



A criança em
Angola

Uma análise multidimensional da pobreza infantil





Agradecimentos

O Instituto Nacional de Estatística (INE) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) agradecem a contribuição de todas as entidades envolvidas directa ou indirectamente na redacção, edição, revisão e produção da presente publicação.

Autores: Chris De Neubourg, Romina Safojan e Anaïs Dangeot (Instituto de Investigação de Políticas Sociais, SPRI)

Editores: INE e UNICEF

Revisão textual: Prime Production

Design: Julie Pudłowski Consulting

Foto da capa: José Silva Pinto (Face Studio), 2014 e Karin Schermbrucker, 2016

© Instituto Nacional de Estatística (INE), Angola, 2018

© Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Angola, 2018

Todos os direitos reservados. Licenciado à União Europeia sob condições.

"A criança em Angola - Uma análise multidimensional da pobreza infantil" foi co-financiada pela União Europeia no âmbito do programa de Apoio à Protecção Social (APROSOC). O conteúdo da publicação é de exclusiva responsabilidade das instituições detentoras dos direitos autorais e não pode de forma alguma ser considerado como reflectindo o ponto de vista da União Europeia.

A permissão é necessária para reproduzir qualquer parte desta publicação. A permissão será concedida gratuitamente a organizações educacionais ou sem fins lucrativos. Outros serão solicitados a pagar uma pequena taxa. Por favor contactar: UNICEF Angola: Rua N'Gola M'Bandi, Calemba, Luanda, Angola, Tel: +244 226 430 870; email: <comms_angola@unicef.org>.

Apoio



APROSOC
APOIO À PROTECÇÃO SOCIAL



UNIÃO EUROPEIA

A criança em
ANGOLA

Uma análise multidimensional da pobreza infantil





Índice

LISTA DE FIGURAS	7
LISTA DE QUADROS	8
LISTA DE ABREVIATURAS	9
1. INTRODUÇÃO	11
2. METODOLOGIA	13
2.1 MODA: resumo metodológico	13
2.2 Medindo a privação infantil em Angola	15
2.2.1 A-MODA: dados estatísticos	15
2.2.2 Dimensões, indicadores e grupos etários	15
3. PRIVAÇÃO INFANTIL MULTIDIMENSIONAL EM ANGOLA	21
3.1 Quantas crianças sofrem privações e do que são privadas?	21
3.2 Onde vivem as crianças com privações?	23
3.3 Resumo: pontos centrais da análise da privação infantil multidimensional para todas as crianças	25
4. PRIVAÇÕES DAS CRIANÇAS EM ANGOLA: UMA ANÁLISE POR GRUPO ETÁRIO	27
4.1 Análise das privações por sector	27
4.1.1 Crianças dos 0 aos 23 meses	27
4.1.2 Crianças dos 24 aos 59 meses	29
4.1.3 Crianças dos 5 aos 11 anos	31
4.1.4 Crianças dos 12 aos 17 anos	32
4.1.5 Quem são as crianças com privações em Angola?	34
4.1.6 Resumo: pontos centrais da análise por sector	43

4.2 Análise de privações múltiplas sobrepostas	44
4.2.1 Qual é a incidência e intensidade da privação multidimensional em cada grupo etário?	44
4.2.2 Como é que as privações se sobrepõem em Angola? Análise de privações múltiplas sobrepostas	50
4.2.3 Resumo: pontos-chave da análise de privações múltiplas sobrepostas	59
5. CONCLUSÕES	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	67
Anexo A. Descrição da amostra do IIMS 2015-2016	67
Anexo B. Dimensões, indicadores e limiares de privação por grupo etário	68
Anexo C. Privações multidimensionais por faixa etária, segundo todas as características, usando o limiar de privação de $K=3$	69
Anexo D. Privações multidimensionais por faixa etária, segundo todas as características, usando o limiar de privação de $K=4$	73
Anexo E. Informação técnica adicional para avaliação das privações multidimensionais das crianças em Angola	77

Lista de Figuras

Figura 1. Abordagem do Ciclo de Vida	14
Figura 2. Dimensões e indicadores seleccionados por grupos etários	16
Figura 3. Distribuição percentual do número de privações nas crianças de 0-17 anos	21
Figura 4. Distribuição percentual de privações nas crianças de 0-17 anos por área de residência	23
Figura 5. Taxa de privações multidimensionais nas crianças de 0-17 anos por província	24
Figura 6. Percentagem de crianças de 0-23 meses com privações por dimensão	27
Figura 7. Percentagem de crianças de 0-23 meses com privações por dimensão e indicador	28
Figura 8. Percentagem de crianças de 24-59 meses com privações por dimensão	29
Figura 9. Percentagem de crianças de 24-59 meses com privações por dimensão e indicador	30
Figura 10. Percentagem de crianças de 5-11 anos com privações por dimensão	31
Figura 11. Percentagem de crianças de 5-11 anos com privações por dimensão e indicador	32
Figura 12. Percentagem de crianças de 12-17 anos com privações por dimensão	33
Figura 13. Percentagem de crianças de 12-17 anos com privações por dimensão e indicador	34
Figura 14. Percentagem de crianças com privações por faixa etária e dimensão, segundo a área de residência	35
Figura 15. Taxa de privação nas crianças de 0-23 meses na dimensão de nutrição e saúde, segundo a província	36
Figura 16. Taxa de privação nas crianças de 24-59 meses na dimensão de saúde e água, segundo a província	37
Figura 17. Taxa de privação nas crianças de 5-11 anos na dimensão de prevenção da malária e educação, segundo a província	38
Figura 18. Taxa de privação nas crianças de 12-17 anos nas dimensões de educação e protecção da criança, segundo a província	39
Figura 19. Percentagem de crianças de 5-17 anos com privações nos indicadores da dimensão educação, segundo o sexo	43
Figura 20. Distribuição percentual das privações simultâneas por faixa etária	45
Figura 21. Índices de privação multidimensional por faixa etária	46
Figura 22. Distribuição percentual das privações simultâneas e índices de privação multidimensional ($k=3$) por área de residência e faixa etária	48
Figura 23. Participação de cada dimensão para $M0$ ($k=3$) por área de residência e faixa etária	49
Figura 24. Sobreposição de privações nas crianças de 0-23 meses, segundo a dimensão	50

Figura 25. Sobreposição de privações nas crianças de 0-23 meses nas dimensões de nutrição, saúde e habitação	52
Figura 26. Sobreposição de privações nas crianças de 24-59 meses, segundo a dimensão	53
Figura 27. Sobreposição de privações nas crianças de 24-59 meses nas dimensões de prevenção da malária, protecção da criança e habitação	54
Figura 28. Percentagem da sobreposição de privações nas crianças de 5-11 anos, segundo a dimensão	55
Figura 29. Percentagem da sobreposição de privações nas crianças de 5-11 anos nas dimensões de habitação, saneamento e água	56
Figura 30. Percentagem da sobreposição de privações nas crianças de 12-17 anos, segundo a dimensão	57
Figura 31. Percentagem da sobreposição de privações nas crianças de 12-17 anos nas dimensões de prevenção da malária, educação e habitação	58

Lista de Quadros

Quadro 1. Índices de privação multidimensional nas crianças de 0-17 anos de idade	22
Quadro 2. Percentagem de crianças de 0-23 meses com privações por características seleccionadas, segundo a dimensão	40
Quadro 3. Percentagem de crianças de 24-59 meses com privações por características seleccionadas, segundo a dimensão	41
Quadro 4. Percentagem de crianças de 5-11 anos com privações por características seleccionadas, segundo a dimensão	41
Quadro 5. Percentagem de crianças dos 12-17 anos com privações por características seleccionadas, segundo a dimensão	42

Lista de Abreviaturas

A-MODA	Análise de Privações Múltiplas Sobrepostas em Angola
CDC	Convenção sobre os Direitos da Criança
DIP	Desenvolvimento Infantil Precoce
DTP	Difteria, Tétano e Tosse Convulsa (Pertússis)
FGT	Foster-Greer-Thorbecke
FMR	Frequência Mínima de Refeição
IIMS	Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde
IIPS	Instituto de Investigação de Políticas Sociais
INE	Instituto Nacional de Estatística
MADA	Mínimo Aceitável de Dieta Alimentar
MODA	Análise de Privações Múltiplas Sobrepostas
MODA-N	Análise de Privações Múltiplas Sobrepostas Nacionais
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
ODS	Objectivos para o Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPHI	Iniciativa Oxford da Pobreza e do Desenvolvimento Humano
PAV	Programa Nacional de Vacinação
RMI	Rede Mosquiteira tratada com Insecticida
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VNM	Variedade Nutricional Mínima



1. Introdução

Este estudo tem por objectivo definir e medir a pobreza infantil multidimensional ao nível nacional, usando como metodologia o sistema MODA (Multiple Overlapping Deprivation Analysis - Análise de Privações Múltiplas Sobrepostas), desenvolvido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). O estudo consiste numa análise detalhada da vulnerabilidade infantil em Angola, usando os dados do Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde (IIMS) 2015-2016. Assim, a MODA aplicada ao contexto específico de Angola permite compreender quem são as crianças carenciadas e quais as privações que estas crianças enfrentam, dentro do conjunto de dimensões identificadas ao nível nacional, como ameaça à sua sobrevivência e desenvolvimento. A análise identifica até que ponto as crianças em Angola estão carenciadas ao nível das seguintes dimensões: a) nutrição, b) saúde, c) protecção infantil, d) prevenção da malária, e) educação, f) exposição aos meios de comunicação social, g) habitação, h) água e saneamento.

Este relatório foi produzido com a colaboração do Instituto Nacional de Estatística (INE) e do UNICEF, que liderou o processo de conceptualização do enquadramento para a análise multidimensional da pobreza infantil em Angola com o apoio do Instituto de Investigação de Políticas Sociais (Social Policy Research Institute - SPRI) e das instituições nacionais que trabalham directamente com as crianças. Através de uma avaliação detalhada das dimensões acima mencionadas, que abrangem as principais vulnerabilidades que as crianças em Angola possam enfrentar, a análise estabelece conclusões evidentes para efeitos programáticos e legislativos. A análise fornece ainda ao governo uma base para a meta 1.2 dos ODS no que diz respeito às crianças (ONU, 2015). Assim, este estudo contribui não só para uma melhor compreensão das privações enfrentadas pelas crianças em Angola como também estabelece uma base para a implementação de políticas direccionadas à infância com vista ao melhoramento do bem-estar infantil para a inclusão sustentada das crianças na sociedade.

As privações infantis são de ordem variada e estão interrelacionadas. É muito provável que se observem crianças privadas em mais do que uma necessidade básica ou serviço essencial. Por isso, uma análise da privação multidimensional como é a **Análise de Privações Múltiplas Sobrepostas em Angola (A-MODA)**, fornece um entendimento abrangente do bem-estar infantil coerente com o argumento supracitado. Este relatório foca-se nas crianças angolanas entre os 0 e os 17 anos de idade. Dado que as necessidades das crianças variam de acordo com a idade, a análise avalia as variações de privação em quatro grupos etários: 0-23 meses, 24-59 meses, 5-11 anos e 12-17 anos, tendo em conta um conjunto de indicadores e dimensões de bem-estar.

O relatório divide-se em quatro partes principais, excluindo a introdução. A primeira parte, coberta pela secção 2, apresenta uma visão geral da metodologia MODA e descreve os dados, as decisões tomadas e a escolha das dimensões, dos indicadores e dos limites do estudo. A segunda parte, coberta pela secção 3, fornece uma imagem das crianças com privações em dimensões múltiplas em Angola. Na terceira parte, coberta pela secção 4, apresenta-se a análise da privação infantil para cada grupo de idade, estudando o fenómeno com base nos dois eixos conceptuais e técnicos nos quais assenta a A-MODA: privações individuais e privações múltiplas sobrepostas. Estas duas análises complementam-se uma à outra para produzir uma visão detalhada da situação das crianças em Angola e identificar as principais áreas e desafios a enfrentar na melhoria do bem-estar infantil. Finalmente, a quarta parte, coberta pela secção 5, apresenta as principais conclusões.

Salvo disposição em contrário, todos os quadros e figuras nesta publicação são cálculos dos autores com recurso aos dados do IIMS 2015-2016.



2

2. Metodologia

2.1 MODA: Resumo metodológico

A pobreza e as privações na infância prejudicam o desenvolvimento físico, psicológico e social da criança. Uma análise detalhada da situação das crianças no país contribui para fornecer dados concretos que podem servir como base para delinear políticas e intervenções que visam melhorar o desenvolvimento e bem-estar sustentado da criança.

A abordagem relativa à pobreza monetária tem sido usada normalmente para identificar crianças pobres. Segundo esta abordagem, uma criança é classificada como pobre, se vive num agregado familiar em que o rendimento ou as despesas estão abaixo de um determinado valor da linha de pobreza. Apesar de as restrições financeiras serem um determinante muito relevante da privação infantil, a pobreza monetária e a privação nem sempre se sobrepõem completamente. Um agregado familiar com um nível de rendimento adequado não tem necessariamente de redistribuir os recursos de forma apropriada pelo agregado atendendo às necessidades específicas de cada um dos membros. Isto é especialmente relevante para as crianças, uma vez que não têm voz na tomada de decisões do agregado familiar, embora tenham necessidades específicas de bens e serviços (ver De Neubourg et al., 2014).

Este estudo utiliza a **metodologia da Análise de Privações Múltiplas Sobrepostas (MODA)**, desenvolvida pelo Gabinete de Investigação do UNICEF, que fornece uma abordagem detalhada dos aspectos múltiplos da pobreza e das privações infantis¹. A MODA adopta a definição holística do bem estar infantil, medindo o acesso individual a vários bens e serviços que são cruciais para a sobrevivência e o desenvolvimento da criança. No centro da abordagem MODA está a criança, em relação à qual a análise da privação multidimensional complementa medições da pobreza baseadas nas condições monetárias e de consumo para garantir uma imagem mais abrangente do bem estar infantil. Assim, o estudo faz a distinção entre estes dois conceitos principais de pobreza e, sempre que os dados o permitam, analisa/compara-os conjuntamente e identifica a sobreposição destes dois tipos de pobreza entre as crianças.

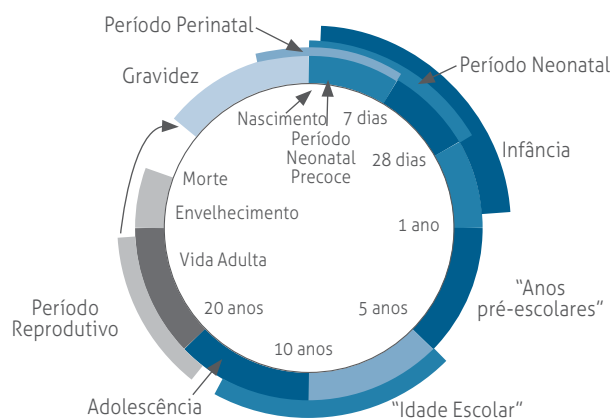
A MODA reconhece que uma experiência de **privações na infância é multidimensional e interrelacionada** e que, como tal, as privações múltiplas que se sobrepõem são mais prováveis de ocorrer e com efeitos adversos mais profundos em grupos socioeconómicos mais desfavorecidos. A "abordagem holística" das necessidades das crianças sublinha que o bem-estar das crianças não pode ser compartimentado em sectores (exemplo: saúde, nutrição e educação) e que é necessário que os aspectos múltiplos das vidas das crianças sejam colocados em simultâneo no centro da análise de qualquer privação. Em última análise, isto contribui para a identificação das crianças mais vulneráveis (com maior número de privações) e para compreender a relação entre as várias privações.

A metodologia MODA desenvolve-se a partir de abordagens existentes de medição multidimensional da pobreza tais como o Estudo Global do UNICEF sobre Pobreza e Disparidades Infantis (ver Gordon et al., 2003; UNICEF, 2007), a Iniciativa Oxford da Pobreza e do Desenvolvimento Humano (OPHI) e o Índice de Pobreza Multidimensional (Alkire e Santos, 2010; Alkire e Foster, 2011). No entanto, a MODA tem quatro características principais que a distinguem dos estudos existentes no campo da medição da pobreza e privação infantil:

¹ Informação detalhada sobre a metodologia MODA pode ser consultada nos guias passo a passo da MODA (De Neubourg et al., 2012) e www.unicef-irc.org/MODA.

1. **Centra-se na criança.** A criança é a unidade de análise ao invés do agregado, uma vez que as crianças são afectadas pela privação e pela pobreza de forma diferente dos adultos, especialmente no que concerne às necessidades de desenvolvimento;
2. Adopta uma **abordagem do ciclo de vida** (ver figura 1), analisando grupos etários distintos para mostrar que as necessidades das crianças não são homogêneas ao longo da infância, pois têm necessidades diferentes na primeira infância, na infância e na adolescência, por exemplo;

Figura 1. Abordagem do ciclo de vida



Fonte: Claeson e Waldman (2000)

3. Aumenta o conhecimento de abordagens por sector com uma **análise da sobreposição de privações**. Esta análise indica quais são as múltiplas facetas da pobreza infantil experimentadas em simultâneo e sublinha os vários níveis de severidade da privação;
4. Utiliza uma abordagem orientada por inteiro para a criança ao medir a **prevalência e a intensidade das privações** que cada criança experimenta simultaneamente, identificando as mais vulneráveis. Assim, coloca o foco na equidade, uma vez que permite a convergência para grupos com grandes níveis de privação na sociedade e cria perfis que incluem as posições geográficas e económicas.

A MODA é uma **metodologia flexível** que se adapta a diferentes tipos de factores. Em Angola, foi implementada uma análise MODA-Nacional (MODA-N). Esta é uma aplicação da metodologia MODA específica para o contexto nacional usando dados de inquéritos recentes e de alta qualidade com escolhas personalizadas para grupos etários, dimensões e limites. O objectivo da MODA-N é: i) recolher valores no que concerne ao desenvolvimento da criança; ii) explorar o perfil das crianças com privações, localizá-las e identificá-las tanto geográfica como socialmente²; iii) melhorar o entendimento de como diferentes privações por sector se sobrepõem, para esclarecer quais as privações que é necessário tratar em simultâneo; iv) elaborar políticas públicas em resposta à privação infantil baseadas na equidade; v) indicar coincidências nas privações que requerem mais conhecimento teórico e empírico.

² Estabelecer o perfil é a base da análise para a equidade, mostrando as diferenças entre regiões geográficas, áreas de residência, situação socioeconómica dos pais, riqueza e outras variáveis.

2.2 Medindo a privação infantil em Angola

Medir a privação infantil da análise A-MODA requer a escolha da base de dados adequada e a tomada de decisões em relação às dimensões, indicadores e limites das privações que melhor explicam as privações múltiplas das crianças em Angola. As subsecções seguintes apresentam detalhes sobre estas considerações.

2.2.1 A-MODA: dados estatísticos

A análise multidimensional da pobreza infantil em Angola é uma aplicação da metodologia MODA específica para um país: **Análise de Privações Múltiplas Sobrepostas em Angola**. Para capturar de forma mais rigorosa as privações em termos de bens essenciais e serviços das crianças em Angola, as medições da privação infantil são personalizadas para se adaptarem ao contexto nacional na estrutura oferecida pela metodologia MODA ao nível nacional.

O estudo usa a base de dados do **Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde (IIMS) 2015-2016** de Angola. Entre as razões que levaram à escolha desta base de dados estão: i) o facto de ser o inquérito nacional mais recente (2016) e representativo disponível; ii) a disponibilidade imediata da base de dados; iii) a riqueza de indicadores específicos das crianças e das suas vulnerabilidades. Estas características tornaram-na especialmente indicada para ser usada numa análise nacional da pobreza multidimensional.

A análise A-MODA é feita em relação ao total da população infantil com menos de 18 anos. A base de dados do IIMS 2015-2016 de Angola cobre uma amostra representativa de cerca de 16 109 agregados familiares e 41 647 crianças com menos de 18 anos, residentes tanto em áreas rurais como urbanas do país (ver o apêndice A para mais detalhes sobre as características da amostra). O modelo do inquérito produz estimativas fiáveis tanto no âmbito nacional, provincial e rural/urbano como em relação às características sociodemográficas de género, idade, nível de escolaridade e quintil socioeconómico. Os dados do IIMS 2015-2016 cobrem vários aspectos do bem-estar infantil incluindo a saúde, nutrição, educação, acesso a informação, habitação e saneamento, entre outros, tornando o muito recomendável para uma análise da privação infantil em Angola³.

2.2.2 Dimensões, indicadores e grupos etários

A análise de privações múltiplas e sobrepostas requer a definição de dimensões de bem-estar, indicadores e limites de privação que reflectam o contexto específico no qual as crianças crescem em Angola. A metodologia MODA prefere o uso de padrões internacionais como princípios orientadores na selecção das dimensões mais relevantes do bem-estar infantil, mas adaptados ao contexto local. Os direitos das crianças consagrados na Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) (ONU, 1989), combinados com a Cimeira Mundial para o Desenvolvimento Social (ONU, 1995), com os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) (ONU, 2000; PNUD, 2003) e com os mais recentes Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), têm servido de base para a construção de um conjunto nuclear de dimensões essenciais para o desenvolvimento de qualquer criança independentemente do país de residência ou do estatuto socioeconómico ou cultural.

³ Ver INE et al. (2017) para informações adicionais sobre o Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde (IIMS) em Angola.

No decurso do *workshop* realizado em Luanda com participantes do Instituto Nacional de Estatística (INE) e membros do Ministério da Acção Social, Família e Promoção da Mulher e em encontros com as partes nacionais interessadas e peritos sectoriais, escolheu-se um conjunto de dimensões, indicadores e limites em articulação com o Instituto de Investigação de Políticas Sociais (SPRI) de forma a fornecer elementos e servir de orientação para a monitorização da **meta 1.2 do ODS 1**, especificamente para crianças. As partes interessadas tiveram um papel activo na discussão, aconselhamento e selecção das dimensões e indicadores mais relevantes de medição da pobreza não monetária no país, contribuindo para a contextualização da pobreza infantil no âmbito nacional.

As opiniões e preocupações das partes interessadas no âmbito nacional, concertadas com normas e padrões nacionais; teorias concebidas por académicos, investigadores e universidades; suposições implícitas ou explícitas sobre o que é ou devia ser valorizado pela população; “consenso público”; provas empíricas relativas ao que as crianças (ou outros) mais valorizam como elementos de bem estar; e avaliações de exequibilidade orientadas por dados, foram consideradas para a definição das dimensões, indicadores e limites de privação para a aplicação do A-MODA neste estudo (ver o apêndice B para mais detalhes sobre estes parâmetros).

Tomando a **criança como a unidade de análise**, a metodologia MODA reconhece a heterogeneidade das necessidades e privações da criança de acordo com a sua idade. Assim sendo, seguindo a abordagem do ciclo de vida, as dimensões, indicadores e limites utilizados para avaliar as privações das crianças em Angola foram definidos consoante os grupos etários distintos de forma a capturar melhor as necessidades únicas das crianças em relação ao seu estágio de desenvolvimento: primeira infância, infância e adolescência. Desta forma, as crianças foram distribuídas em quatro grupos de acordo com as idades: **0-23 meses, 24-59 meses, 5-11 anos e 12-17 anos** para estudar as privações infantis em Angola e as dimensões e indicadores correspondentes a cada grupo etário (figura 2).

Figura 2. Grupos etários, dimensões e indicadores seleccionados

0-23 MESES	24-59 MESES	5-11 ANOS	12-17 ANOS
<p>NUTRIÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> Alimentação de bebés e crianças pequenas Consumo de micronutrientes (Vitamina A) 			
<p>SAÚDE</p> <ul style="list-style-type: none"> Imunização completa Assistência ao parto por especialistas 	<p>SAÚDE</p> <ul style="list-style-type: none"> Assistência ao parto por especialistas 		
<p>PREVENÇÃO DA MALÁRIA</p> <ul style="list-style-type: none"> Mosquiteiro tratado com inseticida (MTI) 	<p>PREVENÇÃO DA MALÁRIA</p> <ul style="list-style-type: none"> Mosquiteiro tratado com inseticida (MTI) 	<p>PREVENÇÃO DA MALÁRIA</p> <ul style="list-style-type: none"> Mosquiteiro tratado com inseticida (MTI) 	<p>PREVENÇÃO DA MALÁRIA</p> <ul style="list-style-type: none"> Mosquiteiro tratado com inseticida (MTI)
<p>SANEAMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> Instalações sanitárias melhoradas Instalações sanitárias partilhadas 	<p>SANEAMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> Instalações sanitárias melhoradas Instalações sanitárias partilhadas 	<p>SANEAMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> Instalações sanitárias melhoradas Instalações sanitárias partilhadas 	<p>SANEAMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> Instalações sanitárias melhoradas Instalações sanitárias partilhadas
<p>HABITAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> Material da habitação Combustível sólido para cozinhar Superlotação 	<p>HABITAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> Material da habitação Combustível sólido para cozinhar Superlotação 	<p>HABITAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> Material da habitação Combustível sólido para cozinhar Superlotação 	<p>HABITAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> Material da habitação Combustível sólido para cozinhar Superlotação
<p>ÁGUA</p> <ul style="list-style-type: none"> Fonte de água para beber Tratamento de água Distância da água 	<p>ÁGUA</p> <ul style="list-style-type: none"> Fonte de água para beber Tratamento de água Distância da água 	<p>ÁGUA</p> <ul style="list-style-type: none"> Fonte de água para beber Tratamento de água Distância da água 	<p>ÁGUA</p> <ul style="list-style-type: none"> Fonte de água para beber Tratamento de água Distância da água
<p>EXPOSIÇÃO À COMUNICAÇÃO SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Acesso a meios de informação 	<p>EXPOSIÇÃO À COMUNICAÇÃO SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Acesso a meios de informação 	<p>EXPOSIÇÃO À COMUNICAÇÃO SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Acesso a meios de informação 	<p>EXPOSIÇÃO À COMUNICAÇÃO SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Acesso a meios de informação
	<p>PROTEÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> Certidão de nascimento 	<p>PROTEÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> Certidão de nascimento 	<p>PROTEÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> Certidão de nascimento
		<p>EDUCAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> Frequência escolar Grau por idade 	<p>EDUCAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> Frequência escolar Grau por idade Realização da escolaridade primária

Cada um dos grupos etários listados acima inclui **indicadores relativos à criança e ao agregado**. Os indicadores ao nível do agregado foram utilizados para as dimensões de *Saneamento*, *Habitação*, *Água* e *Exposição aos meios de comunicação social*. Estes indicadores medem a privação da criança directamente no ambiente em que ela cresce, assim sendo, aplicam-se a todos os grupos etários.

De forma distinta dos indicadores do agregado familiar, algumas dimensões podem não se aplicar a toda a população infantil e, mesmo quando a mesma dimensão se aplica a grupos etários diferentes, os indicadores de privações ao nível da criança podem ser diferentes entre grupos etários distintos. Há várias razões para isto acontecer, incluindo a coerência empírica e condicionalismos dos dados. Por exemplo, a *Nutrição* é uma dimensão proeminente na medição da privação entre crianças mais novas, enquanto a *Educação* é uma dimensão que mede melhor o desenvolvimento de crianças em idade escolar. Na análise dos dados, também é necessário estabelecer prioridades entre as dimensões para crianças de idades diferentes, caso os indicadores e dimensões sejam afectados pela falta de dados e tenham de ser omitidos.

