propriedade da família, tempo e trabalho dos pais e trabalho infantil. O marido atribui tempo entre o trabalho de mercado e o lazer, a mãe entre o trabalho de mercado, a criação dos filhos e as tarefas domésticas em casa, e os filhos têm de distribuir o tempo entre trabalho no mercado ou negócio da família, educação, lazer e trabalho doméstico.

A Figura 8.2 reflecte a proporção de crianças envolvidas nas diferentes categorias de trabalho. É evidente que o trabalho infantil se efectua, sobretudo nas zonas rurais, em qualquer das categorias e que trabalhar a título de contribuição para um negócio familiar antes dos 14 anos é uma situação bastante generalizada. Embora nas zonas urbanas essa percentagem seja três vezes inferior, é, ainda assim, esta categoria que também ali predomina.

Figura 8.2.

Proporção de crianças dos 5 aos 14 anos segundo o tipo de trabalho efectuado



O trabalho remunerado por conta de outrem é insignificante, atingindo o seu maior valor na zona rural (1%). O trabalho não remunerado chega a atingir 5% no mundo rural contra apenas 2% nas cidades, mas é necessária alguma cautela na interpretação destes dados, na medida em que a declaração de valores pagos em espécie ou por trocas com produtos não são, muitas vezes, valorizadas pelos próprios inquiridos com contribuição para a composição dos rendimentos familiares.

O trabalho infantil não remunerado atinge proporções alarmantes na província do Zaire (28%), não comparáveis a qualquer outra província. De facto, a província com maior percentagem que se segue é o Bengo, com 8%. As províncias de menor proporção de trabalho infantil não remunerado são o Kuando Kubango (0,3%) e o Cunene (0,4%). No caso desta última província, é de realçar que o trabalho remunerado atinge a maior proporção (5%) do conjunto das províncias. Depois do Huambo e Moxico, com 2% de trabalho infantil remunerado, as restantes províncias apresentam valores secundários, que não chegam a 1%.

A carga de tarefas domésticas é maior no Cunene (14%), seguido do Huambo (8%), Lunda Sul (6%) e Lunda Norte (4%). Benguela e Luanda registam os valores mais baixos, não atingindo 1%.

Tabela 8.2

Proporção de crianças entre 5 e 14 anos envolvidas em trabalho infantil por género, idade e nível de escolarização

Caracterização	Trabalho para outrem		Trabalho em casa-na família		Número de crianças*
	Trabalho remunerado	Trabalho não remunerado	Tarefas domésticas	Trabalho em negócio de família	
Sexo					
Homens	0.6	3.0	2.0	16.3	8,224
Mulheres	0.8	3.5	3.1	15.9	8,324
Idade					
5-11 anos	0.7	4.0	1.7	17.3	12,399
12-14 anos	0.8	1.3	5.0	12.6	4,149
A estudar					
Sim	0.7	3.6	2.7	17.8	9,586
Não	0.7	2.8	2.4	13.5	6,962
Nível de escolaridade da mãe					
Nenhum nível	1.1	3.2	3.5	21.1	5,647
Ensino primário	0.6	3.8	2.4	16.5	7,811
Ensino secundário [+]	0.2	2.1	1.3	6.5	2,772

* crianças com 5-14 anos de idade

No caso do trabalho em negócio familiar, o Zaire volta a apresentar a maior proporção de crianças que contribui para o sustento da família desta forma (40%), seguido das províncias do Cunene, Huila e Kuando Kubango, todas entre 30% e 40%. Kuanza Norte, Bié e Moxico registam percentagens entre 20% e 30%.

Outras variáveis sócio-demográficas influenciam o trabalho infantil. A Tabela 8.2 reflecte a proporção de trabalho infantil segundo o género, a idade, a condição escolar e a educação da mãe.

São as raparigas quem maiores percentagens apresentam em todas as categorias de trabalho infantil, à excepção do trabalho em negócio da família, onde os rapazes ganham primazia, mas por uma margem pouco significativa de 0,4%. Os trabalhos domésticos são os que maior diferença percentual apresentam entre rapazes e raparigas (1%), o que ficará a dever-se ao papel tradicional atribuído desde cedo aos membros do sexo feminino nesta esfera da vida.

A remuneração do trabalho aumenta com o avanço da idade. Efectivamente, a faixa etária dos 5-11 anos é remunerada em 0,7% dos casos, mas a diferença para a faixa etária seguinte (12-14 anos) é de apenas 0,1%. Verifica-se a mesma tendência no trabalho não remunerado, com o primeiro grupo a registar 4% de crianças não remuneradas e o segundo apenas 1%. O grupo dos 12-14 anos realiza significativamente mais tarefas domésticas do que o grupo mais novo. Mas, surpreendentemente, é este último grupo que aparece como participando mais em trabalho em negócios da família.

Em praticamente todas as categorias de trabalho, a proporção de crianças que estudam ultrapassa a das que não estudam, excepto no caso de trabalho remunerado, onde a proporção é igual. A maior diferença regista-se no caso do trabalho em negócio da própria família (4%). Não existem, contudo, dados para aferir do sucesso desses estudos, pois todo o trabalho excede o volume considerado adequado para uma criança que deve ter tempo suficiente para dedicar aos estudos e ao lazer.

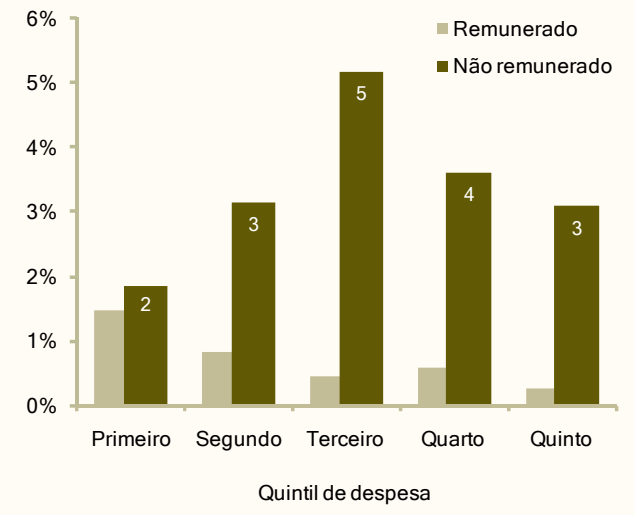
A educação da mãe influencia decisivamente o envolvimento em trabalho infantil por parte dos filhos ou outras crianças no agregado familiar. A probabilidade de uma criança efectuar trabalho infantil remunerado é cinco vezes superior nos casos em que a mãe não tem qualquer escolaridade. Essas possibilidades diminuem quando se trata de trabalho não remunerado, talvez porque não haja tanto interesse por parte dos pais em vincular os filhos a um mercado de trabalho que não traz benefícios directos para os rendimentos familiares. Tratando-se

de trabalhos inseridos no quadro familiar (domésticos ou negócios), é muito evidente que a mãe com nível secundário limita o trabalho dos filhos ou crianças de que se encarrega. A proporção de crianças que trabalha é três vezes superior no caso das mães que não têm qualquer nível de escolaridade.

A Figura 8.3 reflecte a proporção de crianças que realiza trabalho infantil segundo o quintil de consumo. A probabilidade de uma criança pobre ter que trabalhar num negócio familiar e assim contribuir para o sustento do agregado triplica relativamente a uma criança de um quintil mais rico. Nas restantes categorias de trabalho, a carga de tarefas domésticas aumenta com o nível de pobreza do agregado. O trabalho não remunerado apresenta percentagens maiores em níveis intermédios de pobreza (terceiro e quarto quintis) e mais baixa no primeiro quintil. A remuneração pelo trabalho é maior entre as crianças mais pobres, podendo constituir um incentivo à manutenção da situação.

Figura 8.3

Proporção de crianças dos 5 aos 14 anos envolvidas em trabalho infantil por quintil de consumo



8.5. Impacto do trabalho infantil na escolaridade das crianças

A questão preponderante é que o trabalho impede a aquisição de educação e capital humano, quando realizado durante a infância. O grau de impacto negativo do trabalho infantil na produtividade escolar depende de até que ponto afecta a frequência escolar e o tempo disponível para o estudo em casa. Trabalhos mais pesados e/ou que exigem uma maior jornada produzem um impacto maior. Vários estudos realizados em países em desenvolvimento mostram que a maioria das crianças que exerce alguma actividade lucrativa também estuda, ou seja, o tempo que deveria ser utilizado para complementar os estudos em casa é dedicado ao trabalho. As crianças que trabalham possuem um menor rendimento escolar relativamente àquelas que se dedicam apenas à escola. As crianças que realizam trabalho doméstico têm um melhor desempenho relativamente às que trabalham fora de casa, e o desempenho mais baixo é verificado nas que trabalham nos dois locais.

Uma característica marcante do trabalho infantil em Angola, já referida noutros estudos, é que as crianças trabalham e estudam ao mesmo tempo[3]. Uma proporção significativa das crianças que trabalham já frequentou a escola em ambas as faixas etárias (83% e 88% respectivamente), o que confirma que o trabalho não é uma opção, mas antes uma necessidade, sendo essa constatação comprovada também no estudo referido. Entretanto, tal facto levanta a questão do aproveitamento escolar numa situação em que a criança tem que dividir o seu tempo entre quatro ou mais horas de trabalho diárias, as tarefas domésticas e a escola. A prova deste facto é que apenas 23% das crianças entre 5 e 11 anos que já frequentou a escola sabe ler. Essa percentagem duplica na faixa dos 12-14 anos. Para além do trabalho, outros factores que podem contribuir para esta situação serão a pouca eficácia do ensino e um ambiente escolar pouco atractivo para crianças que já lidam com dificuldades ou atrasos de aprendizagem ou de entrada na escola.

As Figuras 8.4 e 8.5 reflectem o atraso na entrada para a escola entre as duas faixas etárias em análise neste capítulo, estabelecendo uma comparação entre crianças que não trabalham e as da mesma faixa que estão envolvidas em trabalho infantil.

O atraso na entrada para a escola parece estar a diminuir, uma vez que o grupo dos 5 aos 11 anos apresenta menos anos de atraso (4 anos) e maiores percentagens de crianças a entrar para a escola na idade adequada. Entretanto, é visível que, dentro do mesmo grupo, as crianças que trabalham tendem a entrar para a escola mais tarde do que as que não o fazem e são também em maior proporção. A diferença na entrada para a escola na idade adequada (ano 0) entre as crianças que não trabalham e as que trabalham é de 14% no caso dos

[3] ONJOI, Educação para prevenir o Trabalho Infantil, Relatório de linha de base sobre Trabalho Infantil, WL e CCF, Benguela, 2008.

Figura 8.4

Atraso escolar entre crianças dos 5-11 anos

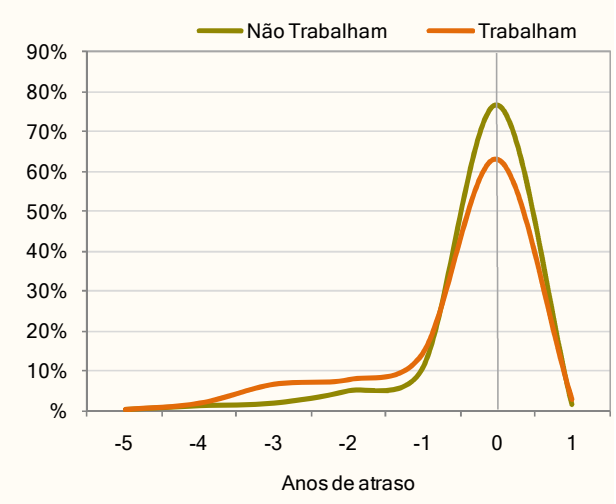
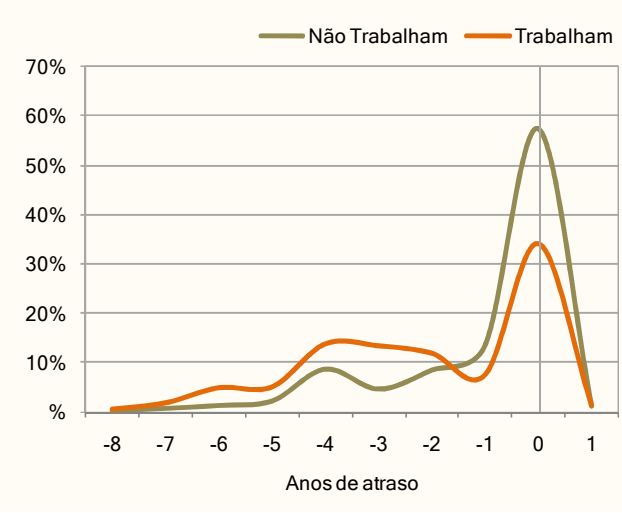


Figura 8.5

Atraso escolar entre crianças dos 12-14 anos



5-11 anos e 24% nos 12-14 anos, indiciando uma provável intensificação do trabalho no grupo mais velho com impacto no atraso escolar. A diferença entre as duas categorias é mais acentuada no grupo dos 12-14 anos do que no grupo dos mais jovens, o que pode estar relacionado com um maior acesso à escola nos últimos anos pós-conflito.

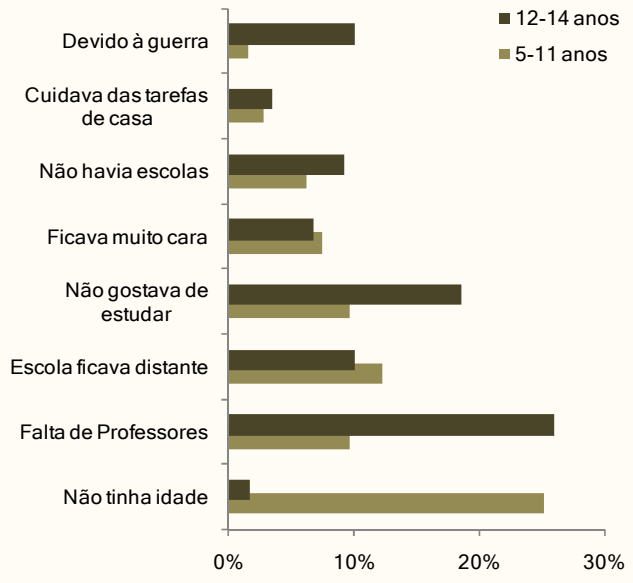
Relativamente à matrícula e frequência do ano lectivo corrente à data do Inquérito, 93% das crianças entre 5 e 11 anos envolvidas em trabalho infantil estavam matriculadas mas apenas 90% delas frequentavam efectivamente a escola. Já no grupo dos 12-14 anos, 89% das crianças estão matriculadas e apenas 80% mantém a frequência. Estes valores revelam que as crianças mais velhas têm mais hipóteses de trabalharem, eventualmente com remuneração, sendo esta possivelmente uma motivação para a desistência da escola.

Cerca de 16% das crianças que realizam trabalho infantil nunca frequentaram a escola. A proporção é maior no grupo dos 5-11 anos (17%) e diminui para 12% nas crianças de 12-14 anos. As três razões mais invocadas são: falta de professores (13%), distância da escola (12%) e não gostarem de estudar (11%). A importância relativa de cada uma destas razões varia com a idade, conforme se observa na Figura 8.6. Enquanto a falta de professores tem um peso muito grande no grupo dos 12-14 anos (26%), a distância da escola aparece em primeiro lugar para o grupo dos mais pequenos (12%). Não gostar de estudar é uma razão cuja proporção duplica com idade: 10% para o grupo dos 5-11 anos e 19% para os de 12-14 anos.

O custo da escola surge em quarto lugar, mas tem maior peso no grupo entre 5 e 11 anos (8%), revelando que a pobreza do agregado pode afectar a escolaridade das crianças. A inexistência de escola surge em ambos os grupos em quinto lugar (6% e 9% respectivamente). A motivação ligada à guerra só tem expressão no grupo dos 12-14 anos (10%), na medida em que o grupo mais jovem nasceu e viveu sobretudo no período após 2002.

Figura 8.6

Principais razões para nunca ter frequentado a escola



A pobreza e a educação parecem ser determinantes do trabalho infantil. A educação da mãe ou do agregado em que vivem influencia a probabilidade de as crianças se envolverem em formas de trabalho

infantil. Cerca de 26% das crianças, cujas mães não têm qualquer escolaridade ou que vivem em agregados pobres, efectuam algum tipo de trabalho infantil. Nos agregados não-pobres (quinto quintil) esse valor reduz para 11% e para 9% nos casos em que a mãe tem o ensino secundário.

8.6. Determinantes do Trabalho Infantil em Angola

Não existe um estudo das causas do trabalho infantil em Angola que analise os motivos pelos quais a criança é levada a trabalhar e porque utiliza o mercado de trabalho crianças como força de trabalho, a estrutura desse mercado e o nível tecnológico do sistema produtivo. Contudo, resultados deste Inquérito, dos MICS anteriores e dois estudos sobre o tema realizados anteriormente em zonas localizadas[4], bem como literatura internacional, apontam o nível socioeconómico do agregado em que a criança se insere como uma das determinantes das decisões dos seus pais ou tutores para decidirem vincular precocemente os filhos ao trabalho.

Um dos relatórios mencionados (ONJOI, 2008) apresenta uma tendência da progressão do trabalho infantil que aponta para um incremento desta actividade a partir de 2002 em diante, período que coincide com o fim da guerra civil e o regresso da população às suas áreas de origem. Segundo aquele relatório, após longos anos de deslocações sucessivas, a população regressava num contexto de extrema pobreza, precisando de construir novas casas e desenvolver novas terras para a agricultura - uma actividade que requeria a participação de todos os membros do agregado familiar, incluindo as crianças. Por outro lado, o ressurgimento de actividades comerciais privadas em áreas rurais, particularmente na agricultura, constituiu uma fonte de procura de trabalho assalariado na área rural. Estes factores estariam entre os motivos por detrás do número crescente de crianças que entraram no mercado de trabalho nos anos subsequentes.

Ou seja, as crianças são levadas a trabalhar quando os rendimentos familiares são insuficientes para garantir a sua sobrevivência, ou como forma de reduzir o risco de uma possível perda de rendimento. Os pais só submeteriam os seus filhos precocemente ao mercado de trabalho num contexto em que a sobrevivência da família estivesse ameaçada. Assim, o trabalho infantil funcionaria também como um seguro potencial, parte de uma estratégia de redução desse risco. Este argumento é válido principalmente em famílias muito pobres, para as quais uma pequena redução nos rendimentos tem um impacto bastante significativo. Esta estratégia, embora tenha uma racionalidade económica imediata, como forma de assegurar a sobrevivência das famílias, reveste-se de elevado custo social com o tempo.

Por outro lado, os pais e tutores, perante um aumento na parcela de rendimento do agregado familiar auferido por crianças, podem reforçar as suas decisões de envolver os filhos em trabalho infantil. Primeiro, porque isso aumentaria o custo de oportunidade do tempo gasto na escola e para uma família pobre os custos de oportunidade podem ser difíceis de suportar. Em segundo lugar, porque aumenta o retorno por cada novo nascimento, de modo que o aumento da família pode conduzir a uma troca da qualidade pela quantidade de filhos e o nível educacional continuaria a declinar.

Um outro estudo feito em Angola (Khulisa, 2006) refere que a percepção das próprias crianças na escola relativamente ao trabalho estava ligada à sobrevivência, isto é, ajudar as famílias a satisfazer as suas necessidades básicas de consumo - sobretudo despesas relacionadas com alimentação e educação. Cerca de 40% das crianças fora da escola apontavam como razão para trabalhar gerar dinheiro, 25% alegaram responsabilidades financeiras da família e 21% a compra de alimentos. Apenas 9% declararam estar a trabalhar para adquirir novas competências.

Por seu lado, o estudo do ONJOI efectuou uma análise da alocação feita com as remunerações obtidas pelas crianças. Quarenta e quatro por cento (44%) das crianças entregavam o dinheiro obtido com o seu trabalho aos pais, 22% compravam roupa e sapatos, 12% usavam-no em actividades de lazer, 9% para comprar alimentos, 5% para medicamentos e 5% para poupanças. O facto de as crianças conseguirem fazer poupanças com o que ganham pode ter interesse, na medida em que qualquer proposta orientada para pôr fim ao trabalho infantil teria que ter em conta que a perda de poupanças pode ser um factor determinante para que as próprias crianças decidam continuar a trabalhar. Ou seja, a decisão tomada pelos menores de trabalhar e abandonar a escola, principalmente no meio urbano, parece ser influenciada não só pela escassez dos recursos económicos da família, mas também pela

[4] ONJOI e Relatório de linha de base sobre Trabalho Infantil, Benguela e Kuanza Sul, CARE e CFI, 2006

atractividade do mercado de trabalho onde estão inseridas.

Mas a pobreza, por si só, não explica muitas vezes o alcance do trabalho infantil, evidenciando a existência de outros factores condicionantes do problema, tais como um sistema educativo insuficiente e inadequado, tradições e padrões sociais, tipos de negócios familiares, entre outros. Ou seja, o trabalho infantil na zona rural, por exemplo, não é resultado apenas de um menor nível de rendimento, mas de uma infra-estrutura escolar mais deficiente ou mesmo da inexistência de escolas, da maior facilidade com que a criança é absorvida em actividades informais que exigem menor qualificação e das actividades agrícolas familiares. O modo como as famílias distribuem o tempo das crianças depende, além do rendimento familiar, do seu tamanho e estrutura, da produtividade potencial das crianças com relação à dos pais, em casa ou no mercado de trabalho, e da possibilidade de substituição entre trabalho adulto e infantil.

Pensou-se durante muito tempo que o acesso à educação poderia, por si só, resolver o problema do trabalho infantil. Contudo, o acesso à educação, quando existe, não protege necessariamente as crianças do trabalho. Pode ser uma solução nos casos em que é gratuita, em tempo integral, obrigatória e de qualidade. Conforme analisado ao longo deste capítulo, uma grande proporção de crianças em Angola exerce as duas actividades. Por outro lado, nas condições vividas em Angola, o ambiente escolar e os métodos de ensino são pouco motivadores para manter as crianças na escola. Esta situação é agravada pelo facto de os pais terem uma fraca percepção dos retornos da educação a longo prazo, porque consideram que tem pouco valor, seja porque as escolas têm pouca qualidade, ou porque não é visível o valor da educação no curto prazo para o seu sistema de subsistência. Num ambiente económico em que a sobrevivência depende do trabalho em sectores informais, para alguns pais a escolha que apresenta maior utilidade é a de colocar os filhos no mercado de trabalho, pois para eles trata-se de uma solução de curto e longo prazo, já que supostamente o destino da criança é trabalhar em sectores que não exigem formação escolar.

Parte IV

Indicadores Socioeconómicas e Governação

9 Receitas e despesas

O acesso a fontes seguras de rendimento, o acesso físico e económico a alimentação e a capacidade de satisfazer as necessidades básicas não-alimentares são indicadores-chave na construção da medida de bem-estar da população. A análise foi feita a partir de uma medida abrangente de consumo obtida através de dados de vários módulos do inquérito aplicado aos agregados familiares. O bem-estar poderia ser calculado tanto a partir das medidas de rendimento como de consumo e qualquer uma delas conduziria a resultados válidos. Contudo, o consumo baseado nos gastos e auto-abastecimento de bens produzidos pelo agregado prevalece nesta análise como medida de bem-estar. Neste capítulo, serão abordados aspectos relacionados com as fontes e os níveis de receitas da população, o nível de despesas e as desigualdades na distribuição dos rendimentos.

9.1. Receitas

A análise incidirá sobre o rendimento *per capita* mas examina, em primeiro lugar, todas as etapas envolvidas na construção deste indicador. A medida do rendimento nominal do agregado familiar foi estimada, primeiramente, a partir do somatório de todas as fontes monetárias e não monetárias de ingressos. Em seguida, foi aplicado um factor de correcção para ajustar as diferenças no custo de vida e converter o rendimento nominal em rendimento real. Todos os dados de rendimentos estão expressos ao preço de Dezembro de 2008. Por último, o rendimento *per capita* foi calculado dividindo o rendimento real agregado pelo número de pessoas que compõem o agregado familiar. Isto significa que todos os valores de rendimento *per capita* neste relatório se referem às medidas de rendimento de toda a população e não apenas dos que recebem algum tipo remuneração.

O IBEP recolheu dados sobre as três fontes principais de receita: fontes ligadas ao trabalho, fontes não-laborais e fontes relativas ao auto-abastecimento. Os dados sobre as receitas provenientes do trabalho foram recolhidos individualmente para todas as pessoas empregadas. As pessoas na categoria de trabalhadores assalariados declararam os seus salários e as que trabalham por conta própria declararam os seus lucros habituais.

Indicadores de receitas	Valor [Kz]
Receitas médias mensais por pessoa	8,767
Receitas médias provenientes de fontes laborais	5,655
Receitas médias provenientes de fontes não-laborais	1,988
Receitas médias provenientes do auto-abastecimento	1,124

As receitas provenientes de fontes não-laborais também foram recolhidas a nível individual para todas as pessoas que declararam ter recebido tais pagamentos e comportam três componentes diferentes. Em primeiro lugar, a recepção de transferências, que inclui pensões de aposentação, pensão alimentícia e transferências em dinheiro provenientes de outros familiares residentes dentro ou fora do país. Em segundo lugar estão os rendimentos provenientes do arrendamento de propriedades, bens ou terras agrícolas. Em terceiro estão os lucros e ganhos extraordinários que incluem prémios da lotaria, os pagamentos de seguros, heranças, o dinheiro recebido da venda de activos e o pagamento de dívidas.

Por fim, a terceira maior fonte de rendimento é o auto-abastecimento. Esta é a única componente de receitas obtida a nível dos agregados e refere-se, na maior parte dos casos, a qualquer bem ou serviço produzido e consumido pelo agregado e também os pagamentos em espécie. Isso inclui, por exemplo, os alimentos produzidos e consumidos por famílias que vivem da produção agrícola.

9.1.1 Receitas médias mensais

A receita média mensal por pessoa em Angola é estimada em 8.767 kwanzas. Por outro lado, existem diferenças significativas entre as áreas de residência, sendo que na área urbana a receita média por pessoa é praticamente o dobro da área rural (11,077 kwanzas e 5,967 kwanzas, respectivamente).

Tabela 9.1.
Receitas médias mensais por pessoa em kwanzas

Caracterização	Quintil de consumo					Total
	1º Quintil	2º Quintil	3º Quintil	4º Quintil	5º Quintil	
Angola	**1,414**	**3,023**	**5,086**	**8,288**	**26,035**	**8,767**
Área de residência						
Urbana	1,689	3,912	6,485	10,550	32,784	11,077
Rural	1,230	2,436	3,804	6,032	16,383	5,967
Região						
Capital	2,448	5,125	7,728	12,303	34,383	12,369
Norte	1,471	2,695	4,166	6,419	18,822	6,711
Este	1,044	2,077	3,253	5,133	12,682	4,830
Centro Norte	1,500	2,849	4,183	6,627	19,795	6,972
Centro	1,051	2,231	3,727	6,663	23,571	7,435
Sul	1,809	3,708	5,709	8,421	26,331	9,187

Através dos dados discriminados na Tabela 9.1, pode-se observar claramente que, entre as regiões, o rendimento é maior na capital e no sul. Um segundo grupo de regiões é composto pelo centro, centro norte e norte do país. O leste regista o rendimento mais baixo. Dentro dessas regiões, verifica-se o mesmo padrão nacional entre zonas urbanas e rurais, ou seja, as cidades exibem rendimentos mais elevados que as áreas rurais.

Depreende-se da Tabela 9.1 que, em Angola, as pessoas no 5.° Quintil têm receitas médias mensais mais de 18 vezes superiores às das pessoas no 1.° Quintil. As diferenças no nível médio de receitas são maiores nas províncias da região Centro (Huambo, Bié, Benguela e Kuanza Sul), onde as pessoas no 5.º Quintil atingem níveis de receitas 22 vezes superiores às do 1.º Quintil. A maior diferença no nível de receitas entre áreas rurais e urbanas também se encontra na região Centro, sendo que as áreas rurais têm um nível de receitas 62% inferior às áreas urbanas, seguindo-se da região Norte com 30% e o Leste com 20%. A região Sul é a única em que o nível agregado de receitas por pessoas nas áreas rurais supera as áreas urbanas - diferença estimada em 7%.

9.1.2. Fontes de rendimento

A Tabela 9.2 reflecte a composição das receitas e o rendimento médio *per capita* da população de acordo com diferentes características do trabalho do chefe de família. Sessenta (60) em cada 100 kwanzas das receitas provêm de fontes laborais (por conta de outrem e por conta própria), 16 em cada 100 kwanzas de auto-consumo ou auto-abastecimento, enquanto o restante são receitas não-laborais (transferências, receitas de propriedade e receitas extraordinárias). Isso significa que 84 em cada 100 kwanzas das receitas são receitas monetárias e apenas 16 em cada 100 kwanzas correspondem a receitas não monetárias.

