

Dinâmicas de População e Saúde em Moçambique

Organização

Carlos Arnaldo | Boaventura M. Cau

CEPSA

Dinâmicas de População e Saúde em Moçambique

Titulo

Dinâmicas da População e Saúde em Moçambique

Organização

Carlos Arnaldo & Boaventura Manuel Cau

Edição

CEPSA

Design Gráfico e Paginação

FM Comercial

Fotografia da Capa

?

Revisão

David Seth Langa

Henriqueta Tojais

Impressão e Acabamento

FM Comercial

Número de Registo

?

ISBN

978-989-98516-0-3

Tiragem

1000 Exemplares

Endereço do Editor

Rua de França, n.º 72 R/C

Tel: +258 21 415 328

cepsa@cepsa.ac.mz

www.cepsa.ac.mz

Maputo – Moçambique

Maputo, Julho de 2013

O CEPSA agradece:

Ao Mecanismo de Apoio à Sociedade Civil (MASC) pelo apoio financeiro;

Ao Instituto Nacional de Estatística pela disponibilização das bases de dados
usadas neste livro.

Conselho Editorial

Carlos Arnaldo
Centro de Pesquisa em População e Saúde
Maputo, Moçambique

Boaventura M. Cau
Centro de Pesquisa em População e Saúde
Maputo, Moçambique

Victor Agadjanian
Center for Population Dynamics
Arizona State University
Tempe, Estados Unidos da América

Serafim Alberto Adriano
Universidade Eduardo Mondlane
Maputo, Moçambique

Baltazar Chilundo
Centro de Pesquisa em População e Saúde
Maputo, Moçambique

Manuel da Costa Gaspar
Instituto Nacional de Estatística
Maputo, Moçambique

Sandra Dzidzai Matanyaire Gonçalves
University of Cape Town
Cape Town, Africa do Sul

Euclides Gonçalves
Faculdade de Letras e Ciências Sociais
Universidade Eduardo Mondlane
Maputo, Moçambique

Baisamo Marcelino Juaia
United Nations Fund for Population
Activities (UNFPA)
Maputo, Moçambique

Sandra Manuel
Faculdade de Letras e Ciências Sociais
Universidade Eduardo Mondlane
Maputo, Moçambique

Elísio Sebastião Mazive
Instituto Nacional de Estatística
Maputo, Moçambique

Ramos Muanamoha
Centro de Pesquisa em População e Saúde
Maputo, Moçambique

Humberto Muquingue
Centro de Pesquisa em População e Saúde
Maputo, Moçambique

Inês Macamo Raimundo
Centro de Pesquisa em População e Saúde
Maputo, Moçambique

Joel das Neves Tembe
Faculdade de Letras e Ciências Sociais
Universidade Eduardo Mondlane
Maputo, Moçambique

Dinâmicas de População e Saúde em Moçambique

Organização

Carlos Arnaldo | Boaventura Manuel Cau



Autores

Boaventura Manuel Cau

É investigador e Coordenador da Área de Pesquisa e Desenvolvimento de Capacidades no Centro de Pesquisa em População e Saúde (CEPSA). Professor Auxiliar da Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane. É Licenciado em Geografia (1998) pela Faculdade de Letras da Universidade Eduardo Mondlane, Mestre em Estudos de Terras e Agrários (2005) pela University of the Western Cape e Doutorado em Sociologia (2011) pela Arizona State University. Exerce as funções de Chefe do Departamento de Geografia na Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane. As suas áreas de interesse incluem mortalidade, saúde reprodutiva, HIV e SIDA, migrações e saúde.

bcau@cepsa.ac.mz

Carla Jorge Machado

Professora do Centro de Desenvolvimento e Planeamento Regional e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina na Universidade Federal de Minas Gerais (Brasil). É Mestre em Demografia (1997) pela Universidade Federal de Minas Gerais, Doutorada em Dinâmicas Populacionais (1997) pela Johns Hopkins University e Pós-Doutorada (2011) pela Universidade Federal de Minas Gerais. Actua nas seguintes linhas de pesquisa: análise situacional de saúde, economia de saúde, mortalidade neonatal e infantil, qualidade de dados e metodologia, saúde e envelhecimento.

cjmachado@terra.com.br

Carlos Arnaldo

É investigador e Director do Centro de Pesquisa em População e Saúde (CEPSA). Professor Auxiliar da Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane. É Licenciado em Geografia (1996) pela Universidade Eduardo Mondlane, Mestre em Estudos de População (1999) e Doutorado em Demografia (2003) pela *Australian National University*. Actualmente exerce as funções de Director-Adjunto para Investigação do Centro de Estudos Africanos da Universidade Eduardo Mondlane. As suas áreas de interesse incluem estimação e dinâmica demográfica, fecundidade, nupcialidade, saúde reprodutiva e HIV e SIDA.

carnaldo@cepsa.ac.mz

Cassiano Soda Chipembe

Presentemente ocupa o cargo de Director de Estatísticas Demográficas, Vitais e Sociais no Instituto Nacional de Estatística (INE) e desenvolve, a tempo parcial, a actividade docente na Faculdade de Ciências da Universidade Eduardo Mondlane. É Licenciado em Ensino de História e Geografia (1994) pela Universidade Pedagógica e Mestre em Demografia (2001) pela Australian National University. As áreas de interesse de investigação incluem projecções demográficas, mortalidade, saúde reprodutiva e as condições de vida da população.

cassiano.chipembe@ine.gov.mz

Inês M. Raimundo

Professora Auxiliar da Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane. É Licenciada em Geografia (1995) pela Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane, Mestre em Geografia Humana (2002) e Doutorada em Migrações Forçadas (2009) pela University of the Witwatersrand (África do Sul). Actualmente é investigadora do Centro de Pesquisa em População e Saúde (CEPSA) e Directora-Adjunta para Pós-graduação da Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane. As suas áreas de interesse são: migrações, estudos de população, urbanização, HIV & SIDA, género e segurança alimentar urbana e ambiente.

inesmacamo@gmail.com

João Manguê

Técnico do Instituto Nacional de Estatística (INE). É Licenciado em Geografia (2000) pela Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane e Mestre em Demografia (2011) pela Universidade Federal de Minas Gerais (Brasil). As suas áreas de interesse incluem estimação e dinâmica demográfica, mortalidade e segurança social.

jmangue14@yahoo.com.br

Ramos Cardoso Muanamoha

Professor Auxiliar da Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane. É Licenciado em Geografia (1988) pela *Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg* (Alemanha), Mestre em Demografia (1995) pela Universidade Federal de Minas Gerais (Brasil) e Doutorado em Estudos de População (2008) pela *University of KwaZulu-Natal* (África do Sul). É investigador do Centro de Pesquisa em População e Saúde (CEPSA) e presentemente ocupa o cargo de Director do Centro de Análise de Políticas da Universidade Eduardo Mondlane. Tem-se ocupado de questões de Geografia Humana, Demografia e População, sendo, as suas áreas de interesse, a dinâmica demográfica, migração e distribuição espacial da população.

ramos.muanamoha@gmail.com

Roberto do Nascimento Rodrigues

Professor Titular do Departamento de Demografia e pesquisador do Centro de Desenvolvimento e Planeamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais (Brasil). É Licenciado em Ciências Económicas (1977), Mestre em Economia (1981) pela Universidade Federal de Minas Gerais (Brasil), Doutorado em Demografia (1989) pela *Australian National University* e Pós-Doutorado (1999) pela *University of Southampton*. Exerce actualmente o cargo de Pró-Reitor de Recursos Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais. Desenvolve as suas actividades nas seguintes linhas de pesquisa: população e saúde, desenvolvimento regional, formulação e avaliação de políticas sociais, migração interna e internacional, estatísticas vitais, mortalidade, projecção de população.

beto.cedeplar@gmail.com

Sandra Dzidzai Matanyaire Gonçalves

Investigadora associada do Centro de Pesquisa em População e Saúde (CEPSA). É Licenciada em Estatística (2002) pela *University of Cape Town* (África do Sul), Mestre em Estudos de População (2005) pela *University of the Western Cape* (África do Sul), Mestre em Demografia (2009) pela *University of Cape Town* e Doutoranda em Demografia no *Centre for Actuarial Research, University of Cape Town*. As suas áreas de interesse incluem: métodos de estimação

demográfica, mortalidade infanto-juvenil, saúde materna e infantil, saúde reprodutiva e HIV & SIDA.

dzidzai_sdm@yahoo.co.uk

Capítulo 1

INTRODUÇÃO

Carlos Arnaldo
Boaventura Manuel Cau

Com este livro, o Centro de Pesquisa em População e Saúde (CEPSA) pretende contribuir para o debate sobre a dinâmica da população e saúde em Moçambique. Nos últimos anos, Moçambique tem registado mudanças económicas, sociais, culturais e políticas cujos efeitos na saúde da população são menos conhecidos. Se se tomar em consideração que a saúde das pessoas é influenciada, não só pelos factores individuais, mas também pelos factores do nível do grupo ou da comunidade, estudar os efeitos, na saúde, das mudanças económicas, sociais, culturais e políticas que o país tem experimentado é particularmente relevante. Ao mesmo tempo, as transformações que a população moçambicana *per si* tem sofrido nos últimos anos têm sido igualmente pouco estudadas e documentadas. No entanto, e, como Leone (2010) poderia argumentar, as transformações da população são uma componente fundamental das mudanças nas necessidades de saúde e têm implicações nos programas e políticas de saúde e bem-estar da população. Por exemplo, o entendimento da dinâmica da população na forma de tamanho, estrutura etária e mudanças nos padrões e determinantes de fecundidade, mortalidade e migrações é vital na formulação de políticas públicas ajustadas à realidade. O estudo dos principais factores sociais e culturais que podem constituir barreiras para uma redução rápida das taxas de mortalidade infantil e infanto-juvenil, influenciar o início precoce da actividade sexual e a consequente exposição a gravidezes na adolescência e a doenças de transmissão sexual,

incluindo o HIV e SIDA, pode orientar o desenho e implementação de políticas e programas de combate a estes desafios em Moçambique.

As mudanças económicas, sociais, culturais e políticas de Moçambique registadas nos últimos anos são igualmente factores importantes da mobilidade populacional cujas implicações na saúde pública urge estudar. Os prospectos da exploração dos recursos naturais que vão sendo descobertos no país e o contexto internacional têm tornado o país um destino de pessoas oriundas de diversas partes do mundo e com potencial impacto na sua estrutura social, económica e perfil de saúde. Por outro lado, a estagnação da economia rural força muitos residentes rurais a migrar para as áreas urbanas, contribuindo para a precariedade das condições de vida e de saúde nestas áreas.

Tendo em conta esta realidade, o CEPISA inicia, com este livro, uma série de publicações sobre questões de população e saúde em Moçambique, baseadas na análise aprofundada dos dados que vêm sendo recolhidos pelo Instituto Nacional de Estatística e outras instituições/organizações nacionais e internacionais, com o objectivo de contribuir para o conhecimento das dinâmicas de população e saúde que possam servir de suporte no desenho e implementação de programas e políticas para a promoção da saúde pública e do bem-estar da população, bem como da formação de nível superior nestas áreas.

O livro integra, para além desta introdução, sete artigos analisando vários aspectos de dinâmica demográfica e saúde. No capítulo dois, “Tendências e desafios do crescimento da população em Moçambique”, Carlos Arnaldo e Ramos Muanamoha analisam as tendências do crescimento populacional em Moçambique e as suas implicações para a demanda dos serviços sociais básicos. Os progressos que se têm verificado na área da saúde, sobretudo os observados depois da independência nacional, em 1975, têm provocado uma redução da mortalidade, em particular a infanto-juvenil. Esta redução ocorre num contexto de uma fecundidade elevada e quase constante, resultando num crescimento populacional elevado, de cerca de 3% ao ano. Esta situação resulta numa estrutura jovem da população moçambicana e grandes desafios na providência de serviços básicos como os de educação, saúde e emprego.

Os restantes capítulos tratam das componentes do crescimento populacional: fecundidade, mortalidade e migração. A tendência do nível de fecundidade constitui o foco principal do capítulo três. Neste capítulo, com o título “Fecundidade em Moçambique nos últimos 50 anos: alguma mudança?”, Carlos Arnaldo usa os dados dos censos para avaliar a tendência e os factores associados ao nível de fecundidade nos últimos cinquenta anos. Com um número médio de seis filhos por mulher, Moçambique está entre os países com a taxa global de fecundidade mais elevada do mundo, e tem-se mantido quase estável nos últimos 50 anos, excepto nas áreas urbanas e na região Sul do país, onde há sinais de uma diminuição contínua a partir dos finais da década de 1980. O nível elevado de fecundidade é sustentado, em grande medida, pelas ainda altas taxas de analfabetismo das mulheres, início precoce da actividade sexual (e consequente casamento precoce) e pouco ou nenhum uso de métodos de planeamento familiar, tanto dentro, como fora das uniões. O autor considera importante que o país desenhe e implemente programas para retardar o início da vida sexual, reduzir o desejo por muitos filhos e assegurar a satisfação das necessidades actuais de contracepção.

No capítulo quatro, “A Dinâmica da mortalidade em Moçambique”, com base em indicadores de mortalidade dos censos de população e da literatura sobre mortalidade em Moçambique, Boaventura Cau analisa a dinâmica da mortalidade em Moçambique depois de 1980. O autor constata que as taxas de mortalidade infantil e infanto-juvenil declinaram em todas as províncias, mas com as províncias do Centro e Norte do país, por sinal as que apresentam os piores indicadores socioeconómicos, a apresentar níveis de mortalidade mais elevados. O autor chama a atenção para a necessidade de um maior esforço na elevação do acesso à educação da rapariga, acesso aos serviços de saúde, acesso à água potável e ao saneamento do meio.

No capítulo cinco, “Nível e factores associados à mortalidade materna em Moçambique”, Cassiano Chipembe, João Mangué e Carlos Arnaldo tiram partido dos recentes desenvolvimentos metodológicos na demografia e estimam a mortalidade materna a partir da informação do censo populacional de 2007. Em primeiro lugar, os autores fazem uma avaliação da qualidade dos dados e chamam a atenção para o facto de alguns erros, que normalmente caracterizam os dados do censo, poderem ter influenciado as suas estimativas. A estimativa resultante, de 489 óbitos

maternos em cada 100 mil nascimentos, é consistente com estimativas feitas por agências internacionais e mostra que a redução da mortalidade materna constitui ainda um desafio para o país. Pela sua natureza, os dados do censo não permitem análises mais aprofundadas no que se refere aos factores determinantes, mas o artigo mostra que a mortalidade materna é mais elevada nas províncias de Cabo Delgado, Nampula, Sofala e Inhambane, particularmente entre as mulheres rurais, menos escolarizadas e aquelas que iniciam a actividade reprodutiva precocemente. As razões para estas diferenças deverão merecer especial atenção em futuros estudos do CEPSA.

Sandra Gonçalves, em “Mortalidade neo-natal em Moçambique: evidência de três inquéritos nacionais”, capítulo seis, aplica o método da estimação das taxas de mortalidade infantil e na infância do novo manual das Nações Unidas para calcular taxas específicas de mortalidade por faixas etárias padrão. Através da análise dos dados dos Inquéritos Demográficos e de Saúde de 1997 e de 2003 e do Inquérito sobre Indicadores Múltiplos de 2008, a autora constata que os níveis de mortalidade no primeiro mês de vida são mais elevados do que em qualquer outro período na infância, mostrando a sobrecarga de mortalidade neo-natal e reforçando a prioridade de orientar acções programáticas e recursos em saúde para saúde neo-natal em Moçambique.

No capítulo sete, “Impacto da mortalidade por malária e SIDA na esperança de vida da população em Moçambique”, João Mangué, Carla Machado e Roberto Rodrigues avaliam o efeito da mortalidade por malária e SIDA na esperança de vida da população moçambicana. De acordo com estes autores, a malária e o SIDA reduzem a esperança de vida da população moçambicana em cerca de 9%. Este efeito corresponde a uma perda de cerca de 10 anos de vida nos homens e 9 anos nas mulheres, por cada uma das duas doenças.

Por fim, no capítulo oito, “Dinâmica migratória em Moçambique”, Inês Raimundo e Ramos Muanamoha analisam a dinâmica migratória interna e internacional em Moçambique. Embora os dados utilizados (do censo) não tenham permitido avançar de forma conclusiva com as causas das tendências migratórias, os autores estimaram os volumes e as taxas de migração interna e internacional e as tendências migratórias inter-provinciais. O estudo revela uma mudança de paradigma na migração interna em Moçambique, com um cada vez maior envolvimento da

população feminina, sobretudo na região Sul do país, onde o volume total da migração feminina supera o da masculina.

Referência Bibliográfica

Leone, T. 2010. “How can demography inform health policy?” *Health Economics, Policy and Law*, 5:1-11.

TENDÊNCIAS E DESAFIOS DO CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO EM MOÇAMBIQUE

Carlos Arnaldo
Ramos Cardoso Muanamoha

Introdução

O crescimento populacional é um factor importante nos prospectos de desenvolvimento de um país, na medida em que o seu ritmo e características determinam a magnitude e o tipo de serviços básicos que devem ser disponibilizados para a população. Embora, na maior parte dos países, o ritmo de crescimento populacional tenha baixado, como resultado das quedas da natalidade e da mortalidade, em África, muitos países ainda registam níveis elevados, acima de dois (2) por cento ao ano. Este facto leva alguns estudiosos a considerarem o actual ritmo de crescimento da população africana como o seu principal problema e obstáculo ao seu desenvolvimento. No entanto, para outros, o actual ritmo de crescimento, alicerçado numa fecundidade elevada e numa mortalidade em declínio, pode ser benéfico, pois garante a segurança social na velhice e compensa o aumento da mortalidade devido ao SIDA (Mturi, 2007).

O presente capítulo visa analisar as tendências e os desafios do crescimento populacional em Moçambique. Especificamente, o capítulo pretende determinar as características do crescimento populacional aos níveis provincial e nacional, bem como identificar os factores determinantes e os desafios do seu actual incremento. A análise baseia-se em dados dos censos populacionais realizados em Moçambique desde 1940, com maior incidência para os de 1980, 1997 e 2007.

Crescimento da população mundial

A influência do crescimento populacional no desenvolvimento socioeconómico dos países vem sendo discutida há vários anos e ganhou maior atenção nos finais do século XVIII, quando Malthus, um economista Inglês, publicou o seu primeiro ensaio sobre população. Neste Ensaio, Malthus postulava que a pobreza e a miséria resultavam da tendência de a população crescer muito mais rapidamente do que os meios de subsistência. Para ele, o desequilíbrio entre o crescimento da população e o dos meios de subsistência manter-se-ia, a não ser que se detivesse o aumento da população.

Embora a preocupação com o crescimento populacional tenha começado apenas nos finais do século XVIII, crê-se que as mudanças mais importantes nos padrões de crescimento da população tenham iniciado em 1650 nos países ocidentais. Antes deste período, o crescimento da população foi considerado lento e associava-se, por um lado, a determinadas práticas restritivas da fecundidade em alguns grupos tribais e, por outro, às condições de vida que caracterizaram as sociedades pré-industriais (Thompson & Lewis, 1965).

A partir de 1650, foram registadas melhorias consideráveis nos métodos e técnicas de produção, levando a um incremento da produção de alimentos, embora modesto. Por volta de 1700, iniciou a revolução agrícola na Europa, caracterizada pela aplicação da ciência nas técnicas da agricultura, o que levou ao aumento da produção por unidade de trabalho e terra. De uma forma geral, este período caracterizou-se por inovações nas técnicas de produção não-agrícola e na área de transportes (Thompson & Lewis, 1965; Weeks, 1999).

Depois de 1750, observou-se, de acordo com Weeks (1999), uma rápida aceleração no crescimento da população, devido ao declínio na taxa de mortalidade que acompanhou a revolução industrial. Primeiro, na Europa e América do Norte, e, mais recentemente, nos países menos desenvolvidos, as taxas de mortalidade declinaram mais cedo e muito mais rapidamente do que as taxas de fecundidade, o que levou a que, por ano, o número de óbitos fosse muito menor do que o de nascimentos. McKeown (1976) explica que o declínio da mortalidade nos países industrializados deveu-se, inicialmente, aos efeitos do desenvolvimento económico e à

elevação do padrão de vida, o que permitiu a redução da exposição à doença e o melhoramento da resistência à infecção. Mais tarde, depois de 1900, grande parte do declínio da mortalidade deveu-se aos melhoramentos na tecnologia médica, especialmente o desenvolvimento de vacinas contra doenças infecto-contagiosas.

A fecundidade começou a declinar pelo menos uma ou duas gerações depois do início do declínio da taxa de mortalidade. Desde a Segunda Guerra Mundial, as tecnologias médica e de saúde pública estão disponíveis para todos os países do mundo, independentemente do seu nível de desenvolvimento económico. Nos países em desenvolvimento, apesar de o risco de morte ter sido drasticamente reduzido, até agora as taxas de natalidade continuam elevadas, resultando num rápido crescimento da população (Weeks, 1999).

Por isso, o debate iniciado por Malthus prolongou-se até aos dias de hoje, e, embora tenham surgido vários outros teóricos com ideias contrárias, a visão malthusiana continua a ter seguidores (Thompson & Lewis, 1965). Na década de 70, o reconhecimento da influência do crescimento populacional no desenvolvimento dos países levou vários governos e organizações internacionais a conceber e/ou promover programas de desaceleração do crescimento populacional e a acelerar o desenvolvimento dos povos, em particular os dos países em desenvolvimento. Este movimento ganhou maior ímpeto após a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada em 1994 no Cairo, Egipto, onde se considerou a redução do ritmo de crescimento populacional, através da diminuição da fecundidade, como um meio para acelerar o desenvolvimento económico dos países (United Nations, 2003).

Crescimento populacional em África

África é a região com a taxa de crescimento mais elevada do mundo. De acordo com as estimativas das Nações Unidas (United Nations, 2011), no período 2005-2010, a população de África cresceu a uma taxa média anual de 2,3%, contra 1,2% da mundial, e foi a única região que cresceu a uma taxa acima de 2% ao ano (Tabela 2.1). Este crescimento rápido da população africana é resultado do declínio contínuo da mortalidade e da permanência de níveis elevados de fecundidade. Devido ao progresso económico e social, aos avanços na medicina, à melhoria das

condições de higiene e à redução da mortalidade infantil, o nível da mortalidade tem estado a diminuir desde os anos 1950. Pelo contrário, o início precoce da procriação, o casamento precoce e o pouco uso de métodos de contraceção contribuem para manter a fecundidade em níveis elevados, resultando num crescimento populacional elevado (United Nations Economic Commission for Africa, 2001).

Tabela 2.1: Indicadores demográficos por regiões do Mundo, 1950-2010

Região	Taxa de crescimento			Taxa global de fecundidade			Esperança de vida		
	1950-55	1975-80	2005-10	1950-55	1975-80	2005-10	1950-55	1975-80	2005-10
África	2,1	2,8	2,3	6,6	6,6	4,6	38,2	48,5	55,2
Ásia	2,0	1,9	1,1	5,8	4,1	2,3	42,9	59,8	69,0
Europa	1,0	0,5	0,2	2,6	2,0	1,5	65,6	71,2	75,4
América Latina e Caraíbas	2,7	2,3	1,2	5,9	4,5	2,3	51,3	63,1	73,4
América do Norte	1,7	1,0	0,9	3,3	1,8	2,0	68,7	73,3	78,2
Oceânia	2,2	1,3	1,7	3,8	2,7	2,5	60,5	68,5	76,7
Mundo	1,8	1,8	1,2	5,0	3,8	2,5	47,7	60,7	67,9

Fonte: United Nations (2011)

As estimativas demográficas para a África Subsaariana, publicadas nos finais da década de 1960, indicavam taxas de natalidade que variavam entre 30 e 60 nascimentos por mil habitantes, taxas de fecundidade entre 3,5 e mais de 8 filhos por mulher e taxas brutas de mortalidade entre 15 e 40 óbitos por mil habitantes (Foote, Hill & Martin, 1993).

As estimativas das Nações Unidas indicam que, de 1950 a 2010, a população de África mais do que quadruplicou, passando de cerca de 230 milhões para mais de 1 bilião, e aumentou o seu peso na população mundial de 9%, em 1950, para 15%, em 2010 (United Nations, 2011). A mortalidade declinou, embora não tão rapidamente como em outras partes do mundo, passando de uma taxa bruta de cerca de 24 por mil, nos princípios da década de 1960, para 16 por mil, nos finais da década de 1980; a taxa de mortalidade infantil baixou de 164 para 109 óbitos por cada

mil nascimentos vivos, e a esperança de vida ao nascer aumentou de 41 para 53 anos (Foote *et al.*, 1993).

A persistência de fecundidade elevada na África Subsaariana e os seus efeitos adversos sobre os esforços de desenvolvimento da região constituem ainda uma grande preocupação nos nossos dias. De acordo com Ezeh *et al.* (2009), vários países da região estão ainda no estágio inicial da transição da fecundidade¹ – como são os casos da Tanzânia, Ruanda, Moçambique e Guiné Conacri –, enquanto outros se encontram nos níveis de pré-transição da fecundidade – como são os casos do Mali, Níger e Uganda. Actualmente, estima-se que os níveis de fecundidade estejam acima dos 5 filhos por mulher em 1/3 dos países da região, e vários outros países continuam no estágio de pré-transição ou no início da transição da fecundidade.

Dentre vários factores explicativos da persistência dos actuais níveis e tendências de fecundidade na África Subsaariana, Ezeh *et al.* (2009) consideram os aspectos socioeconómicos como os mais dominantes. Assim, a baixa escolarização da mulher, a fraca participação feminina no mercado formal de trabalho, o baixo nível de urbanização, o baixo rendimento familiar e as normas culturais (religião ou etnicidade) favoráveis à procriação têm sido fundamentais na explicação dos níveis e diferenciais da fecundidade, particularmente em África.

Um outro argumento usado para explicar a persistência de altas taxas de fecundidade na região tem a ver com a demanda não satisfeita pelo planeamento familiar. Trata-se da existência de muitas mulheres pobres que desejam espaçar ou parar de ter filhos, mas não usam qualquer método moderno de contracepção (Population Reference Bureau, 2010), geralmente por falta de capacidade de resposta dos serviços de saúde.

¹ Transição da fecundidade é o processo pelo qual os países passam de uma fecundidade elevada, normalmente sem uso de métodos de planeamento familiar ou de controlo de natalidade, para uma fecundidade mais baixa, como resultado de maior controlo e utilização de métodos de planeamento familiar. Este processo faz parte do processo de transição demográfica em que se passa de um crescimento lento devido a elevadas taxas de natalidade e mortalidade para um crescimento também lento, mas com ambas taxas de natalidade e mortalidade a níveis mais baixos.

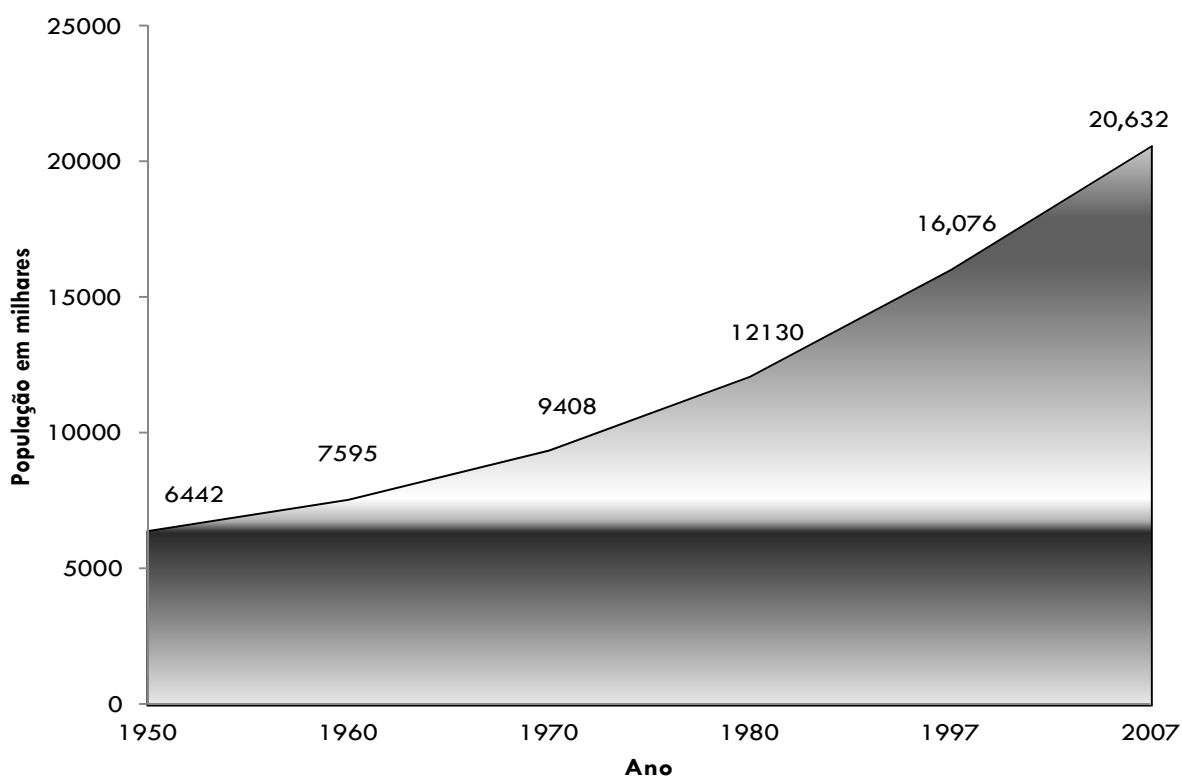
Tendências do crescimento populacional em Moçambique

Embora o primeiro censo populacional tenha sido realizado por volta de 1930 (INE, 1999), as estimativas disponíveis indicam que, nos últimos 100 anos, vários factores influenciaram o ritmo de crescimento da população de Moçambique ao nível nacional e provincial.

Tendências do crescimento populacional ao nível nacional

Moçambique tinha, em 1891, cerca de 4 milhões de habitantes e atingiu 6,4 milhões em 1950 (Gaspar, 1989, 2002; Maddison, 2010; United Nations, 2009), representando uma taxa de crescimento médio anual inferior a 1% (0,9%). De 1950 a 2007, ano do último censo, a população cresceu a uma taxa média anual de 2%, atingindo 20,6 milhões em 2007 (Gráfico 2.1).

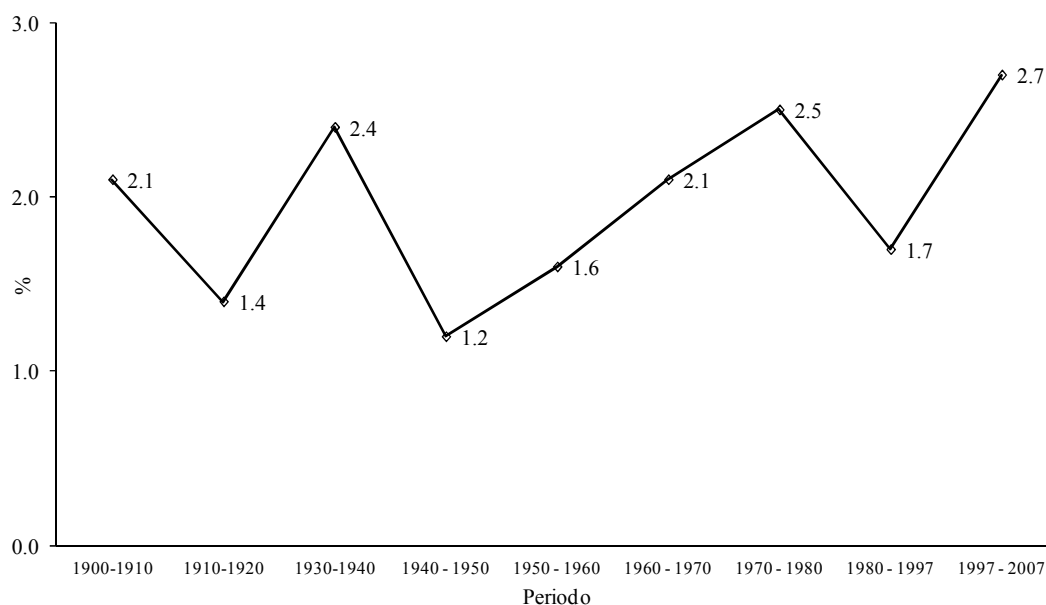
Gráfico 2.1: Evolução da população de Moçambique, 1950-2007



Fontes: (INE, 2000, 2010b)

Na primeira metade do último século, para além do crescimento ter sido lento devido a elevadas taxas mortalidade e natalidade, também foi caracterizado por oscilações (Gráfico 2.2). Entre estas oscilações, destacam-se as quedas de crescimento nas décadas de 1910-1920 e 1940-1950 e o aumento da taxa de crescimento na década de 1930-1940. Embora as oscilações de crescimento resultem, em parte, das diferenças na qualidade dos dados entre os censos e/ou levantamentos, as quedas de crescimento também estavam associadas a i) fugas maciças de populações para as colónias vizinhas, causadas pela ocupação militar portuguesa e pela imposição do imposto de palhota; ii) emigração para o mercado de trabalho na África do Sul, Rodésia do Sul e São Tomé e Príncipe e; iii) ocorrência de epidemias de doenças e fome (Departamento de História da UEM, 1993; Muanamoha, 1995). Por seu turno, o aumento do crescimento no período 1930-1940 deveu-se a i) redução da emigração para a África do Sul, como consequência da redução da demanda de mão-de-obra; ii) introdução de inovações tecnológicas na agricultura e o aumento da produtividade agrícola; iii) aumento considerável da penetração administrativa na esfera da produção; iv) introdução, no sistema educacional de Moçambique, do “ensino rudimentar”, obrigatório e destinado exclusivamente à população negra e; v) início de um melhoramento dos serviços de saúde e assistência sanitária no território, com a criação dos primeiros organismos especializados no estudo e tratamento de doenças tropicais (Spence, 1965).

Gráfico 2.2: Evolução das taxas de crescimento populacional, Moçambique 1900-2007



Fontes: Gaspar, 1989, 2002; INE, 2000, 2010b; Muanamoha, 1995.

A partir da década de 50, registou-se um crescimento populacional ascendente, apenas interrompido entre 1980 e 1997, período em que, provavelmente, devido ao efeito da guerra civil, houve um decréscimo em 32% da taxa de crescimento, em comparação com o período precedente (Gráfico 2.2)². Entre as causas deste crescimento populacional continuamente ascendente, pode destacar-se a “política de fixação de colonos” no território, iniciada na década de 50, que visava o fomento da produção e do povoamento na colónia, e que promoveu algumas mudanças positivas na estrutura socioeconómica através, por exemplo, de investimentos nas áreas sociais (educação, saúde, etc.) e infra-estruturas locais (ferrovias, estradas, instalações hidroeléctricas, apetrechamento de portos e indústrias locais) (Departamento de História da UEM, 1993; Muanamoha, 1995). Neste âmbito, merecem destaques especiais os avanços realizados na área social, principalmente através da expansão da rede dos serviços de saúde pelo território, com a construção de centros de saúde, maternidades e postos sanitários ou de socorros para o tratamento da lepra, tuberculose, bilharziose e outras doenças (Spence, 1965).

Embora se acredite que o crescimento entre 1970 e 1980 esteja sobrestimado pelo facto de o censo de 1970 ter tido uma cobertura limitada (devido à guerra de libertação nacional), ao contrário do censo de 1980, que teve uma cobertura nacional bastante melhor, o elevado crescimento populacional também deveu-se à melhoria das condições de saúde logo após a independência, que provocou uma redução da mortalidade, sobretudo a infanto-juvenil. Esta redução resultou i) da socialização da medicina; ii) da criação de um sistema nacional de saúde e de prestação de serviços gratuito e; iii) do estabelecimento de programas e políticas de saúde executados a partir da segunda metade da década de 70 (como a campanha nacional de vacinação, os programas de saúde materno-infantil e de formação de pessoal especializado) (Gaspar, 1989).

² A taxa de crescimento entre 1980-1997 refere-se a um período de 17 anos, contra os 10 dos outros períodos, podendo, por isso, ser afectada pelo longo período de separação entre os censos de 1980 e 1997. No entanto, a magnitude do seu decréscimo neste período sugere que os factores acima mencionados contribuíram para a desaceleração do crescimento populacional.

A população moçambicana sofreu um retardamento no ritmo do seu crescimento, no período 1980-1997, dada a intensificação da guerra civil que caracterizou esse período e que vitimou milhares de moçambicanos e colocou outros tantos na condição de deslocados ou refugiados, além de piorar as condições de vida da maioria da população. Pelo contrário, o último período inter-censitário, 1997-2007, registou um aumento no ritmo de crescimento da população em 59%, relativamente ao período anterior.

Tendências do crescimento populacional ao nível provincial

A nível provincial, embora a análise possa ser afectada pelas diferenças na cobertura dos censos e pelas mudanças na divisão administrativa³ durante o período em análise, os dados disponíveis mostram diferenças de crescimento, tanto por período como por província (Tabela 2.2). Segundo Muanamoha (1995), entre 1940 e 1970, houve uma frequência de baixas taxas de crescimento populacional nas províncias de Cabo Delgado, Niassa, Tete e Gaza devido a uma intensa emigração da população rural para os territórios vizinhos, devido ao trabalho forçado e aos efeitos da guerra de libertação nacional. Pelo contrário, as províncias de Maputo, Manica e Sofala apresentaram elevadas taxas de crescimento. Desde 1970, as taxas de crescimento mais elevadas têm caracterizado as regiões Centro e Norte, enquanto, no Sul, a tradicional emigração masculina para as minas da África do Sul tem contribuído, em parte, para taxas relativamente baixas.

³ Até 1970, o país tinha apenas nove províncias (então designadas distritos), contra as actuais onze. Depois da independência, em 1975, a até então província de Manica-Sofala foi dividida em duas (Manica e Sofala), e a província de Maputo deu lugar a duas províncias, Maputo Província e Maputo Cidade (Gaspar, 2002).

Tabela 2.2: Taxas de crescimento por província, Moçambique 1960-2007

Província	Período			
	1960-70	1970-80	1980-97	1997-2007
Niassa	0,1	5,9	2,3	4,4
Cabo Delgado	0,0	5,4	1,9	2,2
Nampula	1,7	3,4	1,3	2,9
Zambézia	2,4	3,6	0,9	2,9
Tete	0,4	5,3	1,9	4,4
Manica	3,3	-5,2	2,5	3,7
Sofala	(na)	(na)	1,1	2,4
Inhambane	2,5	2,9	0,7	1,2
Gaza	1,0	2,7	0,5	1,5
Maputo Província	6,0	-1,4	1,1	4,0
Maputo Cidade	(na)	(na)	3,4	1,2
Moçambique	2,1	2,5	1,7	2,7

Fonte: Gaspar, 2002; Censo 2007. Nota: na = não aplicável.

Para uma melhor ilustração das diferenças provinciais nos ritmos de crescimento, as províncias foram agrupadas em quatro categorias, em função das suas taxas de crescimento em cada período: *crescimento lento ou negativo* para as províncias com taxas de crescimento médio anual inferiores a 1%; *crescimento moderado* para as que apresentaram taxas de crescimento entre 1 e 2%; *crescimento rápido* para as que têm taxas entre 2 e 3% e *crescimento muito rápido* para as que têm taxas superiores a 3%. O resultado deste agrupamento está apresentado na Tabela 2.3.

Tabela 2.3: Agrupamento das províncias segundo taxa de crescimento inter-censitário, Moçambique 1960-2007

Categoria de crescimento	Período			
	1960-1970	1970-1980	1980-1997	1997-2007
Crescimento muito rápido ($r > 3\%$)	Manica Maputo	Niassa Cabo Delgado Nampula Zambézia Tete	Maputo Cidade	Niassa Tete Manica Maputo Província
Crescimento rápido ($2\% < r \leq 3\%$)	Zambézia Inhambane	Inhambane Gaza	Niassa Manica	Cabo Delgado Nampula Zambézia Sofala
Crescimento moderado ($1\% \leq r \leq 2\%$)	Nampula Gaza		Cabo Delgado Nampula Tete Sofala Maputo Província	Inhambane Gaza Maputo Cidade
Crescimento lento ou negativo ($r < 1\%$)	Niassa Cabo Delgado Tete	Manica Maputo Província	Zambézia Inhambane Gaza	

Fonte: Tabela 2.2. Nota: r = taxa de crescimento.

Com a excepção do período 1960-1970, em que existe uma distribuição quase equitativa das províncias (então designadas por distritos) pelas diferentes categorias de ritmos de crescimento, os períodos mais recentes mostram grandes diferenças. Entre 1970 e 1980, sete das nove ou dez províncias (distritos até 1975) tiveram um crescimento superior a 2% ao ano, e, em cinco destas, a taxa era mesmo superior a 3%, embora tenhamos que ter alguma cautela em função da qualidade do censo de 1970, como foi referido anteriormente. Entre 1980 e 1997, provavelmente devido ao efeito da guerra civil, só Maputo Cidade teve uma taxa de crescimento superior a 3%; oito das restantes dez províncias tiveram um crescimento lento ou moderado. No último período, 1997-2007, todas as províncias do Centro e Norte e a província de Maputo tiveram crescimento rápido ou muito rápido, e nenhuma província teve crescimento lento ou negativo. Neste período, destacam-se as províncias de Niassa, Tete e Maputo Província, que apresentam taxas de crescimento iguais ou superiores a 4%, e as de Inhambane, Gaza e Maputo Cidade com taxas inferiores a 2%.

Factores de crescimento populacional

O crescimento de uma população é resultado de três factores ou processos demográficos: natalidade, mortalidade e migração. Para se entender melhor a dinâmica do crescimento populacional em Moçambique, nesta secção, o crescimento é decomposto pelas suas componentes e avalia-se a sua tendência a nível nacional e provincial.

Mortalidade

A Tabela 2.4 apresenta três indicadores de mortalidade: a taxa bruta de mortalidade (TBM), a taxa de mortalidade infantil (TMI) e a esperança de vida ao nascer (e_0). A taxa bruta de mortalidade expressa o número de óbitos em cada 1000 habitantes e representa o grau em que o crescimento de uma população é atrasado pelo volume da mortalidade. No entanto, a TBM não é um bom indicador do nível de mortalidade, porque é muito afectado pela estrutura etária da população. Pelo contrário, os outros dois indicadores (TMI e e_0) são mais refinados e reflectem melhor as condições médico-sanitárias e o nível de mortalidade.

Tabela 2.4: Tendência dos indicadores de mortalidade por lugar de residência, Moçambique 1950-2007

Ano	Taxa Bruta de Mortalidade			Taxa de Mortalidade Infantil			Esperança de vida ao nascer		
	Total	Rural	Urbana	Total	Rural	Urbana	Total	Rural	Urbana
1950				231,0			35,1		
1960	31,9						37,4		
1970	25,7			193,0			39,8		
1980	20,5	21,8	13,0	156,1	183,0	130,0	43,5	39,1	48,7
1997	21,2	24,0	14,3	145,7	160,2	101,2	42,3	40,2	48,8
2007	14,6	15,8	12,1	93,6	98,6	78,3	50,9	50,3	52,5

Fonte: CCR, 1983; Gaspar, 2002; INE, 2000, 2010b.

De acordo com a Tabela 2.4, a mortalidade tem estado a diminuir progressivamente desde 1950, período a partir do qual existem estimativas fiáveis. A taxa de mortalidade infantil, ou seja, o número de óbitos entre menores de um ano em cada mil nascimentos, um indicador frequentemente usado para medir o nível de mortalidade e as condições gerais de vida de uma população, está entre as mais altas taxas do mundo. Em 2007, estava 7% acima da média da África Subsaariana (INE, 2010b; United Nations, 2009). No entanto, nos últimos cinquenta anos, ela sofreu uma redução de cerca de 140%, baixando de 231 óbitos por mil nascimentos, em 1950, para 93,6, em 2007 (Gaspar, 2002; INE, 2010b). Só nos últimos dez anos, entre 1997 e 2007, houve uma redução da taxa de mortalidade infantil em 53%. A esperança de vida, ou seja, o número médio de anos que um recém-nascido espera viver se as condições actuais de mortalidade se mantiverem constantes no futuro, também aumentou em cerca de 67% nos últimos cinquenta anos, passando de 35 anos, em 1950, para 51 anos, em 2007 (Gaspar, 2002; INE, 2010b).

Mesmo tendo em conta os vários factores conjunturais com influência na mortalidade que afectaram o país nos últimos cinquenta anos, como a guerra de libertação nacional, a guerra dos 16 anos e a recente epidemia de SIDA, nota-se alguma melhoria da mortalidade, provavelmente como resultado do aumento do nível de educação da população e do acesso aos serviços de saúde. A implementação de uma política de saúde, baseada em serviços de saúde gratuitos e em campanhas de vacinação em massa, para os cuidados primários e preventivos, cobrindo a maior parte das áreas rurais através de centros de saúde e brigadas móveis (Potts & Marks, 2001; Segall, 1977), terá tido um impacto na redução da mortalidade no final da década de 70 e princípios da década de 80. O aumento da cobertura das unidades sanitárias após o fim da guerra, em particular a extensão do atendimento pré-natal, e das campanhas de imunização de crianças menores de 5 anos terá também contribuído para a contínua redução da mortalidade geral da população.

A análise por província (Tabela 2.5) mostra o seguinte: i) a diminuição da mortalidade foi observada em todas as províncias, embora a ritmos diferentes; ii) a diminuição da mortalidade foi mais modesta no período 1980-1997, em comparação com o período 1997-2007,

provavelmente devido ao efeito da guerra; iii) apesar de o período 1997-2007 ter registado maior declínio da mortalidade, em comparação com o período anterior, as províncias com maior prevalência de HIV (Maputo Cidade, Maputo Província e Gaza) tiveram declínios mais modestos ou experimentaram um ligeiro aumento da mortalidade. Facto interessante é que Maputo Cidade, capital do país e com as melhores condições, viu a sua esperança de vida diminuir em cerca de 3%, de 58,3 anos, em 1997, para 56,1 anos, em 2007 (Tabelas 2.5 e 2.6), devido ao impacto do HIV/SIDA na mortalidade adulta.

Tabela 2.5: Tendência dos indicadores de mortalidade por província, Moçambique 1980-2007

Província	TBM (por mil habitantes)			TMI (por mil nascimentos)			e_0 (em anos)		
	1980	1997	2007	1980	1997	2007	1980	1997	2007
Niassa	22,3	21,9	14,8	219,0	142,5	89,4	35,3	42,2	52,2
Cabo Delgado	21,9	23,8	16,3	213,0	158,4	92,0	36,0	37,9	47,9
Nampula	21,5	23,2	13,3	207,0	154,0	101,6	36,7	39,9	53,3
Zambézia	22,9	26,4	14,5	226,0	168,6	106,9	34,4	37,0	51,5
Tete	22,4	20,5	13,7	220,0	129,0	84,6	35,1	43,8	51,4
Manica	21,0	20,7	15,2	202,0	139,1	101,8	37,3	42,7	48,9
Sofala	22,2	21,0	16,6	216,0	139,6	98,3	35,6	42,2	46,3
Inhambane	17,8	19,9	15,0	156,0	118,4	81,9	44,1	46,0	52,1
Gaza	17,4	20,1	18,4	149,0	124,4	90,1	45,2	45,6	46,5
Maputo Província	16,0	14,7	11,9	125,0	97,2	70,6	49,2	50,6	54,4
Maputo Cidade	15,1	8,4	10,0	108,0	79,7	65,6	52,4	58,3	56,1
Moçambique	20,5	21,2	14,6	156,1	145,7	93,6	43,5	42,3	50,9

Fonte: CCR, 1983; Gaspar, 2002; INE, 2000, 2010b. Nota: TBN= taxa bruta de natalidade; TBM= taxa bruta de mortalidade; e_0 = esperança de vida ao nascer.