De maneira mais precisa, para bebés (0-11 meses) e crianças na primeira infância (12-59 meses), foram seleccionados indicadores específicos para *Nutrição* e *Saúde* de acordo com a idade. A *Amamentação Exclusiva* foi usada como o indicador para a alimentação de bebés com menos de 6 meses. No entanto, para crianças com seis meses ou mais, foi

usada uma variável que conjuga aspectos da Frequência Mínima de Refeição (FMR) e da Variedade Nutricional Mínima (VNM) para avaliar a privação neste indicador. No caso do indicador **Imunidade Total para Saúde**, considera-se que a criança recebeu todas as vacinas básicas até à idade recomendada⁴.

A **dimensão da Educação** cobre apenas crianças em idade escolar (i.e. crianças dos 6 aos 17 anos de idade), incluindo indicadores que são coerentes com os requisitos escolares segundo a faixa etária. Por exemplo, para crianças em idade de escolaridade secundária (12-17 anos de idade), a análise incluiu indicadores de nível individual sobre a *assiduidade escolar* da criança, *reprovações e conclusão do ensino primário*, enquanto que para crianças em idade de escolaridade primária (6-11 anos de idade) apenas os dois primeiros indicadores foram considerados.

O indicador sobre *Protecção infantil*, considera relevante ter a *certidão de nascimento* para proteger as crianças, visto que estar apenas registado não é suficiente para evitar privações. Além disso, este indicador é considerado relevante em Angola apenas para as crianças entre os 2 e os 17 anos de idade que podem ter acesso limitado a bens e serviços específicos devido a não terem essa certidão.

Seguindo a metodologia MODA, **identifica-se uma criança como estando privada numa dimensão se ela estiver privada de pelo menos um dos indicadores constituintes da dimensão**. Seguindo a abordagem da união⁵, todos os indicadores incluídos numa dimensão têm o mesmo peso, visto que a escolha de mais do que um indicador para constituir uma dimensão é feita de forma a que os indicadores se complementem uns aos outros na identificação de diferentes aspectos igualmente relevantes na privação da criança na respectiva dimensão. Assim, a selecção de indicadores foi efectuada com base na ideia de que todos explicam parcialmente a materialização (ou não) dos direitos da criança. Por exemplo, uma criança entre os 6 e os 23 meses é considerada privada na dimensão de *Nutrição*, se não recebeu um Mínimo Aceitável de Dieta Alimentar (MADA) ou se não recebeu as doses de Vitamina A recomendadas para a respectiva idade. Para além disso, uma vez que cada uma das dimensões seleccionadas reflecte um direito básico e uma necessidade das crianças em Angola, todas foram consideradas como tendo a mesma relevância na análise.

No âmbito multidimensional, a MODA usa a abordagem de demarcação ($0 < K \leq d$). Um ponto de demarcação, ou "limite de privação" (k), define se uma criança é considerada privada ou não multidimensionalmente. Por exemplo, se $k=3$, significa que uma criança que tem pelo menos três privações simultâneas, será identificada como multidimensionalmente pobre. Para analisar a pobreza multidimensional em Angola, chegou-se a um consenso de usar, neste estudo, o **limite de privação $k=3$** .

Foram seleccionadas várias **variáveis de caracterização** para definir a vulnerabilidade infantil de forma transversal a todas as dimensões. A MODA utiliza variáveis de caracterização para descrever as características das crianças mais vulneráveis em Angola. Ao fazê-lo de mapear mais facilmente as privações infantis e pode coadjuvar no delinear das respostas de prevenção social mais adequadas para apoiar aqueles que dela mais precisam. A selecção das variáveis de caracterização foi sobretudo condicionada pelos dados disponíveis.

A partir da selecção prévia das dimensões, indicadores e limites de privação, o estudo usa formas complementares diferentes para analisar as privações a que as crianças dos distintos grupos etários estão sujeitas:

⁴ As vacinas básicas são: BCG, poliomielite 0 aos 4, pentavalente (DTP-HepB-Hib) 1 aos 3, sarampo e febre amarela.

⁵ A MODA usa a abordagem da união quando combina indicadores em dimensões para identificar crianças com privações em qualquer dos indicadores. Esta abordagem implica que uma criança que tem privações em pelo menos um indicador de uma determinada dimensão será considerada privada nesta dimensão. Esta abordagem não é sensível, nesta fase, à severidade da privação, uma vez que pressupõe que o peso idêntico nos indicadores que provocam privação numa dimensão seja independente do número de indicadores em que uma criança é privada (De Neubourg et al., 2012).

- a) Especificidade sectorial (privação única): a percentagem de crianças privadas em cada dimensão e em cada indicador foi calculada para oferecer uma primeira perspectiva de quais são as privações particularmente relevantes para cada grupo etário;
- b) Distribuição do número de dimensões em que as crianças estão privadas: as privações por criança foram contabilizadas para dar uma visão geral da distribuição de todas as privações entre os diferentes grupos etários e de acordo com as diferentes características dos contextos (i.e. variáveis de caracterização). A contagem de privações também permitiu a análise da intensidade da privação multidimensional;
- c) Índices de privação multidimensional: foram calculados vários índices de privação multidimensional para fornecer diferentes estatísticas de síntese:
 - i. o índice de privação (H), para observar a incidência de privações simultâneas nas várias dimensões⁶;
 - ii. a intensidade média (A) para observar o número de privações vividas por uma criança carenciada como uma percentagem de todas as possíveis privações;
 - iii. a privação efectiva ajustada (MO), para apreender tanto a incidência como a intensidade da privação;
- d) Análise multidimensional de privações sobrepostas: a análise identificou diferentes combinações de privações que ocorrem simultaneamente e calculou o número de crianças que sofrem dessas privações ao mesmo tempo.

Este relatório resume os resultados mais salientes da análise de privações múltiplas sobrepostas das crianças em Angola, fornecendo uma caracterização das privações.

⁶ Os índices foram calculados usando a metodologia de Alkire e Foster (2011).



3

3. Privação infantil multidimensional em Angola

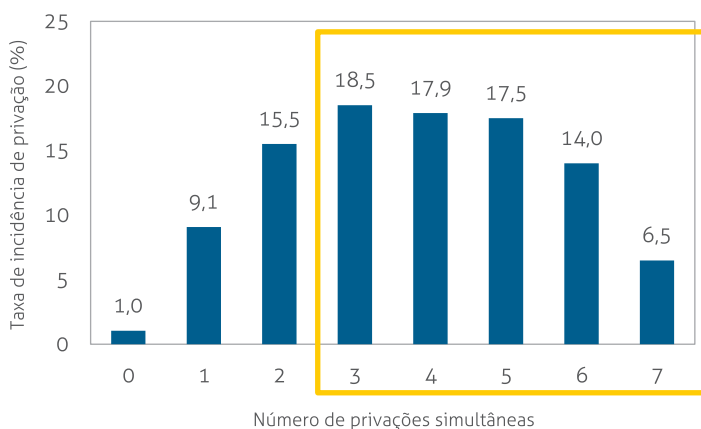
Esta secção tem como objectivo fornecer um valor de referência das crianças com privações múltiplas em Angola, considerando todas as crianças entre os 0 e os 17 anos de idade. Estes resultados podem servir como a primeira medida da meta 1.2 do ODS 1 para as crianças angolanas e para compreender as principais privações e características das crianças mais vulneráveis.

3.1 Quantas crianças sofrem privações e do que são privadas?

Compreender a gravidade das privações sofridas pelas crianças requer um exame profundo, para determinar se as privações ocorrem em simultâneo ou não. Isto conduz à identificação das crianças mais vulneráveis, isto é, de crianças que sofrem várias privações ao mesmo tempo. Os resultados desta secção podem servir de medida orientadora da meta 1.2 da agenda nacional dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para a pobreza multidimensional ou privação em Angola, contribuindo para a monitorização dos progressos alcançados pelo país na redução da pobreza infantil.

A figura 3 mostra a distribuição do número de privações simultâneas experimentadas por cada criança em Angola. A análise apresentada na figura abaixo mostra que apenas 1% das crianças em Angola não sofrem privações. **Três em cada quatro crianças com menos de 18 anos sofrem entre três a sete privações ao mesmo tempo.** Estes resultados mostram a gravidade da privação multidimensional das crianças em Angola.

Figura 3. Distribuição percentual do número de privações nas crianças de 0-17 anos



3. Privação infantil

Para explicar melhor esta situação e capturar as privações destas crianças numa medição única, fornecemos informações sobre a intensidade e gravidade das privações tendo em conta todos os limites de privação possíveis a partir dos índices de privação multidimensional. Estes índices auxiliam a monitorização e a comunicação em torno da pobreza infantil multidimensional e da sua evolução em Angola. Os índices de privação multidimensional apresentados no quadro 1, mostram a incidência geral da pobreza (i.e. a percentagem de crianças pobres multidimensionalmente) e a intensidade da vulnerabilidade das crianças pobres (i.e. a percentagem de privações sofridas em média por cada criança com privações).

Quadro 1. Índices de privação multidimensional nas crianças de 0-17 anos de idade

NÚMERO DE PRIVAÇÕES	TAXA DE PRIVAÇÃO MULTIDIMENSIONAL EFECTIVA (H) %	N.º MÉDIO DE PRIVAÇÕES ENTRE AS CARENCIADAS (A)	INTENSIDADE MÉDIA ENTRE AS CARENCIADAS (A) %	TAXA DE PRIVAÇÃO EFECTIVA AJUSTADA (Mo)
1-7 privações	99,0	3,9	55,4	0,55
2-7 privações	89,9	4,2	59,6	0,54
3-7 privações	74,4	4,6	66,1	0,49
4-7 privações	55,8	5,2	73,8	0,41
5-7 privações	38,0	5,7	81,6	0,31
6-7 privações	20,5	6,3	90,2	0,19
7 privações	6,5	7,0	100,0	0,07

A taxa efectiva (H) fornece a percentagem de crianças com privações para cada demarcação possível da privação multidimensional. Tal como o limiar da pobreza nas análises de pobreza monetária, a média de intensidade entre as crianças com privações (A) dá um indicador da gravidade da privação. O Mo é um índice resumido que agrega a taxa de privação e a intensidade de tal forma que captura os aumentos do índice de pobreza se uma criança que já é pobre sofrer de privações numa nova dimensão. O limite de privação k refere-se ao número de privações usadas como ponto de demarcação para definir uma criança como sendo “pobre ou privada multidimensionalmente”.

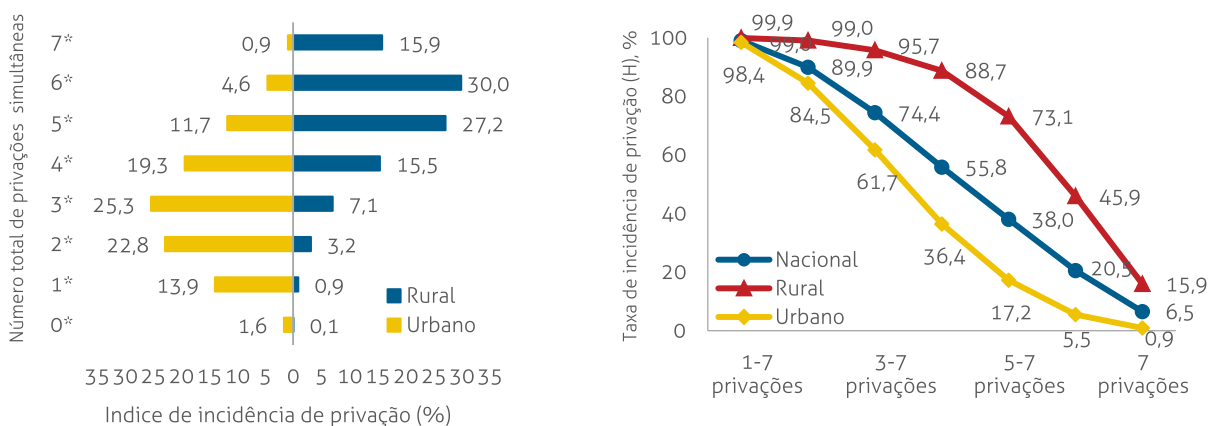
Considerando um limite de três dimensões ($k=3$), **74,4% das crianças em Angola sofrem privações multidimensionais em pelo menos três dimensões de um total das sete privações possíveis**. Estas crianças sofrem em média quatro a cinco privações, o que representa 66% ($A\%$) de um número total de privações possíveis usadas neste estudo (i.e. sete dimensões). Assim sendo, a taxa de privação ajustada à intensidade (Mo) é de 0,49 correspondendo à **taxa efectiva, multiplicada pela média de intensidade das privações** (i.e. $H*A$). A pobreza por privação entre as crianças é alta em Angola, mas é comparável a outros países africanos de grandes dimensões como a Etiópia e a República Democrática do Congo⁷.

⁷ Para mais detalhes, consulte <http://nmoda.spriglobal.org/countries/2?locale=en>

3.2 Onde vivem as crianças com privações?

Algumas características das crianças e dos seus agregados familiares estão muito correlacionadas com o número de privações simultâneas que enfrentam. É importante olhar para a distribuição geográfica das crianças com privações para entender melhor os factores que podem estar a limitar o acesso das crianças a bens e serviços básicos e para melhor apoiar as políticas que visam a redução da pobreza infantil. A figura 4 mostra a distribuição das privações nas crianças dos 0 aos 17 anos de acordo com a sua área de residência e o rácio de privação (H) para todos os limites de privação possíveis.

Figura 4. Distribuição percentual de privações nas crianças de 0-17 anos por área de residência



Nota: * $p < 0,05$ no teste de independência qui-quadrado.

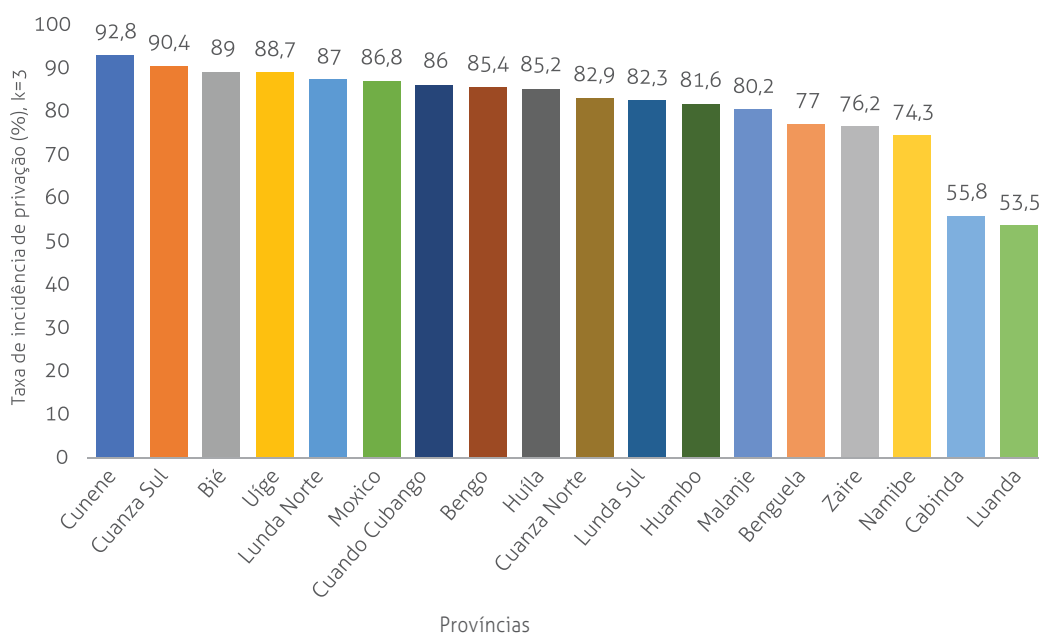
Existem três motivos relevantes no que diz respeito à distribuição do número total de privações experimentadas em simultâneo pelas crianças dependendo do local de residência. **Enquanto a maioria das crianças que vivem em áreas urbanas está sujeita a duas ou três privações simultaneamente, nas áreas rurais a maioria das crianças sofre cinco ou seis dimensões de privação simultâneas.** A informação à direita do gráfico acima mostra a distribuição acumulada da taxa de privação pelos diferentes limites de privação. Destaca as diferenças significativas na incidência de privações multidimensionais de acordo com a área de residência. Se considerarmos um limite de três privações, observamos que cerca de 62% das crianças que vivem em áreas urbanas sofrem privações em três ou mais dimensões em simultâneo, enquanto esta percentagem é claramente mais alta nas áreas rurais, chegando a uma taxa efectiva de privações de cerca de 96% como mostra a figura 4 (curva correspondente a 3-7 privações).

De forma a examinar com maior detalhe as crianças que sofrem privações simultâneas, analisamos a intensidade das privações múltiplas por província através da taxa de privação multidimensional considerando um limite de privação de três dimensões (figura 5).

3. Privação infantil



Figura 5. Taxa de privações multidimensionais nas crianças de 0-17 anos por província



Fonte: cálculo com a metodologia MODA baseado nos dados do IIMS 2015-2016 INE, Angola.

As diferenças de intensidade na privação múltipla entre províncias também são muito relevantes. **Luanda e Cabinda são as províncias com a percentagem mais baixa de crianças com privações em pelo menos três dimensões**, com uma taxa de privação de 54% e 56%, respectivamente. Estes valores contrastam bastante com os das outras províncias, seirmos que, **em treze das dezoito províncias de Angola, mais de 80% das crianças sofrem de privações simultaneamente em três ou mais dimensões**. Entre estas províncias, as taxas mais elevadas de privação encontram-se nas províncias do Cunene, com cerca de 93% de crianças com privações em pelo menos três dimensões, e do Cuanza Sul com 90%. No entanto, é importante realçar que mais de metade das crianças em Angola, independentemente da província de residência, sofrem de três ou mais privações. Esta constatação exige acções imediatas e efectivas em prol daqueles que construirão o futuro de Angola.

3.3 Resumo: pontos centrais da análise da privação infantil multidimensional para todas as crianças

Esta secção apresenta as privações multidimensionais enfrentadas por crianças com menos de 18 anos de idade em Angola. Este tipo de análise sublinha a gravidade das privações da criança e tem origem nos esforços do país para uma definição a nível nacional das dimensões do bem-estar infantil. Os resultados da análise podem por isso ser usados para monitorizar a meta 1.2 dos ODS. Para além disso, os níveis de privação subnacionais também foram calculados, permitindo a caracterização das crianças com mais privações de acordo com as suas particularidades. Os resultados essenciais desta análise são resumidos assim:

1. Quase todas as crianças em Angola sofrem pelo menos uma privação (apenas 1% da população com menos de dezoito anos tem 0 privações);
2. As crianças acumulam tendencialmente 3, 4 ou 5 privações ao mesmo tempo;
3. Utilizando um limite de privação multidimensional de $k=3$, observa-se que 74% das crianças sofrem três ou mais privações. Em média, estas crianças acumulam 4,6 privações simultâneas;
4. A taxa de incidência de privações multidimensionais para um limite de $k=3$ (74%) pode ser anunciada como a taxa de pobreza multidimensional das crianças a serem monitorizadas ao abrigo da meta 1.2 dos ODS;
5. Enquanto a maioria das crianças que vivem em áreas urbanas sofre duas ou três privações ao mesmo tempo, nas áreas rurais a maioria das crianças tem privações em cinco ou seis dimensões em simultâneo. Para um limite de $k=3$, cerca de 62% e cerca de 96% das crianças das áreas urbanas e rurais, respectivamente, são abrangidas por privações múltiplas;
6. Luanda e Cabinda tendem a ser as províncias com menos crianças privadas multidimensionalmente (54% e 56%, respectivamente), enquanto as províncias do Cunene e do Cuanza Sul são as que apresentam mais privações (as crianças com privações multidimensionais totalizam mais de 90% das crianças destas províncias).



EPAL

4. Privações das crianças em Angola: uma análise por grupo etário

Esta secção apresenta a análise das privações múltiplas das crianças em Angola por cada grupo etário. Em primeiro lugar, analisam-se os resultados ao nível das privações simples por dimensão e indicador. Em seguida, apresentam-se os resultados da análise das privações múltiplas sobrepostas.

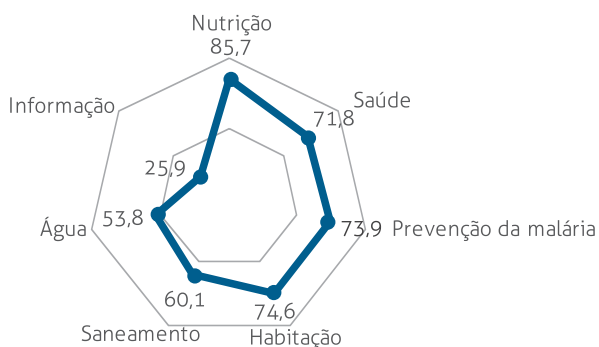
4.1 Análise das privações por sector

A análise das privações simples tem por objectivo determinar quais os sectores em que as crianças em Angola sofrem mais privações, apresentando individualmente os resultados para cada uma das dimensões e indicadores que se tomaram como relevantes para o bem-estar infantil por grupo etário. Uma avaliação detalhada destes resultados e a identificação das características das crianças com privações fornece uma indicação de quais os sectores que devem receber uma atenção especial.

4.1.1 Crianças dos 0 aos 23 meses

A incidência mais elevada das privações em Angola nas crianças dos 0 aos 23 meses ocorre na dimensão **Nutrição**, com cerca de **86%** destas crianças privadas do recebimento de uma alimentação adequada (figura 6). Com cerca de 10 pontos percentuais abaixo das privações na nutrição, as privações na *Habitação*, *Prevenção da malária* e *Saúde* também são muito altas, com 75%, 74% e 72% das crianças entre os 0 e os 23 meses a sofrer privações nestas dimensões, respectivamente.

Figura 6. Percentagem de crianças de 0-23 meses com privações por dimensão

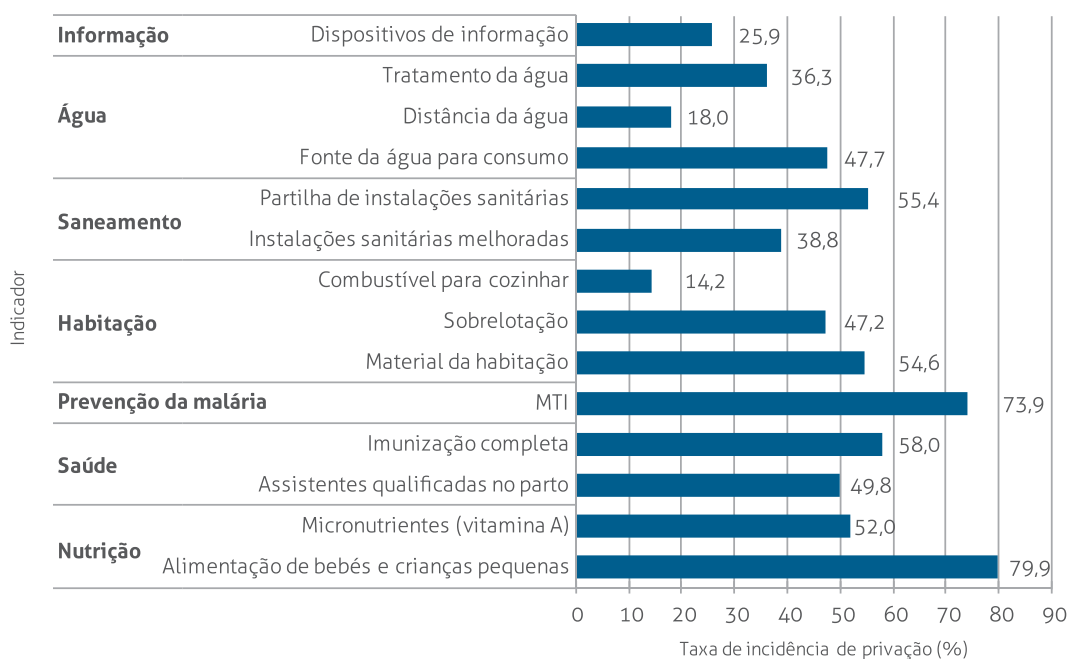


4. Privações das crianças

4

No caso da *Nutrição*, a privação nesta dimensão é medida tendo em consideração a privação na alimentação infantil e o consumo de micronutrientes (i.e. não ter recebido as doses recomendadas de vitamina A), mas explica-se sobretudo por não existirem padrões alimentares apropriados. De acordo com a figura 7, cerca de 80% **das crianças com menos de 24 meses sofrem privações no indicador de alimentação infantil**, que consiste na amamentação exclusiva nas crianças com menos de 6 meses e dieta alimentar mínima nas crianças entre os 6 e os 23 meses. Não ser exclusivamente amamentada explica em grande medida esta incidência, com 63% das crianças entre os 0 e os 5 meses a sofrer privação. Nas crianças entre os 6 e os 23 meses, tanto o não terem a variedade nutricional mínima (cerca de 62%) e/ou uma frequência mínima de refeição (cerca de 74%) são razões preponderantes para as crianças não receberem uma alimentação apropriada.

Figura 7. Percentagem de crianças de 0-23 meses com privações por dimensão e indicador



A figura 7 também mostra que a taxa de privação em *Habitação* se deve sobretudo ao uso de materiais no telhado, chão e/ou paredes que são matérias primas naturais que não se consideram permanentes. Constata-se que cerca de 55% das crianças vivem em agregados em que a habitação é feita de materiais impróprios, segundo os critérios de referência. O indicador de sobrelotação também é responsável pela privação de 47% das crianças dos 0 aos 23 meses. Note-se que a privação em *Prevenção da malária* é influenciada pela privação no indicador *Uso de Rede Mosquiteira tratada com Insecticida (RMI)*, que **indica que 74% das crianças dos 0 aos 23 meses não usam uma RMI para dormir**.

Em relação à incidência de privação de *Saúde*, considera-se se o *parto da criança foi assistido por um pessoal qualificado*, como indicativo da qualidade dos serviços de saúde materno-infantil, e se a criança está completamente imunizada de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Programa Nacional de Vacinação (PAV). Ambos os indicadores mostram se determinantes (mais de 50% das crianças dos 0 aos 23 meses sofrem privações em pelo menos um destes indicadores) das elevadas taxas de privações na dimensão *Saúde*. Nota-se que as taxas altas de privações no indicador de

parto assistido por pessoal qualificado também podem contribuir para as taxas altas de mortalidade infantil e mortalidade materna em Angola, apesar dos esforços do Ministério da Saúde para melhorar o acesso aos cuidados de saúde básicos⁸.

No caso do indicador da imunidade total, a cobertura da imunização com as vacinas recomendadas diminui com a idade. Apesar da cobertura das vacinas da BCG e da poliomielite 0 ser relativamente alta nas crianças dos 0 aos 23 meses (72% e 68%, respectivamente), apenas 37% das crianças com mais de 12 meses levou quatro doses da vacina da poliomielite e 40% três doses da DTP. A cobertura da vacina da febre amarela neste grupo etário é de 49%, enquanto que a do sarampo é de alguma forma mais alta, com 57%.