As receitas de trabalho por conta de outrem contribuem em mais de metade para o total das receitas laborais, sendo o resto composto pelas receitas de trabalho por conta própria. Contudo, as diferenças nas fontes e níveis de receitas variam em função do sector e condição de emprego do chefe do agregado familiar, da área de residência, e do género e nível de escolaridade do chefe do agregado familiar.

Tabela 9.2.
Fontes de rendimento e composição das receitas segundo o tipo de agregados familiares

Fontes de receitas	Angola	Área de residência		Sexo do chefe do agregado		Nível de escolaridade do chefe do agregado		
		Urbana	Rural	Homens	Mulheres	Nenhum	Primário	Secundário [+]
Total	**8,767**	**11,077**	**5,967**	**8,762**	**8,793**	**5,840**	**5,706**	**13,899**
Receitas laborais	**5,655**	**7,410**	**3,528**	**5,904**	**4,523**	**3,198**	**3,413**	**9,507**
Trabalho por conta de outrem	3,854	5,992	1,261	4,072	2,862	813	1,594	7,924
Trabalho por conta própria	1,801	1,417	2,267	1,832	1,660	2,386	1,820	1,583
Receitas não laborais	**1,988**	**2,753**	**1,060**	**1,757**	**3,038**	**1,324**	**1,206**	**3,285**
Transferências	1,053	1,393	640	798	2,212	925	726	1,503
Receitas da propriedade	181	268	75	149	325	110	123	287
Receitas extraordinárias	754	1,092	345	810	501	288	356	1,495
Aauto-abastecimento	**1,124**	**914**	**1,379**	**1,101**	**1,232**	**1,318**	**1,087**	**1,107**
Alimentar	527	70	1,080	537	481	945	653	196
Não alimentar	63	38	94	63	66	80	65	50
Renda imputada da habitação	535	806	205	501	685	293	369	862

Diferenças por área de residência

Quase todas as fontes de rendimento em áreas urbanas são maiores do que nas áreas rurais. Esta estrutura difere consideravelmente entre os vários grupos populacionais. A título de exemplo, as receitas laborais têm maior importância nas áreas urbanas, enquanto o auto-consumo e o auto-abastecimento têm maior relevância nas áreas rurais. Nas zonas urbanas, as receitas de trabalho por conta de outrem são quatro vezes mais elevadas do que as receitas por conta própria. Já nas zonas rurais, a tendência é inversa. As receitas provenientes do trabalho nas cidades são o dobro do que em áreas rurais, mas as suas componentes mostram uma tendência oposta. O trabalho por conta de outrem é quase cinco vezes maior nas áreas urbanas, enquanto o trabalho por conta própria nas áreas rurais fornece receitas mais altas que nas áreas urbanas - diferença estimada na ordem dos 60%.

As fontes de receitas não-laborais predominam mais nas áreas urbanas que rurais. Esta tendência pode estar associada, por um lado, a um baixo nível de posses nas áreas rurais que permita rentabilizar o arrendamento de bens e, por outro, ao facto de que as pessoas nas áreas rurais ainda dependem muito do valor da força de trabalho e do auto-abastecimento para sua sobrevivência.

Diferenças de género

O rendimento médio total dos agregados chefiados por homens é semelhante ao dos chefiados por mulheres. Contudo, existem diferenças na sua composição. As receitas provenientes de fontes laborais são mais importantes nos agregados familiares chefiados por homens relativamente aos que são chefiados por mulheres. Os agregados chefiados por homens geram 30% mais receitas de fontes laborais que os chefiados por mulheres. Nesta categoria, o trabalho por conta de outrem oferece 42% mais receitas aos agregados chefiados por homens que mulheres.

Ao contrário das receitas laborais, os agregados chefiados por mulheres obtêm receitas mais altas a partir de fontes não-laborais e, entre essas, predominam as transferências de dinheiro, três vezes superior ao valor médio recebido pelos homens. Em termos gerais, a quota das receitas provenientes de fontes não-laborais entre a população residente em agregados chefiados por mulheres é duas vezes superior à de agregados chefiados por homens.

Diferenças de escolaridade

As diferenças no nível de escolaridade do chefe de família também influenciam substancialmente na capacidade do agregado de gerar receitas de fontes laborais. O rendimento médio total dos agregados

aumenta consoante o nível de escolaridade do chefe de família. Os agregados cujo chefe possui o ensino secundário (ou mais alto) adquirem, em média, receitas mais de duas vezes superiores às de agregados em que o chefe de família tem menos do que o nível primário de escolaridade. A importância das receitas laborais por conta de outrem, relativamente ao total de receitas, cresce significativamente com o nível de escolaridade do chefe do agregado, variando de um quarto entre os que não tem qualquer nível de escolaridade para três quartos entre os que têm o ensino secundário ou mais.

Os chefes de família que possuem o nível secundário de escolaridade (ou mais) geram quase três vezes mais receitas de fontes laborais do que os que possuem apenas o ensino primário. O trabalho por conta de outrem gera cinco vezes mais receitas para os chefes de família com ensino secundário ou nível superior, mas a tendência inversa observa-se relativamente ao trabalho por conta própria, onde predominam chefes de família com nível de educação primária e mais baixa. A quota de receitas laborais aumenta com o nível de escolaridade do chefe do agregado, mas ocorre o oposto relativamente ao auto-consumo e auto-abastecimento. A proporção de receitas não-laborais é semelhante entre os níveis de escolaridade.

Observa-se uma tendência semelhante por grupo de rendimento. Quanto maior o rendimento da população, maior a contribuição das receitas do trabalho por conta de outrem. A população que vive em áreas urbanas e com um chefe de família instruído tem acesso a empregos bem pagos e está provavelmente entre os quintis mais elevados, enquanto aqueles que vivem em áreas rurais, com chefes de família sem instrução se dedicam à agricultura de subsistência e se enquadram, provavelmente, nos quintis mais baixos.

Diferenças nas fontes de receitas segundo as características do chefe de família

O tipo de trabalho realizado pelo chefe do agregado tem, geralmente, grande importância no rendimento do agregado familiar. De acordo com o estatuto da força de trabalho deste, a população que vive com um chefe de agregado desempregado tem rendimentos menores *per capita* do que a que vive com um chefe de família empregado no mercado de trabalho. As pessoas que vivem com um chefe de família não inserido no mercado de trabalho apresentam o rendimento *per capita* mais elevado, o que é explicável pela grande quantidade de rendimento não-laboral auferido, composto sobretudo por transferências recebidas por essas famílias. Quando analisado sob o prisma do sector de actividade económica do chefe do agregado, o rendimento *per capita* dos que trabalham na agricultura é menor, enquanto os que trabalham em serviços têm maior rendimento *per capita*. Compreensivelmente, porém, a população que vive com um chefe de família a trabalhar no sector agrícola tem mais receitas provenientes do auto-consumo. Se o chefe de agregado é empregado (trabalho por conta de outrem), o rendimento médio *per capita* é mais do dobro do da população que vive com um chefe de família que trabalha por contra própria. Entre os chefes de família que estão empregados (a trabalhar por conta de outrem), o rendimento *per capita* é maior no caso dos que trabalham em empresas públicas comparativamente aos que trabalham no sector público ou privado.

9.1.3. Composição do rendimento da população

No geral, as receitas de fontes laborais constituem 60% do rendimento total dos agregados em Angola e os restantes 40% estão distribuídos em 16% de fontes não-laborais e 24% de auto-abastecimento. Contudo, existem diferenças significativas no nível de contribuição de cada uma destas fontes, variando em função da situação laboral do chefe do agregado. A Figura 9.1 reflecte a contribuição das principais fontes de rendimento de acordo com algumas das características do trabalho do chefe de agregado. Essa contribuição está em consonância com o estatuto da força de trabalho do chefe de família. Praticamente dois terços do rendimento provêm do trabalho dos chefes de família que estão empregados, mas essa percentagem cai para cerca de um terço nos casos em que os chefes de agregado estão desempregados ou fora do mercado de trabalho. Por outro lado, a parcela do rendimento não-laboral é de apenas 13% entre os chefes de agregado com emprego, mas sobe para 44% entre os desempregados e para 52% no caso dos chefes de agregado que não participam no mercado de trabalho. Em todos os sectores de actividade económica, a percentagem do rendimento do trabalho é de cerca de três quartos para os que trabalham na indústria ou serviços, mas menos de metade no caso da agricultura.

Figura 9.1

Distribuição do rendimento médio mensal segundo a fonte e situação laboral do chefe de família

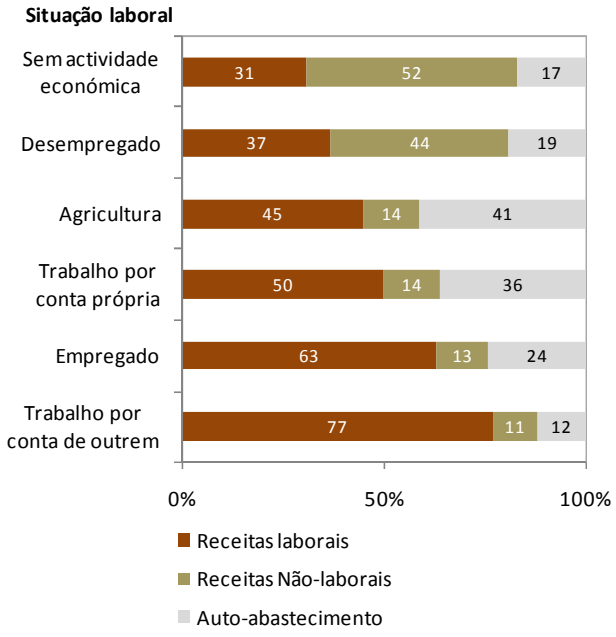
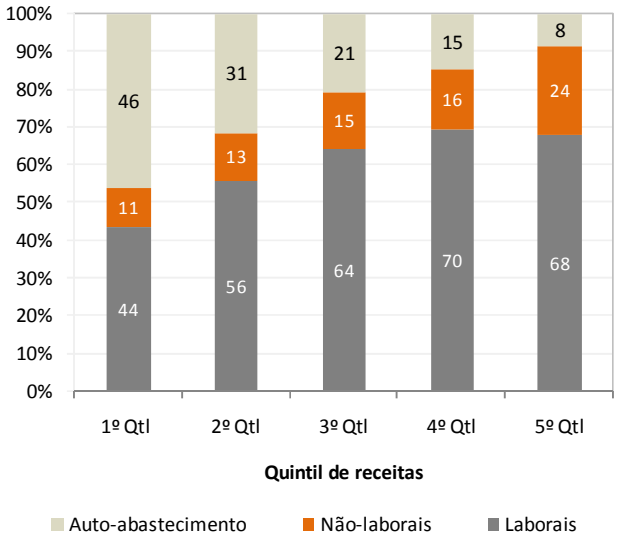


Figura 9.2

Distribuição percentual das fontes de rendimento segundo o Quintil de rendimentos



No entanto, o auto-abastecimento é extremamente importante para a agricultura, onde atinge 41%, comparativamente com os cerca de 15% para os outros dois sectores. Finalmente, as diferenças também são acentuadas entre os que trabalham como empregados ou por conta própria: o rendimento do trabalho é responsável por quatro quintos entre os primeiros e por metade entre os últimos. O rendimento não-laboral é semelhante para ambos os grupos, enquanto a parcela de auto-consumo nos que trabalham por conta própria é três vezes maior do que a dos empregados (36% e 12% respectivamente).

Existe uma relação muito nítida entre as fontes de rendimento e o Quintil de rendimentos, sendo que rendimentos provenientes de fontes laborais (trabalho por conta de outrem e própria) estão mais associados aos 20% da população com nível mais elevado de receitas. Dois terços das receitas das pessoas mais ricas provêem de fontes laborais, enquanto o auto-abastecimento contribui com apenas 8% do seu rendimento total. Contudo, a quota desta fonte de rendimento decresce progressivamente do quarto para o primeiro Quintil de rendimentos, contribuindo apenas em 44% do rendimento da população com nível de receitas mais baixo (1.º Quintil). O auto-abastecimento, que contribui em 46% do rendimento desta população, torna-se progressivamente menos importante nos quintis mais altos, revelando, desta forma, a fraca dependência da população mais rica de actividades como agricultura e pequenos negócios.

9.1.4. Desigualdade na distribuição das receitas

A desigualdade na distribuição de receitas é marcada no país, conforme indicam os dados na Tabela 9.3. O quinto Quintil (ou seja, os 20% de população com maiores receitas) detém 59% de todas as receitas, enquanto o primeiro quintil apenas detém 3%. Isto significa que a receita média de uma pessoa no quintil mais rico é 18 vezes mais alta do que a receita média de uma pessoa no quintil mais pobre. A desigualdade urbana é semelhante à desigualdade registada a nível nacional, enquanto a desigualdade rural é menos severa, sendo que nestas áreas a receita média da população mais rica é 13 vezes superior à da população mais pobre. Isso significa que o rendimento está distribuído de forma mais correcta (ou há menos desigualdade) nas áreas rurais do que urbanas.

Analisando a desigualdade em termos regionais, verifica-se que a maior diferença entre a população mais pobre e mais rica se encontra na Região Centro (Kuanza Sul, Benguela, Huambo e Bié), onde os mais ricos detêm 63% do total de receitas. Isso significa que o nível de receitas deste grupo é 22 vezes superior ao da população mais pobre. O rendimento está distribuído de forma mais justa na região Leste, onde os 20% da população mais rica detêm ligeiramente mais de metade das receitas, 12 vezes mais do que o nível de receitas dos 20% da população mais pobre.

Um segundo indicador de desigualdade é o Índice de Gini, que apresenta dados condizentes com a

Tabela 9.3.
Desigualdade na distribuição de receitas

Caracterização	Quintil de receitas [%]					Total	Coeficiente de Gini
	1º Qtl	2º Qtl	3º Qtl	4º Qtl	5º Qtl		
Angola	**3**	**7**	**12**	**19**	**59**	**100**	**0.55**
Área de residência							
Urbana	3	7	12	19	59	100	0.55
Rural	4	8	13	20	55	100	0.50
Região							
Luanda	4	8	13	20	55	100	0.50
Norte	4	8	12	19	56	100	0.51
Este	4	9	13	21	52	100	0.48
Centro	3	6	10	18	63	100	0.59
Centro Norte	4	8	12	19	57	100	0.51
Sul	4	8	12	18	57	100	0.52

distribuição percentual das receitas por quintis, confirmando deste modo a desigualdade acentuada no país.

O Coeficiente de Gini para Angola é 0,55, um valor relativamente alto. O índice de Gini das áreas urbanas é o mesmo que o do nível nacional e nas áreas rurais é relativamente inferior (0,50), confirmando também por esta via diferenças significativas entre os 20% da população mais pobre e os 20% mais ricos nas áreas urbanas. É de realçar que todas as regiões têm índices que rondam os 0,5, com excepção da região Centro, onde o coeficiente de Gini é significativamente alto: 0,59.

9.2. Despesas

As despesas correspondem ao volume de rendimentos gastos para fazer face às necessidades de consumo alimentar e não-alimentar, de bem-estar e de conforto e, para efeitos deste relatório, a análise baseia-se no consumo *per capita*. A estimativa do consumo foi efectuada, em primeiro lugar, mediante o cálculo do consumo total do agregado familiar, composto pelo valor de todos os bens alimentares e não-alimentares e serviços consumidos pela família. No caso dos bens comprados, apenas a quantidade realmente consumida entra no consumo combinado. Se o bem provém de auto-abastecimento, troca ou pagamento em espécie, solicita-se à família que estime o valor desse consumo.

No caso dos alimentos, as informações foram recolhidas através de um diário. Os agregados foram convidados a preencher o diário com o seu consumo alimentar durante uma semana.

Contudo, os dados sobre bens não-alimentares foram recolhidos usando diferentes períodos (semana anterior ao inquérito, mês anterior ao inquérito, o último trimestre e ano antes do inquérito), que foram definidos com base na frequência esperada dessas compras.
O segundo passo tratou da conversão do consumo nominal para consumo real. O ajuste relativamente a diferenças no custo de vida foi realizado utilizando um índice de preços temporal e espacial. Todos os números de consumo estão expressos em preços nacionais de Dezembro de 2008. O último passo envolveu desde medidas de consumo ao nível doméstico a medidas individuais de consumo. O consumo real *per capita* foi calculado dividindo o consumo total real do agregado pelo número de pessoas em casa.

9.2.1 Consumo médio mensal

O consumo médio mensal por pessoa em Angola é estimado em 6.449 kwanzas. Entre as regiões, a Capital é a que possui um consumo médio *per capita* mais elevado, seguida das regiões Norte e Sul, com consumos semelhantes. As regiões Centro e Centro Norte aparecem em quarto e quinto lugar, enquanto a região Leste regista o consumo mais reduzido. As áreas urbanas de todas as regiões apresentam sempre um consumo significativamente maior do que as zonas rurais.

Tabela 9.4.
Consumo médio mensal por pessoa (em kwanzas)

Caracterização	Quintil de consumo					Total	Número de agregados
	1º Quintil	2º Quintil	3º Quintil	4º Quintil	5º Quintil		
Angola	**1,751**	**3,103**	**4,666**	**7,080**	**15,661**	**6,449**	**9002**
Área de residência							
Urbana	2,631	4,567	6,435	9,291	19,212	8,419	4704
Rural	1,367	2,283	3,112	4,405	9,146	4,061	4298
Região							
Capital	3,594	5,677	7,615	10,351	19,582	9,348	1144
Norte	2,152	3,300	4,528	6,475	13,449	5,969	1540
Este	1,520	2,506	3,459	4,809	9,106	4,276	1610
Centro Norte	1,573	2,495	3,404	4,889	10,687	4,605	
Centro	1,275	2,279	3,279	5,042	13,708	5,115	1727
Sul	1,949	3,009	4,305	6,220	14,988	6,081	1383

Os 20% da população mais rica têm um consumo nove vezes superior aos 20% mais pobres. É interessante o facto de que as diferenças de consumo entre os mais pobres e os mais ricos nas áreas urbanas e rurais seguem no mesmo sentido, i.e. a população mais pobre rural e urbana tem um nível de consumo sete vezes inferior ao da população mais rica nas mesmas áreas.

O maior nível de desigualdade no consumo encontra-se na região Centro (Huambo, Bié, Benguela e Kuanza Sul), onde a população mais rica consume 11 vezes mais do que a população pobre. Na região Sul (Huíla, Namibe e Cunene) a população mais rica consume oito vezes mais do que a população pobre. Estas diferenças na região Sul estão fortemente associadas à percepção local de bem-estar, particularmente a nível das comunidades rurais proprietárias de enormes quantidades de gado, o que influencia, consequentemente, o padrão de consumo. É de salientar que, nesta região, o nível de receitas nos agregados rurais é superior ao dos urbanos do primeiro ao quinto quintil. Contudo, esta superioridade não se reflecte no nível de consumo. As pessoas nos agregados urbanos consomem mais do que os agregados rurais em todos os quintis.

9.2.2 Composição do cabaz de consumo

A Tabela 9.5 apresenta a composição e distribuição do consumo dos principais grupos e também o consumo médio por agregado por principais grupos de consumo. O grupo de consumo mais importante é o de alimentos e bebidas não-alcoólicas, com despesas estimadas em 3.149 kwanzas, representando 57% do consumo total *per capita*. A importância deste grupo aumenta nas áreas rurais, onde atinge dois terços do consumo, e diminui nas áreas urbanas, onde é responsável por metade do consumo total. A segunda maior despesa é a renda de casa: esta consome em média 739 kwanzas *per capita* ou 10% do consumo total *per capita*, e 8% vão para os serviços de utilidade doméstica, tais como despesas com água, electricidade, gás e outros combustíveis, consumindo 479 kwanzas *per capita*). A proporção de despesas com habitação em áreas urbanas é maior do que nas zonas rurais (21% e 15% respectivamente). Para além da alimentação, serviços e renda, nenhuma outra componente principal do consumo contribui em mais de 5% para o consumo total (por exemplo, transportes 4%, saúde 4% e ensino 1%). Em todos estes casos, as proporções nas áreas urbanas são maiores do que nas áreas rurais.

O consumo de alimentos e bebidas não-alcoólicas é apenas 40% superior nas áreas urbanas comparativamente às áreas rurais. A média das despesas com habitação, água, electricidade e combustíveis em áreas urbanas é três vezes superior ao gasto médio nas áreas rurais, uma consequência que está essencialmente relacionada com diferenças nos níveis de acesso aos serviços. Por outro lado, os gastos médios com educação são extremamente baixos, especialmente nas zonas rurais.

Tabela 9.5

Consumo médio mensal por pessoa por grupo de consumo (em kwanzas) e distribuição percentual

Grupos de despesas	Angola		Área urbana		Área rural	
	[Kz]	[%]	[Kz]	[%]	[Kz]	[%]
Total	**6,449**	**100**	**8,419**	**100**	**4,061**	**100**
Produtos alimentares e bebidas não alcoólicas	**3,149**	**57**	**3,644**	**50**	**2,550**	**66**
Aluguer da habitação	739	10	1,173	12	212	6
Habitação, despesas com água, electricidade, gás e outros combustíveis	479	8	612	9	317	8
Vestuário e calçado	387	5	530	6	213	5
Saúde	331	4	467	4	167	3
Transporte	318	4	451	5	156	3
Móveis, artigos de decoração, equipamento doméstico despesas correntes de manutenção da habitação	285	4	399	4	146	3
Outros bens e serviços	266	3	393	4	111	2
Comunicações	185	2	306	3	39	0
Lazer, distracção e cultura	137	2	204	2	56	1
Bebidas alcoólicas e tabaco	110	2	131	1	85	2
Educação	64	1	110	1	7	0

9.2.3 Consumo de alimentos

A importância do consumo de alimentos para o consumo global merece uma observação mais detalhada. Os cereais e produtos à base de cereais (entre eles o pão) constituem uma das categorias mais importantes de consumo, com gastos mensais *per capita* na ordem dos 788 kwanzas, correspondendo a 25% do consumo alimentar por pessoa no país. O grupo de hortícolas e leguminosas, onde estão também incluídos a batata, mandioca e outros tubérculos (para facilitar a tabulação), é muito importante no consumo alimentar dos agregados em Angola, representando 26% do valor total consumido em alimentos.

O consumo mensal *per capita* deste grupo de alimentos é estimado em mais de 800 kwanzas. Carne, peixe e derivados, lacticínios e ovos representam, respectivamente, 15% e 18% do consumo alimentar. Os restantes 16% do consumo de alimentos são compostos por óleos e gorduras, açúcar, frutas e outros produtos alimentares diversos. A cesta básica média consumida no país varia de acordo com diferentes características da população. Nas áreas rurais, o consumo de leguminosas e outros produtos hortícolas é maior do que nas áreas urbanas. Por outro lado, em cidades e vilas o consumo *per capita* de pão, peixe e carne é muito maior do que no meio rural. Neste contexto, não se pode deixar de analisar as diferenças regionais indicadas na Tabela 9.6 relativamente ao consumo de cereais e tubérculos. Apesar de o consumo de cereais constituir 25% do consumo de alimentos (a nível nacional), as quotas de consumo nas regiões Centro e Sul atingem 34% e 35% respectivamente. O padrão inverte-se nas regiões Norte e Leste, onde o consumo de tubérculos contribui em 35% e 41% consumo alimentar, respectivamente.

O padrão de consumo por quintil revela uma tendência interessante. O consumo de óleos, gorduras e frutas não varia por quintil de consumo, mas a proporção do consumo de cereais e tubérculos diminui de acordo com o quintil de consumo. Por

Tabela 9.6.
Consumo médio mensal em alimentos por pessoa por grupo de consumo (valores em kwanzas)

Caracterização	Grupos de consumo em alimentos								Outros	TOTAL
	Cereais	Carne lacticínios e ovos	Peixe e derivados	Óleos e gorduras	Frutas	Leguminosas, hortícolas e tubérculos	Açúcares e mel	Total		
Angola	**788**	**577**	**461**	**136**	**44**	**829**	**55**	**2,890**	**260**	**3,149**
Área de residência										
Urbana	835	835	586	151	35	792	71	3,307	338	3,644
Rural	730	263	308	118	56	874	35	2,385	165	2,550
Região										
Luanda	788	1,002	592	153	31	822	73	3,461	367	3,828
Norte	471	438	532	156	210	1,154	92	3,053	237	3,290
Este	506	352	363	98	20	1,109	29	2,475	197	2,673
Centro Norte	713	877	577	150	38	873	69	3,297	334	3,631
Centro	916	356	345	127	17	677	34	2,471	187	2,658
Sul	1,107	523	426	135	26	629	55	2,902	276	3,178
Quintil de despesas										
Primeiro	340	65	142	60	16	495	10	1,127	58	1,185
Segundo	607	163	251	100	32	722	29	1,904	101	2,005
Terceiro	816	343	388	128	43	764	54	2,537	147	2,683
Quarto	955	676	582	167	53	890	74	3,395	260	3,655
Quinto	1,223	1,639	940	226	79	1,277	108	5,491	733	6,223

(Percentagem do consumo total em alimentos)

Caracterização	Cereais	Carne lacticínios e ovos	Peixe e derivados	Óleos e gorduras	Frutas	Leguminosas, hortícolas e tubérculos	Açúcares e mel	Total	Outros	TOTAL
Angola	**25**	**18**	**15**	**4**	**1**	**26**	**2**	**92**	**8**	**100**
Área de residência										
Urbana	23	23	16	4	1	22	2	91	9	100
Rural	29	10	12	5	2	34	1	94	6	100
Região										
Luanda	21	26	15	4	1	21	2	90	10	100
Norte	14	13	16	5	6	35	3	93	7	100
Este	19	13	14	4	1	41	1	93	7	100
Centro Norte	20	24	16	4	1	24	2	91	9	100
Centro	34	13	13	5	1	25	1	93	7	100
Sul	35	16	13	4	1	20	2	91	9	100
Quintil de consumo										
Primeiro	29	5	12	5	1	42	1	95	5	100
Segundo	30	8	13	5	2	36	1	95	5	100
Terceiro	30	13	14	5	2	28	2	95	5	100
Quarto	26	18	16	5	1	24	2	93	7	100
Quinto	20	26	15	4	1	21	2	88	12	100

exemplo, a quota de consumo *per capita* de cereais decresce de 29% no primeiro quintil para 20% no quinto quintil, enquanto o consumo de tubérculos reduz de 42% para 21%. A tendência inversa regista-se no consumo de produtos menos básicos, como a carne, peixe, lacticínios e ovos, cuja proporção de consumo está positivamente associada ao nível de despesas, i.e. os 20% da população mais rica têm proporções superiores. Isso reflecte o facto de que a população mais rica consegue adquirir uma dieta mais diversificada e de maior qualidade, enquanto os 20% da população mais pobre estão mais sujeitos a dependência de produtos básicos.

O consumo alimentar médio segundo o género do chefe do agregado é idêntico semelhante em ambos os tipos de agregados, com uma dieta muito semelhante, não se observando grandes diferenças entre os principais grupos de consumo. Observam-se diferenças mais significativas relativamente ao nível de escolaridade do chefe do agregado. Por exemplo, um maior consumo de pão, carne, peixe, leite, queijo e ovos está associado a um nível mais elevado de educação do chefe do agregado, enquanto o oposto ocorre no caso dos cereais, legumes e produtos hortícolas. O consumo de óleos, gorduras e frutas é genericamente o mesmo, independentemente do nível de educação.

9.2.4 Desigualdade na distribuição do consumo

A análise da desigualdade usando a distribuição percentual do consumo por quintil revela que nos 20% da população mais rica se concentra quase metade do consumo total, ao passo que nos 20% mais pobres reside apenas 5% do consumo, conforme indica a Tabela 9.7. Isso significa que o consumo médio de uma pessoa no quintil mais rico é nove vezes o consumo médio de uma pessoa com despesas mais baixas. Esta medida de desigualdade é bastante semelhante entre áreas de residência, embora um pouco menos grave do que a nível nacional.

A desigualdade na distribuição de consumo segundo o índice de Gini em Angola é de 0,43. As áreas urbanas e rurais exibem o mesmo coeficiente de Gini, ou seja, registam níveis semelhantes de desigualdade. De entre as regiões, o Centro destaca-se como a região com maior desigualdade, seguida das regiões Sul, Centro Norte e Norte. A capital e a região Leste apresentam níveis de desigualdade de consumo mais baixos.