Tabela 2.6: Variação percentual dos indicadores de mortalidade, Moçambique 1980-2007

Província	TBM (por mil habitantes)		TMI (por mil nascimentos)		e_0 (anos)	
	1980-1997	1997-2007	1980-1997	1997-2007	1980-1997	1997-2007
Niassa	-1,8	-32,3	-34,9	-37,2	19,5	23,6
Cabo Delgado	8,7	-31,7	-25,6	-41,9	5,3	26,5
Nampula	7,9	-42,7	-25,6	-34,0	8,7	33,7
Zambézia	15,3	-45,1	-25,4	-36,6	7,6	39,1
Tete	-8,5	-33,3	-41,4	-34,4	24,8	17,3
Manica	-1,4	-26,6	-31,1	-26,8	14,5	14,6
Sofala	-5,4	-21,0	-35,4	-29,6	18,5	9,8
Inhambane	11,8	-24,5	-24,1	-30,8	4,3	13,2
Gaza	15,5	-8,2	-16,5	-27,6	0,9	1,9
Maputo Província	-8,1	-19,2	-22,3	-27,3	2,8	7,4
Maputo Cidade	-44,4	18,5	-26,2	-17,7	11,3	-3,8
Moçambique	3,4	-30,9	-6,7	-35,8	-2,8	20,3

Fonte: Tabela 2.5. Nota: TBM= taxa bruta de mortalidade; TMI= taxa de mortalidade infantil; e_0 = esperança de vida ao nascer.

Fecundidade

No que se refere à fecundidade, os indicadores em análise são a taxa bruta de natalidade (TBN), a taxa global de fecundidade e a idade média ao primeiro casamento ou união das mulheres. A TBN expressa o número de nascimentos em cada mil habitantes e mede a intensidade da produção anual de nascimentos e o grau em que estes nascimentos contribuem para o crescimento da população de uma forma geral. No entanto, à semelhança da taxa bruta de mortalidade, a TBN é muito afectada pela estrutura etária da população, sendo, por isso, um indicador menos preferível que a taxa global de fecundidade.

No geral, e ao contrário da mortalidade, a Tabela 2.7 mostra que o nível de fecundidade experimentou pouco declínio nos últimos 50 anos. A taxa global de fecundidade (TGF), ou seja, o número médio de filhos que uma mulher tem no final da sua vida reprodutiva (dos 15 aos 49 anos de idade), diminuiu lentamente, de cerca de 7,1 filhos por mulher, em 1950, para 5,7 filhos, em 2007 (Gaspar, 2002; INE, 2010b). Tendo em conta estes dados, o nível de fecundidade actual (em 2007) corresponde a 80% do seu nível máximo. Comparando os dois últimos censos, 1997 e

2007, a fecundidade diminuiu em apenas 4%, fruto da diminuição em 20% verificada nas áreas urbanas e de um aumento em 3% nas áreas rurais (INE, 2000, 2010b).

Tabela 2.7: Tendência dos indicadores de fecundidade por lugar de residência, Moçambique 1950-2007

Ano	Taxa bruta de natalidade			Taxa global de fecundidade			Idade média ao primeiro casamento		
	Total	Rural	Urbana	Total	Rural	Urbana	Total	Rural	Urbana
1950				7,1					
1960	49,5			7,0					
1970	48,2			6,6					
1980	47,0	48,0	41,3	6,4	6,9	5,7	17,5	17,3	18,5
1997	44,4	46,9	38,0	5,9	6,2	5,2	18,1	17,2	20,2
2007	42,2	45	35,6	5,7	6,4	4,3	18,6	17,5	20,8

Fonte: CCR, 1983; Gaspar, 2002; INE, 2000, 2010b.

A análise das tendências por província só pode ser feita para os dois últimos períodos intercensitários, uma vez que não existem estimativas fiáveis de fecundidade por província nos censos anteriores a 1980 (Tabelas 2.7 e 2.8).

Tabela 2.8: Tendência dos indicadores de fecundidade por província, Moçambique 1980-2007

Província	TBN (por mil habitantes)			TGF (filhos por mulher)			SMAM (anos)		
	1980	1997	2007	1980	1997	2007	1980	1997	2007
Niassa	51,8	42,3	46,4	7,5	6,8	6,9	16,3	15,8	17,0
Cabo Delgado	48,7	51,5	41,6	6,5	6,7	5,7	16,4	15,6	17,3
Nampula	44,3	51,7	41,3	6,2	7,0	5,8	16,2	15,5	17,0
Zambézia	54,6	50,0	46,4	8,2	6,6	6,5	17,1	17,3	17,7
Tete	50,5	47,9	46,3	7,3	6,7	6,9	17,8	18,1	18,4
Manica	48,7	48,8	47,6	7,1	7,0	6,6	16,8	18,1	18,5
Sofala	44,8	43,5	41,9	6,5	5,8	5,9	16,9	18,6	19,4
Inhambane	41,5	42,9	39,5	6,1	5,5	5,1	18,8	20,4	20,9
Gaza	42,7	44,0	40,3	6,4	5,9	5,3	19,1	20,6	21,0
Maputo Província	41,8	37,7	33,8	6,4	5,0	3,9	18,7	21,6	21,9
Maputo Cidade	44,5	35,5	27,7	5,7	4,2	3,0	19,8	23,0	24,4
Moçambique	47,0	44,4	42,2	6,4	5,9	5,7	17,5	18,1	18,6

Fonte: CCR, 1983; Gaspar, 2002; INE, 2000, 2010b. Nota: TBN= taxa bruta de natalidade; TGF= taxa global de fecundidade; SMAM= idade média ao primeiro casamento ou união.

As Tabelas 2.8 e 2.9 mostram que a redução da taxa global de fecundidade foi ligeiramente mais acentuada no período 1980-1997 (8%) do que no período 1997-2007 (3%) e com diferenças provinciais a assinalar: no período 1980-1997, os maiores declínios ocorreram nas províncias da Zambézia, Sofala, Maputo Província e Maputo Cidade, enquanto em Cabo Delgado e Nampula a taxa global de fecundidade aumentou em cerca de 3% e 13%, respectivamente; entre 1997 e 2007, os maiores declínios registaram-se em Maputo Cidade, Maputo Província, Gaza, Nampula e Cabo Delgado, enquanto em Sofala, Niassa e Tete, houve um aumento ligeiro da taxa de fecundidade em cerca de 1 a 3%.

Tabela 2.9: Variação percentual inter-censitária dos indicadores de fecundidade por província, Moçambique 1980-2007

Província	TBN (por mil habitantes)		TGF (filhos por mulher)		SMAM (anos)	
	1980-1997	1997-2007	1980-1997	1997-2007	1980-1997	1997-2007
Niassa	-18,3	9,7	-9,3	1,2	-2,9	7,3
Cabo Delgado	5,7	-19,2	3,1	-15,2	-4,7	10,8
Nampula	16,7	-20,1	12,9	-17,0	-4,4	9,5
Zambézia	-8,4	-7,2	-19,5	-1,8	0,9	2,1
Tete	-5,1	-3,3	-8,2	2,3	1,7	1,6
Manica	0,2	-2,4	-1,4	-5,1	8,0	2,0
Sofala	-2,9	-3,6	-10,8	1,0	10,2	4,3
Inhambane	3,4	-7,9	-9,8	-6,7	8,4	2,4
Gaza	3,0	-8,4	-7,8	-10,9	7,6	1,9
Maputo Província	-9,8	-10,3	-21,9	-21,2	15,4	1,5
Maputo Cidade	-20,2	-21,9	-26,3	-29,6	16,0	6,2
Moçambique	-5,5	-5,0	-7,8	-3,4	3,8	2,8

Fonte: Tabela 2.8. Nota: TBN= taxa bruta de natalidade; TGF= taxa global de fecundidade; SMAM= idade média ao primeiro casamento ou união.

Nupcialidade

Os padrões de nupcialidade ou de casamento constituem um importante determinante do nível de fecundidade, porque determinam o período de exposição ao risco de gravidez. As Tabelas 2.8 e 2.9 mostram que a idade ao primeiro casamento ou união em Moçambique é precoce, tende a aumentar lentamente e não é uniforme entre as diferentes províncias. Em 1980, pouco mais da metade (53,2%) das mulheres de 15-19 anos estavam casadas. Esta percentagem diminuiu para 45,2%, em 1997, e depois para 45%, em 2007, correspondendo a uma redução de apenas 15% no período 1980-2007. Durante o mesmo período, a idade média ao primeiro casamento foi de 17,5 anos, em 1980, 18,1 anos, em 1997, e 18,6 anos, em 2007, um aumento em apenas 1 ano ou em 6%. Com a excepção das províncias do Norte do país (Niassa, Cabo Delgado e Nampula), que tiveram uma diminuição da idade ao primeiro casamento no período 1980-1997, nas restantes províncias, esta idade tem estado a aumentar, sendo os aumentos mais modestos no período 1997-2007 do que no anterior. Por outro lado, as províncias do Sul (Inhambane,

Gaza, Maputo Província e Maputo Cidade) apresentam uma idade ao primeiro casamento mais elevada (acima de 20 anos), enquanto as províncias de Niassa, Nampula, Cabo Delgado e Zambézia apresentam a idade mais baixa (inferior a 18 anos), e as restantes (Tete, Manica e Sofala), uma idade média ao primeiro casamento entre 18 e 19 anos. Como resultado destes padrões de casamento e da pouca alteração verificada na idade de entrada à primeira união, a incidência de gravidezes na adolescência, medida através da percentagem de mulheres 15-19 que estão grávidas ou são já mães, é também relativamente elevada, cerca de 40% nos inquéritos demográficos e de saúde de 1997 e 2003 (INE & MISAU, 1998, 2005).

Migração

A migração é a variável demográfica que menos contribui para o crescimento populacional em Moçambique, em comparação com a natalidade e mortalidade. No entanto, a sua importância varia por província e é determinada por factores conjunturais que afectaram a história recente do país. Assim, nesta secção, analisa-se a tendência de migração internacional e interna entre 1997 e 2007.

a. Migração Internacional

As inferências sobre as tendências da migração internacional em Moçambique foram feitas com recurso aos dados sobre imigração, uma vez que os dados sobre emigração não são recolhidos pelos censos, e os dados sobre registo de fronteira não estão disponíveis. Os números reais de emigrantes não são conhecidos, estimando-se que, em 2003, cerca de 75 000 moçambicanos estavam a trabalhar legalmente na África do Sul, enquanto aqueles que estavam a trabalhar ilegalmente, só nas províncias de Mpumalanga e Limpopo, ultrapassavam os 145 000 (SAMP, 2003). A Tabela 2.10 apresenta dados sobre imigração internacional apenas para 1997 e 2007, pois as tabulações necessárias para 1980 não estão disponíveis.

Tabela 2.10: Imigrantes internacionais acumulados por província de residência, Moçambique, 1997 e 2007

Província de residência	Imigrantes internacionais acumulados					
	1997		2007		Variação inter-censitária (1997-2007)	
	Volume	%	Volume	%	Volume	%
Niassa	43 098	12,9	50 907	14,9	7 809	18,1
Cabo Delgado	18 465	5,5	14 824	4,3	-3 641	-19,7
Nampula	2 018	0,6	7 622	2,2	5 604	277,7
Zambézia	55 733	16,7	45 522	13,3	-10 211	-18,3
Tete	126 648	38,0	120 129	35,0	-6 519	-5,1
Manica	41 738	12,5	39 770	11,6	-1 968	-4,7
Sofala	12 436	3,7	9 915	2,9	-2 521	-20,3
Inhambane	2 663	0,8	5 605	1,6	2 942	110,5
Gaza	8 887	2,7	10 367	3,0	1 480	16,7
Maputo Província	9 150	2,8	18 501	5,4	9 351	102,2
Maputo Cidade	12 704	3,8	19 842	5,8	7 138	56,2
Total	333 540	100,0	343 004	100,0	9 464	2,8

Fonte: Censos de 1997 e 2007

Em 1997, foram registados 333 540 imigrantes internacionais acumulados, concentrados nas províncias de Tete (38%), Zambézia (16,7%), Niassa (12,9%) e Manica (12,5%) e nascidos, na sua maioria, no Malawi (59,2%) e Zimbabwe (18,2%). Entretanto, cerca de 81% eram de nacionalidade moçambicana, tratando-se, provavelmente, de pessoas nascidas de cidadãos moçambicanos fora do território nacional, durante os anos da guerra civil, e que entraram no país após o fim do conflito. Em 2007, foram observados 343 004 imigrantes internacionais acumulados, portanto um incremento na imigração acumulada em 2,8%, em relação a 1997. As províncias com a maior concentração de imigrantes internacionais acumulados continuaram a ser as mesmas (Tabela 2.10). Em relação ao país de nascimento, os dados indicaram uma tendência similar à de 1997: 51% dos imigrantes haviam nascido no Malawi. Contudo, houve uma parte significativa de imigrantes que haviam nascido na África do Sul (10,1%) e Tanzânia (6,4%). A maioria dos imigrantes era de nacionalidade moçambicana (58,1%), não obstante a existência de uma parte considerável de imigrantes de nacionalidade malawiana (21,7%). Note-se, porém, que a proporção de imigrantes de nacionalidade moçambicana, no conjunto dos imigrantes internacionais acumulados em 2007, reduziu significativamente, quando comparada com a de

1997 (ou seja, declinou de 81,1%, em 1997, para 58,1%, em 2007). Isto deve estar a reflectir uma diminuição da intensidade da migração de retorno que caracterizou a década de 90, logo após o Acordo Geral da Paz (AGP).

b. Migração interna

De acordo com o censo de 1997, o volume total de migrantes inter-provinciais acumulados naquele ano foi de 1 274 830 em todo o país. Entre as províncias houve diferenças notáveis na migração acumulada de 1997. Uma migração líquida absoluta positiva registou-se, pela ordem de importância, nas províncias de Maputo Cidade (+204 279 pessoas), Maputo Província (+170 417), Manica (+84 322), Sofala (+24 606), Nampula (+14 724) e Niassa (+1 665). As taxas de migração líquida indicam que, em termos percentuais, o maior acréscimo da população observada em 1997, devido à migração interna acumulada, registou-se em Maputo Província (21,2%) e Maputo Cidade (em 21,1%). Em contrapartida, uma migração líquida absoluta negativa foi observada nas províncias de Inhambane (-176 086 pessoas), Gaza (-173 962), Zambézia (-99 790), Tete (-39 085) e Cabo Delgado (-11 090). Em 2007, foi observado um total de 1 549 101 migrantes acumulados. Portanto, houve um incremento de 21,5% no volume total de migrantes internos acumulados, em relação ao ano de 1997. A tendência da migração interna acumulada ao nível das províncias em 2007 continuou a mesma que a observada no censo anterior, com a excepção da província de Nampula, que passou a apresentar uma migração líquida absoluta negativa.

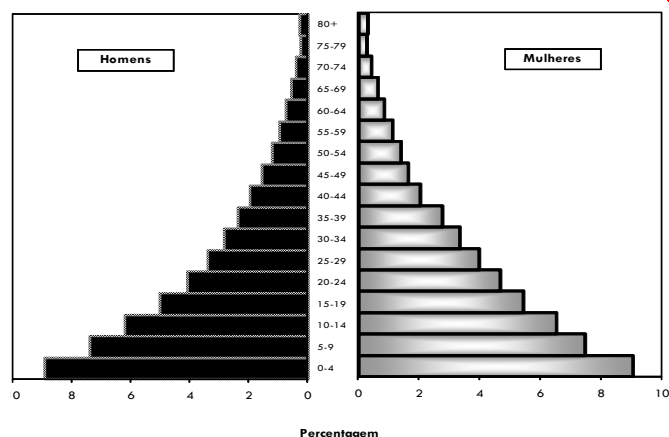
Desafios do crescimento populacional

O crescimento populacional, dependendo do seu ritmo e características, pode colocar alguns desafios para a capacidade que os Estados têm para satisfazer as necessidades das suas populações e promover o desenvolvimento socioeconómico. Estes desafios relacionam-se não somente com o ritmo de crescimento populacional, mas também com o tamanho e a estrutura etária da população. Por exemplo, Leahy *et al.* (2010) apresentam evidências de como o tipo de estrutura etária da população pode ter influência no desenvolvimento económico e na estabilidade política dos países. Assim, uma estrutura favorável ao desenvolvimento é aquela em que grande percentagem da população está nas idades adultas e com uma pequena percentagem e

um crescimento lento da população dependente (crianças e idosos). Este tipo de estrutura proporciona uma base tributária suficiente para os serviços governamentais e uma rede de segurança social para os grupos dependentes. Em contraste, uma estrutura etária jovem normalmente apresenta uma grande percentagem de jovens dependentes e grandes taxas de desemprego (Leahy *et al.*, 2010; United Nations, 2005).

Em Moçambique, o elevado nível de fecundidade, de cerca do triplo do que seria necessário para garantir a reposição das gerações (cerca de 2 filhos por mulher), produz uma estrutura etária da população muito jovem (Gráfico 2.3), que, por sua vez, constitui um desafio para a capacidade do Estado em satisfazer a demanda pelos serviços básicos de saúde, educação e emprego. Embora haja consciência sobre os desafios que também se impõem em outras áreas, como habitação, a indisponibilidade de informação apropriada para uma discussão mais objectiva não permite tecer algo sobre os desafios nessas áreas.

Gráfico 2.3: Pirâmide etária da população de Moçambique, 2007



Fonte: Censo 2007.

Serviços de saúde

O rápido crescimento populacional pode dificultar a disponibilidade de trabalhadores de saúde necessários para uma cobertura eficaz das necessidades da população. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2006, 2010), países com menos de 25 profissionais de

saúde (médicos, enfermeiros e parteiras) por 10000 habitantes geralmente não conseguem atingir o pacote das necessidades essenciais de saúde e podem ter dificuldades em alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio nesta área. Por exemplo, países nestas condições não conseguem atingir 80% dos partos assistidos por profissionais de saúde nem de imunização contra o sarampo (WHO, 2006: 11).

Em Moçambique, dada a actual dinâmica demográfica, caracterizada por elevadas taxas de crescimento populacional, a relação entre o número de habitantes e o de médicos, é um rácio de 0,3 médicos por cada 10 000 habitantes. Este rácio é cerca de três vezes inferior ao recomendado pela Organização Mundial de Saúde, que é de um médico por cada 10 000 habitantes (Scheffler *et al.*, 2007). Durante os últimos trinta anos, Moçambique triplicou o número de médicos, passando de 323, em 1980, para 1 042, em 2009 (INE, 2010a), representando um crescimento médio anual de 4,0%. Assumindo que o número de médicos aumente ao mesmo ritmo nos próximos 30 anos, o número de médicos em 2040 será pouco mais de 3 360 e, tendo em conta o crescimento da população projectado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) (INE, 2010b), este rácio poderá aumentar para 0,7 médicos por cada 10 000 habitantes, continuando abaixo do recomendado.

Por outro lado, as Nações Unidas consideram que um país só pode atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio se o rácio entre o número de habitantes e o de trabalhadores de saúde for de cerca de 435 habitantes por cada trabalhador de saúde (WHO, 2006, 2010). Em Moçambique, em 2008, a relação entre o número de habitantes e o de trabalhadores de saúde indicava, em média, um rácio de 808 habitantes por cada trabalhador de saúde (INE, 2010a), aproximadamente duas vezes mais elevado que o rácio considerado ideal pela Organização Mundial de Saúde.

Serviços de educação básica

A educação representa um dos mais importantes custos de uma distribuição etária jovem, em particular do ponto de vista de famílias individuais (van de Walle, 1975). Uma rápida expansão da população conduz à necessidade de investimentos adicionais na área da educação, uma vez que, por exemplo, com o elevado nível de fecundidade e a diminuição contínua da mortalidade, a população em idade escolar cresce a um ritmo elevado e difícil de acompanhar com investimentos capazes de satisfazer totalmente a demanda. Devido ao facto de a mortalidade ser mais baixa na faixa etária escolar (6-12 anos) em relação à população como um todo, o seu ritmo de crescimento é mais rápido do que o da população no geral. Por exemplo, no período 1997-2007, enquanto a população total em Moçambique crescia a uma taxa anual de 2,7%, a população em idade escolar cresceu a uma taxa de 3,6% ao ano.

A comparação entre a população em idade escolar (6-12) e os registos anuais do Ministério da Educação em relação à população em idade escolar a frequentar a escola, de acordo com o levantamento de 3 de Março, mostra que a percentagem de crianças fora da escola tem estado a diminuir significativamente nos últimos anos. Os dados dos últimos dois censos, revelam que a percentagem da população em idade escolar básica que no momento dos censos estava a frequentar uma escola aumentou significativamente de 40,2%, em 1997, para 64,5% em 2007, representando um aumento a uma taxa média anual de 8,3%. No entanto, cerca 1,5 milhões de crianças em idade escolar estavam fora da escola em 2007 (INE, 2010b; Ministério da Educação, 2010).

De acordo com os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, Moçambique deverá atingir a educação universal em 2015, isto é, todas as crianças em idade escolar deverão estar matriculadas numa escola. Tendo em conta as projecções de população do INE, em 2015 a população em idade escolar (6-12 anos) será de 5,1 milhões; para que este objectivo seja atingido, o número de vagas escolares para este nível de ensino deverá continuar a aumentar ao mesmo ritmo do período 1997-2007, isto é, a uma taxa média anual de pelo menos 8%.

Demanda de emprego

Um crescimento populacional elevado aumenta o tamanho da força de trabalho para além da capacidade do país em criar investimentos para absorver toda a demanda. De acordo com os dados do último censo, o índice de dependência demográfica, ou seja, a relação entre a população em idade não activa (menores de 15 anos e idosos de 65 anos ou mais) e aquela em idade activa (15-64), é de 99,8%, ou seja, existem 10 dependentes por cada 10 pessoas em idade activa⁴. Segundo as projecções do INE esta manter-se-á igual ou superior a 90%, pelo menos, até 2040 (INE, 2010b). De 1997 a 2007, a população em idade activa aumentou de 8,4 para 10,6 milhões de habitantes. Com base nas projecções do INE (INE, 2010b), a população em idade activa e a força de trabalho ou população economicamente activa⁵ em 2040 serão quase o triplo dos valores em 2007, passando de 10,6 milhões para 27,9 milhões e de 7,3 milhões para 19,6 milhões, respectivamente (Gráfico 2.4).

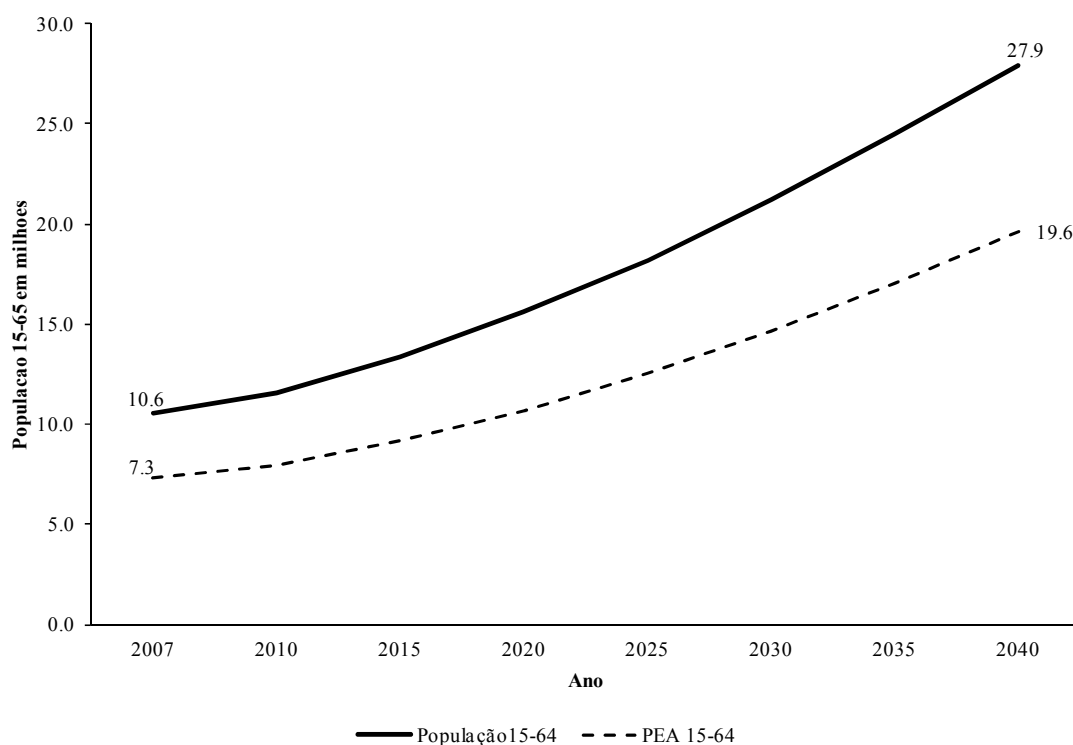
O crescimento rápido da força de trabalho pode ter implicações no aumento da demanda do emprego, sobretudo o primeiro emprego. Assim, assumindo que as taxas de emprego total e por idade e sexo registados pelo Inquérito Integrado a Força de Trabalho (IFTRAB 2004/5)⁶ (INE, 2006a) e as taxas específicas de actividades registadas pelo Censo de 2007 se mantenham constantes até 2040, seria necessário criar anualmente, em média, cerca de 300 mil novos postos de trabalho para absorver a demanda por novos empregos, excluindo os postos de trabalho necessários para absorver os que já estão desempregados como resultado das taxas actuais de desemprego.

⁴ A média da África Subsaariana é de 8 dependentes em cada 10 adultos em idade activa (United Nations, 2009).

⁵Entende-se por população economicamente activa (PEA) ou “força de trabalho” toda a população de 15 e mais anos de idade ocupada e aquela desocupada mas que estava disponível para realizar qualquer actividade económica (INE, 2006b).

⁶ De acordo com o IFTRAB, as taxas de desemprego são 14.7%, para os homens, e 21.7%, para as mulheres (INE, 2006b)

Gráfico 2.4: Evolução da população de 15-64 anos, Moçambique 2007-2040



Fonte: INE, 2010b. Nota: PEA= população economicamente activa.

De acordo com os dados dos censos de 1997 e 2007, as taxas de participação, definidas como a percentagem da população em idade activa que exerceu alguma actividade económica, são elevadas (cerca de 70%). No entanto, apenas 15% é que possui emprego formal. Os restantes 85% exercem actividades por conta própria, no sector informal, e dificilmente conseguem, com o rendimento desse trabalho, satisfazer as suas necessidades básicas. Esta percentagem representa a taxa de emprego vulnerável, ou seja, o tamanho da força de trabalho que está empregada em circunstâncias relativamente precárias (OIT, 2009). Neste contexto, uma maior taxa de emprego vulnerável pode estar relacionada com a incapacidade de o país oferecer emprego formal à sua população economicamente activa, aumentando desta forma o nível de pobreza (Arnaldo & Norte, 2009).

Nos últimos anos, a taxa de emprego vulnerável permaneceu praticamente constante em Moçambique, e tendo em conta a provável evolução da procura, como consequência do

crescimento populacional, uma redução significativa nos próximos anos constitui um grande desafio.

Conclusões

A população moçambicana sofreu ao longo do último século, sobretudo desde a década de 50, várias oscilações no seu crescimento. Os declínios no crescimento estiveram associados a más condições de vida, guerras e emigração internacional, enquanto as ascensões no crescimento populacional estiveram relacionadas com as melhorias nas condições de vida, declínio de mortalidade e altos níveis de fecundidade. Entretanto, destaques na dinâmica de crescimento populacional em Moçambique foram para os períodos 1970-1980, 1980-1997 e 1997-2007. O primeiro foi de elevado crescimento, como consequência de avanços consideráveis na área de educação e saúde e, consequentemente, do declínio de mortalidade, após a independência nacional. O segundo período foi de crescimento retardado, como resultado principalmente de efeitos da guerra civil, como a emigração para territórios vizinhos e elevada mortalidade. O último período foi, novamente, de um crescimento elevado, resultante de um declínio de mortalidade e redução da emigração e altos níveis de fecundidade.

Actualmente, o ritmo de crescimento da população de Moçambique, de cerca de 3% ao ano, tem estado a aumentar e deriva de níveis ainda elevados de fecundidade, num contexto de uma mortalidade em declínio. Como consequência deste crescimento elevado, que, em função da evolução futura da fecundidade, irá continuar nos próximos anos, o país tem grandes desafios, derivados de uma estrutura populacional muito jovem e do respectivo ritmo do aumento da demanda dos serviços básicos, como os de saúde, educação e emprego.

Dado que o elevado crescimento populacional que o país apresenta é causado, sobretudo, por uma elevada fecundidade, devido a um casamento precoce e pouco ou nenhum uso de métodos contraceptivos (Capítulo 3), há uma necessidade, do ponto de vista político-programático, de prosseguir com acções tendentes a influenciar o comportamento reprodutivo da maioria da população moçambicana, em particular a das áreas rurais, que continua com níveis ainda muito

altos de fecundidade. Essas acções devem incidir, essencialmente, sobre a alteração do actual padrão etário no primeiro casamento da população feminina, com vista a elevar a idade e, por essa via, evitar a ocorrência de gravidezes na adolescência e uma maior exposição ao processo reprodutivo. Para o efeito, a educação massiva da população, em particular a feminina, é de extrema importância para a mudança de atitudes, principalmente no que se refere ao exercício da sua fecundidade.

A contribuição da migração internacional para o crescimento populacional em Moçambique é diminuta. Entretanto, um destaque, quanto à migração internacional, vai para o grande volume de imigração registado na década de 90, constituído maioritariamente por moçambicanos nascidos fora do território nacional, durante os anos da guerra civil. Esta imigração teve maior peso nas províncias de Tete, Zambézia, Niassa e Manica, resultando numa maior contribuição da migração no crescimento populacional nestas províncias.

Contudo, importa observar que, com o início da exploração de recursos naturais, tais como carvão mineral em Moatize, gás natural em Cabo Delgado e Inhambane, bem como a crise económica que abala alguns países da Europa, a migração internacional poderá conhecer um novo quadro num futuro próximo, o que, mesmo não podendo ter uma influência imediata na dinâmica da população, poderá influenciar a dinâmica sociocultural do país.

Referências bibliográficas

- Arnaldo, C. & G. M. Norte. 2009. Análise dos Indicadores de Emprego dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio em Moçambique. Relatório preparado para a Organização Internacional do Trabalho. Maputo.
- CCR [Conselho Coordenador do Recenseamento]. 1983. Panorama Demográfico. Volume 2. Maputo: Direcção Nacional de Estatística.
- Departamento de História da Universidade Eduardo Mondlane (UEM). 1993. *História de Moçambique, Volume 3*. Maputo: Departamento de Historia, Universidade Eduardo Mondlane.
- Ezeh, A. C., B. U. Mberu & J. O. Emina. 2009. "Stall in fertility decline in Eastern African countries: regional analysis of patterns, determinants and implications". *Philosophical Transactions of the Royal Society B* 364:2991-3007.
- Foote, K. A., K. H. Hill & L. G. Martin. 1993. *Demographic Change in Sub-Saharan Africa*. New York: National Academy of Sciences.
- Gaspar, M. C. 1989. Contribuições Para o Estudo da Dinâmica Demográfica de Moçambique. Dissertação de Mestrado em Demografia. Belo Horizonte: Centro de Planejamento e Desenvolvimento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais.
- Gaspar, M.C. 2002. "Population size, distribution, and mortality in Mozambique, 1960-1997". Pp. 5-34 in A. Wils (ed), *Population-Development-Environment in Mozambique: Background Readings*. Luxemburg: International Institute for Applied Systems Analysis.
- INE [Instituto Nacional de Estatística]. 1999. Recenseamentos Realizados no Período Colonial (1928 a 1970). Maputo: Instituto Nacional de Estatística, Direcção de Censos e Inquéritos.
- INE [Instituto Nacional de Estatística]. 2000. Panorama Sócio-Demográfico, 1997. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- INE [Instituto Nacional de Estatística]. 2006a. Inquérito Integrado à Força de Trabalho -IFTRAB 2004/5. Maputo: INE.
- INE [Instituto Nacional de Estatística]. 2006b. Inquérito Integrado à Força de Trabalho (IFTRAB 2004/05). Relatório Final. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- INE [Instituto Nacional de Estatística]. 2010a. Estatísticas Sectoriais: Saúde: http://www.ine.gov.mz/sectorias_dir/saude_dir/. (Acedido em 14.12.2010).

- INE [Instituto Nacional de Estatística]. 2010b. *Projeções Anuais da População Total, Rural e Urbana, 2007 - 2040*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- INE [Instituto Nacional de Estatística]. & MISAU [Ministério da Saúde]. 1998. *Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde - 1997*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- INE [Instituto Nacional de Estatística]. & MISAU [Ministério da Saúde]. 2005. *Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde - 2003*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- Leahy, E., R. Engelman, C. Vogel, S. Haddock & T. Preston. 2010. *The Shape of Things to Come. Why Age Structure Matters to a Safer, More Equitable World*. Washington DC: Population Action International
- Mckeown, T. 1976. *The Modern Rise of Population*. London: Edward Arnold.
- Ministério da Educação. 2010. *Estatísticas de Educação 1992-2008*. Base de dados excell. Maputo.
- Mturi, A.J. 2007. Is population growth a scourge or a blessing in Africa? Report of the Debate on population growth in Africa at the 5th African Population Conference in Arusha, Tanzania.
- Muanamoha, R. C. 1995. *Tendências Históricas da Distribuição Espacial da População em Moçambique*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais.
- OIT [Organização Internacional do Trabalho]. 2009. *Guia sobre os novos Indicadores de Emprego dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio*. Genebra: Organização Internacional do Trabalho.
- Population Reference Bureau. 2010. *World Population Awareness: Population Dynamics of Africa*: www.overpopulation.org/Africa.html (Acedido em 10.11.2010)
- Potts, D. & S. Marks. 2001. "Fertility in Southern Africa: the quiet revolution". *Journal of Southern African Studies* 27 (2):189-205.
- SAMP [Southern Africa Migration Project]. 2003. *Migration News*, March 2003. <<http://www.queensu.ca/samp/migrationnews>>. Acedido em 8/6/2003.
- Scheffler, R. M., J. X. Liu, Y. Kinfu & Mario R. Dal Poz. 2007. "Forecasting the global shortage of physicians: an economic- and needs-based approach". *Bulletin of the World Health Organization* 86.

- Segall, M. 1977. "Health and national liberation in the People's Republic of Mozambique". *International Journal of Health Services* 7 (2):319-325.
- Spence, C. F. 1965. *Moçambique: África Oriental Portuguesa*. Lisboa: Editora Gráfica Portuguesa.
- Thompson, W. S. & D. T. Lewis. 1965. *Population Problems*. New York McGraw-Hill.
- United Nations. 2003. *Fertility, Contraception and Population Policies*. New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat.
- United Nations. 2005. *Population Challenges and Development Goals*. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division.
- United Nations. 2009. *World Population Prospects: The 2008 Revision*, <http://esa.un.org/undp/index.asp>. New York: United Nations Population Division (Acedido em 04.11.2010).
- United Nations. 2011. *World Population Prospects: The 2010 Revision, CD-Rom Edition*. <http://esa.un.org/undp/index.asp>. New York: United Nations Population Division (Acedido em 27.04.2012).
- United Nations Economic Commission for Africa. 2001. *The State of Demographic Transition in Africa*. Addis Ababa: Economic Comission for Africa.
- van de Walle, E. 1975. "Population and Development". Pp. 136-152 in J. C. Caldwell (ed), *Population Growth and Socioeconomic Change in West Africa*. New York Columbia University Press.
- Weeks, J. R. 1999. *Population: An introduction to concepts and issues*. New York: Wadsworth Publishing Company.
- WHO [World Health Organization]. 2006. *The World Health Report 2006: working together for health*. Genebra: World Health Organization.
- WHO [World Health Organization]. 2010. *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Genebra: World Health Organization.

FECUNDIDADE EM MOÇAMBIQUE NOS ÚLTIMOS 50 ANOS: ALGUMA MUDANÇA?

Carlos Arnaldo

Introdução

O número de filhos gerados por cada mulher durante a sua vida reprodutiva constitui o mais importante determinante do ritmo de crescimento e da estrutura da população que, por sua vez, podem significar maiores ou menores desafios de desenvolvimento. Em reconhecimento deste facto, vários governos e organizações internacionais começaram na década de 1970 a conceber e/ou promover programas de controlo de natalidade, como forma de acelerar o desenvolvimento socioeconómico.

Em Moçambique, nos últimos 50 anos, a taxa global de fecundidade (TGF)⁷ teve uma diminuição muito ligeira, de 7.1 filhos por mulher, em 1950, para 5.7 filhos, em 2007 (Arnaldo & Muanamoha, 2011). A análise da informação disponível até 1997 constatou que este número só estava em declínio na região Sul ao passo que nas outras regiões (Centro e Norte) o declínio parecia não estar claramente estabelecido (Arnaldo, 2007). Para além de destruir infra-estruturas e causar mortes e deslocados, os 16 anos de guerra civil que o país sofreu afectaram também o processo de recolha de dados demográficos fiáveis, a partir dos quais as dinâmicas demográficas podiam ser analisadas. Com o fim da guerra, o cenário anterior mudou, foram realizados dois (2)

⁷A Taxa Global de Fecundidade (TGF) é o número médio de filhos que uma mulher teria ao longo de toda a sua vida reprodutiva (15-49 anos de idade) se o seu comportamento reprodutivo se mantivesse mais ou menos constante nesse período.

censos de população e vários inquéritos representativos de população. Deste modo, actualmente dispõe-se de um manancial de informação demográfica fiável para um exame mais abrangente das dinâmicas de população.

Visando fazer uma análise da tendência da fecundidade e dos seus factores associados nas últimas três décadas, o presente capítulo baseia-se nos dados dos Censos de 1980, 1997 e 2007. Primeiro, faz-se uma contextualização da tendência de fecundidade na África subsaariana. Depois apresentam-se os dados e metodologia utilizados, seguidos pela análise dos níveis, tendências e diferenciais de fecundidade e, finalmente da apresentação das principais conclusões.

Tendência da fecundidade na África subsaariana

A África Subsaariana é a região do mundo com a mais elevada taxa de fecundidade. De acordo com os dados das Nações Unidas referentes a 2009, a Taxa Global de Fecundidade na África Subsaariana é de 5.1 filhos por mulher, o que é o dobro da média mundial, que é de 2.5 filhos por mulher (United Nations, 2011). Factores de natureza sociocultural e/ou económica podem contribuir para este nível elevado de fecundidade. Na África Subsaariana, as crenças religiosas e práticas culturais valorizam a procriação, ao mesmo tempo que condenam a esterilidade e a geração de poucos filhos (Caldwell & Caldwell, 1990 e Caldwell, Orubuloye & Caldwell, 1992). Neste contexto, um maior número de filhos é vantajoso, porque, desde novos, eles apoiam a família nos trabalhos domésticos e na machamba. Assim, os filhos constituem, também, uma garantia de sustento na velhice, uma vez que o sistema de segurança social tem, geralmente, uma fraca cobertura.

Dentre os vários factores explicativos da persistência dos actuais níveis e tendências de fecundidade na África Subsaariana, Ezeh *et al.* (2009) consideram os aspectos socioeconómicos como os mais dominantes. Em grande medida, a abordagem socioeconómica na análise da fecundidade assume que a alta fecundidade é uma resposta economicamente racional e baseada na avaliação dos custos e benefícios de ter filhos. Nesta perspectiva, a elevada fecundidade, nesta região, resulta do facto de que os benefícios de ter-se filhos são maiores do que os custos. A

fecundidade muda quando a avaliação relativa dos custos e benefícios também muda. Em África, a educação da mulher, a participação feminina na força de trabalho, a residência urbana, o rendimento familiar, as normas culturais (religião ou etnicidade) e o nível geral de desenvolvimento social (nível de urbanização) têm sido fundamentais na explicação dos níveis e diferenciais da fecundidade.

Por outro lado, *Population Reference Bureau* (2010) associa a persistência de altas taxas de fecundidade na região à demanda não satisfeita pelo planeamento familiar. Trata-se da existência de muitas mulheres em idade reprodutiva que desejam parar de ter filhos, mas que não usam nenhum método moderno de contraceção. Este facto resulta do baixo nível de desenvolvimento económico, que se manifesta pelos níveis baixos de escolarização das mulheres e pelo fraco acesso aos serviços de saúde, incluindo os de saúde sexual e reprodutiva (*National Research Council*, 1993).

No entanto, a partir da década de 90, o declínio da fecundidade tem sido documentado em vários países, embora a magnitude e continuidade do tal declínio ainda sejam incertos e variáveis de acordo com o país e regiões dum mesmo país. Por exemplo, Cohen (1998) constatou que a fecundidade estava em declínio em 22 dos 41 países incluídos no seu estudo, embora, na maior parte dos casos, os declínios fossem de pequena magnitude, menos de um filho por mulher. Somente em 10 países os níveis de declínio da fecundidade foram de 1.5 filhos ou mais por mulher. Este autor, embora evidencie uma fecundidade em declínio em quase todos os países, a sua magnitude é ainda pequena e, em alguns casos, este declínio não é sustentado. Aliás, mais recentemente, Shapiro & Gebreselasse (2009), constataram que entre os 24 países da África subsaariana incluídos no seu estudo, vinte e dois (22) tinham iniciado a transição da fecundidade, e um terço destes, entre os quais Moçambique, já tinham experimentado uma estagnação no declínio da sua fecundidade. A estagnação da fecundidade não é apenas um fenómeno africano, pois já foi documentada em vários países do mundo. Normalmente, a estagnação pode ocorrer tanto no início como no meio do decurso da transição de alta para baixa fecundidade. Algumas vezes, ela está associada à estagnação no aumento do uso de contraceção (Garenne, 2008).

Dados e metodologia

Um dos problemas que afectam o estudo da dinâmica demográfica nos países africanos é a inexistência de dados provenientes do registo civil. Na presença destes dados, o cálculo da Taxa Global de Fecundidade, assim como da maioria dos outros indicadores demográficos chave é directo e simples. Contudo, na sua ausência, a estimação dos mesmos tem que ser feita com base em dados de censos e/ou inquéritos, com recurso a métodos de estimativa indirecta, que se baseiam em modelos matemáticos que nem sempre representam fielmente a realidade. Assim, a exactidão das estimativas depende do método escolhido e, sobretudo, dos requisitos e suposições nele contidos, bem como da qualidade dos dados, em particular da declaração da idade e dos filhos nascidos vivos pelas mulheres em idade reprodutiva.

Muitas vezes, os dados de censos e/ou inquéritos são afectados por erros de declaração, assim como de classificação dos eventos demográficos. Esses erros incluem, por exemplo, a omissão dos filhos nascidos vivos, sobretudo os nascidos pelas mulheres mais velhas e pouco escolarizadas, e a má declaração de idade, ambos com influência nas estimativas da fecundidade.

O presente estudo usa as taxas de fecundidade oficiais do Instituto Nacional de Estatística (INE), estimadas a partir dos censos de 1980, 1997 e 2007, com recurso a várias técnicas de estimação indirecta, em particular a Razão P/F de Brass, o Modelo Relacional de Gompertz e o método de Arriaga (Arriaga, 1994; United Nations, 1983). No geral, os métodos de estimação indirecta do nível de fecundidade aplicam modelos matemáticos à informação sobre a paridade (número de filhos que uma mulher já teve) e fecundidade actual (número de filhos nos últimos 12 meses antes do censo). Estes métodos partem do pressuposto de que a informação sobre a paridade da mulher é afectada pelas falhas de memória da mulher e por erros de classificação dos eventos demográficos, que podem levar à omissão de alguns dos seus filhos, sobretudo aqueles que nasceram e morreram precocemente (Brass, 1975, 1996; United Nations, 1983). Por sua vez, a informação sobre os filhos tidos nos últimos 12 meses pode conter erros do período de referência de um ano, e, dependendo da data do censo, as mulheres podem considerar um período mais curto ou mais longo, resultando na subestimação ou sobre-estimação da fecundidade actual, respectivamente (United Nations, 1983). Em ambos os casos, estes erros tendem a ser mais

frequentes entre as mulheres mais velhas e com menor nível de escolaridade do que entre as mais jovens ou com maior nível de escolaridade.

O método da razão P/F foi desenvolvido por Brass (Brass, 1975, 1996) e consiste na comparação entre a paridade e a fecundidade actual. Assim, o método usa modelos matemáticos para transformar a fecundidade actual e torná-la comparável à paridade média da mulher. Na ausência de erros nos dados e se a fecundidade tiver estado constante num passado recente, as razões P/F nas várias faixas etárias serão iguais à unidade ou próximas dela. Assumindo que a informação prestada pelas mulheres mais jovens é fiável, as razões P/F das mulheres 20-24, 25-29 ou 30-34 são usadas para ajustar o nível da fecundidade actual e estimar a TGF (Cf. Brass, 1975, 1996; United Nations, 1983).

O Modelo Relacional de Gompertz (MRG) calcula a taxa global de fecundidade ajustando a função Gompertz transformada pela idade com paridade média ou fecundidade actual acumulada. Ao contrário da razão P/F, o MRG não assume que a qualidade da declaração da informação sobre paridade e fecundidade actual é invariável de acordo com a idade da mulher, nem que a fecundidade tenha sido constante num passado recente (Zaba, 1981). Ele usa todas as idades para o ajustamento. No entanto, envolve alguma subjectividade na selecção dos pontos que permitem ajustar a linha recta usada para estimar a fecundidade (Brass, 1996).

$$[\alpha + \beta Y_s(x)]$$

A fórmula básica para o MRG é: $F(x) = T e^{-e}$

Onde:

$F(x)$ é a fecundidade acumulada até à idade x ,

T é a taxa global de fecundidade,

$Y_s(x) = -\log[-\log F_s(x)]$; e

$F_s(x)$ é a fecundidade acumulada padrão até à idade x com $F_s(50) = T_s = 1.0$.

O modelo tanto pode ser ajustado à paridade (Pontos-P) como à fecundidade actual (Pontos-F). Assumindo que a fecundidade tem sido constante num passado recente, a representação gráfica dos pontos-P e pontos-F deveria produzir a mesma linha recta. A divergência entre as duas linhas indica mudança na fecundidade ou erros de declaração, tais como omissão dos filhos tidos ou má declaração da idade das mulheres (Brass, 1996; Zaba, 1981).

Tal como o MRG, o método de Arriaga não assume que a fecundidade tenha sido constante num passado recente. Arriaga (1994) desenvolveu uma técnica de estimação de fecundidade em que esta assunção não é necessária. Usando a técnica de simulação, Arriaga observou que em determinadas condições de declínio da fecundidade, o número de filhos tidos por idade da mulher mudava quase que linearmente para as mulheres com idade inferior a 35 anos. Com base nesta observação e no facto de a declaração sobre os filhos tidos pelas mulheres menores de 35 ser aceitável, o método faz uma interpolação linear entre a informação sobre filhos tidos por idade da mulher em dois ou três censos para estimar o número de filhos tidos para os últimos 12 meses antes do censo, que depois é usada no cálculo da taxa global de fecundidade. Como os outros métodos, o método de Arriaga também pode ser usado para detectar erros na declaração dos filhos tidos pelas mulheres (Cf. Arriaga, 1994).

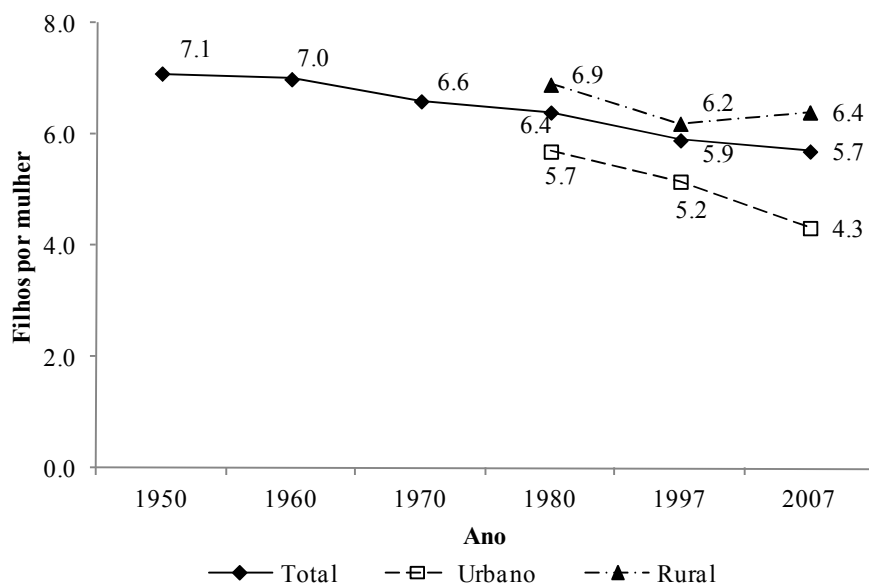
As tendências da fecundidade são avaliadas com base na variação inter-censal, de 1980 a 2007, a nível provincial, e de 1950 a 2007, a nível nacional.