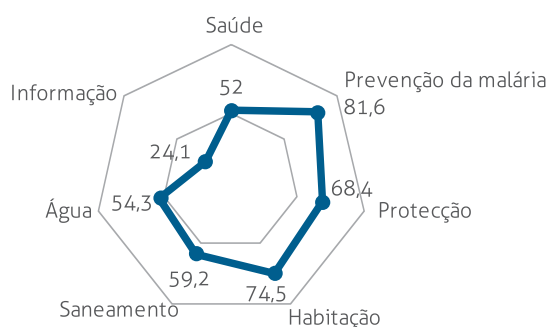
No contexto angolano, este é um problema particularmente relevante se se considerar que a vacinação é uma das melhores estratégias para prevenir as doenças mortais durante a infância e que contribui para aumentar a sobrevivência infantil. As diferenças na cobertura podem ser associadas ao facto de as vacinas da BCG e da poliomielite 0 serem administradas nos hospitais antes de se abandonar o hospital, no seguimento de um parto, enquanto as outras não. Assim, isto pode ser associado à falta de infra-estruturas acessíveis aos agregados. Se for este o caso, a incidência de privações para o indicador de *imunidade completa* pode ainda ser informativo sobre outras potenciais privações como seja o *acesso a unidades de saúde*. De facto, os custos das deslocações para vacinação e procura de tratamento para as crianças do agregado aumentam com a distância.

Por último, é importante notar que mesmo que as privações nas dimensões *Água e Saneamento* estejam abaixo da média, a incidência de privações nos indicadores *origem de água potável e partilha de instalações sanitárias* estão em linha com valores da habitação mencionados anteriormente (materiais e sobrelotação), sendo de 48% e 55%, respectivamente.

4.1.2 Crianças dos 24 aos 59 meses

Nas crianças dos 24 aos 59 meses, os níveis de privação em Prevenção da malária e Habitação são os mais altos (82% e 75%, respectivamente), o que é coerente com as percentagens registadas para a faixa etária mais baixa (figura 8). A incidência na privação da *Protecção infantil* também está entre as mais altas para as crianças desta faixa etária, tendo em conta que cerca de dois terços das crianças sofrem privações nesta dimensão (o que se expressa na falta de certidão).

Figura 8. Percentagem de crianças de 24-59 meses com privações por dimensão



⁸ De acordo com os dados do IIMS 2015-2016 Angola, a taxa de mortalidade infantil é de 44 óbitos por 1000 nascimentos. Apesar da redução significativa de 45% na taxa de mortalidade infantil registada entre os períodos 2001-2005 e 2011-2015, continua a ser um problema crucial que requer atenção especial.

4. Privações das crianças

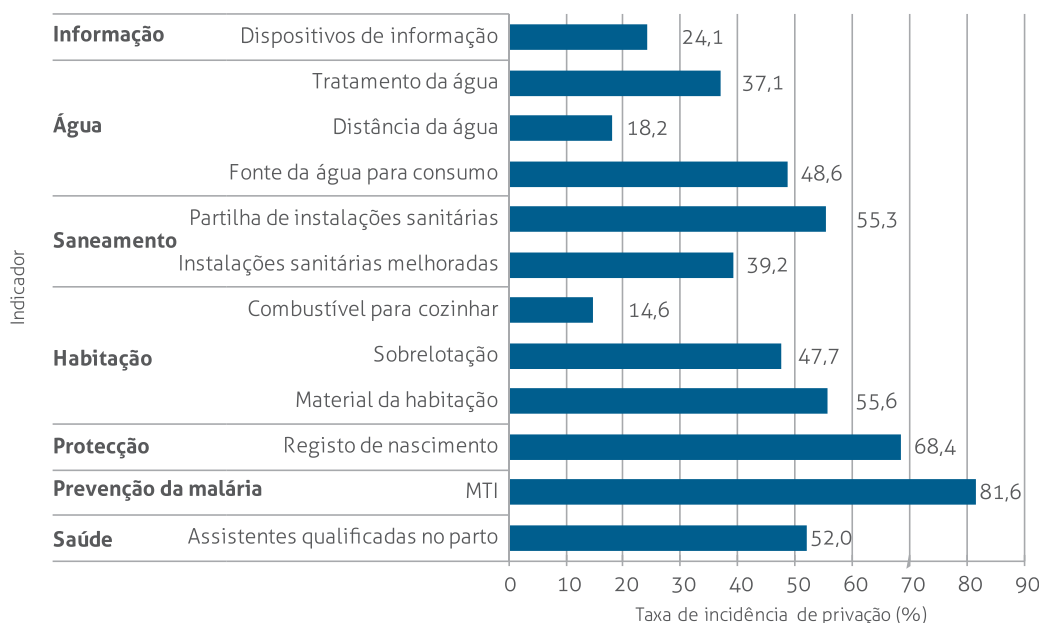
4

Apesar de a percentagem de crianças com privações em Saúde ser 20 pontos percentuais mais baixa do que na faixa etária dos 0 aos 23 meses, a privação no grupo etário dos 24 aos 59 meses captura apenas a privação no *parto assistido por pessoal qualificado*, que é normalmente um pouco mais alta (52% contra 50%)⁹. No que respeita à *Prevenção da malária*, **uma percentagem mais baixa de crianças usa RMI para dormir, descobrindo-se que quatro em cada cinco crianças dos 24 aos 59 meses estão privadas nesta dimensão.**

A privação na dimensão *Protecção infantil* é medida considerando a privação no indicador da *certidão de nascimento*, sendo que 68% das crianças dos 24 aos 59 meses não possuem certidão. O registo de nascimento é um direito fundamental da criança consagrado na Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) e na Carta Africana (Artigo 6) para assegurar que todas as crianças têm o direito à cidadania através de uma certidão de nascimento que lhes confira acesso a todos os direitos legais e à protecção do Estado. Em Angola, estar registado não é suficiente para se ter acesso a todos os direitos associados ao estatuto de cidadão, como sejam ter uma identidade jurídica, estudar, matricular-se na escola e ser vacinado, e ter acesso a vacinação durante a infância, mas também para na idade adulta poder aceder a emprego legal, casar, votar, etc.

Explorando melhor as taxas de privação por indicador na figura 9, a incidência de indicadores relacionados com o agregado são semelhantes àqueles observados nas crianças dos 0 aos 23 meses, enquanto os indicadores de *origem da água potável* e *partilha de instalações sanitárias* também apresentam percentagens altas de crianças privadas (49% e 53%, respectivamente), seguidos pelas taxas de privação nos indicadores *tratamento de águas e instalações sanitárias melhoradas*, com duas em cada cinco crianças dos 24 aos 59 meses a sofrer privações. Isto pode reflectir que ambos os grupos etários partilham características do agregado que podem ajudar a explicar as crianças com privações nestes casos. Este ponto é analisado com mais atenção na subsecção 4.1.5.

Figura 9. Percentagem de crianças de 24-59 meses com privações por dimensão e indicador

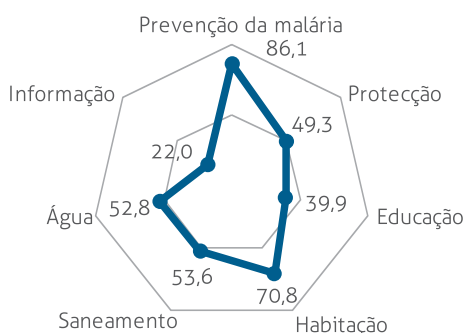


⁹ Apesar de o indicador da imunidade total também poder ser importante para indicar o bem-estar infantil no que diz respeito à saúde, a ausência de observações neste indicador na faixa etária dos 24 aos 59 meses tornaram impossível incluí-lo como indicador de privações de crianças na saúde.

4.1.3 Crianças dos 5 aos 11 anos

No grupo dos 5 aos 11 anos, a figura 10 mostra a percentagem de crianças que sofrem privações por dimensão. Como nos grupos etários anteriores, **o nível de privações na dimensão *Prevenção da malária* também está entre os mais altos nesta faixa**, mas a percentagem de crianças não privadas é mais alta em relação aos grupos etários inferiores (86%). A taxa de privação em *Habitação* também é semelhante àquela do grupo mais novo, com cerca de 3 em cada 4 crianças com privações nesta dimensão. Para além disso, outras dimensões associadas às características do agregado como *Saneamento*, *Água* e *Informação* mostram taxas de privação idênticas, embora um pouco mais baixas, às observadas para os grupos etários inferiores: 54%, 53% e 22%, respectivamente.

Figura 10. Percentagem de crianças de 5-11 anos com privações por dimensão



A privação na dimensão *Protecção infantil* mostra um declínio significativo na percentagem de crianças sem certidão de registo de nascimento em comparação com a faixa anterior, de 68% para 49%. Isto pode estar associado à necessidade de as crianças terem de apresentar a certidão de nascimento para frequentar a escola a partir da quarta classe e uma cédula formal para frequentar o ensino secundário, gerando uma necessidade premente para alguns agregados obterem a certidão de nascimento.

Aos cinco anos, as crianças em Angola devem iniciar oficialmente o ensino primário e, assim sendo, a dimensão *Educação* é incluída como um dos sectores mais importantes para determinar o bem-estar infantil para as crianças em idade escolar¹⁰.

Na figura 10, vemos que 40% das crianças dos 5 aos 11 anos têm privações na dimensão *Educação*. Este é um assunto crucial se se considerar que, em Angola, a frequência do ensino primário é obrigatória para esta faixa etária. A dimensão captura a privação em dois indicadores de educação: *assiduidade escolar* e *frequência escolar*, mas com dois anos (ou mais) de atraso em relação à classe correspondente à idade. Se olharmos para a incidência de privações nestes indicadores na figura 11, descobrimos que, apesar de 72% das crianças em idade de escolaridade primária

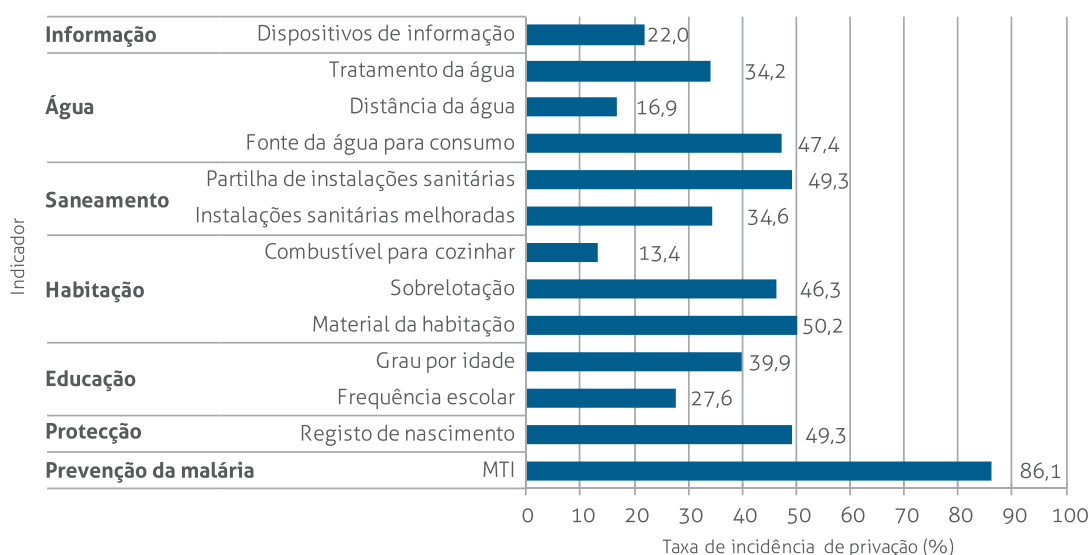
¹⁰ De acordo com o sistema educativo angolano, as crianças devem frequentar o ensino pré-escolar até aos 5 anos, o ensino primário entre os 6-11 anos e o ensino secundário entre os 12-17 anos. Mesmo a educação de crianças pequenas é muito relevante durante a infância uma vez que funda a base para a inteligência, personalidade, comportamento social e capacidade de aprendizagem e desenvolvimento, não tendo sido possível incluir um indicador de educação para crianças entre os 3 e os 5 anos, uma vez que a educação pré-primária só é obrigatória aos 5 anos de idade e a possibilidade de acesso ao ensino para os 3 ou 4 anos varia dependendo da região. Acresce que crianças com 5 anos foram excluídas para evitar sobrestimação de privações associadas aos efeitos do ano de nascimento.

4. Privações das crianças

4

frequentarem a escola em Angola, o indicador *classe de acordo com a idade* mostra que 40% das crianças com 8-11 anos frequentam uma classe com pelo menos dois anos de atraso em relação à classe que deviam frequentar. Em conjunto com a reprovação, isto pode estar relacionado com o facto de, em Angola, uma proporção alta de crianças serem inscritas tardiamente na primeira classe (UNICEF, 2015).

Figura 11. Percentagem de crianças de 5-11 anos com privações por dimensão e indicador

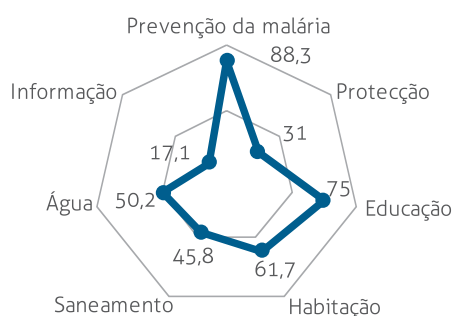


Analisando com mais detalhe os resultados da análise da privação infantil por indicador na Figura 11, observa-se que o decréscimo na incidência de privações em *Saneamento* para crianças dos 5 aos 11 anos está associado, ao mesmo tempo, a um melhor acesso a instalações sanitárias melhoradas (65%) e a uma percentagem mais baixa de crianças a viver em agregados que partilham as instalações sanitárias (com taxa de privação de 49%). As taxas de privação dos indicadores de origem de água potável e água tratada não são assim tão diferentes dos observados em grupos etários mais baixos, mas registam uma percentagem ligeiramente inferior de crianças que vivem em agregados que não tratam a água potável.

4.1.4 Crianças dos 12 aos 17 anos

Analisando as privações por dimensão para o grupo etário mais elevado de crianças entre os 12 e os 17 anos (figura 12), a privação em *Prevenção da malária* é uma privação presente em todas as faixas etárias que também se encontra neste grupo etário. **Nota-se que a não utilização de um mosquiteiro com tratamento insecticida para dormir é um problema que aumenta com a idade das crianças, com quase nove em cada dez crianças privadas neste indicador.**

Figura 12. Percentagem de crianças de 12-17 anos com privações por dimensão



Como ocorre com as taxas mais reduzidas de privação no grupo etário dos 5 aos 11 anos por comparação com os grupos mais baixos, os níveis de privação em *Protecção infantil* para crianças entre os 12 e os 17 anos decresceu ainda mais, sendo observada uma privação de 31% neste grupo etário. **Apesar de as crianças mais velhas terem maior probabilidade de ter registo de nascimento, 70% das crianças com menos de 5 anos ainda sofrem de privações neste direito básico e enfrentam consequências que podem limitar o bem-estar infantil.** Os níveis de privação nas dimensões de *Habitação*, *Saneamento*, *Água* e *Informação* são em todos os casos mais baixos do que são para as crianças mais novas, mesmo mantendo-se altos.

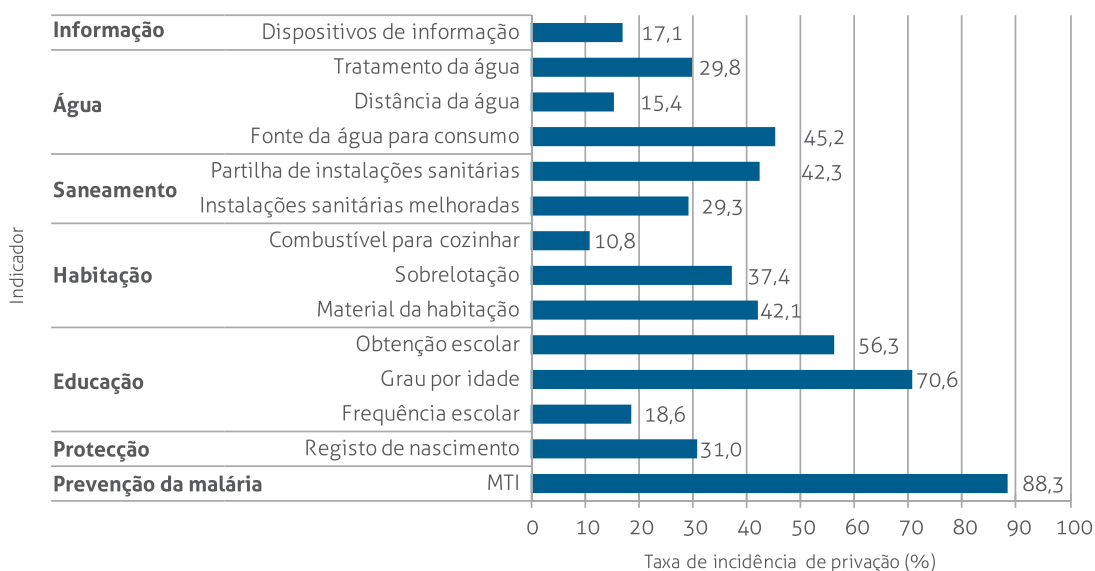
A dimensão **Educação** merece atenção especial, considerando que os níveis de privação são muito mais altos do que em crianças em idade de escolaridade primária (75% contra 40%, respectivamente). Crianças instruídas participam e contribuem para a riqueza económica e social das suas sociedades. Ainda assim, **apenas 44% das crianças dos 12 aos 17 anos concluíram o ensino primário (figura 13), apesar de a frequência do ensino primário nas crianças com 6-11 anos ser de 72%.**

Isto requer reformas apropriadas para assegurar pelo menos a conclusão do ensino primário às crianças de Angola. Para além disso, a proporção de crianças com privações no indicador classe *de acordo com a idade* (71%) quase que duplicou comparada com os valores observados em crianças dos 6 aos 11 anos. As reprovações aumentam o número de alunos por classe e afectam dessa forma a qualidade geral da educação disponível. Isto, associado ao facto de a taxa de frequência escolar nas crianças dos 12 aos 17 anos ser mais alta, pode indicar que um dos assuntos cruciais a serem resolvidos em Angola é a inscrição precoce de crianças na escola primária para reduzir atrasos na frequência da classe correspondente à idade da criança.

4. Privações das crianças

4

Figure 13. Percentagem de crianças de 12-17 anos com privações por dimensão e indicador

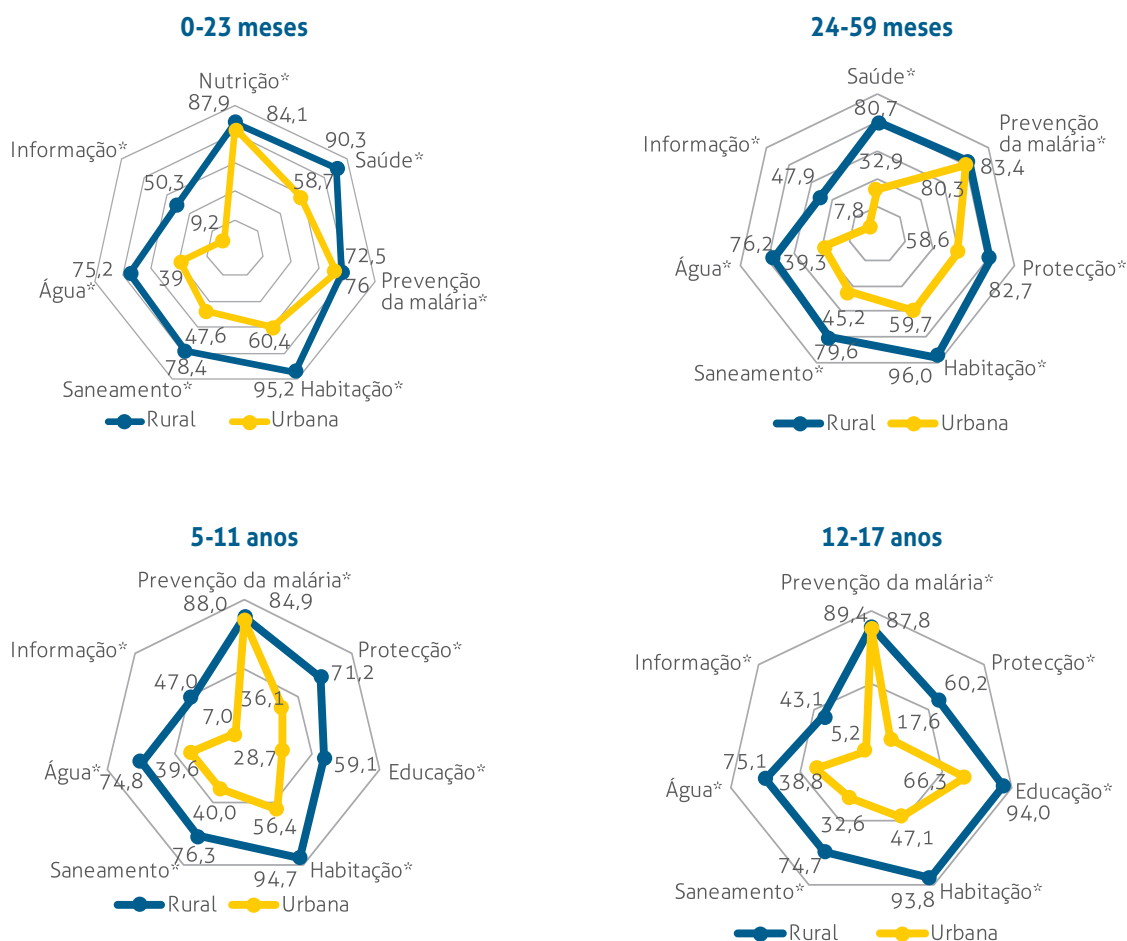


4.1.5 Quem são as crianças com privações em Angola?

Para perceber melhor quem são as crianças em Angola com maiores probabilidades de sofrerem privações numa dimensão específica, analisámos as taxas efectivas de privação para cada subgrupo com uma determinada caracterização. Esta análise da equidade centrada na criança permite identificar se as privações estão concentradas em áreas geográficas específicas ou se em agregados com contextos socioeconómicos específicos, em crianças com determinadas características, entre outras, e, assim, apreender as características das crianças mais vulneráveis em Angola, em cada grupo etário.

As crianças que habitam em áreas rurais têm probabilidades mais altas de sofrerem privações na maioria das dimensões quando comparadas com crianças que vivem em áreas urbanas, independentemente da idade da criança (figura 14). A única excepção é na dimensão *Prevenção da malária*, com uma das taxas de privação mais altas para as crianças que residem tanto em áreas urbanas como rurais (as diferenças não são estatisticamente relevantes).

Figura 14. Percentagem de crianças com privações por faixa etária e dimensão, segundo a área de residência



Nota: * p<0,05 no teste de independência qui-quadrado.

Analisando a taxa de privação por províncias e por grupos etários diferentes da figura 15 à figura 18, vê-se que a percentagem de crianças com privações é muito diversa entre as diferentes províncias. Para além disso, há uma variação na vulnerabilidade das crianças também dentro das províncias, dependendo da dimensão da privação.

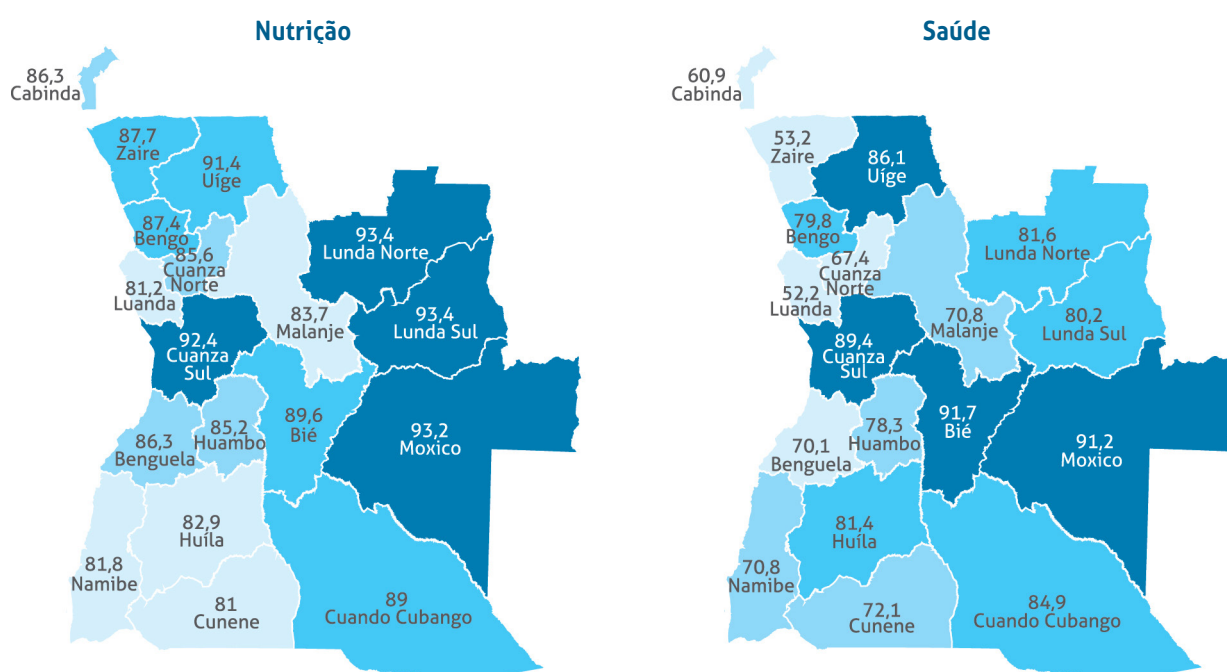
Na figura 15, observa-se que, nas crianças dos 0 aos 23 meses, as províncias com maiores proporções de crianças com privações em nutrição apropriada situam-se, de forma geral, no leste de Angola (Lunda Norte, Lunda Sul e Moxico) com taxas de privação de 93% em média. Neste caso, as províncias de Luanda, Cunene e Namibe apresentam as taxas de privação mais baixas (aproximadamente 81% em média). Apesar disso, olhando para a distribuição da taxa de privação na dimensão *Saúde*, a localização das taxas mais altas de privação é completamente distinta, encontrando-se as percentagens mais altas de crianças privadas na zona central do país (Bié, Moxico e Cuanza Sul), com aproximadamente 91%. No caso das taxas de privação mais baixas, mesmo apesar de Luanda ser ainda a província com as percentagens mais baixas de crianças com privações em *Saúde* (52%), a província do Zaire é a segunda com taxa de privação mais baixa (53%).