Tabela 9.7
Desigualdade na distribuição do consumo

Área / Região	Quintil de receitas [%]					Total	Coef. Gini
	1º Qtil	2º Qtil	3º Qtil	4º Qtil	5º Qtil		
Angola	**5**	**10**	**14**	**22**	**49**	**100**	**0.43**
Área de residência							
Urbana	6	11	15	22	45	100	0.39
Rural	7	11	15	22	45	100	0.38
Região							
Luanda	8	12	16	22	42	100	0.34
Norte	7	11	15	22	45	100	0.37
Este	7	12	16	22	43	100	0.35
Centro Norte	7	11	15	21	46	100	0.39
Centro	5	9	13	20	54	100	0.47
Sul	6	10	14	21	49	100	0.42

10 Pobreza

O conceito de pobreza refere-se a uma situação de privação de algumas dimensões do bem-estar de um indivíduo, como acesso limitado a serviços de saúde, baixo capital humano, habitação inadequada, malnutrição, falta de determinados bens e serviços, etc. A análise neste relatório centra-se na pobreza monetária e, mais especificamente, a pobreza é medida em termos de consumo inadequado de bens e serviços.

A construção da linha de pobreza obedeceu a uma abordagem metodológica do custo das necessidades básicas. Primeiro, o consumo real por adulto equivalente é considerado o indicador de bem-estar da população. Inicialmente, o consumo nominal total do agregado é calculado somando o valor de todos os bens alimentares e não-alimentares e serviços consumidos pelos membros do agregado. O consumo do agregado foi convertido em termos reais, mediante ajustes nas diferenças temporais e espaciais do custo de vida. Por último, o consumo real por adulto equivalente é estimado dividindo o consumo real total do agregado pelo número de adultos equivalentes do agregado familiar. São usadas escalas de adulto equivalentes para ajustar as diferenças na composição demográfica das famílias e permitir a troca de uma medida de consumo ao nível doméstico por uma medida de consumo ao nível individual.

Dado que a medida escolhida de bem-estar, ou seja, o consumo real por adulto equivalente, havia sido ajustado para acomodar diferenças temporais e espaciais do custo de vida, não houve necessidade de estimar linhas de pobreza distintas para áreas urbanas e rurais ou por regiões e foram, por isso, calculadas linhas de pobreza nacionais.

A linha de pobreza total é construída como soma da linha de pobreza alimentar e a linha não alimentar. A linha de pobreza alimentar representa o valor de um cabaz alimentar que fornece 2.100 kcal por adulto equivalente por dia e foi construída determinando o padrão de consumo da população de referência (os últimos 70% em termos de consumo por adulto equivalente). Por outro lado, a linha de pobreza não-alimentar é o valor do consumo médio não alimentar da população, cujo consumo de alimentos é semelhante ao da linha de pobreza alimentar.

A linha de pobreza total foi estimada em 4.793 kwanzas por adulto equivalente por mês a preços de Dezembro de 2008 e é igual à soma da linha de pobreza alimentar (2.396 kwanzas) e da linha de pobreza não-alimentar (2.397 kwanzas). Por último, são estimados três índices de pobreza: a incidência, a profundidade e a severidade da pobreza.

Há dois aspectos neste capítulo que merecem menção específica antes de serem discutidos os resultados. Primeiro, como qualquer linha de pobreza, a linha de pobreza composta de bens alimentares e não-alimentares incorpora alguns juízos de valor relativamente às necessidades de consumo alimentar e do nível de satisfação de um bem básico não-alimentar. Isto é importante na interpretação dos dados da pobreza e particularmente na análise das diferenças entre regiões. Segundo as estimativas de pobreza do IBEP, estas não são directamente comparáveis a qualquer das anteriores estimativas de pobreza no país. Há diferenças significativas na metodologia implementada para medir a pobreza, no tipo de pesquisa empregue, na cobertura geográfica, na amostra e na duração do trabalho de campo. Assim, não foi efectuada qualquer tentativa para comparar estes resultados com estimativas da pobreza anteriores.

Os procedimentos metodológicos para a análise da pobreza encontram-se no Anexo 5, enquanto o Anexo 6 apresenta o erro padrão e o intervalo de confiança.

Indicadores de pobreza	Percentagem
Nível de incidência da pobreza	36.6%
Índice de profundidade da pobreza	12.7%
Índice de intensidade da pobreza	6.0%
Nível de incidência da pobreza urbana	18.7%
Nível de incidência da pobreza rural	58.3%
Incidência de pobreza em agregados chefiados por homens	37.4%
Incidência de pobreza em agregados chefiados por mulheres	33.2%

10.1. Índices de Pobreza

A incidência da pobreza em Angola é de 37%, o que significa que 37 de cada 100 angolanos têm um nível de consumo abaixo da linha da pobreza (4.793 kwanzas por mês). A diferença entre a área urbana e rural é significativa, estando a população pobre concentrada desproporcionalmente nas áreas rurais. Na área urbana, quase um quinto da população é pobre, enquanto no meio rural, quase três quintos das pessoas são pobres. Por outras palavras, o nível de incidência da pobreza é três vezes superior nas áreas rurais comparativamente às zonas urbanas, conforme indicam os dados na Figura 10.1. As estimativas demográficas discutidas no Capítulo 2 demonstram que 45% da população vive nas áreas rurais, precisamente onde 7 em cada 10 pessoas são pobres.

Figura 10.1

Índices de pobreza por área de residência

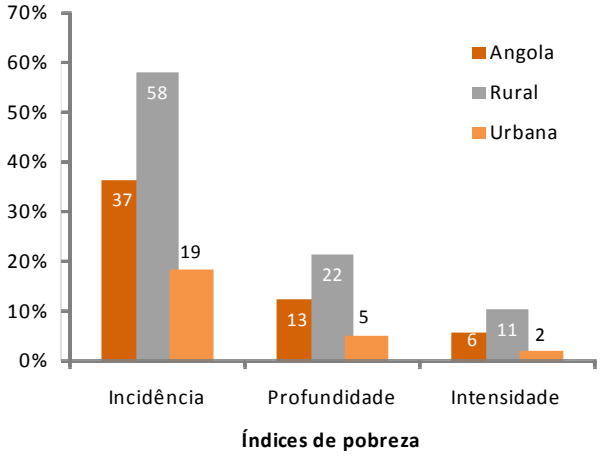
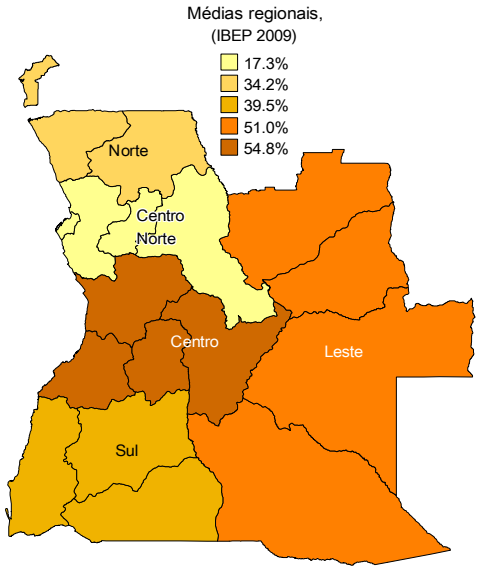


Figura 10.2

Incidência da pobreza por região



Com base na avaliação por região, podem distinguir-se três grupos, ilustrados na Figura 10.2. A pobreza é maior no Centro e Leste, onde sensivelmente mais de metade da população é pobre. Um grupo intermédio compreende as regiões Sul e Norte, onde entre um terço a dois quintos da população é pobre. Por último, a região Centro Norte apresenta a menor proporção de pobres com apenas 17,3% - este dado é certamente influenciado pela capital (Luanda), onde apenas 8% da população é pobre (uma em cada 12 pessoas). A pobreza varia consideravelmente entre regiões e áreas de residência, embora as zonas rurais sejam mais pobres do que as urbanas.

Quanto ao género, não existem diferenças significativas no que concerne à incidência da pobreza, uma vez que a pobreza atinge de forma proporcional tanto homens como mulheres. Apesar de a população feminina ser ligeiramente superior à masculina, a incidência da pobreza é a mesma em ambos os sexos. A distribuição da população segundo faixas etárias é muito idêntica à distribuição da população pobre segundo as faixas etárias, conforme se observa na Tabela 10.1. Isto significa que nenhum grupo etário é particularmente pobre. Por exemplo, a população menor de 15 anos representa 48% da população total e 52% da população pobre. As pessoas com mais de 54 anos representam 6% da população total e 6% da população pobre. Uma vez que a pobreza é definida em referência ao agregado, reflecte uma distribuição semelhante de indivíduos por idade e género entre agregados pobres e não-pobres.

Mas, quão pobres são os pobres? A resposta a esta pergunta é dada pelo índice de profundidade da pobreza, que indica quão distante da linha da pobreza está o consumo médio, ou, aliás, o défice médio do consumo em relação à linha de pobreza. O índice de profundidade da pobreza é de 12,7%, o que significa que o défice médio do consumo de uma pessoa em Angola é de 12,7% abaixo da linha da pobreza. Convém esclarecer que os não-pobres (os que têm consumo superior ao da linha de pobreza) são considerados como tendo um défice zero no consumo. O défice de consumo é substancialmente superior nas áreas rurais com índice próximo de 22% comparativamente a 5% nas áreas urbanas. As regiões Centro e Leste apresentam os índices de profundidade mais elevados, encontrando-se o mais baixo na Capital.

O índice de intensidade da pobreza é de 6%, medida que reflecte a severidade da pobreza tendo em conta

Tabela 10.1
População segundo os índices de pobreza

Caracterização	Índices de pobreza			Percentagem da população total (%)	Percentagem da população pobre (%)
	Incidência	Profundidade	Intensidade		
Angola	**36.6**	**12.7**	**6.0**	**100.0**	**100.0**
Área de residência					
Urbana	18.7	5.3	2.2	54.8	28.0
Rural	58.3	21.6	10.7	45.2	72.0
Região					
Capital	8.6	1.7	0.5	29.0	6.8
Norte	34.2	9.8	3.8	9.5	8.8
Centro Norte	52.6	17.9	8.1	7.1	10.2
Este	51.0	18.3	8.8	10.1	14.1
Centro	54.8	21.5	11.2	29.2	43.7
Sul	39.5	12.2	5.1	15.2	16.4
Sexo					
Homens	37.7	13.3	6.3	48.2	49.6
Mulheres	35.6	12.1	5.7	51.8	50.4
Idade					
0 - 14	40.2	14.1	6.7	48.1	52.8
15 - 24	30.5	10.2	4.7	19.4	16.2
25 - 34	29.1	9.8	4.6	12.2	9.7
35 - 44	37.2	12.7	6.0	8.6	8.7
45 - 54	38.5	14.3	7.0	6.2	6.5
55 - 64	40.8	13.8	6.5	3.1	3.4
65 +	39.9	12.4	6.0	2.5	2.7

a desigualdade entre os pobres. A sensibilidade deste índice para as desigualdades no consumo entre os pobres é uma vantagem relativamente aos dois índices de pobreza anteriormente referidos. Infelizmente, este índice não é fácil de interpretar, mas isso poderia ajudar a comparar e classificar a pobreza entre as populações, quando se encontram índices semelhantes de Incidência e Intensidade. A gravidade do problema da pobreza rural conhecida através dos índices de incidência e profundidade é também confirmada pelo índice de intensidade, colocando-o em 10,7% - cerca de cinco vezes superior ao nível urbano. À semelhança dos outros índices, as regiões Centro, Leste e Centro Norte apresentam os índices de intensidade mais elevados. Depreende-se da leitura dos três índices alguma consistência na distribuição geográfica dos níveis de pobreza entre a população, ou seja, observa-se o mesmo padrão geográfico de pobreza quando se analisa qualquer um dos índices.

10.2. Determinantes da Pobreza

A incidência da pobreza é influenciada por alguns factores sociais e económicos, como nível de escolaridade, género, idade e situação laboral do chefe do agregado familiar, bem como o tamanho do agregado. Alguns dados que espelham a relação entre a pobreza e estes factores são apresentados nas Tabelas 10.2 e 10.3 e na Figura 10.3. A educação do chefe do agregado está claramente associada à situação de pobreza. Quanto mais elevado o nível de escolaridade do chefe, mais baixo o nível de pobreza. Por exemplo, 62% da população que vive em agregados cujo chefe não possui nenhum nível de escolaridade é pobre, enquanto apenas 14% da população que vive em agregados cujo chefe tem ensino secundário ou mais alto é pobre.

Tabela 10.2

População por características sociais do chefe do agregado, segundo os índices de pobreza

Caracterização	Índices de pobreza			Percentagem da população total (%)	Percentagem da população pobre (%)
	Incidência	Profundidade	Intensidade		
Angola	**36.6**	**12.7**	**6.0**	**100.0**	**100.0**
Sexo					
Homens	37.4	13.0	6.2	81.6	83.3
Mulheres	33.2	11.1	5.2	18.4	16.7
Idade					
15 - 24	21.3	5.4	1.9	6.3	3.6
25 - 34	31.0	10.0	4.5	25.3	21.4
35 - 44	38.5	13.5	6.5	29.4	31.0
45 - 54	40.2	14.5	6.9	22.6	24.9
55 - 64	40.1	14.2	6.7	10.2	11.2
65 +	46.5	17.6	9.2	6.2	7.9
Nível de escolaridade					
Nenhum	61.7	23.6	11.9	15.9	26.7
Primário	46.0	15.8	7.5	46.6	58.6
Secundário [+]	13.6	3.8	1.6	34.7	12.9

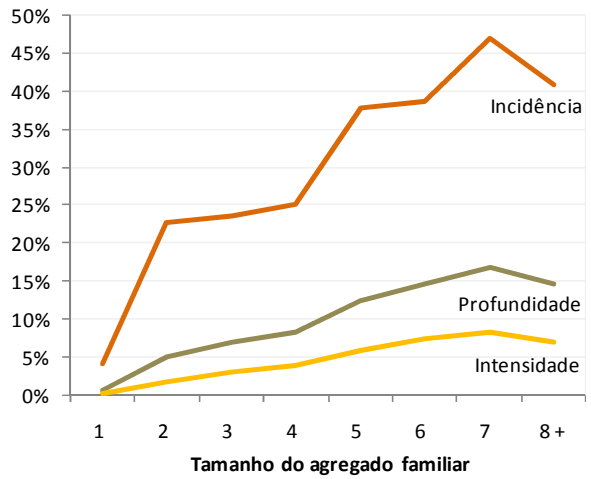
Outro aspecto que pode ter influência na incidência da pobreza é a idade do chefe do agregado. A pobreza aumenta à medida que a idade do chefe aumenta, embora se deva mencionar que a pobreza se estabiliza entre os 35 e 64 anos de idade. Os agregados chefiados por homens têm maior probabilidade de ser pobres do que os chefiados por mulheres, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Os dados na Figura 10.3 indicam que a pobreza está também positivamente correlacionada com a dimensão do agregado, ou seja, os agregados com maior número de pessoas são, em geral, mais pobres[1]. Agregados com apenas uma pessoa raramente são pobres (menos de um em cada vinte), ao passo que a probabilidade de ser pobre em agregados com dois, três e quatro membros é de cerca de um quatro. Em geral, as pessoas que vivem em agregados com até quatro membros representam 25% da população e 16% dos pobres. A incidência da pobreza aumenta significativamente entre a população residente em domicílios com pelo menos cinco membros. Para este grupo, normalmente duas em cada cinco pessoas são pobres, excepto nos agregados com sete membros, em que uma em cada duas pessoas é pobre.

A actividade e ocupação do chefe do agregado estão associadas à condição de pobreza. A pobreza é maior entre a população que vive em agregados cujo chefe está empregado do que entre a população residente em domicílios em que o chefe está desempregado ou fora do mercado de trabalho, como

Figura 10.3

Índice de pobreza segundo o tamanho do agregado familiar



[1] Estes resultados são alcançados, embora as estimativas da pobreza tenham sido feitas usando a escala de adulto equivalente para ajustar o tamanho e a composição demográfica dos agregados familiares.

pode-se observar na Tabela 10.3. Esta análise pode ser contra-intuitiva e é necessário explicá-la correctamente, sendo que alguns pontos merecem destaque. Primeiro, as pessoas que vivem com um chefe de agregado desempregado ou fora do mercado de trabalho representam uma proporção relativamente pequena da população (1,6% e 6,6% respectivamente), pelo que estas estimativas devem ser tratadas com maior cuidado. Em segundo lugar, conforme observado no capítulo sobre rendimento, o rendimento médio nos domicílios em que o chefe do agregado não está vinculado ao mercado de trabalho é superior ao dos que trabalham ou estão desempregados, especialmente porque estes recebem uma grande quantidade de transferências. Entre os chefes assalariados, os que trabalham na indústria ou serviços vivem situações de pobreza consideravelmente menores em comparação com os que trabalham na agricultura. Para além disso, a população cujo chefe de agregado trabalha em serviços representa 48% da população, mas apenas 24% dos pobres. Por outro lado, aqueles que trabalham na agricultura representam 38% da população nacional, e 68% dos pobres.

Relativamente à ocupação do chefe do agregado familiar, a incidência da pobreza é três vezes maior entre aqueles que vivem com um chefe de agregado que trabalha por conta própria do que entre os que vivem com chefes de agregado dependentes. A distribuição da população e a distribuição dos pobres são bastante diferentes. Por exemplo, as pessoas que vivem com um chefe de agregado independente representam sensivelmente mais de metade da população, mas quatro em cada cinco são pobres. Este facto é parcialmente explicado por parte significativa desses trabalhadores por conta própria dependerem da agricultura de subsistência.

Tabela 10.3

População por características laborais do chefe do agregado, segundo os índices de pobreza

Caracterização laboral	Índices de pobreza			Percentagem da população total (%)	Percentagem da população pobre (%)
	Incidência	Profundidade	Intensidade		
Angola	**36.6**	**12.7**	**6.0**	**100.0**	**100.0**
Situação perante a actividade					
Empregado	**37.2**	**13.0**	**6.2**	**91.2**	**92.8**
Agricultura	66.2	25.6	12.8	38.2	67.9
Indústria	19.7	5.0	1.8	11.4	6.0
Serviços	18.4	5.0	2.0	48.3	23.8
Não declarado	39.9	12.1	4.9	2.1	2.3
Desempregado	28.2	7.2	2.5	1.6	1.2
Sem actividade económica	28.5	9.0	4.7	6.6	5.2
Não declarado	50.3	16.6	7.0	0.6	0.9
Ocupação					
Trabalhador por conta de outrem	**17.4**	**4.4**	**1.7**	**44.1**	**20.6**
Administração pública	20.1	5.4	2.0	18.8	10.1
Empresa pública	12.2	3.3	1.3	6.4	2.1
Sector privado ou empregado doméstico	15.1	3.6	1.3	17.8	7.2
Sector cooperativo	35.0	7.9	2.6	1.2	1.2
Trabalhador por conta própria	**53.1**	**19.8**	**9.7**	**55.6**	**79.2**
Não declarado	25.4	11.3	6.9	0.3	0.2

11 Cidadania e acção governativa

A cidadania, na sua acepção mais moderna, diz respeito ao exercício da participação pelo cidadão, no âmbito social e político, em relação à acção do Estado e ao funcionamento das instituições. Esse exercício pressupõe a posse de direitos civis, políticos, sociais e económicos, que foram sendo conquistados ao longo dos tempos. Assim, o cidadão é um membro de uma comunidade política, a ela vinculado por direitos e deveres.

Exercer a cidadania ou ser cidadão é ter consciência de que se é sujeito a direitos constitucionalmente consagrados[1]: Civis e Políticos (liberdade, igualdade, propriedade, protecção legal, participação no espaço público, que inclui o direito de voto e participação no processo de decisões); Sociais, Económicos e Culturais (direito ao trabalho, com condições justas, equitativas e satisfatórias, direito a habitação condigna, direito a segurança social, além do direito a educação e aos benefícios da cultura). Mas o cidadão também tem deveres: responsabilidade de voto e exercício posterior de responsabilidade pelo bom funcionamento das instituições, interesse pelo bom progresso das actividades do Estado, exigindo deste coerência relativamente aos seus fundamentos, razoabilidade no cumprimento das suas finalidades e intransigência quanto aos seus princípios constitucionais.

Este capítulo aborda, em primeiro lugar, a questão do registo de nascimento e identidade das crianças, um factor determinante para a sua futura integração escolar e enquanto cidadãos de pleno direito. Debruça-se, depois, sobre as percepções dos cidadãos relativas ao acesso a serviços básicos e públicos fundamentais relacionados com a sua mobilidade, o acesso a bens de consumo, a saúde e a educação. Finalmente, procede ao levantamento das percepções sobre o cumprimento das obrigações dos governos locais e a influência percepcionada que os cidadãos consideram ter sobre as acções dos governos locais e central.

11.1. Registo de Identidade após a Nascença

O registo de nascimento assume extrema importância na facilitação do processo de integração e participação dos cidadãos na vida política, social e económica de um país. Esta questão é de particular importância em Angola, na medida em que o longo período de conflito armado levou a que muitos cidadãos não beneficiassem do exercício deste direito logo à nascença.

O direito das crianças a serem registadas e o direito a possuírem um nome e a uma identidade estão claramente enunciados e consagrados universalmente como direitos fundamentais do ser humano pela Convenção sobre os Direitos da Criança (artigo 7.°). Em Angola, a garantia jurídica do direito ao nome está consagrada na Lei Constitucional, nos Códigos Civil e da Família. De acordo com estes dois Códigos, o direito ao nome decorre formalmente do registo de nascimento e do estabelecimento da filiação. O Decreto-Lei n.º 31/07, de 14 de Maio, do Conselho de Ministros, garante a gratuitidade do registo de nascimento até aos 5 anos e do bilhete de identidade aos menores de 11 anos de idade[2].

O Inquérito apurou que, em Angola, e apesar da gratuitidade do registo, apenas 31% das crianças até aos cinco anos de idade têm registo de nascimento. Este valor baixa para 25% relativamente a cédula ou certidão de nascimento exibida no acto do inquérito. Relativamente aos dados do Inquérito de Indicadores Múltiplos de 2001, registou-se um aumento muito ligeiro, já que naquela altura as crianças com registo, na mesma faixa etária, representavam 29%.

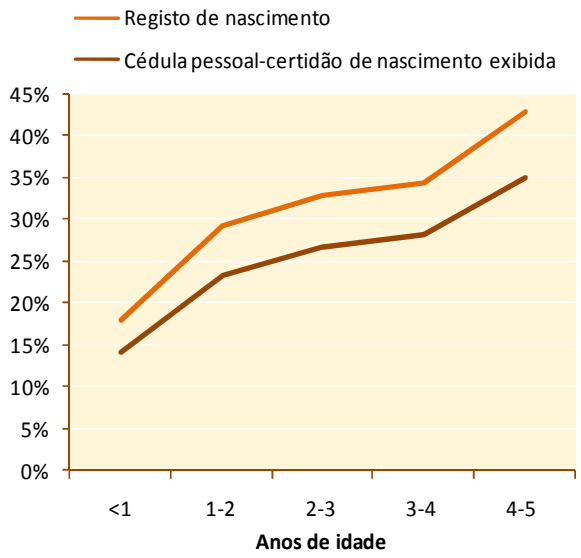
As diferenças entre áreas de residência são de apenas quatro pontos percentuais, em benefício das

[1] A Parte I da Lei Constitucional - Direitos, Liberdades e Garantias - consagra o reconhecimento e as garantias de respeito pelos direitos e liberdades civis, económicos e culturais do Homem, em harmonia com o texto e o espírito das convenções internacionais sobre os Direitos da Pessoa Humana, a igualdade de direitos, deveres e oportunidades de todos os angolanos perante a Constituição e a lei, a responsabilidade do Estado e de outras entidades públicas. Consagra cláusulas constitucionais de irreversibilidade e uma estrutura procedimental e processual adequada e eficaz para proteger esses direitos e conferir-lhes plena realização prática.

[2] Diário da República n.º 58, I Série, de 14 de Maio de 2007.

crianças nas cidades (33%), evidenciando ainda assim um acesso provavelmente mais limitado aos serviços de registo civil nas zonas rurais. As hipóteses de as crianças serem registadas em agregados cujo chefe é homem são ligeiramente maiores do que no caso de agregados chefiados por mulheres.

Figura 11.1.
Proporção de crianças com registo de nascimento por faixa etária



A idade das crianças também pode influenciar a decisão dos pais de procederem ao seu registo. Apenas duas em cada 10 crianças com menos de um ano têm registo de nascimento. Esta situação vai melhorando com a idade, mas é a partir dos 3-4 anos de idade que a situação revela maior progresso. A proporção mais do que duplica quando as crianças atingem os cinco anos de idade, mas, ainda assim, mais de metade das crianças nesta faixa etária não tem qualquer tipo de registo ou documento de identificação. Esta situação cria algumas dificuldades à escolarização das crianças, já que a idade do pré-escolar se inicia aos três anos de idade e é obrigatória a frequência da Iniciação a partir dos cinco anos.

A nível nacional, os números de registo das crianças variam. É muito grave a situação que ocorre nas províncias de Malanje, Kuanza Sul e Bié, onde a proporção de crianças com registo não chega a 20%. Nesta última província, o facto de apenas cerca de metade dos pais declarar ter os filhos registados (18%) e ter conseguido exibir tais documentos (10%) agrava a situação. Huíla, Uíge e Moxico estão muito abaixo da média nacional. Surpreendentemente, a capital, Luanda, onde a disponibilidade de serviços de registo civil será das mais elevadas, também não atinge a média nacional, registando apenas 26% de crianças até aos 5 anos com registo de nascimento. Apenas em Lunda Sul, Huambo e Cabinda mais de 50% das crianças nesta faixa etária tem registo, com o máximo de 69% na província do Zaire.

As crianças têm menor probabilidade de obterem registo de nascimento quando a mãe não tem qualquer nível de escolaridade (22%) ou o agregado se encontra entre os 20% mais pobres da população (27%). A percentagem de crianças com registo é substancialmente mais elevada quando a mãe tem o ensino secundário (45%), ou quando o agregado pertence aos 20% da população mais rica (43%).

11.2. Conhecimento sobre os Procedimentos de Identificação

As principais razões invocadas pelos pais para as crianças não possuírem registo de nascimento ou cédula pessoal estão reflectidas na Tabela 11.1. Distinguem-se dois diferentes tipos de razões: i) mais directamente ligadas ao sector de registo civil da população, e ii) inerentes a conhecimento e/ou atitudes do agregado. No primeiro caso, é de salientar o facto de o serviço de registo ser apontado como dispendioso em 33% dos casos e haver o receio de pagar multas (2%), quando a legislação prevê a sua gratuitidade. A falta de acesso aos serviços por estes serem distantes da área de residência, por atenderem um número elevado de utentes e haver congestionamento e demora no serviço e por não ser do conhecimento dos utentes a sua localização exacta, representam, no seu conjunto, 27% das razões. No segundo caso, a caducidade de documentos dos pais ou perda de documentos de registo representam 10% das razões nesta categoria

Tabela 11.1.
Razões mencionadas para as crianças dos 0 aos 5 anos não possuírem identificação

Principais razões	Área de residência		
	Angola	Urbana	Rural
Custo	33.2	31.1	35.4
Fica longe	16.0	4.4	27.8
BI dos pais caducado	8.2	14.1	2.2
Fica muito cheio	6.9	11.3	2.3
Não sabia onde registar	4.5	3.0	6.0
Não é importante	3.5	4.7	2.3
Não queria pagar multa	2.0	2.9	1.0
Não sabia que devia registar	1.7	1.1	2.2
Perdeu a cédula	1.9	1.9	1.8

contra 2% de casos em que o chefe do agregado não sabia que deveria proceder ao registo da criança e 4% que considerou que o acto não tinha importância para a vida da criança.

Analisadas de acordo com área de residência, é interessante verificar que a diferença entre as zonas no que diz respeito ao custo do serviço é de apenas quatro pontos percentuais, maior para as zonas rurais (35%), embora seja nas cidades que os pais tem maior receio de pagar multas (3%). Surpreendentemente, é nas zonas urbanas, onde a disponibilidade de conservatórias de registo é superior, que existe uma elevada proporção de casos de documentação dos pais caducada (14%) para apenas 2% nas zonas rurais. É também nas cidades que se regista a maior proporção de pais a considerar que o registo não é importante (5%) para apenas 2% nas zonas rurais. Em todos os outros casos, a zona rural regista proporções maiores do que as zonas urbanas.

A província que regista menos casos de razões ligadas ao custo do serviço é Cabinda (9%), pressupondo um serviço mais acessível aos cidadãos. Em Lunda Sul, Cunene e Kuanza Norte até 15% alega serviços dispendiosos. As províncias em que o custo dos serviços parece ser um factor mais negativo são Lunda Norte (53%) e Huambo e Huíla (50%). A distância do serviço para o cidadão é problemática na Lunda Sul (41%) e no Cunene (39%). Luanda lidera a lista das províncias em que as enchentes nos serviços desencorajam o registo (15%) e as províncias de Malanje e Cunene aquelas em que o cidadão mais desconhece os locais de registo (14% e 13%).

Namibe, Cunene e Kuanza Sul são as províncias onde uma maior percentagem das mães não considera importante o registo civil das crianças (14% e 12% respectivamente). É também o Namibe que regista a maior percentagem de desconhecimento de locais de registo (8%). Estes valores são superiores

Tabela 11.2.