Níveis e tendências de fecundidade em Moçambique

Nos últimos 50 anos, o nível de fecundidade declinou pouco. A Taxa Global de Fecundidade (TGF) diminuiu lentamente de um nível de 7.1 filhos por mulher, em 1950, para 5.7 filhos, em 2007 (Gaspar, 2002; INE, 2010; United Nations, 2009). Tendo em conta estes dados, o nível de fecundidade em 2007 (ano do último censo) corresponde a cerca de 80% do seu nível máximo.

A fecundidade teve uma diminuição relativamente rápida no período 1980-1997, quando passou de 6.4 a 5.9 filhos, como se pode observar no Gráfico 3.1. Por um lado, este facto pode reflectir o efeito depressivo da guerra sobre a fecundidade (Arnaldo, 2013). Por outro, a fecundidade urbana diminuiu mais rápida e continuamente ao longo de todo o período, contrastando com a fecundidade rural, que experimentou uma diminuição ligeira de 1980 a 1997 e um aumento ligeiro entre 1997 e 2007 (INE, 2000, 2010).

Gráfico 3.1: Tendência da Taxa Global de Fecundidade, Moçambique 1950-2007



Fonte: Arnaldo *et al.*, 2011; Censo 2007.

A análise por província (Tabela 3.1) mostra que tanto o nível como a tendência da fecundidade não foram uniformes entre províncias e ao longo dos últimos 30 anos. Em 2007, por exemplo, o nível de fecundidade variou de 3.0 filhos por mulher, em Maputo Cidade, a 6.9 filhos, nas

províncias de Niassa e Tete. No geral, o nível de fecundidade é mais elevado nas províncias do Centro e Norte do que nas do Sul, e nas áreas rurais em comparação com as urbanas. A diferença entre a área rural e a urbana é mais pronunciada nas províncias do Sul, onde a fecundidade urbana já está em declínio desde os finais da década de 1980 do que nas regiões Centro e Norte, onde o declínio da fecundidade urbana é ainda incipiente.

Nas últimas três décadas, o declínio da fecundidade foi mais pronunciado nas províncias do Sul (Inhambane, Gaza, Maputo Província e Maputo Cidade). Com a excepção de Cabo Delgado e Zambézia, nas províncias do Centro e Norte, os declínios foram mais modestos: inferiores a 10%. Entre 1980 e 1997, todas as províncias, excepto Nampula, experimentaram uma diminuição da sua fecundidade, embora a ritmos diferenciados. No entanto, entre 1997 e 2007, as províncias de Niassa, Cabo Delgado, Tete, Manica, Sofala e Gaza viram a sua fecundidade aumentar ligeiramente, enquanto nas restantes províncias a fecundidade diminuiu.

Tabela 3.1: Tendências provinciais da Taxa Global de Fecundidade, Moçambique 1980-2007

Província	TGF			Variação inter-censitária (%)		
	1980	1997	2007	1980-1997	1997-2007	1980-2007
Niassa	7.4	6.8	6.9	-8.1	1.5	-6.8
Cabo Delgado	6.5	5.6	5.7	-13.8	1.8	-12.3
Nampula	6.2	6.3	5.8	1.6	-7.9	-6.5
Zambézia	8.2	6.6	6.5	-19.5	-1.5	-20.7
Tete	7.3	6.7	6.9	-8.2	3.0	-5.5
Manica	7.1	6.3	6.6	-11.3	4.8	-7.0
Sofala	6.5	5.8	5.9	-10.8	1.7	-9.2
Inhambane	6.1	5.3	5.1	-13.1	-3.8	-16.4
Gaza	6.4	5.0	5.3	-21.9	6.0	-17.2
Maputo Província	6.4	4.8	3.9	-25.0	-18.8	-39.1
Maputo Cidade	5.7	4.2	3.0	-26.3	-28.6	-47.4
Moçambique	6.4	5.9	5.7	-7.8	-3.4	-10.9

Fonte: CCR, 1983; INE, 2000; Censo 2007.

A explicação para este aumento da fecundidade entre 1997 e 2007 reside na tendência da fecundidade nas áreas rurais. Como se pode observar na Tabela 3.2, a fecundidade das mulheres rurais aumentou em todas as províncias, excepto na província de Nampula. Sem perder de vista que, num contexto de uma fecundidade elevada, é frequente que a fecundidade rural se mantenha constante enquanto a urbana experimenta algum declínio (Shapiro & Tambashe, 2001), possivelmente, a migração rural-urbana das mulheres mais escolarizadas e, potencialmente, de menor fecundidade, e a menor alteração verificada nos principais determinantes da fecundidade (a idade média ao primeiro casamento, literacia feminina e uso de métodos contraceptivos modernos) podem explicar parte deste facto.

Tabela 3.2: Tendências provinciais da Taxa Global de Fecundidade por lugar de residência, Moçambique 1997-2007

Província	Urbana			Rural		
	1997	2007	Variação (%) 1997-2007	1997	2007	Variação (%) 1997-2007
Niassa	5.8	5.5	-5.2	7.1	7.3	2.8
Cabo Delgado	5.5	4.4	-20.0	5.7	6.0	5.3
Nampula	5.9	5.0	-15.3	6.4	6.2	-3.1
Zambézia	6.1	5.1	-16.4	6.7	6.7	0.0
Tete	6.1	5.0	-18.0	6.8	7.2	5.9
Manica	6.1	5.4	-11.5	6.3	7.0	11.1
Sofala	5.3	4.2	-20.8	6.0	6.9	15.0
Inhambane	5.0	3.5	-30.0	5.3	5.6	5.7
Gaza	4.8	4.1	-14.6	5.0	5.7	14.0
Maputo Província	4.5	3.3	-26.7	5.4	5.6	3.7
Maputo Cidade	4.2	3.0	-28.6	-	-	
Moçambique	5.2	4.3	-17.3	6.2	6.4	3.2

Fonte: INE, 2000; Censo 2007.

Factores de variação provincial de fecundidade

A teoria clássica da transição demográfica preconiza que todas as sociedades, à medida que se desenvolvem ou se modernizam, passam de uma fecundidade elevada para uma fecundidade baixa (Davis, 1945). Assim, as diferenças de fecundidade entre províncias representam os diferentes estágios em que cada uma delas se encontra no processo de transição da fecundidade.

Nesta secção analisa-se a contribuição da heterogeneidade socioeconómica para as diferenças provinciais nos níveis e tendências de fecundidade, através do cálculo do coeficiente de correlação de *Spearman* entre a taxa de fecundidade de uma província e o grau de urbanização, escolarização da mulher, idade ao primeiro casamento, uso de métodos contraceptivos e outros factores conhecidos como associados ao nível de fecundidade. Este coeficiente é calculado a partir da posição ocupada por cada província, quando elas são ordenadas de acordo com o nível de fecundidade e dos valores das variáveis de interesse. Ao usar a posição em vez dos valores em si, o coeficiente de correlação de *Spearman* fica menos sensível a valores muito distantes do esperado (*outliers*) e não requer a suposição de que a relação entre os valores é linear, nem que as variáveis sejam medidas em intervalos de classe (Field, 2000).

A Tabela 3.3 mostra os coeficientes de correlação de *Spearman* indicando o grau de associação entre cada um dos factores sócio-demográficos seleccionados e a Taxa Global de Fecundidade em 2007. A TGF está negativamente associada à idade ao primeiro casamento (SMAM - número médio de anos vividos no estado de solteiro), percentagem da população urbana, taxa de literacia feminina e prevalência de uso de contracepção.

Tabela 3.3: Coeficientes de correlação de *Spearman* entre indicadores socioeconómicos seleccionados e Taxa Global de Fecundidade Provinciais, Moçambique 2007

Indicadores socioeconómicos	Coeficiente de correlação	R ²
Idade média ao primeiro casamento (SMAM)	-0.700 **	0.490
Percentagem da população urbana	-0.582 *	0.339
Percentagem de mulheres de 15+ que sabem ler e escrever	-0.636 **	0.404
Taxa de mortalidade na infância	0.764 ***	0.584
Prevalência de uso de contraceptivos modernos IDS 2003	-0.564 *	0.318

Nota: Estatisticamente significativo ao nível de * 0.1; **0.05; ***0.01

Idade média ao primeiro casamento

A idade com que uma mulher se casa ou passa a viver maritalmente marca o início do período de exposição regular às relações sexuais, a partir das quais ela pode engravidar e produzir um nascimento. Quanto mais cedo a mulher se casa ou se une maritalmente, maior é o período de exposição ao risco de engravidar. Assim, nas províncias do Sul do país, onde a idade média ao primeiro casamento é superior a 20 anos, a TGF está por volta de 5 filhos ou menos por mulher, enquanto nas províncias do Centro e Norte, com idade média ao primeiro casamento inferior a 20 anos, a TGF é sempre superior a 5 filhos/mulher.

Os dados dos Inquéritos Demográficos e de Saúde (1997, 2003 e 2011), assim como os dos censos de 1980, 1997 e 2007, mostram que há uma tendência de aumento da idade ao primeiro casamento ou união, mas que este aumento tem sido muito lento. Em 1980, pouco mais de metade (53,2%) das mulheres de 15-19 anos estavam casadas. Esta percentagem diminuiu para 45,2%, em 1997, e 45%, em 2007, correspondendo a uma redução de apenas 15% em quase 30 anos. Durante o mesmo período, a idade média ao primeiro casamento foi de 17,5 anos, em 1980, 18,1 anos, em 1997, e 18,6 anos, em 2007, um aumento em apenas 1 ano. As mulheres da região Sul casam-se mais tarde (aos 21 anos) em relação às das regiões Centro (aos 18 anos) e Norte (aos 17 anos). Foi também na região Sul (15%) onde houve um maior aumento percentual da idade ao primeiro casamento em comparação com as regiões Norte e Centro (5% e 7%, respectivamente).

Taxa de analfabetismo feminino

A educação é um dos principais determinantes do comportamento demográfico. Os níveis de fecundidade são influenciados pelo nível de educação das pessoas, sobretudo das mulheres. A Tabela 3.3 mostra que quanto maior for a taxa de literacia (percentagem de pessoas com 15 ou mais anos que sabem ler e escrever), menor é a taxa de fecundidade nessa província. Nos últimos 30 anos, a taxa de literacia mostra uma tendência positiva. Em 1975, cerca de 93% da população moçambicana era analfabeta, mas esta percentagem foi baixando progressivamente até atingir 49% em 2007 (INE, 2000, 2009). No entanto, existem importantes diferenças por sexo e província: enquanto a taxa de analfabetismo dos homens diminuía em 40% (de 56% para 33,2%), de 1980 a 2007, a das mulheres, no mesmo período, diminuía em apenas 28% (de 88% para 63,1%); na região Sul, pelo menos metade das mulheres com 15 ou mais anos de idade, em 2007, sabia ler e escrever, mas nas províncias das regiões Centro e Norte esta percentagem não ultrapassava os 40%, com a percentagem mais baixa (18%) a verificar-se na província da Zambézia. A disparidade entre sexos tem estado a reduzir; mas, em 2007, para cada 1000 homens escolarizados existiam apenas 626 mulheres (Arnaldo *et al.*, 2011)

Uso de métodos modernos de contraceção

O uso dos métodos contraceptivos é um dos factores determinantes do número de filhos que a mulher tem no final da sua vida reprodutiva. No entanto, o seu uso depende, não só da vontade da mulher ou casal, mas também da sua disponibilidade e facilidade de acesso. De acordo com a Tabela 3.3, nas províncias com baixa taxa de prevalência do uso de contraceptivos modernos a fecundidade é mais elevada, em comparação com as províncias onde esta taxa é relativamente elevada.

Moçambique possui um programa de planeamento familiar que preconiza um acesso aos seus métodos sem custos, através do Sistema Nacional de Saúde. Contudo, devido à fraca cobertura da rede sanitária, ruptura de *stock* e persistência de algumas barreiras socioculturais, o uso de métodos de prevenção da gravidez ainda não é prática de muitas mulheres e/ou casais. Os

Inquéritos Demográficos e de Saúde (INE & MISAU, 1998, 2005, 2012) mostram que a percentagem de mulheres casadas ou unidas a usarem estes métodos é ainda baixa (11%), sobretudo nas regiões Centro e Norte do país. O aumento do uso actual destes métodos tem sido lento e é acompanhado pelo aumento da demanda insatisfeita de contracepção. Por outras palavras, há uma percentagem crescente de mulheres sexualmente activas, que não estão a amamentar, nem em amenorreia pós-parto, que não pretendem ter filho ou outro filho, e que não estão a usar nenhum método de prevenção da gravidez, devido, em parte, a uma certa incapacidade do sistema de saúde em satisfazer a procura por estes métodos.

Taxa de Mortalidade na infância

A associação positiva entre a taxa de mortalidade na infância (número de óbitos em crianças menores de 5 anos em cada 1000 nascimentos) e a TGF explica-se pelo facto de a sobrevivência da criança prolongar o espaçamento intergenésico (entre dois nascimentos sucessivos), que normalmente é curto quando a criança morre precocemente. Por outro lado, o aumento da sobrevivência dos filhos pode induzir ao declínio da tendência que as mulheres, nas sociedades com elevada mortalidade, têm de ter muitos filhos, como forma de “prevenir” o efeito da elevada mortalidade e garantir que o número desejado de filhos seja atingido, ou para a “substituição” dos filhos que tiverem morrido muito cedo (Makinwa-Adebusoye, 2001).

A sobrevivência das crianças moçambicanas tem aumentado significativamente nos últimos anos, mas estima-se que cerca de 15% das crianças nascidas em Moçambique morrem antes do seu 5º aniversário. De acordo com as estimativas do último censo, a taxa de mortalidade na infância nas regiões Centro e Norte é, pelo menos, 30% mais alta do que na região Sul (INE, 2010), podendo, em parte, como revelado na Tabela 3.3, explicar parte da variação provincial do nível de fecundidade.

Taxa de urbanização

A associação negativa entre fecundidade e nível de urbanização reflecte o facto de as mulheres urbanas terem, geralmente, uma melhor escolarização e estarem mais susceptíveis de participar

no mercado de trabalho formal, casar mais tarde e possuir melhor conhecimento e acesso a contraceptivos modernos do que as mulheres rurais. Estas características, como tratado mais adiante, conduzem a uma fecundidade relativamente mais baixa. O nível de urbanização em Moçambique é ainda baixo, com apenas 30% da população a viver nas áreas urbanas e com pouca alteração nos últimos 10 anos. No entanto, à semelhança dos outros indicadores, existe uma grande variação entre as províncias, pois, excluindo a cidade de Maputo, que é totalmente urbana, a percentagem da população urbana varia de 14%, em Tete, a 68%, em Maputo Província, curiosamente as províncias com a taxa de fecundidade mais alta e mais baixa, respectivamente, em 2007.

Factores socioeconómicos da fecundidade a nível individual

Vários factores podem influenciar, a nível individual, o número de filhos que uma mulher tem ao longo da sua vida reprodutiva. Entre eles se incluem os valores e normas sociais a que a mulher pode estar sujeita, o seu lugar de residência, o nível de educação, a religião e o tipo de ocupação. Estes factores influenciam o grau com que a mulher está exposta ao risco de conceber e ter um filho ou a sua exposição ao mundo exterior e a facilidade com que ela faz valer as suas escolhas reprodutivas e procura aceder aos serviços ou meios que lhe permitem materializar essas escolhas. A presente secção analisa a relação entre o nível de fecundidade e o estado civil e outras características socioeconómicas.

Estado civil

Embora em algumas sociedades, o casamento marque o início da formação da família dentro da qual a procriação ocorre, em Moçambique, e em geral na África Subsaariana, uma percentagem substancial dos nascimentos ocorre fora do casamento (Arnaldo, 2007; Gage & Meekers, 1994; Meekers, 1994). Ainda assim, a situação matrimonial da mulher é relevante para a análise da fecundidade, porque o grau de exposição ao risco de engravidar difere entre mulheres em união marital e mulheres fora das uniões maritais.

Devido à sua exposição regular a relações sexuais, as mulheres em união apresentam sempre uma taxa de fecundidade mais elevada do que a das mulheres fora das uniões. No caso de Moçambique, conforme a Tabela 3.4 abaixo, a fecundidade marital (das mulheres actualmente casadas ou em união marital) é cerca de duas vezes superior à não-marital (das mulheres actualmente solteiras, separadas/divorciadas ou viúvas). As mulheres fora das uniões maritais tiveram uma média de 3.5 filhos por mulher, em 1997, e 3.2 filhos por mulher, em 2007. Este número de filhos é bastante elevado, quando comparado com o padrão africano, no qual os países tidos como tendo maior prevalência de fecundidade extra-marital (p. e., África do Sul, Botswana e Namíbia), por terem uma fecundidade nacional mais baixa, apresentam taxa de fecundidade extra-marital abaixo de 2 filhos por mulher (Cf. Sibanda & Zuberi, 1999).

Estudos etnográficos realizados em alguns países africanos sugerem que a elevada taxa de fecundidade entre mulheres fora de uniões está relacionada com uma elevada tolerância ao fenómeno por parte da sociedade, porque não existe uma condenação da actividade sexual ou gravidez em idade jovem ou, quando esta condenação existe, um filho é sempre bem-vindo, seja ele resultante de uma gravidez de dentro ou de fora do casamento (Preston-Whyte & Allen, 1992; Preston-Whyte & Zondi, 1992; Rubinsztein, 1992). Talvez influenciada pelos padrões de casamento, a fecundidade não-marital é mais elevada na região Norte, que é predominantemente matrilinear e onde os casamentos são mais instáveis, do que nas regiões Centro e Sul, onde predomina o sistema patrilinear, e os casamentos são mais estáveis (Arnaldo, 2004).

De acordo com a Tabela 3.4, na região Sul, a fecundidade marital manteve-se constante, e a não-marital diminuiu em 11,1%. Nas áreas urbanas, a fecundidade marital, assim como a não-marital, diminuíram em pelo menos 18%. Na região Norte, tanto a fecundidade marital como a não-marital diminuíram ligeiramente, enquanto, na região Centro, ambas as taxas aumentaram em pelo menos 5%. Nas áreas rurais, a fecundidade marital manteve-se constante, enquanto a não-marital aumentou ligeiramente.

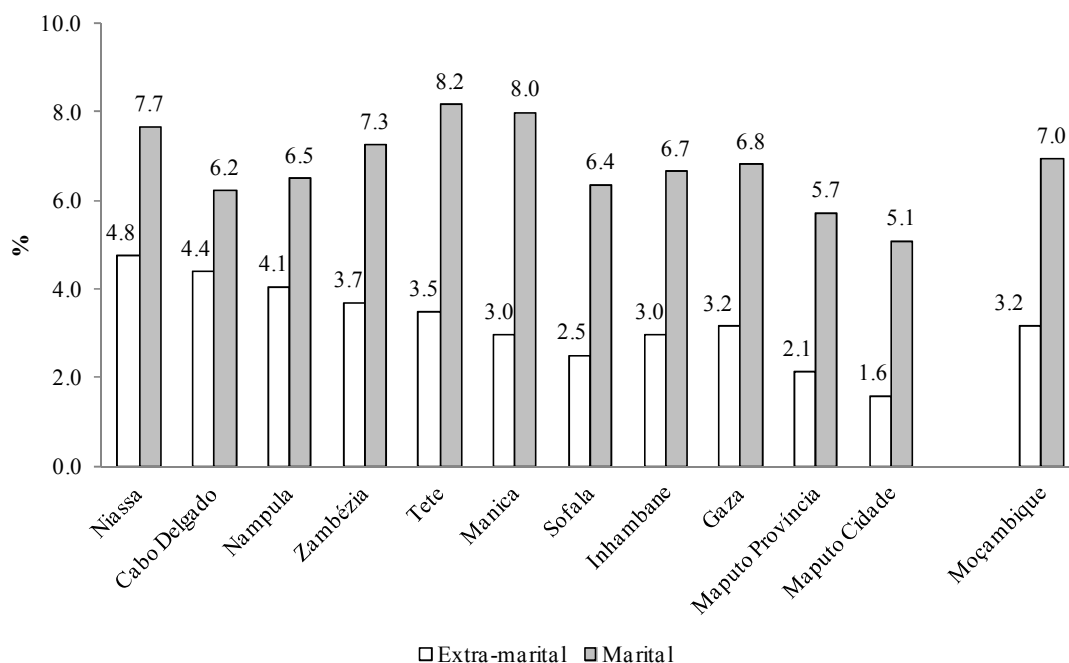
Tabela 3.4: Taxa de fecundidade marital e não marital por região, Moçambique 1997 e 2007

	Taxa global de fecundidade				% de variação 1997-2007	
	1997		2007		Não-marital	Marital
	Não-marital	Marital	Não-marital	Marital		
<i>Região</i>						
Norte	4.5	7.0	4.3	6.6	-4.4	-5.7
Centro	3.0	7.3	3.3	7.7	10.0	5.5
Sul	2.7	6.1	2.4	6.1	-11.1	0.0
<i>Lugar de residência</i>						
Urbano	2.9	7.2	2.3	5.9	-20.7	-18.1
Rural	3.9	7.4	4.1	7.4	5.1	0.0
Moçambique	3.5	7.3	3.2	7.0	-8.6	-4.1

Fonte: Arnaldo, 2007; INE, 2000.

A análise por província mostra uma taxa global de fecundidade marital, em 2007, a variar de 5.1, em Maputo Cidade, a 8.2 filhos por mulher, em Tete, e a extra-marital, de 1.6, em Maputo Cidade, a 4.8 filhos por mulher, na província de Niassa (Gráfico 3.2). No entanto, importa salientar que algumas mulheres, actualmente divorciadas ou separadas, podem ter tido os seus filhos quando ainda eram casadas, e que algumas outras, que estão unidas maritalmente mas que não tiveram casamento civil, podem ter-se declarado solteiras. Todavia, mesmo tendo em conta estes factos, as taxas revelam pouco controlo da fecundidade dentro dos casamentos, uma maior actividade sexual das mulheres antes do casamento ou união, e pouco ou nenhum uso de métodos anti-conceptivos.

Gráfico 3.2: Taxa Global de Fecundidade marital e extra-marital por província, Moçambique 2007



Fonte: Calculado a partir dos dados do Censo 2007.

Características socioeconómicas

Grande parte da investigação empírica realizada em várias partes do mundo mostra que as mulheres instruídas (sobretudo aquelas com o nível secundário ou superior), as residentes no meio urbano ou com trabalho assalariado tendem a ter menos filhos do que aquelas com nenhuma ou pouca educação, residentes no meio rural ou que trabalham por conta própria ou são trabalhadoras familiares sem remuneração (Diamond, Newby & Varle, 1999). A educação retarda o casamento, aumenta a habilidade da mulher para influenciar as decisões sobre a sua vida, incluindo as preferências reprodutivas, expõe a mulher a novas ideias, de outras partes do mundo, abre as portas para um emprego remunerável e melhora a sua posição na comunidade e o seu poder de negociação na família. De acordo com a Tabela 3.5, o número de filhos das mulheres com o nível secundário ou superior é cerca de metade do das mulheres sem instrução. De 1980 a 1997, a TGF diminuiu em todas as categorias de educação, sobretudo nos níveis primário e secundário ou superior. Mas, de 1997 a 2007, ela manteve-se quase inalterável ou aumentou ligeiramente.

Em relação ao lugar de residência, como esperado, as mulheres urbanas têm sempre menos filhos do que as rurais, e a diferença tende a aumentar, porque a fecundidade urbana vai diminuindo enquanto a rural se mantém inalterável ou diminui mais lentamente. Geralmente, as mulheres urbanas têm uma melhor escolarização e são mais susceptíveis de ter emprego formal, casar mais tarde e ter acesso e conhecimento dos métodos de planeamento familiar (Shapiro & Tambashe, 2001). Por outro lado, os custos de procriação tendem a ser mais elevados nas áreas urbanas do que nas rurais, onde os filhos podem ajudar nas actividades domésticas e agrícolas.

O efeito do tipo de emprego ou ocupação da mulher na fecundidade não é unidireccional e depende do nível de desenvolvimento da sociedade em análise e do conceito de emprego utilizado, sobretudo a distinção entre os empregos formal e informal (ex: Kasarda, Billy & West, 1986). A expectativa, no entanto, é que as mulheres que trabalham fora de casa (com emprego no sector formal da economia) tenham menor número de filhos em relação às que trabalham em casa, uma vez que o emprego formal requer uma formação institucionalizada e o conflito entre os papéis produtivo e reprodutivo eleva o custo da oportunidade de ter filhos para as mulheres assalariadas (Kalwij, 2000; Kasarda *et al.*, 1986).

Os resultados apresentados na Tabela 3.5, mostram que as mulheres assalariadas têm cerca de metade do número de filhos que as mulheres das outras categorias têm. O número mais alto (acima de 6 filhos por mulher) verifica-se nas mulheres que trabalham por conta própria e naquelas que são trabalhadoras familiares sem remuneração. Isto pode reflectir o facto de grande parte destas mulheres viverem em áreas rurais, com baixos níveis de escolarização e exercerem a sua actividade em casa ou próximo dela e, assim, poderem combiná-la com a actividade reprodutiva, ao contrário das trabalhadoras assalariadas, cuja actividade requer que estejam ausentes de casa por longos períodos, o que torna difícil compatibilizar os seus papéis produtivo e reprodutivo (Arnaldo, 2007).

Em média, as mulheres que não trabalham têm um filho a menos do que as mulheres que trabalham por conta própria ou que são trabalhadoras familiares sem remuneração. Em parte, isto explica-se pelo facto de que 80% destas mulheres nunca se casaram ou ainda estão a estudar, o

que as torna menos susceptíveis de ter muitos filhos, devido à falta de exposição regular ao risco de engravidar ou à tendência de adiar a gravidez até à conclusão dos estudos.

No que se refere à religião, as diferenças podem advir das doutrinas em relação à procriação, sobretudo no que se refere ao controlo da natalidade através do uso de métodos contraceptivos, ou nas diferenças de composição entre as mulheres afiliadas às diferentes religiões (Adegbola, 1988; Knodel *et al.*, 1999). Os dados da Tabela 3.5 mostram que, apesar de poder haver percepções teológicas divergentes em relação ao controlo de natalidade, sobretudo o uso de métodos modernos de contracepção, não existem diferenças substanciais no número de filhos entre os grupos religiosos. No entanto, há a destacar as mulheres sem religião que apresentaram o número de filhos mais elevado, 6.3 e 6.5, em 1997 e 2007, respectivamente. Estas mulheres e as de religião islâmica apresentam os mais baixos níveis de escolarização. Apenas 25% destas mulheres sabem ler e escrever, enquanto nas restantes categorias as percentagens são de pelo menos 40%.

Tabela 3.5: Taxa Global de Fecundidade por características sócio-económicas, Moçambique
1980, 1997 e 2007

Características socioeconómicas de mulheres	Taxa global de fecundidade			% de Variação	
	1980	1997	2007	1980-1997	1997-2007
<i>Educação</i>					
Nenhuma	7.1	6.1	6.3	-14.1	3.3
Primário	6.8	5.0	5.7	-26.5	14.0
Secundário ou superior	4.2	3.1	3.2	-26.2	3.2
<i>Lugar de residência</i>					
Urbano	5.7	5.2	4.3	-8.8	-17.3
Rural	6.9	6.2	6.4	-10.1	3.2
<i>Tipo de emprego</i>					
Não trabalha	-	5.2	5.3	-	1.9
Trabalhadora familiar sem remuneração	-	6.0	6.3	-	5.0
Trabalhadora conta própria	-	6.3	6.4	-	1.6
Trabalhadora assalariada	-	3.0	3.4	-	13.3
<i>Religião</i>					
Católica	-	5.8	5.6	-	-3.4
Protestante	-	6.0	5.6	-	-6.7
Islâmica	-	5.8	5.5	-	-5.2
Zione	-	5.4	5.7	-	5.6
Outra	-	5.9	5.7	-	-3.4
Nenhuma	-	6.3	6.5	-	3.2
Moçambique	6.4	5.9	5.7	-7.8	-3.4

Fonte: Arnaldo, 2007; CCR, 1983; INE, 2000.

Conclusão

A preocupação que se tem sobre as tendências demográficas, sobretudo o crescimento populacional de um país, determinado em grande medida pelo nível de fecundidade, assenta no reconhecimento de que a dinâmica demográfica determina a demanda dos serviços sociais básicos. Neste capítulo, foram usados os dados dos censos realizados em Moçambique para analisar a tendência e factores associados à fecundidade no país.

Os resultados mostram que cada mulher em Moçambique tem, em média, no final da sua vida reprodutiva, dos 15 aos 49 anos, cerca de 6 filhos. Esta estimativa coloca Moçambique entre os países com as taxas globais de fecundidade mais elevadas do mundo, e produz uma estrutura da população muito jovem, implicando maior demanda dos serviços sociais básicos (Cf. Capítulo 2). Este nível de fecundidade tem-se mantido quase estável nos últimos 50 anos, excepto nas áreas urbanas e na região sul do país, onde há sinais claros de uma diminuição contínua a partir dos finais da década de 1980.

Para o nível e a tendência de fecundidade que se verificam em Moçambique, contribuem, em grande medida, as ainda altas taxas de analfabetismo entre as mulheres, o início precoce da actividade sexual (e conseqüente casamento precoce) e o pouco ou nenhum uso de métodos de planeamento familiar, tanto dentro como fora das uniões. Em média, nos casos de união marital, a taxa é de sete (7) filhos por mulher, uma taxa que mostra uma necessidade de desenhar, promover e implementar programas de planeamento familiar que possam influenciar os casais a decidir por ter menor número de filhos e a encontrar os meios necessários para materialização da decisão que tiverem tomado.

Os dados dos Inquéritos Demográficos e de Saúde, já realizados em Moçambique (INE & MISAU, 1998, 2005, 2012), mostram que, ao mesmo tempo que o desejo de uma família numerosa se mantém, a demanda insatisfeita por contracepção vai aumentando, sugerindo a necessidade de continuar, quiçá intensificar, os programas que visem reduzir o desejo por muitos filhos, ao mesmo tempo que se assegura a satisfação das necessidades actuais de contracepção.

A também elevada fecundidade fora das uniões, sobretudo antes delas, e a entrada precoce para as uniões maritais, chamam a atenção para a necessidade de, por um lado, manter as raparigas mais tempo na escola, de modo a retardar a sua entrada para as uniões maritais e aumentar a possibilidade de uma vida profissional fora de casa e, por outro, prestar mais atenção às necessidades dos serviços de saúde sexual e reprodutiva dos jovens e adolescentes. Isto contribuiria, não só para retardar o início da actividade sexual e/ou redução das gravidezes precoces e não desejadas, como também para a melhoria da saúde da mulher e da criança.

O actual nível de fecundidade poderá estar afectado pela elevada prevalência de HIV e SIDA (Chen & Walker, 2010; Juhn, Kalemli-Ozcan & Turan, 2008), mas este tipo de impacto não pode ser analisado a partir de dados do censo. Dado o nível de prevalência da infecção pelo HIV em Moçambique, 13.1% das mulheres 15-49 anos de idade (MISAU, 2009), o efeito do SIDA na fecundidade merece atenção em futuros estudos.

Referências bibliográficas

- Adegbola, O. 1988. Religion and reproduction of sub-Saharan Africa. Pp. 2.2.1-2.2.34 in *African Population Conference*, Vol. 1. Dakar: International Union for the Scientific Study of Population.
- Arnaldo, C. 2004. "Ethnicity and Marriage Patterns in Mozambique". *African Population Studies* 19 (1): 143-164.
- Arnaldo, C. 2007. *Fecundidade e seus Determinantes Próximos em Moçambique: uma análise dos níveis, tendências, diferenciais e variação regional*. Maputo: Texto Editores.
- Arnaldo, C. 2013. "Armed Conflict and Demographic Outcome in Mozambique and Rwanda: what can censuses tell us?". In C. Odimegwu & J. Kekovole (eds), *Continuity and Change in sub-Saharan African Demography*. New York: Routledge, Taylor and Francis. (Plero)
- Arnaldo, C. & R. C. Muanamoha. 2011. "Comportamento Demográfico e desafios de Desenvolvimento sócio-económico em Moçambique". *Revista de Estudos Demográficos* 49:40-52.

- Arnaldo, C., R.C. Muanamoha, I. Raimundo, R. J. Hansine & F. A. César. 2011. Crescimento Populacional e Desenvolvimento sócio-económico em Moçambique. Maputo: Centro de Análise de Políticas e Centro de Estudos Africanos, Universidade Eduardo Mondlane.
- Arriaga, E. 1994. *Population Analysis with Microcomputers* . Volume I, Presentation of Techniques. Washington D.C: US Bureau of the Census.
- Brass, W. 1975. *Methods for Estimating Fertility and Mortality from Limited and Defective Data*. An Occasional Publication, Laboratories for Population Statistics. Chapel Hill: The Carolina Population Center.
- Brass, W. 1996. "Demographic Data Analysis in Less Developed Countries: 1946-1996". *Population Studies* 50:451-467.
- Caldwell, J.C. & P. Caldwell. 1990. "High fertility in sub-Saharan Africa". *Scientific American* 262 (5):82-89.
- Caldwell, J.C., I.O. Orubuloye & P. Caldwell. 1992. "Fertility decline in Africa: a new type of transition?". *Population and Development Review* 18 (2):211-242.
- CCR [Conselho Coordenador do Recenseamento]. 1983. Panorama Demográfico. Volume 2. Maputo: Direcção Nacional de Estatística.
- Chen, W. & N. Walker. 2010. "Fertility of HIV-infected women: insights from Demographic and Health Surveys". *Sexual Transmitted Infections* 86:ii22-ii27.
- Cohen, B. 1998. "The emerging fertility transition in sub-Saharan Africa". *World Development* 26 (8):1431-1461.
- Davis, K. 1945. "The world demographic transition". *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences* 273 (Jan.):1-11.
- Diamond, I., M. Newby & S. Varle. 1999. "Female education and fertility: examining the links". Pp. 23-48 in C. H. Bledsoe et al. (eds), *Perspective on Schooling and Fertility in the Developing World*. Washington, D.C: National Academy Press.
- Ezeh, A.C., B.U. Mberu & J. O. Emina. 2009. "Stall in fertility decline in Eastern African countries: regional analysis of patterns, determinants and implications". *Philosophical Transactions of the Royal Society B* 364:2991-3007.
- Field, A. 2000. *Discovering Statistics Using SPSS for Windows*. Londres: SAGE Publications.
- Gage, A.J. & D. Meekers. 1994. "Sexual activity before marriage in sub-Saharan Africa". *Social Biology* 41 (1-2):44-60.

- Garenne, M. 2008. "Situations of fertility stall in sub-Saharan Africa". *African Population Studies* 23 (2).
- Gaspar, M.C. 2002. "Population size, distribution, and mortality in Mozambique, 1960-1997". Pp. 5-34 in A. Wils (ed), *Population-Development-Environment in Mozambique: Background Readings*. Luxemburg: International Institute for Applied Systems Analysis.
- INE [Instituto Nacional de Estatística]. 2000. Panorama Sócio-Demográfico, 1997. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- INE [Instituto Nacional de Estatística] 2009. Resultados Definitivos do III Recenseamento Geral da População e Habitação. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- INE [Instituto Nacional de Estatística]. 2010. Projeções Anuais da População Total, Rural e Urbana, 2007 - 2040. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- INE [Instituto Nacional de Estatística] & MISAU [Ministério da Saúde]. 1998. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde - 1997. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- INE [Instituto Nacional de Estatística] & MISAU [Ministério da Saúde]. 2005. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde - 2003. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- INE [Instituto Nacional de Estatística] & MISAU [Ministério da Saúde]. 2012. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde - 2011. Relatório Preliminar. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- Juhn, C., S. Kalemli-Ozcan & B. Turan. 2008. HIV and fertility in Africa: first evidence from population based surveys. National Bureau of Economic Research Working Paper 14248. Cambridge.
- Kalwij, A.S. 2000. "The effects of female employment status on the presence an number of children". *Journal of Population Economics* 13 (2):221-239.
- Kasarda, J.D., J.O.G. Billy & K. West. 1986. *Status Enhancement and Fertility: Reproductive Responses to Social Mobility and Educational Opportunity*. Orlando: Academic Press.
- Knodel, J., R.S. Gray, P. Sriwatcharin & S. Peracca. 1999. "Religion and reproduction: Muslims in Buddhist Thailand". *Population Studies* 53 (2):149-164.
- Makinwa-Adebusoye, P. 2001. "Sociocultural factors affecting fertility in sub-Saharan Africa". *United Nations Workshop on Prospects for Fertility Decline in High Fertility Countries*. New York, 9-11 July.
- Meekers, D. 1994. "Sexual initiation and premarital childbearing in sub-Saharan Africa". *Population Studies* 48 (1):47-64.

- MISAU [Ministério da Saúde]. 2009. National Survey on Prevalence, Behavioral Risks and Information about HIV and AIDS (2009 INSIDA). Maputo: Instituto Nacional de Saúde.
- National Research Council. 1993. *Demographic Effects of Economic Reversals in Sub-Saharan Africa*. Washington, D.C.: National Academic Press.
- Population Reference Bureau. 2010. World Population Awareness: Population Dynamics of Africa: www.overpopulation.org/Africa.html (Acedido em 10.11.2010)
- Preston-Whyte, E. & J. Allen. 1992. "Teenage pregnancy in the coloured community". Pp. 208-225 in S. Burman & E. Preston-Whyte (eds), *Questionable Issue: Illegitimacy in South Africa*. Cape Town: Oxford University Press.
- Preston-Whyte, E. & M. Zondi. 1992. "African teenage pregnancy: whose problem?". Pp. 226-246 in S. Burman & E. Preston-Whyte (eds), *Questionable Issue: Illegitimacy in South Africa*. Cape Town: Oxford University Press.
- Rubinsztein, D. 1992. "Birth outside marriage among whites in Cape Town". Pp. 185-207 in S. Burman & E. Preston-Whyte (eds), *Questionable Issue: Illegitimacy in South Africa*. Cape Town: Oxford University Press.
- Shapiro, D. & T. Gebreselassie. 2009. "Fertility Transition in Sub-Saharan Africa: Falling and Stalling". *African Population Studies* 22 (2):3-23.
- Shapiro, D. & B.O Tamashe. 2001. Fertility Transition in Urban and Rural Areas of sub-Saharan Africa. The Pennsylvania State University, Population Research Institute Working Paper 01-02.
- Sibanda, A. & T. Zuberi. 1999. Contemporary fertility levels and trends in South Africa: evidence from reconstructed census birth histories. Pp. 79-108 in *Third African Population Conference: The African Population in the 21st Century*, Vol. 1. Durban: Union for African Population Studies.
- United Nations. 1983. *Manual X: Indirect Techniques for Demographic Estimation*. New York: United Nations.
- United Nations. 2009. World Population Prospects: The 2008 Revision, <http://esa.un.org/undp/index.asp>. New York: United Nations Population Division (Acedido em 04.11.2010).
- United Nations. 2011. World Population Prospects: The 2010 Revision, CD-ROM Edition. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

Zaba, B. 1981. Use of the Relational Gompertz Model in Analysing Fertility Data Collected in Retrospective Surveys. Centre for Population Studies Working Paper No. 81-2. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London.

A DINÂMICA DA MORTALIDADE EM MOÇAMBIQUE

Boaventura M. Cau

Introdução

O declínio da mortalidade e uma vida longa dos cidadãos é um desejo comum a todas as sociedades. No entanto, em alguns países em vias de desenvolvimento, principalmente da África Subsaariana, esse desejo ainda não se concretizou. Mesmo assim, reconhece-se que, depois da Segunda Guerra Mundial, os países em vias de desenvolvimento, como um todo, conseguiram obter declínios rápidos da mortalidade, que no caso da África Subsaariana, abrandaram ou ficaram interrompidos a partir dos finais do século passado (Cutler *et al.*, 2006; Soares, 2007). Há um grande interesse no estudo da mortalidade, principalmente a mortalidade de crianças menores de 5 anos, cuja redução faz parte dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Moçambique apresenta níveis altos de mortalidade na infância e também de mortalidade adulta (Cf. INE, 2010; INE *et al.*, 2012), o que constitui razão de preocupação (MISAU, 2006). Por isso, são necessários estudos que possam contribuir para um melhor entendimento da dinâmica da mortalidade no país e a formulação e implementação de melhores políticas e programas para a sua redução.

O presente capítulo descreve e analisa a dinâmica da mortalidade em Moçambique nos últimos 50 anos, com maior ênfase para o período depois de 1980. O estudo é desenvolvido com base em indicadores de mortalidade dos Censos de população dos Inquéritos Demográficos e de Saúde (IDS) de Moçambique (Conselho Coordenador do Recenseamento, 1983; INE & Macro

International, 1998; INE, 1999a; INE, 2010; INE *et al.* 2013) e da literatura sobre mortalidade em Moçambique (Gaspar, 2002; MISAU & INE, 2009; INE *et al.*, 2012).⁸ Todavia, não se perdeu de vista que a informação sobre mortalidade em Moçambique antes de 1980 é exígua e pouco fiável (Gaspar, 2002). O estudo dá maior enfoque à mortalidade infantil (probabilidade de morrer durante o primeiro ano de vida por 1000 nascidos vivos) e infanto-juvenil (probabilidade de morrer antes de 5 anos de vida por 1000 nascidos vivos), devido à disponibilidade de informação mais detalhada dos dois tipos de mortalidade e ao facto de que os indicadores de mortalidade infantil e infanto-juvenil têm sido frequentemente usados como indicadores das condições de saúde e bem-estar numa região (Akachi & Canning, 2007; Kuhn, 2010).

O capítulo está organizado da seguinte maneira: em primeiro lugar, faz-se uma revisão breve dos factores determinantes de mortalidade dentro de um país. Em seguida, faz-se uma descrição e análise da dinâmica da mortalidade em Moçambique de 1960 até aos finais da década de 2000. A parte final do estudo apresenta o sumário das principais constatações e as implicações político-programáticas

Determinantes de mortalidade

Nesta breve revisão de literatura abordam-se alguns aspectos que se devem ter em conta no desafio de retardar a morte e ganhar mais anos de vida entre os membros de uma população. Sobre os determinantes da mortalidade infantil e infanto-juvenil, a literatura indica vários factores, dos quais esta breve revisão incluirá apenas alguns. Por exemplo, muitos estudos incluem a educação materna, a idade da mãe e o espaçamento entre os nascimentos como os

⁸INE (1999a e 2010) apresentam a descrição da metodologia usada para o cálculo de indicadores de mortalidade para os Censos de 1997 e de 2007, respectivamente. Gaspar (2002) aborda a qualidade dos dados dos Censos de 1960, 1970 e 1980 e indica que a mesma é deficiente para os dados dos dois primeiros Censos (p. 9). Por isso, os indicadores baseados nos Censos de 1960 e 1970 devem ser considerados com cautela. INE *et al.* (2013) indica a metodologia que foi usada para a recolha dos dados do IDS de Moçambique de 2011. Rutstein & Rojas (2006) indicam os procedimentos que têm sido usados para o cálculo dos indicadores dos Inquéritos Demográficos e de Saúde que o IDS 2011 de Moçambique faz parte.

factores de relevo na mortalidade de crianças. Muitas vezes, as mulheres com nível elevado de educação têm melhor comando sobre a vida e conhecimento de práticas de saúde apropriadas do que as mulheres com nenhum ou baixo nível de educação (Caldwell, 1979; Farah & Preston, 1982).

As mulheres com nível elevado de educação têm vantagens materiais, tais como rendimento, água e saneamento, qualidade de vestuário, habitação, entre outras que podem favorecer a sobrevivência dos seus filhos (Cleland & Van Ginneken, 1988). Estas mulheres são também menos subservientes a normas e práticas que sejam prejudiciais à saúde de seus filhos do que as menos educadas (Gyimah, 2006). Embora sejam casos raros, há estudos que reportaram uma fraca associação entre a educação da mãe e a sobrevivência de crianças (Folasade, 2000; Alberto, 2010). Por exemplo, Adetunji (1995) observou que, na Nigéria, as condições económicas duras em que se encontravam muitas mulheres com idades menores e educação de nível secundário, obrigavam-nas a encurtar o período de amamentação, tendo como consequência o aumento do risco de morte dos seus filhos. Em Moçambique, há ainda uma larga percentagem de população analfabeta. Estima-se que em 2007, cerca de 64% das mulheres eram analfabetas (INE *et al.*, 2010). As taxas de analabetismos são mais elevadas nas províncias do Centro e Norte do país (INE *et al.*, 2013).

A idade da mãe é outro factor associado à mortalidade de crianças. Filhos nascidos de mães jovens ou com idades avançadas têm maior probabilidade de morrer do que os nascidos de mães em idades intermédias (Hobcraft *et al.*, 1984). Nascimentos com curto período de espaçamento também têm efeitos negativos na sobrevivência das crianças, principalmente na infância (Gonçalves & Moultrie, 2012). A investigação indica que crianças nascidas dois ou mais anos após o nascimento anterior têm mais possibilidade de sobreviver do que aquelas nascidas a menos de dois anos do nascimento anterior (Hobcraft *et al.*, 1984). Uma mulher com repetidas gravidezes e espaçamentos de nascimentos curtos não tem tido tempo suficiente para uma boa recuperação do seu organismo. Essa mulher tem maior possibilidade de gerar filhos com baixo peso, que têm pouca probabilidade de sobreviver. Os espaçamentos curtos entre nascimentos

podem também conduzir à competição por alimentos e recursos entre os filhos (Hobcraft *et al.*, 1984).

Ao nível de agregado familiar, Agha (2000) argumenta que a qualidade de habitação, o número de residentes, o acesso à água e saneamento influenciam a mortalidade das crianças. Ao nível de comunidade, as diferenças entre comunidades no acesso aos recursos, incluindo os serviços de saúde, são também factores de risco de morte de crianças. A área de residência, urbana ou rural, é também reportada como um factor determinante de mortalidade. Muitos estudos indicam que os filhos das mulheres residentes nas áreas urbanas têm maior probabilidade de sobrevivência do que os das residentes nas áreas rurais (Defo, 1996). Esta vantagem de sobrevivência das crianças nas áreas urbanas tem sido atribuída à proximidade de unidades sanitárias, boas condições de habitação e saneamento.

Todavia, há estudos indicando maior risco de mortalidade de crianças nas áreas urbanas do que nas áreas rurais (Trussell & Preston, 1982). A razão que tem sido apontada para explicar tal observação é que alguns residentes das áreas urbanas vivem em bairros pobres, com condições de vida piores que as das zonas rurais. Mais ainda, os municípios, em várias áreas urbanas africanas, não têm conseguido prover os serviços sociais básicos, como água e saneamento do meio, a grande parte da sua população (Ihonvbere, 1993; Foladade, 2000). Note-se que, mesmo dentro das áreas rurais ou áreas urbanas, o risco de mortalidade de crianças pode variar, de acordo com as condições ambientais, em termos de propensão a doenças. Por exemplo, a malária, uma das principais causas de mortalidade de crianças, tem sido muitas vezes associada a condições ambientais, como a humidade e a temperatura (Root, 1999).

A literatura indica que as causas mais comuns de mortalidade de crianças na África Subsaariana incluem a diarreia, a pneumonia, o sarampo, a malária, o SIDA e a subnutrição (Black *et al.*, 2003; Gakidou *et al.*, 2003; Black *et al.*, 2010). Muitas mortes devidas a estas causas podem ser prevenidas, através da vacinação em massa, provisão de água potável e saneamento do meio, suplemento em micronutrientes, aconselhamento ligado a nutrição e fornecimento de redes mosquiteiras tratadas em áreas propensas à malária (Mohan, 2005).