4. Privações das crianças

4

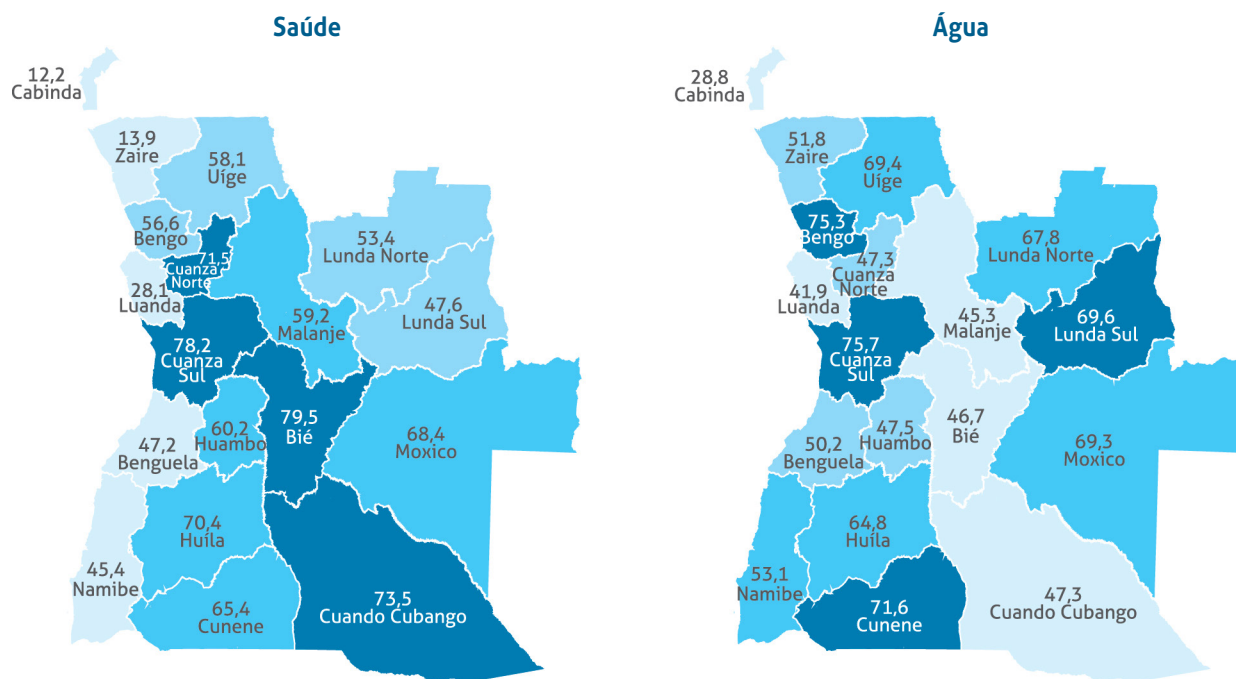
No geral, apesar da diversidade dos níveis de privação pelo país, observa-se que há sempre dois terços das crianças com privações em *Nutrição e Saúde*, independentemente da província onde residem. Este facto exige intervenção a nível nacional, especialmente em *Nutrição*, para solucionar as altas taxas de privação nestas duas dimensões, que são cruciais para a sobrevivência infantil (particularmente no primeiro mês de vida).

Figura 15. Taxa de privação nas crianças de 0-23 meses na dimensão de nutrição e saúde, segundo a província



Nas crianças dos 24 aos 59 meses (figura 16), para além de taxas de privação mais baixas em *Saúde* em todas as províncias em comparação com o grupo dos 0 aos 23 meses, a distribuição das taxas mais altas de privação por província varia ligeiramente. Neste caso, Bié e Cuanza Sul (apesar de serem mais baixas) ainda apresentam as taxas de privação mais altas (80% e 78%, respectivamente), seguidas por Cuando Cubango e Cuanza Norte (74% e 72%, respectivamente).

Figura 16. Taxa de privação nas crianças de 24-59 meses na dimensão de saúde e água, segundo a província



Pelo contrário, a distribuição de crianças carenciadas é diferente na dimensão da *Água*. Bié e Cuando Cubango estão entre as províncias que apresentam taxas mais baixas de crianças desfavorecidas (47%), juntamente com Luanda, Cabinda e Malange. As taxas mais elevadas de privação estão consideravelmente mais dispersas pelo país: Bengo (75%), Cuanza Sul (76%) e Cunene (72%)¹¹.

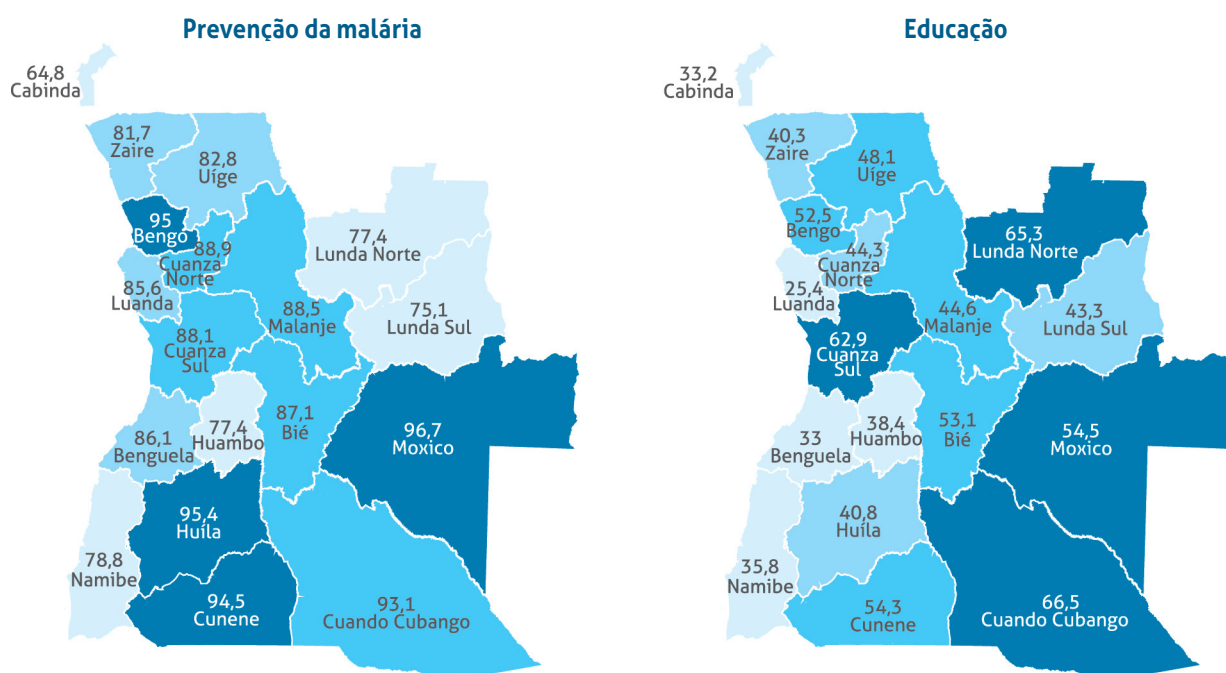
Considerando a dimensão de *Prevenção da malária* em crianças dos 5 aos 11 anos (figura 17), as taxas de contabilização de privações são extremamente elevadas no país, ultrapassando 75% em todos os casos excepto em Cabinda. Em média, as crianças do Moxico, Huíla, Bengo e Cunene têm 95% de probabilidade de sofrer carências nesta dimensão, constituindo as mais desfavorecidas em Angola. As crianças das províncias de Cabinda, Lunda Sul, Lunda Norte, Huambo e Namibe são as menos desfavorecidas, embora também apresentem elevados níveis de privação. Apesar da elevada probabilidade de morte causada pela malária em Angola, a prevenção desta doença ainda está abaixo de um nível ideal em todo o país.

¹¹ Os valores decimais foram geralmente arredondados para o número inteiro mais próximo.

4. Privações das crianças

4

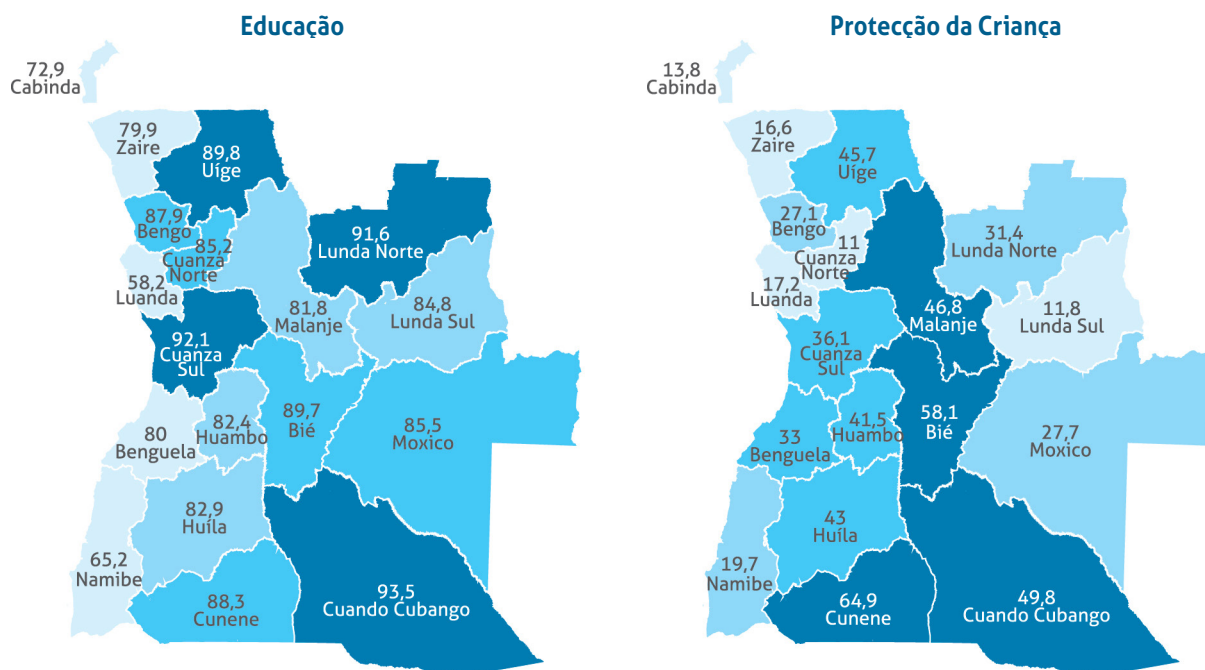
Figura 17. Taxa de privação nas crianças de 5-11 anos na dimensão de prevenção da malária e educação, segundo a província



A figura 17 também ilustra a distribuição das taxas de contabilização de privações por província para a dimensão de *Educação*. As crianças entre os 5 e 11 anos das províncias de Luanda (25%) e das províncias do Sudoeste como Benguela, Huambo e Namibe (35% em média) são as menos carenciadas, sendo as do Cuando Cubango as mais desfavorecidas (67%). Regista-se uma diferença média de 21 pontos percentuais entre Luanda e as restantes províncias, salientando a necessidade de consolidar a frequência escolar e a progressão para o nível correcto de escolaridade para a idade, em todo o país.

Por fim, a distribuição da contabilização de privações em crianças dos 12 aos 17 anos de idade é analisada com respeito às dimensões de *Educação* e *Protecção da Criança* na figura 18. É essencial ter em consideração estas duas dimensões. Depois de assegurada a sobrevivência da criança, o esforço conjunto para desenvolver as suas aptidões e talentos e para as proteger é fundamental para assegurar a capacidade de a futura população adulta participar devidamente na vida socioeconómica e cultural do país.

Figura 18. Taxa de privação nas crianças de 12-17 anos nas dimensões de educação e protecção da criança, segundo a província



As taxas de privação para a dimensão de *Educação* distribuem-se de modo semelhante por todo o país nas crianças dos 12 aos 17 anos e no grupo etário anterior. A província do Cuando Cubango continua a ser a que apresenta maior nível de privações, enquanto as crianças de Luanda permanecem as menos desfavorecidas. Curiosamente, se se compararem as taxas de privação nos grupos etários dos 5 aos 11 e dos 12 aos 17 anos, observa-se um crescimento sistemático do nível de privação com a idade, independentemente da província. Isto deve-se particularmente ao aumento das taxas de privação no indicador “ano de escolaridade de acordo com a idade” (40% no grupo etário dos 5 aos 11 anos comparado com 71% no grupo dos 12 aos 17 anos a nível nacional) e à inclusão do indicador sobre obtenção do nível de instrução do ensino primário, relativamente ao qual 56% das crianças entre os 12 e os 17 anos estão desfavorecidas. Com respeito à protecção da criança, verifica-se uma grande dispersão das taxas de privação entre as províncias, desde 11% no Cuanza Norte a 65% de crianças que carecem de registo de nascimento na província do Cunene. Isto sublinha a necessidade de projectar campanhas direccionadas para o registo de nascimentos ao nível das províncias, no sentido de garantir a igualdade no acesso a um amplo conjunto de serviços e intervenções relacionados com as crianças.

Concluindo este exercício de caracterização do perfil das crianças desfavorecidas em Angola, é feita uma análise do perfil mais interessante em termos analíticos das crianças relativamente a cada dimensão de privação. As crianças dos vários grupos etários são classificadas de acordo com as suas características individuais ou com as características do seu agregado familiar ou dos seus membros.

4. Privações das crianças

4

Analisando as crianças até aos 23 meses de idade no quadro 2, crianças com atrasos de crescimento, debilitadas, com baixo peso, pertencentes aos estratos socioeconómicos mais baixos e com mãe ou chefe de família com baixos níveis de escolaridade têm consideravelmente mais probabilidade de serem carenciadas e são-no em relação à maioria das dimensões de bem-estar abordadas. Observa-se que a privação na dimensão de *Prevenção da malária* parece afectar as crianças independentemente do perfil em que se encaixam, à excepção de uma probabilidade consideravelmente superior para crianças com baixo peso, com mãe ou chefe de família com baixos níveis de escolaridade ou pertencentes aos estratos socioeconómicos mais baixos.

Quadro 2. Percentagem de crianças de 0-23 meses com privações por características seleccionadas, segundo a dimensão

Perfil		Nutrição	Saúde	Prevenção da malária	Habitação	Saneamento	Água	Informação
Nacional		85,7	71,8	73,9	74,6	60,1	53,8	25,9
Atraso de crescimento	Sim	91,0*	81,2*	73,6	83,7*	68,8*	60,2*	31,3*
	Não	82,4*	67,7*	71,9	71,3*	56,5*	49,9*	21,6*
Debilitada	Sim	93,4*	76,8	78,8	84,4*	70,9*	55,3	29,6
	Não	85,0*	72,0	72,3	74,9*	60,2*	53,3	25,0
Com baixo peso	Sim	90,7*	85,3*	77,4*	87,3*	71,4*	61,6*	38,2*
	Não	84,0*	69,1*	71,4*	72,8*	58,4*	51,4*	22,2*
Nível de escolaridade da mãe	Secundário ou acima	78,9*	48,5*	70,5	51,0*	40,2*	36,5*	5,5*
	Abaixo do secundário	88,0*	84,0*	73,1	86,7*	69,8*	61,2*	34,4*
Nível de escolaridade do chefe de família	Secundário ou acima	77,7*	43,0*	68,9*	40,0*	30,3*	42,2*	2,3*
	Abaixo do secundário	86,8*	76,8*	74,7*	80,4*	65,1*	55,9*	30,1*
Quintil Socioeconómico	2 mais baixos	89,4*	90,8*	76,4*	98,6*	80,8*	73,0*	52,8*
	3 mais altos	82,4*	54,7*	71,8*	53,5*	42,1*	37,0*	2,5*

Nota: * $p < 0,05$ no teste de independência qui-quadrado.

O quadro 3 abaixo apresenta a contabilização de privações para crianças dos 24 aos 59 meses de idade caracterizadas de acordo com alguns aspectos que dão origem a diferenças significativas. Deste modo, as crianças com atrasos de crescimento, baixo peso, pertencentes aos estratos socioeconómicos mais baixos ou com mãe ou chefe de família com baixos níveis de escolaridade são mais desfavorecidas. Estas conclusões estão em consonância com as apresentadas no grupo etário anterior, em que o grau de educação da mãe parece influenciar em grande medida o nível de privação das crianças dos 24 aos 59 meses em Angola. É do conhecimento geral que mães instruídas tomam melhores decisões no que respeita à alimentação e cuidados oferecidos aos filhos, além de ser mais provável estarem empregadas ou terem um trabalho, proporcionando à família a garantia de um ambiente seguro (boas condições de habitação, acesso à água e saneamento, por exemplo) para os seus filhos.

Quadro 3. Percentagem de crianças de 24-59 meses com privações por características seleccionadas, segundo a dimensão

Perfil		Saúde	Prevenção da malária	Protecção	Habitação	Saneamento	Água	Informação
Nacional		52,0	81,6	68,4	74,5	59,2	54,3	24,1
Atraso de crescimento	Sim	64,1*	82,2	78,1*	85,6*	67,4*	58,1*	30,6*
	Não	43,9*	80,3	62,4*	68,2*	56,8*	51,9*	18,4*
Com baixo peso	Sim	66,6*	82,9	78,5*	84,1*	69,5*	61,1*	34,4*
	Não	49,0*	80,7	66,7*	73,3*	59,0*	53,0*	20,7*
Nível de escolaridade da mãe	Secundário ou acima	18,3*	78,2*	46,0*	46,6*	39,6*	37,2*	2,6*
	Abaixo de Secundário	66,2*	82,9*	77,9*	87,3*	68,9*	60,7*	31,6*
Nível de escolaridade do chefe do agregado	Secundário ou acima	18,4*	80,0	37,8*	35,6*	29,0*	38,4*	2,6*
	Abaixo de Secundário	57,7*	81,7	73,1*	81,1*	64,2*	57,1*	27,8*
Quintil socioeconómico	2 mais baixos	78,9*	82,9	83,6*	99,2*	80,3*	74,2*	49,7*
	3 mais altos	29,1*	80,4	55,3*	53,2*	41,0*	37,2*	2,0*

Nota: * p<0,05 no teste de independência qui-quadrado.

Com respeito às crianças entre 5 e os 11 anos de idade, tal como nos dois grupos etários anteriores, o grau de educação do chefe do **agregado familiar** e os quintis socioeconómicos estão fortemente correlacionados com o nível de privação (ver o quadro 4). As crianças que vivem em agregados cujo chefe tem um nível de escolaridade inferior ao secundário ou pertence a um dos dois **quintis socioeconómicos** mais baixos são as que apresentam maior número de privações. Considerando as crianças envolvidas em actividades laborais, os números reflectem uma correlação entre o trabalho infantil e as privações sofridas pela criança, sendo que a diferença entre as crianças que trabalham e as que não trabalham atinge, em média, os 8 pontos percentuais.

Quadro 4. Percentagem de crianças de 5-11 anos com privações por características seleccionadas, segundo a dimensão

Perfil		Prevenção da malária	Protecção	Educação	Habitação	Saneamento	Água	Informação
Nacional		86,1	49,3	39,9	70,8	53,6	52,8	22,0
Nível de escolaridade do chefe do agregado	Secundário ou acima	83,8	17,1*	13,1*	35,3*	20,8*	40,0*	1,3*
	Abaixo do secundário	86,6	55,0*	44,8*	77,6*	59,6*	55,5*	26,2*
Estratos Socioeconómicos	2 mais baixos	88,4*	72,3*	60,3*	99,0*	78,9*	73,1*	49,6*
	3 mais altos	84,4*	32,7*	25,6*	50,4*	35,3*	38,2*	2,1*
Trabalho Infantil	Sim	86,4	55,5*	44,4*	79,4*	67,9*	61,5*	28,1*
	Não	84,7	48,6*	39,5*	67,2*	53,9*	52,1*	23,1*

Nota: * p<0,05 no teste de independência qui-quadrado.

4. Privações das crianças

4

Concluindo, o quadro 5 apresenta a incidência de privações em crianças dos 12 aos 17 anos, de acordo com realidades como o casamento ou o trabalho infantil, consoante os seus conhecimentos sobre VIH/SIDA, o seu estrato socioeconómico ou o nível de instrução do chefe do agregado familiar. Estas tendências assemelham-se aos grupos etários anteriores. Além disso, foi explorada a relação entre as privações e variáveis de perfil como o casamento infantil e o conhecimento sobre o VIH/SIDA. Pode-se observar que crianças casadas/em união de facto ou que não tenham conhecimento abrangente sobre VIH/SIDA têm maior probabilidade de sofrerem privações, verificando-se esta conclusão em todas as dimensões excepto na de *Prevenção da malária*.

Quadro 5. Percentagem de crianças dos 12-17 anos com privações por características seleccionadas, segundo a dimensão

Perfil		Prevenção da malária	Protecção	Educação	Habitação	Saneamento	Água	Informação
Nacional		88,3	31,0	75,0	61,7	45,8	50,2	17,1
Casamento infantil	Alguma vez casado	76,0*	45,8*	95,2*	72,9*	60,5*	57,3	26,1*
	Não	89,4*	25,1*	77,6*	57,7*	43,5*	49,5	14,6*
Trabalho infantil	Sim	84,3*	43,3*	86,1*	75,9*	65,8*	60,4*	29,1*
	Não	89,0*	28,0*	70,1*	52,6*	40,9*	44,8*	16,0*
Conhecimentos sobre VIH/SIDA	Não	87,5	35,0*	86,8*	67,5*	52,7*	52,1*	21,2*
	Sim	85,4	17,6*	67,6*	43,1*	35,1*	45,2*	7,0*
Nível de escolaridade do chefe do agregado	Ensino secundário ou mais	86,8	9,3*	48,6*	27,2*	16,2*	40,6*	0,7*
	Ensino primário ou menos	88,6	36,0*	81,1*	70,2*	52,8*	52,9*	21,2*
Quintil socioeconómico	2 mais baixos	89,3	60,0*	95,1*	98,6*	77,9*	73,0*	46,2*
	3 mais altos	87,7	15,6*	64,4*	42,3*	28,8*	38,1*	1,6*

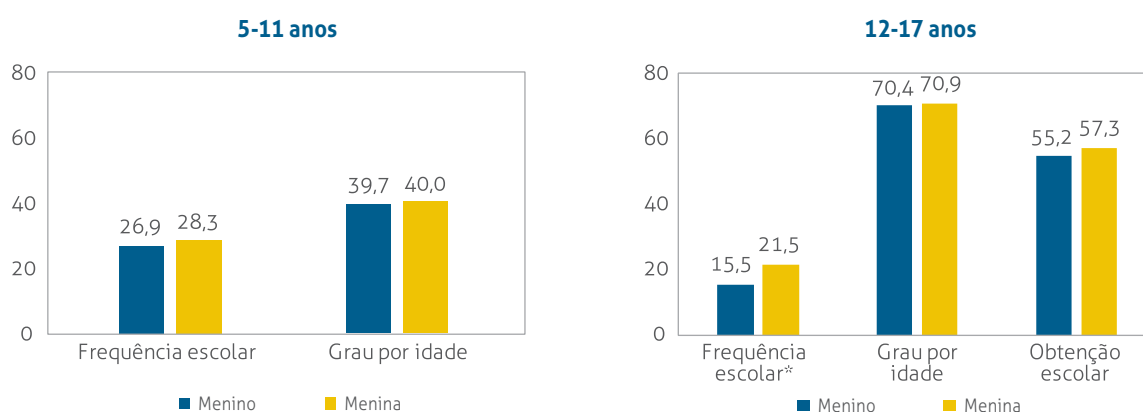
Nota: * $p < 0,05$ no teste de independência qui-quadrado.

O género tem implicações na identificação das crianças desfavorecidas?

Esta análise procura esclarecer as disparidades entre as privações enfrentadas por rapazes e raparigas em Angola. Contudo, é preciso ter em conta que, como a maioria das dimensões tem por base indicadores do agregado familiar (relacionados com condições que se supõe serem partilhadas de igual forma por todos os membros da família independentemente das suas características pessoais, como idade, género, etc.), este estudo produziu resultados extremamente limitados. Por outro lado, os indicadores relacionados com a educação (frequência escolar, relação nível de escolaridade/idade, e obtenção do nível primário de escolaridade) foram avaliados na infância, permitindo comparações entre géneros.

Conforme ilustrado pela figura 19, para a amostra estudada, as raparigas apresentam maiores privações nos indicadores relacionados com a educação. No entanto, as disparidades observadas só são estatisticamente significativas para o indicador referente à frequência escolar relativamente às crianças dos 12 aos 17 anos. Deste modo é possível concluir que a faixa etária dos 5 aos 11 passa por privações semelhantes no campo da educação, sendo que depois desta idade as raparigas correm maior risco de abandonar a escola. Isto pode estar associado a factores diversos, como a falta de infra-estruturas sanitárias na escola (o que dificulta a frequência escolar, essencialmente das raparigas durante a puberdade), o casamento infantil, entre outros potenciais motivos. Se atentarmos ao sucesso escolar e ao nível escolar correspondente à idade, as taxas elevadas de privação afectam mais de 50% e 70%, respectivamente, das crianças entre 12 e 17 anos, independentemente do género.

Figura 19. Percentagem de crianças de 5-17 anos com privações nos indicadores da dimensão educação, segundo o sexo



Nota: * $p < 0,05$ no teste de independência qui-quadrado.

4.1.6 Resumo: pontos centrais da análise por sector

A análise individual de privações procura estabelecer quais os sectores em que as crianças em Angola estão mais desfavorecidas, apresentando resultados separados para cada uma das dimensões e indicadores definidos como relevantes para o bem-estar das crianças em Angola, para cada grupo etário. As principais conclusões retiradas da análise individual de privações são as seguintes:

1. Nas **crianças com menos de dois anos**, as taxas de privação mais elevadas encontram-se na **dimensão de Nutrição**. Estas carências emergem essencialmente de uma baixa incidência de amamentação exclusiva das crianças até aos 6 meses e da frequência e da diversidade das refeições que são consideradas desadequadas nas crianças dos 6 aos 23 meses de idade;
2. Os níveis de privação mais altos observados nas crianças dos três grupos etários superiores registam-se na dimensão de **Prevenção da malária**. Além disso, a probabilidade de sofrer carências nessa dimensão aumenta à medida que aumenta a idade, isto é, aumenta dos grupos etários mais baixos para os mais altos;

3. As privações encontradas no campo da *Educação* são superiores nas crianças mais velhas, apesar de se registar um crescimento na frequência escolar relativamente ao grupo etário anterior. Contudo, o certificado de conclusão dos estudos primários ainda não é obtido por mais de metade das crianças entre os 12 e os 17 anos em Angola;
4. Apesar da tendência generalizada de uma frequência escolar superior no último grupo etário (as crianças mais velhas), existe uma percentagem mais elevada de raparigas que não frequentam a escola (22% das raparigas dos 12 aos 17 anos não frequentam a escola em comparação com 16% dos rapazes);
5. As características das crianças (individuais, familiares, da mãe, etc.) estão significativamente associadas a níveis diferentes de privação nas crianças em Angola.

4.2 Análise de privações múltiplas sobrepostas

A gravidade das privações sofridas pelas crianças pode ser mais amplamente entendida estudando se estas ocorrem em simultâneo. A sobreposição de carências tem efeitos prejudiciais mais alargados, sendo, assim, importante identificar com rigor quais as crianças que acumulam privações múltiplas sobrepostas. Além disso, este tipo de análise também representa as relações entre as privações nos vários subgrupos e ajuda a estabelecer que tipo de medida política poderia reduzir as carências experienciadas pelas crianças.

A Análise de Privações Múltiplas Sobrepostas (MODA) é feita de um ponto de vista multidimensional, observando quantas e quais as combinações de privações a que as crianças estão sujeitas em simultâneo. Este estudo revela: i) a incidência e intensidade das privações múltiplas, ii) o perfil das crianças desfavorecidas em várias dimensões, iii) a forma como diversas características e dimensões contribuem para a incidência e intensidade das privações, iv) as sobreposições de privações entre as várias dimensões.