Proporção de agregados com conhecimento sobre procedimentos correctos de registo de nascimento

Caracterização	Conhecimentos correctos			Cartão de Vacina da criança	Pagamento da Taxa de Serviços	Agregados cujos chefes conhecem os 3 procedimentos correctos	Número de agregados*
	BI dos Pais/Padrinhos Válidos	Documento da Maternidade	Ir à Conservatória				
Angola	**31.7**	**6.4**	**45.7**	**5.1**	**31.2**	**0.9**	**9,747**
Área de residência							
Urbana	42.2	8.5	46.1	7.2	28.3	1.2	5,040
Rural	19.6	4.0	45.1	2.6	34.5	0.5	4,707
Sexo*							
Homens	32.8	6.6	47.4	5.8	32.1	0.8	7,524
Mulheres	27.8	5.5	39.5	2.3	28.0	1.0	2,223
Idade*							
< 20	18.3	2.6	28.6	4.7	27.8	1.6	118
20-24	30.9	7.5	36.7	5.1	26.0	0.3	828
25-29	33.5	6.9	44.4	5.5	30.9	0.9	1,214
30-34	33.7	7.7	46.8	7.6	34.6	0.9	1,460
35-39	35.5	6.9	46.0	6.2	34.2	1.0	1,299
40-44	34.8	6.2	48.5	3.6	30.6	1.0	1,255
45-49	32.2	5.3	49.4	4.1	31.8	0.6	1,055
50-54	32.3	4.1	47.8	3.2	29.9	0.9	920
55-59	21.4	7.6	46.3	5.3	27.2	1.9	614
60-64	23.5	5.8	44.5	3.9	27.5	0.5	401
65 +	23.5	4.8	43.1	2.9	31.6	0.3	583
Nível de escolaridade do chefe do agregado							
Nenhum nível	15.6	5.1	39.3	2.4	31.6	0.5	1,999
Ensino primário	26.3	5.7	44.6	4.0	35.7	0.6	4,464
Ensino secundário +	47.8	8.0	50.4	8.1	25.3	1.4	2,905

*Agregdos com membros dos 0-17 anos de idade

nos agregados chefiados por mulheres que, ou desconhecem os locais de registo (9%), ou não consideram importante fazê-lo (5%) ou, ainda, desconhecem que deviam fazê-lo (2%). As mães sem escolaridade ou que se encontram entre a população mais pobre são as que menos conseguem suportar os alegados custos do serviço de registo civil: estas mães lideram também a lista das que mais desconhecem os locais de registo (7% e 8% respectivamente).

O estudo mais detalhado do conhecimento dos agregados sobre os procedimentos de registo de nascimento está reflectido na Tabela 11.2. O conhecimento sobre os três procedimentos correctos para efectuar o registo das crianças é de domínio de apenas 1% dos chefes de agregado a nível nacional e nas zonas rurais não ultrapassa 0,5%. É ligeiramente superior entre o sexo feminino e os chefes de agregado com o ensino secundário. Os agregados da faixa etária dos 20-24 anos, que habitualmente já têm filhos, revelam um conhecimento muito insuficiente dos procedimentos. Entretanto, uma análise mais pormenorizada por cada um dos procedimentos revela que o conhecimento de que é necessário o documento da maternidade para proceder ao registo de nascimento é muito inferior ao conhecimento relativo aos outros dois procedimentos. Embora não seja um procedimento indispensável, a apresentação do cartão de vacinação da criança também é conhecida por poucas pessoas.

O número elevado de crianças entre até aos 5 anos de idade sem registo de nascimento (69%), a insuficiente disponibilidade de serviços e os custos elevados destes, apontados como as principais razões para as crianças não possuírem registo, e ainda a baixa percentagem de agregados que tem conhecimento dos procedimentos correctos para registo revelam uma situação de acesso muito limitado aos serviços e pouco controlo dos novos nascimentos, particularmente nos casos em que o parto é feito fora de uma unidade de saúde. O facto de cerca de 58% dos partos a nível nacional serem efectuados fora de unidades de saúde, podendo também contribuir para o impedimento do registo, é outro factor agravante da situação.

11.3. Acesso a Serviços e Percepções sobre a sua Qualidade

Angola define-se constitucionalmente como um Estado democrático e de direito (Artigo 2.°). Nesse sentido, a democracia pode ser considerada como um regime político baseado num sistema de mediações entre Estado e sociedade para resolver problemas de governação, de cidadania e de regulação dos conflitos sociais.

O cidadão é um usuário de bens e serviços diversos e grande parte das suas relações de cidadania estabelecem-se no contacto com os serviços públicos providenciados pelo Estado, no âmbito do seu mandato constitucional (Artigo 21.º). Após um longo período de conflito armado, é visível a limitada capacidade da administração pública de responder às necessidades populares de acções públicas diversas, as dificuldades com a reforma das instituições da administração e da justiça a diferentes níveis, constituindo-se num desafio ao processo de consolidação da democracia e da cidadania plena.

Neste sentido, o Inquérito avaliou as percepções dos cidadãos sobre o acesso a serviços públicos fundamentais e a qualidade do funcionamento dos mesmos, nomeadamente a rede viária, que permite o acesso às sedes comunais, aos mercados, aos centros de saúde e escolas mais próximos do local de residência, tendo como ponto de referência o fim do conflito armado em Abril de 2002. Foi, ainda, realizado o levantamento de opiniões sobre o cumprimento de obrigações por parte dos governos locais e a influência que o cidadão considera poder exercer sobre as acções dos governos locais e central.

11.3.1. Acesso e qualidade dos serviços essenciais

Rede Viária

O acesso à rede viária foi avaliado segundo a distância e o tempo de viagem de carro entre o local de residência e a sede da comuna, para onde confluem e se concentram grande parte dos serviços públicos e oportunidades de negócio ao nível comunal. No caso das zonas rurais, trata-se da rede viária secundária e/ou terciária.

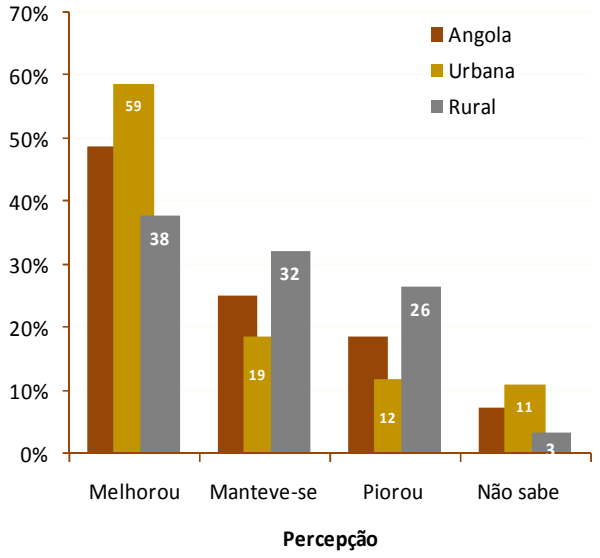
Cerca de 60% dos agregados vive a apenas 2 km da sede da comuna, quando residindo em cidades, mas essa proporção baixa significativamente nas zonas rurais, de habitação mais dispersa (15%). Nestas áreas de residência, mais de metade da população vive a 10 km ou mais das respectivas sedes comunais e apenas 29% reside num raio que varia entre 2 e 10 km. O tempo de viagem de carro entre os pontos foi considerado como tendo melhorado desde Abril de 2002 para 46% dos agregados a residir em

zonas rurais, embora 23% considere que o seu estado piorou.

A Figura 11.2 reflecte a percepção sobre a qualidade das estradas no percurso já referido. Enquanto nas cidades 59% dos agregados considera que a qualidade das estradas melhorou desde 2002, nas zonas rurais apenas 38% tem a mesma opinião, indicando um eventual maior trabalho de reabilitação das vias rodoviárias nos meios urbanos. As percepções mais significativas de melhoria de estradas registam-se na província do Kuanza Norte (72%). No Kuando Kubango, Cabinda e Benguela, entre 60 a 70% dos agregados considera terem-se registado melhorias nas estradas. As províncias onde menores percentagens da população consideram existirem melhorias foram as de Lunda Norte (17%), Bié (22%) e Cunene, Lunda Sul, Moxico e Cunene com menos de 40% dos agregados a considerar melhorias na rede viária. Nestes casos, a maioria dos agregados revelou que o estado das estradas se manteve ou piorou, com realce para o caso da Lunda Sul.

O nível de escolaridade parece afectar as percepções de modo consistente. Os agregados cujo chefe tem o ensino secundário tendem a considerar que se registaram mais melhorias nas estradas, mas este facto pode ficar a dever-se à concentração de população com o ensino secundário em áreas mais urbanizadas, onde também se regista maior concentração de trabalhos de reabilitação de estradas.

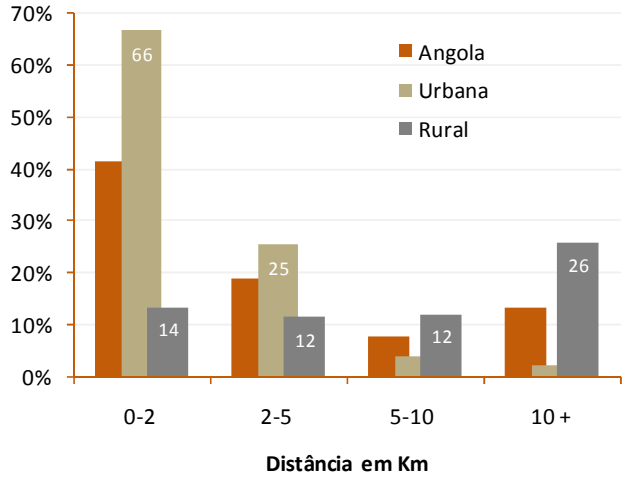
Figura 11.2.
Percepções sobre a qualidade das estradas entre a residência e a sede comunal



Acesso aos mercados

Os mercados constituem indicadores da vitalidade económica de uma dada região e podem contribuir para o equilíbrio da oferta e procura de bens e serviços entre regiões. Neles interagem consumidores e produtores de bens e serviços que, por via de um processo de transacções mais ou menos monetizadas, regulam a procura e a oferta desses mesmos bens e serviços a essa e outras escalas. Estas trocas são fundamentais para a determinação dos preços e da quantidade dos produtos e serviços que são oferecidos na região e no país. A avaliação do acesso aos mercados teve em conta a distância e o tempo de viagem de carro entre o local de residência e o mercado mais próximo. A Figura 11.3 apresenta os dados da distância até ao mercado mais próximo.

Figura 11.3.
Percepções sobre a distância entre o local de residência e o mercado mais próximo desde Abril de 2002



A distância do local de residência ao mercado mais próximo nas zonas urbanas revela uma boa disponibilidade de pontos de troca (mercados, lojas, comércio), na medida em que 92% dos agregados está, no máximo, a 5 km do mercado mais próximo. Já nas zonas rurais a situação é bem diferente. Trinta e sete por cento (37%) dos agregados vive em áreas sem mercado e 26% dos agregados estão a 10 km ou mais do local de residência e apenas 25% têm o mercado a menos de 5 km do local de residência, muitas vezes também o local de produção. Numa situação de ausência de viaturas para transporte de cargas e de estradas de pouca qualidade, o escoamento de produções e o acesso a bens de consumo pode ser extremamente dificultado. Apenas 14% dos agregados têm mercado a 2 km. Estes

valores indiciam uma situação de acesso limitado a mercados ou pontos de trocas comerciais em muitas zonas rurais e uma eventual dificuldade de colocação e escoamento de produtos fruto da sua actividade produtiva principal, habitualmente a agricultura.

A inexistência de mercados é mais grave na província do Bengo (60%) mas, quando existem mercados, são os que se situam mais próximo do local de residência (até 2 km para 21% dos agregados). A Lunda Norte e Bié também registam percentagem elevadas de zonas sem mercados (49% e 42% respectivamente). Luanda e Namibe são as mais bem servidas, seguidas de Huíla, Moxico, Huambo, Kuanza Norte, Uíge e Cabinda, onde as proporções de casos em que não existe mercado pouco ultrapassam os 15%. É o Bié a província em que maior percentagem de agregados reside a 10 km ou mais do mercado mais próximo, o que, a aliar à percepção de poucas melhorias na rede de estradas, aponta para uma dinâmica comercial baixa.

Acesso aos postos e centros de saúde públicos

O atendimento de saúde no nível primário revela-se importante para o aumento do acesso da população aos cuidados básicos de saúde; a intervenção nos factores que a colocam em risco a um nível de proximidade que permita uma abordagem educativa de prevenção das doenças; a melhoria da qualidade de vida e do quadro epidemiológico geral da população e, ainda, para a desconcentração do sistema de saúde.

A avaliação do acesso aos serviços básicos de saúde (posto ou centro de saúde) mais próximos teve em

Tabela 11.3.

Percepção sobre a distância entre o local de residência e o centro de saúde mais próximo e a disponibilidade regular de medicamentos (por província)

Caracterização	Distância entre o local de residência e o posto/centro de saúde público mais próximo					Com medicamentos disponíveis	Número de agregados
	0-2 Km	2-5 Km	5-10 Km	10 Km +	Não existe		
Angola	**44.6**	**20.4**	**10.5**	**12.3**	**12.3**	**33.8**	**11,686**
Área de Residência							
Urbana	63.2	25.8	5.7	2.0	3.3	32.5	5,886
Rural	24.1	14.4	15.7	23.6	22.2	35.6	5,800
Província							
Cabinda	62.2	19.5	7.8	3.3	7.3	27.9	613
Zaire	48.7	10.7	13.3	19.8	7.4	18.5	602
Uíge	44.7	9.7	14.2	21.7	9.7	27.5	597
Luanda	53.2	29.4	9.4	3.2	4.8	17.0	1,370
Kwanza Norte	38.7	30.8	15.0	15.4	0.1	54.5	647
Kwanza Sul	37.3	17.9	10.6	6.3	27.9	47.6	619
Malange	50.0	20.1	8.2	18.9	2.8	41.4	630
Lunda Norte	30.7	9.5	2.1	14.6	43.2	42.9	615
Benguela	48.0	15.3	14.7	13.2	8.8	40.1	632
Huambo	30.3	20.0	9.1	25.0	15.6	58.1	623
Bié	18.7	12.8	17.7	21.9	28.8	40.7	582
Moxico	45.6	27.2	10.7	7.4	9.0	25.9	614
Kuando Kubango	38.3	22.9	17.4	4.8	16.6	52.5	561
Namibe	45.1	12.3	14.0	23.8	4.8	55.6	624
Huíla	51.6	21.0	3.9	10.3	13.1	36.1	577
Cunene	44.5	16.8	11.8	24.0	3.0	40.3	607
Lunda Sul	38.7	9.8	10.0	32.7	8.8	27.3	591
Bengo	47.6	11.9	11.2	7.1	22.3	43.1	582

conta a existência do serviço na proximidade do local de residência, a distância desde o local de residência, e estas variáveis foram analisadas em paralelo com a disponibilidade regular de medicamentos essenciais nesses serviços. Como as médias nacionais têm pouca expressão na análise da cobertura dos serviços de saúde, a Tabela 11.3 apresenta estes dados por área de residência e por província.

Nas zonas rurais, apenas 24% da população acede a postos ou centros de saúde públicos num raio até 2 km em comparação com 63% nas áreas urbanas. Mas 22% dos agregados nas áreas rurais declara não existir qualquer serviço de saúde nas proximidades da sua residência e 36% declara não haver disponibilidade regular de medicamentos nos postos ou centros próximos existentes. A situação de acesso pode ser ainda mais grave face ao facto de não se registar disponibilidade de serviços de saúde de outros níveis fora das sedes comunais ou municipais, a quase inexistência de transportes rodoviários regulares e/ou de emergência e o estado das estradas.

A nível provincial, a situação mais grave localiza-se na província da Lunda Norte, onde 43% dos agregados declara não haver serviços básicos de saúde próximo das residências, 15% têm de percorrer 10 km ou mais para aceder ao serviço e em 43% dos casos em que o serviço existe, não há medicamentos disponíveis com regularidade. O Bié e o Kuanza Sul surgem em segundo lugar, com 29% e 28% de ausência de serviços de saúde e percentagens acima de 40% de indisponibilidade de medicamentos. O abastecimento irregular de medicamentos apresenta os seus valores mais elevados no Huambo, Namibe, Kuanza Norte e Kuando Kubango, com mais de 50% dos agregados a declarar ausência regular de medicamentos nos postos e centros de saúde.

Surpreendentemente, apesar dos problemas de acesso descritos, 56% da população urbana e 65% da rural considera que os serviços melhoraram desde Abril de 2002, 20% considera que o nível dos serviços se manteve e apenas 7%, em ambas as áreas, considera que piorou. Tal facto pode ficar a dever-se a uma efectiva ausência desses serviços durante longos anos após a independência devido ao conflito armado, mas também a uma eventual falta de referências sobre outros serviços de saúde e/ou estigmas/concepções de doença.

O nível de escolaridade influencia a percepção de melhorias registadas. É entre os chefes de agregados com o ensino secundário, eventualmente com mais referências e informação, que se regista a maior percentagem das pessoas que consideram ter havido melhorias na rede básica (52%) e também maior proporção dos que não sabem ou consideram que a qualidade se manteve (22%) ou piorou (8%).

Acesso a escola primária pública

Relativamente ao ensino primário público, de carácter obrigatório para a generalidade da população, teve-se em conta a existência de escolas e a distância entre o local de residência e a escola primária mais próxima. Foi igualmente avaliada a percepção de qualidade das infra-estruturas educativas, um indicador importante de um ambiente escolar motivador e adequado às exigências desta faixa etária, para além da qualidade do ensino, desde Abril de 2002.

À semelhança dos serviços de saúde, também na educação as médias nacionais têm pouca expressão. Assim, a Tabela 11.4 reflecte os dados sobre a existência de infra-estruturas escolares para o ensino primário e a percepção de distância por província para determinar o acesso.

O acesso ao ensino primário é relativamente melhor do que o acesso aos serviços de saúde primários: mais agregados urbanos (76%) e rurais (55%) declaram ter acesso à escola até um raio de 2 km da sua residência. Embora em 17% dos casos os agregados das zonas rurais declarem não existirem escolas, essa proporção é inferior à da saúde. Contudo, ainda existe um número elevado de crianças que têm de percorrer mais de 2 km diários para frequentar a escola (29%), das quais 7% percorre mais de 10 km, um esforço físico que pode afectar gravemente o rendimento escolar das crianças nesta faixa etária. Mais de metade da população urbana considera que as infra-estruturas são de qualidade, comparativamente com 47% na zona rural. Nesta, 27% dos agregados consideram que a qualidade das infra-estruturas se manteve e 18% que piorou.

Nas províncias da Lunda Norte e Huambo registam-se as percentagens mais elevadas de agregados a declarar a inexistência de escola primária (31% e 29% respectivamente). Na primeira província a situação revela-se ainda mais grave, na medida em que 15% dos agregados declara que a escola mais próxima se encontra a mais de 10 km. Na Lunda Sul os valores da distância são ainda mais graves (22% tem a escola mais próxima a mais de 10 km), mas a percentagem de agregados que declara não existirem escolas é significativamente menor (7%). São igualmente de reter os casos do Kuanza Sul e Huíla,

Tabela 11.4.
Percepção sobre a existência e distância entre o local de residência e a qualidade das instalações da escola primária pública mais próxima (por província)

Caracterização	Distância entre o local de residência e a escola primária pública mais próxima				Qualidade da infra-estrutura escolar		Número de agregados
	0-2 Km	2-10 Km	10 Km +	Não existe	Melhorou	Piorou	
Angola	**65.8**	**20.2**	**4.2**	**9.8**	**52.5**	**11.9**	**11,686**
Área de Residência							
Urbana	75.9	18.9	1.7	3.6	56.8	6.8	5,886
Rural	54.6	21.7	7.0	16.7	47.1	18.3	5,800
Provincia							
Cabinda	77.9	12.5	0.3	9.3	86.3	3.3	613
Zaire	73.2	19.0	4.5	3.4	67.2	17.0	602
Uíge	89.2	10.1	0.7	0.0	55.9	18.1	597
Luanda	64.3	27.0	3.2	5.6	44.1	8.9	1,370
Kwanza Norte	72.5	21.0	6.2	0.2	63.2	17.0	647
Kwanza Sul	63.2	19.3	0.9	16.6	55.7	8.2	619
Malange	72.4	13.5	8.9	5.2	56.4	8.2	630
Lunda Norte	41.5	12.4	14.7	31.4	46.5	9.4	615
Benguela	66.3	26.2	4.9	2.6	65.4	4.9	632
Huambo	50.7	17.5	2.5	29.2	66.8	15.7	623
Bié	59.0	20.3	7.1	13.7	34.2	20.6	582
Moxico	77.0	16.1	2.5	4.3	47.9	21.5	614
Kuando Kubango	48.7	35.5	3.5	12.3	78.6	3.8	561
Namibe	53.1	29.6	12.0	5.2	60.1	11.1	624
Huíla	78.3	7.1	0.0	14.7	40.4	20.6	577
Cunene	61.5	32.1	6.3	0.2	53.2	6.6	607
Lunda Sul	60.4	10.9	21.9	6.8	53.0	15.7	591
Bengo	82.1	11.4	1.9	4.6	54.0	18.1	582

que, com uma população estimada em mais de um milhão de habitantes e provavelmente uma das maiores populações escolares, registam entre 17% e 15% de agregados a declarar não ter escola no raio de proximidade das suas residências. No Kuando Kubango e Bié, mais de 10% dos agregados declara também inexistência de escolas.

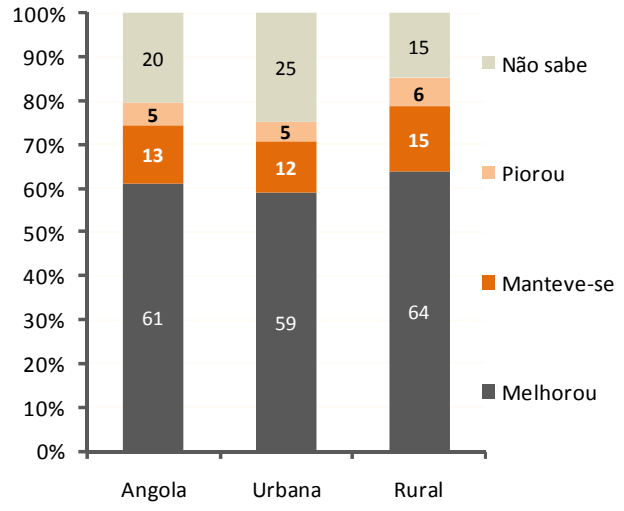
Os casos mais graves de degradação das infra-estruturas escolares registaram-se nas províncias do Moxico (22%), Bié e Huíla (21%). Com valores elevados de degradação, são de realçar ainda os casos da Lunda Sul e Moxico (16%), Kuanza Norte e Zaire (17%) e Uíge e Bengo (18%). Se a este indicador se aliar o indicador sobre existência de escolas e o da distância para o local de residência, a situação é preocupante em Huíla, Bié e Lunda Sul.

Foi igualmente avaliada a qualidade do ensino na percepção dos agregados entrevistados. A Figura 11.4 reflecte essas percepções por área de residência.

Mais de metade dos agregados em ambas as áreas de residência considera terem-se registado melhorias na qualidade do ensino. Cabinda regista, isolada, a maior proporção de agregados a considerar melhorias (89%), embora outras províncias se tenham manifestado no mesmo sentido ao nível dos 80% (Uíge, Kuando Kubango e Bengo). O Bié e o Moxico são as províncias onde a percepção de melhorias foi menor (43% e 55% respectivamente). Nesta última província, registou-se também a maior proporção de agregados a considerar a degradação da qualidade do ensino desde 2002 (14%), não se tendo verificado

em qualquer outra província valores acima de 9%. Aplicam-se neste caso as mesmas considerações sobre percepções relativas à qualidade das efectuadas para os serviços de saúde.

Figura 11.4.
Percepções sobre a qualidade do ensino primário por área de residência



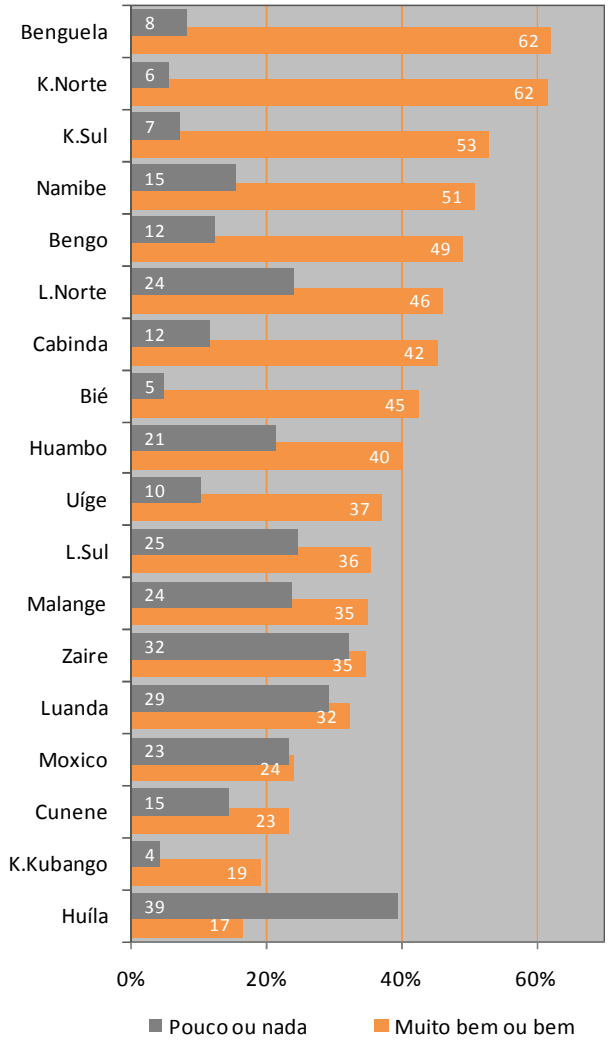
11.3.2. Percepções sobre a acção do governo local

Desde que se restabeleceu a paz em Angola, em 2002, houve um aumento consistente da procura de serviços públicos mais eficazes e eficientes. Esse facto, aliado à escassez de recursos, exige que as políticas públicas sejam assertivas, os recursos estrategicamente distribuídos e a gestão pública de maior qualidade, dando prioridade à resposta às necessidades dos seus cidadãos. A reforma da administração pública e a transformação da sua gestão só pode ser realizada com a participação dos seus principais actores: governo e cidadãos reunidos em diferentes organizações. Neste sentido, foi feito o levantamento das percepções dos agregados sobre o cumprimento de duas acções concretas das administrações locais: manutenção das estradas e limpeza nas comunidades. As Figuras 11.5 e 11.6 reflectem a percepção dos agregados (por província) sobre estas duas questões.

As populações urbanizadas apresentam, regra geral, uma opinião mais favorável sobre as duas obrigações consideradas (49% e 40% respectivamente), do que as das zonas rurais (34% e 27% respectivamente). No entanto, a questão sobre a manutenção das estradas congrega maior proporção de opiniões favoráveis do que a da limpeza nas comunidades em ambas as áreas de residência. Esta última questão pode ter pouco significado fora das sedes comunais, municipais e outras zonas suburbanas, onde a limpeza é um serviço institucionalizado.

É de salientar que nas zonas rurais as opiniões sobre a manutenção das estradas reúnem maior percentagem de respostas negativas - 30% dos agregados rurais considera que as administrações locais cumprem mal ou muito mal esta obrigação. Nas cidades, esta proporção reduz para metade, revelando talvez mais trabalho de manutenção nas estradas. Os chefes de agregados com maior nível de escolaridade tendem a possuir opiniões mais positivas sobre as duas questões (45% e 39% respectivamente) do que os que não têm qualquer escolaridade (35% e 28% respectivamente).