O SIDA é também um factor importante de mortalidade de crianças. Spira *et al* (1999) indicam que sem a terapia anti-retroviral, cerca de 60% das crianças infectadas pelo HIV durante a gestação, parto ou o aleitamento morrem antes de completar o quinto ano de vida. As crianças não infectadas pelo HIV mas com mães seropositivas correm grande risco de morrer devido à morte das mães ou redução de rendimento do agregado, associada com a infecção da mãe (Newell *et al.*, 2004). Em Moçambique, um estudo baseado em autópsia verbal realizado na Manhiça⁹, região Sul do país, indicou a malária como a principal causa de morte de crianças com idade de 29 dias a 4 anos, entre 1997 e 2006 (Sacarlal *et al.*, 2009). A diarreia, o SIDA e a desnutrição seguiram a malária como principais causas de morte de crianças com idade de 1 a 4 anos na Manhiça no mesmo período (ibid.). Estudos mais recentes sobre a mortalidade de crianças em Moçambique indicam a malária, o SIDA, a infecção respiratória aguda e a diarreia como as principais causas de morte de crianças menores de 5 anos (MISAU & INE, 2009; INE *et al.*, 2012).

No que diz respeito à mortalidade adulta, a posição socioeconómica, muitas vezes medida pela educação, rendimento e riqueza, é indicada como um dos determinantes distantes da mortalidade adulta (Rogers *et al.*, 2005). Frequentemente, os indivíduos com alta posição socioeconómica têm menos exposição ao risco de mortalidade do que os indivíduos com baixa posição socioeconómica (Adler *et al.*, 1994; Link & Phelan, 1995; Rogers *et al.*, 2005). Os factores de risco da mortalidade adulta na África Subsaariana incluem a prática de sexo não seguro, a alta tensão arterial, o consumo de água não potável, más condições de saneamento e higiene, o consumo de álcool e de tabaco (Lopez *et al.*, 2006). Actualmente, o SIDA é a maior causa de mortalidade de adultos em muitos países da África Subsaariana (Lopez *et al.*, 2006), incluindo Moçambique (INE *et al.*, 2012). Outras causas importantes de mortalidade adulta na África Subsaariana incluem as infecções e doenças parasitárias, complicações nutricionais, complicações ligadas à maternidade (gravidezes e partos), doenças cardiovasculares, outras doenças não transmissíveis, ferimentos intencionais e não intencionais (Lopez *et al.*, 2006). Entre

⁹ Manhiça é um distrito localizado a cerca de 75 Km, a norte da capital do país (Maputo).

as doenças parasíticas, a malária é uma das grandes causas de mortalidade adulta na África Subsaariana.

Um estudo realizado na cidade de Maputo registou a tuberculose, acidentes de viação, malária, diarreia, homicídios, doenças cardiovasculares, hipertensão, infecções respiratórias e meningite como principais causas de morte de indivíduos dos 15 aos 59 anos em 1994 (Dgedge *et al.*, 2001). Outro estudo, realizado na cidade da Beira, indicou o SIDA, a tuberculose e a malária como as três principais causas de mortalidade em indivíduos dos 15 aos 49 anos em 2003 (Noden *et al.*, 2011). Os resultados do inquérito nacional sobre as causas de mortalidade em Moçambique entre 2006 e 2007 indicaram que o SIDA, a malária, as doenças circulatorias, os acidentes, a tuberculose e as doenças diarreicas estavam entre as maiores causas de morte de adultos de 15 ou mais anos (INE *et al.*, 2012). Em alguns países, a guerra é também um determinante importante de mortalidade adulta, não só pelas mortes directas que causa, mas também pelas mortes associadas à deterioração das condições de vida devido à situação de guerra (Brunborg & Urdal, 2005; Li & Wen, 2005). Na cidade da Beira, em 1985, ferimentos de balas contavam-se entre as três principais causas de morte de pessoas dos 15 aos 49 anos (Noden *et al.*, 2011).

A seguir, faz-se uma descrição e análise da mortalidade infantil em Moçambique, com enfoque para os Censos de 1997 e 2007.

Mortalidade infantil

A análise sobre a mortalidade infantil é feita com base na Tabela 4.1. Esta tabela mostra as taxas de mortalidade infantil em 1980, 1997 e 2007 e a percentagem de mudança nas taxas de mortalidade infantil. Na tabela, observa-se que os níveis de mortalidade infantil em 1980 eram elevados. Os níveis mais elevados encontravam-se nas províncias do Centro e Norte do país, com valores acima de 200 mortes em cada 1000 crianças nascidas vivas. A concentração de níveis elevados de mortalidade infantil no Centro e Norte do país em 1980 pode estar associada à falta de serviços essenciais para a saúde, que tem caracterizado estas regiões desde o tempo colonial (Silva, 2007). Para além disso, nestas regiões do país há uma maior proporção de mulheres analfabetas e que começam a actividade reprodutiva muito cedo. Observa-se também que, entre 1980 e 1997, todas as províncias registaram declínios das taxas de mortalidade infantil. Contudo, o Inquérito Demográfico e de Saúde de 1997 reportou uma taxa de mortalidade infantil de 161 mortes em cada 1000 crianças nascidas vivas no período de 1982 a 1992 (INE & Macro International, 1998). Este agravamento pode estar associado ao facto de, este período ter sido de intensificação da guerra em muitas partes do país.

Tabela 4.1. Taxas de mortalidade infantil por província e percentagem de mudança, Censo de 1980, 1997 e 2007

Local	Taxa de Mortalidade Infantil em 1980	Taxa de Mortalidade Infantil em 1997	Taxa de Mortalidade Infantil em 2007	% de Mudança na Taxa de Mortalidade Infantil, 1980-1997	% de Mudança na Taxa de Mortalidade Infantil, 1997-2007
Niassa	219	150,7	116,6	-31,2	-22,6
Cabo Delgado	213	166,7	87,7	-21,7	-47,4
Nampula	207	165,7	98,2	-20,0	-40,7
Zambézia	226	183,2	101,6	-18,9	-44,5
Tete	220	127,4	82,6	-42,1	-35,2
Manica	202	128,9	100,1	-36,2	-22,3
Sofala	216	143,8	96,5	-33,4	-32,9
Inhambane	156	108,8	80,4	-30,3	-26,1
Gaza	149	112,9	89,0	-24,2	-21,2
Maputo Província	125	83,2	70,6	-33,4	-15,1
Maputo Cidade	108	60,5	61,6	-44,0	1,8
Moçambique	159	145,7	93,6	-8,4	-35,8

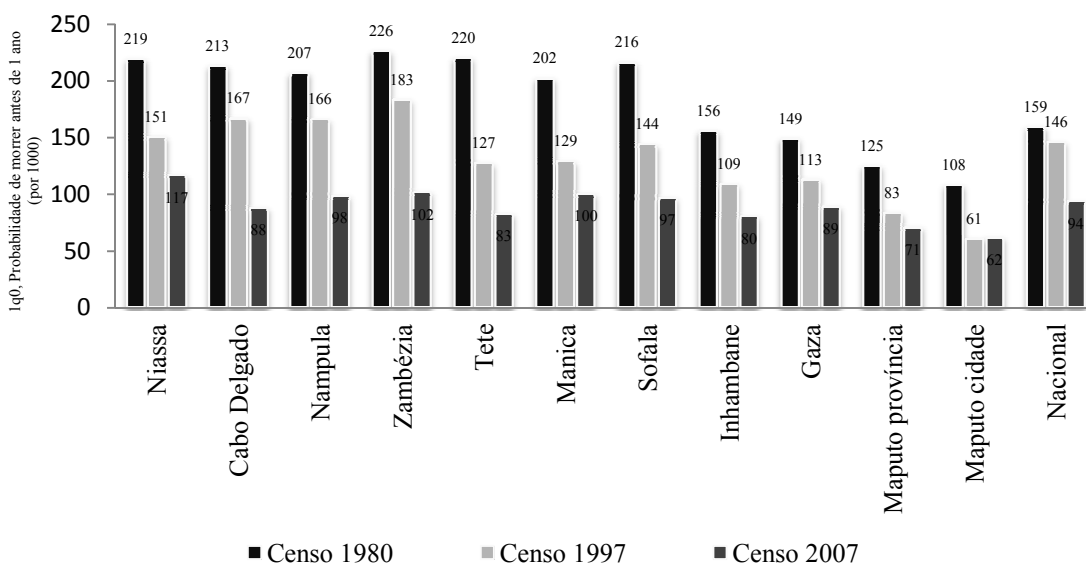
Nota: A percentagem de mudança de mortalidade infantil entre 1980 e 1997 foi calculada como taxa de mortalidade infantil em 1997 menos a taxa de mortalidade infantil em 1980, a dividir pela taxa de mortalidade infantil em 1980. O resultado foi multiplicado por 100. Assim foi também calculada a percentagem de mudança da taxa de mortalidade infantil entre o censo de 1997 e de 2007.

Fonte: As taxas de mortalidade infantil são do Instituto Nacional de Estatística de Moçambique (Conselho Coordenador do Recenseamento, 1983; INE, 1999b; 2010).

A tabela 4.1, mostra ainda que a taxa de mortalidade infantil estimada para Moçambique em 1997 foi de 145,7 mortes em cada 1000 crianças nascidas vivas e de 93,6 em 2007. Estes valores indicam que houve uma descida substancial na taxa de mortalidade infantil em Moçambique no período de referência. A redução dos níveis de mortalidade infantil pode ter sido influenciada pelo facto de alguns indicadores socioeconómicos com impacto na saúde terem melhorado entre os dois censos em Moçambique (Ferrinho & Omar, 2005; República de Moçambique, 2008; The World Bank, 2012b; WHO, 2012).

Contudo, uma análise das taxas de mortalidade infantil ao nível de província mostra que, embora quase todas as províncias tenham registado declínios acentuados de mortalidade, as disparidades entre províncias persistem. O Gráfico 4.1, que se segue, combinado com a Tabela 4.1. mostra uma variação espacial das taxas de mortalidade infantil em Moçambique.

Gráfico 4.1. Mortalidade infantil em Moçambique por província, Censos de 1980, 1997 e 2007



Nota: Os valores das taxas de mortalidade no Gráfico 4.1 estão arredondados.

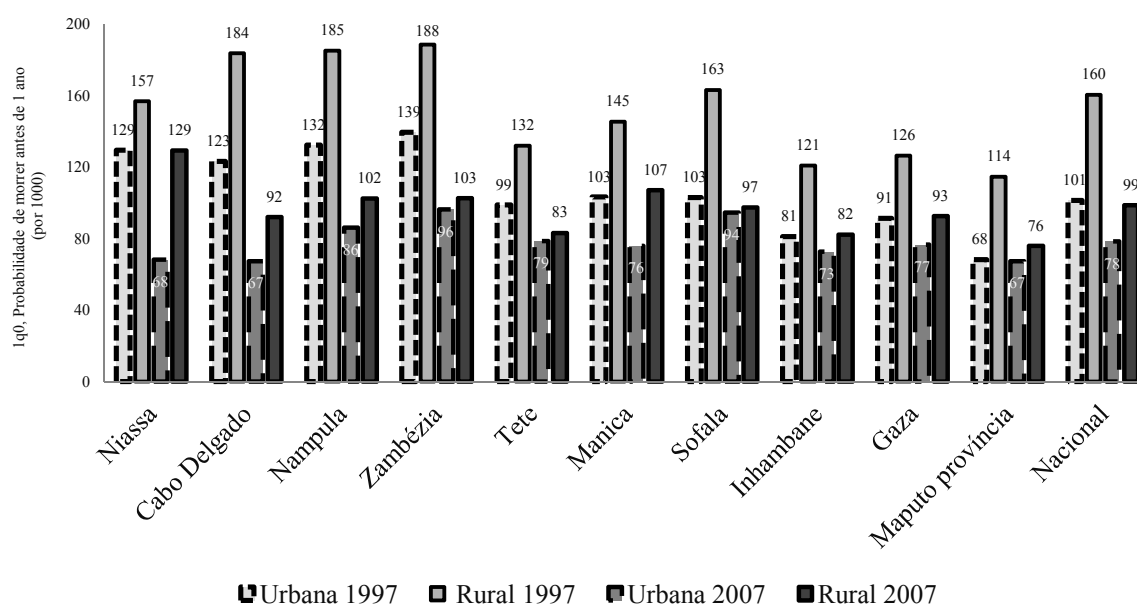
Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos indicadores extraídos em Conselho Coordenador do Recenseamento (1983), INE (1999b; 2010).

O gráfico 4.1. mostra que a taxa de mortalidade infantil da província da Zambézia foi de 183 mortes em 1000 nascidos vivos, sendo a mais elevada de Moçambique em 1997. Maputo Cidade, com 61 mortes em cada 1000 nascidos vivos, registou a mais baixa taxa de mortalidade infantil do país em 1997. As províncias de Cabo Delgado, Nampula, Niassa e Zambézia tiveram taxas de mortalidade infantil acima do nível médio nacional em 1997. Passados 10 anos (em 2007), a província de Niassa, com 117 mortes por 1000 nascimentos vivos, é que detinha a taxa de mortalidade infantil mais elevada do país, enquanto Maputo Cidade continuou a ter a taxa mais baixa (62 mortes por 1000). As províncias de Manica, Nampula, Niassa, Sofala e Zambézia apresentavam níveis de mortalidade infantil acima da média nacional em 2007. Algumas destas províncias têm valores baixos em indicadores importantes para a sobrevivência de crianças, como a taxa de alfabetização, o acesso a água potável e o saneamento do meio (INE & Macro International, 2005; UNDP, 2008). Por exemplo, a província da Zambézia tinha a maior taxa de analfabetismo do país em 2003 e 2011 (INE & Macro International, 2005; INE *et al.*, 2013) e, em 2005, o acesso à água potável era estimado em menos de 30% (UNDP, 2008).

Na Tabela 4.1 e Gráfico 4.1, observa-se que, com a exceção de Maputo Cidade, houve melhoria na sobrevivência das crianças menores de um (1) ano de idade em todas as províncias de Moçambique. A percentagem de mudança nas taxas de mortalidade infantil entre 1997 e 2007 mostra uma descida do Norte ao Sul do país. Isto sugere que a melhoria na sobrevivência das crianças de menos de 1 ano foi maior nas províncias do Centro e Norte. Contudo, é importante observar que, tanto em 1997, como em 2007, os níveis de mortalidade infantil nas províncias do Centro e Norte de Moçambique foram elevados em comparação com os das províncias do Sul. Note-se também que, apesar de todo o país ter registado melhorias no acesso a serviços essenciais para a saúde entre os dois censos, o Centro e o Norte continuavam com menor acesso em comparação com o Sul (UNDP, 2008).

Há uma variação na magnitude de mudança dos níveis de mortalidade infantil entre as províncias. As províncias de Cabo Delgado, Zambézia e Nampula tiveram uma redução das taxas de mortalidade infantil em mais de 40% entre 1997 e 2007 (Tabela 4.1). Com a exceção de Maputo Cidade, as outras províncias tiveram redução das taxas de mortalidade infantil rondando entre os 15,1% em Maputo Província e os 35,2% na província de Tete. Em Maputo Cidade a taxa de mortalidade infantil parece ter estagnado entre 1997 e 2007. Uma análise dos indicadores dos três censos mostra que há uma tendência de declínio das taxas de mortalidade infantil entre 1980 a 2007 (Gráfico 4.1). Os resultados definitivos do IDS de 2011 indicam uma taxa de mortalidade infantil de 64 por 1000 nos fins da década de 2000 (INE *et al.*, 2013). No mesmo período, as taxas de mortalidade infantil nas províncias rondaram de 39 por 1000 em Inhambane para 95 por 1000 na província da Zambézia (ibid.).

Gráfico 4.2. Mortalidade infantil em Moçambique por província e área de residência, censo de 1997 e 2007



Nota: Os valores das taxas de mortalidade no Gráfico 4.2 estão arredondados.

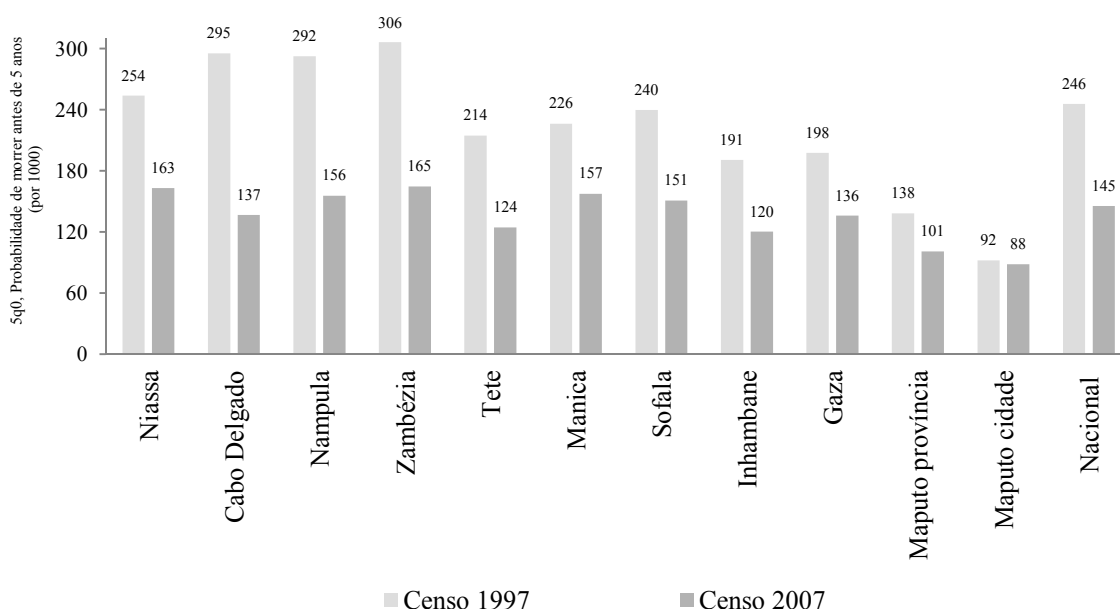
Fonte: Elaborado pelo autor com base nos indicadores extraídos em INE (1999b; 2010).

O Gráfico 4.2 mostra a variação das taxas de mortalidade infantil por província e área de residência em 1997 e 2007. A taxa de mortalidade infantil é mais elevada nas áreas rurais do que nas urbanas em 1997 e 2007. Este padrão da mortalidade confirma o que a literatura acima referida sugere em termos de diferenças de mortalidade entre as áreas urbanas e rurais: que as crianças das áreas rurais têm maior risco de morrer do que as das áreas urbanas. Comparativamente a 2007, em 1997, a desvantagem das crianças das áreas rurais era maior em muitas províncias do país. Em 2007, nota-se que a diferença entre os níveis de mortalidade infantil nas áreas urbanas e rurais é relativamente pequena nas províncias de Inhambane, Maputo, Sofala e Tete. Outra observação é a de que os níveis de mortalidade infantil nas províncias de Cabo Delgado, Nampula e Zambézia nas áreas rurais em 2007 estiveram mais de 20 pontos abaixo dos níveis observados nas áreas urbanas destas províncias em 1997.

Mortalidade infanto-juvenil

A mortalidade infanto-juvenil é discutida com base no Gráfico 4.3. Este gráfico revela uma variação do risco de morte de crianças menores de 5 anos por província. Os resultados do Censo de 1997 indicam que a mortalidade infanto-juvenil encontrava-se acima da média nacional (246 mortes por 1000) nas províncias de Cabo Delgado, Nampula, Niassa e Zambézia. As restantes províncias tiveram uma taxa de mortalidade infanto-juvenil abaixo da média nacional. Os resultados do Censo de 1997 mostram que o nível mais baixo de mortalidade de crianças menores de 5 anos foi verificado em Maputo Cidade (92 mortes por 1000 nascidos vivos).

Gráfico 4.3. Mortalidade infanto-juvenil em Moçambique por província, Censo de 1997 e 2007



Nota: Os valores das taxas de mortalidade no Gráfico 4.3 estão arredondados.

Fonte: Elaborado pelo autor com base em indicadores extraídos em INE (1999b; 2010).

Os resultados do Censo de 2007 indicam uma média de mortalidade infanto-juvenil em Moçambique de 145 mortes por 1000 crianças. Em Maputo Cidade, foi estimada uma mortalidade infanto-juvenil um pouco acima da metade da média nacional (88 por 1000). Cinco províncias mostraram uma probabilidade de morte de crianças menores de 5 anos maior que a média nacional – Manica, Nampula, Niassa, Sofala e Zambézia (Gráfico 4.3, Censo de 2007).

Estas províncias estão nas regiões Centro e Norte, com os piores indicadores socioeconómicos do país (UNDP, 2008).

A Tabela 4.2 confirma a redução das taxas de mortalidade infanto-juvenil por província. Com a excepção de Maputo Cidade, todas as províncias tiveram uma redução da taxa de mortalidade infanto-juvenil de mais de 20% entre o Censo de 1997 e o Censo de 2007. Nas províncias de Cabo Delgado, Nampula, Tete e Zambézia em particular, as taxas de mortalidade infanto-juvenil declinaram mais de 40%.

Tabela 4.2 Taxas de mortalidade infanto-juvenil por província e percentagem de mudança, Censo de 1997 e 2007

Local	Taxa de Mortalidade Infanto-juvenil, Censo de 1997	Taxa de Mortalidade Infanto-juvenil, Censo de 2007	% de Mudança na Taxa de Mortalidade Infanto-juvenil, Censo de 1997- Censo de 2007
Niassa	253,6	162,8	-35,8
Cabo Delgado	295,0	136,5	-53,7
Nampula	292,4	155,5	-46,8
Zambézia	306,2	164,5	-46,3
Tete	214,4	124,4	-42,0
Manica	226,1	157,4	-30,4
Sofala	239,6	150,8	-37,1
Inhambane	190,5	120,1	-37,0
Gaza	197,5	135,8	-31,2
Maputo Província	138,0	100,9	-26,9
Maputo Cidade	92,1	88,1	-4,3
Nacional	245,6	145,3	-40,8

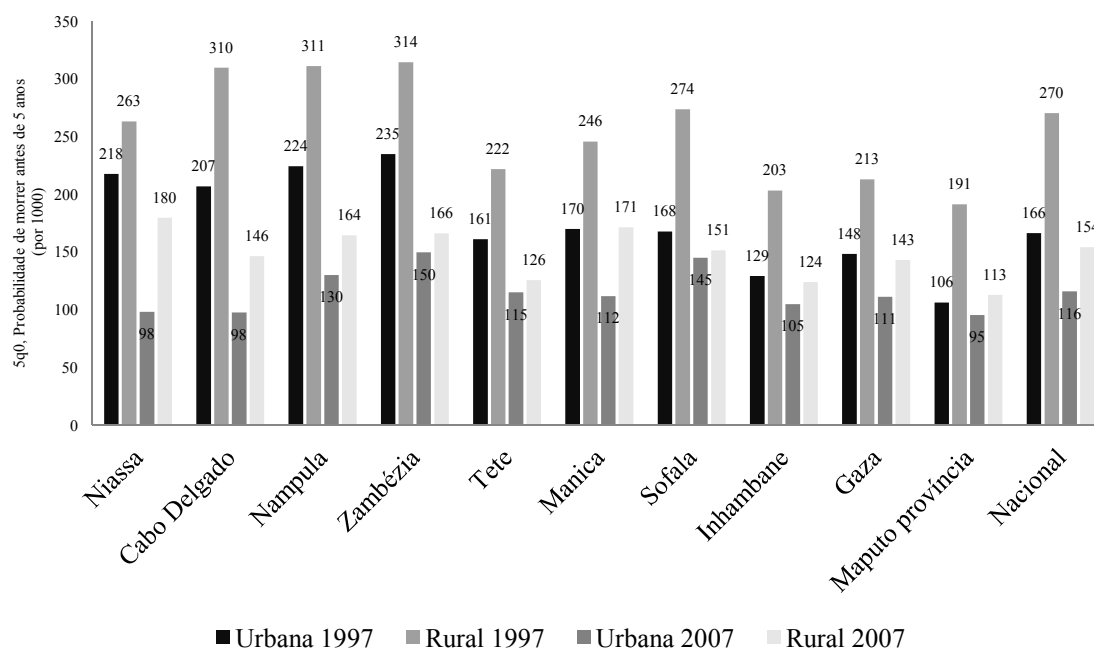
Nota: A percentagem de mudança de mortalidade infanto-juvenil entre os censos de 1997 e de 2007 foi calculada como taxa de mortalidade infanto-juvenil de 2007 menos a taxa de mortalidade infanto-juvenil de 1997, a dividir pela taxa de mortalidade infanto-juvenil de 1997. O resultado foi multiplicado por 100.

Fonte: INE, 1999b; 2010.

O Gráfico 4.4 indica os níveis de mortalidade infanto-juvenil em Moçambique por província e área de residência. Os dados deste gráfico mostram que os níveis de mortalidade infanto-juvenil são mais elevados nas áreas rurais do que nas áreas urbanas em todas as províncias e ao nível nacional. Em 1997, as províncias de Cabo Delgado, Nampula e Zambézia apresentavam os

níveis de mortalidade infanto-juvenil mais elevados do país nas áreas rurais (acima de 300 mortes por 1000).

Gráfico 4.4 Mortalidade infanto-juvenil em Moçambique por província e área de residência, Censos de 1997 e 2007



Nota: Os valores das taxas de mortalidade no Gráfico 4.4 estão arredondados.

Fonte: Elaborado pelo autor com base em indicadores extraídos em INE (1999b; 2010).

Nas áreas urbanas, considerando o Censo de 1997, os níveis de mortalidade infanto-juvenil, nas províncias de Cabo Delgado, Nampula, Zambézia e Niassa, eram mais elevados (acima de 200 mortes em 1000, censo de 1997), ao passo que nas províncias de Inhambane, Gaza, Maputo e Tete eram relativamente mais baixos, tanto nas áreas urbanas como nas rurais: de 106, em Maputo Província, e 161, na província de Tete, para as áreas urbanas; e de 191, em Maputo Província, e 222, na província de Tete, para as áreas rurais.

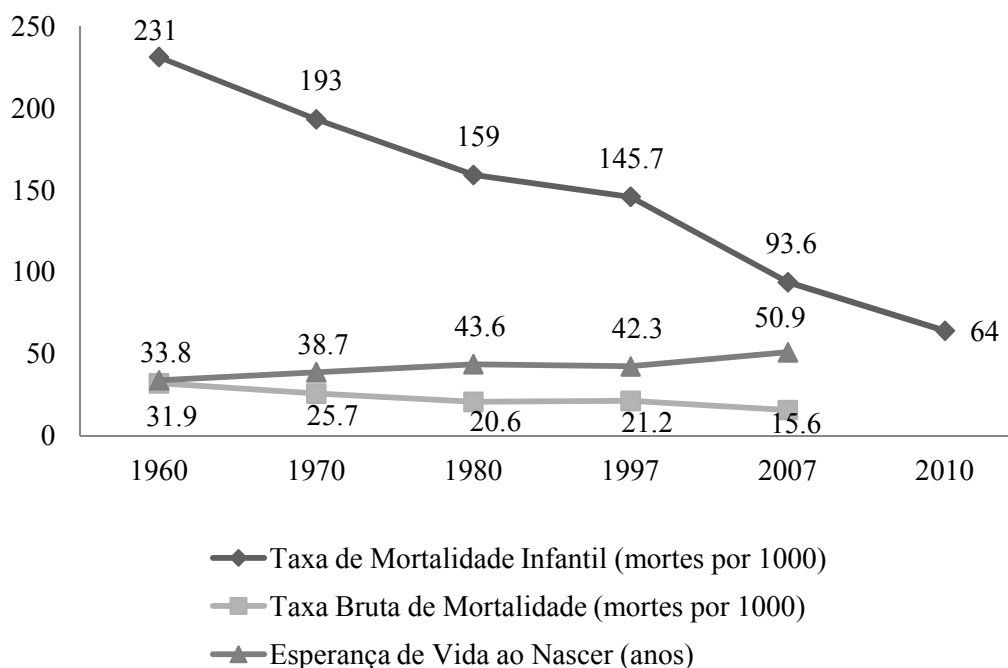
Os resultados obtidos do Censo de 2007 mostram uma redução na diferença de probabilidade de morrer antes de 5 anos de vida entre as áreas urbanas e rurais de cada província, em comparação

com a observada nos resultados do Censo de 1997 (Gráfico 4.4). As crianças das áreas urbanas apresentam uma probabilidade de morrer antes de 5 anos não muito distante da probabilidade de morte das crianças da mesma idade nas áreas rurais, particularmente nas províncias de Maputo Província, Tete e Sofala. Contudo, os resultados do Censo de 2007 mostram níveis de mortalidade infanto-juvenil ainda elevados, tanto nas áreas urbanas, como nas rurais – em muitas províncias, acima de 100 mortes por 1000.

Comportamento nacional de mortalidade a partir de 1960

O Gráfico 4.5 mostra o comportamento nacional da mortalidade desde 1960 até aos finais da década 2000 (INE *et al.*, 2013). Neste gráfico, consideram-se a taxa de mortalidade infantil, a taxa bruta de mortalidade (relação entre o número de óbitos ocorridos num ano e a população estimada para meados desse ano por 1000) e a esperança de vida ao nascer (número médio de anos que se espera que alguém viva a partir do nascimento). Nele observa-se que o nível de mortalidade foi reduzindo de uma década para a outra entre 1960 e 2007 (com a exceção do período de 1980 a 1997, para a taxa bruta de mortalidade e a esperança de vida ao nascer). Por exemplo, a esperança de vida ao nascer aumentou de 33,8 anos, em 1960, para 38,7, em 1970, e 43,6, em 1980. Entre 1980 e 1997, a esperança de vida ao nascer declinou (ou estagnou) para 42,3 anos em 1997, tendo voltado a aumentar para 50,9 anos em 2007. Nota-se também que, depois de 2007, a mortalidade infantil continuou a baixar para 64 mortes por 1000 nascidos vivos nos últimos anos da década de 2000 (INE *et al.*, 2013). A disposição destes indicadores sugere uma tendência de declínio da mortalidade em Moçambique, embora o período de 1980 a 1997 tenha registado alguma estagnação da esperança de vida ao nascer e da taxa bruta de mortalidade.

Gráfico 4.5. Comportamento da mortalidade a partir de 1960, Moçambique



Nota: A taxa de mortalidade infantil de 64 por 1000 corresponde ao período de 2006 a 2011 (INE et al. 2013).

Fonte: Elaborado com base em indicadores extraídos de INE (1999b), INE (2010), Conselho Coordenador do Recenseamento (1983), Gaspar (2002) e INE *et al.* (2013).

Os Censos de 1960 e 1970 em Moçambique aconteceram no período colonial. Estudos anteriores indicam que antes de 1960 a situação de cuidados de saúde em Moçambique era bastante precária (Newitt, 1995; Shapiro, 1983). Até à altura da independência, em 1975, tinha sido criada alguma rede sanitária no país, compreendendo 395 hospitais e maternidades (Newitt, 1995:475). Embora esta rede sanitária pouco servisse a população africana (Shapiro, 1983), a sua criação pode ter contribuído para o declínio da mortalidade que se verificou entre 1960 e 1970.

Logo depois da independência, o país embarcou num intenso esforço para melhorar as condições sociais e de vida da população nas áreas urbanas e rurais com destaque para a educação e saúde. O número de unidades de saúde primária aumentou (Cliff & Noormahomed, 1993). Houve realização de campanhas de vacinação em massa e treinamento de mais pessoal de saúde e o orçamento destinado ao sector de saúde cresceu de 3,3% em 1974 para cerca de 11,2% em 1982

(Kanji, 1990). Na educação, houve campanhas de alfabetização que resultaram na redução da percentagem de pessoas analfabetas no país de cerca de 93% na altura de independência para aproximadamente 72% em 1982 (ibid.). Estas acções podem ter contribuído para a redução da mortalidade.

Nos primeiros 12 anos do período de 1980 a 1997 o país esteve em guerra e as condições de vida e de saúde da população deterioraram (Cliff & Noormahomed, 1993; Garenne *et al.*, 1997). Há razões para acreditar que estes factores pesaram na estagnação do declínio da mortalidade no país (medida através da taxa bruta de mortalidade e da esperança de vida ao nascer). A guerra civil dos 16 anos terminou em 1992 e seguiu-se um período de reconstrução que envolveu também a expansão das acções para a melhoria das condições de saúde da população. Houve reabilitação e expansão das unidades sanitárias destruídas durante a guerra (Ferrinho & Omar, 2005). Os gastos do governo com a saúde *per capita*, foram aumentando gradualmente, de 11 dólares americanos em 1997, para 31 dólares americanos em 2007 e 41 dólares americanos em 2009 (WHO, 2012). A cobertura das campanhas de vacinação de crianças foi também aumentando. Por exemplo, a cobertura da vacinação de crianças de 1 ano contra a pólio aumentou de cerca de 58% em 1997, para cerca de 69% em 2000 e cerca de 78% no ano 2007 (ibid.). A cobertura de vacinação das crianças de 12 a 23 meses contra o tétano também aumentou, de cerca de 60% em 1996, para cerca de 62% em 1997, cerca de 70% em 2000 e cerca de 79% no ano de 2007 (The World Bank, 2012b). O desempenho económico do país também melhorou. Entre 1997 e 2010 a economia registou um crescimento económico médio acima de 7% por ano (UN Mozambique, 2011).

Contudo, o acesso aos serviços de saúde em Moçambique continua a ser um sério problema particularmente nas áreas rurais. O país está afectado pelo HIV/SIDA e nos cerca de 50 anos considerados neste estudo, para além de guerras houve calamidades naturais diversas (como secas, ciclones e cheias) que podem ter contribuído para travar o declínio da mortalidade.

Sumário e implicações

Nesta secção, são indicadas as principais constatações do estudo e as suas interpretações. O sumário das principais constatações e sua discussão é orientado para as áreas de enfoque neste estudo, nomeadamente a mortalidade infantil, a mortalidade infanto-juvenil e o comportamento nacional de mortalidade. Por fim, são indicadas as implicações político-programáticas.

Mortalidade infantil

Este estudo constatou que a taxa de mortalidade infantil em Moçambique baixou de 146 mortes por 1000 nascimentos (Censo de 1997) para 94 por 1000 (Censo de 2007) e para 64 por 1000 nascimentos no período de 2006 a 2011 (IDS de 2011). Apesar desta descida, a taxa de mortalidade infantil de 64 por 1000 continua a ser uma das mais elevadas do mundo (a taxa de mortalidade infantil média no mundo, no ano 2000, foi de 52 mortes em 1000 nascidos vivos - WHO, 2010).

Os resultados deste estudo também mostram haver uma variação assinalável das taxas de mortalidade infantil entre as províncias do país, tendo as províncias do Centro e Norte do país as taxas de mortalidade infantil mais elevadas. O Centro e Norte é onde a maioria de indicadores socioeconómicos relevantes para a sobrevivência das crianças são baixos. Com a exceção de Maputo Cidade, as taxas de mortalidade infantil diminuíram entre 1997 e 2007, tanto nas áreas urbanas, como nas rurais. Apesar desta redução da mortalidade infantil, as crianças das áreas rurais são mais vulneráveis à mortalidade do que as das áreas urbanas. As províncias do Centro e Norte do país estiveram na vanguarda na aceleração de redução da taxa de mortalidade infantil. Contudo, comparando com a média mundial, estas províncias ainda apresentam níveis de mortalidade de crianças relativamente elevados.

A redução da taxa de mortalidade infantil observada entre 1997 e 2007 pode estar associada aos esforços de recuperação socioeconómica do período pós-guerra dos 16 anos. Alguns indicadores sugerem que o desempenho económico e social de Moçambique foi melhorando no período entre os dois Censos. O produto interno bruto *per capita* passou de 150 dólares americanos, em 1992,

para 160, em 1996, 180, em 1997, e 340, em 2007 (The World Bank, 2012b). A percentagem de população vivendo abaixo da linha nacional de pobreza reduziu de cerca de 69,4%, em 1996, para 54,7%, em 2008 (ibid.). Os gastos do governo com a saúde, assim como a cobertura de vacinação das crianças de um ano contra a pólio (WHO, 2012) e a vacinação das crianças entre 12 e 23 meses contra o tétano (The World Bank, 2012b) aumentaram. Depois da guerra dos 16 anos, houve também a recuperação e expansão das unidades sanitárias (Ferrinho & Omar, 2005). Contudo, o período entre os dois censos foi marcado pelo agravamento da situação do HIV/SIDA (MISAU, 2008).

No que diz respeito às causas de mortalidade infantil, estudos recentes indicam as doenças infecciosas, com destaque para a malária e a sépsis bacteriana do recém-nascido, como as mais dominantes na maioria das províncias do país (INE *et al.*, 2012:33). Só a malária foi responsável por cerca de 35 por cento das mortes de crianças de menos de um ano no período de 2006-2007 (INE *et al.*, 2012:33). Outras causas de mortalidade infantil em ordem de importância foram o SIDA, a pneumonia e as doenças diarreicas (MISAU & INE, 2009; INE *et al.*, 2012).

O estudo constatou ainda que a mortalidade infantil em Maputo Cidade parece ter estagnado entre 1997 e 2007. Dentre outras razões, esta constatação provavelmente esteja associada ao aumento da prevalência do HIV em Maputo Cidade. As crianças que nascem de mães seropositivas têm maior risco de morrer do que as que nascem de mães seronegativas (ex., Kurewa *et al.*, 2010).

Uma outra possibilidade que provavelmente estaria também por detrás da falta de progresso na redução de mortalidade infantil em Maputo Cidade é o facto de esta cidade ser a principal área de recepção de migrantes internos em Moçambique. Há estudos indicando que filhos de migrantes, principalmente das áreas rurais, têm maior risco de morrer nas áreas urbanas de destino no período antes da família migrante se adaptar ao local de destino (ex. Avogo & Agadjanian, 2010). Considerando que Maputo Cidade é a capital do país, onde as condições socioeconómicas, incluindo o nível de educação das pessoas, são das mais altas do país, talvez seja necessário buscar na qualidade dos dados uma das razões para o aumento da mortalidade

infantil nesta área do país entre 1997 e 2007. Esta qualidade torna-se, assim, um elemento a necessitar de ser investigado.

Mortalidade infanto-juvenil

Com respeito à mortalidade infanto-juvenil, os resultados deste estudo mostram um padrão similar ao observado em relação à mortalidade infantil, excepto em Maputo Cidade. Houve diminuição dos níveis de mortalidade infanto-juvenil entre o censo de 1997 e o censo de 2007 em todas as províncias. A redução da taxa de mortalidade infanto-juvenil entre os dois censos foi de cerca de 41% (de 246 em 1000 para 145 em 1000). Com a excepção de Maputo Cidade, todas as províncias tiveram uma redução da taxa de mortalidade infanto-juvenil de mais de 20% (Maputo Cidade teve uma redução de cerca de 4%). Nas províncias de Cabo Delgado, Nampula, Tete e Zambézia, em particular, as taxas de mortalidade infanto-juvenil declinaram mais de 40%. As taxas de mortalidade infanto-juvenil são mais altas nas áreas rurais do que nas urbanas, devido a maior acesso aos serviços importantes para a sobrevivência de crianças nas áreas urbanas. A diminuição das taxas de mortalidade infanto-juvenil entre os censos de 1997 e de 2007 pode estar associada ao melhoramento das condições socioeconómicas nesse período, tal como foi argumentado em relação à redução da mortalidade infantil. Os resultados do IDS de 2011 indicam que a taxa de mortalidade infanto-juvenil esteve em 97 mortes por 1000 nascimentos no período de 2006 a 2011 (INE *et al.*, 2013).

Estudos anteriores realizados em Moçambique indicaram a malária, o SIDA, a desnutrição, a infecção respiratória aguda e a diarreia como principais causas da mortalidade de crianças no país (Sacarlal *et al.*, 2009; MISAU & INE, 2009; INE *et al.*, 2012). Nas crianças menores de 5 anos de idade, a malária foi a maior responsável de mortalidade (sendo responsável por cerca de 51% de mortes), seguida do SIDA (com cerca de 16% de mortes), doenças diarreicas, pneumonia, desnutrição, sépsis bacteriana do recém-nascido e sarampo no período de 2006 a 2007 (INE *et al.*, 2012:35).

Comportamento da mortalidade a partir de 1960

Em relação à mortalidade infantil, a principal constatação é a de que há uma tendência de declínio das taxas de mortalidade infantil em Moçambique a partir de 1960. Esta constatação é consistente com as de outros estudos, que também mostram uma tendência de declínio dos níveis de mortalidade infantil no país (Instituto Nacional de Estatística & Macro International, 2005; MISAU & INE, 2009; WHO, 2010). A avaliação dos indicadores da mortalidade infanto-juvenil sugere uma tendência de declínio das taxas de mortalidade de crianças menores de 5 anos. Os IDS de 2003 e 2011 também sugerem uma tendência de declínio da mortalidade infanto-juvenil em Moçambique (Instituto Nacional de Estatística & Macro International, 2005; INE *et al.*, 2013).

A avaliação da mortalidade, de uma maneira geral, sugere uma tendência de declínio, se considerarmos como indicadores de mortalidade a esperança de vida ao nascer e a taxa bruta de mortalidade. A esperança de vida ao nascer passou de cerca de 33,8 anos, em 1960, para 43,6 anos, em 1980, e 50,9 anos, em 2007 (Conselho Coordenador do Recenseamento 1983; Gaspar, 2002; INE 1999b). É importante notar que, tanto a esperança de vida ao nascer, como a taxa bruta de mortalidade registaram um agravamento no censo de 1997 (o valor da esperança de vida ao nascer, por exemplo, foi de cerca de 42,3 anos). Possivelmente, o aumento do risco de morte observado no censo de 1997 seja ainda reflexo da deterioração do tecido social e económico em consequência da guerra dos 16 anos. Para além de outros factores (como a expansão da educação e a melhoria das condições de vida), o declínio da mortalidade em Moçambique nos últimos 50 anos pode ser atribuído à implementação de medidas de saúde pública. A guerra dos 16 anos e o HIV/SIDA provavelmente tenham contribuído para o abrandamento da velocidade de declínio de mortalidade no país.

Implicações

Alguns países em vias de desenvolvimento do mundo registaram declínios significativos da mortalidade e ganhos da esperança de vida sem um desenvolvimento económico acentuado (Cutler *et al.*, 2006; Soares, 2007). Esse feito tem sido atribuído à importação de tecnologia

médica e conhecimentos sobre as medidas de saúde pública dos países desenvolvidos (Preston, 1975; Cutler *et al.*, 2006). Porém, há ainda aspectos particulares que têm sido indicados como motivos do sucesso desses países. Esses aspectos envolvem a educação feminina e a redução da desigualdade educacional, social e económica entre homens e mulheres; a existência de uma autonomia feminina suficiente; existência de serviços de saúde acessíveis e eficientes, incluindo os pré-natais e pós-natais; investimento privado na saúde; melhor desempenho em indicadores de governação como a eficácia, a corrupção e a democracia e uma melhor distribuição dos rendimentos e da riqueza (Caldwell, 1986; Gallagher *et al.*, 2000; Kuhn, 2010). Estas lições são relevantes para Moçambique, onde os níveis de mortalidade continuam elevados.

Como foi mostrado, os níveis de mortalidade infantil e infanto-juvenil reduziram entre o Censo de 1997 e o IDS de 2011, mas os níveis destes indicadores em Moçambique ainda são dos mais elevados do mundo (WHO, 2010). É necessário o reforço dos esforços no combate às causas de mortalidade infantil e infanto-juvenil. O estudo das causas de mortalidade em Moçambique indicou a malária, o SIDA, as doenças diarreicas, a pneumonia, a desnutrição, a sépsis bacteriana do recém-nascido e o sarampo como das mais importantes causas de mortalidade de crianças menores de 5 anos no país (INE *et al.*, 2012). Os esforços para melhorar a sobrevivência das crianças menores de 5 anos deveriam incidir no combate a estas doenças. Algumas das acções para reduzir a mortalidade infantil e infanto-juvenil incluem vacinação em massa (que as crianças tenham a vacina prevista para a sua idade), o acesso à água potável, a utilização de retretes ou latrinas melhoradas pela população rural e urbana e a expansão da utilização das redes mosquiteiras tratadas, principalmente pelas mulheres com crianças menores de 5 anos.

O melhoramento e expansão dos serviços materno-infantis e o aumento de profissionais de saúde materno-infantil e de pediatria no país e o encorajamento da utilização das unidades sanitárias para os serviços pré-natais e pós-natais também podem contribuir para a sobrevivência das crianças. Do mesmo modo, o incremento das acções de educação nas áreas urbanas e rurais (principalmente a educação da rapariga), acesso à água potável e saneamento do meio podem contribuir para o mesmo efeito. As províncias de Manica, Niassa, Nampula e Zambézia necessitam de uma atenção especial nos esforços para diminuir a mortalidade infantil e infanto-

juvenil em Moçambique. As crianças nestas províncias estão expostas ao maior risco de mortalidade.

O reforço das acções de combate ao HIV/SIDA poderiam beneficiar a sobrevivência tanto das crianças como dos adultos. Esta é uma das causas mais importantes de mortalidade na infância e na idade adulta. No que diz respeito à redução da mortalidade em Moçambique, duma maneira geral, para além dos aspectos que apontamos, é importante que haja incremento dos esforços de redução da desigualdade social e económica entre homens e mulheres, promoção da boa governação, incluindo uma melhor distribuição dos rendimentos e da riqueza.

Referências bibliográficas

- Adetunji, J.A. 1995. "Infant mortality and mother's education in Ondo State, Nigeria". *Social Science & Medicine* 40(2):253-263.
- Adler, N.E.; T. Boyce; M.A. Chesney; S. Cohen; S. Folkman; R.L. Kahn & S.L. Syme. 1994. "Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient". *American Psychologist* 49(1):15-24.
- Agha, S. 2000. "The determinants of infant mortality in Pakistan." *Social Science & Medicine*, 51:199-208.
- Akachi, Y. & D. Canning. 2007. "The height of women in Sub-Saharan Africa: the role of health, nutrition, and income in childhood". *Annals of Human Biology* 34(4):397-410.
- Alberto, S.A. 2010. Factores associados à mortalidade infantil em Moçambique. Dissertação de Mestrado, Centro de Desenvolvimento e Planeamento Regional, Universidade de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Avogo, W.A. & V. Agadjanian. 2010. "Forced migration and child health and mortality in Angola." *Social Science and Medicine* 70:53-60.
- Black, R.E.; S.S. Morris & J. Bryce. 2003. "Where and why are 10 million children dying every year?" *Lancet* 361:2226-34.

- Black, R.E.; S. Cousens; H.L. Johnson; J.E. Lawn; I. Rudan; D.G. Bassani; PrabhaJha *et al.* 2010. "Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis." *Lancet* 375:1969-1987.
- Brunborg, H. & H. Urdal. 2005. "The demography of conflict and violence: an introduction". *Journal of Peace Research* 42(4):371-374.
- Caldwell, J.C. 1979. "Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigerian data." *Population Studies* 33(3):395-413.
- Caldwell, J.C. 1986. "Routes to low mortality in poor countries". *Population and Development Review*, 12(2):171-220.
- Cleland, J.G. & J.K. van Ginneken. 1988. "Maternal education and child survival in developing countries: the search for pathways of influence." *Social Science & Medicine* 27(12):1357-1368.
- Cliff, J. & A.R. Noormahomed. 1993. "The impact of war on children's health in Mozambique." *Social Science & Medicine* 36(7):843-848.
- CCR [Conselho Coordenador do Recenseamento]. 1983. I Recenseamento geral da população de 1980. Panorama demográfico. Volume 2, Análise Nacional. Maputo: Conselho Coordenador do Recenseamento.
- Cutler, D.; A. Deaton & A. Lleras-Muney. 2006. "Determinants of mortality." *Journal of Economic Perspectives* 20(3):97-120.
- Defo, B.K. 1996. "Areal and socioeconomic differentials in infant and child mortality in Cameroon." *Social Science & Medicine* 42(3):399-420.
- Dgedge, M.; A. Nova; G. Macassa; J. Sacarlal; J. Black; C. Michaud & J.Cliff. 2001. "The burden of disease in Maputo City, Mozambique: registered and autopsied deaths in 1994". *Bulletin of the World Health Organization* 79:546-552.
- Farah, A. & S.H. Preston. 1982. "Child mortality differentials in Sudan." *Population and Development Review* 8(2):365-383.
- Ferrinho, P. & C. Omar. 2005. *Recursos humanos de saúde em Moçambique: ponto de situação. Desenvolvimento humano da região de África*. Série de ensaios de trabalho N°. 91. Banco Mundial.