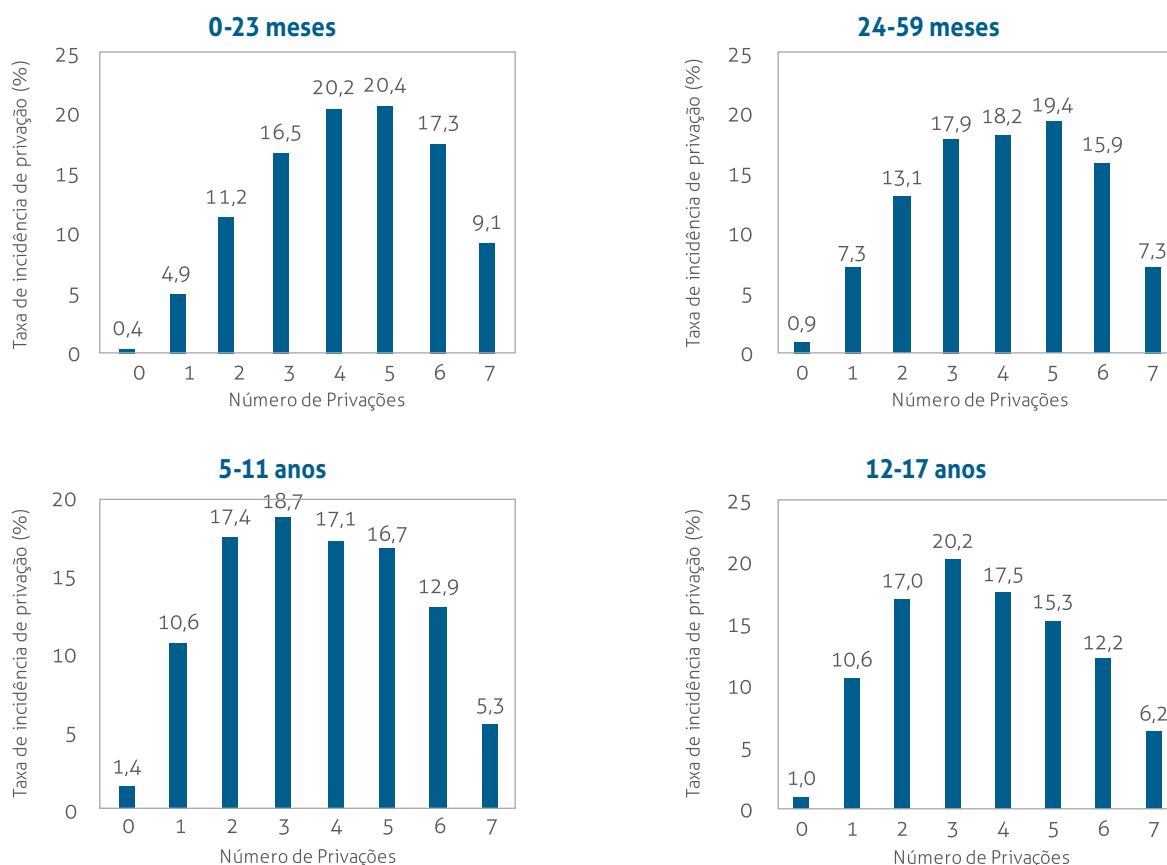
A percepção de como as respectivas dimensões se sobrepõem e afectam as crianças permite a identificação das crianças mais vulneráveis e a determinação de sectores que podem ser objeto de uma abordagem integrada na formulação de políticas. Adicionalmente, a simultaneidade das privações pode incentivar a adoptar abordagens mais generalizadas e universais, como o pagamento universal de abonos de família ou outras acções de protecção social que permitam solucionar várias privações ao mesmo tempo.

4.2.1 Qual é a incidência e intensidade da privação multidimensional em cada grupo etário?

As crianças têm uma multiplicidade de necessidades e direitos que têm de ser satisfeitos simultaneamente de forma a garantir a sua sobrevivência, protecção e desenvolvimento. A adopção de medidas sectoriais de combate às privações não tem esse aspecto em consideração, além de que não permite encarar a criança como um ser individual. Numa primeira fase da análise de privações multidimensionais, o número de privações acumuladas por cada criança é contabilizado e distribuído pelos vários grupos etários (figura 20). Distribuições à direita (esquerda) indicam uma elevada (baixa) incidência e intensidade de privação multidimensional.

Em Angola, mais de 98% das crianças sofrem privações em pelo menos uma dimensão do seu bem estar, independentemente do seu grupo etário. As crianças até aos 59 meses de idade geralmente sofrem privações em cinco dimensões em simultâneo, enquanto as que têm 5 anos ou mais, geralmente experimentam três privações simultaneamente. No geral, as crianças mais novas têm tendência a apresentar carências em mais dimensões simultâneas do que as crianças mais velhas.

Figura 20. Distribuição percentual das privações simultâneas por faixa etária



As distribuições apresentadas podem ser resumidas recorrendo a índices de privação multidimensional. Estes índices são calculados para todos os níveis possíveis de privação multidimensional, ou seja, se a criança enfrenta 1 ou mais, 2 ou mais, 3 ou mais, e assim sucessivamente até 7 privações, esta será classificada como sendo unidimensionalmente ou multidimensionalmente pobre segundo o número de privações que enfrenta. Os índices de privação multidimensional são determinados por cada grupo etário de crianças em Angola, como ilustrado na figura 20.

No caso de Angola, foi usado o limiar de privação $k=3$ para classificar as crianças como tendo, ou não, privações multidimensionais, independentemente da idade. Este nível identifica crianças com 3 ou mais privações (das 7 que foram consideradas para cada grupo etário) como sendo desfavorecidas de forma multidimensional, estabelecendo um ponto de referência realista para os esforços nacionais de redução da pobreza.

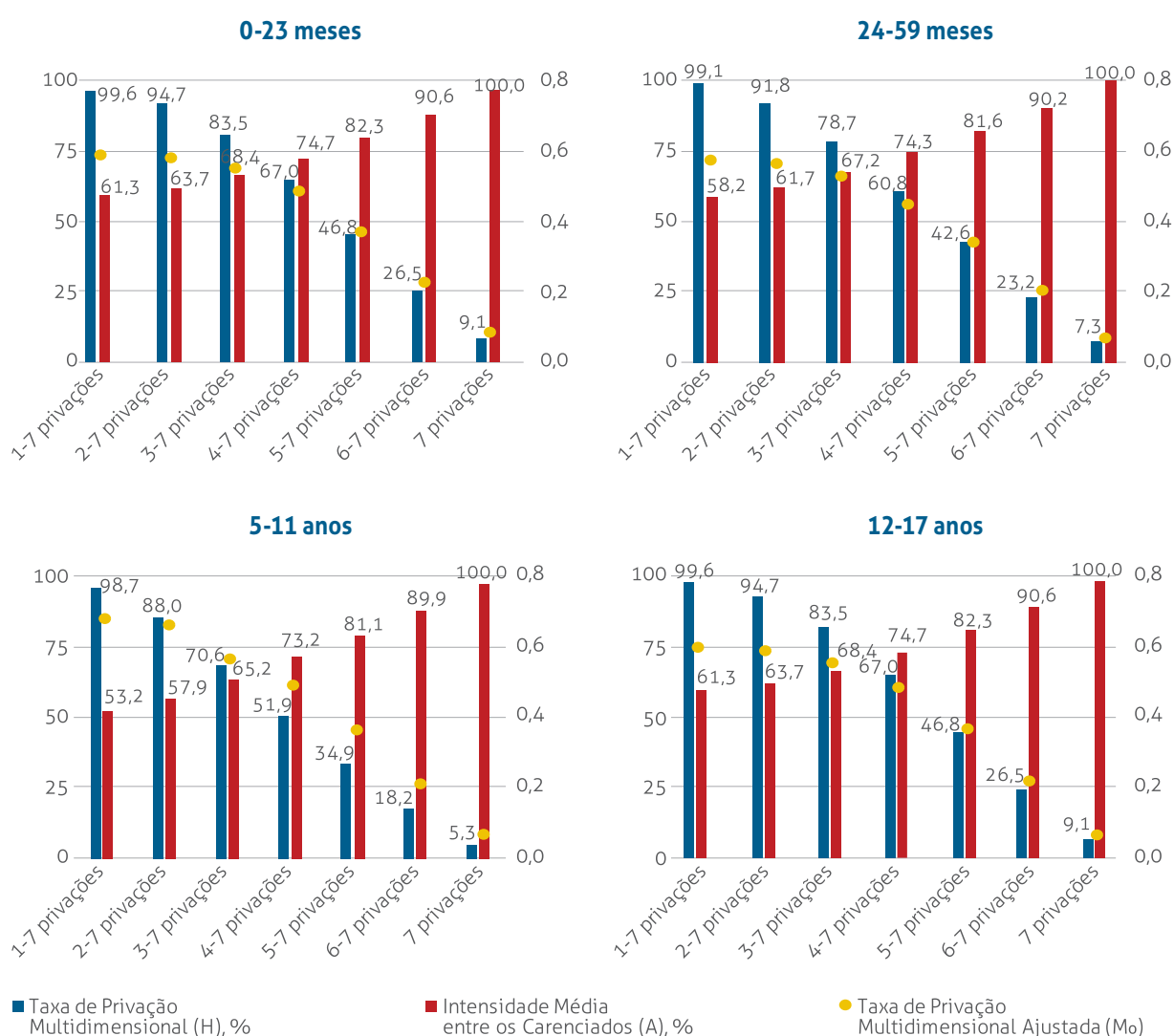
A contagem de privações multidimensionais (H) corresponde à proporção de crianças de cada grupo etário consideradas desfavorecidas num determinado limiar k de privação multidimensional. A intensidade média (A) entre as crianças desfavorecidas permite calcular a amplitude das privações sofridas pelas crianças que foram identificadas como tendo privações multidimensionais. O valor de privações multidimensionais ajustado (MO) é um indicador que revela a incidência e a intensidade das privações multidimensionais. Este não pode ser interpretado isoladamente,

4. Privações das crianças

4

mas permite uma comparação global das privações experimentadas por diferentes categorias de crianças. Por exemplo, para dois subgrupos de crianças com H igual, M_o será superior no subgrupo de crianças com um número mais elevado de privações em média (A).

Figura 21. Índices de privação multidimensional por faixa etária



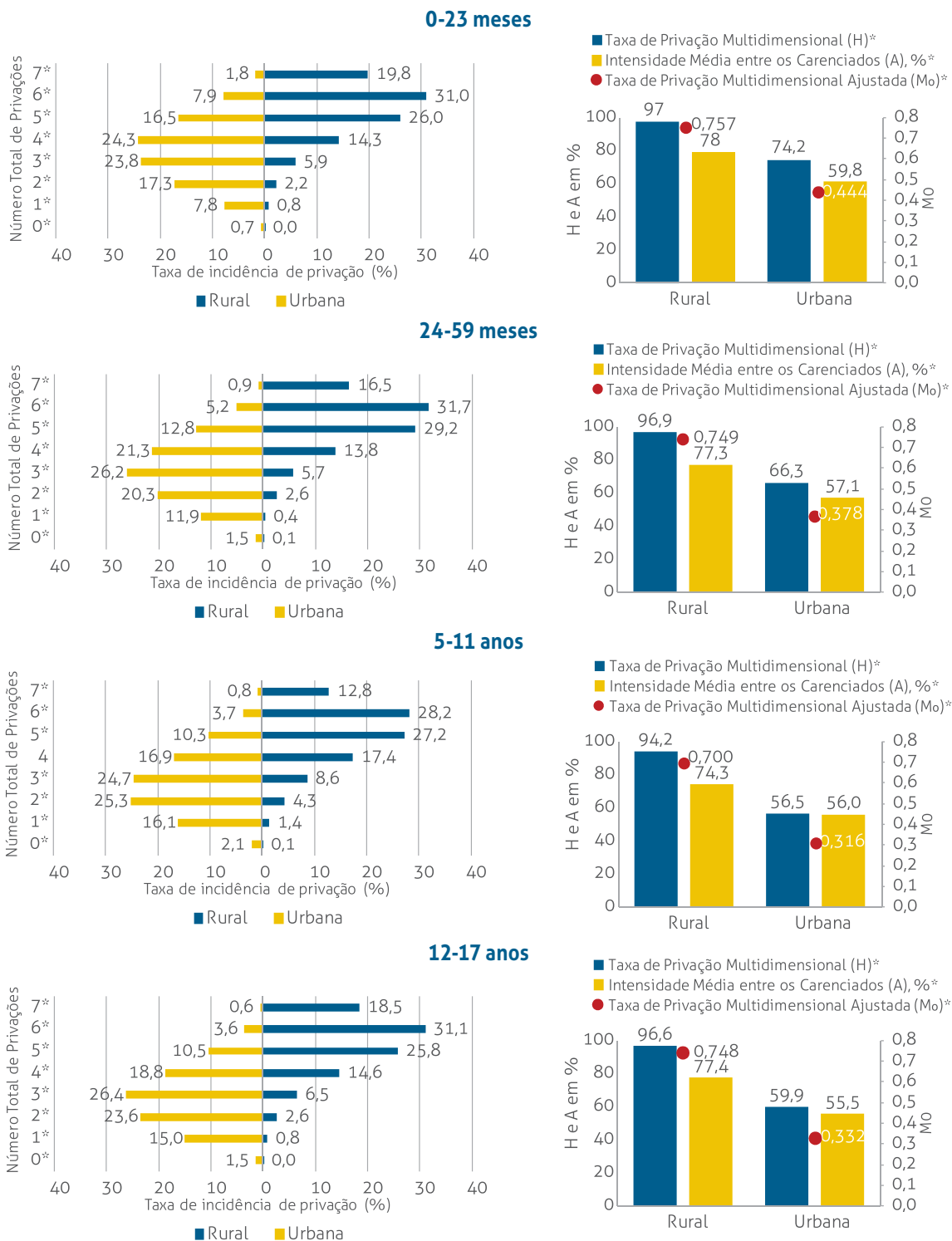
Com respeito a crianças até aos 23 meses, foi possível concluir que 83,5% sofrem de 3 ou mais privações com uma intensidade média de 68,4% de todas as privações possíveis. Por outro lado, no mesmo limiar, 79%, 71% e 71% das crianças dos 24 aos 59 meses, dos 5 aos 11 anos e dos 12 aos 17 anos, respectivamente, têm privações multidimensionais. Mesmo com diferenças na incidência, as intensidades médias das privações entre as crianças desfavorecidas são apenas ligeiramente diferentes, mas diminuem com a idade (68% até aos 23 meses, e 65% nas crianças entre 12 e 17 anos). Quanto maior o limiar seleccionado, menor a incidência e maior a intensidade média da privação multidimensional observada. Ajustando conjuntamente a intensidade e gravidade (índice M_0), o grupo etário dos 0 aos 23 meses revela os níveis mais elevados de crianças com privações multidimensionais.

Relativamente à análise por sector, o estudo da privação multidimensional permite comparar crianças classificadas de acordo com determinadas características. Este tipo de análise possibilita a identificação das crianças mais carenciadas, considerando a sua vulnerabilidade global independentemente do campo em que se verifique a privação. Assim, a categorização de crianças em estado de pobreza multidimensional está em conformidade com a abordagem dos direitos da criança que estabelece que todos os direitos são considerados iguais, devendo ser garantidos de igual modo para todas as crianças. No Anexo C¹² apresenta-se a ilustração da incidência de privações multidimensionais considerando um limiar de pobreza de $k=3$ para crianças com diferentes perfis de análise por grupo etário. Além de gerar dados que podem ajudar à sensibilização, a identificação das crianças mais vulneráveis pode produzir informações úteis para efeitos de implementação de medidas. Por exemplo, examinar as privações consoante a área de residência da criança pode ajudar ao estabelecimento de prioridades em termos de esforços e recursos que visem as crianças mais necessitadas, ampliando a equidade vertical. A figura 22 demonstra que, em todos os grupos etários, as crianças que residem no meio rural são as mais desfavorecidas, tanto em termos de incidência como de intensidade da privação multidimensional.

¹² Foi realizada uma análise de sensibilidade para determinar as taxas de privação infantil com um limiar de $k=4$ (consultar Anexo D).

4. Privações das crianças

Figura 22. Distribuição percentual das privações simultâneas e índices de privação multidimensional (k=3) por área de residência e faixa etária



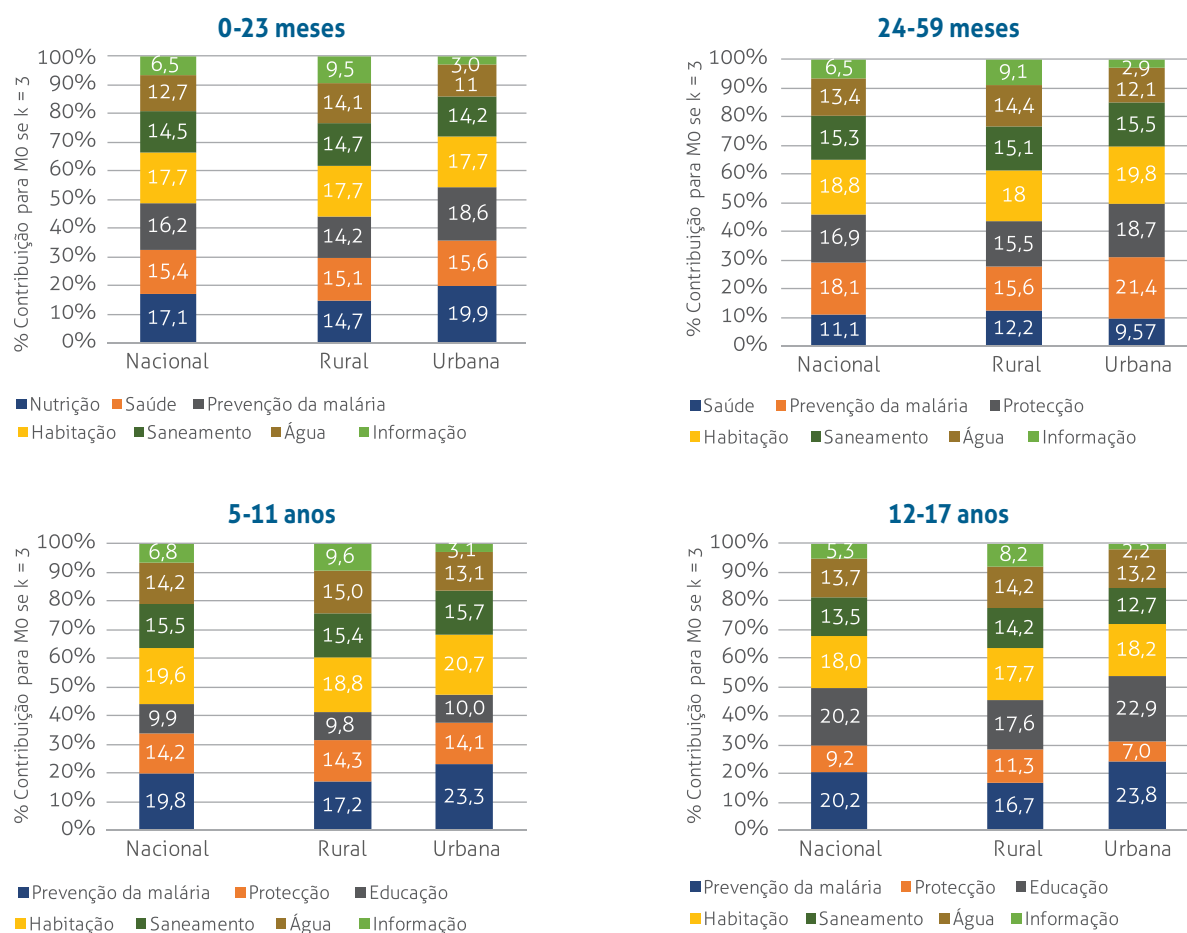
Nota: * $p < 0.05$ no teste de independência qui-quadrado.

A privação multidimensional é enriquecedora do ponto de vista conceptual, mas a sua utilização limita-se muitas vezes a fornecer informação sobre o bem-estar sem dar orientações sobre como melhorar o bem-estar da criança. O índice M_0 , que representa a incidência e intensidade da privação infantil multidimensional, pode ser decomposto de forma a identificar o contributo de cada dimensão para a extensão dos vários níveis de privação multidimensional.

Por exemplo, a figura 23 demonstra que, nas crianças de todos os grupos etários, as dimensões que mais contribuem para a contagem de privações ajustada em termos de intensidade são a *Habituação* e a *Prevenção da malária*. Relativamente às crianças dos 12 aos 17 anos, a *Educação* também tem um contributo relevante. Combater as privações nestes campos seria, assim, a forma de obter uma redução substancial da privação multidimensional de todas as crianças num limiar $k=3$.

O gráfico abaixo também revela que o grau de contributo de cada dimensão para M_0 varia conforme a área de residência da criança considerada, destacando a necessidade de soluções adequadas, por vezes divergentes, consoante o perfil da criança.

Figura 23. Participação de cada dimensão para M_0 ($k=3$) por área de residência e faixa etária



4. Privações das crianças

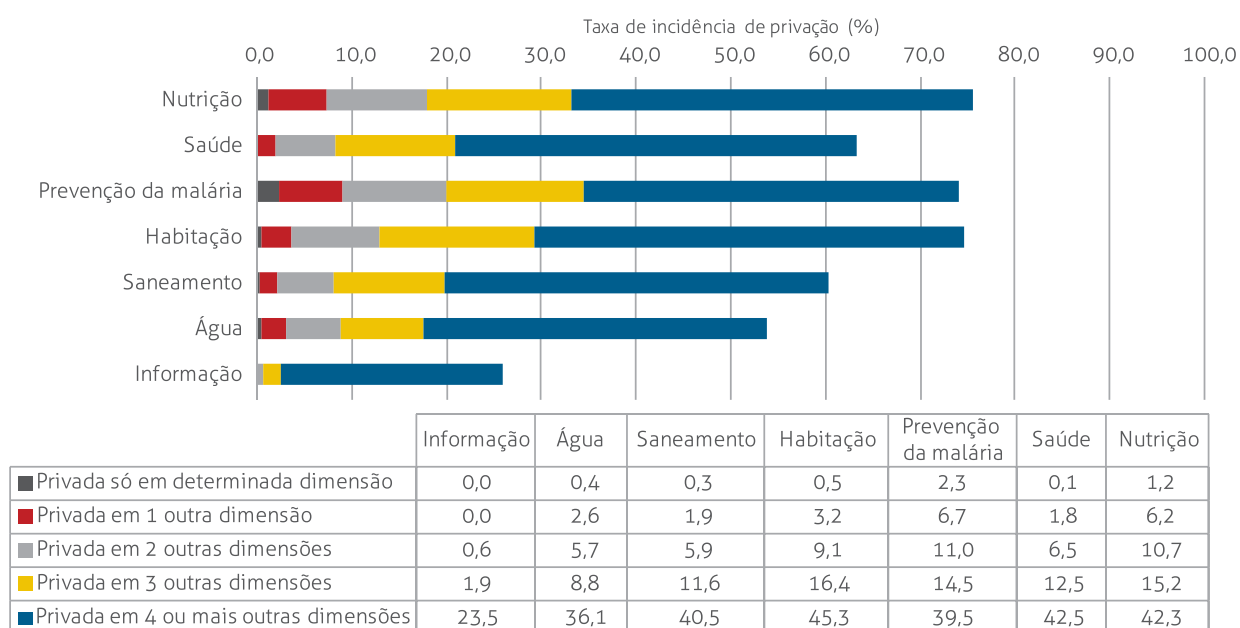
4

4.2.2 Como é que as privações se sobrepõem em Angola? Análise de privações múltiplas sobrepostas.

Perceber como são experimentadas as privações sobrepostas permitirá identificar as crianças mais vulneráveis e determinar os sectores que poderiam beneficiar de uma abordagem integrada na formulação de políticas. A sobreposição de privações multidimensionais experimentadas pelas crianças de Angola é estudada através de uma análise a dois níveis. Num primeiro nível, será aprofundada a análise das taxas de privação por dimensão em cada grupo etário, identificando-se a proporção de crianças carenciadas numa determinada dimensão que também são desfavorecidas em mais dimensões (1, 2, 3, 4 e mais) adicionais. Em segundo lugar, serão estudadas as sobreposições de combinações de três dimensões¹³.

A figura 24 ilustra a sobreposição de privações por dimensão nas crianças angolanas até aos 23 meses de idade. Nesta faixa etária, a percentagem de crianças com carências apenas numa dimensão é reduzida. Por exemplo, se observarmos a sobreposição de privações referente à dimensão *Nutrição*, só 1% das crianças são desfavorecidas apenas nessa dimensão, sendo que todas as restantes apresentam privações numa ou mais dimensões adicionais: 6% desfavorecidas em mais uma dimensão, 11% em mais duas, 15% em mais três, e 42% em outras quatro ou mais dimensões adicionais. À excepção da *Prevenção da malária*, menos de 1% das crianças apresentam carências apenas na dimensão considerada. Quanto à dimensão da *Exposição aos Meios de Comunicação Social*, esta apresenta muitas sobreposições, sendo que a maioria das crianças desfavorecida nesta dimensão também experimentam privações em outras quatro ou mais dimensões.

Figura 24. Sobreposição de privações nas crianças de 0-23 meses, segundo a dimensão



¹³ Todas as combinações possíveis de sobreposição de três dimensões foram calculadas neste estudo; no entanto, apenas as mais relevantes do ponto de vista empírico e/ou da formulação de políticas foram incluídas neste relatório.

A figura 25 ilustra a sobreposição das privações nas dimensões de Nutrição, Saúde e Habitação nas crianças até aos 23 meses de idade. Os resultados indicam que há um nível relevante de sobreposição nas privações referentes a três dimensões. Na verdade, 47% das crianças são consideradas desfavorecidas em todas estas três dimensões em simultâneo. A *Nutrição* e *Habitação* são as que mais coexistem com outras (cerca de 57% das vezes). Enquanto 63% das crianças até aos 23 meses apresentam carências na área da *Saúde*, apenas 1% tem privações de *Saúde* e não apresentam privações nas áreas de *Nutrição* e/ou *Habitação*.