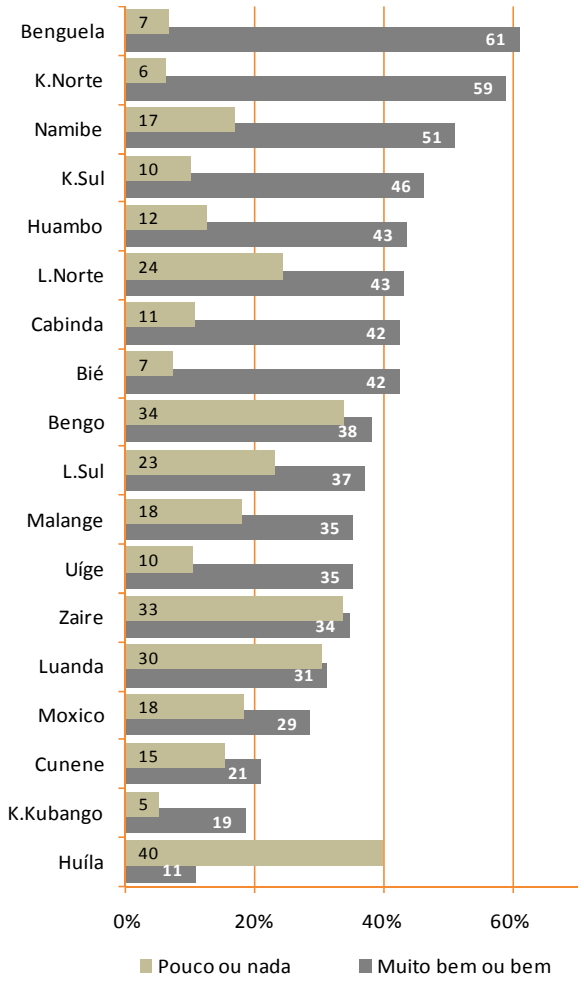
Figura 11.5.
Percepções sobre a influência sobre as acções do governo local



Fazendo referência às províncias, as respostas podem fazer ainda mais sentido, já que estas percepções devem ser analisadas a nível da gestão local. Em ambos os casos, quase nunca as percepções favoráveis ultrapassam metade dos agregados inquiridos, à excepção de Benguela, Kuanza Norte e Kuanza Sul, para o caso da manutenção das estradas, e Kuanza Norte e Cabinda para o caso da limpeza nas comunidades. As províncias que registam menor percentagem de agregados com opiniões favoráveis (não atingem os 30%) são Bié, Moxico e Zaire, no caso das estradas, e Huíla, Bié, Cunene, Moxico e Zaire, no caso da limpeza.

No caso de algumas províncias, as percepções positivas registam percentagens entre 30% e 50%, mas a isso não corresponde obrigatoriamente a uma percepção negativa, pois, nestes casos, a maior parte das respostas centra-se na resposta "normal" (são os casos de Bengo, Kuando Kubango, Uíge, Luanda, Malanje e Cunene, no caso das estradas, e Benguela, Kuando Kubango e Uíge, no que diz respeito a limpeza nas comunidades). É de realçar o caso da Lunda Norte, com uma proporção de 40% dos agregados a considerar que o governo local cumpre mal ou muito mal a obrigação de manutenção das estradas, e de Huíla e Zaire, com proporções de 43% e 41%, respectivamente, para o caso da limpeza nas comunidades.

Figura 11.6.
Percepções sobre a influência sobre as acções do governo central



A prestação de serviços realizada pelo poder público ainda mantém o foco na própria existência do serviço, deixando frequentemente a qualidade relegada para segundo plano. As organizações do sector público são as maiores prestadoras de bens e serviços às comunidades, que dependem da qualidade, agilidade e localização desses serviços. Por outro lado, não existe, muitas vezes, informação suficiente disponível na sociedade sobre o âmbito das acções realizadas e isso pode afectar as percepções expressas.

11.3.3. Percepções sobre a influência dos cidadãos sobre as acções da governação

A participação pública na elaboração e aplicação de políticas constitui uma indiscutível mais-valia para uma governação mais eficaz e democrática. Para além do aumento da confiança dos cidadãos no sistema governativo, a participação da sociedade civil influencia positivamente a percepção dos cidadãos sobre o modo como são tomadas decisões sobre os orçamentos e programas que afectam directamente o seu próprio bem-estar e qualidade de vida, tornando-os co-responsáveis relativamente às decisões e implementação dos mesmos. O desafio crucial reside na escolha do formato específico a adoptar de articulação entre o Estado e a sociedade.

As Figuras 11.7 e 11.8 apresentam as percepções dos agregados sobre a percepção da influência que consideram ter sobre as acções dos governos a nível local e central.

A nível nacional, cerca de 38% e 37% dos agregados inquiridos considera exercer bem ou muito bem influência sobre as acções do governo local e do governo central, respectivamente. Em ambos os casos, 20% considera ter pouca ou nenhuma influência. Entre 16 e 18% declararam não saber se influenciam as acções do governo nesses dois níveis.

A diferença de percepções entre cidades e zonas rurais relativamente aos dois níveis de governação

Figura 11.7.
Percepção sobre o cumprimento da obrigação de manutenção das estradas por província

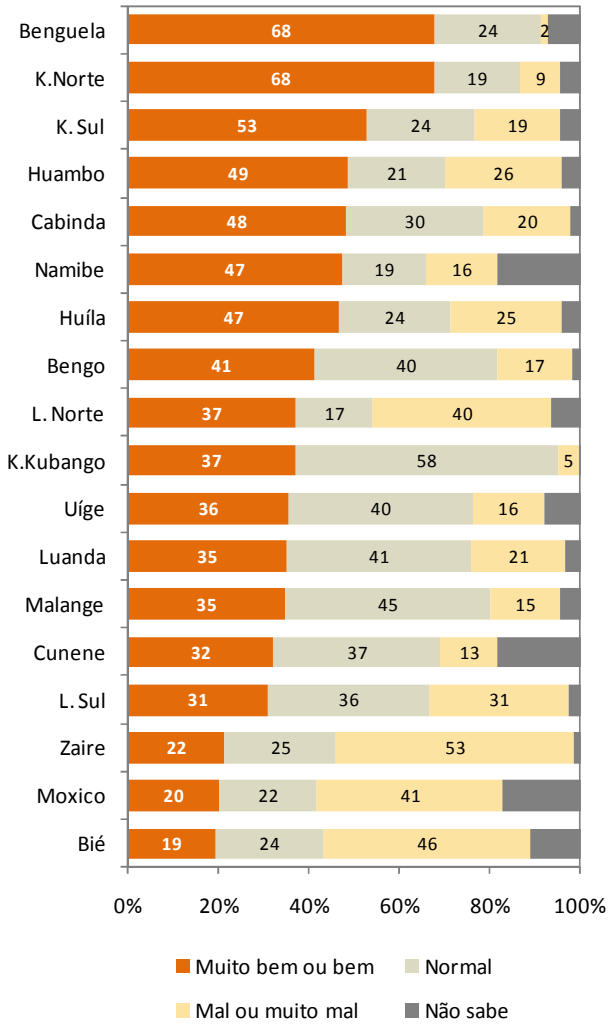
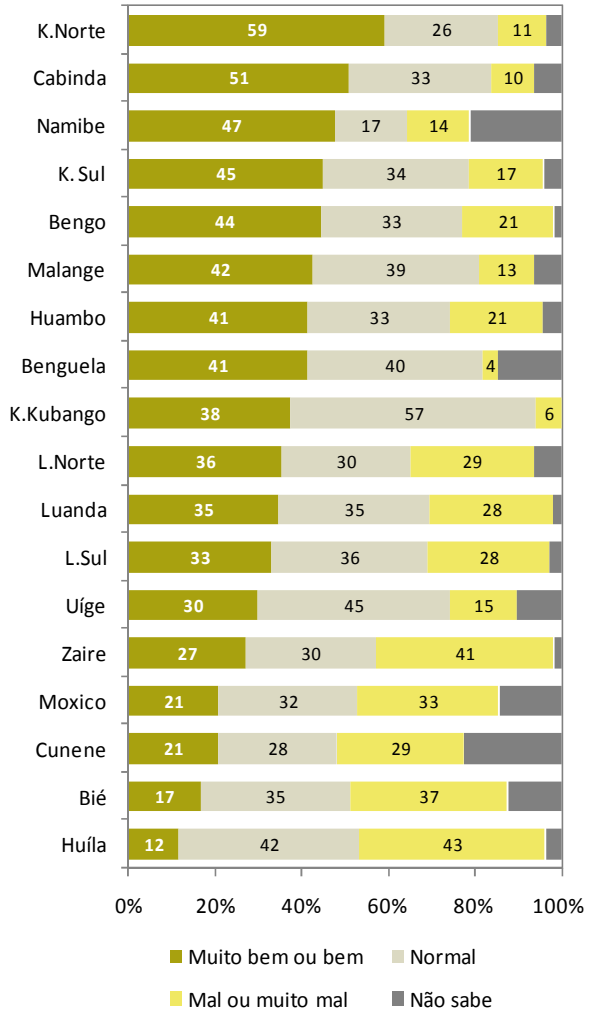


Figura 11.8.
Percepção sobre o cumprimento da obrigação de limpeza nas comunidades por província



em questão é de 5% e 4% respectivamente. Os agregados a residir em cidades consideram conseguir influenciar bem ou muito bem as acções governativas locais em 41% e a nível central em 39%. Já nas zonas rurais esses valores baixam para 36% e 35% respectivamente. As percentagens dos que consideram pouco ou nada influenciar a acção governativa nos dois níveis estão à volta dos 20% para ambas as áreas de residência e para os dois níveis de governação.

Os chefes de agregado com o ensino secundário tendem a considerar que são mais influentes sobre as acções dos governos local e central (40% e 39% respectivamente) do que os que não tem qualquer escolaridade (31% em ambos os níveis de governação). São também os primeiros os que mais consideram nada influenciar a governação (24% e 26% respectivamente) contra 19% e 16% respectivamente no caso dos chefes de agregado sem escolaridade.

Estas percepções podem ter maior relevância quando analisadas a nível provincial. Mais de metade dos cidadãos de Benguela, Kuanza Norte, Kuanza Sul e Namibe considera que influencia bem ou muito bem as acções do governo local. Embora em proporções menores, mas ainda assim acima de 50%, Benguela, Kuanza Norte e Namibe mantêm a mesma opinião no que diz respeito às acções do governo central. A Huíla é a província onde menos cidadãos consideram influenciar bem as acções governativas, quer a nível local, quer central (17% e 11% respectivamente) e também mais cidadãos consideram ter pouca ou nenhuma influência (39% e 40% respectivamente). São de reter os casos de percepções de pouca ou nenhuma influência do Zaire e Luanda, com proporções acima de 30% em ambos os casos, da Lunda Sul e Lunda Norte acima dos 20% também para ambos os níveis. No Bengo, perto de metade dos agregados considera conseguir influenciar as acções locais e apenas 12% considera não ter ou ter pouca influência sobre elas. Com respeito ao nível de

actuação central, a proporção de cidadãos que considera ter pouca ou nenhuma influência sobre as acções do governo é a segunda mais elevada (34%).

Estes dados devem ser considerados com atenção, pois a percepção do próprio indivíduo como ponto central da avaliação pode conter elementos não determinados de incongruência subjectiva. O conceito de qualidade, embora amplamente difundido, assume características bastante subjectivas que decorrem, no essencial, da sua dependência das percepções individuais e também porque as necessidades pessoais mudam de um determinado momento para outro e variam de indivíduo para indivíduo. Contudo, a compreensão detalhada das atitudes e comportamentos dos cidadãos enquanto clientes e utentes de serviços e sujeitos das acções governativas são um instrumento fundamental de planificação, visando a aproximação da qualidade percebida às expectativas dos cidadãos/clientes.

Referências Bibliográficas

American University (2001). Crescimento, Pobreza e Distribuicão da Receita em Angola, 2000-2001.

ANGOLA. Assembleia Nacional. Constituição da República de Angola, in Diário da República, I Série, 23 (05/02/2010)

ANGOLA. Assembleia Nacional. Resolução nº 8/01 que aprovou a adesão para ratificação do país à Convenção nº 138, "Sobre a Idade Mínima de Admissão ao Emprego", in Diário da República, Série I, 8 (16/02/2001).

ANGOLA. Conselho de Ministros. Decreto nº 31/07, sobre Registo de Nascimento gratuito, Diário da República, I Série, 58 (14/05/92) 913.

ANGOLA. Lei *n.º* 2/00, Lei Geral do Trabalho, in Diário da República, I Série, 6 (11/02/2000).

ANGOLA. Lei n.º 13/01, Lei de Bases do Sistema de Educação*, in* Diário da República, I Série, 65 (Dez/01).

Governo de Angola. *Comparação entre o Sistema de Educação em vigor e o Sistema de Educação a implementar*, Luanda: Ministério da Educação.INIDE, 13 Outubro 2003. Disponível em: http://www.inide.angoladigital.net/reforma_menu.htm

Governo de Angola. Ministério da Educação. *Currículo do ensino primário*, Luanda: INIDE, 2003. Disponível em: http://www.inide.angoladigital.net/reforma_menu.htm

Governo de Angola. Ministério da Educação. *Currículo do ensino secundário 1º Ciclo*, Luanda: INIDE, 2003. Disponível em: http://www.inide.angoladigital.net/reforma_menu.htm

Governo de Angola. Ministério da Educação. *Curriculum do ensino secundário 2º Ciclo*, Luanda: INIDE, 2003. Disponível em: http://www.inide.angoladigital.net/reforma_menu.htm

Governo de Angola. Ministério da Justiça O sistema de registo civil Angola, Luanda: [s.n.], sem data. Disponível em: http://ssl.brookes.ac.uk/ubr/files/3/60-Angola_Country_Report.pdf

Governo de Angola. *Inquérito sobre Conhecimentos, Atitudes e Práticas sobre Malária, ITS e VIH/SIDA*, Relatório final, versão resumida, Ministério da Saúde/Projecto HAMSET. Banco Mundial, Luanda, [s.n.], Setembro de 2007.

Governo de Angola*. Angola: Malaria Indicator Survey 2006-07*. Consultoria de Serviços e Pesquisas-COSEP Lda, Consultoria de Gestão e Administração em Saúde-Consaúde Lda. [Angola] & Macro International Inc., Calverton, Maryland, 2007.

Becker, Gary S. 1960. "An Economic Analysis of Fertility." Pp. 209-31 in Demographic and Economic Change in Developed Countries, Edited Princeton: Princeton University Press.

BONGAARTS, John, *Household Size and Composition in the Developing World*, nr. 144.[S.l.] [s.n.] , 2001

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Inspecção do Trabalho. Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho. *Nota Técnica à Portaria MTE/SIT/DSST n 06 de 18/02/2000*. Brasília: MTE, 2000. p.2. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2001/p_20010205_06.asp

Bureau Internacional do Trabalho, *Acelerar a acção contra o trabalho infantil, Relatório global no quadro do seguimento da Declaração da OIT sobre os Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho à Conferência Internacional do Trabalho, 99ª Sessão de 2010*, Genebra: OIT, Maio de 2010. ISBN 978-92-2-121874-6 (webpdf). Disponível em: http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/relatorioglobal_2010.pdf

Cain, A. Mulenga, M., *Water service provision for the peri-urban poor in post conflict Angola*, Human Settlements Working Paper Series, Water-6, London: IIED. August 2009. ISBN: 978-1-84369-754-1. Disponível em: http://www.iied.org/pubs/display.php?o=10577IIED

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Lineamentos para la elaboración de indicadores de progresso en materia de derechos económicos, sociales y culturales*, OEA/Ser/L/V/II.129, Doc. 5, Washington, D.C., 5 octubre 2007 Disponível em: http://www.pgjdf.gob.mx/temas/4-6-1/fuentes/3-B-6.pdf

Deaton, A. (1997). *The Analysis of Household Surveys: A microeconometric approach to development policy*. Baltimore and London: The World Bank, The John Hopkins University Press.

Deaton, A. e A. Tarozzi (2000). Prices and poverty in India. Research Program in Development Studies, Princeton University.

Deaton, A. e J. Muellbauer (1986). On measuring child costs: with applications to poor countries. *Journal of Political Economy 94*, 720-744.

Deaton, A. e S. Zaidi (2002). Guidelines for Constructing Consumption Aggregates for Welfare Analysis. LSMS Working Paper 135, World Bank, Washington, DC.

Diário da República, I Série, 8 (16/02/2001).ANGOLA. Assembleia Nacional. Resolução nº 5/01 que aprovou a adesão para ratificação do país à Convenção nº 182, "Sobre as Piores Formas de Trabalho Para as Crianças e a Acção Imediata Com Vista à Sua Eliminação",

Fernandez, Judith C. (1980) *Household Energy Use in Non-OPEC Developing Countries. Santa Monica*, CA: RAND Corporation,. Disponível em: http://www.rand.org/pubs/reports/R2515

Food and Agriculture Organization of the United Nations (2001). Human energy requirements. Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation, Rome.

Food and Agriculture Organization of the United Nations (2003). Food energy –methods of analysis and conversion factors. Food and Nutrition Paper 77, Rome.

Foster, J., J. Greer, e E. Thorbecke (1984). A class of decomponsable poverty measures. *Econometrica 52* (3), 761–766.

GONÇALVES, J.C.B.et al, Fatores relevantes na formação da satisfação global do cidadão no relacionamento com os serviços públicos municipais – O caso da prefeitura municipal de Juiz de Fora, artigo cilcostilado. [S.l.] [s.n.].

Governo de Angola. *Estratégia de Combate a Pobreza:* Reinserção social, reabilitação e reconstrução e estabilização económica (ECP). MINPLAN edição revista 2005

Governo de Angola, *Relatório de seguimento das metas da Cimeira Mundial pela Infância*, Luanda, Dezembro 2000. Disponível em: http://www.unicef.org/specialsession/how_country/edr_angola_pt.PDF

Governo de Angola, Relatório sobre os progressos realizados quanto à Posição Comum Africana **–** "Uma África digna da Criança**"**, Luanda, 12 Setembro 2007. Disponível em: www.africanchildinfo.net/documents/Angola.doc

Governo de Angola/UNDP Angola, *Objectivos de Desenvolvimento do Milénio Angola, Relatório 2010*, versão final para apreciação, Luanda, 2 Julho 2010.

Haughton, J. e S. Khandker (2009). *Handbook on Poverty and Inequality*. The World Bank.

Heitor Matallo Junior (2009). *Glossário de termos e conceitos usados no contexto da UNCCD*. Ministério do meio ambiente Secretaria de Extrativismo de Desenvolvimento Rural Sustentável – SEDR. Coordenação de Combate à Desertificação – CTC. Brasília, Brasil

Hentschel, J. e P. Lanjouw (1996). Constructing an Indicator of Consumption for the Analysis of Poverty: Principles and Illustrations with Principles to Ecuador. LSMS Working Paper 124, World Bank, Washington, DC.

HINES, Andrew, *What Human Rights Indicators Should Measure*, Working Paper, Carr Centre for Humans Rights Policy, cop. 2010. Disponível em: http://www.hks.harvard.edu/cchrp/mhr/publications/index.php

Howes, S. e J. O. Lanjouw (1997). Poverty Comparisons and Household Survey Design. LSMS Working Paper 129, World Bank, Washington, DC.

Human Rights Watch, *World Report 2010*, USA, 2010. ISBN-13: 978-1-58322-897-5. Disponível em: http://www.hrw.org/world-report-2010

Instituto Nacional de Estatística (1995). Perfil da Pobreza em Angola. Luanda.

Instituto Nacional De Estatística (INE) and UNICEF. 2003. MICS Multiple Indicator Cluster Survey: Assessing the Situation of Angolan Children and Women at the Beginning of the Millennium. Analytical Report. Luanda, Angola: INE and UNICEF. Available at http://www.unicef.org/angola/children.html

Instituto Nacional De Estatística (INE). (n.d.) Projeção da população por provinciais e grupos quinquenais de idade para o periodo 1985/2010. Boletim Demográfico No. 9. Luanda, Angola: INE.

Instituto Nacional de Estatística/UNICEF [Angola], *MICS: Inquérito de Indicadores Múltiplos,* Luanda: INE(GMCVP)-UNICEF, 1997.

Instituto Nacional de Estatística/UNICEF [Angola], *MICS: Inquérito de Indicadores Múltiplos, Relatório Analítico*, Luanda: INE/UNICEF, 2003.

Instituto Nacional de Luta conta o SIDA/UNAIDS, *Relatório sobre o Progresso do País para dar Seguimento aos Compromissos da Sessão Especial sobre VIH e SIDA da Assembleia Geral das Nações Unidas 2008-2009,* Luanda: INLS/UNAIDS, Março de 2010. Disponível em: http://data.unaids.org/pub/Report/2010/angola_2010_country_progress_report_es.pdf

Kalanidhi Subbarao Diane Coury (2004) Reaching Out to Africa's Orphans: A Framework for Public Action. The World Bank. Washington, DC.

KHAWAJA, Marwan, *Internal migration in Syria: Findings from a national survey*, Fafo report 375, Norway: Cemtraltrykkeritet AS, 2002. ISBN 82-7422-366-7.

KOTHARI, M., KARMALI, S. & CHAUDHRY, S., *The Human Right to Adequate Housing and Land*, New Delhi, India: National Human Rights Commission, 2006. Disponível em: http://nhrc.nic.in/publications/housing.pdf

KPEDEKPO, G.M.K., *Essentials of Demographic Analysis for Africa,* 1st edition, New Delhi: Thomson; London: Falenham, 1982. ISBN 0-435-97390-8.

Lanjouw, P., B. Milanovic e S. Paternostro (1998). Poverty and Economic Transition: How Do Changes in Economies of Scale Affect Poverty Rates of Different Households?. Policy Research Working Paper 2009, World Bank, Washington, DC.

Mare, R.D., & Maralani, V. (2006). The Intergenerational Effects of Changes in Women's Educational Attainments. *American Sociological Review*, 71(4), 542-564.

MORI Social Research Institute, *Public Service Reform, Measuring & Understanding Customer Satisfaction,* London: MORI, Pref. April 2002. Disponível em: http://www.ipsos-mori.com/researchpublications/publications/publication.aspx?oItemId=1202

PNUD, *Relatório de Desenvolvimento Humano – Construindo uma paz social, Angola 2004*. Luanda: A-IP, 2005. Disponível em: http://www.ao.undp.org/nhdr2004.htm

PNUD, *The post-war challenges*, Common Country Assessment 2002, Luanda: Tony Hodges, 2002.

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (2007). Perfil da Pobreza em Angola.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2000). Poverty Alleviation Policy in Angola, Pursuing Equity and Efficiency.

Ravallion, M. (1996). Issues in Measuring and Modeling Poverty. *The Economic Journal 106*, 1328-1343.

Ravallion, M. (1998). Poverty lines in theory and practice. LSMS Working Paper 133, World Bank, Washington, DC.

Regioplan Beleidsonderzoek, *Indicators for monitoring active citizenship and citizenship education*, Resarch report for the European Commission/DG EAC, Amsterdam, December 2005. Disponível em: http://ec.europa.eu/education/pdf/doc280_en.pdf

Taskforce on Active Citizenship, *The concept of Active Citizenship,* Dublin*:* Task force on Active Citizenship, March 2007.Disponível em: http://www.activecitizenship.ie

The Kaiser Family Foundation, *The HIV/AIDS Epidemic in Angola,* HIV-AIDS Policy Fact Sheet, October 2005.Disponível em: http://www.kff.org/hivaids/upload/The-HIV-AIDS-Epidemic-in-Angola-Fact-Sheet.pdf

The Kaiser Family Foundation, *The HIV/AIDS Epidemic in sub-Saharan Africa,* HIV-AIDS Policy Fact Sheet, November 2009.Disponível em: http://www.kff.org/hivaids/upload/7391-08.pdf

UMR Research Limited, *Understanding the Drivers of Satisfaction and Trust in Public Services - A Qualitative Study,* New Zealand, December 2008Disponível em: http://www.umr.co.nz

UN Office of the High Commissioner for Human Rights, *Right to adequate housing*, Report of the Special Rapporteur on adequate housing as a component of the right to an adequate standard of living, 65TH Session of the General Assembly, 9 August 2010. Disponível em: http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N10/478/91/PDF/N1047891.pdf?OpenElement

UNAIDS, *Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010.* Switzerland: UNAIDS, 2010. ISBN 978-92-9173-871-7. Disponível em: http://www.unaids.org/globalreport/Global_report.htm

UNDP, Human Development Report 2010 - 20th Anniversary Edition, The Real Wealth of Nations: Pathways to *Human Development, New York, 2010. Disponível em: http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/chapters/en/*

UNDP, *Human Development Report Angola 1999*, Luanda: UNDP, 1999

UNDP, *Relatório de Desenvolvimento Humano 2009, Ultrapassar barreiras: Mobilidade e desenvolvimento humanos, Coimbra*, Portugal: UNDP/IPAC, 2009. ISBN 978-972-40-3945-9. Disponível em: http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2009/chapters/portuguese

UNDP, *The Millennium Development Goals Report,* New York: UNDP, 2010. Disponível em: http://www.un.org/millenniumgoals/

UN-HABITAT, *State of the African Cities 2010, Governance, inequity and urban land markets,* Genève: 2010. ISBN: 978-92-1-132291-0 .Disponível em: http://www.unhabitat.org/documents/SACR-ALL-10-FINAL.pdf

UN-HABITAT, *State of the World's Cities 2008/2009, Harmonious Cities*, London, USA: UN-HABITAT, 2008. ISBN: 978-92-1-132010-7 (UN-HABITAT paperback).

UN-HABITAT, The Right to Adequate Housing, in Fact Sheets no 21, rev.1, Genève/New York: OHCHR/UN-HABITAT, November 2009. ISSN 1014-5567. Disponível em: http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FS21_rev_1_Housing_en.pdf

UN-HABITAT/ OHCHR, *Monitoring housing rights*, United Nations Housing Rights Programme, Working Paper No. 1, Nairobi, Kenya: UN-HABITAT/ OHCHR, 2003. Disponível em: http://www.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=1749

UNICEF, *Progress for Children,* A Child Survival Report Card, VOL 1 2004, New York: UNICEF, September 2004. ISBN: 92-806-3797-5. Disponível em: http://www.unicef.org/publications/files/29652L01Eng.pdf

UNICEF, *Situação Mundial da Infância - Celebrando 20 Anos da Convenção sobre os Direitos da Criança*, edição especial, New York: UNICEF, Novembro 2009. Disponível em: http://www.unicef.org/publications

UNICEF, *Situação Mundial da Infância 2009 – Saúde materna e neonatal*, New York: UNICEF, Dezembro 2008. Disponível em: http://www.unicef.org/publications

UNICEF/WHO, *Diarrhoea : Why children are still dying and what can be done,* New York/Genève: UNICEF/WHO, 2009. ISBN 978-92-806-4462-3. Disponível em: http://www.unicef.org/media/files/Final_Diarrhoea_Report_October_2009_final.pdf

UNICEF/WHO, *Meeting the MDG drinking water and sanitation,* a Mid-Term Assessment of Progress, New York/ Genève: UNICEF/WHO, August 2004. ISBN 92 4 156278 1. Disponível em:http://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/jmp04.pdf

WE Consult Lda, *Water, sanitation and hygiene - Findings of a household survey conducted in 18 districts of Mozambique (WASH Baseline Survey),* report prepared for UNICEF Mozambique, Maputo, Mozambique: January 2009. Disponível em: http://www.unicef.org/mozambique/resources_4858.html

WHO, *The Global Annual Assessment of Sanitation and Drinking-Water (GLAAS)*, WHO, 2010 Disponível em: http://www.unwater.org/activities_GLAAS2010.html

WHO/UNICEF, *A Snapshot of Sanitation in Africa,* a special tabulation for AfricaSan based on preliminary data from the WHO/UNICEF, Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation, US: WHO/UNICEF, 2008. Disponível em: http://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/africasan.pdf

WHO/UNICEF, *Progress in Sanitation and Drinking Water, 2010 Update*, WHO/UNICEF, 2010. ISBN: 978 92 4 156395 6. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563956_eng_full_text.pdf

World Bank (2005). Orphanhood and the long-run impact on children 1. Ed. Kathleen Beegle, Joachim De Weerdt and Stefan Dercon. Tanzania. Oxford University

World Learning & Christian Children's Fund, *ONJOI Educação para prevenir o Trabalho Infantil, Relatório de linha de base sobre Trabalho Infantil*, Benguela: WL/CCF, 2008

ZULUAGA, Lola C. Duque, *Public Services User Satisfaction : an application to "Higher Education"*, documento de pesquisa não publicado, ciclostilado, University of Barcelona, Centre for Research in Welfare Economy [S.l.] [s.n.].

Procedimentos de Estimação para o IBEP 2008/09

1. Procedimentos de Ponderação

Para que as estimativas amostrais obtidas a partir do *Inquérito ao Bem Estar da População* (IBEP) 2008/09 sejam representativas da população, é necessário que os dados sejam multiplicados por um ponderador amostral, ou factor de expansão. O ponderador básico para cada agregado familiar na amostra é igual ao inverso da sua probabilidade de selecção (calculada multiplicando as probabilidades em cada estágio amostral).