- Folasade, I.B. 2000. "Environmental factors, situation of women and child mortality in Southern Nigeria." *Social Science & Medicine* 51:1473-1489.
- Gakidou, E.; M. Hogan & A.D. Lopez. 2003. "Adult mortality: time for a reappraisal." *International Journal of Epidemiology* 33:710-717.
- Gallagher, E. B.; T. J. Stewart & T.D. Stratton. 2000. "The sociology of health in developing countries." In C.E. Bird *et al.*, *Handbook of Medical Sociology*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc. pp. 389-397.
- Garenne, M.; R. Coninx & C. Dupuy. 1997. "Direct and indirect estimates of mortality change: a case study in Mozambique." In M. Khlat (ed.) *Demographic Evaluation of Health Programmes*. Paris: CICRED. Pp. 53-63.
- Gaspar, M.C. 2002. "Population size, distribution, and mortality in Mozambique, 1960-1997." In AnnababetteWils (ed.), *Population-development-environment in Mozambique: background papers*. Laxenburg: International Institute for Applied Systems Analysis.
- Gonçalves, S. D. & T. A. Moultrie. 2012. "Short preceding birth intervals and child mortality in Mozambique". *African Journal of Reproductive Health* 16(4): 29-42.
- Gyimah, SO. 2006. "Cultural background and infant survival in Ghana." *Ethnicity and Health* 11(2):101-120.
- Hobcraft, J. N.; J. W. McDonald & S.O. Rutstein. 1984. "Socio-economic factors in infant and child mortality: a cross-national comparison." *Population Studies* 38(2):193-223.
- Ihonybere, J.O. 1993. "Economic crisis, structural adjustment and social crisis in Nigeria." *World Development* 21(1):141-153.
- INE [Instituto Nacional de Estatística] e Macro International. 1998. Moçambique inquérito demográfico e de saúde 1997. Maputo & Calverton: Instituto Nacional de Estatística and Macro International.
- INE [Instituto Nacional de Estatística]. 1999a. Projeções anuais da população por província e área de residência, 1997-2010 – Moçambique. Série: Estudos No. 2. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- INE [Instituto Nacional de Estatística]. 1999b. II Recenseamento geral da população e habitação 1997: indicadores sócio-demográficos. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

- INE [Instituto Nacional de Estatística]. 2010. III Recenseamento geral da população e habitação 2007: indicadores sócio-demográficos. Maputo, Instituto Nacional de Estatística.
- INE [Instituto Nacional de Estatística] e Macro International. 2005. Moçambique inquérito demográfico e de saúde 2003. Maputo & Calverton: Instituto Nacional de Estatística e Macro International.
- INE [Instituto Nacional de Estatística]; MISAU [Ministério da Saúde]; MEASURE DHS/ICF International. 2013. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Maputo: INE, MISAU e ICF International.
- INE [Instituto Nacional de Estatística]; U.S. Census Bureau; MEASURE Evaluation e U.S. Centers for Disease Control and Prevention. 2012. *Mortality in Mozambique: Results from a 2006–2007 Post-Census Mortality Survey*. Chapel Hill: MEASURE Evaluation.
- Kanji, N. 1990. “War and children in Mozambique: is international aid strengthening or eroding community-based policies?” *Community Development Journal* 25(2):102-112.
- Kuhn, R. 2010. “Routes to low mortality in poor countries revisited”. *Population and Development Review* 36(4):655-592.
- Kurewa, E.N.; F.Z. Gumbo; M.W. Munjoma; M.P. Mapingure; M.Z. Chirenje; S. Rusakaniko & B. Stray-Pedersen. 2010. “Effects of maternal HIV status on infant mortality: evidence from a 9-month follow-up of mothers and their infants in Zimbabwe.” *Journal of Perinatology* 30:88-92.
- Li, Q. & M. Wen. 2005. “The immediate and lingering effects of armed conflict in adult mortality: a times-series cross-national analysis”. *Journal of Peace Research* 42(4):471.
- Link, B. G. & J. Phelan. 1994. “Social conditions as fundamental causes of disease”. *Journal of Health and Social Behavior* 35(Extra Issue):80-94.
- Lopez, A.D.; C.D. Mathers, M. Ezzati; D.T. Jamison & C.J.L. Murray. 2006. “Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data”. *Lancet* 367:1747-57.
- MISAU [Ministério da Saúde]. 2006. Política nacional de saúde neonatal e infantil em Moçambique. Maputo: Departamento de Saúde de Comunidade, MISAU.

- MISAU [Ministério da Saúde]. 2008. Ronda de vigilância epidemiológica do HIV de 2007. Maputo, Moçambique: Ministério de Saúde.
- MISAU [Ministério da Saúde] & INE [Instituto Nacional de Estatística]. 2009. Moçambique: estudo nacional sobre a mortalidade infantil 2009, sumário. Maputo, Ministério de Saúde, UNICEF, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Mohan, P. 2005. "Inequities in coverage of preventive child health interventions: the rural drinking water supply program and the universal immunization program in Rajasthan, India." *American Journal of Public Health* 95:241-244.
- Newell, M-L; H. Brahmabhatt & P.D. Ghys. 2004. "Child mortality and HIV infection in Africa: a review." *AIDS* 18(suppl 2):S27-S34.
- Newitt, M. 1995. *A history of Mozambique*. Bloomington: Indiana University Press.
- Noden, B.H.; R. J.C. Pearson & A. Gomes. 2011. "Age-specific mortality patterns in Central Mozambique during and after the end of the civil war". *Conflict and Health* 5(8):1-6.
- Rogers, R.G.; R.A. Hummer & P.M. Krueger. 2005. "Adult mortality." In D. Poston & M. Micklin (eds.), *Handbook of Population*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. Pp 283-309.
- Root, G.P.M. 1999. "Disease environments and subnational patterns of under-five mortality in Sub-Saharan Africa." *International Journal of Population Geography* 5:117-132.
- República de Moçambique. 2008. Relatório sobre os objectivos de desenvolvimento do milénio. República de Moçambique. <http://www.mz.one.un.org/por/Recursos/Publicacoes/2008-Mocambique-relatorio-sobre-os-ODMs> (Acessado em 04.04.2013).
- Rutstein, S.O. & G. Rojas. 2006. Guide to DHS statistics. Calverton: Demographic and Health Surveys ORC Macro.
- Sacarlal, J.; A Q. Nhacolo; B. Sigaúque; D.A. Nhalungo; F. Abacassamo; C.N. Sacoór; P. Aide *et al.* 2009. "A 10 year study of the cause of death in children under 15 years in Manhica, Mozambique." *BMC Public Health* 9:1-10.
- Shapiro, M.F. 1983. Medicine in the service of colonialism: medical care in Portuguese Africa 1885-1974. Dissertação de Doutoramento, University of California, Los Angeles.

- Soares, R.R. 2007. "On the determinants of mortality reductions in the developing world". *Population and Development Review* 33(2):247-287.
- Spira, L.; A. Simonon; E. Karita; F. Dabis; R. Spira; P. Lepage; P. Msellati *et al.* 1999. "Natural history of Human Immunodeficiency Virus type 1 Infection in children: a five-year prospective study in Rwanda." *Pediatrics* 104(5):1-9.
- The World Bank. 2012a. World development indicators, Mozambique. <http://data.worldbank.org/country/mozambique>. Acesso.24.05.2012.
- The World Bank. 2012b. World development indicators. <http://data.worldbank.org/indicator>. Acesso.26.06.2012.
- Trussell, J. & S. Preston. 1982. "Estimating the covariates of childhood mortality from retrospective reports of mothers." *Health Policy and Education* 3:1-36.
- UN [United Nations] Mozambique. 2011. Mozambique key development indicators. UN Mozambique. <http://mz.one.un.org>. Acesso. 17.04.2011.
- UNDP [United Nations Development Programme]. 2008. Mozambique national development programme 2008: the role of information communication technologies in achieving the millennium development goals. Maputo: UNDP.
- WHO [World Health Organization]. 2010. World health statistics 2010. Geneva: World Health Organization.
- WHO [World Health Organization]. 2012. Global health data repository: Mozambique, country statistics. <http://apps.who.int/ghodata/?theme=country>. Acesso. 18.06.2012.

NÍVEL E FACTORES ASSOCIADOS À MORTALIDADE MATERNA EM MOÇAMBIQUE

Cassiano Soda Chipembe
João Mangué
Carlos Arnaldo

Introdução

A mortalidade materna constitui um dos principais problemas de saúde pública da maior parte dos países do mundo, sobretudo dos países em desenvolvimento, onde, devido às desigualdades de acesso à saúde, a mortalidade materna é mais elevada que nos desenvolvidos (Laurenti *et al.*, 2004). A morte materna é aquela que ocorre a uma mulher durante a gestação, parto ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, excluindo casos de morte devido a acidente ou suicídio (WHO *et al.*, 2004). Segundo WHO *et al.*, (2004), as mortes maternas classificam-se em obstétricas directas, quando resultam das complicações da gravidez, parto ou pós-parto, e obstétricas indirectas, quando resultam do agravamento de doenças que as gestantes tinham antes da gravidez e que se desenvolvem durante a gravidez ou depois do parto.

O elevado índice de mortalidade materna fez com que, nos princípios dos anos 2000, as nações de todo mundo considerassem a mortalidade materna como o quinto Objectivo de Desenvolvimento do Milénio, onde se prevê a sua redução em 75% até 2015, tendo como referência os níveis observados em 1990 (Marcondes & Belon, 2008). O risco de morte por causas maternas (durante a gravidez ou parto) é maior nas mulheres que residem na África Subsariana (UNICEF, 2003), sendo Moçambique um dos países com elevada mortalidade materna, de acordo com as estimativas realizadas pelas agências internacionais em 2010 (World

Bank *et al.* 2010). Como resposta a esta situação, o governo de Moçambique elaborou, em 2000, um *plano operacional da redução da mortalidade materna e perinatal*, cujo objectivo inclui o controlo de mortes por causas evitáveis e a melhoria das infra-estruturas de saúde existentes (MISAU, 2000).

Embora o conhecimento dos indicadores da mortalidade materna permita ao governo fazer a sua monitoria, assim como da mortalidade por outras causas, devido à fraca cobertura do sistema de registo civil, o país tem enfrentado enormes dificuldades em obter informação actualizada e fiável sobre a mortalidade materna. A primeira estimativa oficial da mortalidade materna em Moçambique foi feita com base nos dados do Inquérito Demográfico Nacional (IDN) de 1991 (MPF & DNE, 1995), e a segunda a partir do Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) de 2003 (Zacarias *et al.*, 2005). Enquanto os dados do IDN de 1991 permitiram estimar a Razão de Mortalidade Materna (RMM) até ao nível de província, os do IDS 2003, devido ao menor tamanho da amostra, só permitiram obter uma estimativa para o nível nacional. Assim, a inclusão, no Censo 2007, de perguntas que permitiram captar óbitos maternos oferece uma oportunidade para estimar e analisar este importante indicador por província e outras categorias.

Este capítulo apresenta os níveis e padrões da mortalidade materna em Moçambique, estimados a partir da informação recolhida no Censo de 2007. Para a análise da tendência, faz-se também uma comparação com os resultados obtidos a partir de outras fontes, ao mesmo tempo que se relacionam os indicadores de mortalidade materna com os de assistência pré-natal e parto obtidos através dos inquéritos demográficos e de saúde.

Dados e metodologia

De acordo com o grupo multi-sectorial de estimativa de mortalidade materna no mundo (WHO *et al.*, 2004), a informação sobre a mortalidade materna inclui (i) as causas de mortes entre mulheres em idade reprodutiva; (ii) o estado da gravidez no momento da morte; (iii) as condições do parto antes da morte; e (iv) a causa médica da morte. Este último ponto é de difícil

medição, sobretudo nas áreas onde as mortes não são declaradas através de um certificado médico. Por outro lado, o grupo multi-sectorial considera que, embora haja um grande número de mortes, as mortes maternas são relativamente raras e, por isso, são sujeitas a erros de declaração e, consequentemente, também de medição. Por isso, as estimativas de mortalidade materna estão sujeitas a alguma incerteza. Isto faz com que o processo de estimação e os respectivos padrões variem consideravelmente em termos de metodologia de recolha de dados e precisão das estimativas resultantes (WHO *et al.*, 2004).

Neste capítulo, como referimos anteriormente, são utilizados dados do Censo de 2007. Este Censo recolheu informação sobre os óbitos ocorridos no agregado familiar durante os últimos 12 meses antes da data de referência do censo. A cada óbito de uma mulher entre 12 e 50 anos de idade, recolheu-se informação adicional sobre se tal óbito ocorrera durante a gravidez, parto ou nos 42 dias a seguir ao término da gravidez.

A informação recolhida na base de censos da população fornece maior cobertura de óbitos relacionados com causas maternas, o que garante uma análise dos diferenciais de mortalidade materna por subgrupos etários, sociais e regiões geográficas (Hill *et al.*, 2001). Os dados do censo permitem estimar três indicadores da mortalidade materna utilizando o método directo (Hill *et al.*, 2001): (i) a taxa de mortalidade materna; (ii) o rácio ou razão da mortalidade materna e; (iii) o risco de morrer por causas maternas.

A Taxa de Mortalidade Materna (TMM) expressa o risco de morte materna entre as mulheres em idade reprodutiva e estima-se através do rácio entre o número de óbitos maternos e o número das mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) (Hill *et al.*, 2001):

$$TMM = \frac{O_{15}^M}{PF_{15}^{49}} * 100.000$$

Onde:

TMM é a taxa de mortalidade materna;

O_{15}^M É o número de óbitos maternos das idades de 15 a 49 anos;

- (i) ${}_{49}PF_{15}$ São mulheres das idades compreendidas entre de 15 a 49 anos.

A Razão de Mortalidade Materna (RMM), frequentemente também denominada de taxa de mortalidade materna, representa o número de mortes maternas ocorridas num dado período (geralmente um ano) por cada 100 000 nascimentos:

$$RMM = \frac{TMM}{TGF} * 100.000$$

Onde:

RMM é razão de mortalidade materna;

TMM é a taxa de mortalidade materna e;

TGF é a taxa geral de fecundidade.

O Risco de Morte Materna (RMM_a) representa a probabilidade de uma mulher morrer por causas maternas durante o curso da sua vida reprodutiva. Este risco é, teoricamente, uma medida de coorte ou geração, mas, por razões práticas, é normalmente calculado como medida de período e serve para mostrar as diferenças no risco de morte por causas maternas entre grupos de mulheres.

$$RMM_a = 1 - (1 - RMM)^{TFT}$$

Onde:

RMM_a é risco de morte materna;

RMM, é razão de mortalidade materna e

TFT é a taxa de fecundidade total

Neste Capítulo, a mortalidade materna é medida pela razão de mortalidade materna por ser, entre os três indicadores, o mais frequentemente usado. Segundo King *et al.* (2004), a razão de mortalidade materna, não só contribui para a percepção do estado de saúde da mulher, como também da qualidade e acesso dos serviços de maternidade.

Avaliação e tratamento dos dados

Souza (1983) defende que os estudos sobre a mortalidade materna devem ter como fontes de informação primária e secundária os registos hospitalares e os certificados de óbito, respectivamente. Na ausência de dados do registo civil, fica difícil obter informação que possa facilitar o cálculo de indicadores fiáveis da mortalidade, sobretudo a mortalidade materna pois, mesmo quando o registo civil tem uma cobertura aceitável, os óbitos maternos tendem a ser mal declarados e/ou subnotificados (Laurenti, 1993; 2001; Hill *et al.*, 2007).

Sabendo-se que os dados usados nesta análise provêm dum censo, e conhecidos que são os problemas que normalmente afectam este tipo de dados, foi necessário proceder a alguns ajustes durante o processo da estimativa. Constatou-se, por exemplo, que os óbitos declarados pelos agregados familiares como tendo ocorrido no ano anterior ao censo, incluíam alguns que, de acordo com o Inquérito sobre Causas de Mortalidade (INCAM)¹⁰, não pertenciam ao agregado familiar, tinham ocorrido fora daquele período ou tinham sido nados mortos ou abortos (INE, 2010). Assim, calculou-se um factor de correcção que serviu para retirar estes óbitos do processo de cálculo. Este factor de correcção foi calculado para cada província, uma vez que a proporção de óbitos considerados inválidos não estava igualmente distribuída a nível nacional. No entanto, como o número de óbitos não era suficientemente grande para calcular o factor de correcção por sexo, assumiu-se que este erro foi sistemático e não variou de acordo com o sexo da pessoa falecida.

Em seguida, analisou-se a distribuição de óbitos maternos por idade, seguindo a recomendação do manual de análise de mortalidade materna utilizando dados do censo (Hill *et al.*, 2001). Dessa análise, constatou-se que a distribuição etária dos óbitos maternos a nível nacional apresentava o padrão esperado, pelo que foi considerado aceitável enquanto, em algumas províncias (Niassa, Tete, Nampula e Maputo Província), esta distribuição não apresentava o padrão esperado. Desta

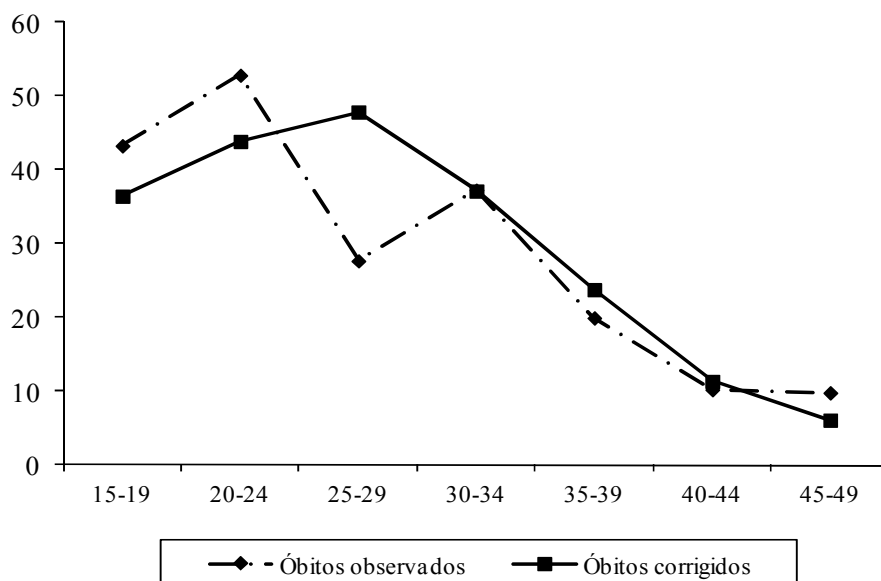
¹⁰ O INCAM realizou-se logo depois do recenseamento geral da população e habitação. Foi um inquérito por amostragem aos agregados familiares que tinham declarado ocorrência de óbitos nos seus agregados nos 12 meses antes do censo. O objectivo principal do INCAM era de apurar as causas de morte através de processo de autópsia verbal.

forma, as distribuições provinciais foram padronizadas indirectamente (Preston *et al.*, 2001), tomando como estrutura padrão a distribuição nacional dos óbitos maternos, obedecendo às seguintes etapas:

- (i) assumir que a distribuição da mortalidade a nível nacional, isto é, a estrutura etária da mortalidade materna nacional é semelhante à estrutura etária da mortalidade materna nas províncias que apresentaram um padrão não aceitável;
- (ii) aplicar as taxas específicas da mortalidade materna nacionais na estrutura etária da população de cada província para obter o número de óbitos esperados em cada grupo etário;
- (iii) calcular o factor de correcção da mortalidade (FCM) como o quociente entre o número de óbitos observados na população da província e o número de óbitos esperados e;
- (iv) aplicar o factor de correcção da mortalidade (FCM) obtido na alínea anterior para calcular os óbitos padronizados por idade de cada província.

Da aplicação da padronização indirecta dos óbitos, constatou-se que nas províncias de Niassa, Tete, Manica, Gaza, Maputo Província e Maputo Cidade o FCM é menor que 1.0, o que significa que nestas províncias houve uma subdeclaração de óbitos maternos, ou seja, alguns óbitos foram omitidos. O Gráfico 5.1 mostra a comparação entre a distribuição de óbitos maternos observados e corrigidos na província de Niassa, como exemplo do padrão verificado em quase todas as províncias.

Gráfico 5.1: Óbitos maternos observados e corrigidos, província de Niassa 2007



Fonte: Estimado a partir de dados do Censo 2007.

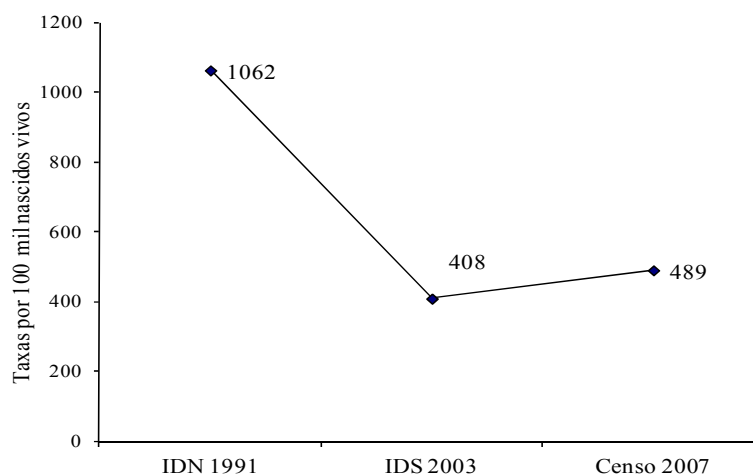
Resultados

Nível e tendência da mortalidade materna em Moçambique

A razão da mortalidade materna baseada em mulheres de 15 a 49 anos é de 489 mortes maternas em cada 100 000 nascimentos em 2007, ou seja, em cada 100 000 nascidos vivos registam-se 489 mortes de mulheres por causas maternas. Devido às diferenças no tipo de dados e metodologia utilizados, fica difícil estabelecer uma comparação directa com as estimativas anteriores e estabelecer uma tendência ao longo do tempo. No entanto, mesmo tendo em conta este aspecto, o Gráfico 5.2 parece mostrar uma tendência decrescente da mortalidade materna ao longo do tempo, com a RMM a baixar de 1062, em 1991, para 489 óbitos maternos por cada 100 000 nascimentos, em 2007. Entretanto, a RMM estimada em 2007 é ligeiramente superior à de

2003, criando algumas dúvidas quanto à tendência da mortalidade materna nos últimos cinco anos, entre 2003 e 2007.

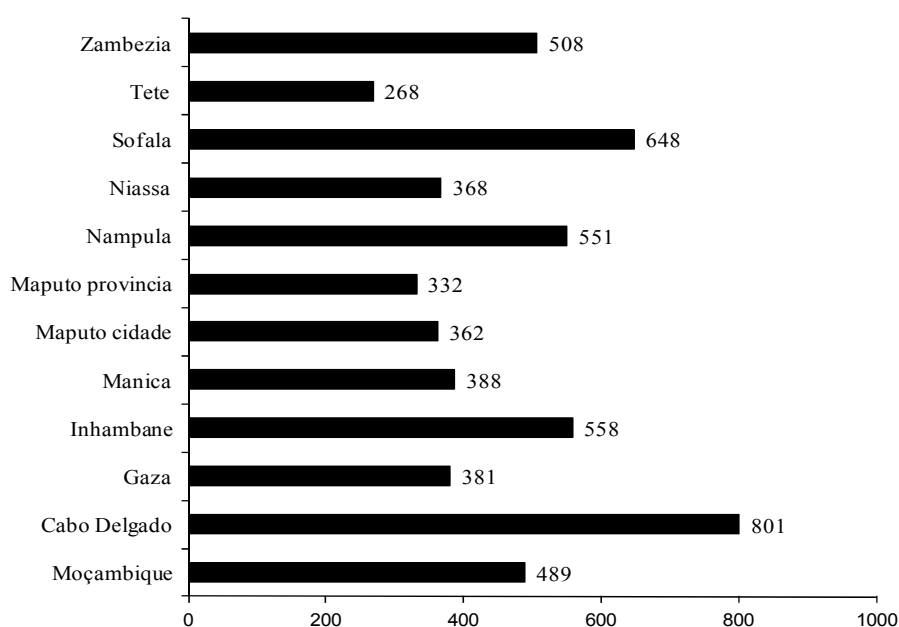
Gráfico 5.2: Razão de Mortalidade Materna em Moçambique 1991 - 2007



Fontes: Estimado a partir de dados do Censo 2007.
Ministério do Plano e Finanças/Direcção Nacional de Estatística 1995
Zacarias *et al.* 2005

A análise por província (Gráfico 5.3) mostra grandes diferenças na razão da mortalidade materna. A província de Cabo Delgado é a que apresenta a maior razão, com 801 óbitos maternos em cada 100 000 nascimentos, seguida pelas províncias de Sofala (648), Inhambane (558) e Nampula (551). A província de Tete é a que apresenta a menor razão de mortalidade materna, com 268 mortes em cada 100 000 nascimentos. Surpreendentemente, o rácio da mortalidade materna em Tete é inferior ao de Maputo Cidade (362 óbitos por 100 000), que é totalmente urbana e tem melhores condições em termos de fornecimento dos serviços de saúde. Esta situação não é de fácil explicação, sobretudo porque a informação sobre a cobertura dos serviços de atendimento pré-natal, parto e pós-parto são favoráveis a Maputo Cidade. Por isso, uma análise mais aprofundada usando também dados de outras fontes, pode ser crucial para melhor compreensão deste padrão.

Gráfico 5.3: Razão de Mortalidade Materna por Província, Moçambique 2007



Fonte: Estimado a partir de dados do Censo 2007.

A comparação entre as razões de mortalidade materna provinciais e os indicadores de assistência pré-natal, parto e pós-parto (Tabela 5.1), embora não de forma conclusiva, mostra que as províncias com menor cobertura dos serviços de saúde tendem a ter maiores níveis de mortalidade materna. No entanto, Maputo Cidade, com uma percentagem de partos assistidos por profissionais de saúde acima de 90%, apresenta uma razão de mortalidade materna superior à da província de Tete, que tem uma percentagem de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado de pouco mais de 50%. Este facto sugere que existem outros factores não recolhidos pelo censo que explicam as diferenças provinciais na mortalidade materna que o país apresenta. Estudos usando também outras fontes, como registos hospitalares com informação sobre as causas de mortalidade são fundamentais (Souza, 1983).

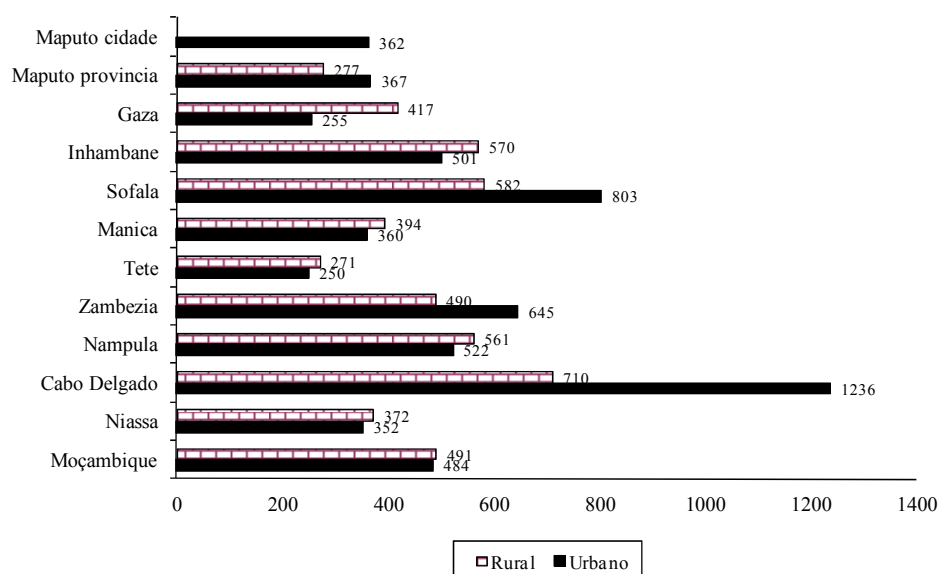
Tabela 5.1. Assistência pré-natal ao parto e razão de mortalidade materna segundo área de residência e província. Moçambique

Área de residência e província	Assistência pré-natal (%)			Assistência ao parto (%)			Razão de Mortalidade Materna ^d (por 100 mil)
	1997 ^a	2003 ^b	2011 ^c	1997 ^a	2003 ^b	2011 ^c	
<i>Área de residência</i>							
Urbana	958	970	963	814	807	803	484
Rural	647	789	882	339	341	443	491
<i>Província</i>							
Niassa	67,8	81,3	89,9	46,4	47,0	60,3	368
Cabo Delgado	88,1	88,6	96,1	32,0	31,5	35,6	801
Nampula	69,0	86,1	92,9	28,6	38,1	55,3	551
Zambézia	47,8	57,9	73,7	25,5	32,2	26,4	508
Tete	83,7	85,9	90,1	38,9	46,8	51,7	268
Manica	76,1	90,1	99,2	43,6	55,8	74,0	388
Sofala	45,5	82,4	95,2	35,8	52,0	71,1	648
Inhambane	92,9	92,6	96,4	55,0	49,0	59,4	558
Gaza	91,3	97,2	96,6	66,3	60,6	71,1	382
Maputo Província	93,1	99,9	99,0	76,4	85,2	84,0	332
Maputo Cidade	98,5	99,5	97,4	86,5	89,3	90,8	362
Total	71,4	84,4	90,6	44,2	47,7	54,3	489

Fonte: a. Gaspar *et al.*, 1998; b. Zacarias *et al.*, 2005; c. INE & MISAU, MEASURE DHS/ICF International, 2011; d. Estimado a partir de dados do Censo 2007.

O Gráfico 5.4 mostra a razão da mortalidade materna por província e área de residência. No geral, na maior parte das províncias, o rácio da mortalidade materna tende a ser mais elevado nas áreas rurais do que nas urbanas. Esta tendência parece corresponder ao esperado, que é o facto de que, normalmente, nos países em desenvolvimento, os serviços de saúde estão mais concentrados nas áreas urbanas do que nas rurais. Todavia, as províncias de Cabo Delgado, Zambézia, Sofala e Maputo Província apresentam rácios de mortalidade materna urbanas mais elevadas do que as rurais. Este facto pode estar relacionado com uma má classificação de óbitos maternos e/ou diferenças de cobertura entre as áreas rurais e urbanas. Os óbitos, no geral, e os maternos, em particular, tendem a ser mal declarados e/ou classificados, sobretudo nas áreas rurais, onde, geralmente, o nível de instrução da população é baixo (Hakkert, 2010). Esta situação pode ter resultado numa subestimação da razão de mortalidade materna nas áreas rurais.

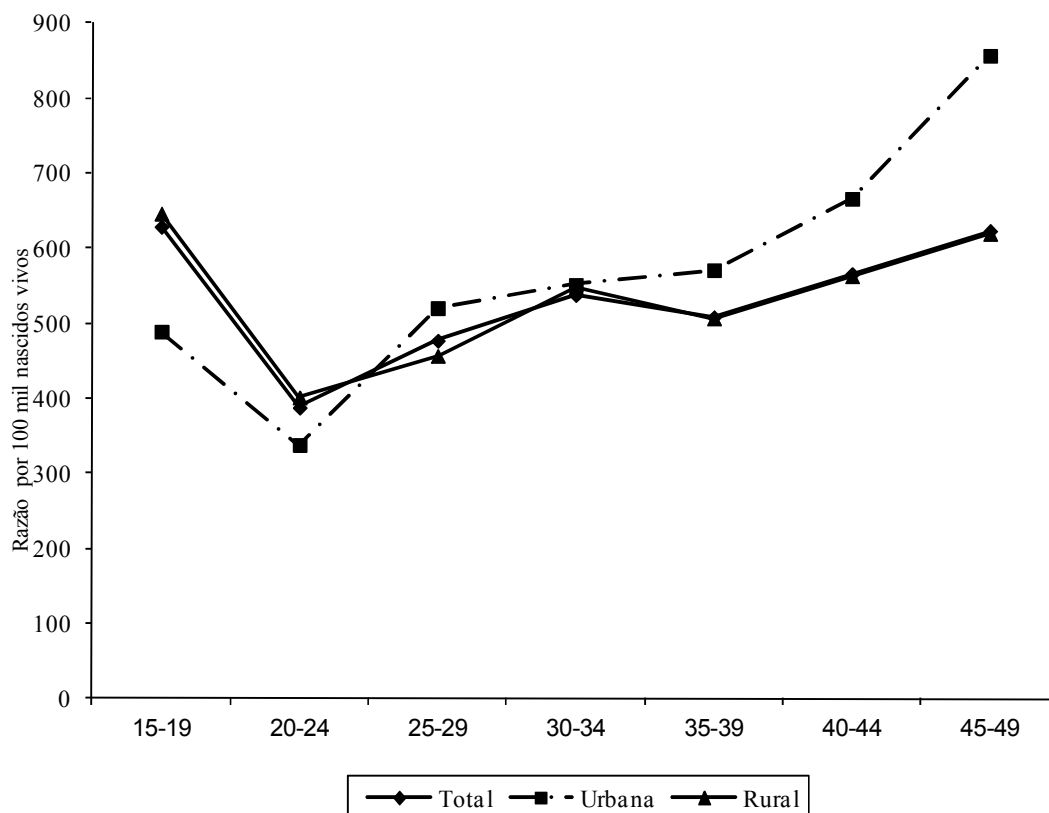
Gráfico 5.4: Razão de Mortalidade Materna por província e área de residência, Moçambique 2007



Fonte: Estimado a partir de dados do Censo 2007.

A análise da razão da mortalidade materna por idade e área de residência (Gráfico 5.5) mostra que a mortalidade materna em Moçambique é mais elevada nas mulheres mais jovens, reduzindo gradualmente até aos 20-24 anos de idade, e aumentando gradualmente com o aumento da idade. O Gráfico 5.5 também mostra diferenças substanciais entre as mulheres rurais e urbanas: a razão de mortalidade materna é muito mais elevada nas mulheres jovens do meio rural, enquanto nas áreas urbanas ela é mais elevada nas mulheres mais velhas. Segundo Hill *et al.* (2001), na presença de dados com qualidade razoável, a curva da mortalidade materna por idade tende a apresentar-se em forma de “J”, mostrando que a mortalidade materna é elevada nas primeiras idades (15-19 anos) e ainda mais elevada nas idades mais elevadas (45-49 anos). Tendo em conta este pressuposto, os resultados aqui apresentados mostram que, de uma forma geral, o padrão etário da mortalidade materna em Moçambique é o esperado.

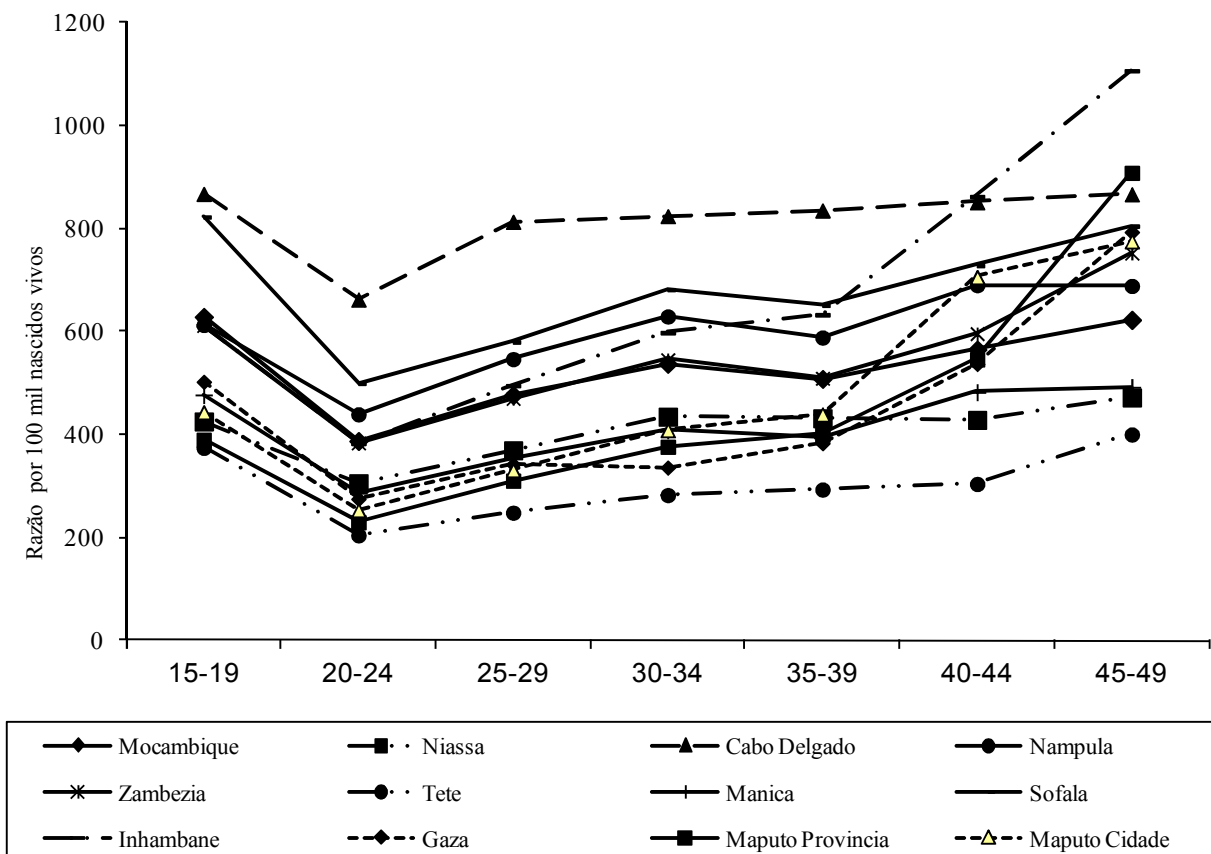
Gráfico 5.5: Razão de Mortalidade Materna por idade e área de residência Moçambique 2007



Fonte: Estimado a partir de dados do Censo 2007.

A análise por província (Gráfico 5.6) mostra um padrão etário semelhante ao nacional. Em todas as províncias, a mortalidade materna é muito mais elevada nas mulheres mais jovens, sobretudo nas províncias de Cabo Delgado e Sofala, onde a razão de mortalidade materna entre as mulheres 15-19 anos é superior a 800 óbitos por cada 100 000 nascimentos. Este padrão reflecte o início precoce da actividade sexual e reprodutiva pelas mulheres moçambicanas (Cf.Capítulo 3) e é consistente com a literatura, segundo a qual o perigo de morte materna aumenta quando as mulheres entram cedo no processo reprodutivo, com idade inferior a 20 anos.

Gráfico 5.6: Razão de Mortalidade Materna por idade e província Moçambique 2007



Fonte: Estimado a partir de dados do Censo 2007.

Diferenciais da mortalidade materna

As diferenças que se registam na mortalidade materna reflectem, pelo menos em parte, as desigualdades socioeconómicas e de acesso a serviços de saúde (Laurenti *et al.* 2004; Organização Mundial de Saúde 2009). Tendo em conta que a mortalidade materna pode estar associada a determinados factores sociais, económicos e culturais, nesta secção apresenta-se a

análise de mortalidade materna por determinadas características do chefe de agregado familiar onde se declarou ter ocorrido óbito materno.

Alguns estudos sugerem que determinadas condições sociais, sobretudo as relacionadas com o estatuto da mulher, podem influenciar a mortalidade, no geral, e, em particular, a materna (Caldwell, 1990). O estatuto da mulher ligado aos princípios de direitos sexuais e reprodutivos é relevante, na medida em que interfere nas questões de saúde reprodutiva. Assim, o nível de educação da mulher é tido como um elemento importante na estratégia de longo prazo para a redução das mortes maternas (Oxaal & Baden, 1996), pois, em muitas circunstâncias, as mulheres com elevados níveis de educação têm adquirido com facilidade os seus direitos e saúde reprodutiva.

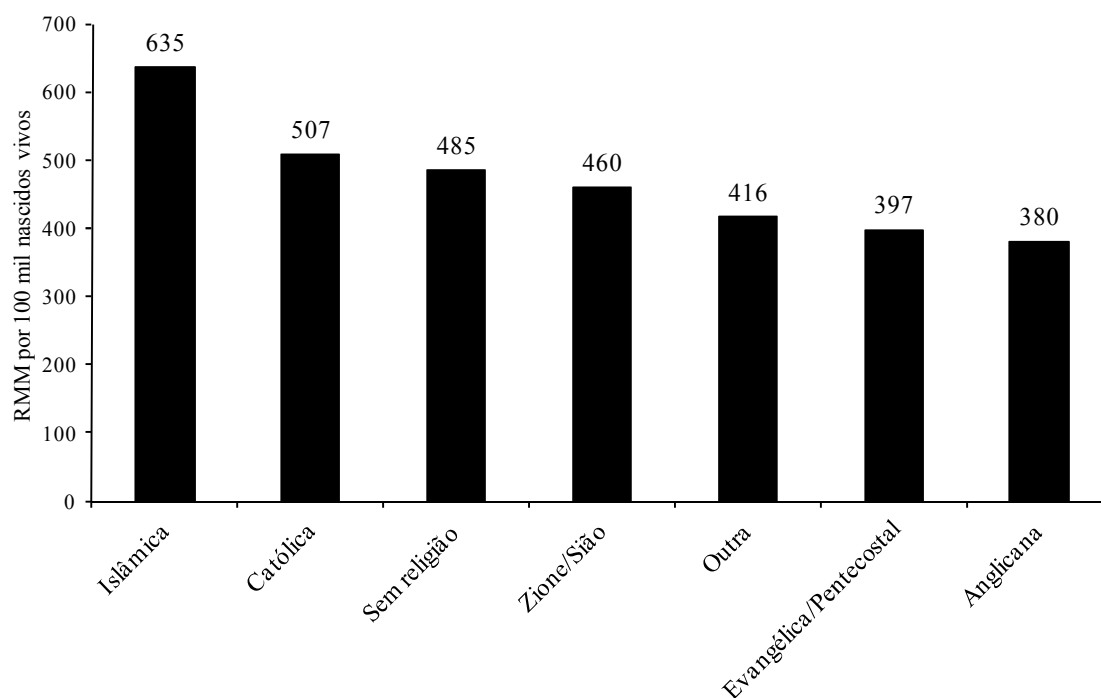
Para além do nível de instrução, outros factores socioeconómicos também são importantes. Verona & Júnior (2012), por exemplo, consideram que a religião da mulher e/ou dos membros do seu agregado familiar pode estar associada à vida sexual e reprodutiva da mulher, determinando uma maior ou menor exposição ao risco de morte da mulher na idade reprodutiva. WHO & UNFPA (2008) realçam a importância do papel da religião na redução da mortalidade e promoção da saúde materna.

Estes e outros factores socioeconómicos serviram de base para a análise da mortalidade materna de acordo com alguns determinantes sociais disponíveis nos dados do censo. Como, no geral, a maior parte das mensagens sobre saúde, em particular sobre a saúde reprodutiva, em Moçambique, são transmitidas em língua portuguesa, que só é falada por uma parte da população, foi analisada a mortalidade materna de acordo com a habilidade do chefe do agregado familiar em falar a língua portuguesa. O risco de morte materna tende a diminuir com o aumento do nível de educação, pelo facto de esta ampliar a informação e a capacidade de procurar e usar os serviços profissionais de saúde (Rostoy, 1989). Áreas com baixas taxas de escolarização das mulheres, como é o caso de Moçambique, tendem a apresentar menor percentagem de nascimentos assistidos por pessoal de saúde treinado, aumentando, assim, o risco de morte materna.

Neste capítulo, o menor número de óbitos maternos declarados impediu que a análise fosse alargada para mais factores socioeconómicos. Assim, apenas três características do chefe do agregado familiar foram consideradas: religião, habilidade de falar português e nível de educação.

O Gráfico 5.7 mostra que a razão da mortalidade materna é mais elevada nos agregados familiares cujo chefe professa a religião Islâmica, com 635 mortes em cada 100 000 nascidos vivos, seguindo-se a religião Católica, com 507 mortes maternas. O valor mais baixo é observado em agregados familiares cujos chefes são membros da igreja anglicana.

Gráfico 5.7: Razão de Mortalidade Materna segundo religião do chefe do agregado familiar, Moçambique, 2007

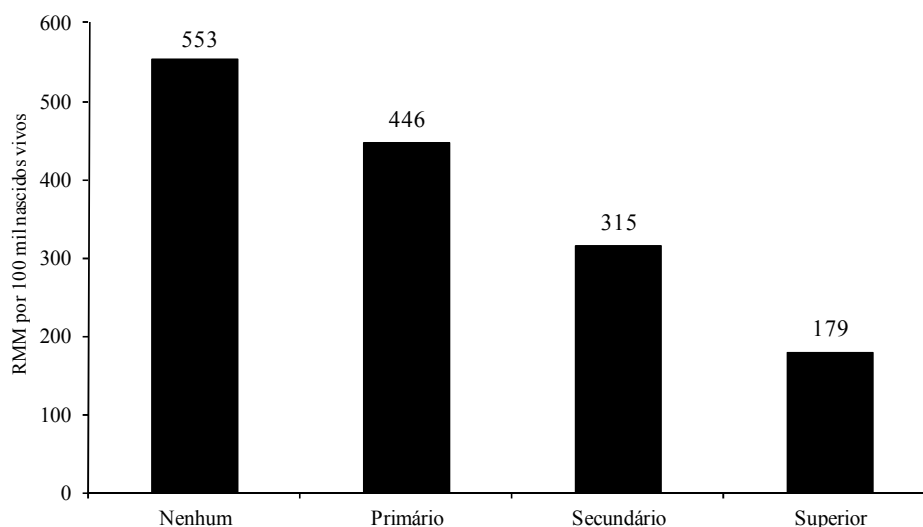


Fonte: Estimado a partir de dados do Censo 2007.

A análise por idade (resultados não mostrados) mostra que, em todas as religiões, o padrão etário é semelhante ao nacional, tal como indicado nos Gráficos 5.4 e 5.5. Entretanto, nota-se que a RMM em todas as idades é mais elevada nas mulheres cujos chefes de agregado familiar professam a religião Islâmica e é mais baixa nas mulheres residentes em agregados familiares onde os chefes são membros da igreja Anglicana. A razão de mortalidade materna também se diferencia segundo o conhecimento da língua portuguesa, pois ela é mais elevada nas mulheres que residem em agregados familiares cujo chefe não sabe falar a língua portuguesa (589).

Os dados do Gráfico 5.8 mostram a razão de mortalidade materna por níveis de educação do chefe de agregado familiar. Estes resultados são coerentes com os de fecundidade, onde esta tende a diminuir à medida que o nível de instrução do chefe de agregado aumenta. Isto significa que as mulheres que se encontram nos agregados familiares onde o chefe não possui nenhum nível de instrução estão em maior risco de morrer por causas maternas do que as que se encontram nos agregados familiares onde os chefes possuem algum nível de educação. Em agregados familiares cujo chefe é menos escolarizado, a razão de mortalidade materna é particularmente mais elevada nas idades mais jovens, reflectindo, talvez, uma exposição elevada ao risco de morte materna a estas mulheres, devido ao início precoce da procriação, que normalmente caracteriza as mulheres neste tipo de agregados familiares.

Gráfico 5.8: Razão de Mortalidade Materna segundo nível de educação do chefe do agregado familiar, Moçambique, 2007



Fonte: Estimado a partir de dados do Censo 2007.

Discussão e conclusão

Com base na informação recolhida pelo Censo de 2007, este capítulo estimou uma razão de mortalidade materna de 489 óbitos maternos em cada 100 000 nascimentos. Este valor está muito próximo da estimativa de 550 óbitos maternos por 100 mil nascimentos feita pelo Grupo Multi-sectorial de Estimativa de Mortalidade Materna no Mundo (WHO, 2010) e corresponde a cerca de metade do valor estimado em 1991, embora a metodologia tenha sido diferente.