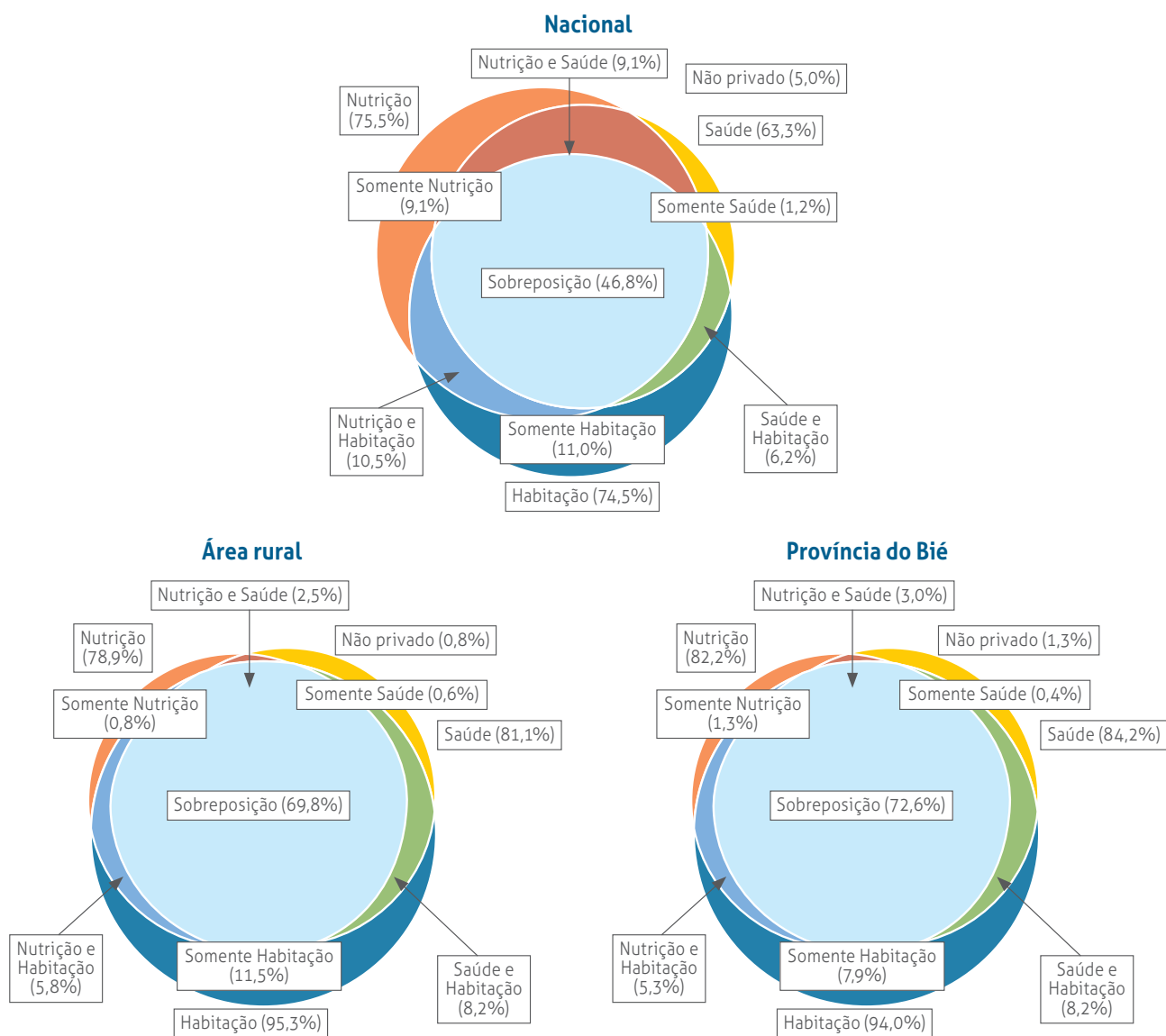
Os grupos B e C desta figura revelam um panorama semelhante, mas ainda mais extremo, ao observar apenas a área rural e a província do Bié com a maior sobreposição das três dimensões consideradas. Na verdade, 70% e 73% das crianças das áreas rurais e da província do Bié, respectivamente, têm privações em simultâneo nas três dimensões (*Nutrição*, *Saúde* e *Habitação*). Cerca de 1% das crianças só revelam carência no campo da *Nutrição* ou *Saúde* nas duas regiões, sendo que a privação apenas na dimensão da *Habitação* afecta uma percentagem superior de crianças. Se se comparar os dados nacionais e regionais, os variados contextos de sobreposição revelam a importância de se estudar os diversos subgrupos no sentido de assegurar a criação de políticas adequadas para o combate à situação.

Os indicadores no campo da *Habitação* são muitas vezes usados como representando a pobreza monetária, dada a sua correlação com más condições de habitação (materiais, sobrelotação, etc.). Por outro lado, de acordo com a literatura, as condições nutricionais e de saúde das crianças são determinadas tendo em conta outro tipo de informação e não apenas factores monetários. Programas nacionais em matéria de seguros de saúde, isenção do pagamento de taxas nos serviços de saúde, cuidados de saúde para todos que sejam subsidiados por meio dos impostos recolhidos, todos estes aspectos podem influenciar consideravelmente o acesso aos serviços de saúde, mesmo para as pessoas mais necessitadas. Uma alimentação infantil adequada está frequentemente correlacionada com o grau de instrução da mãe. A grande sobreposição verificada entre estas três dimensões sugere possíveis associações com a falta de rendimentos. Porém, este estudo limita-se a descrever as ligações e correlações observadas. Deste modo, será necessário prosseguir com a investigação para identificar causalidades existentes entre causas determinantes inerentes a estas três dimensões de privação.

4. Privações das crianças

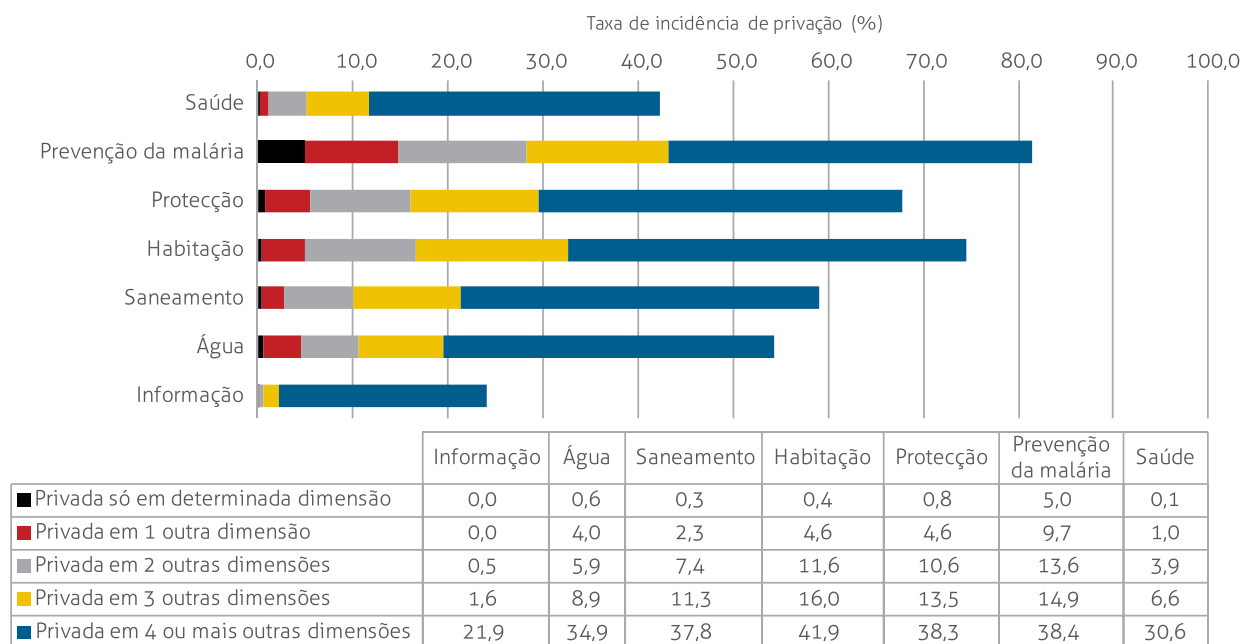
4

Figura 25. Sobreposição de privações nas crianças de 0-23 meses nas dimensões de nutrição, saúde e habitação



A figura 26 revela a sobreposição de privações nas crianças dos 24 aos 59 meses de idade por dimensão. Comparando com as observações relativas ao grupo etário anterior, são menos as crianças dos 24 aos 59 meses com carências apenas numa determinada dimensão. Novamente, a privação no campo da *Prevenção da malária* é a única excepção, sendo 5% das crianças desfavorecidas apenas nesta dimensão. No entanto, também se conclui que 10%, 14%, 15% e 38% das crianças têm privações na dimensão de *Prevenção da malária* e em mais 1, 2, 3 e 4 ou mais dimensões adicionais, respectivamente. De salientar que a maioria das crianças com privações em termos de *Saúde* também são crianças mais vulneráveis, revelando privações em outras 4 ou mais dimensões adicionais.

Figura 26. Sobreposição de privações nas crianças de 24-59 meses, segundo a dimensão

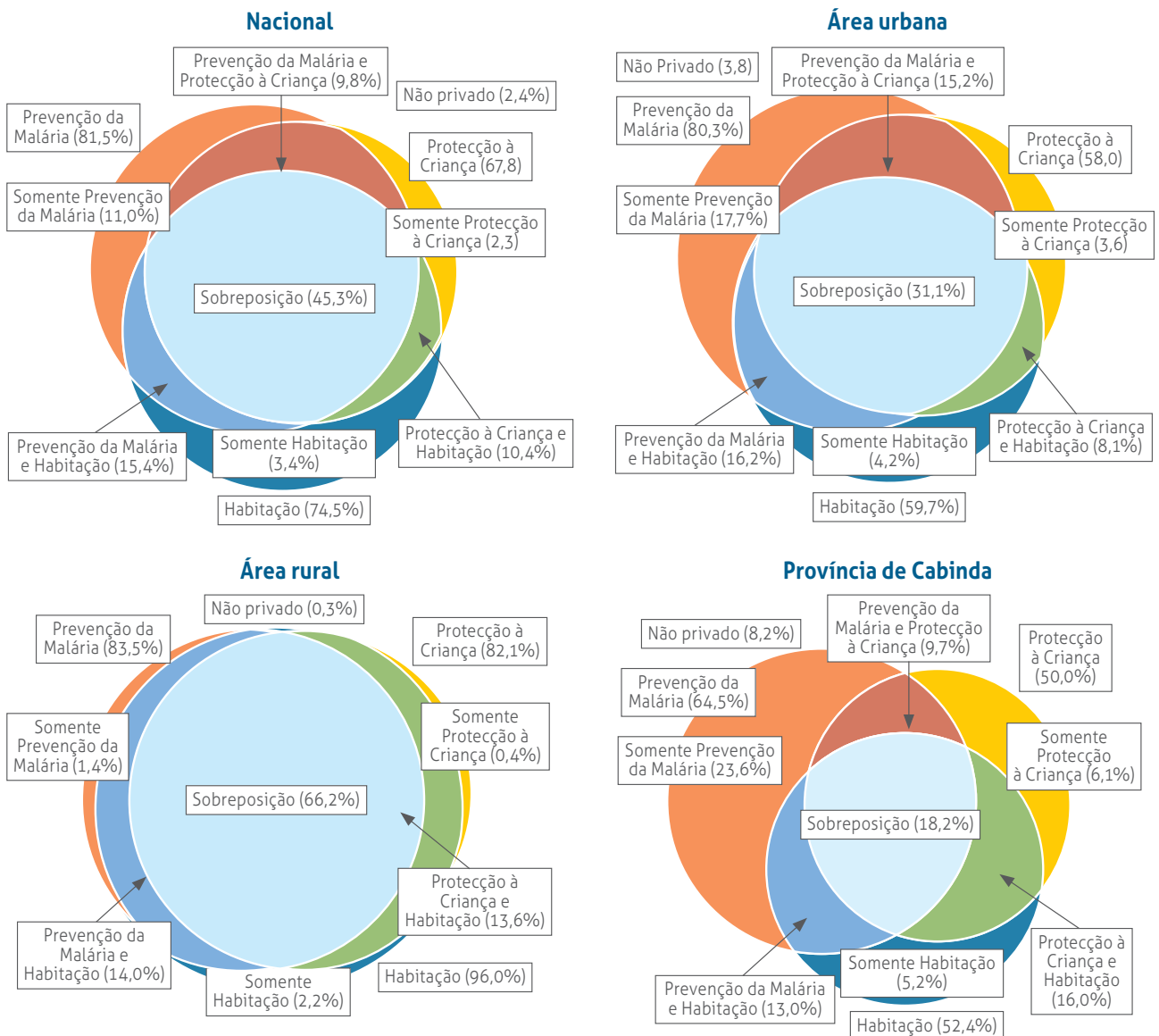


Analisando a sobreposição de carências entre as dimensões de *Prevenção da malária*, *Protecção da Criança* e *Habitação*, 45% das crianças dos 24 aos 59 meses apresenta privações nestas três dimensões simultaneamente. As privações em termos de *Prevenção da malária*, *Protecção da criança* e *Habitação* afectam 82%, 68% e 75%, respectivamente, destas crianças em Angola. Nas zonas urbanas, 31% das crianças enfrenta privações nestas três áreas, o que se comprova por taxas semelhantes de privação por dimensão individual, o que corresponde a metade da taxa de sobreposição registada nas áreas rurais. Por outro lado, em Cabinda, as taxas de privação por dimensão individual são consideravelmente mais elevadas do que a nível nacional e urbano, originando uma sobreposição um pouco menor de carências entre as dimensões (18%).

4. Privações das crianças

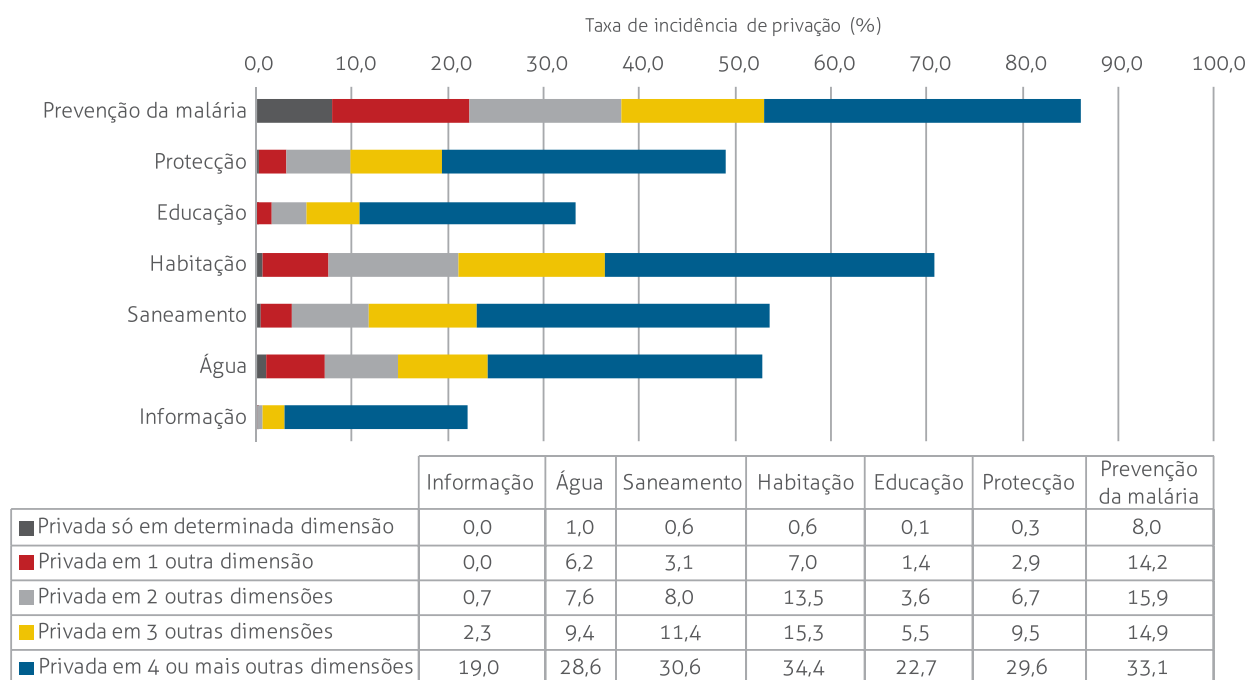
4

Figura 27. Sobreposição de privações nas crianças de 24-59 meses nas dimensões de prevenção da malária, protecção da criança e habitação



A figura 28 apresenta a sobreposição de privações por dimensão relativamente ao terceiro grupo etário (dos 5 aos 11 anos de idade). À semelhança da situação observada nos dois grupos etários anteriores, as privações limitadas a uma única dimensão não são generalizadas. Em todas as dimensões consideradas neste grupo etário, mais de um quinto das crianças encontram-se desfavorecidas noutras 4 ou mais dimensões adicionais. Contudo, a percentagem de crianças desfavorecida simultaneamente em 5-7 dimensões é significativamente mais baixa do que nos grupos etários anteriores.

Figura 28. Percentagem da sobreposição de privações nas crianças de 5-11 anos, segundo a dimensão



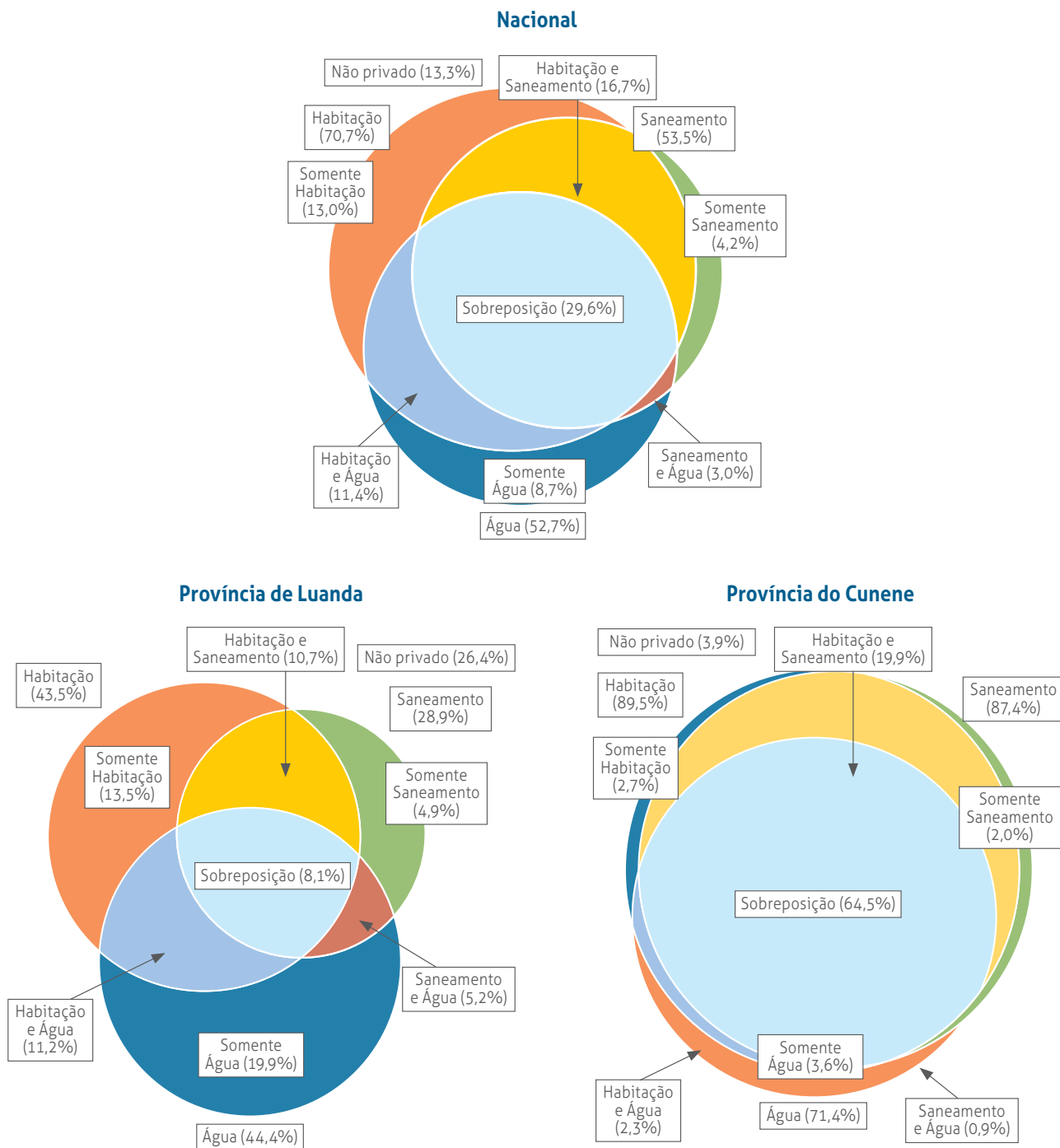
A figura 29 ilustra, no grupo das crianças dos 5 aos 11 anos, privações sobrepostas nas três dimensões de *Habitação*, *Saneamento* e *Água* a nível nacional e nas províncias de Luanda e Cunene. Embora as privações em cada uma destas dimensões afectem mais de metade das crianças em Angola, cerca de 30% destas carecem simultaneamente de infra-estruturas básicas. Estas crianças acumulam privações que se reforçam mutuamente e que estão directamente relacionadas com as suas hipóteses de sobrevivência. De facto, melhores instalações sanitárias ajudam a reduzir a contaminação e a exposição e propagação de doenças. Porém, o consumo água não tratada ou de fontes não melhoradas pode provocar contaminação com uma rápida propagação em alojamentos sobrelotados, por exemplo.

A título de referência, uma comparação entre as duas províncias demonstra que, enquanto em Luanda são necessárias medidas sectoriais para complementar o acesso a condições de habitação, saneamento e água, a província do Cunene requer medidas multisectoriais, uma vez que a maioria das crianças apresentam privações nas três dimensões em simultâneo (65% em comparação com 8% em Luanda). Estes dois contextos extremos vêm destacar a necessidade de flexibilidade e capacidade de adaptação na apresentação de soluções intranacionais efectivas e eficientes.

4. Privações das crianças

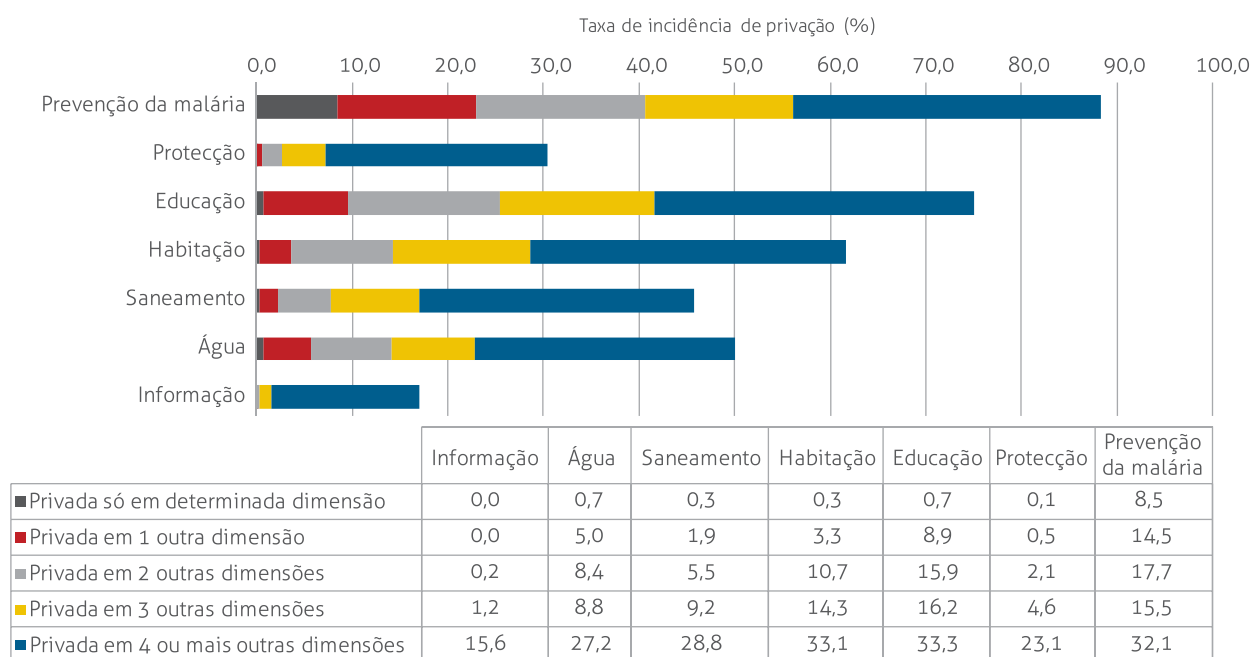
4

Figura 29. Percentagem da sobreposição de privações nas crianças de 5-11 anos nas dimensões de habitação, saneamento e água



Em último lugar, a figura 30 indica a sobreposição de privações por dimensão relativamente ao grupo etário superior, das crianças dos 12 aos 17 anos. Tal como se observou nos grupos etários anteriores, poucas crianças sofrem privação exclusivamente numa dimensão. A título ilustrativo, analisando a privação na dimensão *Educação*, conclui-se que 9%, 16%, 16% e 33% das crianças sofrem privações no domínio da *Educação* e noutras 1, 2, 3 e 4 ou mais dimensões adicionais. Tal como se comprova no grupo etário anterior a este, as crianças são menos vulneráveis do que nos dois primeiros. Na verdade, este grupo de crianças apresenta a percentagem mais baixa de crianças desfavorecidas na dimensão considerada e outras 4 ou mais dimensões em simultâneo, relativamente a todas as dimensões excepto *Educação*. Na dimensão *Educação*, enquanto no grupo dos 5 aos 11 anos a maioria das crianças se encontra carenciada nesta dimensão e outras 4 ou mais dimensões (o que significa que são crianças extremamente vulneráveis), no contexto do grupo das crianças mais velhas a situação é mais diferenciada, conforme explicado anteriormente.

Figura 30. Percentagem da sobreposição de privações nas crianças de 12-17 anos, segundo a dimensão



Para concluir esta parte da análise, apresentam-se as sobreposições de privações referentes a crianças dos 12 aos 17 anos nas seguintes dimensões: *Prevenção da malária*, *Educação* e *Habitação*. Os três grupos retratados abaixo (figura 31) demonstram que as situações de privação tendem a ocorrer em simultâneo em 48%, 34% e até 80% das crianças a nível nacional, urbano e rural, respectivamente, com privações nestas três dimensões ao mesmo tempo.