Um desenho de amostragem com estratificação multi-etápica foi usado para a selecção de segmentos para o IBEP. A base de amostragem foi estratificada por províncias, áreas urbanas e rurais. A parte urbana de cada província foi ainda estratificada em bairros segmentados e não segmentados. No estrato para bairros segmentados, a amostra foi seleccionada em três estágios, pelo que a probabilidade final de selecção tem até três componentes diferentes. No primeiro estágio, as unidades primárias de amostragem (UPAs) foram seleccionadas de forma sistemática com probabilidade proporcional ao tamanho (PPT), onde a medida de tamanho baseiou-se no número de agregados familiares ou na estimativa de população na base de amostragem, dependendo do tipo de informação disponível. No entanto, no caso dos estratos rurais, em algumas províncias não existia informação sobre o tamanho das aldeia. Nestes casos, as aldeias foram selecciondas com probabilidades iguais no primeiro estágio. Com base no desenho da amostra, a probabilidade final de selecção para os agregados na amostra do IBEP num dado estrato e segmento pode ser expressada da seguinte forma:

$$p_{hi} = \frac{n_h \times M_{hi}}{M_h} \times p_{2hi} \times \frac{m_{hi}}{M'_{hi}},$$

onde:

p_{hi} = probabilidade final de selecção para os agregados familiares no i-ésimo segmento no estrato h

n_h = número de segmentos seleccionados para o IBEP no estrato h

M_{hi} = número total de agregados ou população estimada na base de amostragem para o i-ésimo segmento no estrato h

M_h = número total de agregados ou população estimada na base de amostragem para o estrato h (medida cumulativa de tamanho para o estrato h)

p_{2hi} = probabilidade de segundo estágio de seleccionar o segmento na i-ésima UPA (bairro) no estrato urbano (h) de bairros não segmentados

m_{hi} = número de agregados seleccionados para o IBEP a partir da listagem para o i-ésimo segmento no estrato h; m_{hi} =10 para os estratos urbanos e m_{hi}=8 para os estratos rurais

M'_{hi} = número total de agregados listados no i-ésimo segmento no estrato h

No casos dos estratos rurais onde não existiam medidas de tamanho, as aldeias foram seleccionadas com probabilidade igual; para estes estratos M_{hi} é igual a 1 para cada aldeia. A probabilidade de segundo estágio p_{2hi} para os segmentos nos estratos urbanos de bairros não-segmentados baseou-se, geralmente, na selecção do segmento com PPT em cada bairro, quando existisse informação sobre o número aproximado de agregados. Para os estratos onde uma amostragem em dois estágios foi utilizada (os bairros segmentados e os estratos rurais), p_{2hi} é igual a 1. O ponderador básico para os agregados na amostra é o inverso da probabilidade final de selecção, expressado da seguinte forma:

$$W_{hi} = \frac{1}{p_{hi}} = \frac{M_h \times M'_{hi}}{n_h \times M_{hi} \times p_{2hi} \times m_{hi}},$$

onde:

W_{hi} = ponderador básico para os agregados do IBEP no i-ésimo segmento no estrato h

Na sequência do processo de recolha de dados do IBEP, tendo em conta a não cobertura de alguns segmentos da amostra e a não entrevista de alguns agregados familiares, foi necessário ajustar os ponderadores básicos, da seguinte forma:

$$W'_{hi} = W_{hi} \times \frac{n_h}{n'_h} \times \frac{m_{hi}}{m'_{hi}},$$

onde:

W'_{hi} = ponderador ajustado para os agregados familiares no i-ésimo segmento no estrato h da amostra do IBEP

n'_h = número de segmentos que de facto foram cobertos no estrato h do IBEP

m'_{hi} = número de agregados familiares, incluindo aqueles utilizados como substitutos, com entrevistas completas no i-ésimo segmento no estrato h

Pode-se observar que os factores de ajustamento dos ponderadores dependem do número final de segmentos e agregados familiares com questionários completos que são utilizados para a análise[1] . Uma vez que diferentes tipos de tabulações e análises dos dados do IBEP requerem critérios diferentes para se considerar um questionário como completo, ponderadores distintos foram calculados para quatro diferentes bases de dados: análise sócio-económica, consumo, alimentos e receitas. Porque os dados para a análise sócio-económica tiveram o maior número de observações, o aplicativo de ponderação para esta base de dados é utilizado para ilustrar os diferentes passos no processo de ponderação. O número de segmentos e questionários completos na base de dados socio-económicos do IBEP por província, estratos urbano e rural, é apresentado na Tabela 1.

Tabela 1.

Distribuição dos Segmentos e Questionários Completos na Base de Dados do IBEP para Tabulações Sócio-económicas, por Províncias e Estrato Urbano/Rural

Província	Urbano		Rural		Total	
	N.º de Segmentos	Questionários Completos	N.º de Segmentos	Questionários Completos	N.º de Segmentos	Questionários Completos
Cabinda	33	310	39	303	72	613
Zaire	23	221	48	381	71	602
Uíge	23	225	47	372	70	597
Luanda	119	1.177	24	193	143	1.370
Kwanza Norte	36	358	36	289	72	647
Kwanza Sul	31	300	40	319	71	619
Malanje	35	342	36	288	71	630
Lunda Norte	24	234	48	381	72	615
Benguela	43	408	28	224	71	632
Huambo	24	235	48	388	72	623
Bie	23	209	47	373	70	582
Moxico	27	263	44	351	71	614
Kuando Kubango	20	187	47	374	67	561
Namibe	36	341	36	283	72	624
Huila	39	359	27	218	66	577
Cunene	23	223	48	384	71	607
Lunda Sul	28	267	41	324	69	591
Bengo	23	227	45	355	68	582
Angola	610	5.886	729	5.800	1.339	11.686

[1] Infelizmente não é possível enunciar a proporção de agregados originalmente seleccionados que foram entrevistados ou substituidos por falta de informação sobre a execução da amostra disponível nos documentos da operação de campo.

Por causa de certas deficiências na base de amostragem para algumas províncias e falta de informação para grandes segmentos que foram subdivididos no terreno, as estimativas ponderadas da população total para algumas províncias obtidas a partir destes ponderadores foram consideravelmente mais baixas do que as projecções de população correspondentes para estas províncias. Portanto, foi necessário ajustar os ponderadores com base nas projecções de ponderadores . Na sequência de uma revisão das diferentes projecções da população disponíveis, ficou decidido que as estimativas mais fiáveis eram aquelas que se baseavam no registo eleitoral de 2008, por causa do processo exaustivo de registo da população votante. As projecções de população por províncias são apresentadas na tabela 2.

Tabela 2.

Distribuição da Estimativa Eleitoral da População Total de Angola de 2008 por Província, Percentagem Estimada da População Urbana e Estimativa da População Total Urbana e Rural por Províncias

Província	Projecção Eleitoral da População Total de 2008	Percentagem da Estimativa Urbana	População Estimada	
			Urbano	Rural
Cabinda	349.501	49,5	173.003	176.498
Zaire	306.123	25,2	77.143	228.980
Uige	890.821	32,7	291.298	599.523
Luanda	4.749.423	96,1	4.564.196	185.227
Kwanza Norte	291.250	35,0	101.938	189.313
Kwanza Sul	1.036.518	45,0	466.433	570.085
Malanje	598.098	47,6	284.695	313.403
Lunda Norte	604.977	31,2	188.753	416.224
Benguela	1.597.295	45,7	729.964	867.331
Huambo	1.239.777	27,3	338.459	901.318
Bié	901.120	20,9	188.334	712.786
Moxico	444.233	38,2	169.697	274.536
Kuando Kubango	306.215	28,4	86.965	219.250
Namibe	289.144	38,8	112.188	176.956
Huila	1.683.568	55,9	941.115	742.453
Cunene	507.558	17,8	90.345	417.213
Lunda Sul	300.317	35,4	106.312	194.005
Bengo	271.942	21,7	59.011	212.931
ANGOLA	16.367.880	54,8	8.969.848	7.398.032

Uma vez que os ponderadores iriam ser ajustados separadamente para as amostras urbana e rural, foi também necessário estimar a população urbana e rural em cada província. A percentagem da população a viver nas áreas urbanas foi estimada através do uso de informação da base de amostragem e de outras fontes. Estas estimativas grossas são também apresentadas na Tabela 2, com as estimativas correspondentes da população urbana e rural em cada uma província.

O ajustamento dos ponderadores com base nas projecções da população na Tabela 2, involveu inicialmente o cálculo de estimativas preliminares ponderadas da população total por domínios provincial, urbano e rural, utilizando os ponderadores definidos acima. O factor de ajustamento dos ponderadores para cada estrato foi baseado na razão da população projectada para o estrato dividida pela estimativa preliminar ponderada do total da população por cada estrato. Pode ser expresso da seguinte forma:

$$W''_{hi} = W'_{hi} \times \frac{\hat{P}_h}{\sum_{i=1}^{n'_h} W'_{hi} \times \sum_{j=1}^{m_{hi}} p_{hij}},$$

onde:

W''_{hi} = ponderador final ajustado para a amostra de agregados do IBEP no i-ésimo segmento no estrato h

$\hat{P}_h$ = projeções da população para o estrato (província, urbano/rural) h

p_{hij} = número de pessoas no j-ésimo agregado familiar no i-ésimo segmento no estrato h

O denominador deste factor de ajustamento de ponderadores é simplesmente a estimativa preliminar ponderada da população total para o estrato a partir dos dados do IBEP. A tabela 3 apresenta a população projectada e as estimativas preliminares ponderadas da população total por estratos provinciais, urbano e rural para os dados sócioeconómicos, e os factores de ajustamento dos ponderadores correspondentes. Foi necessário calcular factores de ajustamento de ponderadores separados para os outros conjuntos de dados, uma vez que os ponderadores básicos eram diferentes para cada um.

Deve-se sublinhar, contudo, que embora estes ajustamentos melhoram as estimativas, na ausência de um censo, elas são inevitavelmente aproximadas. Por conseguinte, alguma cautela é necessária na interpretação destas estimativas.

Tabela 3.

Estimativas Ponderadas da População Total por Estratos Provincial, Urbano e Rural do IBEP a Partir dos Ponderadores para os Dados Sócioeconomicos, com as Estimativas Correspondentes do Registo Eleitoral de 2008 e os factores de Ajustamento dos Ponderadores do IBEP

Província	Urbano			Rural		
	Estimativa da População		Factores de Ajustamento dos Ponderadores	Estimativa da População		Factores de Ajustamento dos Ponderadores
	Registo Eleitoral	IBEP		Registo Eleitoral	IBEP	
Cabinda	173.003	100.275	1,7253	176.498	62.989	2.8020
Zaire	77.143	66.225	1,1649	228.980	126.542	1.8095
Uige	291.298	318.183	0,9155	599.523	926.559	0.6470
Luanda	4.564.196	2.344.563	1,9467	185.227	98.923	1.8724
Kwanza Norte	101.938	82.301	1,2386	189.313	136.157	1.3904
Kwanza Sul	466.433	226.086	2,0631	570.085	889.484	0.6409
Malanje	284.695	145.305	1,9593	313.403	515.187	0.6083
Lunda Norte	188.753	119.567	1,5786	416.224	256.033	1.6257
Benguela	729.964	373.498	1,9544	867.331	614.915	1.4105
Huambo	338.459	271.005	1,2489	901.318	739.657	1.2186
Bié	188.334	191.592	0,9830	712.786	570.821	1.2487
Moxico	169.697	205.908	0,8241	274.536	1.693.754	0.1621
Kuando Kubango	86.965	45.059	1,9300	219.250	225.205	0.9736
Namibe	112.188	104.582	1,0727	176.956	73.482	2.4082
Huila	941.115	346.744	2,7141	742.453	440.704	1.6847
Cunene	90.345	29.042	3,1108	417.213	152.299	2.7394
Lunda Sul	106.312	180.921	0,5876	194.005	129.534	1.4977
Bengo	59.011	44.175	1,3358	212.931	147.549	1.4431

Existem secções separadas no questionário dedicadas à cada mulher com idades entre 15 e 49 anos, e às crianças menores de 5 anos de idade. Em alguns casos, não foi possível recolher informação para todas estas mulheres e crianças identificadas na lista de membros do agregado seleccionado. Por isso, foi necessário calcular ponderadores separados para as mulheres e crianças com dados sócioeconómicos, de forma a tomar-se em conta a falta de resposta de mulheres e crianças. Esta situação envolveu a aplicação de factores de ajustamento da falta de resposta para mulheres e crianças elegíveis ao nível do segmento no ponderador final ajustado do agregado familiar. O ponderador final para os dados de mulheres com idades entre 15 e 49 anos podem ser expressos da seguinte forma:

$$W'_{whi} = W''_{hi} \times \frac{m_{whi}}{m'_{whi}},$$

Onde:

W'_{whi} = ponderador ajustado para a amostra de mulheres com idades entre 15 e 49 anos no i-ésimo segmento no estrato h

m_{whi} = número de mulheres elegíveis nos agregados familiares na amostra do IBEP no i-ésimo segmento no estrato h

m'_{whi} = número de mulheres elegíveis com entrevistas completas no i-ésimo segmento no estrato h

O ponderador da criança foi calculado da seguinte forma:

$$W'_{chi} = W''_{hi} \times \frac{m_{chi}}{m'_{chi}},$$

Onde:

W'_{chi} = ponderador ajustado para a amostra de crianças menores de 5 anos de idade no i-ésimo segmento no estrato h

m_{chi} = número de crianças elegíveis nos agregados familiares na amostra do IBEP no i-ésimo segmento no estrato h

m'_{chi} = número de crianças elegíveis com entrevistas completas no i-ésimo segmento no estrato h

2. Tipos de estimativas

As estimativas mais comuns a serem calculadas a partir dos dados do IBEP vão estar na forma de totais e razões. A estimativa de um total pode ser expressa da seguinte forma[2]:

$$\hat{Y} = \sum_{h=1}^{L} \sum_{i=1}^{n_h} \sum_{k=1}^{m_{hj}} W''_{hi}\, y_{hij} \ ,$$

onde:

L = número de estratos no domínio

y_{hij} = valor da variável y para o j-ésimo agregado familiar no i-ésimo segmento no estrato h

A estimativa de uma razão é definida da seguinte forma:

$$\hat{R} = \frac{\hat{Y}}{\hat{X}},$$

onde $\hat{Y}$ e $\hat{X}$ são, respectivamente, estimativas de totais para as variáveis y e x, calculadas da forma especificada anteriormente.

No caso de um desenho de amostra com estratificação multi-etápica, médias e proporções são tipos especiais de razões. No caso da média, a variável X, no denominador de uma razão, é definida como sendo igual a 1 para cada elemento de tal forma o denominador é a soma dos ponderadores. Para uma proporção, a variável X no denominador é também definida como sendo igual a 1 para todos os elementos ; a variável Y no numerador é binomial e definida como sendo igual a 0 ou 1, dependendo da ausência ou presença, respectivamente, de uma característica especificada para o elemento.

[2] Contudo, convém notar que as estimativas de totais estarão associadas às incertezas a volta da informação sobre a população total que foi utilizada para construir a base da amostra e para ajustar os ponderadores. Grande parte das estimativas apresentadas no relatório são médias, proporções, razões ou outras estatísticas que não são tão sensíveis à esta limitação como é o caso dos totais.

3. Cálculo de Erros de Amostragem

Este anexo aborda os erros de amostragem e intervalos de confiança para as estimativas mais importantes do inquérito. O texto principal do relatório também descreve diferentes fontes de erro não amostral para estimativas específicas, onde for relevante.

O erro padrão, ou a raiz quadrada da variância, é usada para medir o erro de amostragem, embora ele possa, também, incluir uma pequena parte variável do erro não amostral. O estimador da variância deve ter em conta os diferentes aspectos do desenho da amostra, tais como a estratificação e a conglomeração. Entre os programas disponíveis para o cálculo de variâncias para dados de inquéritos com desenhos de amostra com estratificação multi-etápica e conglomeração como o IBEP, se incluem o Stata e o módulo sobre Amostras Complexas do SPSS. Estes pacotes de aplicativos utilizam um estimador de variância linearizado da série de Taylor (último conglomerado).

No caso do módulo de Amostras Complexas do SPSS, para cada estimativa a tabela de saída apresenta o erro padrão, o coeficiente de variação (CV), intervalo de confiança de 95 porcento, o efeito do desenho (DEFF) e o número de observações. O efeito do desenho é definido como a razão entre a variância de uma estimativa baseada no nível de estratificação e conglomeração no desenho da amostra, e a variância correspondente para a mesma estimativa baseada numa amostra aleatória simples do mesmo tamanho; é uma medida da relativa eficiência estatística do desenho da amostra.

O estimador da variância do último conglomerado para um total utilizado pelo SPSS e Stata pode ser expressado da seguinte forma:

<u>Estimador da Variância de um Total</u>

$$V(\hat{Y}) = \sum_{h=1}^{L} \left[\frac{n_h}{n_h - 1} \sum_{i=1}^{n_h} \left(\hat{Y}_{hi} - \frac{\hat{Y}_h}{n_h} \right)^2 \right],$$

onde:

$$\hat{Y}_{hi} = \sum_{j=1}^{m_h} W'_{hi}\, y_{hij}$$

$$\hat{Y}_h = \sum_{i=1}^{n_h} \hat{Y}_{hi}$$

O estimador da variância de uma razão utilizado por estes pacotes de aplicativos pode ser expressado da seguinte forma:

<u>Estimador da Variância de uma Razão</u>

$$V(\hat{R}) = \frac{1}{\hat{X}^2} \left[V(\hat{Y}) + \hat{R}^2\, V(\hat{X}) - 2\, \hat{R}\, COV(\hat{X}, \hat{Y}) \right],$$

onde:

$$COV(\hat{X}, \hat{Y}) = \sum_{h=1}^{L} \left[\frac{n_h}{n_h - 1} \sum_{i=1}^{n_h} \left(\hat{X}_{hi} - \frac{\hat{X}_h}{n_h} \right) \left(\hat{Y}_{hi} - \frac{\hat{Y}_h}{n_h} \right) \right]$$

$V(\hat{Y})$ e $V(\hat{X})$ são calculados de acordo à fórmula para a variância de um total.

Índices de dependência e índice de juventude e de envelhecimento

Caracterização	Índice de dependência de jovens	Índice de dependência de idosos	Índice de dependência total	Índice de juventude	Índice de envelhecimento
Angola	**0.96**	**0.05**	**1.01**	**18.71**	**0.05**
Área de residência					
Urbana	0.89	0.03	0.93	27.40	0.04
Rural	1.04	0.08	1.12	13.74	0.07
Provincia					
Cabinda	0.80	0.06	0.86	12.32	0.08
Zaire	1.04	0.09	1.14	10.97	0.09
Uíge	0.96	0.05	1.01	18.31	0.05
Luanda	0.84	0.03	0.87	32.44	0.03
Kuanza Norte	0.93	0.08	1.01	12.40	0.08
Kuanza Sul	1.11	0.05	1.16	24.53	0.04
Malange	1.01	0.06	1.08	16.46	0.06
Lunda Norte	0.90	0.05	0.96	17.55	0.06
Benguela	0.93	0.06	0.99	15.48	0.06
Huambo	1.06	0.08	1.14	13.60	0.07
Bié	1.09	0.07	1.16	16.09	0.06
Moxico	1.06	0.07	1.13	15.51	0.06
K. Kubango	1.00	0.05	1.05	18.89	0.05
Namibe	0.91	0.04	0.95	25.78	0.04
Huíla	1.04	0.07	1.11	15.65	0.06
Cunene	1.09	0.05	1.14	21.88	0.05
Lunda Sul	1.23	0.06	1.29	20.34	0.05
Bengo	0.97	0.11	1.07	9.16	0.11

Cálculo da taxa de mortalidade materna

Estimativa da razão de mortalidade materna mediante o método das irmãs sobreviventes - População total

Grupos Etários	Mulheres entrevis-tadas (1)	Irmãs que atingiram a idade 15	Irmãs que atingiram a idade 15 (Valor ajustado) (2)	Mortes maternas (3)	Factor de ajuste (4)	Exposição ao risco	Risco de morte materna durante a vida (LTR)	Proporção de irmãs falecidas de causa materna
Total	10,757	28,255	29,550	**350**		**11,885**	**0.02948**	12.5
15 – 19	1,891	4,189	5,681	36	**0.017**	97	0.37078	11.2
20 – 24	1,899	4,600	5,706	30	**0.206**	1,175	0.02573	7.8
25 – 29	1,634	4,471	4,908	36	**0.343**	1,684	0.02157	10.4
30 – 34	1,568	4,549	4,549	65	**0.503**	2,288	0.02859	13.1
35 – 39	1,140	3,471	3,471	80	**0.664**	2,304	0.03487	19.7
40 – 44	921	2,832	2,832	55	**0.802**	2,271	0.02411	12.7
45 - 49	782	2,402	2,402	42	**0.9**	2,162	0.01963	12.3

MMR(5)= 100,000 x (1- [1- total lifetime risk](1/TFR))
MMR= 100,000 x (1- [1- 0.02948](1/6.6))
MMR= 452.4

*** Indicador MICS 3; Indicador ODM 5.1: Razão** de mortalidade materna é o quociente entre o número de óbitos por causa materna, num determinado período e o número de nascidos vivos nesse mesmo período. (habitualmente expressa por 100.000 nascidos vivos). No presente caso, esta informação foi obtida indirectamente a partir da técnica conhecida como método das irmãs sobreviventes.

(1) Compreende unicamente as mulheres que responderam sobre o número de irmãs que atingiram a idade 15. Isto e, exclui os casos de resposta ignorada.

(2) O número de irmãs que atingirá a idade 15 entre as mulheres menores de 25 anos, ainda não foi completado. Dai que é preciso ajustar este numero da seguinte forma: O número de irmãs estimado para as mulheres menores de 25 anos será igual ao número médio de irmãs de 15 anos ou mais que as mulheres de 30 anos e mais tiveram.

(3) O número de mortes maternas corresponde ao total de mortes maternas declaradas acrescido de uma proporção do total de mortes por causa ignorada. Este acréscimo corresponde a proporção observada entre o total de irmãs de 15 anos e mais que morreram e o total dessas mortes declaradas como maternas.

(4) O factor de ajuste é derivado de tabelas modelo de mortalidade e fecundidade que medem o tempo de exposição ao risco de morte segundo a idade da mulher.

(5) A TFT corresponde ao período 2000-2005

Notas sobre as estimativas de mortalidade materna usando os dados de irmãs sobreviventes.[3]

Não foi considerado o grupo etário 12 a 14 anos. Não é aconselhável calcular taxas ou razões para este grupo, pois não são todas as jovens nestas idades que estão expostas ao risco de engravidar.

Notar que a distribuição por idade entre as mulheres de 15-19 anos e 20-24 é muito parecida, o que não se deveria esperar numa população com altos níveis de fecundidade. Isto se deve á selecção feita (unicamente mulheres que souberam responder sobre o número de irmãs que atingiram a idade 15.

Os resultados obtidos no IBEP, utilizando o método das irmãs sobreviventes, mostram uma razão de mortalidade materna (RMM) situada entre 400 a 450 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos para o total do país. (Ver Quadro 1). A estimativa corresponde a um passado de aproximadamente 7 a 8 anos prévios á data do IBEP.

[3] Elaborada por Laura L. Rodríguez Wong – Consultora OMS-Angola (Abril, 2010)

ESTIMATIVAS DE MORTALIDADE MATERNA SEGUNDO VARIAS ALTERNATIVAS E/OU PRESSUPOSTOS (Circa 2000)					
Alternativa ou pressupostos	Angola - total	Urbana	Rural	Luanda	Resto do pais
Todas as mulheres					
1. Sem inclusão de proporção de causas ignoradas	398,0	414,8	378,7	320,3	407,8
2. Com inclusão de proporção de causas ignoradas	447,1	479,7	412,4	356,1	455,9
Apenas as que responderam sobre as irmãs que atingiram a idade 15					
3. Sem inclusão de proporção de causas ignoradas	402,7	422,0	381,6	326,4	412,0
4. Com inclusão de proporção de causas ignoradas	**452,4**	**488,0**	**415,6**	**362,9**	**460,6**
Nivel da fecundidade no passado (2000-2005):	6,6	5,6	8	5,5	7,5

Como se observa, considerando algumas alternativas metodológicas a resultado pouco varia. Acredita-se que o processo menos sujeito a erros é aquele implícito na alternativa 4, que considera unicamente as mulheres que responderam sobre as irmãs que atingiram a idade 15 e incorpora uma proporção conhecida no total de mortes, daquelas presumivelmente relacionadas com a gravidez.

Deve considerar-se também, que por se tratar de um inquérito amostral, tal número está localizado dentro de um intervalo de variação, que, a depender dos pesos amostrais definitivos, poderá ser de algo em torno de + /- 30%. [4]

Deve ser realçado, sobre o tamanho da amostra que muitos inquéritos nacionais, em países que, como Angola, carecem totalmente de fontes confiáveis para medir a mortalidade materna, usam a mesma metodologia em inquéritos similares:

[4] "Experience from the Demographic and Health Surveys (DHS) project has shown that samples of about 10,000 households will provide direct sisterhood estimates of maternal mortality for a reference period covering the seven years before the survey with 95 percent confidence intervals (95% CI) on the order of ±25 percent. (Report for Bangladesh, 2001) - http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=456&srchTp=advanced#dfiles

Cálculo da esperança de vida usando a IMR ou a U5MR

A U5MR é a probabilidade de morrer antes dos 5 anos de idade.

Portanto, U5MR = 1 - l_5 (para l_0 = 1).

Passo 1: Determinar a família do Modelo de tábua de vida a usar. Neste caso, o Modelo Norte de Coale - Demeny usa-se para a África Sub-Sahariana.

Passo 2: Determinar as duas tábuas de vida cuja U5MR se aproxima mais (acima e abaixo) da U5MR observada. Neste caso, para o sexo masculino é 12 e 13.

Passo 3: Encontrar a esperança de vida das tábuas do Passo 2.

Passo 4: Determinar a esperança de vida da população por interpolação linear, por meio da fórmula que se segue:

$$LE^p = LE^{l5} + \{(LE^{15} - LE^{14}) \times (l_5^p - l_5^{14})/(l_5^{15} - l_5^{14})$$

Em que:

LE^p = Esperança de vida da população

LE^{15} = Esperança de vida para o nível de mortalidade 15

LE^{14} = Esperança de vida para o nível de mortalidade 14

A mesma nomeação aplica-se aos l5 níveis.

Passo 5: Combinar as tábuas de vida de ambos os sexos usando o rácio de sexos ao nascer. A fórmula é:

$$LE^B = (1.03 \times LE^m + LE^f)/2.03$$

O Passo 3 (coluna 4) são números do modelo de tábuas de vida, enquanto que no Passo 4 (coluna 5) se obtém a esperança de vida efectiva da população em estudo.

Atenção: Embora usemos interpolação linear, todos sabenos que as questões de mortalidade não funcionam linearmente. Porém, acredita-se que numa gama pequena a diferença entre linear e efectiva será pequena e portanto não afectará de forma significativa os resultados.

Estimativa da Esperança de Vida Usando a IMR ou a U5MR

Nível de Mortalidade da Tábua de Vida	U5MR	l_5	Esperança de Vida do Modelo de Tábua de Vida	Esperança de Vida da População
Sexo Masculino				
12		0.77361	44.2	
	203	0.797		46.6
13		0.79749	46.7	
Sexo Feminino				
12		0.79628	47.5	
	187	0.813		49.4
13		0.81831	50.0	
Ambos os Sexos (supondo SRB de 1.03)				**48.0**

Metodologia para análise da pobreza IBEP 2008-09

1 Metodologia para análise da pobreza

O conceito de pobreza refere-se a uma situação de evidente privação, numa ou mais dimensões, de bem-estar de um indivíduo, tais como: um acesso limitado a serviços de saúde, baixo capital humano, habitação inadequada, malnutrição, falta de determinados bens e serviços, falta de capacidade para expressar pontos de vista políticos ou professar credos religiosos, etc. Cada uma destas dimensões merece uma atenção especial por estarem ligadas a componentes diferentes de bem-estar, e poderem certamente ajudar os decisores políticos a centrarem a sua atenção nas várias facetas da pobreza.

Estudos sobre pobreza realizados nos últimos anos reuniram algum consenso sobre o uso de medidas económicas do nível de vida e estas são aplicadas de forma regular na análise de pobreza. Para além disto, indicadores de pobreza monetária são a base para a monitorização do primeiro dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Esta proposta centra-se na pobreza baseada no consumo, ou seja, a pobreza será medida em termos do consumo total por adulto-equivalente. Embora capte uma componente central de qualquer avaliação do nível de vida, não cobre todos os aspectos relacionados com o bem-estar humano. Um trabalho analítico adicional baseado noutros indicadores extra-consumo é apresentado noutras secções deste relatório para permitir uma avaliação mais abrangente do bem-estar da população angolana.

A análise da pobreza requer três elementos principais. Primeiro, um indicador de bem-estar que seja mensurável e adequado para classificar toda a população. Segundo, uma linha de pobreza adequada para comparação com o indicador de bem-estar escolhido para classificar indivíduos como pobres e não pobres. Finalmente, um conjunto de medidas que combine os indicadores de bem-estar individuais e a linha de pobreza em dados agregados sobre pobreza.