Os resultados mostram importantes diferenças provinciais, por lugar de residência e idade. As províncias de Cabo Delgado, Nampula, Sofala, Inhambane e Zambézia destacam-se por apresentar os níveis mais elevados de mortalidade materna (acima da média nacional), e as de Maputo Cidade e Tete, por apresentar valores de cerca de metade da média nacional. Estas diferenças sugerem, pelo menos em parte, as desigualdades provinciais em termos de fornecimento e acesso aos serviços de saúde, em especial da saúde materno-infantil. Por outro lado, em termos de padrão por idade, os resultados mostram que o rácio de mortalidade materna

é muito elevado nas primeiras idades e subindo suavemente nas últimas idades. Isto mostra o perigo que existe quando as mulheres entram na vida reprodutiva.

No geral, a mortalidade materna é mais elevada nas áreas rurais em comparação com as urbanas, reflectindo o facto de a oferta dos serviços de saúde ser melhor nas áreas urbanas que nas rurais. Mas, em algumas províncias, ela é mais elevada nas áreas urbanas em comparação com as rurais. Esta situação requer estudos aprofundados e pode reflectir o facto de a oferta dos serviços de saúde ser melhor nas áreas urbanas do que nas áreas rurais.

O rácio da mortalidade materna também varia de acordo com a religião do chefe do agregado familiar onde ocorreu o óbito materno, por condição da fala da língua portuguesa e por nível de educação do chefe. Se, por um lado, se pode considerar que a condição da fala da língua portuguesa é factor importante na recepção dos programas de saúde, já não se pode dizer o mesmo em relação à religião. No entanto, a maior razão de mortalidade materna observada nos agregados familiares que professam a religião islâmica pode ser um artefacto do baixo nível de escolarização dos membros desta religião em comparação com as outras (Capítulo 3).

No que diz respeito à educação, as diferenças na fecundidade e, sobretudo na idade em que as mulheres iniciam a procriação, podem ser um factor de risco relevante. As mulheres menos instruídas tendem a ser menos expostas à informação sobre os serviços de saúde, incluindo sobre os serviços profissionais de saúde durante o período reprodutivo e aumentando, consequentemente, o risco de morte materna.

O risco de uma mulher morrer por causas maternas durante a sua vida reprodutiva é especialmente elevado nas mulheres com idades inferiores de 20 anos, devido ao início precoce da actividade reprodutiva. Isto sugere que o risco de morrer por causas maternas também pode ser reduzido retardando a entrada na vida reprodutiva das mulheres jovens através do seu enquadramento no ensino, principalmente nas áreas rurais, onde os níveis são muito elevados.

Os resultados obtidos em análises demográficas e, sobretudo nos países onde o registo civil não funciona adequadamente e que normalmente se utilizam fontes de dados alternativos, como os inquéritos e censos, realçam a necessidade de avaliar cuidadosamente os dados para se detectar os possíveis erros que possam dificultar a interpretação dos resultados. Neste capítulo, como se referiu na secção de avaliação e ajuste de dados, notaram-se algumas irregularidades na distribuição etária dos óbitos classificados como maternos e, consequentemente, fizeram-se os respectivos ajustes. Embora se tenham feito os ajustes necessários, as estimativas aqui apresentadas não estão totalmente imunes a possíveis influências da qualidade dos dados. Deste modo, chama-se a atenção para o facto de que os resultados aqui apresentados mostram numa forma aproximada os níveis e padrões de mortalidade materna em Moçambique. Os dados gerais de mortalidade adulta em Moçambique mostraram uma mudança do padrão como resultado do efeito do HIV & SIDA (INE, 2010), uma vez que em áreas com elevada prevalência do HIV, alguns óbitos maternos tendem a ser erradamente atribuídos ao SIDA (WHO, 2010).

Embora a assistência pré-natal e ao parto sejam considerados como factores importantes que podem influenciar na redução da mortalidade materna (Gaspar *et al.*, 1998 & Zacarias *et al.*, 2005), nos resultados aqui apresentados tal relação não é claramente visível. Por isso, mais estudos sobre causas ou factores de diferenciação da mortalidade materna em Moçambique, com recurso a uma diversidade de fontes são necessários para complementar os dados obtidos no censo.

Referências bibliográficas

- Caldwell, J.C. 1990. “Cultural and social factors influencing mortality levels in developing countries”. *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 510: 44-59.
- Dorrington, R.E & D. Bradshaw. 2011. “Maternal mortality in South Africa: lessons from a case study in the use of deaths reported by households in censuses and surveys”. *Journal of Population Research* 28: 49–73.
- Gaspar, M.C., H.A. Cossa, C.R. dos Santos, R.M. Manjate & J.Schoemaker. 1998. *Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde* 1997. Calverton Maryland (USA): Instituto Nacional de Estatística e Macro International Inc.
- Hakkert, R. 2010. Questions and answers on the estimation of maternal mortality: a technical note. In <http://www.ingentaconnect.com/content/klu/12546/2011/00000028/00000001/00009063>. Acesso em 14.08.2011.
- Hill, K; K. Thomas, C.A. Zahr, N. Walker, L. Say, M. Inouc & E. Suzuk. 2007. “Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data”. *The Lancet* 370 (9595):1311 – 1319.
- Hill, K., C. Stanton & N. Gupta. 2001. Measuring Maternal Mortality from a Census: Guidelines for Potencial Users. Measure Evaluation Manual Series N°4. Carolina Population Center. University of North Carolina at Chape Hill.
- INE [Instituto Nacional de Estatística]. 2009. Mortalidade em Moçambique. Inquérito Nacional sobre as Causas de Mortalidade 2007/8. Maputo. INE [Instituto Nacional de Estatística]. 2010. Projeções Anuais da População Total Urbana e Rural 2007-2040. Maputo.
- INS [Instituto Nacional de Saúde], INE [Instituto Nacional de Estatística] & ICF Macro. 2010. Inquérito Nacional de Prevalência Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique 2009. Calverton, Maryland, EUA.
- King, J.F., E.K. Slaytor & E.A. Sullivan .2004. “Maternal deaths in Australia 1997-1999”. 2004. *Medical Journal of Australia* 181 (8): 413-414.

- Laurenti, R. 1993. “A mortalidade materna em áreas urbanas na América Latina: o caso de São Paulo, Brazil”. *Bulletin of the Pan American Health Organization* 27 (31993).
- Laurenti, Ruy. 2001. Medindo a Mortalidade Materna. In http://portal.Saúde.org.br/portal/arquivos/pdf/med_mort-matern.pdf. Acesso 23.07.2011.
- Laurenti, R.; MH. P. M. Jorge & S.L.D. Gotlieb. 2004. “A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativas de um factor de ajuste”. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 7 (4). <http://www.Scielo.org/pdf/rbepid/v7n4/8.pdf> Acesso 23.07.2011.
- Marcondes, G. & A.P. Belon. 2008. Mortalidade Materna: um estudo dos níveis e das causas de óbitos no México e no Brazil entre 2000 e 2004. Trabalho apresentado no III Congresso da Associação Latino-Americana de População (ALAP) Córdoba-Argentina, 24 a 26 de Setembro. Acesso em http://www.alapop.org/2009/images/DocsFINAIS-PDF/ALAP_2008_FINAL-315.PDF Acesso 23.07.2011.
- MISAU [Ministério de Saúde]. 2000. Redução de Mortalidade Materna e Perinatal - Plano Operacional 2002 – 2005. Maputo. Ministerio da Saúde.
- Ministério do Plano e Finanças & Direcção Nacional de Estatística. 1995. Moçambique: Panorama demográfico e sócio-económico. Inquérito Demográfico Nacional. Documento N° 5. Maputo.
- Oxaal, Z. & S. Baden. 1996. *Challenges to Women’s Reproductive Health: maternal mortality*. Brighton: Institute of Development Studies.
- Preston, S.H., H. Patrick & G. Michel. 2001. *Demography – Measuring and Modelling Population Process*. Massachusets: Blackwell publishers.
- Royston, E. & S. Armstrong. 1989. Preventing Maternal Deaths. Geneva: World Health Organization.
- Souza, M. de L. de. 1983. “Coeficiente de mortalidade materna segundo tipo de óbito grupo etário paridade local de residência e tipo de parto. Obituário hospitalar 1975 a 1979. Florianópolis SC (Brasil)”. *Revista de Saúde pública* 17:279-89.

- UNICEF/WHO/UNFPA. 2003. A mortalidade materna é extraordinariamente elevada nos países em desenvolvimento. Press Release.
- Verona, A.P.A & C.S.D. Júnior. 2012. “Religião e fecundidade entre adolescentes no Brasil”. *Rev Panam Salud Publica* 31(1):25-31.
- WHO [World Health Organization]. 2010. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank, Geneva.
- WHO, UNICEF & UNFPA. 2004. Maternal Mortality in 2000. Geneva: World Health Organization.
- WHO & UNFPA. 2008. Overview of Maternal Mortality and Morbidity, Levels, Trend and Consequences. Paper presented at Conference on the role of traditional/religious leaders on reduction of maternal mortality and survival of women.
<http://www.nigeria.unfpa.org/pdf/ctrleasokoto2008.pdf>.
- World Bank. 2010. Improving national capacity maternal mortality towards the attainment of the MDG5. Prepared for the WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank workshop. Nairobi.
- Zacarias, M.F., C.S. Chipembe, E. Mazive, P.B. Duce, M. Alfeu, B.S. Cubula & L.H. Ochoa. 2005. Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2003. Calverton, Maryland (USA): Instituto Nacional de Estatística e Macro International Inc.

MORTALIDADE NEONATAL EM MOÇAMBIQUE: EVIDÊNCIA DE TRÊS INQUÉRITOS NACIONAIS

Sandra Dzidzai Matanyaire Gonçalves

Introdução

Embora a mortalidade apresente uma tendência decrescente, Moçambique continua a apresentar altas taxas de mortalidade infantil e na infância. A nível mundial, Moçambique encontra-se no vigésimo segundo lugar na classificação dos países com as mais altas taxas de mortalidade na faixa etária dos 0 aos 59 meses (United Nations Children's Fund, 2012). Segundo este relatório do UNICEF (2012), Moçambique faz parte de um grupo de vinte países que, até 2011, conseguiram reduzir as taxas de mortalidade infanto-juvenil para mais de metade desde 1990, com uma redução de 54%, de 226 para 103 mortes por mil nascimentos.

Os inquéritos nacionais¹¹ são a fonte principal das taxas de mortalidade infantil e na infância em Moçambique, onde, tal como em muitos outros países em desenvolvimento, o sistema de registo civil é incompleto. Moçambique conta com três rondas do Inquérito Demográfico e de Saúde

¹¹ Inquérito baseado numa amostra estatisticamente representativa a nível nacional, regional e áreas de residência para permitir conclusões válidas sobre a situação em Moçambique e nas suas regiões.

(IDS), realizadas em 1997, 2003 e 2011, e uma ronda do Inquérito sobre Indicadores Múltiplos (MICS), realizada em 2008. As taxas de mortalidade infantil e na infância nos relatórios dos inquéritos nacionais são apresentadas como a probabilidade de morrer entre as idades x e $x + n$ (${}_nq_x$) (por mil sobreviventes até à idade x) para as seguintes faixas etárias-padrão:

- mortalidade neonatal (menos de um mês);
- mortalidade pós-neonatal (1 a 11 meses);
- mortalidade infantil (0 a 11 meses);
- mortalidade pós-infantil (12 a 59 meses) e
- mortalidade infanto-juvenil (0 a 59 meses).

O cálculo de taxas de mortalidade como a probabilidade de morrer é a principal abordagem que fornece dados fidedignos e essenciais para a análise da mortalidade infantil e na infância. A probabilidade de morrer permite analisar, por faixa etária, as tendências das taxas da mortalidade infantil e na infância ao longo do tempo, exercício essencial para monitorar o progresso na redução da mortalidade infantil e na infância. Todavia, a probabilidade de morrer não pode ser comparada entre as faixas etárias-padrão acima mencionadas, devido ao período não uniforme de exposição ao risco de mortalidade em cada faixa etária. As crianças em faixas etárias mais largas são expostas a períodos mais longos de risco, o que aumenta a sua probabilidade de morrer. Por exemplo, a mortalidade neo-natal (menos de 1 mês) tem exposição de 30 dias ao risco de morrer, enquanto a mortalidade infanto-juvenil (0 a 59 meses) conta com um período de exposição de 59 meses. Assim, a probabilidade de morte neo-natal quase sempre é menor do que a probabilidade de morte infanto-juvenil.

Não obstante a importância e legitimidade das taxas de mortalidade infantil e na infância apresentadas como probabilidades de morrer, uma análise comparativa das taxas de mortalidade entre os vários grupos etários é fundamental para determinar a idade em que a mortalidade infantil e na infância estão concentradas e a sua magnitude. Isso permite orientar as prioridades de saúde infanto-juvenil em Moçambique contribuindo para uma alocação eficiente de recursos, com base em evidências.

Este capítulo faz uma análise comparativa das taxas de mortalidade infantil e na infância em Moçambique, providenciando dados cruciais para a planificação e tomada de decisões relativas a políticas na área de saúde materna e infantil. Os resultados da análise são também de interesse para outros actores interessados no ramo, como sejam os implementadores de políticas, estudantes e investigadores.

Objectivo

Este capítulo aplica o método da estimação de mortalidade infantil e na infância por períodos, especificado no novo manual das Nações Unidas de estimação demográfica, com o objectivo de calcular as taxas específicas de mortalidade por idade (Hill, 2012) e efectuar uma análise comparativa entre as várias faixas etárias, para mostrar a concentração da mortalidade no período neo-natal em Moçambique. A análise utiliza dados dos Inquéritos Demográficos e de Saúde (IDS) de 1997 e de 2003¹² e dados do Inquérito Sobre Indicadores Múltiplos (MICS) de 2008.

O capítulo está dividido em quatro secções. A secção a seguir apresenta as tendências de mortalidade infantil em Moçambique. Na terceira secção são apresentados os dados e os métodos aplicados na análise. Os resultados são apresentados na quarta secção, seguidos por uma discussão dos principais resultados e as conclusões na última secção.

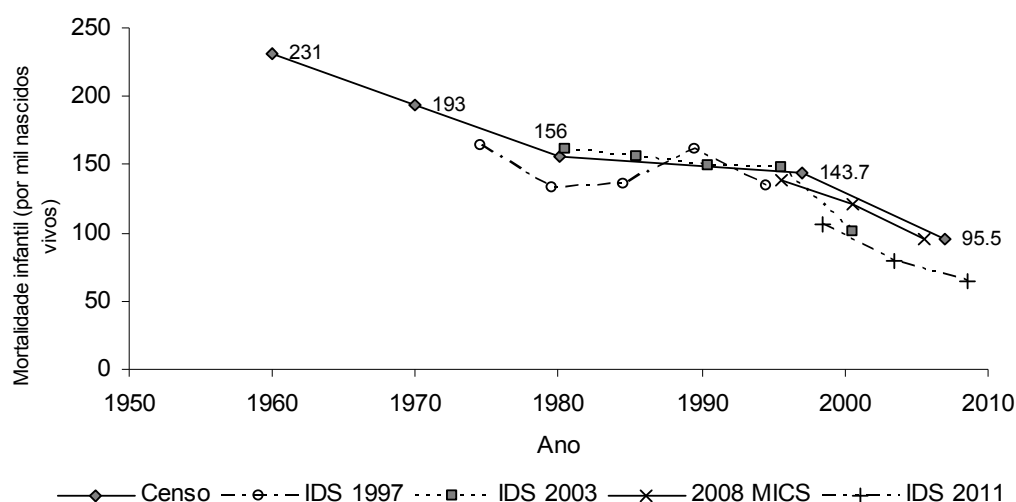
Mortalidade infantil em Moçambique

As taxas de mortalidade infantil em Moçambique (grupo etário de 0 a 11 meses) disponíveis a partir de 1960 mostram uma tendência decrescente (Gráfico 6.1). A redução na mortalidade infantil no período entre 1960 e 1980 é atribuída ao crescimento económico e às melhorias no acesso a serviços de saúde desde a independência nacional, em 1975 (Gaspar, 2002). No período colonial, os serviços de saúde eram confinados às áreas urbanas, particularmente a Maputo,

¹² Os dados de IDS 2011 não estavam disponíveis ao público na altura de desenvolvimento deste Capítulo e, por isso, não foram incluídos na análise.

cidade capital, onde, na década de 1970, se encontravam mais de dois terços dos médicos do país (Hanlon, 1990). Por isso, na altura da independência, mais de 70% da população africana, predominantemente rural, não tinha acesso aos serviços de saúde (Kaplan, 1984; United Nations Children's Fund, 1989; Baden, 1997). O governo moçambicano levou logo a cabo um conjunto de acções para a melhoria da provisão de serviços de saúde. Estas acções incluíram a formação de pessoal para prestar serviços básicos de saúde, parteiras, contratação de médicos estrangeiros e o aumento de unidades de cuidados primários de saúde (Cliff, 1991).

Gráfico 6.1: Taxas de mortalidade infantil (0 a 11 meses) do Censo (1960 a 2007), IDS 1997, IDS 2003, MICS 2008 e IDS 2011



Fonte: Gaspar *et al.*, 1998; Gaspar, 2002; Instituto Nacional de Estatística & Ministério de Saúde, 2005, 2012; Instituto Nacional de Estatística, 2009a, 2010.

Os efeitos destrutivos dos 16 anos de guerra civil iniciada nos primeiros anos da independência (Hall & Young, 1997) são visíveis no Gráfico 6.1 através do aumento (IDS 1997) e interrupção do declínio (Censo e IDS 2003) da taxa de mortalidade infantil. A guerra levou à destruição de quase metade da rede de cuidados primários de saúde entre 1982 e 1990 (Cliff & Noormahomed, 1993). A introdução do programa de ajustamento estrutural, em 1987, e o consequente aumento dos custos no acesso aos serviços de saúde, bem como a subida dos preços dos alimentos agravaram ainda mais os efeitos da destruição causada pela guerra civil (Cliff & Noormahomed, 1993).

Um declínio contínuo no período pós-guerra é evidente a partir de meados dos anos 1990 (Gráfico 6.1). Os resultados preliminares do IDS 2011 indicam um declínio na mortalidade infantil, de 106 mortes por mil nascidos vivos, no período de 1996 a 2001, para 64 mortes, no período de 2006 a 2011 (Instituto Nacional de Estatística & Ministério de Saúde, 2012). Esta análise da evolução na mortalidade infantil (0 a 11 meses) pode ser aplicada nas outras faixas etárias com tendências muito semelhantes à da mortalidade infantil (Tabela 6.1). Enquanto a tendência por cada faixa etária pode ser feita com as taxas de mortalidade (probabilidade de morrer), não se pode comparar estas taxas de mortalidade entre as várias faixas etárias padrão para, por exemplo, mostrar que a mortalidade infantil (0 a 11 meses) é mais elevada do que a mortalidade pós-infantil (12 a 59 meses) num mesmo período de análise.

Tabela 6.1: Taxas de mortalidade infantil e na infância (${}_nq_x$) recalculadas, IDS 1997, IDS 2003 e MICS 2008

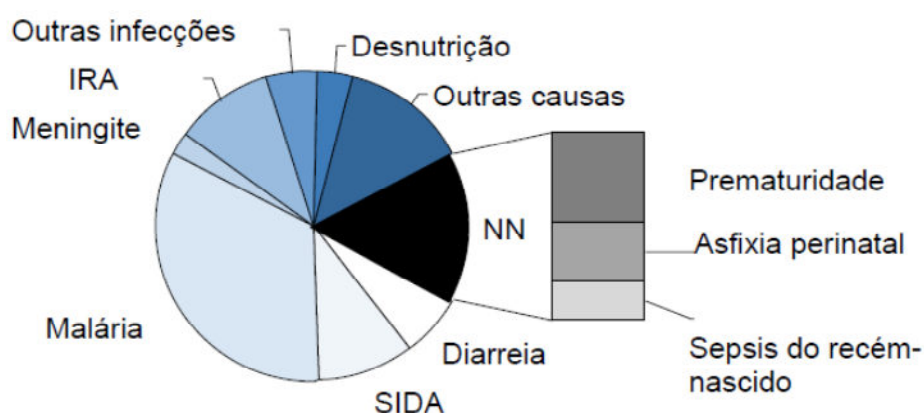
Inquérito nacional	Período quinquennial	Neo-natal	Pós-neonatal	Infantil	Pós-infantil	Infanto-juvenil
IDS 1997	1992-1997	54	81	135	77	201
	1987-1992	60	102	161	92	238
	1982-1987	57	79	136	78	204
	1977-1982	46	87	133	72	195
	1972-1977	87	77	164	103	250
IDS 2003	1998-2003	37	64	101	58	152
	1993-1998	59	89	148	68	206
	1988-1993	58	91	150	88	225
	1983-1988	65	91	156	90	232
	1978-1983	59	102	161	112	254
MICS 2008	2003-2008	38	56	94	52	141
	1998-2003	47	73	120	63	175
	1993-1998	51	87	138	90	215
	1988-1993	56	110	166	111	258
	1983-1988	58	104	162	128	270

Nota: Existe uma diferença de 1 entre algumas taxas recalculadas e as taxas nos relatórios oficiais, provavelmente por causa dos erros de arredondamento nas taxas recalculadas.

Todavia, os estudos sobre as causas de mortalidade que determinam a distribuição das mortes por causa específica entre crianças com idades inferiores aos cinco anos podem mostrar a idade em que a mortalidade está concentrada. Um estudo nacional sobre a mortalidade infantil em

Moçambique, elaborado com base em informação de 3 861 óbitos entre crianças menores de 5 anos recolhidos no Inquérito Nacional sobre Causas de Mortalidade (INCAM) em 2007/8 (Instituto Nacional de Estatística, 2009b), com mais 474 casos de referência, concluiu que a malária era a principal causa de mortalidade nas crianças de 0 a 5 anos, contribuindo com 33,4% dos óbitos (Ministério da Saúde, 2009) (Gráfico 6.2). As mortes neonatais estão em segundo lugar, com 15,9% dos óbitos, seguidas por infecções agudas do tracto respiratório inferior (IRA), com 10,1%, e SIDA (9,8%) (Gráfico 6.2). A autópsia verbal foi o principal método de recolha de dados sobre as causas de mortalidade através de entrevistas com membros da família ou provedores de cuidados após a morte da criança (Instituto Nacional de Estatística, 2009b; Ministério da Saúde, 2009).

Gráfico 6.2: Principais causas de morte entre menores de cinco anos



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde (2009: 7).

O estudo das principais causas de morte é uma fonte essencial para direccionar os esforços na redução da mortalidade infantil e na infância por causa específica e mostra que, em Moçambique, como no resto do mundo, as mortes neonatais têm uma contribuição significativa (United Nations Children's Fund, 2012). Porém, ainda existe uma lacuna na análise da saúde infantil que permita uma classificação das taxas de mortalidade infantil e na infância por faixas

etárias padrão. Os resultados das principais causas de mortalidade irão complementar os resultados desta análise.

Dados e metodologia

Descrição dos dados

A análise utilizou os dados do IDS 1997, IDS 2003 e MICS 2008.¹³ As taxas de mortalidade foram calculadas para um período de 20 anos calendários (excluindo o ano em que o inquérito foi realizado, por não ser um ano-calendário completo). O IDS de 1997 registou 22 872 nascidos vivos, dos quais 4 952 morreram antes de atingir 5 anos; o IDS de 2003 tinha 32 106 nascimentos vivos, com 6 551 óbitos entre crianças menores de 5 anos, e o MICS de 2008 registou 36 985 nascidos vivos, com 6 933 mortes entre as idades de 0 a 59 meses no período de interesse (Tabela 6. 2).

Calculou-se a razão entre os anos de nascimento para investigar a qualidade de dados analisados. A razão entre os anos de nascimento mede o grau de transferência de nascimentos de um ano para outro. Depois do módulo sobre a história de nascimentos, os IDS e o MICS contêm módulos sobre cuidados pré-natais, parto, amamentação, cuidados pós-natais e vacinação, entre outros, aplicados a mulheres que tiveram pelo menos um nascido vivo num período recente. No IDS de 1997, o limite da inclusão nestes módulos foi o mês de Janeiro do terceiro ano completo antes do ano do inquérito, correspondente a Janeiro de 1994. No IDS de 2003, o limite foi Janeiro do quinto ano completo antes do ano do inquérito, correspondente a Janeiro de 1998. Para o MICS de 2008, o critério de inclusão foi de nascimentos ocorridos dentro de dois anos em relação à data do inquérito (a mesma data e mês da entrevista em 2006).¹⁴

A premissa sobre a transferência dos nascimentos é de que os inquiridores, para evitar preencher módulos extras e reduzir a sua carga de trabalho, tendem a registar as crianças nascidas após a data do limite como tendo nascido mais cedo. Para avaliar o grau com que esta situação pode ter

¹³ A base de dados do MICS 2008 fornecida pelo Instituto Nacional de Estatística em 2010 pode ter algumas diferenças com a base final.

¹⁴ O trabalho de campo para o MICS 2008 estendeu-se de Agosto a Novembro de 2008.

ocorrido, calculou-se a razão entre nascimentos ocorridos em anos sucessivos. Esta é calculada através da seguinte fórmula (Hill, 2012; Silva, 2012):

$$100 \times \frac{2 \times B_t}{(B_{t-1} + B_{t+1})}$$

Onde: B_{t-1} , B_t and B_{t+1} são o número de nascimentos para os anos-calendário $t - 1$, t e $t + 1$.

Na ausência de uma transferência de nascimentos, a razão entre os nascimentos é igual a 100. Uma razão superior a 100 significa que houve mais nascimentos registrados para esse ano-calendário do que os esperados, e uma razão inferior a 100 significa que houve menos nascimentos para esse ano-calendário que os esperados. Mutemaringa (2011:37) aplica os seguintes limites para determinar o grau de transferência dos nascimentos:

- Razão ≥ 95 Quase nenhuma transferência de nascimentos
- $90 \leq$ Razão < 95 Pouca transferência de nascimentos
- Razão < 90 Maior grau de transferência de nascimentos

A Tabela 6.2 mostra a razão entre os nascimentos para os três inquéritos nacionais referentes ao período de análise. Os IDS de 1997 e 2003 mostram um maior grau de transferência de nascimentos, particularmente as crianças falecidas no IDS de 1997, com um valor de 46,4. No MICS de 2008, as crianças ainda vivas têm uma razão ligeiramente menor a 90, com uma razão total de 91 (Tabela 6.2).

Tabela 6.2: Razão entre ano de nascimento (ponderada) e o número de nascimentos para o período da análise, IDS 1997, IDS 2003, MICS 2008

IDS 1997				IDS 2003				MICS 2008			
Razão entre ano de nascimento				Razão entre ano de nascimento				Razão entre ano de nascimento			
Ano	Vivos	Mortos	Total	Ano	Vivos	Mortos	Total	Ano	Vivos	Mortos	Total
1977	n/a	n/a	n/a	1983	n/a	n/a	n/a	1988	n/a	n/a	n/a
1978	98.8	146.8	108.0	1984	86.8	90.9	87.9	1989	72.6	90.7	78.0
1979	103.3	71.1	95.2	1985	117.6	106.9	114.6	1990	129.6	124.9	128.1
1980	102.3	136.0	108.9	1986	92.7	92.9	92.8	1991	81.8	77.8	80.6
1981	89.4	68.4	84.2	1987	95.3	111.2	99.6	1992	109.1	120.8	112.2
1982	107.2	122.3	110.6	1988	103.1	95.3	101.0	1993	86.9	90.8	87.9
1983	98.8	111.1	101.6	1989	101.9	97.0	100.6	1994	122.6	101.6	117.6
1984	101.5	77.4	95.5	1990	91.6	118.9	97.5	1995	82.4	93.2	84.7
1985	105.2	125.2	109.6	1991	120.3	78.4	109.4	1996	118.9	107.5	116.3
1986	88.2	80.6	86.2	1992	77.5	111.8	84.1	1997	83.9	99.0	86.9
1987	114.4	112.0	113.8	1993	121.1	93.1	114.3	1998	115.7	96.0	111.4
1988	86.0	96.5	88.7	1994	88.9	98.4	90.9	1999	89.9	105.5	92.8
1989	111.9	96.6	107.5	1995	106.4	115.0	108.2	2000	109.8	112.8	110.3
1990	96.3	127.4	103.7	1996	95.0	86.5	93.1	2001	94.7	80.3	92.2
1991	99.5	84.1	95.7	1997	119.3	135.0	122.2	2002	95.2	105.3	96.8
1992	91.1	76.9	87.7	1998	82.0	78.3	81.3	2003	118.1	114.3	117.5
1993	127.2	215.5	141.5	1999	100.7	94.9	99.8	2004	85.9	89.2	86.3
1994	84.6	46.4	77.5	2000	115.2	112.7	114.9	2005	109.1	103.3	108.3
1995	95.7	84.1	94.5	2001	86.8	100.2	88.4	2006	88.8	109.6	91.0
1996	n/a	n/a	n/a	2002	n/a	n/a	n/a	2007	n/a	n/a	n/a

IDS 1997				IDS 2003				MICS 2008			
Número de nascimentos				Número de nascimentos				Número de nascimentos			
Ano	Vivos	Mortos	Total	Ano	Vivos	Mortos	Total	Ano	Vivos	Mortos	Total
1977	463	112	575	1983	649	244	893	1988	688	283	971
1978	508	178	686	1984	631	238	869	1989	534	285	819
1979	564	130	694	1985	804	281	1084	1990	783	346	1130
1980	585	189	774	1986	737	287	1023	1991	675	269	944
1981	580	147	727	1987	785	336	1121	1992	866	346	1213
1982	712	241	954	1988	911	318	1229	1993	913	304	1217
1983	749	248	997	1989	982	331	1314	1994	1234	322	1556
1984	804	205	1008	1990	1016	365	1381	1995	1099	331	1430
1985	835	281	1116	1991	1236	283	1519	1996	1434	387	1821
1986	783	244	1027	1992	1038	358	1396	1997	1312	390	1701
1987	941	325	1266	1993	1443	356	1800	1998	1695	400	2094
1988	862	336	1198	1994	1346	408	1754	1999	1617	443	2059
1989	1063	371	1434	1995	1585	472	2057	2000	1903	440	2343
1990	1038	432	1471	1996	1634	414	2048	2001	1849	337	2187
1991	1094	308	1402	1997	1856	484	2340	2002	2002	400	2402
1992	1160	301	1460	1998	1478	304	1782	2003	2356	422	2778
1993	1453	474	1928	1999	1749	292	2041	2004	1989	339	2328
1994	1125	139	1264	2000	1997	311	2308	2005	2276	338	2614
1995	1206	127	1333	2001	1717	260	1978	2006	2183	315	2498
1996	1395	163	1558	2002	1960	209	2169	2007	2641	237	2878
Total	17920	4952	22872	Total	25554	6551	32106	Total	30051	6933	36985

Nota: A razão entre os nascimentos nos anos que coincidem com o limite de inclusão nos módulos de saúde foi destacada em negrito.

O ano imediatamente anterior ao limite da inclusão é caracterizado por uma razão superior a 100, mostrando uma transferência de nascimentos para este ano. A transferência de nascimentos para outro período pode resultar em taxas de mortalidade mais baixas do que a real e aumentar as taxas de mortalidade no período em que os nascimentos são transferidos. Para contornar os efeitos da transferência, a presente análise calcula as taxas de mortalidades para períodos de quatro anos, garantindo que o ano limite e o respectivo ano anterior estejam no mesmo período.

Metodologia

Aplicou-se o método da estimação de mortalidade infantil e na infância por períodos especificado no novo manual das Nações Unidas de estimação demográfica para efectuar uma análise comparativa entre taxas de mortalidade nas idades padrão (Hill, 2012). O método especificado nesse novo manual de estimação demográfica é diferente do método aplicado nos relatórios do IDS e do MICS, apesar de ambos terem calculado as taxas de mortalidade com base numa tabela de vida de período ou uma tabela de vida duma coorte hipotética. Uma tabela de vida de período "...tenta mostrar o que aconteceria a uma coorte [hipotética], se ela fosse submetida durante toda a sua vida às condições de mortalidade do período" (Preston *et al.*, 2001: 42).

A tabela de vida duma coorte hipotética construída com base em taxas de mortalidade observadas num período é preferível a uma tabela de vida duma coorte real, com problemas de taxas desactualizadas e de acompanhamento dos seus membros (Preston *et al.*, 2001; Rutstein & Rojas, 2003). As relações aritméticas aplicadas na construção duma tabela de vida duma coorte real são igualmente aplicadas na elaboração duma tabela de vida duma coorte hipotética.

O IDS inicialmente calcula componentes de probabilidades para segmentos curtos de idade (0, 1-2, 3-5, 6-11, 12-23, 24-35, 36-47 e 48-59 meses), que são posteriormente agregados para calcular as probabilidades de morte para as idades padrão (Rutstein & Rojas, 2003). As probabilidades são definidas ao longo de um período de tempo e intervalo de cinco anos de idade que engloba três coortes, uma das quais está totalmente incluída e duas são parcialmente incluídas. O IDS

assume uma distribuição uniforme de mortes e de exposição ao risco de morrer para as coortes parcialmente incluídas.

O método de Hill (2012) calcula as taxas mensais de mortalidade infantil e na infância por cada ano-calendário. Todavia, os dados sobre a história de nascimentos recolhidos no IDS e MICS não são detalhados o suficiente para permitir um cálculo de taxas por mês e, por isso, há uma imputação aleatória das variáveis relevantes aplicadas. A data de nascimento da criança é recolhida num formato de mês e ano e, para crianças falecidas, a idade da morte é recolhida, primeiro, em dias para mortes no primeiro mês, segundo, em meses, para crianças que faleceram antes de atingir dois anos de idade e, terceiro, em anos, para crianças que morreram depois de atingir dois anos ou mais. Com a excepção da data de morte das crianças que faleceram no primeiro mês, os dados recolhidos (data de nascimento e idade na morte) não têm a exactidão requerida e, por isso, há uma imputação.

Números pseudo-aleatórios são gerados com base em duas variáveis: dia da entrevista e número do agregado. As duas variáveis foram escolhidas na base de que não há nenhuma correlação entre elas e a mortalidade infantil e na infância (Hill, 2012). O decil¹⁵ de cada variável é calculado, dividido por dez e somado a 0.05 para ter duas variáveis distribuídas uniformemente (aleatório 1 e aleatório 2). O processo de imputação envolve a soma do aleatório 1 à data de nascimento e a soma do aleatório 2 à idade na altura da morte.¹⁶ A data de morte (imputada) é calculada com a soma da data de nascimento (imputada) à idade na altura da morte (imputada).

O objectivo do método de Hill (2012) é calcular as taxas de mortalidade na forma de probabilidades de morrer com mais precisão. Taxas específicas de mortalidade por idade são calculadas inicialmente, e as probabilidades de morrer são derivadas das taxas específicas por idade, em conformidade com as relações aritméticas da tabela de vida da coorte (Preston *et al.*, 2001). As taxas específicas de mortalidade por idade são calculadas através da seguinte fórmula (Hill, 2012):

¹⁵ A décima parte, quando os dados, depois de sorteados, são divididos em 10 partes iguais

¹⁶ Para mais detalhes, veja Hill (2012).

$$M(x, j) = \frac{\sum_{i=1}^N D(i, x, j) * wgt(i)}{\sum_{i=1}^N E(i, x, j) * wgt(i)}$$

Onde: $\sum_{i=1}^N D(i, x, j)$ é a soma das mortes na idade x no ano y das crianças $i=1$ até N

$\sum_{i=1}^N E(i, x, j)$ é a soma da exposição ao risco de morrer na idade x no ano y das crianças $i=1$ até N

$wgt(i)$ é o peso da criança i

A probabilidade de morrer é derivada das taxas específicas por idade utilizando a seguinte fórmula (Hill, 2012):

$$q(x, j) = \frac{\frac{M(x, j)}{12}}{(1 + \frac{M(x, j)}{24})}$$

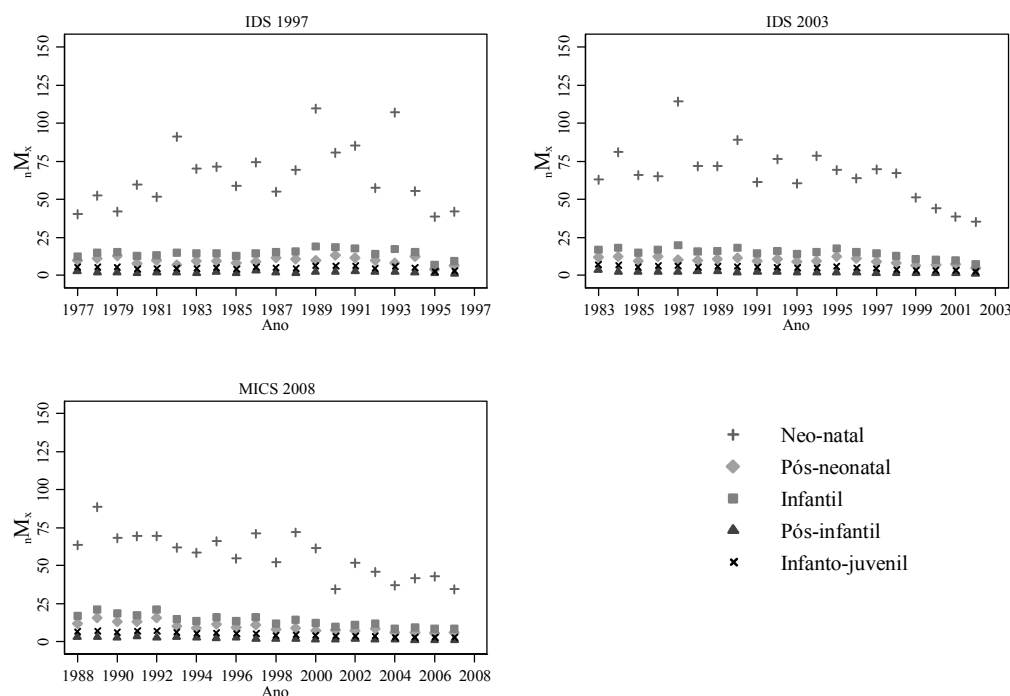
E esta análise tem como enfoque as taxas específicas de mortalidade por idade ($M(x, j)$). Porque estas taxas são calculadas com uma exposição por anos-pessoa (neste caso meses-pessoa), elas são anualizadas e, por isso, permitem uma comparação dos níveis de mortalidade entre as faixas etárias padrão.

Resultados

Os resultados mostram que as taxas específicas de mortalidade por idade são mais elevadas na idade neonatal (0 a 30 dias) no período de análise (Gráfico 6.3). A tendência é muito flutuante, aumentando durante os anos que coincidem com a guerra civil em Moçambique (1976 a 1992), seguindo-se um declínio no período pós-guerra. Notam-se picos nos anos 1982, 1989 e 1993, no IDS 1997, no ano 1987, no IDS 2003, e no ano 1989, no MICS 2008 (Gráfico 3.3). Tendo em conta as tendências provocadas pelas limitações dos dados mostrados na Tabela 6.2, os picos nos anos 1987 e 1989, provavelmente, representam um aumento da mortalidade devido à guerra

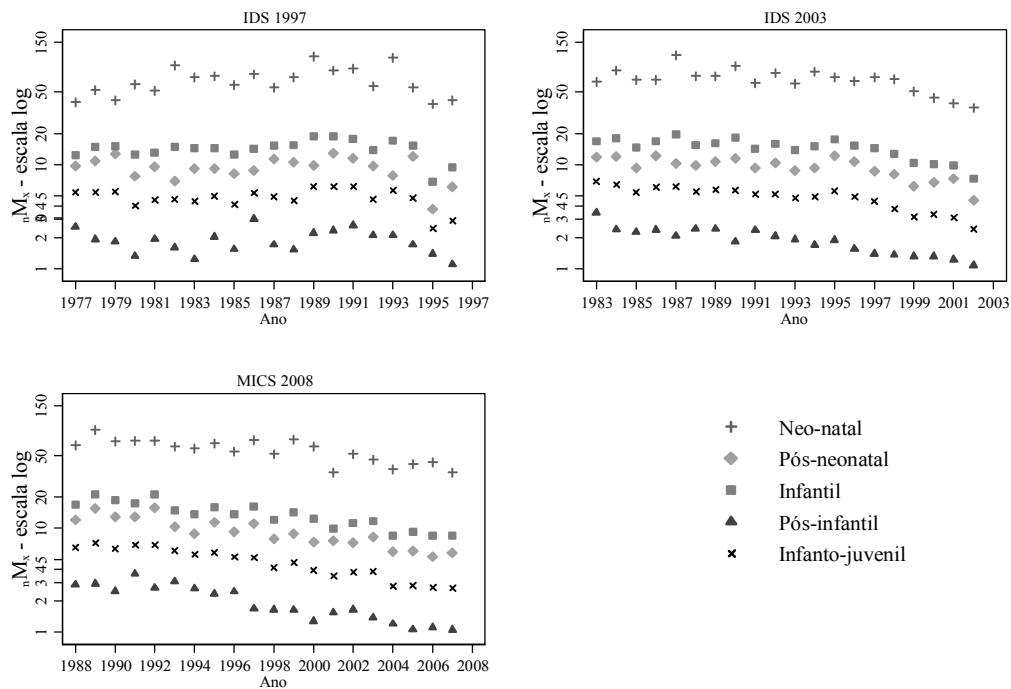
civil. Segundo Baden (1997), a devastação da guerra civil atingiu o seu pico nos fins da década de 1980.

Gráfico 6.3: Taxas específicas de mortalidade infantil e na infância por idade ($M(x, j)$), IDS 1997, IDS 2003, MICS 2008



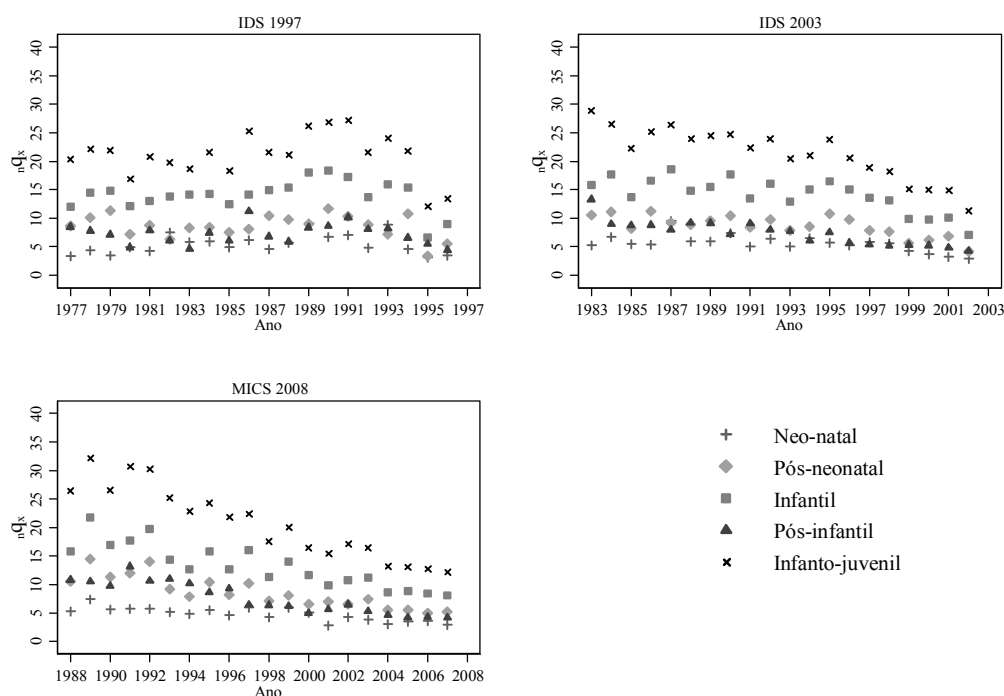
As escalas das taxas específicas de mortalidade infantil e na infância por idade foram transformadas para uma escala logarítmica do programa STATA para facilitar a análise das tendências nas outras faixas etárias, menos visíveis numa escala normal, por causa das elevadas taxas de mortalidade neo-natal (Gráfico 6.4). As taxas anuais de mortalidade infantil e pós-neonatal seguem a mortalidade neo-natal, enquanto as taxas de mortalidade pós-infantil (12 a 59 meses) são as mais baixas entre as faixas etárias padrão. A mortalidade neo-natal, no período mais recente da análise (o ano 2007 do MICS 2008) é 4 vezes maior que a mortalidade infantil e 33 vezes maior que a mortalidade pós-infantil (Anexo 1). Uma classificação em ordem decrescente das taxas específicas de mortalidade por idade tem a seguinte sequência: mortalidade neo-natal, mortalidade infantil, mortalidade pós-neonatal, mortalidade infanto-juvenil e mortalidade pós-infantil (Gráfico 6.4).

Gráfico 6.4: Taxas anuais de mortalidade infantil e na infância específicas por idade ($M(x, j)$) numa escala logarítmica, IDS 1997, IDS 2003, MICS 2008



Em geral, a tendência das probabilidades de morrer é semelhante às tendências das taxas específicas de mortalidade infantil e na infância por idade, visto que ambas mostram a distribuição das mortes por grupo etário e ano (Gráfico 6.5). Porque as faixas etárias padrão têm um período não uniforme de exposição ao risco de morte, a probabilidade de morte neo-natal, num período de exposição ao risco mais curto, é quase sempre menor do que a probabilidade de morte infanto-juvenil, como indicado anteriormente, o que torna essas probabilidades não comparáveis entre si em termos de níveis de mortalidade.

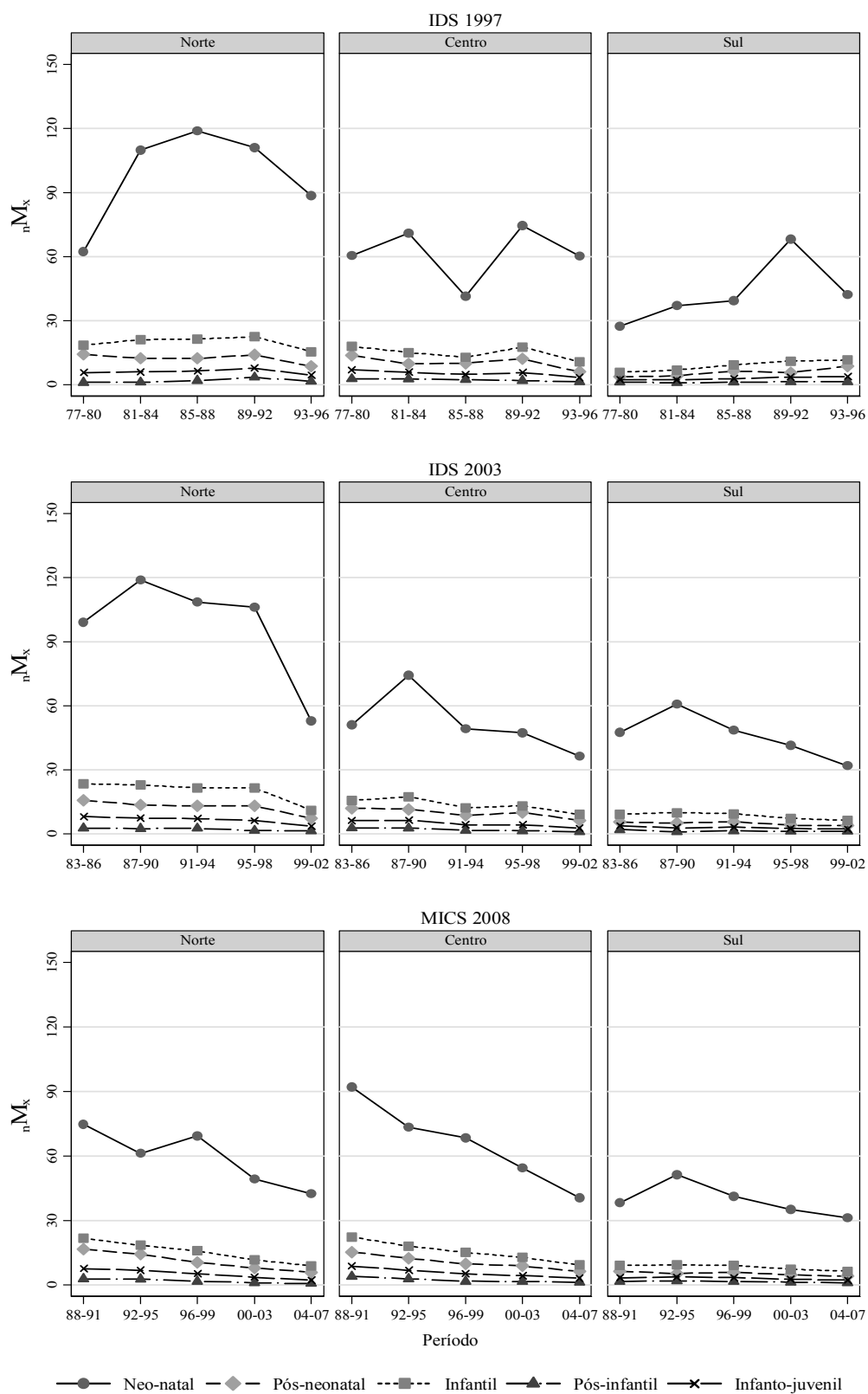
Gráfico 6.5: Probabilidades anuais de morrer (nqx), IDS 1997, IDS 2003, MICS 2008



Uma análise regional das taxas específicas de mortalidade infantil e na infância por idade para períodos de quatro anos¹⁷ mostra tendências semelhantes às tendências nacionais com taxas elevadas de mortalidade neo-natal. Em geral, o IDS 1997 e o IDS 2003 indicam altos níveis de mortalidade neo-natal na região Norte do país, enquanto o MICS 2008 mostra as taxas mais altas de mortalidade neo-natal na região Centro, excepto nos períodos 1996-1999 e 2004-2007, onde a região Norte apresenta taxas ligeiramente mais elevadas (Gráfico 6.6). Segundo o relatório final do MICS 2008, a província da Zambézia (na região Centro) apresenta taxas mais elevadas de mortalidade infantil nos 10 anos anteriores ao inquérito (Instituto Nacional de Estatística, 2009a). A região Sul apresenta taxas de mortalidade neo-natal consistentemente mais baixas.