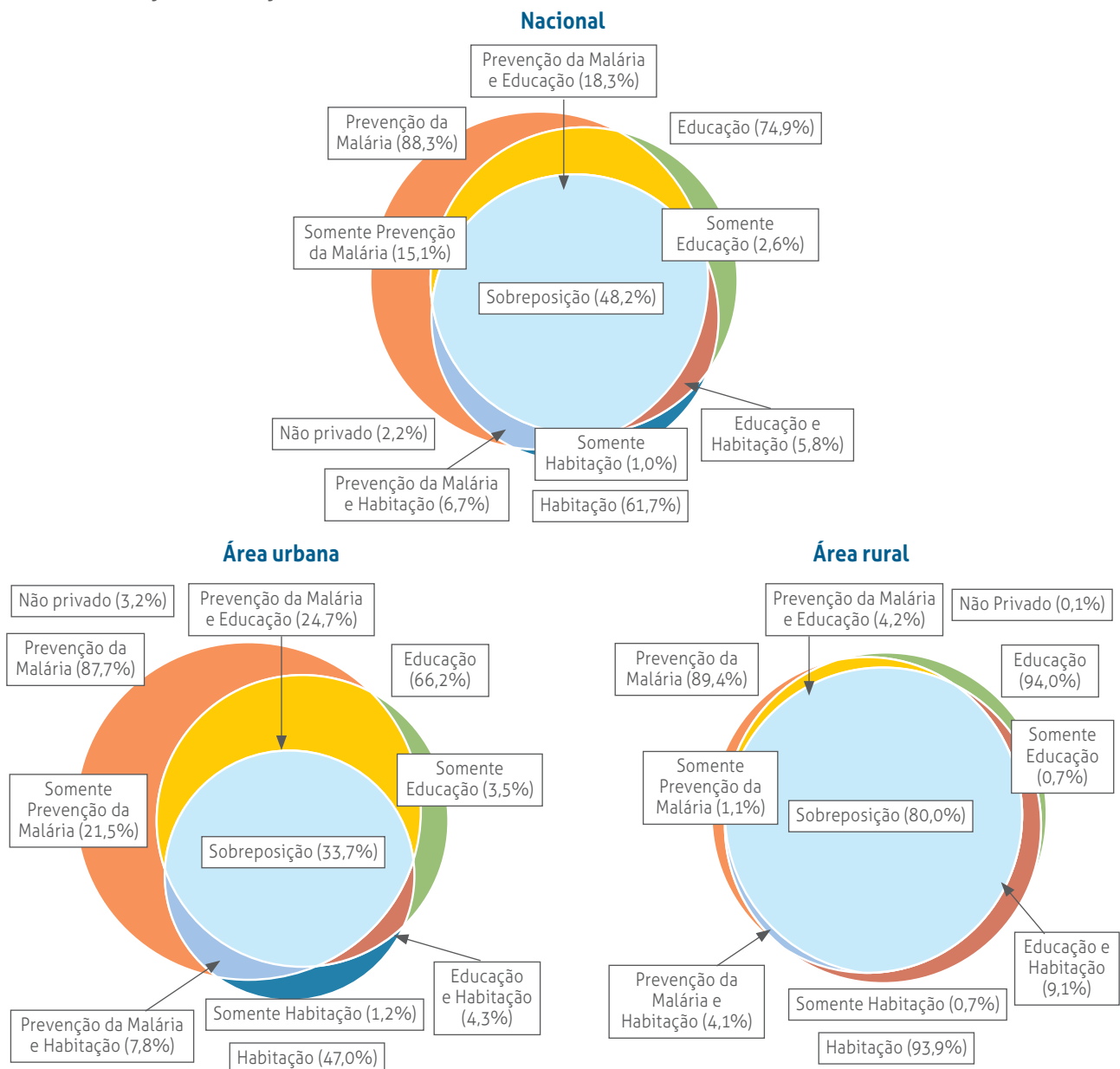
Estas taxas de privação têm consequências políticas de relevo. Seria claramente vantajoso as privações no campo da *Educação* e *Prevenção da malária* serem combatidas por meio de uma política conjunta, uma vez que a sobreposição destas duas dimensões é extremamente significativa, independentemente da área de residência analisada. A título ilustrativo, se se assegurar que todas as crianças vão à escola, depois disso poderiam realizar-se campanhas de sensibilização para a importância de prevenir a malária e também implementar-se programas de distribuição de redes

4. Privações das crianças

4

mosquiteiras através das escolas. Acções educativas no espaço escolar podem ser muito relevantes para passar este tipo de conhecimentos aos agregados familiares, transmitindo informações entre gerações. Por outro lado, o acesso a programas para melhoria das condições de Habitação poderia ser condicionado à frequência escolar (para as famílias com filhos) ou à participação em sessões de sensibilização sobre a importância da frequência de estabelecimentos de ensino e da prevenção da malária.

Figura 31. Percentagem da sobreposição de privações nas crianças de 12-17 anos nas dimensões de prevenção da malária, educação e habitação



4.2.3 Resumo: pontos-chave da análise de privações múltiplas sobrepostas

Para uma melhor compreensão da gravidade das privações que afectam a criança é necessário analisar se as mesmas ocorrem em simultâneo. As privações sobrepostas têm efeitos mais adversos e, assim, é essencial uma identificação mais rigorosa de quais as crianças que acumulam privações múltiplas e sobrepostas. A análise de múltiplas privações sobrepostas permitiu retirar as seguintes conclusões:

1. As crianças mais novas são geralmente mais carenciadas. As crianças até aos 5 anos de idade normalmente têm privações em cinco dimensões em simultâneo, enquanto as que têm 5 anos ou mais são maioritariamente afectadas por três privações ao mesmo tempo;
2. As crianças das áreas rurais apresentam o grau mais grave de privação;
3. As privações nos domínios da *Habitação e Prevenção da malária* são as que mais contribuem para a incidência e intensidade da privação multidimensional num limiar de $k=3$. Relativamente às crianças dos 12 aos 17 anos, a Educação também é identificada como uma das dimensões que mais influencia a privação multidimensional;
4. A percentagem de crianças que só apresentam privação numa única dimensão é muito baixa. Uma criança que se considera privada numa determinada dimensão geralmente terá carências em 2, 3, 4 ou mais dimensões adicionais;
5. São apresentados *Diagramas de Venn* para ilustrar as privações em três dimensões sobrepostas. A extensão da sobreposição depende em grande medida do perfil da criança observada. As sobreposições de privações são habitualmente menores nas crianças das áreas urbanas e de Luanda.



5

5. Conclusões

A pobreza e a privação podem ter um impacto devastador quando são experimentadas na infância. A maioria dos estudos que fornece dados sobre o bem-estar infantil analisa o nível socioeconómico do agregado familiar em que a criança está inserida, considerando implicitamente que o acesso a condições mínimas de riqueza, receitas ou rendimentos conduz de modo imediato ao bem-estar da criança. No entanto, é muito raro as crianças serem responsáveis pela distribuição de recursos no seio do agregado familiar, nem têm poder de decisão em matérias que as afectam directamente.

A metodologia MODA aplicada no presente estudo avaliou directamente a pobreza infantil observando as privações das crianças num conjunto de dimensões que determinam o bem-estar infantil em Angola. Esta análise verificou em que medida as crianças são carenciadas nas seguintes dimensões: *Nutrição, Saúde, Protecção da criança, Prevenção da malária, Educação, Exposição aos meios de comunicação social, Habitação, Água e Saneamento*. Além disso, o estudo da pobreza infantil em Angola adoptou uma abordagem mais voltada para a criança, considerando cada uma como um indivíduo, cujos direitos e necessidades devem ser assegurados. Deste modo, foram analisadas a incidência e a intensidade das privações múltiplas e sobrepostas enfrentadas pelas crianças. Também se reconhece que as necessidades das crianças diferem nas várias fases da infância. Por este motivo, foram identificadas dimensões de carências para quatro grupos etários: dos 0 aos 23 meses, dos 24 aos 59 meses, dos 5 aos 11 anos e dos 12 aos 17 anos de idade. Além da análise multidimensional de toda a população infantil, também se realizaram estudos separados das privações sectoriais e multidimensionais em cada grupo etário.

Na análise específica das privações por dimensão, observaram-se níveis significativos de privação nos domínios da *Nutrição* (em crianças até aos 2 anos), *Prevenção da malária* e *Habitação*, constituindo uma séria ameaça à sobrevivência das crianças em Angola. Além disso, também se considera que as oportunidades de desenvolvimento das crianças estão em risco com base nas taxas de privação significativas que foram observadas na dimensão *Educação*, em particular no caso das crianças mais velhas (40% e 75%, respectivamente, no terceiro e quarto grupos etários).

A taxa de conclusão do ensino primário, usada como medida da formação de capital humano, é reduzida em crianças dos 12 aos 17 anos de idade, indicando a urgência da consolidação de políticas para o desenvolvimento do sector da educação em Angola.

No entanto, o caso da dimensão de *Exposição aos Meios de Comunicação Social* apresenta um registo mais positivo, que também influencia o desenvolvimento infantil, afectando menos de um quarto das crianças de todos os grupos etários. Melhorar a qualidade da educação das crianças contribuirá para o crescimento económico e a produtividade geral do país, sendo essencial para o desenvolvimento de Angola.

A *Protecção da criança* não foi a dimensão com o nível mais elevado de privação, mas ainda assim afectou mais de dois terços das crianças dos 24 aos 59 meses de idade e até 30% das crianças dos 5 aos 17 anos.

Estas conclusões destacam a importância de investimentos conjuntos e coordenados para garantir que, depois de assegurada a sobrevivência da criança, todas estarão protegidas e que as suas perspectivas de desenvolvimento serão cumpridas.

Em conformidade com a abordagem dirigida à criança, adoptada neste estudo, e no seguimento da análise das privações registadas por dimensão, contabilizou-se e estudou-se a combinação de privações sofridas por cada criança em Angola antes de as agrupar.

Os dados mostram que apenas uma percentagem muito baixa de crianças não enfrenta nenhum tipo de privação, situação comparável à que se verifica nos maiores países africanos como a Etiópia e a República Democrática do Congo.

Além disso, conclui-se que praticamente 3 em cada 4 crianças são desfavorecidas, em média, em 4,6 das 7 dimensões.

Em 2015, as Nações Unidas, através do seu plano intitulado Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), orientou os países para que comuniquem e verifiquem com regularidade a progressão no sentido de alcançar até 2030 as metas em termos de pobreza multidimensional. A metodologia MODA obedece aos critérios de monitorização da meta 1.2 dos ODS – “reduzir pelo menos para metade a proporção de homens, mulheres e crianças, de todas as idades, que vivem na pobreza, em todas as suas dimensões, de acordo com as definições nacionais” – relativamente às crianças. As taxas de incidência das privações multidimensionais podem ser usadas como ponto de referência para os exercícios posteriores de monitorização e comunicação.

A privação multidimensional também foi estudada em cada grupo etário. Observou-se que as crianças mais novas têm maior probabilidade de apresentarem carências em mais dimensões: as menores de 5 anos geralmente são desfavorecidas em cinco dimensões, enquanto as mais velhas são desfavorecidas em três dimensões em simultâneo. Esta conclusão vem sublinhar a vulnerabilidade das crianças mais pequenas, também sugerindo a atribuição de recursos adequados para permitir assegurar que TODAS as crianças vêm garantido um início de vida nas melhores condições.

Além disso, o carácter multidimensional da privação indica que tomar medidas por sector teria apenas resultados limitados em termos de redução da incidência da privação multidimensional nos casos das crianças afectadas por um elevado número de carências. São necessárias intervenções multisectoriais para possibilitar mudanças significativas a favor da população mais vulnerável.

Perceber como são vividas as privações sobrepostas permitirá identificar a constituição das múltiplas privações sofridas pelas crianças mais vulneráveis e detectar os sectores que podem beneficiar de uma abordagem integrada na formulação de políticas.

Esta análise demonstrou que as crianças desfavorecidas numa determinada dimensão raramente o eram apenas nessa dimensão. Na verdade, a tendência é para acumularem 2, 3, 4 ou mais privações adicionais.

A análise da contabilização das privações reflecte que a pobreza infantil é multidimensional, exigindo uma abordagem dos múltiplos sectores para assegurar o bem-estar das crianças em Angola. A análise de sobreposições fornece orientações adicionais acerca de potenciais vantagens de respostas programáticas conjuntas às carências enfrentadas pelas crianças. Uma informação detalhada permitirá uma melhor tomada de decisões, originando melhores resultados, numa abordagem completa e integrada.

Diversos factores, desde características do agregado familiar, da mãe e da criança até à localização geográfica do agregado, foram estudados do ponto de vista da correlação com privações únicas e multidimensionais das crianças. A divisão "rural/urbano" nos níveis de incidência e intensidade das privações foi frequentemente considerada relevante, bem como as disparidades observadas entre as várias províncias. Além disso, os níveis de escolaridade da mãe e do chefe de família, os valores antropométricos das crianças mais novas e a participação em actividades laborais das crianças mais velhas também foram aspectos considerados correlacionados com as privações experimentadas na maioria das áreas. A caracterização das crianças carenciadas pode ajudar a canalizar os escassos recursos, inspirando também a formulação de políticas e intervenções de forma a chegar a quem mais necessita.

O presente estudo dedicou-se à análise sistemática da pobreza infantil através da abordagem das privações, estudando a sua incidência e intensidade. A análise unidimensional das carências proporciona dados para a definição de programas e medidas de sensibilização inseridos em respostas sectoriais, em conformidade com as práticas actuais comuns. Por outro lado, a análise multidimensional permite descrever a situação de cada criança.

As crianças têm múltiplas necessidades que não podem ser categorizadas nem estabelecidas como prioritárias, de acordo com o dever de agir de forma coerente nos vários sectores de modo a empregar mais eficazmente os esforços e os recursos na melhoria do bem-estar das crianças.



Referências bibliográficas

- Alkire, S. and M. E. Santos (2010). "Acute Multidimensional Poverty: A New Index for Developing Countries." *OPHI Working Paper 38*, University of Oxford.
- Alkire, S. and J. Foster (2011). "Counting and Multidimensional Poverty Measurements." *Journal of Public Economics* 95: 476-487.
- Claeson, M. and R. Waldman (2000). "The Evolution of Child Health Programmes in Developing Countries: from Targeting Diseases to Targeting People." *Bulletin of the World Health Organization* 78: 1234-1245.
- De Neubourg C., M. De Milliano and I. Plavgo (2014). "Lost (in) Dimensions: Consolidating progress in multidimensional poverty research", *UNICEF, Office of research Working Paper, WP 2014 – 4*. Florence: UNICEF Office of Research-Innocenti.
- De Neubourg, C., J. Chai, M. de Milliano, I. Plavgo and Z. Wei (2012). "Step-By-Step Guidelines to the Multiple Overlapping Deprivation Analysis (MODA)." *Office of Research Working Paper, WP 2012-10*. Florence: UNICEF Office of Research-Innocenti.
- Gordon, D., S. Nandy, C. Pantazis, S. Pemberton, and P. Townsend (2003). "The Distribution of Child Poverty in the Developing World." Bristol: Centre for International Poverty Research, University of Bristol.
- Instituto Nacional de Estatística (INE), Ministério da Saúde (MINSÁ), Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial (MINPLAN), e ICF (2017). "Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde em Angola 2015-2016." Luanda, Angola and Rockville, Maryland, USA: INE, MINSÁ, MINPLAN and ICF.
- UN (2015). "Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development", The General Assembly Resolution 70/1, United Nations.
- UN (2000). "United Nations Millennium Declaration 55/2", Resolution adopted by the General Assembly, United Nations.
- UN (1995). "The Copenhagen Declaration and Programme of Action." *World Summit for Social Development* 6-12 March 1995, New York: United Nations Department of Publications.
- UN (1989). "Convention on the Rights of the Child." The General Assembly Resolution 44/25, United Nations.
- UNDP (2003). "Indicators for Monitoring the Millennium Development Goals: definitions, Rationale, Concepts and Sources." New York: UNDP.
- UNICEF (2015). "Situation Analysis. Children and Women in Angola." UNICEF Angola.
- UNICEF (2007). "Global Study on Child Poverty and Disparities 2007-2008." New York: Guide, Division of Policy and Planning.



LUIS
DOS
TOS
y
Luis

ANEXOS

Anexo A. Descrição da amostra do IIMS 2015-2016

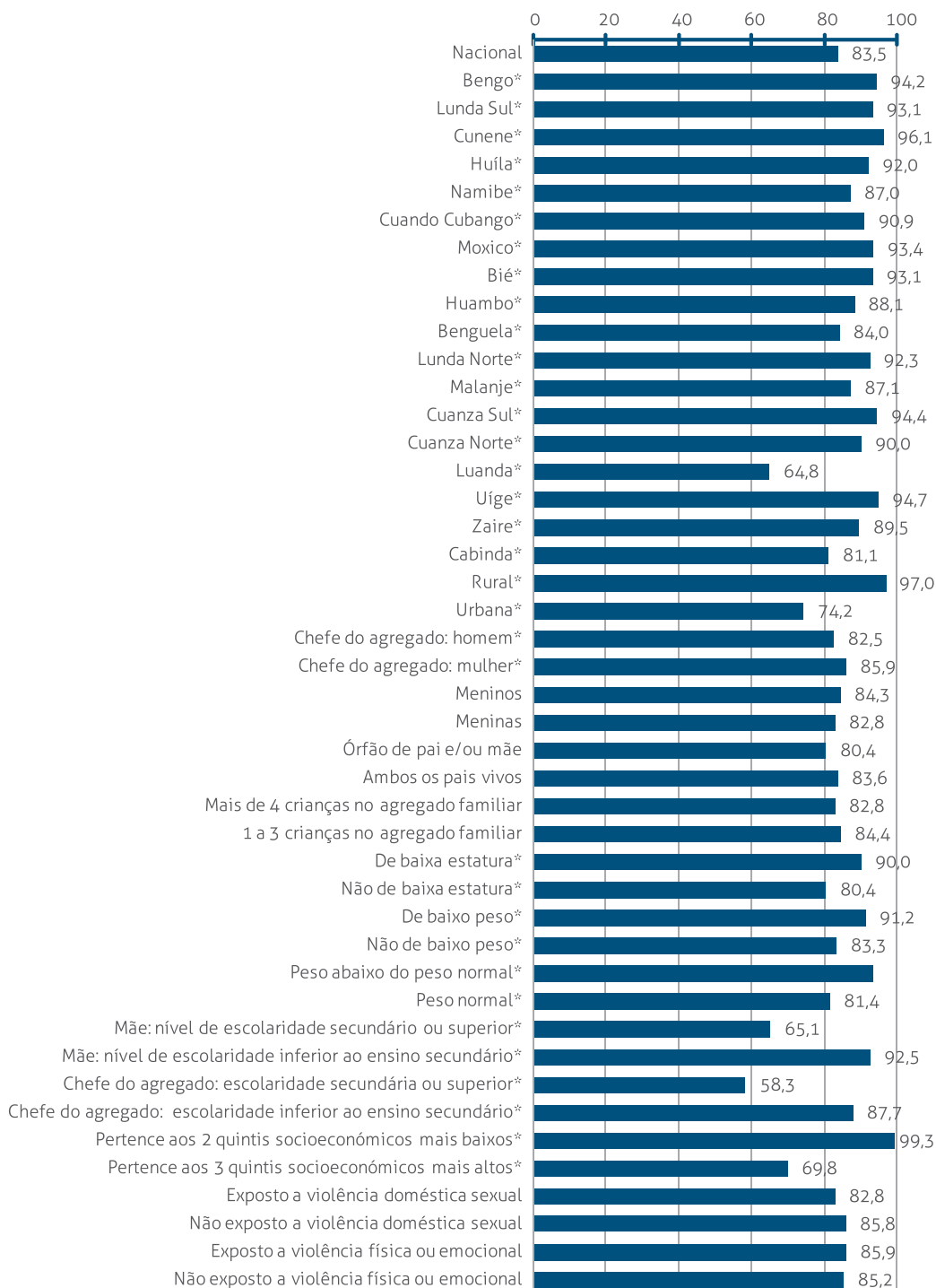
	Todas as crianças	0-23 meses	24-59 meses	5-11 anos	12-17 anos
Nacional	41 647	6 289	8 913	16 924	9 521
Agregados familiares	12 620	5 811	7 205	9 059	6 353
Área de Residência					
Urbana	23 707	3 446	4 830	9 518	5 913
Rural	17 940	2 843	4 083	7 406	3 608
Província					
Cabinda	1 814	237	366	710	501
Zaire	2 076	313	406	835	522
Uíge	2 308	331	513	989	475
Luanda	4 537	589	822	1 845	1 281
Cuanza Norte	1 857	266	410	779	402
Cuanza Sul	2 010	296	470	808	436
Malanje	2 367	351	547	978	491
Lunda Norte	2 129	370	496	862	401
Benguela	2 327	339	494	948	546
Huambo	2 443	379	549	991	524
Bié	2 225	359	473	967	426
Moxico	1 885	325	432	787	341
Cuando Cubango	1 875	319	409	728	419
Namibe	2 358	356	475	967	560
Huíla	2 610	394	545	1 070	601
Cunene	2 697	404	617	1 010	666
Lunda Sul	2 293	386	505	937	465
Bengo	1 836	275	384	713	464

Anexo B. Dimensões, indicadores e limiares de privação por grupo etário

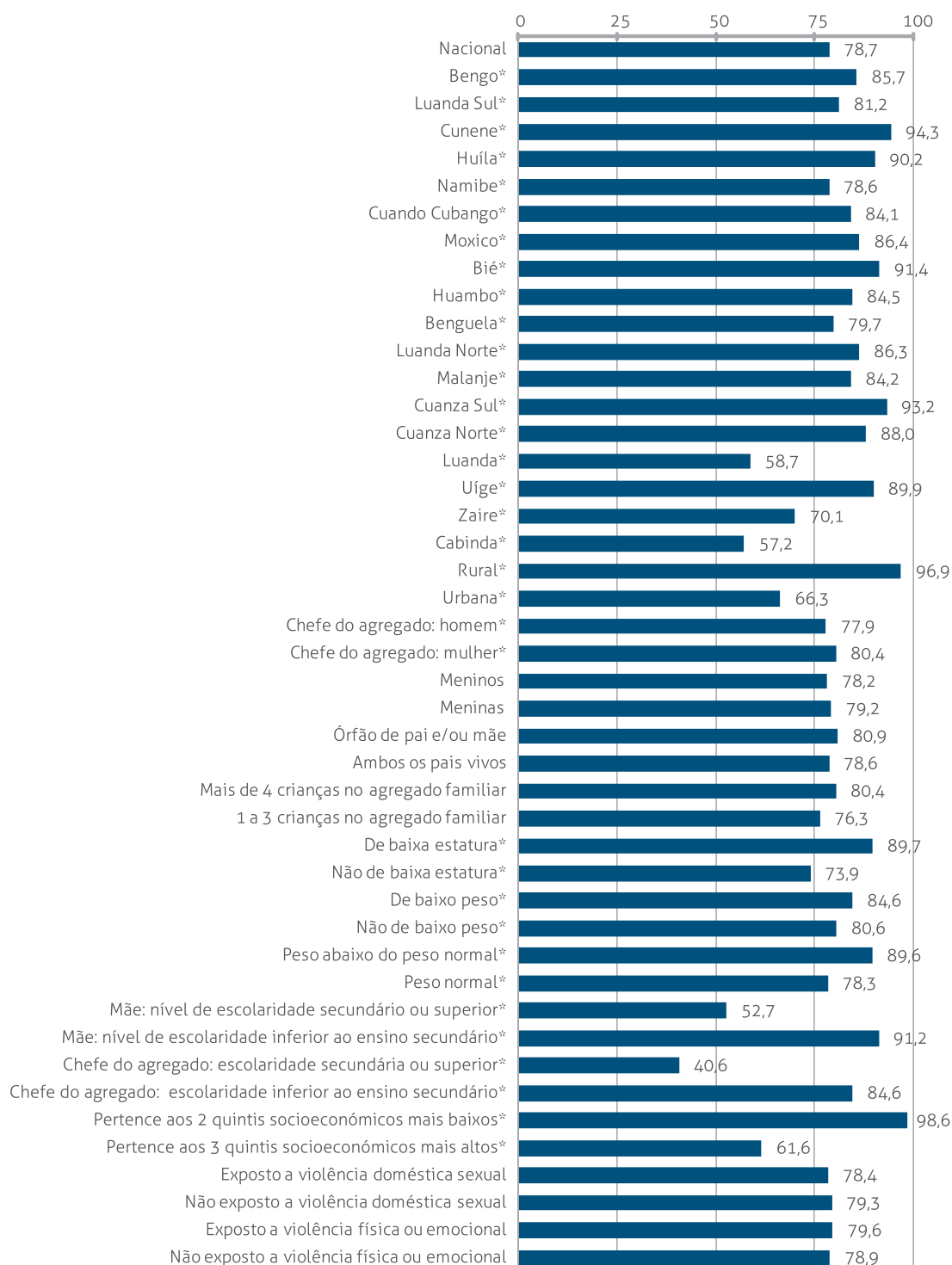
Dimensão	Indicador	Limiar de Privação (Desfavorecida se ...)
NUTRIÇÃO	Alimentação de Bebés e Crianças Pequenas: Amamentação Exclusiva	0-5 meses: a criança não é amamentada em exclusivo.
	Alimentação de Bebés e Crianças Pequenas: Diversidade Alimentar Mínima Aceitável	6-23 meses: não cumpriu a frequência mínima de refeições (FMR) e/ou diversidade alimentar mínima (DAM) nas últimas 24 horas. <i>Criança que é actualmente amamentada:</i> criança entre 6 e 8 meses que não recebeu pelo menos 2 refeições suplementares por dia; 9-23 meses que não recebeu pelo menos 3 refeições suplementares por dia. <i>Criança que actualmente não é amamentada:</i> criança entre 6 e 23 meses que não recebeu pelo menos 4 refeições por dia (pelo menos 2 devem ser lácteas). Condições da diversidade alimentar mínima: alimentos de pelo menos 4 dos seguintes grupos – lacticínios; cereais, tubérculos e raízes; frutas e legumes ricos em vitamina A; outras frutas e legumes; ovos; carne; leguminosas e frutos de casca rija.
	Consumo de Micronutrientes (vitamina A)	0-23 meses: a criança não recebe doses de vitamina A de acordo com a recomendação para a idade – 1 dose aos 6 meses; 2 doses aos 9 meses.
SAÚDE	Imunização Total	0-23 meses: a criança não fez todas as vacinas base na idade recomendada: tuberculose (BCG) e poliomielite 0 no 1.º mês de idade; DTP1 (DTP-HepB-Hib) e poliomielite 1 aos 2 meses; DTP2 e poliomielite 2 aos 3 meses; DTP3 e poliomielite 3 aos 4 meses; sarampo e febre-amarela aos 10 meses.
	Profissionais Qualificados no Parto	0-59 meses: um profissional não qualificado (familiar, amigo, pai, outro, ou ninguém) realizou o parto da criança.
PREVENÇÃO DA MALÁRIA	Rede Mosquiteira Tratada com Insecticida	0-17 anos: a criança não dormiu numa rede mosquiteira tratada com insecticida na noite anterior.
EDUCAÇÃO	Frequência Escolar	6-17 anos: a criança em idade escolar não vai à escola.
	Nível Escolar adequado à Idade	8-17 anos: a criança não vai à escola, ou frequenta a escola mas tem um atraso de 2 ou mais anos relativamente à sua idade.
	Obtenção de Nível Primário de Escolaridade	12-17 anos: a criança ultrapassou a idade do ensino primário mas não frequentou ou não concluiu o ensino primário.
PROTECÇÃO DA CRIANÇA	Registo de Nascimento	2-17 anos: a criança não possui um registo de nascimento.
SANEAMENTO	Instalações Sanitárias Apropriadas	0-17 anos: geralmente o agregado familiar usa uma instalação sanitária não melhorada: descarga para outro local; latrina de fossa sem laje/a céu aberto; latrina com balde; descarga para local desconhecido/incerto/não sabe onde; sem instalação sanitária/mato/campo.
	Instalações Apropriadas Compartilhadas	0-17 anos: a instalação sanitária da casa é partilhada por duas ou mais famílias.
HABITAÇÃO	Material de construção da casa (telhado, chão e paredes)	0-17 anos: o telhado, chão e/ou paredes da casa da família são feitos de materiais naturais considerados temporários. Chão: terra/areia; Telhado: sem telhado, folhas de palmeira/erva, cartão; Paredes: sem paredes; argila; pau-a-pique; latão/cartão/papel/sacos.
	Combustível sólido para cozinhar	0-17 anos: o agregado familiar usa combustível sólido para cozinhar dentro de casa (carvão, lignite, carvão vegetal, lenha, palha, ramos, canas, produtos agrícolas, estrume, outro).
	Sobrelocação	0-17 anos: o agregado familiar inclui em média mais de três pessoas a dormir por quarto.
ÁGUA	Fonte da Água para Beber	0-17 anos: a fonte principal de água para beber do agregado familiar é uma fonte não melhorada. Também se considera desfavorecida se a fonte principal for água engarrafada e a fonte de água não potável não for apropriada.
	Tratamento da Água para Beber	0-17 anos: o agregado familiar não trata a água para consumo não melhorada ou esta não é tratada adequadamente. Método de tratamento apropriado: ferver, adicionar lixívia ou cloro, usar um filtro de água, usar desinfecção solar.
	Tempo para Obter Água para Beber	0-17 anos: o tempo de recolha da água para consumo no agregado familiar excede 30 minutos.
EXPOSIÇÃO A MEIOS DE COMUNICAÇÃO	Acesso a Dispositivos de Informação	0-17 anos: o agregado familiar não possui nenhum dos seguintes dispositivos de difusão de informação: televisão, rádio, telemóvel, telefone.