Este anexo explica os passos implementados na construção de um agregado de consumo, a derivação da linha de pobreza e a aferição da pobreza. A primeira secção revê os argumentos considerados na escolha do consumo como o indicador de bem-estar preferido. A segunda descreve a estimação de consumo do agregado familiar em termos nominais. As Secções 3 e 4 explicam como se estima uma medida de consumo real, ajustando por diferenças em locação, data de entrevista e composição demográfica do agregado familiar. Na Secção 5 dá-se uma explicação do modelo e derivação da linha de pobreza. Finalmente, na secção 6 faz-se uma apresentação das medidas de pobreza e a secção 7 discute a subamostragem utilizada nesta análise.

1.1 A escolha do indicador monetário

A principal decisão na estimação da pobreza consiste em escolher entre o rendimento e o consumo como indicadores de bem-estar para determinar a pobreza. O consumo é a medida preferida, provavelmente porque proporciona uma medição mais útil e exacta dos padrões de vida do que o rendimento. Esta preferência dada ao consumo sobre o rendimento baseia-se tanto em questões teóricas como práticas.[5]

A primeira consideração teórica é que tanto o consumo como o rendimento podem ser aproximações à utilidade[6], apesar de serem conceitos diferentes. O consumo mede o que os indivíduos realmente adquiriram, enquanto que o rendimento, juntamente com os bens, mede os haveres potenciais de uma pessoa. Em segundo lugar, o período de tempo ao longo do qual os padrões de vida vão ser medidos é importante: se se usar uma perspectiva a longo prazo, como durante toda uma vida, ambos devem ser iguais e a escolha não importa. No entanto, no curto prazo, digamos, um ano, o consumo provavelmente é mais estável do que o rendimento. Os agregados familiares conseguem geralmente manter o nível de consumo, o que pode reflectir o acesso a crédito ou a poupanças assim como informação sobre futuros fluxos de rendimento. O consumo é também menos afectado por padrões sazonais do que o rendimento: por exemplo, nas economias agrícolas, o rendimento é mais volátil e afectado pelas estações de cultivo e colheita, daí que depender desse indicador possa subestimar ou sobrestimar de forma significativa os padrões de vida.

[5] Ver Deaton e Zaidi (2002), Haughton e Khandker (2009) e Hentschel e Lanjouw (1996).
[6] "Utilidade" em economia refere-se, em termos gerais, à satisfação atingida com o consumo de um cabaz de bens e serviços.

Existem também argumentos práticos a ter em conta. Em primeiro lugar, o consumo é geralmente um conceito mais fácil de apreender pelos respondentes do que o rendimento, especialmente se este último provém de trabalho por conta própria ou de negócios de família. Por exemplo, os trabalhadores dos sectores formais da economia não terão nenhum problema em referir com rigor a sua principal fonte de rendimento, ou seja o seu ordenado ou salário. Mas para quem trabalha por conta própria nos sectores informais, ou na agricultura, será mais difícil chegar a uma medida exacta do seu rendimento. Geralmente, nestes casos as transacções da família e dos negócios estão interligadas. Além disso, como já foi dito, devem ser tidas em conta considerações sazonais para se estimar os valores do rendimento anual. Finalmente, devemos também ter em conta o grau de fiabilidade da informação. As famílias são menos relutantes em divulgar informação sobre o consumo do que sobre o rendimento. Podem recear que a informação sobre o rendimento seja usada para fins diferentes, como impostos, ou podem simplesmente achar as perguntas sobre o rendimento muito indiscretas. É também provável que os membros do agregado familiar consigam informar melhor sobre o consumo do agregado do que sobre o nível e as fontes do rendimento familiar.

1.2 A construção do agregado de consumo

Criar um agregado de consumo rege-se também por considerações teóricas e práticas. No caso do IBEP, o foco estará no agregado de consumo da família no último ano. Em primeiro lugar, deve ser o mais abrangente possível, dada a informação disponível. Omitir alguns componentes pressupõe que não contribuem para o bem-estar das pessoas ou que não afectam os *rankings* dos indivíduos. Em segundo lugar, devem ser incluídas as transacções de mercado e não mercantis, o que significa que as compras não são o único componente do indicador. Em terceiro lugar, despesa não é consumo. Para os bens perecíveis, sobretudo alimentos, é vulgar supor que todas as compras sejam consumidas, embora nesta análise se tenha em conta o tempo previsto de duração das compras. Mas para outros bens e serviços, como a habitação ou os bens duradouros, tem de se fazer correcções. Por fim, o agregado de consumo compreende quatro componentes principais: alimentar, não-alimentar, bens duradouros e habitação. Os bens específicos incluídos em cada componente e a metodologia usada para imputar um valor de consumo a cada um desses bens são explicados abaixo.

Componente alimentar

O componente alimentar pode ser construído somando simplesmente o consumo de todos os bens alimentares do agregado familiar, previamente normalizados num período de referência uniforme. O IBEP regista informação sobre consumo alimentar a nível familiar usando um diário para um período de sete dias. Aplicam-se alguns princípios gerais na construção deste componente. Primeiro, incluem-se todas as fontes de consumo possíveis, o que significa que o componente alimentar compreende não só o consumo feito a partir de compras ou de refeições tomadas fora de casa, mas também os alimentos de reservas prévias, que foram produzidos pela família ou recebidos como oferta. Segundo, só os alimentos realmente consumidos, por oposição às compras totais de alimentos ou ao total dos alimentos produzidos em casa, entram no agregado de consumo. Terceiro, os bens alimentares não comprados têm de ser avaliados e incluídos na medida do bem-estar. O diário reúne informação sobre a quantidade adquirida (ou consumida) e o seu valor, e assim é possível estimar o valor unitário de cada bem alimentar dividindo a quantia paga pela quantidade adquirida (ou consumida). Idealmente, os bens alimentares estão suficientemente desagregados para serem considerados como relativamente homogéneos dentro de cada categoria, porém estes valores unitários também reflectem diferenças na qualidade dos bens. Para minimizar este efeito e para ter em conta as diferenças espaciais foram calculados valores unitários medianos em dois níveis: por zonas urbanas e rurais, e para todo o país. Daí que se um agregado familiar consumiu um produto alimentar mas não avaliou esse consumo, o valor unitário mediano da sua respectiva zona urbana ou rural será usado para avaliar esse consumo. Se mais nenhum agregado familiar tivesse consumido o mesmo produto nessa zona ou se não havia observações suficientes para se obter um valor unitário fiável, usava-se o valor unitário mediano nacional para estimar o valor desse consumo.

Uma questão crítica com que se teve de lidar foi a variedade de códigos de unidades de medida em que os agregados podiam referir as suas compras e consumos. O questionário reconhece explicitamente 24 códigos de unidades de medida diferentes, que vão de unidades padrão como quilogramas e litros a unidades menos padronizadas, como pilhas, fardos, chávenas, garrafas e sacos. A forma de resolver esta questão consistiu em realizar um inquérito suplementar em todas as zonas urbanas e rurais das 18 províncias de Angola e pesar todas essas medidas não padronizadas, para os produtos mais consumidos em cada província. Mesmo quando a dispersão dentro de cada unidade não padronizada não era negligenciável (por exemplo, as pilhas podiam ser pequenas, médias ou grandes), isto permitiu a conversão de todas as compras e consumos em quilogramas e litros e simplificou a estimação de valores unitários para imputar um valor monetário ao consumo alimentar.

Componente não alimentar

Como no caso dos alimentos, o consumo não alimentar é um cálculo simples e directo. Mais uma vez, todas as possíveis fontes de consumo devem ser incluídas e normalizadas num período comum de referência. Esta subsecção cobre o consumo da maioria dos produtos não alimentares enquanto que os bens duradouros e a habitação serão tratados mais tarde.

As dificuldades práticas surgem geralmente por dois motivos: a escolha dos produtos a incluir e a selecção do período de recordação (*recall period*). Relativamente à primeira questão, a regra básica é que só os produtos que contribuem para o consumo do agregado familiar devem ser incluídos. Por exemplo, vestuário, calçado, produtos de beleza e de lazer são incluídos. Outros, como impostos, são geralmente excluídos porque não estão ligados a níveis mais altos de consumo, ou seja, as famílias que pagam mais impostos não beneficiam de melhores serviços públicos do que, por exemplo, as que pagam menos impostos na mesma comunidade. As transacções de capital como a compra de activos financeiros e os pagamentos de dívidas e juros devem igualmente ser excluídos. Finalmente, o caso de despesas únicas ou pouco frequentes como no caso de casamentos, dotes, nascimentos e funerais é mais difícil. Dada a sua natureza esporádica, a abordagem ideal seria repartir essas despesas ao longo dos anos para assim as amortizar; de outro modo o verdadeiro nível de bem-estar da família será provavelmente sobrestimado. A falta de informação impede-nos de o fazer, e assim são excluídas da estimação.

Duas categorias não alimentares merecem especial atenção: a educação e a saúde. No caso da educação, há três questões a considerar. Primeiro, há quem defenda que se a educação é um investimento, deve ser encarada como poupança e não como consumo. As vantagens de ir à escola distribuem-se não somente pelo período de escolaridade mas por todos os anos que se lhe seguem. Segundo, há considerações de ciclo de vida, uma vez que as despesas com a educação se concentram num momento particular da vida de uma pessoa. Por exemplo, comparemos dois indivíduos que paguem o mesmo pela sua educação, em que um ainda esteja a estudar e o outro já tenha concluído os estudos há vários anos. O que ainda está a estudar pode parecer estar melhor na vida devido aos gastos mais elevados que menciona com a educação, mas esse resultado está relacionado apenas com a idade e não com verdadeiras diferenças no nível de bem-estar. Uma solução seria repartir essas despesas por todo o período de vida mas essa opção não está disponível para o nosso estudo, uma vez que só observamos os indivíduos num dado momento. Terceiro, temos de considerar a cobertura da oferta de ensino público. Se toda a população puder beneficiar de ensino gratuito ou fortemente comparticipado (como é o caso de Angola) e a decisão de estudar em escolas privadas for motivada por factores de qualidade, a diferença dos gastos pode ser associada a diferenças no nível de bem-estar, e o argumento para a sua inclusão ganha peso. Seguiu-se a prática habitual e os gastos com a educação foram incluídos no agregado de consumo. Excluí-los não faria a distinção entre duas famílias com crianças em idade escolar, mas em que apenas uma pudesse pô-las na escola.

As despesas com a saúde partilham alguns dos aspectos da educação. As despesas com medicina preventiva poderiam ser consideradas investimentos. As diferenças no acesso aos serviços públicos podem distorcer as comparações entre os agregados familiares. Se alguns sectores da população tiverem acesso a serviços de saúde gratuitos ou fortemente comparticipados, enquanto outros tiverem de depender de serviços privados, as diferenças nas despesas não corresponderão a diferenças no bem-estar. Mas há outros factores a ter em conta. Primeiro, as despesas de saúde são geralmente raras e ocorrem uma vez só no período de referência. Segundo, a saúde pode ser vista como uma "lamentável necessidade", ou seja, a inclusão de despesas de saúde incorridas devido à doença de um membro do agregado no indicador de bem-estar implica que o bem-estar desse agregado aumentou, quando de facto foi o oposto que sucedeu. Terceiro, os seguros de saúde podem também distorcer as comparações. Os agregados com seguro podem registar pequenas despesas quando algum dos seus membros adoece, enquanto que os que não têm seguro registam quantias maiores. Decidiu-se incluir as despesas de saúde porque, como no caso da educação, a sua exclusão implicaria não fazer distinção entre dois agregados, ambos enfrentando os mesmos problemas de saúde, mas só um pagando pelo tratamento.

A segunda dificuldade relativamente ao consumo não alimentar diz respeito à selecção do período de recordação. O aspecto chave a considerar é a relação entre os períodos de recordação e a frequência das compras. O IBEP tem isso em conta e recolhe informação com quatro períodos de referência: a semana anterior, os últimos 30 dias, o último trimestre e os últimos 365 dias. Por exemplo, os transportes diários, os jornais e os cartões de telemóvel serão normalmente referidos durante a semana anterior, enquanto que o vestuário, calçado e livros serão referidos na secção do trimestre anterior. Apenas as despesas de saúde foram recolhidas em dois módulos diferentes com o mesmo período de recordação, o do mês anterior. Contudo, a secção 4 reúne informação a nível individual, e a secção 16 a nível do agregado familiar. De forma a evitar a dupla contagem, a despesa da secção 4 foi preferida à despesa da secção 16, que só foi considerada quando não havia nada referido na secção 4.

Bens duradouros

A posse de bens duradouros poderia ser um componente importante do bem-estar dos agregados. Dado que esses bens duram normalmente vários anos, a despesa em compras não é o indicador apropriado a considerar. A medida certa para a estimativa, para fins de consumo, é o fluxo de serviços que os agregados retiram de todos os bens duradouros em sua posse durante o período de referência relevante. Este fluxo de utilidade não é observável, mas pode supor-se que seja proporcional ao valor do bem. O IBEP fornece informação sobre 28 bens duráveis, mas infelizmente só pede o número de produtos possuídos pelo agregado, e não o seu valor de mercado actual ou a sua idade. Calcular este componente de consumo teria implicado fazer suposições sobre o valor actual, as taxas de desvalorização e a idade média desses bens duráveis. Isto poderia resultar numa estimativa extremamente imprecisa, e assim decidiu-se excluir este componente do agregado de consumo.

Habitação

As condições de habitação são consideradas parte essencial do nível de vida das pessoas. No entanto, na maioria dos países em desenvolvimento, a escassez ou não existência de um mercado de arrendamento é um obstáculo difícil para a estimativa e inclusão deste componente no agregado de consumo. Como no caso dos bens duráveis, o objectivo é tentar medir o fluxo de serviços retirado pelo agregado familiar da ocupação da sua habitação. Quando um agregado familiar aluga a sua casa, desde que os mercados de arrendamento funcionem bem, esse valor é o da renda paga. Se um número suficiente de pessoas viver em casa alugada, essa informação pode ser usada para imputar rendas aos que são proprietários da casa onde moram. Por outro lado, se o agregado familiar não viver em casa alugada, o inquérito pergunta quanto estariam dispostos a pagar por uma renda de casa. Os dados auto-referidos sobre rendas imputadas podem também ser usados como alternativa aos dados sobre rendas reais, embora possam nem sempre ser credíveis.

Estimou-se uma regressão hedónica de renda com a renda real (ou a imputada auto-referida) como dependente variável e um conjunto de variáveis independentes que incluíam: o tipo de habitação, paredes, tecto e chão; o número de divisões; a idade da casa; a principal fonte de iluminação, água potável e saneamento; a localização geográfica da casa (província e zona urbana ou rural) e o mês da entrevista. Para os agregados familiares que não viviam em casa alugada, a renda imputada prevista a partir desta regressão foi incluída como parte do consumo. Por outro lado, para os agregados familiares que viviam em casa alugada, a renda paga foi incluída no seu agregado de consumo.

1.3 Ajuste de preço

O consumo nominal do agregado familiar deve ser ajustado para variações do custo de vida. É necessário um ajuste de preço temporal e espacial para adequar o consumo aos termos reais. As diferenças temporais estão associadas à duração do trabalho de campo (100 Kwanzas em Maio de 2008 podem não ter o mesmo valor que em Junho de 2009) assim como aos diferentes períodos de recordação (100 Kwanzas gastos no mês anterior podem não ter o mesmo valor que no trimestre anterior ou no ano anterior). A Tabela 1.1 mostra os índices de preço temporais empregues para ajustar o consumo nominal aos preços de Dezembro de 2008. O índice de preços ao consumidor de Luanda foi a principal fonte de informação. A vantagem é que este índice de preços cobre todos os bens e serviços, ou seja, alimentares e não alimentares. Por outro lado, o princípio implícito é o de que a inflacção em todas as províncias foi igual à de Luanda.

Tabela 1.1:
Índice de preços temporais por mês da entrevista e período de recordação

Mês	Semana anterior	Mês anterior	Trimestre anterior	Ano anterior
Maio 2008	1.0835	1.0946	1.1039	1.1539
Junho	1.0728	1.0835	1.0942	1.1430
Julho	1.0605	1.0728	1.0836	1.1320
Agosto	1.0497	1.0605	1.0722	1.1210
Setembro	1.0407	1.0497	1.0609	1.1098
Outubro	1.0296	1.0407	1.0503	1.0986
Novembro	1.0178	1.0296	1.0400	1.0874
Dezembro	1.0000	1.0178	1.0293	1.0761
Janeiro	0.9907	1.0000	1.0157	1.0650
Fevereiro	0.9806	0.9907	1.0028	1.0540
Março	0.9716	0.9806	0.9904	1.0430
Abril	0.9611	0.9716	0.9809	1.0319
Maio	0.9520	0.9611	0.9710	1.0208
Junho	0.9416	0.9520	0.9615	1.0098
Julho 2009	0.9306	0.9416	0.9515	0.9989

Prevê-se que os preços divirjam acentuadamente entre domínios geográficos, por exemplo, 100 Kwanzas em Luanda podem não ter o mesmo valor que no Bié ou no Kuando Kubango. O país foi repartido em 11 domínios que se considerou captarem adequadamente as diferenças espaciais de preço em Angola. Esses domínios são os seguintes:

1. Luanda
2. Centro Urbano: Zonas urbanas do Huambo, Bié, Benguela e Kwanza Sul
3. Centro Rural: Zonas rurais do Huambo, Bié, Benguela e Kwanza Sul
4. Leste Urbano: Zonas urbanas da Lunda Norte, Lunda Sul, Moxico e Kuando Kubango
5. Leste Rural: Zonas rurais da Lunda Norte, Lunda Sul, Moxico e Kuando Kubango
6. Centro-Norte Urbano: Zonas urbanas do Bengo, Malanje e Kwanza Norte
7. Centro-Norte Rural: Zonas rurais do Bengo, Malanje e Kwanza Norte
8. Sul Urbano: Zonas urbanas do Namibe, Cunene e Huila
9. Sul Rural: Zonas rurais do Namibe, Cunene e Huila
10. Norte Urbano: Zonas urbanas de Cabinda, Uíge e Zaire
11. Norte Rural: Zonas rurais de Cabinda, Uíge e Zaire

Foi estimado o índice de preços de Fisher porque capta melhor as diferenças nos padrões de consumo entre domínios, como consequência de diferenças nos preços relativos, do que o índice de preços de Laspeyres ou Paasche.[7] O índice espacial de preços de Fisher por domínio foi construído com informação do inquérito e por meio da seguinte fórmula:

$$F_i = \sqrt{L_i P_i}$$

em que L_i se refere ao índice de preços de Laspeyres e P_i se refere ao índice de preços de Paasche, que se definem como

$$L_i = \sum_{k=1}^{n} w_{0k} \left(\frac{p_{ik}}{p_{0k}} \right), P_i = \left[\sum_{k=1}^{n} w_{ik} \left(\frac{p_{ik}}{p_{0k}} \right)^{-1} \right]^{-1}$$

[7] Ver Deaton e Tarozzi (2000).

em que w_{0k} é a fatia média do orçamento do agregado familiar do produto k no país, w_{ik} é a fatia média do orçamento do agregado familiar do produto k no domínio i, p_{0k} é o preço mediano nacional do produto k e p_{ik} é o preço mediano do produto k no domínio i.

O IBEP fornece informação sobre fatias do orçamento para todos os produtos. No caso dos alimentos, é possível estimar valores unitários para a maioria dos produtos alimentares e combiná-los com as respectivas fatias do orçamento. Porém, no caso dos produtos não alimentares, não é possível calcular nenhum tipo de preços. Decidiu-se empregar um índice espacial de preços alimentares para rectificar as diferenças de preço espaciais do país: por outras palavras, pressupõe-se que as diferenças de preço espaciais para os bens e serviços não alimentares são as mesmas que as diferenças de preço espaciais dos produtos alimentares. Por outro lado, a fatia da alimentação a nível nacional é de quase 60%, daí que as diferenças nos preços dos alimentos possam acarretar algumas diferenças nos preços entre domínios. Por outro lado, ignorar o componente não alimentar e usar apenas um índice de preços alimentares tornará as zonas rurais relativamente mais desafogadas em comparação com as urbanas, porque os preços dos alimentos são, por norma, mais baixos nas primeiras.

O índice espacial de preços de Fisher por domínio é referido na Tabela 1.2 ao lado dos índices de Laspeyres e de Paasche. O índice de Fisher compara o valor de um cabaz de alimentos em cada domínio com o valor do mesmo cabaz a nível nacional. As conclusões confirmam que os preços diferem grandemente entre as regiões. Todos os índices, excepto um, variam entre 0,72 no Sul Rural e 1,16 no Leste Rural. O único domínio fora deste leque é o Leste Urbano, onde os preços estão um terço acima do nível nacional. Os números também mostram que as zonas urbanas são normalmente mais caras do que os domínios rurais.

Tabela 1.2: Índice espacial de preços de Fisher por domínio

Domínio	Laspeyres	Paasche	Fisher
Luanda	1,22	1,05	1,13
Centro Urbano	0,93	0,84	0,88
Centro Rural	0,81	0,74	0,77
Leste Urbano	1,51	1,20	1,35
Leste Rural	1,25	1,08	1,16
Centro-Norte Urbano	1,23	1,02	1,12
Centro-Norte Rural	1,14	1,02	1,08
Sul Urbano	0,88	0,79	0,83
Sul Rural	0,79	0,66	0,72
Norte Urbano	1,12	1,02	1,07
Norte Rural	1,18	0,99	1,08

1.4 Rectificação da composição do agregado familiar

O passo final na construção do indicador de bem-estar envolve partir de uma medida de padrão de vida definida a nível do agregado familiar para outra a nível individual. Por fim, a preocupação consiste em fazer comparações entre indivíduos e não entre agregados familiares. Os dados do consumo são normalmente recolhidos no agregado familiar, e, portanto, para calcular uma medida de bem-estar individual geralmente divide-se o consumo total do agregado pelo número de pessoas do mesmo, e atribui-se esse valor a cada membro do agregado. A prática comum é assumir que todos os membros partilham uma fracção igual do consumo do agregado. Porém, como será explicado mais tarde, esse é um caso muito particular.

Dois tipos de rectificação são necessários para corrigir as diferenças de composição e tamanho. O primeiro refere-se à composição demográfica. Os membros da família têm diferentes necessidades, devido sobretudo à sua idade e género, embora possam ser consideradas também outras características. As escalas de equivalência são os factores que reflectem essas diferenças e são usadas para converter todos os membros do agregado em adultos-equivalentes. Por exemplo, pensa-se que as crianças precisam de uma fracção do que os adultos necessitam, portanto, se se compararem dois agregados familiares com o mesmo consumo total e o mesmo número de membros, mas um com crianças e o outro formado apenas por adultos, seria de esperar que o primeiro apresentasse um maior bem-estar individual do que o último. Infelizmente, não há acordo quanto a uma

metodologia consistente para calcular essas escalas. Algumas baseiam-se em razões nutricionais, uma criança pode necessitar de apenas 50% do alimento de que um adulto precisa, mas não está claro o motivo porque a mesma escala deva ser transposta para produtos não alimentares. Pode muito bem dar-se o caso de essa mesma criança ter mais necessidades em despesas de educação ou vestuário. Outras baseiam-se em estudos empíricos sobre o comportamento do consumo do agregado familiar; embora com mais argumentos analíticos, também não reunem consenso unânime.[8]

A segunda rectificação foca-se nas economias de escala no consumo dentro do agregado. O motivo para tal é o facto de alguns dos bens e serviços consumidos pelo agregado terem características de "bens públicos". Diz-se que um bem é "público" quando o seu consumo por um membro do agregado não impede necessariamente outro membro de o consumir também. Exemplos desses bens são a habitação e os bens duradouros. Por exemplo, um novo membro do agregado pode mudar-se para a habitação, o que não impede os membros que já lá estavam de continuarem a viver lá. Os agregados maiores podem gastar menos para viverem tão bem como os mais pequenos. Daí que, quanto maior é a partilha de bens públicos no consumo total, maior é o âmbito para economias de escala. Por outro lado, os bens privados não podem ser partilhados entre os membros; depois de consumidos por um dos membros, mais ninguém os pode consumir. A alimentação é o exemplo clássico de um bem privado. É muitas vezes sublinhado que nas economias pobres, a alimentação representa uma fatia considerável do orçamento familiar e, portanto, nesses casos há pouco lugar para economias de escala.

Ambas as rectificações foram implementadas usando a mesma escala adulto-equivalente que tinha sido empregue em estudos prévios sobre a pobreza no país (Tabela 1.3).[9] Mencionou-se que a prática usual consiste em usar uma rectificação per capita para a composição do agregado familiar. Este é um caso especial da formulação abaixo e sucede quando todos os parâmetros são definidos como iguais a 1, de forma que todos os adultos e crianças consomem tanto como os adultos em idade activa e não há lugar para economias de escala. Por outras palavras, todos os membros do agregado familiar consomem partes iguais do consumo total e os custos aumentam em proporção do número de pessoas do agregado. Em geral, as medições *per capita* subestimam o bem-estar dos agregados com crianças assim como dos agregados maiores relativamente às famílias sem crianças ou com um pequeno número de membros, respectivamente.[10]

Tabela 1.3:

Escala adulto-equivalente

Idade	Homens	Mulheres
Menos de 1 ano	0,27	0,27
1-3 anos	0,45	0,45
4-6 anos	0,61	0,61
7-9 anos	0,73	0,73
10-12 anos	0,86	0,78
13-15 anos	0,96	0,83
16-19 anos	1,02	0,77
20 anos e mais	1,00	0,73

Assim, é importante conduzir análises de sensibilidade, para ver quão robustas são as medições da pobreza e os *rankings* da pobreza para diferentes hipóteses relativamente aos custos com as crianças e às economias de escala.[11] Uma rectificação per capita foi também implementada, e os resultados foram comparados com as principais conclusões. Por um lado, o nível de pobreza subiu significativamente, o que não surpreende dada a proporção significativa de crianças em Angola. Por outro lado, os rankings entre zonas urbanas e rurais e províncias mal se alteraram, o que é positivo, se o objectivo da análise for classificar regiões e províncias em termos de pobreza.[12]

1.5 A linha de pobreza

[8] Ver Deaton e Muellbauer (1986) ou Deaton (1997).
[9] Ver INE (1995), PNUD (2000), American University (2001) e PUC-RIO (2007).
[10] Ver Deaton e Zaidi (2002) e Haughton e Khandker (2009) para outras escalas adulto-equivalente e para um debate mais detalhado.
[11] Lanjouw et al (1998).
[12] Estas conclusões não são mostradas neste relatório. A estimativa da pobreza a nível provincial não é considerada robusta.

A linha de pobreza pode ser definida como o custo monetário para uma dada pessoa, num dado lugar e momento, de um nível de referência de bem-estar.[13] Se uma pessoa não atingir esse nível mínimo de condições de vida, será considerada pobre. Contudo, implementar esta definição não é simples, uma vez que há divergências consideráveis quanto à determinação tanto do nível mínimo de bem-estar quanto ao custo estimado para se alcançar esse nível. Além disso, definir linhas de pobreza pode ser uma questão muito controversa, devido ao seu efeito potencial na monitorização da pobreza e nas decisões de políticas públicas.

Assume-se que o nível de bem-estar implicado pela linha de pobreza permitirá a um indivíduo atingir certas capacidades, que incluem uma vida activa e saudável e uma participação plena na sociedade. A linha de pobreza será absoluta porque fixa esse dado nível de bem-estar, ou condições de vida, sobre o domínio da análise. Isso garante que as comparações entre indivíduos serão consistentes: por exemplo, duas pessoas com o mesmo nível de bem-estar serão tratadas da mesma forma, independentemente do lugar onde vivem. Segundo, o nível de referência de utilidade tem sido relacionado com certas condições, neste caso particular, que se atinjam as calorias necessárias para ter uma vida activa e saudável. Finalmente, a linha de pobreza será definida como o custo mínimo para alcançar essa condição.

Foi usado o método do Custo das Necessidades Básicas para estimar a linha de pobreza com base na nutrição. Esta abordagem calcula o custo de um cabaz de consumo que se crê adequado para as necessidades de consumo básicas. Se uma pessoa não pode suportar o custo do cabaz, será considerada pobre. Primeiro, deve ter-se em mente que o estatuto de pobreza foca-se no facto de a pessoa ter ou não os meios de adquirir o cabaz de consumo, e não se o seu consumo real satisfez essas necessidades. Segundo, usam-se referências nutricionais para definir o nível de utilidade, mas o estado nutricional não é o indicador de bem-estar. Senão, seria suficiente calcular a ingestão calórica e compará-la com o limiar nutricional. Terceiro, o cabaz de consumo pode ser definido normativamente ou reflectir os padrões de consumo prevalentes. Esta última é sem dúvida uma alternativa melhor. Por último, a linha de pobreza compreende dois grandes componentes: o alimentar e o não alimentar.