¹⁷ Para evitar dados esparsos de taxas anuais e regionais.

Gráfico 6.6: Taxas específicas de mortalidade infantil e na infância por idade ($M(x, j)$) por região, IDS 1997, IDS 2003, MICS 2008



A magnitude de mortalidade neo-natal no período mais recente do MICS 2008 (2004 a 2007) é 4 a 5 vezes maior que a mortalidade infantil e 28 a 57 vezes maior que a mortalidade pós-infantil correspondente às regiões Sul e Norte do país. Nota-se que a região Norte apresenta taxas relativamente mais baixas de mortalidade pós-infantil neste período (Anexo 2).

Discussão e conclusão

A análise das taxas específicas de mortalidade infantil e na infância por idade permitiu uma comparação dos níveis de taxas anuais de mortalidade em Moçambique. A mortalidade anual entre crianças menores de 5 anos concentra-se no primeiro mês da vida, mostrando a sobrecarga de mortalidade no período neo-natal. Este resultado, que também é um fenómeno universal, é confirmado por estudos nacionais sobre as principais causas de mortalidade, que mostram uma contribuição significativa das mortes neo-natais (Instituto Nacional de Estatística, 2009b; Ministério da Saúde, 2009). Segundo o estudo do Ministério da Saúde (2009), as três principais causas de mortalidade neo-natal são as seguintes: prematuridade (35%), asfixia perinatal (24%) e sepsis do recém-nascido (17%), que, no conjunto, representam 76% de todas as mortes neo-natais.

Em geral, quando uma criança sobrevive o primeiro ano da vida em Moçambique, as suas possibilidades de sobreviver e atingir cinco anos de idade são maiores, devido ao baixo nível da mortalidade pós-infantil (12 a 59 meses), comparada com as outras faixas etárias. Uma classificação em ordem decrescente das taxas específicas de mortalidade por idade nos primeiros cinco anos de vida segue esta sequência: mortalidade neo-natal; mortalidade infantil, mortalidade pós-neonatal, mortalidade infanto-juvenil e mortalidade pós-infantil. No período mais recente da análise, correspondente ao ano de 2007 no MICS 2008, a mortalidade neo-natal é 4 vezes a mortalidade infantil e 33 vezes a mortalidade pós-infantil.

A sobrecarga de mortalidade neo-natal é menor no Sul do país, quando comparada com as regiões do Norte e do Centro. A sobrecarga foi maior na região Norte durante o período da guerra civil. Todavia, os dados do inquérito mais recente (MICS 2008) mostram que a região

Centro tem taxas de mortalidade neo-natal mais elevadas, com a excepção dos períodos 1996-1999 e 2004-2007, embora as diferenças entre as taxas não sejam muito grandes.

Apesar de não reproduzir as taxas oficiais, o método aqui aplicado (Hill, 2012) calcula as probabilidades anuais de morrer em cada mês entre 0 e 59 meses com maiores precisão e exactidão. Este método é baseado num processo de imputação de duas variáveis principais: a data do nascimento da criança e a idade da morte através da criação de números pseudo-aleatórios. O processo de imputação é limitado, por ser baseado em suposições que não são sempre razoáveis. Todavia, a exactidão ganha pela imputação no cálculo de taxas anuais por cada mês contrabalança as limitações.

A análise não ajustou as taxas de mortalidade infantil e na infância pelos efeitos do HIV e SIDA. Crianças seropositivas são mais propensas a morrer do que as crianças seronegativas, e existem menor probabilidade de as suas mortes serem reportadas, uma vez que as suas mães, seropositivas, estão em alto risco de morrer devido ao SIDA entre o nascimento da criança e a data do inquérito (Hill, 2012; Walker *et al.*, 2012). Por isso, as estimativas de mortalidade infantil e na infância são subestimadas, devido à não inclusão de mortes de crianças relacionadas com o SIDA.

Os resultados deste estudo reforçam a prioridade de orientar acções programáticas e recursos para a saúde neo-natal em Moçambique, por causa da sobrecarga de mortalidade nesse período. A evidência da sobrecarga de mortalidade neo-natal e resultados das principais causas de mortalidade neo-natal (prematuridade, asfixia perinatal e sepsis do recém-nascido) em Moçambique (Ministério da Saúde, 2009) devem ser divulgados à população, através de campanhas de saúde, com o objectivo de educar e informar sobre o alto risco de as crianças morrerem no primeiro mês de vida. São necessárias melhorias nas unidades neo-natais e aumentos na proporção dos partos nas unidades sanitárias para reduzir a sobrecarga de mortalidade neo-natal.

Esforços orientados para a redução das taxas anuais de mortalidade neo-natal vão contribuir para o alcance do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio número 4, que visa reduzir em dois terços a taxa de mortalidade infanto-juvenil (0 a 59 meses) entre 1990 e 2015.

Referências bibliográficas

- Baden, S. 1997. Post-conflict Mozambique: women's special situation, population issues and gender perspectives: to be integrated into skills training and employment promotion. Brighton: BRIDGE. <http://www.bridge.ids.ac.uk/reports/re44c.pdf>. Acesso 15.12.2007.
- Cliff, J. 1991. "The war on women in Mozambique: health consequences of South African destabilization, economic crisis, and structural adjustment " In Turshen, Meredith (org.), *Women and Health in Africa* New Jersey: Africa World Press. Pp. 15-33.
- Cliff, J & A.R. Noormahomed. 1993. "The impact of war on children's health in Mozambique ". *Social Science Medicine* 36(7):843-848.
- Gaspar, M.C. 2002. "Population size, distribution, and mortality in Mozambique: 1960-1997," In Wils, Annababette (org.), *Population-Development-Environment in Mozambique: Background Readings* Laxenburg: International Institute for Applied Systems Analysis. Pp. 5-34.
- Gaspar, M.C., H.A. Cossa, C.R.os Santos, R.M. Manjate *et al.* 1998. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 1997. Calverton, Maryland, Instituto Nacional de Estatística & Macro International Inc.
- Hall, M. & T.Young. 1997. *Confronting Leviathan: Mozambique Since Independence*. London: Hurst and Company.
- Hanlon, J. 1990. *Mozambique: the Revolution Under Fire*. London: Zed Books Ltd.
- Hill, K.H. 2012. "Direct Estimation of Child Mortality from Birth Histories," In T.A. Moultrie, , R.E. Dorrington, A.G. Hill, K.H. Hill, I.M. Timæus & B. Zaba (orgs.), *Tools for Demographic Estimation*. Paris: International Union for the Scientific Study of Population. <http://demographicestimation.iussp.org/content/direct-estimation-child-mortality-birth-histories>. Acesso 04.01.2013.

- Instituto Nacional de Estatística. 2009a. Final Report of the Multiple Indicator Cluster Survey, 2008. Maputo: National Statistics Institute. http://www.childinfo.org/files/MICS3_Mozambique_FinalReport_2008.pdf. Acesso 25.01.2011.
- Instituto Nacional de Estatística. 2009b. Mortalidade em Moçambique: Inquérito Nacional sobre Causas de Mortalidade, 2007/8 - Relatório Preliminar. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. 2010. População e Indicadores Sociais: Indicadores Básicos, Moçambique. Maputo: Instituto Nacional de Estatística. <http://www.ine.gov.mz/populacao/indicadores/Document.2010-10-28.7436072050>. Acesso 16.11.2010.
- Instituto Nacional de Estatística & Ministério de Saúde. 2005. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 2003. Maputo: Instituto Nacional de Estatística and Ministério de Saúde.
- Instituto Nacional de Estatística & Ministério de Saúde. 2012. Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011 – Relatório Preliminar. Maputo: Instituto Nacional de Estatística & Ministério de Saúde.
- Kaplan, I. 1984. "The society and its environment," In Harold D. Nelson (org.), *Mozambique: A Country Study*. Washington: American University. Pp. 71-128.
- Ministério da Saúde. 2009. Moçambique Estudo Nacional Sobre a Mortalidade Infantil 2009 – Sumário. Maputo: MISAU em colaboração com a London School of Hygiene and Tropical Medicine e o Fundo das Nações Unidas para a Infância. http://www.portaldogoverno.gov.mz/docs_gov/estudos/mortalidade%20infantil.pdf. Acesso 28.12.2012.
- Mutemaringa, T.. 2011. Impact of HIV on Estimates of Child Mortality Derived Using the Summary Birth History (CEB/CS) Method. Dissertação de Mestrado, University of Cape Town. Cape Town.
- Preston, S.H., P.H. & M. Guillot. 2001. *Demography: Measuring and Modeling Population Processes*. Oxford: Blackwell Publishers.

- Rutstein, S.O. & G. Rojas. 2003. Guide to DHS Statistics. Calverton: ORC Macro.
http://pdf.dec.org/pdf_docs/PNACY778.pdf. Acesso 22.02.2006.
- Silva, R. 2012. "Child Mortality Estimation: Consistency of Under-Five Mortality Rate Estimates Using Full Birth Histories and Summary Birth Histories". *PLOS Medicine* 9(8):32-44.
- United Nations Children's Fund. 2012. "Committing to Child Survival: A Promise Renewed". New York: UNICEF.
http://www.unicef.org/videoaudio/PDFs/APR_Progress_Report_2012_final.pdf. Acesso 15.12.2012.
- United Nations Children's Fund. 1989. Children on the front line: the impact of apartheid, destabilization and warfare on children in Southern and South Africa. New York: United Nations Children's Fund.
- Walker, N., K. Hill & F. Zhao. 2012. "Child Mortality Estimation: Methods Used to Adjust for Bias due to AIDS in Estimating Trends in Under-Five Mortality". *PLOS Medicine* 9(8):12-18.

Anexos

Anexo 1

Anexo 6.1: Taxas específicas de mortalidade por idade/1000 para faixa etária-padrão

Inquérito	Ano	Neo-natal	Pós-neonatal	Infantil	Pós-infantil	Infanto-juvenil
IDS 1997	1977	40.41	9.67	12.40	2.53	5.45
IDS 1997	1978	52.61	10.94	14.78	1.92	5.43
IDS 1997	1979	42.22	12.64	15.11	1.83	5.51
IDS 1997	1980	59.54	7.77	12.45	1.33	4.06
IDS 1997	1981	51.54	9.63	13.15	1.93	4.61
IDS 1997	1982	91.23	6.94	14.73	1.60	4.66
IDS 1997	1983	70.03	9.16	14.37	1.24	4.50
IDS 1997	1984	71.69	9.16	14.47	2.03	5.03
IDS 1997	1985	58.99	8.18	12.57	1.54	4.18
IDS 1997	1986	74.56	8.81	14.26	3.02	5.37
IDS 1997	1987	55.30	11.34	15.22	1.71	4.96
IDS 1997	1988	69.39	10.52	15.53	1.53	4.56
IDS 1997	1989	109.94	9.89	18.96	2.21	6.16
IDS 1997	1990	80.87	12.85	18.71	2.33	6.19
IDS 1997	1991	85.22	11.47	17.83	2.62	6.13
IDS 1997	1992	57.51	9.77	13.91	2.10	4.69
IDS 1997	1993	107.15	7.91	17.16	2.10	5.71
IDS 1997	1994	55.37	12.09	15.37	1.71	4.81
IDS 1997	1995	38.48	3.73	6.83	1.39	2.45
IDS 1997	1996	42.04	6.14	9.40	1.10	2.90
IDS 2003	1983	62.90	11.86	16.81	3.47	6.94
IDS 2003	1984	81.00	12.10	18.14	2.39	6.45
IDS 2003	1985	65.94	9.31	14.69	2.25	5.48
IDS 2003	1986	65.29	12.27	16.72	2.38	6.05
IDS 2003	1987	114.37	10.31	19.72	2.08	6.16
IDS 2003	1988	71.79	9.81	15.51	2.43	5.49
IDS 2003	1989	72.03	10.70	16.20	2.42	5.78
IDS 2003	1990	89.09	11.45	18.24	1.84	5.71
IDS 2003	1991	61.37	9.36	14.25	2.36	5.26
IDS 2003	1992	76.50	10.47	15.81	2.06	5.21
IDS 2003	1993	60.56	8.81	13.77	1.92	4.78
IDS 2003	1994	78.54	9.36	15.09	1.69	4.96
IDS 2003	1995	69.20	12.11	17.56	1.90	5.58
IDS 2003	1996	63.98	10.80	15.28	1.56	4.94
IDS 2003	1997	69.79	8.75	14.35	1.39	4.50
IDS 2003	1998	67.12	8.09	12.73	1.36	3.79
IDS 2003	1999	51.29	6.24	10.38	1.31	3.14
IDS 2003	2000	44.06	6.77	10.10	1.32	3.31
IDS 2003	2001	38.91	7.34	9.86	1.23	3.08
IDS 2003	2002	35.38	4.54	7.31	1.08	2.40
MICS 2008	1988	63.45	12.04	16.80	2.88	6.57
MICS 2008	1989	88.82	15.43	21.20	2.94	7.27
MICS 2008	1990	68.26	12.96	18.61	2.48	6.35
MICS 2008	1991	69.28	12.99	17.40	3.63	6.94
MICS 2008	1992	69.61	15.83	21.13	2.68	6.95
MICS 2008	1993	61.71	10.31	14.85	3.08	6.12
MICS 2008	1994	58.62	8.83	13.58	2.65	5.57
MICS 2008	1995	66.02	11.31	15.90	2.35	5.83
MICS 2008	1996	54.92	9.24	13.62	2.46	5.33
MICS 2008	1997	71.11	11.13	16.23	1.68	5.21
MICS 2008	1998	52.12	7.91	12.05	1.65	4.21
MICS 2008	1999	72.06	8.84	14.19	1.64	4.69
MICS 2008	2000	61.53	7.37	12.34	1.28	3.95
MICS 2008	2001	34.53	7.63	9.89	1.54	3.50
MICS 2008	2002	51.72	7.24	11.18	1.65	3.79
MICS 2008	2003	45.76	8.28	11.68	1.38	3.84
MICS 2008	2004	37.25	5.94	8.43	1.20	2.78
MICS 2008	2005	41.64	6.07	9.24	1.06	2.81
MICS 2008	2006	43.15	5.35	8.51	1.11	2.69
MICS 2008	2007	34.74	5.82	8.48	1.05	2.67

Anexo 2

6.2: Taxas específicas de mortalidade por idade/1000 por região e períodos de 4 anos para faixas etárias-padrão

Inquérito	Ano	Período	Região	Neo-natal	Pós-neonatal	Infantil	Pós-infantil	Infanto-juvenil
IDS	1997		Norte	62.47	14.40	18.59	1.18	5.79
IDS	1997	1977-1980	Centro	60.62	13.85	18.02	2.85	7.11
IDS	1997		Sul	27.62	3.84	5.95	1.33	2.55
IDS	1997		Norte	110.00	12.49	21.26	1.23	6.15
IDS	1997	1981-1984	Centro	71.05	9.82	15.20	2.80	5.98
IDS	1997		Sul	37.14	4.28	7.00	1.01	2.34
IDS	1997		Norte	118.90	12.47	21.46	2.00	6.56
IDS	1997	1985-1988	Centro	41.60	10.23	12.96	2.51	4.92
IDS	1997		Sul	39.45	6.61	9.41	1.25	2.99
IDS	1997		Norte	111.20	14.15	22.59	3.54	7.91
IDS	1997	1989-1992	Centro	74.50	12.31	17.74	2.05	5.74
IDS	1997		Sul	68.22	5.74	11.21	1.47	3.64
IDS	1997		Norte	88.70	8.67	15.61	1.72	4.65
IDS	1997	1993-1996	Centro	60.38	6.09	10.87	1.46	3.52
IDS	1997		Sul	42.26	8.85	11.73	1.53	3.83
IDS	2003		Norte	99.08	15.82	23.48	2.77	8.27
IDS	2003	1983-1986	Centro	51.15	12.11	15.69	2.93	6.32
IDS	2003		Sul	47.56	5.67	9.34	2.12	3.89
IDS	2003		Norte	118.85	13.61	23.01	2.52	7.47
IDS	2003	1987-1990	Centro	74.28	11.68	17.47	2.83	6.50
IDS	2003		Sul	60.72	5.23	10.03	1.04	2.96
IDS	2003		Norte	108.62	13.13	21.62	2.67	7.19
IDS	2003	1991-1994	Centro	49.20	8.74	12.32	1.74	4.38
IDS	2003		Sul	48.68	5.80	9.53	1.52	3.31
IDS	2003		Norte	106.25	13.33	21.66	1.68	6.40
IDS	2003	1995-1998	Centro	47.51	10.06	13.32	1.59	4.32
IDS	2003		Sul	41.58	4.20	7.35	1.23	2.63
IDS	2003		Norte	53.05	7.24	11.20	1.46	3.61
IDS	2003	1999-2002	Centro	36.33	6.53	9.16	1.01	2.70
IDS	2003		Sul	32.05	3.97	6.45	1.27	2.38
MICS	2008		Norte	74.70	16.81	21.90	2.99	7.67
MICS	2008	1988-1991	Centro	92.09	15.41	22.36	4.10	8.87
MICS	2008		Sul	38.38	6.46	9.15	1.84	3.47
MICS	2008		Norte	61.12	14.32	18.54	2.79	6.92
MICS	2008	1992-1995	Centro	73.51	12.46	18.18	3.01	6.93
MICS	2008		Sul	51.28	5.44	9.48	2.05	3.83
MICS	2008		Norte	69.51	10.64	15.92	1.81	5.29
MICS	2008	1996-1999	Centro	68.51	9.93	15.25	1.88	5.26
MICS	2008		Sul	41.22	6.06	9.13	1.75	3.50
MICS	2008		Norte	49.33	7.99	11.74	1.09	3.65
MICS	2008	2000-2003	Centro	54.46	8.88	12.94	1.83	4.45
MICS	2008		Sul	35.18	4.85	7.45	1.38	2.73
MICS	2008		Norte	42.51	5.92	9.02	0.74	2.41
MICS	2008	2004-2007	Centro	40.59	6.46	9.44	1.37	3.21
MICS	2008		Sul	31.14	4.21	6.53	1.13	2.29

IMPACTO DA MORTALIDADE POR MALÁRIA E SIDA NA ESPERANÇA DE VIDA EM MOÇAMBIQUE

João Mangué
Carla Jorge Machado
Roberto do Nascimento Rodrigues

Introdução

Em Moçambique, a situação da saúde e as tendências de casos de mortalidade por Malária e SIDA constituem factores de interesse de vários sectores da sociedade civil, como os decisores políticos e os profissionais da área da saúde, o que desperta uma maior atenção para a sua abordagem, análise e monitoramento.

Desde os anos 1980, o SIDA é apontado como uma das principais epidemias que elevam os níveis de mortalidade da população dos países em desenvolvimento, particularmente da África Subsaariana, da qual Moçambique faz parte. Esta situação contribui para a redução da esperança de vida ao nascer da população.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1993), a Malária é uma doença de prevalência elevada e também devastadora, especialmente nos trópicos. Ela prejudica a saúde e o bem-estar de famílias, debilitando a saúde da população e colocando em risco a sobrevivência de crianças. Além disso, a Malária favorece as condições para a redução da produtividade, compromete o crescimento económico e acentua a canalização de recursos para a área de saúde. Em Moçambique, a Malária é a principal causa de morte e representa cerca de 44% das consultas

externas registadas no país, 57% das admissões em enfermarias de pediatria e cerca de 23% de mortes intra-hospitalares (MISAU, 2009:14).

Dada a importância da Malária e do SIDA no conjunto de causas de mortalidade em Moçambique, o objectivo principal do presente capítulo é medir o efeito causado pela eliminação total dessas duas causas de morte sobre a estrutura de mortalidade, por idade e sexo, da população moçambicana, evidenciando-se a contribuição das mortes por SIDA e por Malária na esperança de vida ao nascer e o número de anos de vida perdidos em decorrência de óbitos devidos a estas duas causas. A análise é feita com base na aplicação do modelo de riscos competitivos e a nível nacional e por grandes regiões, de forma a identificar as distintas situações e os diferenciais da mortalidade por sexo, segundo os indicadores propostos.

Material e metodologia

Os dados de causas básicas de morte utilizados no presente capítulo referem-se às experiências de mortalidade observadas no acto da recolha de dados pelo Inquérito Nacional sobre Causas de Mortalidade (INCAM) do ano de 2007/8. O INCAM constituiu um estudo retrospectivo sobre as causas de mortalidade, cujo objectivo foi estudar as estruturas das principais causas de morte em Moçambique.

Dado que o número de óbitos por causa, sexo e idade foi obtido num inquérito por amostragem, tornou-se necessário expandir a amostra obtida, de forma que os óbitos fossem representativos dos óbitos declarados pelo Censo em 2007. Assim, foi feito um ajustamento e respectiva redistribuição, por sexo e grupos etários, dos óbitos amostrais do INCAM, com base no total de óbitos do Censo, mantendo-se a estrutura de causas observada no inquérito. A Malária (28,8%) e o SIDA (26,9%) foram escolhidos pelo facto de serem responsáveis por mais de 50% das mortes em Moçambique (INE, 2009b).

O método usado foi o de múltiplo decremento. Este pressupõe que, ao remover uma causa de morte (por exemplo, a Malária), a força de mortalidade (ou taxa de mortalidade instantânea) das demais causas (por exemplo, o SIDA ou outras) não é afectada. Dado que a força de mortalidade total é o somatório das forças de mortalidade por várias causas, a diferença entre a estimativa da esperança de vida ao nascer, caso ninguém morresse por uma causa específica, e a esperança de vida total, representa o tempo de vida médio da população sem a causa seleccionada (Chiang, 1991 apud Abreu *et al.*, 2009). Desta forma, as tábuas de vida de múltiplo decremento obtidas fornecem uma estimativa de mortalidade por riscos competitivos, permitindo analisar a importância destas causas de morte na esperança de vida, seja de forma separada ou por todas as causas em conjunto. Esta técnica tem grande valor, dado que as tábuas de múltiplo decremento servem para avaliar não só o impacto das causas de morte em populações com sistemas confiáveis de estatísticas vitais, como também naquelas com cobertura parcial de óbitos, admitindo-se que a sub-notificação não seja diferenciada por causa (Santos *et al.*, 1984 apud Barboni *et al.*, 2004).

Com base na tábua de vida de múltiplo decremento, elabora-se a tábua de vida de causa eliminada, pressupondo que as causas de morte podem ser completamente removidas ou extintas. Nesta técnica, assume-se que com a remoção ou eliminação de uma determinada causa de morte, há um aumento da longevidade, definida pelo número de anos de vida ganhos ou salvos (Wilmoth, 2000 apud Agostinho, 2009; Carvalho & Garcia, 2003).

Construção de tábuas de vida de múltiplo decremento

Na construção da tábua de morte de múltiplo decremento, supõe-se a existência de uma razão constante entre a força de mortalidade de uma determinada causa e a força de mortalidade total em cada grupo etário (Barbosa & Andrade, 2000). As tábuas de vida de múltiplo decremento permitem a exclusão de uma ou mais causas de morte.

Com base no modelo de múltiplos decrementos, é possível construir uma tábua em que haja remoção de determinada causa de morte, tornando-se viável estimar a esperança de vida da população numa situação hipotética de supressão desta causa.

Para o cálculo da tábua de vida com a supressão de uma causa (causa eliminada) aplica-se o método de riscos proporcionais. Toma-se como condição a transformação da probabilidade de sobrevivência global da idade x a $x+n$ (${}_nP_x$) para a probabilidade hipotética de sobrevivência no intervalo x a $x+n$ (${}_n^*P_x^i$), caso a causa de morte i fosse eliminada. Para a conversão em riscos proporcionais, eleva-se ${}_nP_x$ à potência de R^{-i} , que constitui a proporção de óbitos por todas as causas, excepto pela causa i :

$${}_n^*P_x^i = {}_nP_x^{R^{-i}}$$

$$R^{-i} = ({}_nD_x - {}_nD_x^i / {}_nD_x)$$

Onde: ${}_nD_x^i$ é o total de óbitos pela causa i

${}_nD_x$ é o total de óbitos por todas as causas

Número de Anos de Vida Perdidos (AVP)

O número de AVP ilustra o impacto das taxas de mortalidade diferencial e permite o cálculo da esperança de vida perdida, atribuível a causas específicas de morte. No presente trabalho, é aplicado o método de Arriaga (1996). Assim, o número de AVP mede, para cada grupo de idade e para todas as idades, os seguintes aspectos conforme Simões (2002):

- a) o número de anos de vida perdidos, decorrentes da mortalidade por cada causa de morte, tornando possível determinar quais as principais causas responsáveis pela supressão do tempo de vida;

b) a mudança no número de anos de vida perdidos, relacionada com mudanças na mortalidade de cada causa particular. Isto torna possível indicar as causas de morte que mais contribuíram para elevar a esperança de vida, devido às alterações na mortalidade.

Situação de saúde em Moçambique

Entre 1997 e 2007, houve aumento na esperança de vida ao nascer da população moçambicana e redução da mortalidade infantil, o que indica melhorias na atenção à saúde da população moçambicana. No entanto, a crescente mortalidade proporcional por doenças infecciosas realça um revés às conquistas da saúde.

Em Moçambique, consta que o acesso aos cuidados de saúde é baixo. Cerca de 50% da população vive a uma distância superior a 20 quilómetros da unidade sanitária mais próxima (MISAU, 2006). A escassez de serviços de saúde afecta essencialmente a população rural, que constitui 69,6% da população total do país (INE, 2010).

Em busca da redução da mortalidade da população, em 2006, o governo priorizou para a área de saúde o aumento do acesso aos serviços de saúde, o incremento da eficiência na utilização dos recursos e a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Com esses objectivos, definiu ainda, entre outras acções, a construção de dois hospitais gerais (Maputo, no Sul, e Nacala-Porto, no Norte), estando a estudar a construção dos Hospitais Gerais de Matundo e Manga Loforte (ambos na região Centro) (MISAU, 2006). A efectivação destes projectos pode contribuir para a redução da heterogeneidade da qualidade e disponibilidade de serviços de saúde em Moçambique.

De acordo com os dados do INCAM (INE, 2009b), 67% das pessoas que faleceram nos últimos 12 meses anteriores à realização do censo, foram atendidas em unidades sanitárias, 28,9% pelo curandeiro e 9,3% receberam atendimento em casa. Estes indicadores têm a sua importância ao

considerar que a expansão e desenvolvimento de unidades sanitárias evitam que as pessoas morram no domicílio, sem nunca se deslocarem à unidade sanitária. Do total de mortes, 51,9% das pessoas que morreram por SIDA e 14% daquelas cuja causa de morte foi a Malária foram atendidas no curandeiro. Isto demonstra a necessidade de realização de campanhas de consciencialização e sensibilização sobre sintomas e condições de tratamento contra diversas patologias em Moçambique.

Sobre a Malária

A Malária é uma doença que afecta o país de forma contundente. Moçambique é caracterizado por um clima tropical e a transmissão da Malária é observada ao longo do ano, havendo maiores focos de transmissão no período chuvoso (Dezembro a Abril). Cerca de 90% de todas as infecções maláricas são transmitidas pelo parasita *Plasmodium falciparum*, sendo que o *Plasmodium malariae* e o *Plasmodium ovale* respondem por 9,1% e 0,9% das transmissões (MISAU, 2006).

No âmbito da política do governo para o controlo da Malária, em 1982 foi criado o Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM), cujo objectivo foi reduzir a morbi-mortalidade por Malária, no geral, e, mais especificamente, para as mulheres grávidas e as crianças menores de 5 anos de idade e grupos socialmente desfavorecidos (MISAU, 2006).

Face ao elevado impacto negativo da Malária na saúde da população, foram definidos dois conjuntos de estratégias de controlo, sendo as principais (i) a promoção de saúde, mobilização comunitária e social; (ii) controlo vectorial integrado e protecção pessoal e (iii) diagnóstico, manejo de casos e fornecimento de medicamentos. As estratégias secundárias, as de suporte, compreendem (i) gestão do programa e desenvolvimento de sistemas; (ii) vigilância, informação e pesquisa e (iii) resposta de emergência.

Na análise situacional, realizada em 2000, a Malária era responsável por 40% de consultas externas e era a principal causa de atendimento. A maior parte dos internamentos em pediatria

(60%) deveu-se à Malária severa. Além disso, cerca de 30% do total de óbitos registados nos hospitais deveu-se à Malária (MISAU, 2006).

No conjunto de estratégias, é importante destacar a pulverização intra-domiciliária (PIDOM), que, de 31 de Outubro de 2005 a 10 de Junho de 2006, cobriu 1 250 375 casas, protegendo cerca de 6 511 184 habitantes. Assim, 34% da população mereceu protecção por meio da pulverização (MISAU, 2006). Para cumprir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, traçou-se, entre outras metas, reduzir a taxa de letalidade por Malária, dos 7%, observados em 2001, para 5%, até 2010, e 3,5%, em 2015; melhorar a qualidade do diagnóstico da Malária, dos recentes 25% a 30% para 60%, em 2010, e 80%, em 2015.

Os dados disponíveis mostram que, no período de Janeiro a Maio de 2005, foram reportados 2 806 416 de casos suspeitos, o que representa um aumento de 103,6% em relação ao total registado em igual período do ano anterior. Com relação ao número de mortos, em 2004 foram reportados 1 726, total que se elevou para 1 953 em 2005 (MISAU, 2005). Ainda assim, em 2007, foram reportados 5 816 mortos e, nos anos 2008 e 2009, a proporção de mortes em relação a 2007 foi, respectivamente, 76,1% e 64,4% (WHO, 2010). Estes dados realçam que, apesar da definição e aplicação de políticas que visam o controlo desta doença, os seus efeitos negativos sobre a saúde da população mantiveram-se em nível preocupante.

Sobre o SIDA

Os resultados do Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o SIDA em Moçambique, indicam que há uma elevada taxa de conhecimento sobre o HIV/SIDA, entre homens e mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos, com taxas de 99% e 98%, respectivamente (INS *et al*, 2010). Para adolescentes de 12 a 14 anos, os níveis de conhecimento também se mostram elevados, aumentando com a idade (INE, 2009b).

De 2003 a 2009, houve uma melhoria no nível de conhecimento sobre os modos de prevenção do HIV (fidelidade entre casais e uso do preservativo): para as mulheres, as proporções passaram de 45% a 60%, ao passo que para os homens foram de 60% a 61%. A maior contribuição foi obtida no meio rural e pelas mulheres. Entretanto, do total de homens e mulheres que reportaram ter tido parceiros múltiplos nos últimos 12 meses em relação à data do inquérito, somente 23% das mulheres e 20% dos homens afirmaram ter usado preservativo na última relação sexual. Não obstante o crescimento do nível de conhecimento sobre os modos de prevenção, a transmissão heterossexual do HIV responde por mais de 90% de novas infecções entre os adultos, face à existência de relações sexuais concomitantes com múltiplos parceiros, sem uso ou com baixo recurso ao uso do preservativo (CNCS, 2010).

Entretanto, de 15 opções consideradas úteis, abaixo de 50% dos inquiridos tinham conhecimento da existência de campanhas e programas de sensibilização sobre HIV e SIDA. De acordo com o INS *et al.* (2010), em 2009, a falta de conhecimento sobre a importância de testagem em saúde foi o principal motivo para a elevada proporção de pessoas que ainda não tinham realizado o teste do HIV.

Os resultados mostram que, para a faixa etária de 15 a 49 anos, realizaram o teste 37% das mulheres e 19% dos homens, à data de referência. Das mulheres, as maiores proporções foram observadas nas faixas etárias de 20 a 24 anos e 25 a 29 anos, com 50,1% e 46,7%, respectivamente (INS *et al.*, 2010). Estas faixas coincidem com as de maiores taxas específicas de fecundidade, supondo-se que as mulheres realizem maioritariamente o teste durante o período de gestação.

Os dados contidos no Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV e SIDA 2005-2009, por meio de um sistema de vigilância epidemiológica (VE), indicaram que, em 2002, a taxa de prevalência ponderada nacional do HIV em adultos (15 a 49 anos) foi de 13,6%. Por região, destaca-se o Centro, com 18,1%, seguida pela Sul, com 14,9%, e Norte, com 8,9% (Conselho de Ministros, 2004).

Estima-se que, em 2002, ocorreram, em Moçambique, 83 mil novos casos do SIDA. Para 2004, estimou-se que cerca de 1 500 000 pessoas viviam com o HIV e SIDA. Ainda para este ano, 2004, foi estimado que 109 mil seropositivos passariam para o estado de SIDA e que, em 2006, o número de novos casos estimar-se-ia em 135 mil (Conselho de Ministros, 2004).

Segundo dados da Ronda Epidemiológica de 2007, em Consulta Pré-Natal, a prevalência do HIV poderia ter estabilizado em cerca de 16% em 2006. Os maiores índices ocorreram nas regiões Sul e Centro, com 21 e 18%, respectivamente.

Em 2004, o Governo de Moçambique traçou o segundo Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV e SIDA, o qual orienta a estratégia em prol da erradicação da epidemia no país. Para isto, o Plano tem como objectivos a redução de novas infecções e o aumento do cuidado e tratamento às pessoas vivendo com o HIV e SIDA, com vista a garantir a protecção dos direitos dessas pessoas.

Os esforços para a mitigação do impacto do SIDA partem da base. O Ministério de Educação aprovou uma estratégia que visa reduzir o impacto do HIV e SIDA sobre os trabalhadores das escolas, por meio de políticas no local de trabalho e sobre os alunos, com a inclusão do tema HIV e SIDA e da saúde reprodutiva no currículo escolar (MINED, 2002).

Em 2008, o país já possuía mais de 200 unidades sanitárias fornecendo tratamento anti-retroviral, tendo superado a meta prevista, que era de 112. Esta evolução contribuiu para um aumento do acesso ao tratamento. Todavia, ainda assim, em 2007, havia previsão de atendimento de 96 420 pessoas, mas somente 88 211 delas foram beneficiadas com o tratamento (MISAU, 2008).

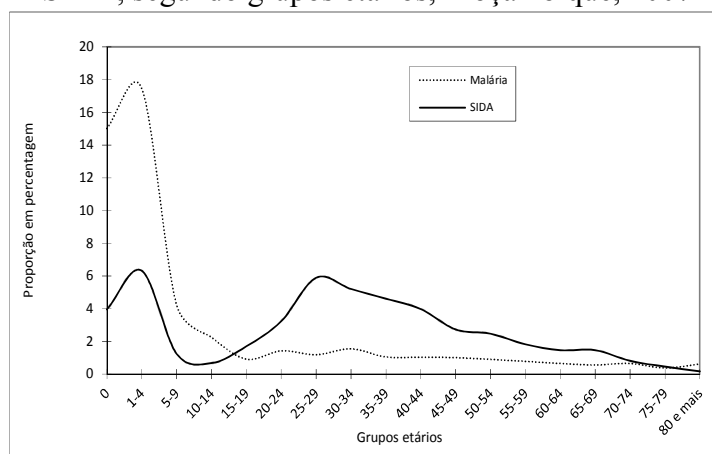
De acordo com o INCAM, o SIDA (9,3%) é a terceira maior causa de morte em crianças menores de um ano, depois da Malária (32,2%) e da sepsis bacteriana (12,8%). Em crianças menores de 5 anos, o SIDA (13,4%) constitui a segunda maior causa de morte, depois da Malária (42,3%). Este padrão mantém-se até aos 15 anos, idade a partir da qual o SIDA destaca-se por

ser a principal causa de morte, sobretudo entre os 25 e 49 anos, onde o SIDA é responsável por mais de metade dos óbitos (INE, 2009b).

O Gráfico 7.1, produzido com base nos dados do INCAM (2007/8), apresenta a distribuição proporcional da mortalidade por Malária e SIDA, por grupos etários. Esses dados indicam que há uma infantilização do SIDA, e que a faixa etária de 25 a 29 anos também se destaca por apresentar elevada proporção de óbitos por SIDA.

É preocupante constatar elevadas proporções de óbitos, tanto por Malária, quanto por SIDA, entre crianças menores de 1 ano. No que diz respeito aos óbitos infantis por SIDA, trata-se de um reflexo de elevadas percentagens de infecção pelo vírus HIV na população em idade reprodutiva, sobretudo nas mulheres (MISAU, 2006). Se se considerar que o índice de transmissão mãe-filho pode chegar a zero, se forem tomadas as medidas preventivas disponíveis, a situação parece mais alarmante e requer uma atenção urgente dos responsáveis pelas políticas na área de saúde pública.

Gráfico 7.1: Distribuição proporcional das causas de morte por Malária e SIDA, segundo grupos etários, Moçambique, 2007

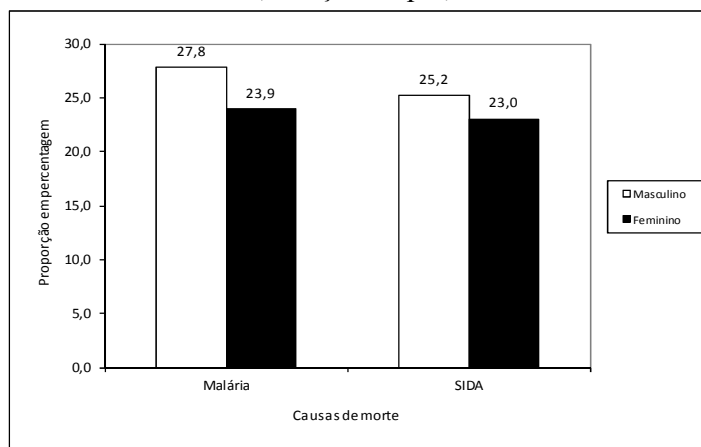


Fonte: Estimados a partir dos dados do INCAM 2007/8.

É possível, ainda, que a redução da incidência dessas duas doenças entre a população em idade reprodutiva tenha reflexos positivos entre crianças menores de 5 anos e, sobretudo, entre aquelas com menos de 1 ano.

Na população masculina, o SIDA contribuiu com 25,2%, enquanto na feminina a proporção de mortes por esta causa foi de 23,0% (Gráfico 7.2).

Gráfico 7.2: Distribuição proporcional de mortes por Malária e SIDA, por sexo, Moçambique, 2007



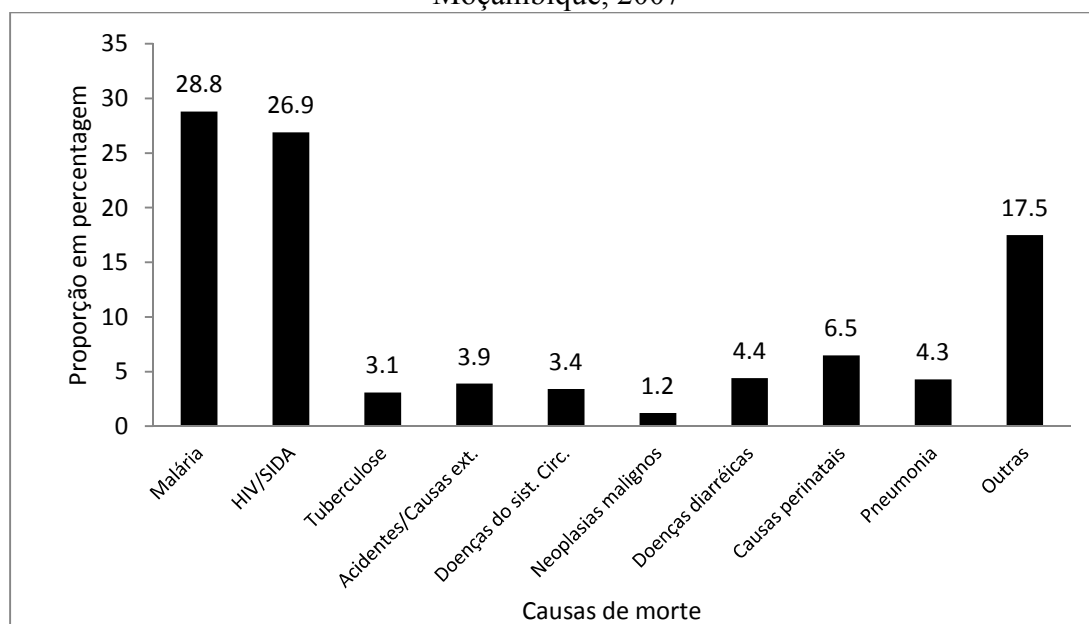
Fonte: Estimados a partir dos dados do INCAM 2007/8.

A região Sul do país destacou-se por apresentar a maior percentagem de mortes por SIDA, enquanto a região Centro se destacou por registar a maior proporção de óbitos por Malária. Ao nível das províncias, Gaza, no Sul do país, apresentou os maiores índices de morte por SIDA, com uma proporção de 40,7%. Em Nampula, no norte de Moçambique, destacaram-se as mortes por Malária, com uma proporção de 36,1% do total. Analisando por área de residência, no meio rural, morre-se mais de Malária, com 30,9%, enquanto, na urbana, a maior parte dos óbitos são causados pelo SIDA (31,6%).

No geral, o perfil epidemiológico de Moçambique, em 2007, observado com base na proporção das principais causas de morbi-mortalidade (Gráfico 7.3), apontava para uma acentuada mortalidade devido a doenças evitáveis, nomeadamente a Malária (28,8%) e o SIDA (26,9%). A

estas causas, seguiam-se as Afecções Perinatais (6,5%), as Doenças Diarreicas (4,4%) e as Pneumonias (4,3%) (INE, 2009b).

Gráfico 7.3: Distribuição proporcional das principais causas de morte, ambos os sexos, Moçambique, 2007



Fonte: INE (2009b).

Em suma, em Moçambique, segundo o INCAM, a Malária, o SIDA e as Causas Perinatais constituíram as principais causas de óbito. Para todas as causas, o sexo masculino apresentou uma mortalidade proporcional superior à do feminino.

Ganhos na esperança de vida com a eliminação dos óbitos por Malária e SIDA

O objectivo desta secção é descrever os resultados relativos à mensuração da influência da mortalidade por Malária e SIDA na esperança de vida ao nascer da população de Moçambique, em 2007, por meio dos dois indicadores propostos: (i) ganhos na esperança de vida com a

eliminação desses óbitos e (ii) anos de vida perdidos em decorrência da mortalidade por essas duas doenças.

Os maiores ganhos na esperança de vida ao nascer foram observados com a eliminação das mortes por SIDA. Para os homens, a eliminação da mortalidade por SIDA elevaria a esperança de vida ao nascer em 9,1 anos, e com a eliminação dos óbitos por Malária haveria um ganho de 8,5 anos. Entre as mulheres, estas cifras seriam de 9,9 e 9 anos, respectivamente.

Tabela 7.1: Esperança de vida masculina e feminina na presença de todas as causas de morte e ausência da Malária e SIDA, 2007

idade em anos	e_x	Masculino			Feminino		
		Todas causas	S/ Malária	S/ SIDA	Todas causas	S/ Malária	S/ SIDA
0	48,7	45,6	54,1	54,7	51,8	60,7	61,7
1	53,8	50,9	57,7	60,5	56,8	64,3	67,2
5	54,7	51,8	56,4	61,3	57,6	62,9	67,7
10	51,2	48,3	52,3	57,8	54,1	58,7	64,3
15	47,2	44,2	47,9	53,8	50,2	54,2	60,3
20	43,5	40,3	43,8	49,7	46,6	50,5	56,5
25	40,2	36,8	40,0	45,8	43,5	47,3	52,7
30	37,3	33,7	36,8	41,9	40,9	44,6	48,9
35	34,8	31,2	34,1	38,4	38,5	42,0	45,3
40	32,2	28,7	31,4	34,9	35,8	39,3	41,5
45	29,9	26,5	29,0	31,6	33,2	36,7	37,7
50	27,2	24,0	26,3	28,2	30,3	33,6	34,1
55	24,9	22,1	24,2	25,5	27,7	30,9	30,7
60	21,9	19,4	21,3	22,2	24,4	27,5	26,9
65	20,0	17,8	19,6	19,9	22,2	25,1	24,0
70	17,3	15,3	17,1	16,9	19,3	22,3	20,6
75	16,0	14,4	15,9	15,5	17,6	20,6	18,4
80 e +	13,8	12,5	13,7	13,1	15,1	17,9	15,4

Fonte: Estimado a partir dos dados do INCAM 2007/8; INE, 2009a.

A análise mais detalhada por idade indica que, ao excluir as mortes por Malária, obteve-se um acentuado ganho na esperança de vida entre crianças menores de 1 ano e, principalmente, entre aquelas que ainda não haviam completado o quinto ano de vida. Entretanto, à medida que se desloca para o final da vida, os ganhos apresentaram um constante declínio de sua contribuição para a elevação da esperança de vida. Note-se que, por sexo, para todas as idades, os ganhos entre as mulheres foram mais acentuados do que entre os homens.

Em ambos os sexos, a exclusão da mortalidade por SIDA contribuiu para maiores ganhos na esperança de vida, desde o nascimento até aos 25 anos. A partir desta idade, o número de anos de

vida ganhos tendeu a declinar substancialmente. Este declínio foi essencialmente concentrado nas idades potencialmente produtivas e activas, de 30 a 55 anos, e estendeu-se até ao final da vida. Verificou-se, ainda, que a partir dos 30 anos, os ganhos na esperança de vida masculina foram superiores aos registados na esperança de vida feminina.

Em termos regionais, no geral, a eliminação das mortes por Malária e SIDA resultou num substancial incremento na esperança de vida, o qual varia segundo o perfil epidemiológico da região. Na região Norte, para a população masculina, o maior ganho na esperança de vida ao nascer deveu-se à eliminação dos óbitos por Malária. Depois de atingir o primeiro ano de vida, até ao fim da vida, os ganhos na esperança de vida se deveram à eliminação do SIDA. Ainda na Região Norte, considerando a população feminina, os maiores ganhos na esperança de vida deveram-se, desde o nascimento até ao fim da vida, à eliminação da mortalidade por Malária. Assim, antes do primeiro ano, poderiam ter sido ganhos até 18 anos de vida com a extinção desses óbitos.