Anexo C. Privações multidimensionais por faixa etária, segundo todas as características, usando o limiar de privação de K=3

Percentagem de crianças de 0-23 meses privadas em 3-7 dimensões, segundo todas as características

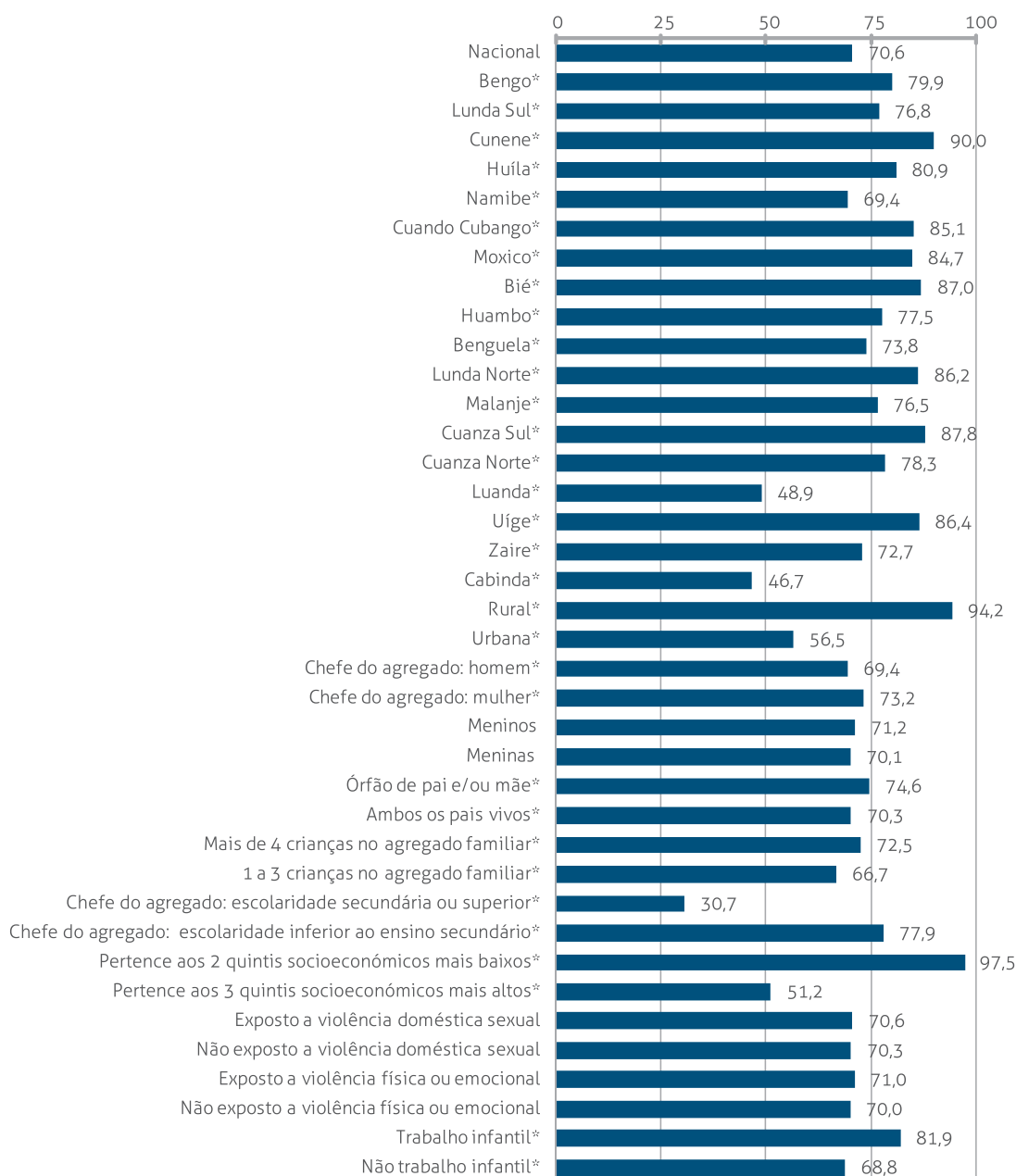


Percentagem de crianças de 24-59 meses privadas em 3-7 dimensões, segundo todas as características



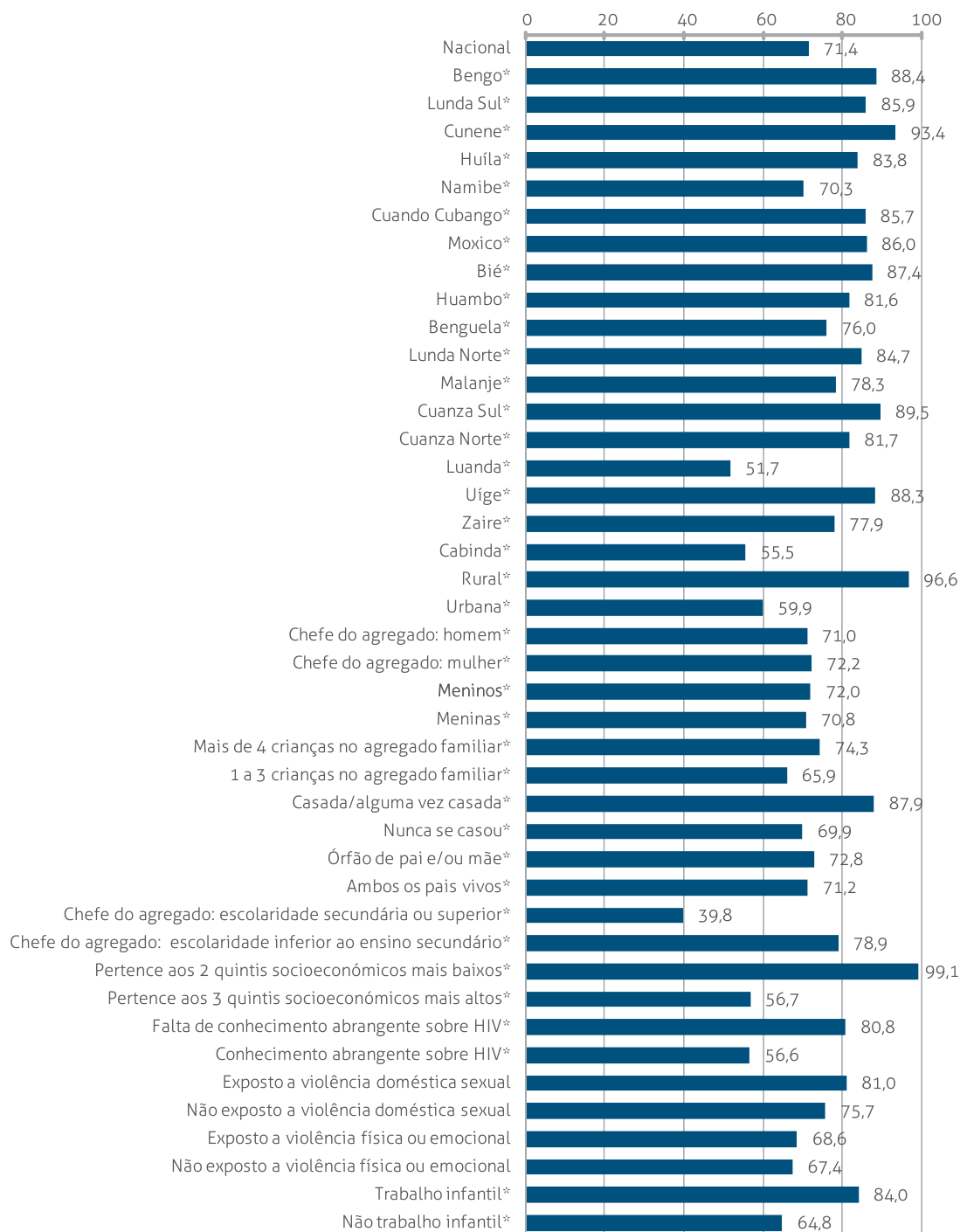
Nota: * $p < 0,05$ no teste de independência qui-quadrado.

Percentagem de crianças de 5-11 anos privadas em 3-7 dimensões, segundo todas as características



Nota: * $p < 0,05$ no teste de independência qui-quadrado.

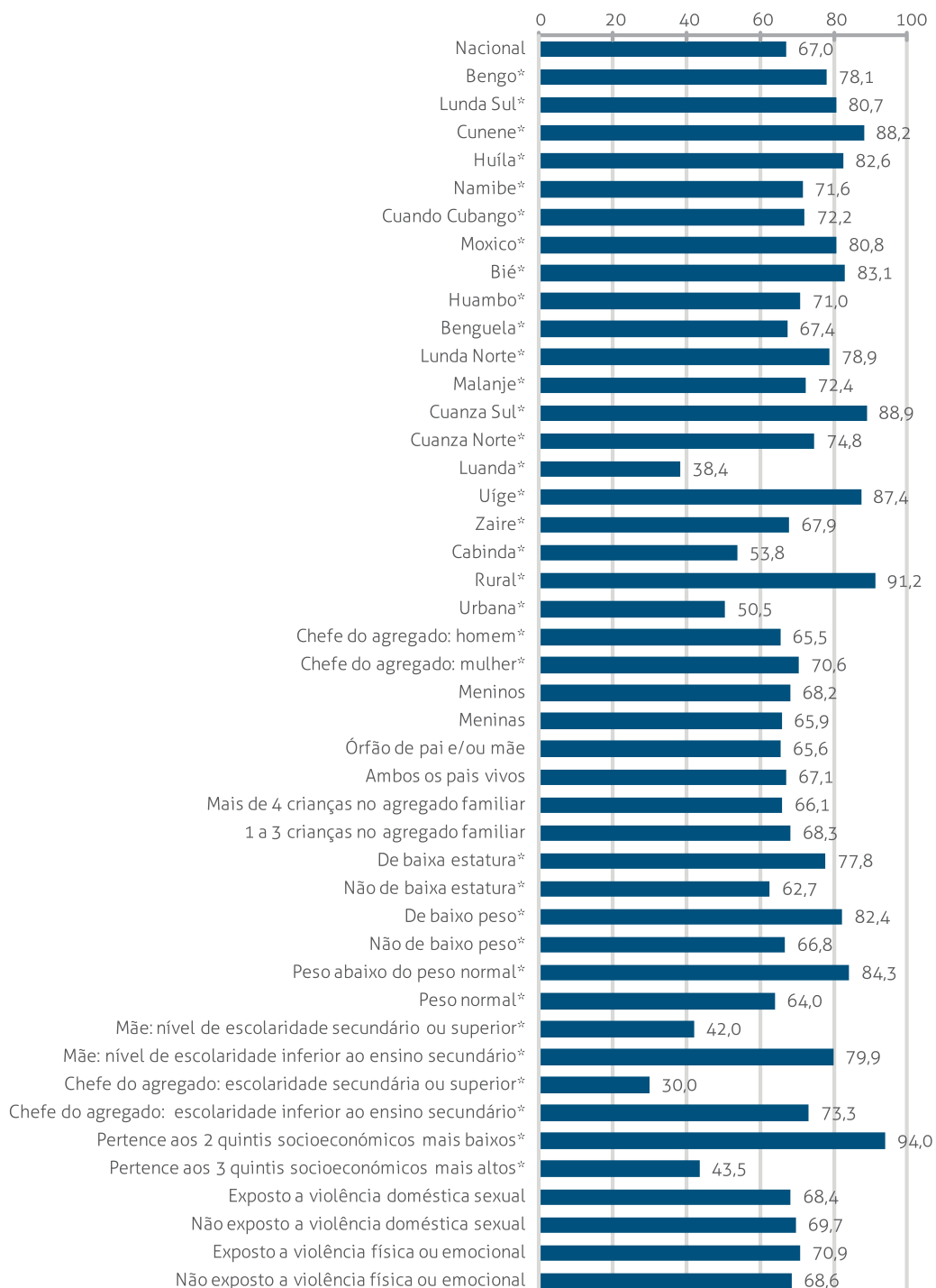
Percentagem de crianças de 12-17 anos privadas em 3-7 dimensões, segundo todas as características



Nota: * p<0,05 no teste de independência qui-quadrado.

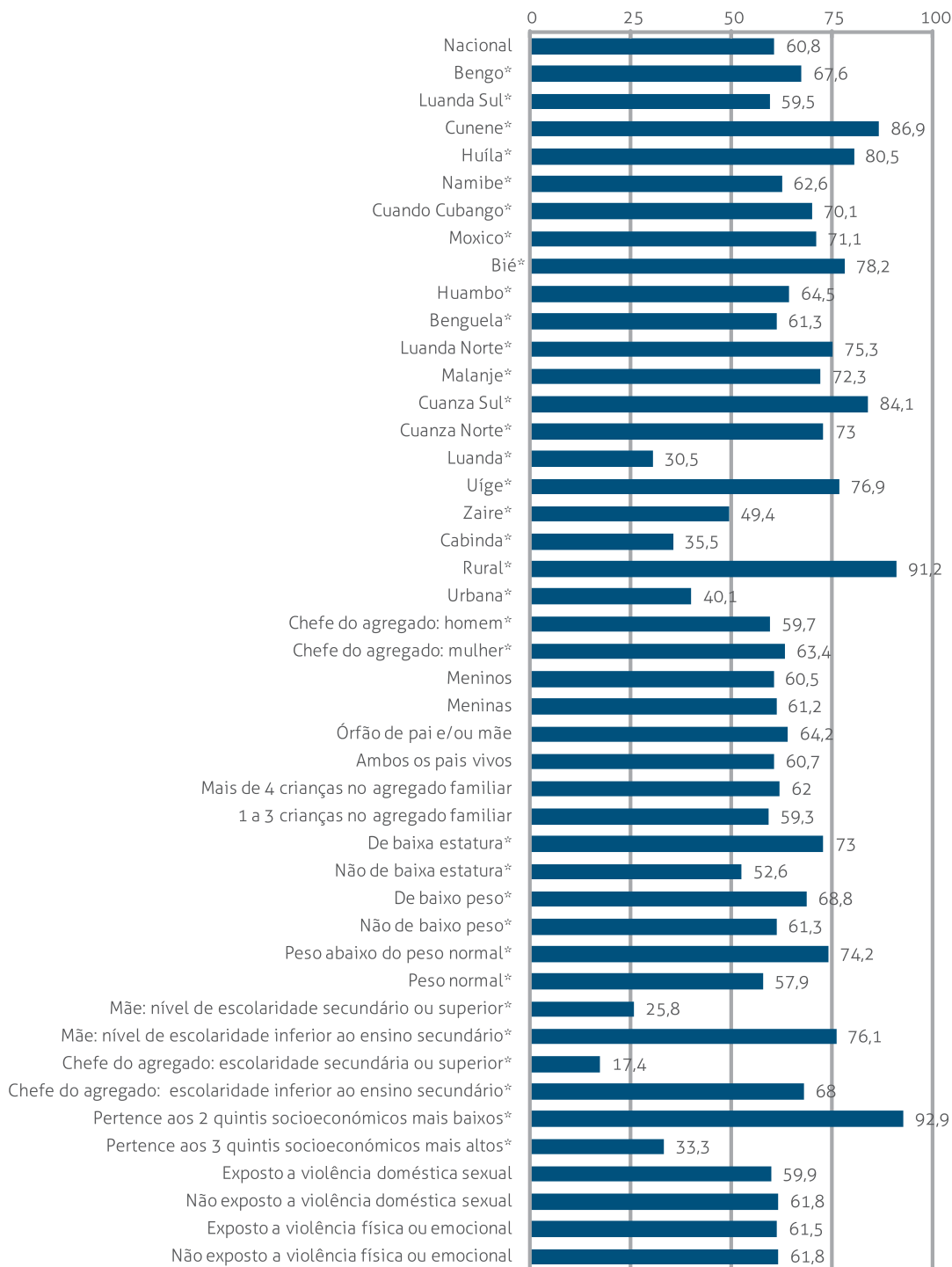
Anexo D. Privações multidimensionais por faixa etária, segundo todas as características, usando o limiar de privação de K=4

Percentagem de crianças de 0-23 meses privadas em 4-7 dimensões, segundo todas as características



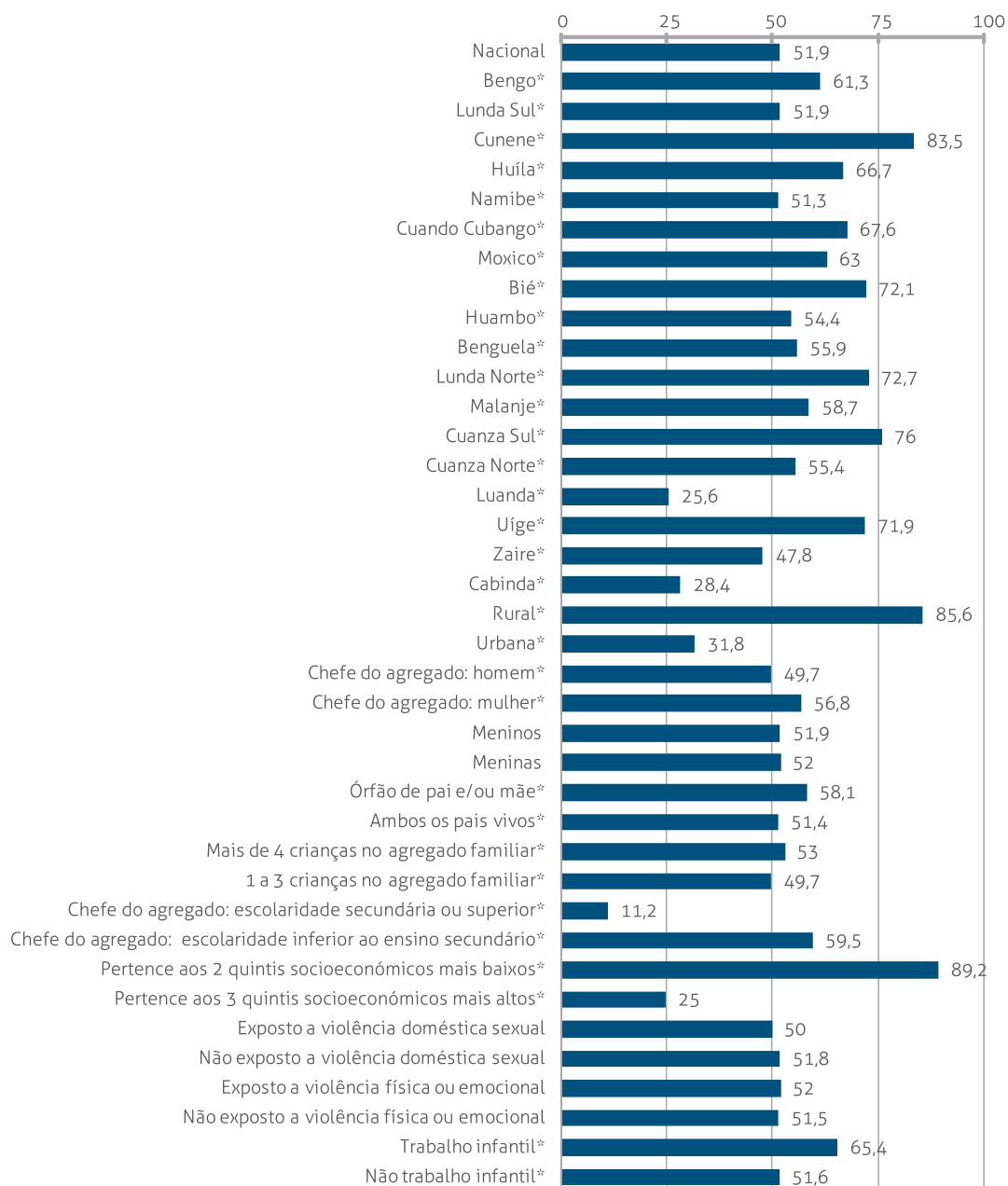
Nota: * p<0,05 no teste de independência qui-quadrado.

Percentagem de crianças de 24-59 meses privadas em 4-7 dimensões, segundo todas as características



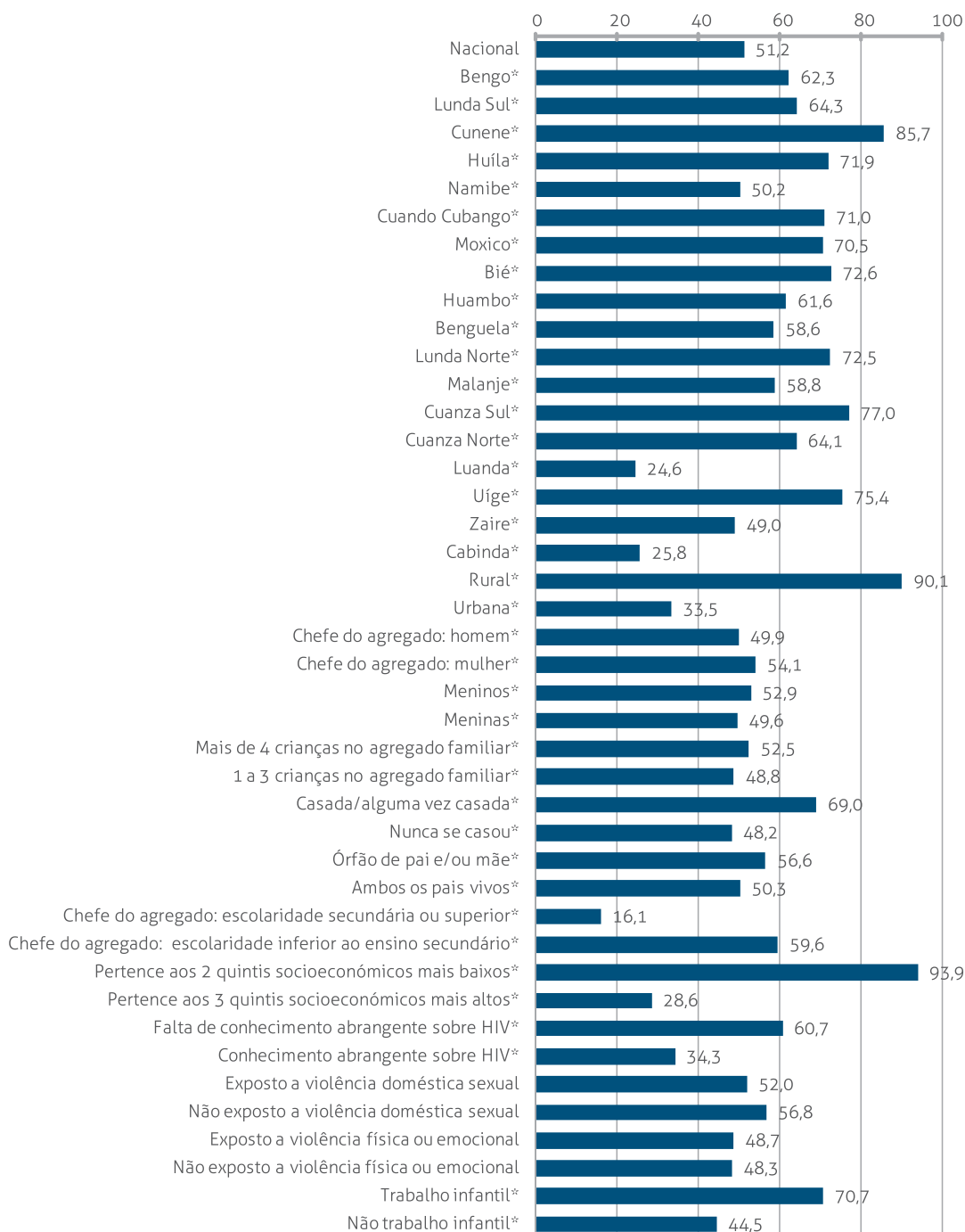
Nota: * $p < 0,05$ no teste de independência qui-quadrado.

Percentagem de crianças de 5-11 anos privadas em 4-7 dimensões, segundo todas as características



Nota: * p<0,05 no teste de independência qui-quadrado.

Percentagem de crianças de 12-17 anos privadas em 4-7 dimensões, segundo todas as características



Nota: * p<0,05 no teste de independência qui-quadrado.

Anexo E. Informação técnica adicional para avaliação das privações multidimensionais das crianças em Angola

A metodologia MODA usada na presente análise das privações que as crianças enfrentam em Angola requer a definição do bem-estar da criança no sentido de determinar os objectivos da análise e de escolher as dimensões relevantes de privação das crianças. As normas internacionais serviram como princípios orientadores para seleccionar as dimensões mais importantes do bem-estar da criança, conforme descrito na secção 2.2.2.

A dimensão de *Prevenção da malária* foi incluída como dimensão separada devido à sua relevância no contexto da mortalidade infantil, em particular para as crianças menores de 5 anos. São necessárias políticas independentes para prevenir e tratar a doença e evitar as mortes associadas a esta doença. A rede mosquiteira tratada com insecticida é um dos instrumentos mais eficazes de combate à malária, motivo pelo qual constitui o indicador da prevenção da malária na infância. É de sublinhar que os dados indicam níveis elevados de privação na dimensão de *Prevenção da malária* em Angola, independentemente da faixa etária, conforme ilustrado na figura abaixo.

Taxa de privação nas crianças na dimensão de prevenção de malária por faixa etária

Faixa Etária	0-23 meses	24-59 meses	5-11 anos	12-17 anos
Prevenção da malária	73,90%	81,60%	86,10%	88,30%

A integração desta dimensão na análise foi considerada relevante para uma melhor compreensão do bem-estar da criança em Angola e das carências vividas pelas crianças no país. Quanto à metodologia, as elevadas taxas de privação na dimensão de *Prevenção da malária* aumentam consideravelmente a probabilidade das crianças se verem desfavorecidas em pelo menos uma dimensão. Contudo, a análise global da situação das crianças em Angola não é afectada pela inclusão ou exclusão desta dimensão. Na verdade, caso se optasse pela exclusão da dimensão *Prevenção da malária* da análise, os cálculos da distribuição e da sobreposição das privações não teriam sido grandemente afectados. Com base nas elevadas taxas de privação em todos os grupos etários, isto seria semelhante a alterar o limiar de privação definido para a análise multidimensional de $k=3$ para $k=4$. A fiabilidade da análise não seria afectada pela exclusão da dimensão *Prevenção da malária*, no entanto esta opção diminuiria o valor global das privações multidimensionais em Angola, ignorando uma componente extremamente relevante para o bem-estar da criança. A maioria dos resultados com um limiar de privação de 4-7 dimensões é apresentado no Anexo D deste relatório.



Fotografia

© UNICEF Angola:

Pág. 4, 2016/Schernbrucker;

Pág. 10, 2015/Carvalho;

Pág. 12, 2015/Carvalho;

Pág. 20, 2006/Silva Pinto;

Pág. 26, 2015/Simancas;

Pág. 60, 2016/Carvalho;

Pág. 64, 2016/Simancas;

Pág. 66, 2008/Silva Pinto;

Pág. 79, 2013/Silva Pinto;

Pág. 80, 2007/Silva Pinto.