O componente alimentar

O primeiro passo para definir este componente é determinar as necessidades nutricionais consideradas apropriadas para se ser saudável e participar na vida da sociedade. Claramente, é muito difícil chegar a consenso sobre o que pode ser considerado uma vida activa e saudável, e daí determinar as necessidades calóricas. Além disso, essas necessidades variam conforme a pessoa, o nível de actividade, o clima, etc.[14] A prática comum é estabelecer limiares de cerca de 2100 a 2400 quilocalorias por pessoa ou por adulto- equivalente por dia. Decidiu-se manter a mesma ingestão calórica diária usada em estudos anteriores sobre a pobreza, ou seja, 2100 quilocalorias por adulto-equivalente por dia.

Segundo, o cabaz alimentar deve ser escolhido. Em teoria, infinitos cabazes alimentares podem fornecer essa quantidade de quilocalorias. Uma forma de resolver a situação é ter em consideração os padrões de consumo alimentar existentes num grupo de referência do país. Decidiu-se utilizar os 70% na base da população, classificados em termos do consumo real por adulto equivalente, e obter o seu cabaz médio de alimentos consumidos. É preferível tentar captar o padrão de consumo da população do extremo inferior da distribuição do bem-estar porque provavelmente reflectirá melhor as preferências dos pobres. Daí que o grupo de referência possa ser visto como uma primeira conjectura da incidência da pobreza.[15] Terceiro, foram usados factores de conversão calórica para transformar o cabaz alimentar em calorias. Nessa estimativa usou-se uma selecção dos produtos alimentares mais referidos: 65 produtos que totalizam pouco mais de 80% de todos os registos alimentares reunidos pelo IBEP. Quarto, foram derivados valores unitários medianos de forma a atribuir preços ao cabaz alimentar. Os valores unitários foram calculados usando apenas transacções de mercado do grupo de referência. Uma vez mais, isso captará com mais exactidão os preços com que os pobres se deparam. Em quinto lugar, estimou-se o aporte calórico médio do cabaz alimentar, a fim de que o valor do cabaz alimentar pudesse ser escalado proporcionalmente para atingir as 2100 quilocalorias por adulto-equivalente por dia. Por exemplo, a ingestão média diária de calorias dos 70% na base da população de Angola era de cerca de 1949 quilocalorias por adulto-equivalente e o valor diário deste cabaz alimentar era de 73,1 Kwanzas. Daí que o valor da linha de pobreza diária seja 78,8 Kwanzas (= 73,1 Kwanzas x 2100 / 1,949) por adulto-equivalente. A Tabela 1.4 mostra a

[13] Ravallion (1998) e Ravallion (1996).
[14] Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (2001, 2003).
[15] Mais exactamente, utilizar o padrão de consumo dos 70% mais baixos da população para calcular o cabaz alimentar implica que tanto a composição do consumo, ou seja, a proporção dos vários produtos no consumo alimentar total, como os preços dos alimentos com que os pobres e os 70% mais baixos da população se deparam, não são significativamente diferentes.

contribuição calórica das principais categorias alimentares assim como a sua respectiva fatia no custo da linha de pobreza alimentar.[16]

Tabela 1.4:

Cabaz alimentar por adulto-equivalente por dia pelos principais grupos de alimentos

	Conteúdo calórico		Valor	
	Kcal por dia	%	Kz por dia	%
TOTAL	2100	100,0	78,8	100,0
Pão e produtos de padaria	73	3,5	5,2	6,6
Cereais e produtos à base de cereais	898	42,8	21,9	27,8
Carne e derivados	27	1,3	4,2	5,4
Peixe e derivados	40	1,9	9,3	11,8
Leite, queijo e ovos	7	0,3	0,9	1,1
Óleos e gorduras	173	8,2	4,7	6,0
Frutas	39	1,8	1,1	1,5
Legumes e hortícolas	797	38,0	27,5	34,9
Açúcar	43	2,1	1,5	1,8
Produtos alimentares diversos	1	0,1	1,2	1,5
Bebidas não alcoólicas	1	0,1	0,6	0,8
Bebidas alcoólicas	2	0,1	0,6	0,8

O componente não alimentar

Definir este componente da linha de pobreza está longe de ser um procedimento simples. Há divergências consideráveis sobre o tipo de produtos que devem ser incluídos na fatia não alimentar da linha de pobreza. Porém, é possível ligar este componente ao juízo normativo envolvido na escolha do componente alimentar. Ser saudável e apto para participar na vida da sociedade exige gastar dinheiro em abrigo, vestuário, cuidados de saúde, actividades de lazer, etc. A vantagem de usar o IBEP é que as despesas não alimentares podem assentar também nos padrões de consumo prevalentes de um grupo de referência, e não é necessária um cabaz de produtos não alimentares pré-determinado.

O passo inicial consiste em escolher um grupo de referência que represente os pobres e calcular quanto gasta em bens e serviços não alimentares. Este grupo de referência será a população cujo consumo alimentar é semelhante ao da linha de pobreza alimentar. A justificação por trás da escolha deste grupo de referência é a de que se uma pessoa gasta em alimentação o que foi considerado o mínimo para se ser saudável e manter determinados níveis de actividade, parte-se do princípio de que também adquire bens e serviços mínimos não alimentares para apoiar esse estilo de vida.

Na literatura sugerem-se diferentes meios de determinar o consumo médio não alimentar das pessoas com gastos com alimentação semelhantes aos da linha de pobreza alimentar. Uma opção é confiar em técnicas econométricas para estimar a curva de Engel, ou seja, a relação entre os gastos com a alimentação e o total das despesas. Contudo, seguiu-se um simples cálculo não-paramétrico, como é sugerido por Ravallion (1998). O procedimento começa por estimar o consumo médio não alimentar da população cujas despesas com alimentação se situam entre 1% acima e abaixo da linha de pobreza alimentar. O mesmo exercício é então repetido para a população situada 2%, 3%, até 10% acima e abaixo dessa linha. Em segundo lugar, faz-se a média dessas dez despesas não alimentares médias e essa será a linha de pobreza não alimentar final. Por fim, a linha de pobreza total pode ser facilmente estimada adicionando a linha de pobreza alimentar à linha de pobreza não alimentar.[17] A vantagem

[16] No Apêndice A encontra-se uma tabela mais detalhada por produto alimentar.

[17] Um modo equivalente de estimar a linha da pobreza total obriga a calcular a fatia alimentar do grupo de referência. A linha da pobreza total será o rácio entre a linha da pobreza alimentar e a fatia alimentar do grupo de referência.

deste método é que não se fazem suposições sobre a forma funcional da curva de Engel e que o peso declina linearmente em volta da linha de pobreza alimentar; isto significa que quanto mais perto um agregado familiar está da linha de pobreza alimentar, mais elevado é o peso que lhe é atribuído. A Tabela 1.5 mostra o componente alimentar e o não alimentar da linha de pobreza.

Tabela 1.5:

Linhas de pobreza por adulto-equivalente por mês

	Kwanzas	%
Alimentar	2396	50
Não alimentar	2397	50
Total	4793	100

1.6 Medições da pobreza

A literatura sobre a quantificação da pobreza é extensa, mas iremos focar-nos na classe de medições da pobreza propostas por Foster, Greer e Thorbecke (1984). Esta família de medições pode resumir-se na seguinte equação:

$$P_\alpha = (1/n)\sum_{i=1}^{q}\left(\frac{z-y_i}{z}\right)^\alpha$$

em que α é um parâmetro não-negativo, *z* é a linha de pobreza, *y* denota o consumo, *i* representa indivíduos, *n* é o número total de indivíduos da população e *q* é o número de indivíduos com consumo abaixo da linha de pobreza.

O índice de incidência (α=0) dá-nos a fatia dos pobres na população total, ou seja, mede a percentagem da população cujo consumo está abaixo da linha de pobreza. Esta é a medida da pobreza mais usada sobretudo porque é muito simples de entender e fácil de interpretar. Porém, tem algumas limitações. Não tem em conta a distância a que os níveis de consumo dos pobres se situam com respeito à linha de pobreza, nem a distribuição do consumo entre os pobres. A profundidade da pobreza (α=1) é a distância média entre o consumo médio da população e a linha de pobreza. Uma vez que, quanto maior essa distância, maior a profundidade, esta medida supera a primeira limitação da incidência. Finalmente, a gravidade da pobreza (α=2) é sensível à distribuição do consumo entre os pobres; a transferência de uma pessoa de pobre para alguém menos pobre pode não afectar a incidência ou a profundidade da pobreza, mas aumentará esta medida. Quanto maior é a profundidade da pobreza, tanto maior é o seu peso.

Estas medidas satisfazem algumas propriedades convenientes. Primeiro, podem associar indicadores individuais de bem-estar em medidas agregadas de pobreza. Em segundo lugar, são adicionáveis no sentido em que o nível de pobreza agregado é igual à soma ponderada relativamente à população, dos níveis de pobreza de todos os subgrupos da população. Em terceiro lugar, a profundidade da pobreza e a sua gravidade satisfazem o axioma da monotonicidade, que afirma que mesmo que o número de pobres seja o mesmo, se houver redução do bem-estar num agregado familiar pobre, a medida da pobreza deve aumentar. E, em quarto lugar, a gravidade da pobreza também respeitará o axioma da transferência: não é só o bem-estar médio dos pobres que influencia o nível da pobreza, mas também a sua distribuição. Em particular, se houver uma transferência de um agregado pobre para outro mais rico, o grau de pobreza deve aumentar.[18]

1.7 Amostragem usada nesta a análise

Um último aspecto da análise que deve ser discutida é a qualidade dos dados de consumo. Dado que esta informação é recolhida em vários módulos do questionário, utilizando diferentes instrumentos, várias rodadas de testes de consistência foram aplicados aos dados em diferentes fases do estudo. A subamostra válida para a análise do consumo e da pobreza está fixada em 9,002 famílias, o que significa que um número significativo de agregados foram excluídos porque os seus dados foram considerados de qualidade inaceitável. Apesar de que os

[18] Sen (1976) formulou os axiomas de monotonicidade e de transferência.

agregados excluídos estavam distribuídos por todo o país, o problema foi mais grave nas zonas rurais e em algumas províncias.

Uma divisão de Angola em regiões foi implementada para fornecer resultados mais robustos. Pesos da amostragem foram estimados em com vista a assegurar representatividade dos dados a nível nacional e por região. Infelizmente os resultados não podem ser fornecidos por província. A Tabela 1.6 compara a distribuição da amostra total com a amostra utilizada para a análise do consumo. Um processo semelhante de limpeza de dados foi implementado para a análise de renda e da subamostra válida também é apresentado na Tabela 1.6.

Tabela 1.6
Subamostragem para análise de receitas e consumo (agregados familiares)

	Amostra Final	Subamostragem Consumo e Pobreza	Subamostragem Receitas
Total	**11,852**	**9,002**	**8,531**
Urbana	5,992	4,704	4,564
Rural	5,860	4,298	3,967
Cabinda	633	527	493
Zaire	607	540	525
Uige	598	473	466
Luanda	1,392	1,144	1,195
Kuanza Norte	650	577	514
Kuanza Sul	624	326	345
Malanje	631	536	477
Lunda Norte	624	451	396
Benguela	638	386	415
Huambo	626	547	349
Bie	600	468	454
Moxico	618	335	313
Kuando Kubango	578	349	364
Namibe	636	426	418
Huila	580	540	526
Cunene	614	417	464
Lunda Sul	593	475	328
Bengo	610	485	489

Erros padrão e intervalos de confiança.

As tabelas neste anexo mostram as medições da pobreza com os seus respectivos erros padrão e intervalos de confiança. Uma vez que estas estimativas baseiam-se em inquéritos e não em dados do censo, os erros padrão terão em conta os elementos do desenho da amostra, ou seja, estratificação, formação de aglomerados e pesos das amostras.[19]

Tabela1.

População por área de residência, segundo os índices de pobreza

Indices de pobreza	Média	Std. Err.	95% intervalo de confiança	
Incidência				
Angola	36.6	1.4	33.8	39.4
Urbana	18.7	1.8	15.2	22.2
Rural	58.3	2.0	54.3	62.2
Profundidade				
Angola	12.7	0.7	11.2	14.1
Urbana	5.3	0.7	3.9	6.6
Rural	21.6	1.2	19.2	24.1
Intensidade				
Angola	6.0	0.5	5.1	6.9
Urbana	2.2	0.4	1.5	2.9
Rural	10.7	0.9	8.9	12.4

Nota: Os erros padrão e intervalos de confiança foram calculados tendo em conta o desenho da pesquisa.
Número de strata = 18
Número de PSUs = 1124
Número de obs = 45398

Tabela2.

População por sexo, segundo os índices de pobreza

	Média	Std. Err.	95% intervalo de confiança	
Incidência				
Homens	37.7	1.5	34.8	40.6
Mulheres	35.6	1.4	32.8	38.4
Profundidade				
Homens	13.3	0.8	11.7	14.8
Mulheres	12.1	0.7	10.7	13.5
Intensidade				
Homens	6.3	0.5	5.3	7.3
Mulheres	5.7	0.5	4.8	6.6

Nota: Os erros padrão e intervalos de confiança foram calculados tendo em conta o desenho da pesquisa.
Número de strata = 18
Número de PSUs = 1124
Número de obs = 45398

[19] Ver Howes e Lanjouw (1997) para uma explanação detalhada.

Tabela 3.

População por região, segundo os índices de pobreza

	Média	Std. Err.	95% intervalo de confiança	
Incidência				
Luanda	8.6	1.5	5.7	11.5
Huambo, Bie, Benguela, Kwanza Sul	54.8	3.3	48.4	61.2
Lunda Norte, Lunda Sul, Moxico, K. Kubango	51.0	2.7	45.6	56.3
Bengo, Malanje, Kwanza Norte	52.6	3.1	46.5	58.7
Namibe, Cunene, Huila	39.5	3.2	33.2	45.9
Cabinda, Uige, Zaire	34.2	3.6	27.2	41.1
Profundidade				
Luanda	1.7	0.3	1.0	2.4
Huambo, Bie, Benguela, Kwanza Sul	21.5	1.9	17.7	25.3
Lunda Norte, Lunda Sul, Moxico, K. Kubango	18.3	1.4	15.5	21.0
Bengo, Malanje, Kwanza Norte	17.9	1.7	14.5	21.2
Namibe, Cunene, Huila	12.2	1.5	9.2	15.2
Cabinda, Uige, Zaire	9.8	1.3	7.3	12.2
Intensidade				
Luanda	0.5	0.1	0.3	0.8
Huambo, Bie, Benguela, Kwanza Sul	11.2	1.4	8.5	13.9
Lunda Norte, Lunda Sul, Moxico, K. Kubango	8.8	1.0	6.9	10.7
Bengo, Malanje, Kwanza Norte	8.1	1.0	6.0	10.1
Namibe, Cunene, Huila	5.1	0.8	3.5	6.7
Cabinda, Uige, Zaire	3.8	0.6	2.7	4.9

Nota: Os erros padrão e intervalos de confiança foram calculados tendo em conta o desenho da pesquisa.

Número de strata = 18

Número de PSUs = 1124

Número de obs = 45398

Tabela 4.

População por região e área de residência, segundo os índices de pobreza

	Média	Std. Err.	95% intervalo de confiança	
Incidência				
Luanda	8.6	1.5	5.7	11.5
Huambo, Bie, Benguela, Kwanza Sul: Urban	29.1	4.0	21.3	36.9
Huambo, Bie, Benguela, Kwanza Sul: Rural	69.4	3.6	62.3	76.5
Lunda Norte, Lunda Sul, Moxico, Kuando Kubango: Urban	36.3	3.7	29.1	43.6
Lunda Norte, Lunda Sul, Moxico, Kuando Kubango: Rural	58.3	3.4	51.7	64.9
Bengo, Malanje, Kwanza Norte: Urban	34.4	4.9	24.8	43.9
Bengo, Malanje, Kwanza Norte: Rural	64.0	3.1	57.9	70.1
Namibe, Cunene, Huila: Urban	29.7	7.0	16.0	43.5
Namibe, Cunene, Huila: Rural	47.9	4.0	39.9	55.8
Cabinda, Uige, Zaire: Urban	19.1	6.7	5.9	32.4
Cabinda, Uige, Zaire: Rural	42.2	4.2	34.0	50.5
Profundidade				
Luanda	1.7	0.3	1.0	2.4
Huambo, Bie, Benguela, Kwanza Sul: Urban	9.0	1.6	5.9	12.1
Huambo, Bie, Benguela, Kwanza Sul: Rural	28.6	2.5	23.8	33.5
Lunda Norte, Lunda Sul, Moxico, Kuando Kubango: Urban	10.3	1.2	8.1	12.6
Lunda Norte, Lunda Sul, Moxico, Kuando Kubango: Rural	22.2	1.9	18.6	25.9
Bengo, Malanje, Kwanza Norte: Urban	9.5	2.4	4.7	14.2
Bengo, Malanje, Kwanza Norte: Rural	23.1	1.9	19.3	26.9
Namibe, Cunene, Huila: Urban	10.7	3.2	4.5	16.9
Namibe, Cunene, Huila: Rural	13.5	1.5	10.6	16.5
Cabinda, Uige, Zaire: Urban	3.9	1.5	1.0	6.7
Cabinda, Uige, Zaire: Rural	12.9	1.7	9.6	16.2
Intensidade				
Luanda	0.5	0.1	0.3	0.8
Huambo, Bie, Benguela, Kwanza Sul: Urban	4.1	1.0	2.1	6.0
Huambo, Bie, Benguela, Kwanza Sul: Rural	15.2	1.9	11.5	18.9
Lunda Norte, Lunda Sul, Moxico, Kuando Kubango: Urban	4.3	0.6	3.1	5.5
Lunda Norte, Lunda Sul, Moxico, Kuando Kubango: Rural	11.0	1.3	8.5	13.6
Bengo, Malanje, Kwanza Norte: Urban	3.7	1.4	1.0	6.3
Bengo, Malanje, Kwanza Norte: Rural	10.8	1.3	8.2	13.4
Namibe, Cunene, Huila: Urban	4.9	1.6	1.8	8.1
Namibe, Cunene, Huila: Rural	5.2	0.7	3.8	6.7
Cabinda, Uige, Zaire: Urban	1.2	0.5	0.3	2.1
Cabinda, Uige, Zaire: Rural	5.2	0.8	3.7	6.7

Nota: Os erros padrão e intervalos de confiança foram calculados tendo em conta o desenho da pesquisa.

Número de strata = 18

Número de PSUs = 1124

Número de obs = 45398

Tabela 5.

População por grupos etários, segundo os índices de pobreza

	Média	Std. Err.	95% intervalo de confiança	
Incidência				
0 - 14 anos	40.2	1.5	37.2	43.1
15 - 24 anos	30.5	1.5	27.6	33.3
25 - 34 anos	29.1	1.6	25.9	32.3
35 - 44 anos	37.2	1.9	33.4	40.9
45 - 54 anos	38.5	2.1	34.4	42.6
55 - 64 anos	40.8	3.5	34.0	47.6
65 ou mais anos	39.9	4.3	31.4	48.5
Profundidade				
0 - 14 anos	14.1	0.8	12.5	15.6
15 - 24 anos	10.2	0.7	8.9	11.5
25 - 34 anos	9.8	0.8	8.3	11.4
35 - 44 anos	12.7	0.8	11.0	14.3
45 - 54 anos	14.3	1.2	11.9	16.6
55 - 64 anos	13.8	1.6	10.8	16.9
65 ou mais anos	12.4	2.0	8.5	16.3
Intensidade				
0 - 14 anos	6.7	0.5	5.7	7.8
15 - 24 anos	4.7	0.4	3.9	5.6
25 - 34 anos	4.6	0.5	3.6	5.6
35 - 44 anos	6.0	0.5	4.9	7.0
45 - 54 anos	7.0	0.8	5.4	8.5
55 - 64 anos	6.5	1.1	4.4	8.5
65 ou mais anos	6.0	1.4	3.3	8.7

Nota: Os erros padrão e intervalos de confiança foram calculados tendo em conta o desenho da pesquisa.

Número de strata = 18

Número de PSUs = 1124

Número de obs = 45398

Lista de Participantes na Implementação do IBEP

DIRECÇÃO
Maria Ferreira dos Santos Oliveira - Directora Geral do INE
Lukoki Artur - Director Geral Adjunto

Equipa Técnica do INE

Nome	Função
Bernardino Francisco	Coordenador Geral do IBEP
Lupini Toni	Coordenador Técnico e Analista
Paulo Fonseca	Supervisor Regional e Coordenador da equipa de análise
Pio Lucas	Supervisor Regional e analista
Ivanildo Tuluca	Supervisor Regional e Analista
Ildo cahando	Supervisor Regional e Analista
Isidoro Melo	Supervisor Regional
Esperança Bombo	Supervisora Regional
Conceição Jorge	Supervisora Regional
Teresa Spinola	Analista
Ezequiel Luís	Analista
Orlanda Bernardo	Analista
Afonso Mulinga	Analista
Eliana de Carvalho	Analista
Carlos Pedro	Analista
Catarina Sebastião	Analista
José Calenje	Analista

Equipe logística

Maria de Lourdes Costa	Coordenadora da Administração
Dionisio Manuel	Responsável pela Informação e difusão
Marlene Costa	Assistente Administrativa
Eunice Miguel	Assistente Administrativa
Manuel Caculo	Logístico do IBEP
Catarina da Costa Vunge	Assistente do logístico do IBEP
Arlette Mayola	Catalogadora

Doadores e parceiros

UNICEF

Bo Pedersen	Victoria Matovu	Julio Ortuzar
Paulo Filipe (Consultor)	Marie Melocco	Walter Cavero
Fortunat Diener		

Banco Mundial

Diane Steel	Juan Muñoz

Oxford Policy Management

Patrick Ward	David Megill	Selma Sawaya
Arí Silva	Martín Cumpa	Gilberto Ribeiro

Equipa de actualização cartográfica (INE)

Edmundo Raimundo	Inácio Pedro Cabingano	Breva Francisco da Costa
Ângelo Bernardo	Hércules José Francisco	João de Jesus António Hebo
João Alberto Tomás da Silva	Pedro Marques Júnior	Ngina Mbunga
Fernando Chicolassonhi	Filipe Samuel Manuel	

Comissão de consulta e aconselhamento

Ana Afonso	Maria Júlia Vaz Grave	José Ribeiro
Ana Paula Jordão Machado	Pedro Kiala	Jean Baptista Lukombo
Paulo Ringote	Mbala Zananga	Seydou Coulibaly
Alda Morais	Ines Leopoldo	Jean Baptiste Sene

Equipa de processamento de dados

Zatando Mbiki	Chefe de Processamento de Dados
Jorge Semedo	Coordenador
Nsuka Pedro	Coordenadora
Toko Ndombaxi	Analise de consistência
António Figueira	Analise de consistência
Faustina Lobão	Apoio administrativo
Nkosi Nkinkavuanga	Informático

Digitadores	Digitadores	Supervisores	Codificadores
Victor Pedro	Fausta Silva	Adilson Candieiro	Ndandani Victor
Sansao Mateus	Ana da Costa	Fernani Dinis	Carlos Chagas
António Gongo	Joana Miguel	Tecassala Joao	Cristo Paca
Emerson Silva	Inês Miranda Bonifacio	Quitumbu Neto	
Ricardo Bernabe	Landu Ditutala		
Edson Hilario	Esperança Costa		
Mateus Amaral	Catarina Bonifacio		
Nelson Miguel	Joana Faria		
Ditutala Nkunku	Finda Zombo		
Viliana Simao	Joana Pereira		
Elizabeth Brandao	Elizabeth Faria		
Ermelinda Tenente	Kinkadi Judith		
Nadejdine Baptista	Angelina Luemba		
Ana Netos	Sebastiana Gil		
Madalena Jorge	Luisa de Azevedo		
Clelia Jorge	Sebastiana Dias		

Equipas de Campo

LUANDA (1ª)	KUANZA NORTE	CABINDA
Marcelino Mateus Dias (S)	António Vicente - Coor. Provincial	António Chidioco-Coor. Provincial
Brigida P.Paulo (I)	Joice Freitas(S)	Andre Bonzela(S)
Nzambi Maria (I)	Rosa Gaspar(I)	Madalena Mingas(I)
Ezequiel Tonga (I)	Licurgo Saraiva(I)	Maria de Assunção Nunes(I)
Sebastião Torres (D)	Josemira Santana(I)	Pedro Victor(I)
Custodio (M)	Alberto Wote(I)	Ana R. Mavungo(I)
	Marneza Lalo(D)	Guilherme Muela. (D)
	Toneco Pascoal(M)	Pedro Custodio Pitra(M)

LUANDA (2ª)	HUAMBO	BIÉ
Isabel Wongo (Tuluca) (S)	Ilda Menezes-Coordenadora Provincial	Amilcar Silva-Coord. Provincial
Lutonadio Freitas (I)	Aureliano Monteiro(S)	Joao Samahina (S)
Madalena Dombaxi (I)	Mateus Chavala(I)	Manuel Muandumba (I)
Luzolo Filipe (I)	Maria Nasso(I)	Estevao Ulika (I)
Nanikautako (D)	Hilario Sekepa(I)	Medina Hongole (I)
Joaquim Tóme (	Fernando Ricardo(I)	Antonio Vitangui (I)
	Pedro Chivango(D)	Joao Chilali (D)
	Damião Sekevy(M)	António Manuel (M)

ZAIRE	UIGE	KUANZA SUL
Dora Luzolo -Coordenadora Provincial	Domingos Bengui-Coordenador Provincial	António Silva-Coor. Provincial
Wilson Diogo (S)	Amandio Simao(S)	Valerio Jose(S)
Barroso Mbiyavanga	Dibanzilua Luzolo(I)	Nayda Junior da Conceição(I)
Maria da Dos Santos Fernandes (I)	Garcia da Silva(I)	Antonio Abel Liberal(I)
Nzinga Mpaka (I)	Noe Fernando Kinamoyo(I)	Jeremias António Garcia(I)
Eduardo Pindo (D)	Filipe Maqueto(I)	Correia Ab. Macanja(I)
Kandú Eduardo Freitas (Carlos) (M)	Felizardo Mongueno(D)	João António Capingana(D)
	Francisco João - Chico(M)	Carlos Eduardo Pinto(M)

BENGUELA	MALANJE	LUNDA NORTE
José Maria-Coordenador Provincial	Américo da Conceição- Coordenador Provincial	Ilda Alberto -Coordenadora Provincial
José Boimuque(S)	Miguel Quissanga Dala(S)	Graça Cassombo(S)
Virgulino Carvalho Almeida(I)	Manuel Van Dunem(I)	Nelson Cauca(I)
Jenilson Sebastiao(I)	Zeferino Zambi(I)	Eugénio Manuel(I)
Paulino Kachimina(I)	Panga Vidal(I)	Castigo António(I)

José Canganjo(I)
Claudio F. M. Gonçalves(D)
José Luís Andrade(M)

Nsere Ngamba(I)
Romão Sebastiao(D)
Abraão Cabaleco(M)

José Campos(D)
Carlos(M)

MOXICO

Henriques Mateus-Coord.Provincial
Alberto Canguenha(S)
Fernando Tchinyemba(I)
Bernardina Abreu(I)
Benvindo Oscar Moloeno(I)
Venilde Conceição Joia Luis(I)
Carlos Sekesseque(I)
Ines Katota(D)
Augusto Licunde(M)

KUANDO KUBANGO

Aida Nunda-Coord. Provincial
Andre de Sousa(S)
Mussole Vintalo(I)
Adriano Sayovo(I)
Rosa Chivala(I)
Daniel Chindola(D)
Moises Anicete Mosso(M)

NAMIBE

Inácio João de-Coord. Provincial
Ilidio Joaquim(S)
Davide Kamuele(I)
Altino Kussumwa(I)
Bruno Tauije(I)
Orlando Binga(I)
Daniel Ndala(D)
Lazaro(M)

HUÍLA

Jorge Kalenga-Coor. Provincial
Sobral Katrapila(S)
Fabio Carreiro(I)
Alberto Andre(I)
Jorge Kambili(I)
Benedito Rui(I)
Apolinário Marçal(D)
David Hilário(M)

CUNENE

José jacinto-Coord. Provincial
Gabriel Haufiku(S)
Esperança C. Sossingo(I)
Erica Francisca Amuhi(I)
Pelagion Hifecuena(I)
David G. K. Miguel(I)
Lazáro Muakigabe(D)
Jacob Augusto(M)

LUNDA SUL

António Vicente-Coor. Provincial
Adriano Muatexife(S)
Yuri Caetano(I)
Alexandre Gonçalves(I)
Carla Andrade(I)
Amandio Baptista(I)
Josué Miguel(D)
Teodoro Emulano(M)

BENGO

Guinho Manuel-Coordenador Provincial
Fernando Bengui(S)
Sebastiao I. Morais(I)
Joao Manuel da Silva(I)
Lucia G. Baptista(I)
Manuel D. Guimaraes(I)
Branca Pedro(D)