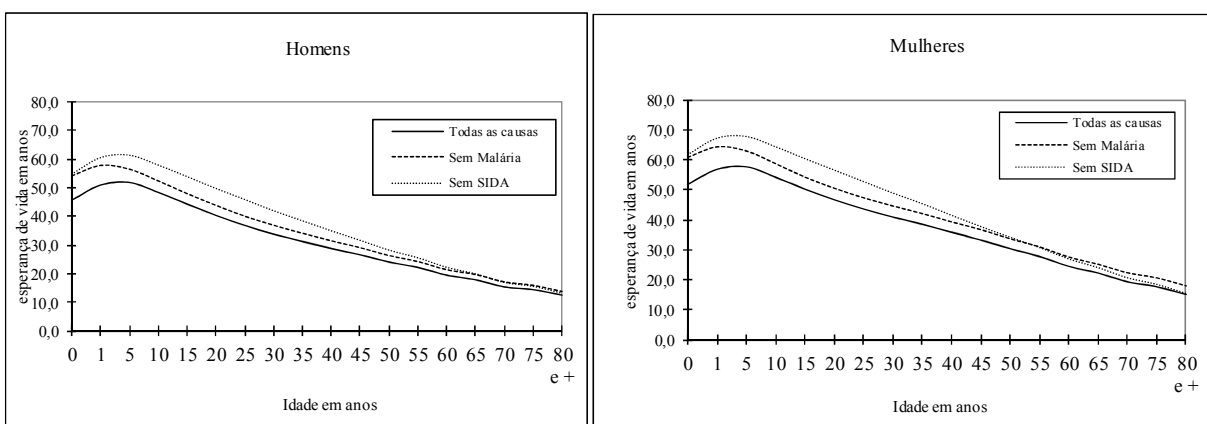
Na região Centro, na população feminina, do nascimento até aos 50 anos de idade, os maiores ganhos na esperança de vida foram obtidos com a eliminação da mortalidade por SIDA. Após esta idade, os ganhos em anos de vida devem-se principalmente à eliminação dos óbitos por Malária. Para a população masculina, o impacto, em termos de ganhos na esperança de vida, foi ligeiramente maior com a supressão dos óbitos por Malária.

Na região Sul, para a população masculina, do nascimento até aos 60 anos, os ganhos em anos de vida se deveram à eliminação da mortalidade por SIDA. E, desta idade até ao final da vida, os ganhos deveram-se, predominantemente, à eliminação dos óbitos por Malária. Para a população feminina, a eliminação das mortes por SIDA traduz-se em maiores ganhos de anos de vida, do nascimento até antes dos 60 anos.

Por sexo e idade, constatou-se que, para todas as regiões, houve uma semelhança nos padrões de comportamento dos ganhos na esperança de vida com a eliminação da mortalidade por Malária e

SIDA, embora haja diferença no nível ou montante de anos adicionais de vida, a exemplo do que ocorre para o conjunto do país.

Gráfico 7.4: Esperança de vida por sexo na presença de todas as causas de morte e ausência da Malária e SIDA, 2007



Fonte: Estimado a partir dos dados do INCAM 2007/8; INE, 2009a.

Anos de vida perdidos em decorrência de mortes por Malária e SIDA

Nesta secção, analisa-se o impacto dos óbitos por Malária e SIDA sobre o indicador Anos de Vida Perdidos em Moçambique, em 2007, com base nos resultados apresentados nas Tabelas 7.2 e 7.3.

Tabela 7.2: Anos de Vida Perdidos por Malária e SIDA por sexo, segundo região e país. Moçambique, 2007

Região/País	Homens		Mulheres	
	Malária	SIDA	Malária	SIDA
Norte	11,40	9,17	10,22	9,14
Centro	10,85	9,66	9,37	9,15
Sul	8,86	12,10	7,08	10,30
País	10,37	10,31	8,89	9,53

Fonte: Estimado a partir dos dados do INCAM 2007/8.

Entre os homens, a mortalidade por SIDA resultou em 10,3 anos de vida perdidos pela população moçambicana, impacto virtualmente igual àquele resultante da mortalidade por Malária. No caso das mulheres, perderam-se 9,5 anos de vida em função das mortes causadas por SIDA e outros 8,9 anos em decorrência de óbitos devido à Malária. O impacto foi diferencial por região, com as maiores perdas de anos de vida sendo devidas à mortalidade por Malária, nas regiões Norte e Centro, e por SIDA, na região Sul.

A desagregação da informação por idades indica que o total de AVP em decorrência das mortes por Malária foi de 6,6 anos entre os homens e 5,8 anos entre as mulheres, quando consideradas as crianças com 0 a 4 anos de idade (Tabela 7.3). Nessa mesma faixa etária, o impacto da mortalidade por SIDA foi consideravelmente menor, em ambos os sexos: 2,9 AVP entre os homens e 1,8 AVP entre as mulheres.

À semelhança da população masculina, as maiores perdas de anos de vida na população feminina, decorrentes de mortes por Malária, foram observadas entre os menores de um ano. Já a mortalidade por SIDA teve maior contribuição no aumento de AVP entre a população masculina de 25 a 44 anos. No caso da população feminina, as maiores perdas de AVP foram registadas nas faixas etárias de 25 a 29 anos, 1 a 4 anos e 30 a 34 anos.

Tabela 7.3: Anos de Vida Perdidos por sexo e causa, segundo idade, 2007

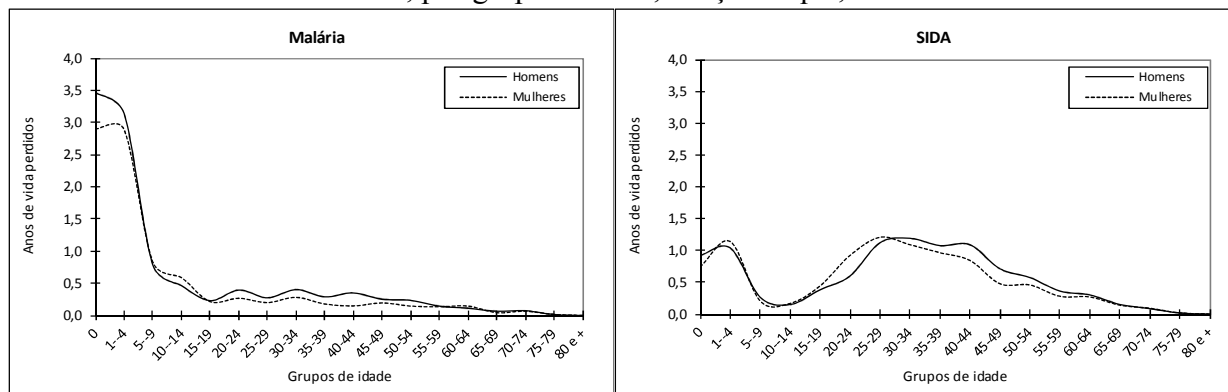
Grupos de idade	Homens		Mulheres	
	Malária	SIDA	Malária	SIDA
0	3,46	0,92	2,90	0,74
1--4	3,14	1,04	2,89	1,14
5--9	0,79	0,27	0,83	0,21
10--14	0,46	0,15	0,59	0,17
15-19	0,23	0,38	0,21	0,44
20-24	0,39	0,60	0,27	0,92
25-29	0,27	1,12	0,20	1,21
30-34	0,40	1,19	0,28	1,09
35-39	0,29	1,07	0,18	0,96
40-44	0,35	1,09	0,15	0,84
45-49	0,25	0,71	0,19	0,48
50-54	0,23	0,57	0,15	0,46
55-59	0,14	0,36	0,13	0,28
60-64	0,11	0,30	0,15	0,27
65-69	0,06	0,15	0,04	0,14
70-74	0,07	0,09	0,07	0,09
75-79	0,01	0,02	0,01	0,02
80 e +	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: Estimado a partir dos dados do INCAM 2007/8.

O impacto da mortalidade por Malária e SIDA na esperança de vida da população de Moçambique, medido pelo número de AVP, demonstrou uma variação de nível segundo a idade, causa e sexo. Os maiores ganhos de esperança de vida para Moçambique ocorreriam caso fosse eliminada a mortalidade por Malária. Para ambos os sexos, o segundo maior ganho seria obtido com a eliminação da mortalidade por SIDA.

O padrão de mortalidade por Malária apresentou uma curva unimodal, ao passo que a mortalidade por SIDA conforma uma curva bimodal. Para a primeira causa, os maiores impactos observados ao nascimento representaram 3,5 AVP para os homens e 2,9 AVP para as mulheres. Estes AVP corresponderam a 8,8% e 7,4%, respectivamente, do total de AVP associados à mortalidade por Malária e SIDA. No caso da mortalidade por SIDA, para os homens, entre as faixas etárias de 1 a 4 anos e 30 a 34 anos, foram encontrados 2,6% e 3,0% do total de AVP; as mulheres, nas faixas etárias de 1 a 4 anos e 25 a 29 anos, tiveram perda de 2,9% e 3,1% de AVP, por estas duas causas de morte, respectivamente.

Gráfico 7.5: Anos de vida perdidos devidos à mortalidade por Malária e SIDA, por grupos etários, Moçambique, 2007



Fonte: Estimado a partir dos dados do INCAM 2007/8.

Os dados evidenciam uma significativa importância da Malária e do SIDA como causas de mortalidade em Moçambique (Gráfico 7.5). Ao nascer, as crianças indefesas mostram-se expostas ao mosquito causador da Malária. No caso do SIDA, a mortalidade infantil e na infância associam-se, maioritariamente, à transmissão vertical do vírus HIV, de mãe infectada para filho, durante a gravidez ou o aleitamento materno. Na idade adulta, a infecção pelo HIV está relacionada maioritariamente à transmissão sexual, podendo também ocorrer através de partilha de seringas contaminadas na injeção de drogas.

Conclusão

O presente trabalho apresentou uma abordagem metodológica que permitiu analisar o impacto da mortalidade por Malária e SIDA, como uma contribuição para o conhecimento e compreensão do perfil e estado geral de saúde da população moçambicana. Em particular, as análises desenvolvidas fornecem importante informação a respeito dos efeitos produzidos pela Malária e SIDA na esperança de vida ao nascer e nos anos de vida perdidos.

A situação de mortalidade observada indicou uma variação, segundo causa e idade. A Malária constitui a principal causa de morte para menores de cinco anos, e o SIDA responde pela maior proporção de mortes nas idades jovem e adulta, em ambos os sexos, mas com maior impacto na população masculina. Como a maior incidência do SIDA afecta a população potencialmente reprodutiva, novos nascimentos podem estar sujeitos a esta doença, perpetuando-a. Esta situação insere Moçambique no conjunto de países cujos padrões de mortalidade realçam a “polarização epidemiológica”, pois na estrutura de causas de morte ainda se destacam as doenças infecciosas e parasitárias, mas já há incremento da participação de causas crónico-degenerativas e causas externas.

O padrão etário de mortalidade está representado em forma de “U”, realçando uma elevada mortalidade e baixa esperança de vida ao nascer, no geral. De 1997 a 2007, os níveis de mortalidade infantil e na infância declinaram. Com isto, a esperança de vida ao nascer apresentou ganhos, para ambos os sexos, que poderiam ser ainda mais significativos caso se evitasse a mortalidade por Malária, o que reduziria as elevadas taxas de mortalidade infantil. Para as idades mais jovens e adultas, os maiores ganhos proveriam principalmente da erradicação ou controlo da propagação do SIDA.

Em 2007, a esperança de vida ao nascer foi estimada em 45,6 anos, para a população masculina, e 51,8 anos, para a população feminina. Devido a Malária e SIDA, os homens deixaram de ganhar 10,4 e 10,3 anos de vida, respectivamente. As mulheres, por sua vez, perderam 8,9 e 9,6 anos de vida, também em função da mortalidade por Malária e SIDA.

Na ausência de óbitos por Malária e SIDA, a esperança de vida ao nascer em Moçambique teria atingido 54,1 anos e 54,7 anos, em vez de 49,1 anos. De igual modo, pelas mesmas razões, a esperança de vida dos homens seria de 60,8 anos e 61,7 anos para as mulheres, em vez de 47,1 e 51,8, respectivamente.

Uma conclusão também importante do presente trabalho é que a esperança de vida observada para cada região acompanha o seu nível de desenvolvimento. A região Norte, menos

desenvolvida, mas com uma maior progressão no PIB (Banco Espírito Santo, 2008), apresenta, para ambos os sexos, a menor esperança de vida ao nascer (47,4 anos). Na região Centro, a expectativa é que a população viva, em média, 50,5 anos. Na região Sul, a mais desenvolvida, a esperança de vida ao nascer é de 53,8 anos.

Da análise dos Anos de Vida Perdidos (AVP), constatou-se que os maiores índices foram marcadamente da população masculina. Ao considerar a Malária, para ambos os sexos, a população residente na região Sul perdeu menos anos de vida, se comparada com as perdas verificadas entre os habitantes das regiões Norte e Centro. No entanto, o número de AVP devido ao SIDA é maior na região Sul, em comparação com as outras duas regiões.

Entre a população de 15 a 64 anos, os homens perdem 7,4 anos devido à mortalidade por SIDA, ao passo que as mulheres perdem 6,9 anos de vida. No caso da mortalidade por Malária, as perdas se situam em 2,7 anos para os homens e 1,9 anos para as mulheres.

Os níveis muito elevados da mortalidade infantil devido a Malária e SIDA, associados à elevada mortalidade no país, contribuem para uma esperança de vida ao nascer significativamente baixa em Moçambique. Além disso, com uma maior relevância nas idades jovem e adulta, as maiores infecções pelo HIV tendem a reduzir a esperança de vida temporária nestas idades, comprometendo, tanto a capacidade reprodutiva, quanto o potencial económico da população.

Portanto, o incremento da mortalidade por Malária e SIDA poderá também surtir efeito na dinâmica demográfica, não apenas da população actual de Moçambique, mas também das próximas gerações.

Para finalizar, é importante destacar que a situação descrita e evidenciada com base nos dados apresentados ao longo deste trabalho apontam para um problema preocupante, tanto do ponto de vista das condições de saúde da população, quanto no que diz respeito ao seu potencial reprodutivo e económico. Há que vislumbrar, implantar, avaliar medidas, acções ou políticas

concretas visando uma solução rápida e eficiente para essas questões, que comprometem o direito humano mais elementar de uma população, que é o direito à vida.

Referências bibliográficas

- Abreu, D..M.X., C. C. César, & E. B. França. 2009. “Diferenciais entre homens e mulheres na mortalidade evitável no Brasil (1983-2005)”. *Cadernos de Saúde Pública* 25 (12): 2672-2682.
- Agostinho, C.S. 2009. Estudo sobre a mortalidade adulta, para Brasil entre 1980 e 2000 e Unidades da Federação em 2000: uma aplicação dos métodos de distribuição de mortes. 2009. 257 f. Tese Doutorado. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Banco Espírito Santo. 2010. República de Moçambique. Realidade e Futuro. Maputo <<http://www.bes.pt/sitebes/cms.aspx?plg=e9840b56-68ba-4129-b429-b139c1f5a97c>> Acesso em: 25 Abril 2011.
- Barbosa, L.M. & F.C.D. Andrade. 2000. Aplicação da técnica dos riscos competitivos à mortalidade do Brasil e Macrorregiões – 1991. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 12., 2000, Caxambu. Anais. Belo Horizonte: ABEP, 2000. 1 CD-ROM.
- Barboni, A.R. & S.L.D. Gotlieb. (2004). “Impacto de causas básicas de morte na esperança de vida em Salvador e São Paulo, 1996”. *Revista de Saúde Pública* 38 (1): 16-23.
- Carvalho, J.A.M. & R.A. Garcia. 2003. “O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico”. *Cadernos de Saúde Pública*. 19 (3): 725-733.
- Conselho de Ministros. 2004. Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA. Parte I. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127551.pdf Acesso em 14.08.2010.
- Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA. 2010. Incidência e impacto demográfico do

HIV. Disponível em: <http://www.cncs.org.mz/index.php/por/HIV-SIDA-em-Mocambique/Incidencia-e-impacto-demografico-do-HIV> Acesso em 15.05.2013

Instituto Nacional de Estatística. 2010. III Recenseamento Geral da População e Habitação 2007. Indicadores Socio-Demográficos. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

INE [Instituto Nacional de Estatística]. 2009a. III Recenseamento Geral da População e Habitação, 2007. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

INE [Instituto Nacional de Estatística]. 2009b. Inquérito Nacional sobre Causas de Mortalidade, 2007/2008. Relatório preliminar. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

INS [Instituto Nacional de Saúde], INE [Instituto Nacional de Estatística] & ICF Macro. 2010. Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique 2009. Calverton, Maryland, EUA: INS, INE e ICF Macro.

Ministério da Educação. 2002. Plano Estratégico de Combate ao HIV/SIDA 2003 a 2005. Maputo. Disponível em: http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/1598_MozambiqueEdStrategy.pdf Acesso em 14.08.2010

Ministério da Saúde. 2005. Moçambique, Programa Nacional de Controlo da Malária: Relatório do 1º Semestre de 2005. Maputo: Ministério da Saúde.
[http:// www.misau.gov.mz](http://www.misau.gov.mz). Acesso 26.04.2011

Ministério da Saúde. 2006. Moçambique, Programa Nacional de Controlo da Malária: Relatório de Contas, 2006. Maputo: Ministério da Saúde.
<http://www.misau.gov.mz>. Acesso 26.04.2011.

Ministério da Saúde. 2008. Direcção Nacional de Assistência Médica. Relatório Anual de 2007. Maputo

Ministerio da Saúde. 2009. Moçambique, estudo nacional sobre a mortalidade infantil.
Maputo: Ministerio da Saúde.

Simões, C.C. da S. 2002. Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de
seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília: Organização Pan-
Americana de Saúde.

WHO [World Health Organization]. 1993. Implementation of the Global Malaria Control
Strategy. Report of a WHO study group on the implementation of the global plan of action for
malaria control 1993–2000. Geneva: World Health Organization.
http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_839.pdf. Acesso 14.01.2011.

WHO [World Health Organization]. 2010. World Malaria Report 2010. Global Malaria
Programme.
http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/worldmalariareport2010.pdf
Acesso 25.04.2011.

A DINÂMICA MIGRATÓRIA EM MOÇAMBIQUE

Inês Macamo Raimundo
Ramos Cardoso Muanamoha

Introdução

Nos últimos tempos, a globalização da economia, o impacto do reajustamento económico e social, os conflitos armados, as repressões políticas por parte de Estados autoritários, a aceleração dos processos de urbanização, dentre outros factores, têm acentuado a mobilidade espacial da população à escala planetária. Moçambique, 38 anos após a sua independência, regista uma intensa mobilidade da população, que, até muito recentemente, foi justificada por factores políticos (guerra dos 16 anos, invasões armadas estrangeiras) e ambientais (inundações, ciclones, secas). Estas deslocações têm como consequência espacial a rápida urbanização. O período entre 1980 e 2007, período em que se realizaram os três recenseamentos gerais da população de Moçambique pós-independência, é caracterizado por um rápido crescimento urbano (a uma taxa média anual em torno de 5%), nem sempre justificado pela fecundidade. As migrações, sob variadas formas, têm contribuído para este crescimento, quer através de nascimentos, quer através de imigração. Este crescimento constitui, por um lado, um aumento da despesa pública, como também, por outro, acarreta um problema de gestão dos espaços, quer do ponto de vista do seu reordenamento, quer em termos de saneamento.

Desde o primeiro Recenseamento Geral da População e Habitação, de 1980, até ao terceiro, de 2007, foram recolhidas várias informações sobre migração em Moçambique, sem, contudo, se fazer uma análise aprofundada das mesmas. Com a excepção de estudos de Araújo (1990) e Lattes (1990), sobre as migrações interdistritais em Moçambique, nos anos 1980, não existem outros com análise exaustiva sobre o assunto, embora possam ser mencionados alguns, com enfoque mais variado, cobrindo tópicos como trabalho migratório ou migração laboral, migrações internas e género, migrações forçadas, etc. (vide, entre outros autores, Bilale, 2007; Covane, 2001; Das Neves, 1998; Muanamoha, 2010; Raimundo, 2010).

O presente capítulo procura analisar os dados sobre a migração interna e imigração internacional em Moçambique, com base na informação dos censos demográficos de 1997 e 2007. Com recurso ao método de mensuração directa, o trabalho apresenta, por província, volumes e taxas de migração de toda a vida ou acumulada em 1997 e 2007, e da migração do quinquénio e do ano anterior à data do censo de 2007. Além disso, o estudo faz uma descrição das características selectivas dos migrantes e algumas inferências sobre as implicações das suas principais constatações do ponto de vista de políticas de saúde pública.

O Capítulo é composto por oito secções. A seguir a esta introdução, faz-se uma abordagem teórica do fenómeno migração. Em seguida, apresenta-se a metodologia do estudo. A secção seguinte é sobre os volumes e taxas da migração interprovincial de toda a vida, em 1997 e 2007. Os volumes da migração interprovincial do período 2006-2007 e da imigração internacional por províncias são apresentados nas duas secções subsequentes, seguidas da caracterização dos migrantes interprovinciais e das considerações finais do estudo.

Quadro teórico

A primeira tentativa para formular uma teoria sobre o princípio das migrações foi feita por Ravenstein (1885-1889), o que depois se denominou por Leis de Ravenstein (*‘Ravenstein Laws’*) (Peters & Larkin, 1999). Estas Leis foram baseadas em variáveis económicas e geográficas, particularmente aquelas relacionadas com a distância e mudança temporária ou permanente de

residência. Algumas das generalizações de Ravenstein, destacadas por Peters & Larkin (1999), são sobre o seguinte:

- (i) a distância percorrida pelos migrantes, a qual tem sido curta, no geral, e longa só nos casos de uma movimentação para grandes áreas comerciais e grandes centros industriais;
- (ii) as componentes da migração, que são as correntes e contra-correntes migratórias, sendo estas últimas originadas pelas primeiras para o preenchimento dos espaços vazios deixados;
- (iii) o peso relativo dos migrantes rurais e urbanos no processo migratório, sendo o dos primeiros maior;
- (iv) a participação feminina e masculina na migração, sendo a feminina menos expressiva que a masculina e, quando ocorre, de curta distância;
- (v) o papel dos meios de comunicação de massas na migração, destacando-se o facto de o seu desenvolvimento aumentar a tendência da migração; e
- (vi) as motivações para as migrações que são tidas como sendo essencialmente económicas.

No mundo contemporâneo assiste-se a um aumento jamais visto da mobilidade humana. Montanari (2002) associa esta tendência a uma série de factores, sendo de destacar os seguintes:

- (i) taxas diferenciais de crescimento económico nas diferentes regiões do mundo;
- (ii) crescimento contínuo da população nos países em desenvolvimento e, conseqüentemente, da força de trabalho que não encontra oportunidades nas suas regiões de origem;
- (iii) inovações tecnológicas, especialmente nas áreas de transporte e comunicação, que possibilitam movimentos de longa distância a baixo custo;

- (iv) meios de comunicação de massas, que têm alcançado os cantos mais remotos do mundo e tornado possível o conhecimento completo das condições económicas e da qualidade de vida noutras regiões; e
- (v) conflitos políticos e outros, que têm incrementado o volume da migração forçada.

Outros estudiosos das migrações têm discutido as causas e as consequências das migrações, chamando a atenção para a sua complexidade e o facto de as causas não poderem ser analisadas isoladamente, senão no cômputo dos factores sociais, económicos, físicos, ambientais, políticos, sociológicos, antropológicos, de saúde, etc. (Dias & Gonçalves, 2007). O conceito de migração está associado sempre a questões de desequilíbrios regionais, em termos económicos e sociais. Para Dias & Gonçalves (2007), as motivações das migrações têm sofrido no tempo alterações associadas às rápidas mudanças ambientais, demográficas, socioeconómicas e políticas. Assim, dentre os principais factores que justificam a ocorrência da migração destacam-se, segundo estes autores, os factores ambientais (catástrofes naturais), económicos (pobreza, diferenças de recursos entre os lugares, aspirações a melhores condições de vida, globalização da economia), políticos e religiosos (guerras e conflitos). Ainda, os autores acrescentam que o estado de saúde dos indivíduos e a procura de cuidados de saúde é por vezes também uma causa de mobilidade.

Porém, embora as abordagens clássicas defendam que as pessoas migram por causa de factores económicos, há que considerar outras razões, não menos relevantes, que incluem as decisões dentro da estrutura dos agregados familiares, as distâncias a percorrer e as ligações históricas que se estabeleceram entre as antigas colónias e os países colonizadores, sem perder de vista que a tomada de decisão para a migração da pessoa não é tomada pelo indivíduo de forma isolada, mas por pessoas que são membros do mesmo agregado familiar ou com ela relacionadas.

Actualmente, a feminização da migração constitui uma das mais recentes mudanças no movimento populacional, o que se associa ao aumento da disponibilidade de emprego para as mulheres na indústria e nos serviços (Deshingkar & Grimm, 2004). Raimundo (2010) argumenta

que este aumento da migração feminina é consequência do movimento de emancipação da mulher e do aumento do movimento feminista e de defensores da igualdade de género.

Adepoju (2002, 2006) afirma que, em África, os padrões de migração de longa distância e em longos períodos de tempo foram, durante muito tempo, dominados por homens, mas agora têm sido feminizados. Mulheres migrantes não são mais apenas esposas que seguem os maridos ou que ficam com outros membros do agregado familiar, sobretudo os sogros e cunhados. Hoje, as mulheres também migram numa base independente, respondendo às suas próprias necessidades económicas. Homens e mulheres, de forma crescente, participam na migração como uma estratégia familiar de sobrevivência. No geral, as mulheres migrantes são mais novas do que os homens, e a tendência destas mulheres é de serem solteiras ou divorciadas/separadas.

É, portanto, à luz deste quadro teórico que se procura, neste texto, abordar a dinâmica demográfica no contexto específico de Moçambique, onde os censos demográficos de 1997 e 2007 dão indicação de ela estar a ocorrer com grande intensidade.

Metodologia

Os dados numéricos sobre migração foram derivados das perguntas relativas à migração dos censos demográficos de 1997 e 2007. Do censo demográfico de 1997 foi usada apenas a informação relativa à migração acumulada, enquanto do de 2007 usou-se, também, a informação referente à migração mais recente, a que ocorreu no período 2006-2007. Assim, do censo de 1997, usou-se apenas a informação que derivou da pergunta sobre o lugar de nascimento. Já do censo de 2007, para além da informação derivada da pergunta sobre o lugar de nascimento, usou-se também a que derivou das perguntas sobre o lugar de residência a 1 de Agosto de 2007 e lugar de residência a 1 de Agosto de 2006.

A partir da exploração da informação derivada das perguntas censitárias já referidas, fez-se uma estimativa dos volumes e taxas de imigração, emigração, migração líquida e correntes migratórias ao nível das províncias. As taxas visam medir a intensidade do fenómeno migratório e foram obtidas pelo quociente entre o volume de imigração, emigração ou migração líquida e a

população total dos períodos considerados. A informação sobre correntes migratórias inter-provinciais indica, para cada província, o conjunto de imigrantes/emigrantes que tenham a mesma província de origem/destino. A análise das correntes migratórias permitiu identificar as províncias de origem e destino, bem como o resultado líquido dos intercâmbios havidos entre as diferentes províncias.

A consideração das províncias como unidades espaciais de análise implicou a definição do migrante como o indivíduo não-nativo da província de residência actual que aí vivia na data do censo e cuja província de residência anterior fosse diferente da actual. O termo migrante é utilizado no sentido de generalizar tanto a condição de imigrante como a de emigrante, dependendo do referencial que se adopte.

Do ponto de vista metodológico, as estimativas de migração a partir dos dados censitários foram obtidas através de mensuração directa. Por mensuração directa entenda-se aquela que lida com dados obtidos como resposta a perguntas directamente ligadas à migração, como por exemplo as relacionadas com o lugar (ou província) de nascimento e residência actual, lugar (ou província) de residência há um ano atrás em relação à data do censo.

As perguntas sobre o lugar de nascimento e o lugar de residência actual permitem estimar a migração acumulada ou de toda a vida, enquanto as perguntas sobre o lugar de residência um ano antes da data do censo permitem aferir sobre migração mais recente.

A informação proveniente da pergunta sobre lugar de residência actual, combinada com aquela sobre o lugar de nascimento, permite conhecer para cada unidade geográfica (neste caso a província) a distribuição de seus imigrantes (não-nativos), segundo o lugar (província) de nascimento, assim como de todos os seus emigrantes (nativos a residir fora), segundo lugar (província) de residência. Esta informação permite medir o saldo migratório entre cada par, neste caso, de províncias. A informação acima tem a ver com o estoque até à data do censo, isto é, com os “migrantes acumulados” (*lifetime migrants*, na língua inglesa). Em cada unidade (província),

o estoque de imigrantes resulta de todo o fluxo imigratório no passado, descontados os fluxos negativos causados pela mortalidade, migração de retorno e reemigração.

Uma das limitações da informação aqui discutida prende-se ao facto de não permitir o conhecimento das possíveis etapas migratórias intermediárias, nem do tempo em que se deu a migração. A outra limitação tem a ver, por um lado, com o efeito da mortalidade que incide sobre o estoque e, por outro, com o efeito indirecto da migração sobre o crescimento demográfico, via fecundidade. Deve-se notar ainda que este tipo de informação não permite o conhecimento da migração de retorno dos naturais da unidade geográfica (província), o que pode alcançar valores significativos.

A pergunta sobre o lugar de residência um ano antes da data do Censo permite a estimação da migração para o intervalo considerado. Esta pergunta providencia informação sobre movimentos migratórios recentes ou da última etapa. Entretanto, a informação desta pergunta apresenta-se com alguma limitação, pois o tempo fixo de 1 ano atrás não permite captar informação sobre migração de crianças menores de 1 ano.

Migração interprovincial de toda a vida em 1997 e 2007

Volumes de migração de toda a vida

Os dados de população tabulados por província de nascimento segundo província de residência em 1997 e 2007 (vide INE, 1999, 2009) permitiram estimar, para cada província, imigrantes e emigrantes acumulados ou de toda a vida segundo a província de nascimento e de residência. Entenda-se por imigrantes acumulados ou de toda a vida numa província todos os indivíduos que, na data do censo, residiam nessa província e que nasceram noutra província. Os emigrantes acumulados ou de toda a vida de uma província são todos aqueles que nasceram nessa província e que, na data do censo, se encontravam a residir numa outra província. A migração líquida acumulada (ou saldo migratório) numa província obtém-se pela diferença entre imigrantes e emigrantes acumulados nessa província.

Tabela 8.1: Migração interna de toda a vida (ou acumulada) por província, Moçambique, 1997

Província	Imigrantes internos absolutos	Emigrantes internos absolutos	Migração líquida absoluta (ou saldo migratório)
Niassa	33060	31395	1665
Cabo Delgado	31140	42230	-11090
Nampula	84682	69958	14724
Zambézia	54501	154291	-99790
Tete	37235	76320	-39085
Manica	126217	41895	84322
Sofala	151382	126776	24606
Inhambane	66314	242400	-176086
Gaza	65712	239674	-173962
Maputo Província	263729	93312	170417
Maputo Cidade	360858	156579	204279
Total	1274830	1274830	0

Fonte: Quadro 46 - Resultados definitivos do IIRGPH de 1997

A Tabela 8.1 apresenta o volume total de migrantes interprovinciais de toda a vida, em 1997, que foi da ordem de 1 274 830 pessoas. De acordo com a Tabela 8.1, as províncias de Maputo Cidade, Maputo Província, Manica, Sofala, Nampula e Niassa foram as que tiveram, em 1997, uma migração líquida absoluta (ou saldo migratório) de toda a vida positiva, ao contrário das restantes províncias. A imigração interprovincial acumulada mais elevada (superior a 125 mil pessoas) registou-se, pela ordem de importância, em Maputo Cidade (sendo 36% dos imigrantes originários de Gaza, 29,3% de Inhambane, 20% de Maputo e 5,7% da Zambézia), Maputo Província (com 33,2% de imigrantes provenientes de Gaza, 29,8% de Inhambane e 28,5% de Maputo Cidade), Sofala (sendo 38,7% de imigrantes oriundos de Zambézia, 20% de Tete, 18,9% de Inhambane e 12,4% de Manica) e Manica (com 58,6% de imigrantes originários de Sofala, 18,8% de Tete e 8,9% de Zambézia). As outras províncias que, também, em 1997, tiveram uma migração líquida de toda a vida positiva, mas em menor escala, foram as de Nampula e Niassa.

As províncias de Inhambane, Gaza, Zambézia, Tete e Cabo Delgado foram as que, em 1997, registaram uma migração líquida absoluta (ou saldo migratório) de toda a vida negativa, devido à emigração. A maioria dos emigrantes de toda a vida da província de Inhambane residia, em 1997, em Maputo Cidade (43,6% dos emigrantes), Maputo Província (32,4%), Sofala (11,8%) e Gaza (7%). Os emigrantes de toda a vida de Gaza, em 1997, residiam, maioritariamente, em Maputo Cidade (54,2% dos emigrantes), Maputo Província (36,6%) e Inhambane (5,9%). Os da Zambézia encontravam-se principalmente nas províncias de Sofala (38% dos emigrantes), Nampula (23,6%), Maputo Cidade (13,4%) e Manica (7,3%). A maioria dos emigrantes acumulados de Tete, em 1997, estava residindo nas províncias de Sofala (39,6% dos emigrantes), Manica (31,1%), Zambézia (12,2%) e Maputo Cidade (5,8%). Finalmente, os emigrantes acumulados de Cabo Delgado, em 1997, encontravam-se maioritariamente nas províncias de Nampula (58,7% dos emigrantes), Maputo Cidade (11,5%), Niassa (6,8%), Maputo Província (5,4%), Sofala (4,8%) e Zambézia (4,6%).

A Tabela 8.2, a seguir, apresenta o volume total de migrantes interprovinciais de toda a vida, em 2007, que foi da ordem de 1.549.101 pessoas.

Tabela 8.2: Migração interna de toda vida (ou acumulada) por província, Moçambique, 2007

Província	Imigrantes internos absolutos	Emigrantes internos absolutos	Migração líquida absoluta (ou saldo migratório)
Niassa	45480	35962	9518
Cabo Delgado	40947	48791	-7844
Nampula	97574	98882	-1308
Zambézia	67003	211462	-144459
Tete	41289	87020	-45731
Manica	157669	53519	104150
Sofala	171298	160390	10908
Inhambane	67126	272806	-205680
Gaza	63449	251660	-188211
Maputo Província	453347	85501	367846
Maputo Cidade	343919	243108	100811
Total	1549101	1549101	0

Fonte: Quadro 60 - Resultados definitivos do IIIRGPH de 2007.

À semelhança do observado no censo de 1997, as províncias de Inhambane e Gaza foram as que apresentaram, em 2007, maiores volumes de emigração de toda a vida, traduzidos em saldos migratórios negativos superiores a -180 000 pessoas. Estas são seguidas, também, pelas províncias da Zambézia (com saldo migratório acima de -144 000 pessoas), Tete (com uma migração líquida absoluta superior a -45 000 pessoas), Cabo Delgado (com saldo migratório acima de -7 800 pessoas) e, por último, a província de Nampula (com uma migração líquida absoluta em torno de -1 300 pessoas) (Tabela 8.2).

Também em 2007, as províncias de imigração continuaram a ser as mesmas observadas em 1997, exceptuando-se a província de Nampula, que passou a fazer parte das províncias de emigração (Tabela 8.2). Maputo Província foi a de maior imigração acumulada. Os imigrantes eram originários principalmente de Maputo Cidade (37,2%), Inhambane (26,8%), Gaza (25%) e Zambézia (4,7%). Maputo Cidade foi, em 2007, a segunda maior província de imigração. Os

seus imigrantes eram maioritariamente provenientes de Gaza (34,1%), Inhambane (29,1%), Maputo Província (15,6%) e Zambézia (8,8%). A província de Sofala ocupou o terceiro lugar na imigração acumulada, sendo a maioria de imigrantes originária de Zambézia (46,1%), Tete (18,4%), Manica (13,9%) e Inhambane (12,2%). Manica foi a quarta maior província de imigração acumulada, cujos imigrantes eram maioritariamente de Sofala (60,5%), Tete (17,9%) e Zambézia (10,2%). Finalmente, a província de Niassa foi a quinta de imigração acumulada, sendo a maioria de imigrantes proveniente de Nampula (46,9%) e Zambézia (26,4%).

No conjunto das províncias que em 2007 tiveram uma migração líquida de toda a vida negativa (Tabela 8.2), destacam-se as seguintes províncias: Inhambane, cujos emigrantes residiam maioritariamente em Maputo Província (44,5% dos emigrantes), Maputo Cidade (36,7%), Sofala (7,7%) e Gaza (6,6%); Gaza, cujos emigrantes se encontravam principalmente em Maputo Cidade (46,6% dos emigrantes), Maputo Província (45,1%) e Inhambane (5,3%); Zambézia, com a maioria de emigrantes a residir nas províncias de Sofala (37,4% dos emigrantes), Nampula (19,2%), Maputo Cidade (14,2%), Maputo (10%), Manica (7,6%) e Niassa (5,7%); Tete, cuja maioria de emigrantes se distribuía pelas províncias de Sofala (36,2% dos emigrantes), Manica (32,5%), Zambézia (12,8%) e Maputo Cidade (5,9%); Cabo Delgado, cujos emigrantes residiam na sua maioria nas províncias de Nampula (57,4% dos emigrantes), Maputo Cidade (11,1%), Niassa (9,2%) e Maputo Província (7,2%); e, finalmente, Nampula, com a maior parte dos emigrantes de toda a vida a residir nas províncias de Cabo Delgado (26,1% dos emigrantes), Zambézia (24,6%) e Niassa (21,6%).

Os dados aqui apresentados sugerem que o destino da maior parte dos emigrantes circunscreve-se aos limites do espaço regional onde se localizam as suas províncias de origem. Os emigrantes das províncias da região norte têm a tendência de se dirigir para as províncias vizinhas dentro da mesma região. O mesmo acontece com os emigrantes das regiões centro e sul. Este aspecto é muito mais notório na região sul, onde quase toda a emigração se circunscreve aos limites espaciais desta região. Todavia, há excepções de províncias cujos emigrantes se apresentam dispersos um pouco por todo o país, extravasando os limites do espaço regional. Este é o caso, por exemplo, da província da Zambézia, cujos emigrantes se distribuem um pouco por quase

todas as regiões do país. Também, os dados revelam que, dentre todas as províncias do país, Maputo Cidade tem sido o destino de migrantes de quase todas as províncias, sendo os maiores volumes provenientes das províncias da região sul.

Os saldos migratórios apresentados nas Tabelas 8.1 e 8.2 sumarizam os ganhos e as perdas de população devido à migração de toda a vida, em 1997 e 2007, respectivamente. Em 1997, os ganhos mais elevados foram observados nas províncias de Maputo Cidade, Maputo Província e Manica (Tabela 8.1). Estas três províncias continuaram a ter os saldos migratórios positivos mais elevados do país, em 2007. A província de Maputo tomou a liderança, tendo sido seguida pelas províncias de Manica e Maputo Cidade (Tabela 8.2). Portanto, de 1997 para 2007, houve redução do volume de imigração na cidade de Maputo, enquanto em Maputo Província e Manica intensificou-se o processo de imigração. Em 1997, as maiores perdas de população devido à migração acumulada foram registadas nas províncias de Inhambane, Gaza, Zambézia e Tete (Tabela 8.1). Estas províncias continuaram a ser as mais perdedoras de população em 2007 (Tabela 8.2).

Taxas de migração de toda a vida

A liderança de Maputo Cidade na imigração de toda a vida, no conjunto das províncias, em 1997, é confirmada na Tabela 8.3. Em Maputo Cidade, a taxa de imigração indica que 37 pessoas em cada 100 que em 1997 residiam naquela cidade tinham nascido noutras províncias. A província de Maputo colocava-se em segundo lugar, com cerca de 33 pessoas em cada 100 que residiam nela em 1997 sendo naturais de outras províncias. Outras taxas de imigração não menos relevantes foram as das províncias de Manica (13%) e Sofala (11,7%).

Entretanto, no que respeita às taxas de emigração no conjunto das províncias, em 1997, Maputo Cidade apresenta-se também na liderança, com uma taxa de emigração de 20,9%, significando que em cada 100 pessoas nascidas naquela cidade cerca de 21 residiam noutras províncias em 1997. Outras taxas de emigração de toda a vida muito significativas foram observadas nas províncias de Gaza (19,5%), Inhambane (18,7%), Maputo (14,9%) e Sofala (10,1%) (Tabela 8.3).

Tabela 8.3: Taxas de migração interna líquida de toda a vida por província, Moçambique, 1997

Província	Taxa de imigração ^a (%)	Taxa de emigração ^b (%)	Taxa de migração líquida ^c (%)
Niassa	4,4	4,4	0,2
Cabo Delgado	2,4	3,3	-0,9
Nampula	2,8	2,4	0,5
Zambézia	1,9	5,3	-3,5
Tete	3,3	7,2	-3,4
Manica	13,0	4,9	8,7
Sofala	11,7	10,1	1,9
Inhambane	5,9	18,7	-15,7
Gaza	6,2	19,5	-16,4
Maputo Província	32,7	14,9	21,2
Maputo Cidade	37,3	20,9	21,1

(a) Taxa de imigração líquida = I/N' (I = imigrantes; N' = População total residente na província respectiva)

(b) Taxa de emigração líquida = E/N (E = Emigrantes; N = População total nascida na província respectiva)

(c) Taxa de migração líquida = $(I-E)/N'$

Fonte: Quadro 46 - Resultados definitivos do IIRGPH de 1997.

Do ponto de vista do resultado líquido da migração acumulada, as taxas de migração líquida, apresentadas na Tabela 3, indicam que a população observada em 1997 nas províncias de Maputo, Maputo Cidade, Manica e Sofala registou, em termos percentuais, um acréscimo em 21,2%, 21,1%, 8,7% e 1,9%, respectivamente, devido à migração interna acumulada. Em contrapartida, as províncias de Gaza, Inhambane, Zambézia, Tete e Cabo Delgado foram as que sofreram decréscimos da sua população em 16,4%, 15,7%, 3,5%, 3,4% e 0,9%, respectivamente.

As taxas de imigração, emigração e migração interna líquida de toda a vida (ou acumulada) por província, segundo o censo demográfico de 2007, são apresentadas na Tabela 8.4. A tendência observada em 1997 das taxas de imigração, emigração e migração líquida acumulada por

província prevaleceu no censo demográfico de 2007, apenas com ligeiras modificações (Tabela 8.4).

Tabela 8.4: Taxas de migração interna líquida de toda vida por província, Moçambique, 2007

Província	Taxa de imigração ^a (%)	Taxa de emigração ^b (%)	Taxa de migração líquida ^c (%)
Niassa	3,9	3,2	0,8
Cabo Delgado	2,5	3,1	-0,5
Nampula	2,4	2,5	0,0
Zambézia	1,7	5,4	-3,8
Tete	2,3	5,1	-2,6
Manica	11,2	4,2	7,4
Sofala	10,4	9,9	0,7
Inhambane	5,3	18,5	-16,2
Gaza	5,2	17,9	-15,3
Maputo Província	37,6	10,4	30,5
Maputo Cidade	31,4	25,0	9,2

(a) Taxa de imigração líquida = I/N' (I = imigrantes; N' = População total residente na província respectiva)

(b) Taxa de emigração líquida = E/N (E = Emigrantes; N = População total nascida na província respectiva)

(c) Taxa de migração líquida = $(I-E)/N'$

Fonte: Quadro 60 - Resultados definitivos do IIIRGPH de 2007.

A liderança nas taxas de imigração de toda a vida, no conjunto das províncias, em 2007, passou a pertencer à província de Maputo (e não a Maputo Cidade). De acordo com a Tabela 4, a taxa de imigração na província de Maputo indica que cerca de 38 pessoas em cada 100 que em 2007 residiam naquela província tinham nascido noutras províncias. Depois, segue-se Maputo Cidade, onde 31 pessoas em cada 100 residentes em 2007 eram imigrantes. À semelhança do observado em 1997, as províncias de Manica e Sofala ocuparam terceiro e quarto lugares, com taxas de imigração acumulada de 11,2% e 10,4%, respectivamente. No que respeita às taxas de emigração, as províncias de Maputo Cidade (com 25%), Inhambane (18,5%), Gaza (17,5%) e Maputo (10,4%) continuaram na liderança, em 2007. Porém, deve salientar-se um ligeiro

decréscimo nas taxas de emigração das províncias de Gaza e Maputo e um ligeiro aumento na taxa de emigração de Maputo Cidade (Tabela 8.4).

A taxa de emigração acumulada de 25% observada em Maputo Cidade, em 2007, significa que, em cada 100 pessoas nascidas naquela cidade, 25 residiam noutras províncias, em 2007. Portanto, o número de naturais de Maputo Cidade a residir noutras províncias passou de 21 em cada 100 nascidos naquela cidade, em 1997, para 25, em 2007.

Do ponto de vista de resultado líquido da migração de toda a vida, as taxas de migração líquida apresentadas na Tabela 4 indicam que as províncias com acréscimos assinaláveis de população em 2007 foram as mesmas observadas em 1997, nomeadamente Maputo Província, Maputo Cidade e Manica. Contudo, os acréscimos em Maputo Cidade e Manica foram inferiores aos registados em 1997. Ao contrário, a província de Maputo teve um acréscimo de população superior ao de 1997. Decréscimos assinaláveis de população, em 2007, foram registados nas províncias de Inhambane, Gaza, Zambézia e Tete (Tabela 8.4).

Migração interprovincial do período 2006-2007

A Tabela 8.5 mostra a migração mais recente, a do ano anterior à data do censo de 2007. Ela apresenta imigrantes e emigrantes internos absolutos do período 2006-2007 e, também, a migração líquida absoluta do mesmo período por província. Entenda-se por imigrantes do período 2006-2007, numa província, todos os indivíduos que em 2007 residiam nessa província, mas que em 2006 se encontravam noutra província. Os emigrantes do período 2006-2007, de uma província são todos aqueles que em 2006 residiam nessa província, mas que em 2007 foram enumerados noutra província. A migração líquida do período 2006-2007 numa província é dada pela diferença entre imigrantes e emigrantes do mesmo período nessa província. O volume total da migração interprovincial do período 2006-2007 foi de 217.843 migrantes (Tabela 8.5).

Tabela 8.5: Migração interprovincial do período 2006-2007, Moçambique, 2007

Província	Imigrantes internos absolutos	Emigrantes internos absolutos	Migração líquida absoluta (ou saldo migratório)
Niassa	7737	8110	-373
Cabo Delgado	11088	8300	+2788
Nampula	18894	18611	+283
Zambézia	21609	21622	-13
Tete	6091	11222	-5131
Manica	14909	10635	+4274
Sofala	18118	20906	-2788
Inhambane	18313	20468	-2155
Gaza	13583	15923	-2340
Maputo	61286	16375	+44911
Maputo Cidade	26215	65671	-39456
Total	217843	217843	0

Fonte: Quadro 59 - Resultados definitivos do IIIRGPH de 2007.

No período 2006-2007, a província de Maputo continuou a registar o maior número de imigrantes (61 286) (Tabela 8.5), provenientes, maioritariamente, da cidade de Maputo (65,1% dos imigrantes) e das províncias de Inhambane (14,6%), Gaza (10,9%) e Zambézia (3,1%). Manica foi a segunda maior província de imigração no período 2006-2007, sendo a maioria dos seus imigrantes proveniente de Sofala (56%), Tete (16,6%) e Zambézia (9,1%). A terceira província de imigração foi a de Cabo Delgado, cujos imigrantes eram maioritariamente de Nampula (61,7%), Tete (8,6%), Niassa (8,5%) e Maputo Cidade (6,9%). Nampula foi a quarta e última província de imigração no período 2006-2007, sendo a maioria dos seus imigrantes proveniente de Zambézia (31,7%), Cabo Delgado (24,8%) e Niassa (16,1%).

A Tabela 8.5 indica também que a cidade de Maputo foi a que teve o maior número de emigrantes (65 671) no período 2006-2007. Um pouco mais de 60% dos emigrantes da cidade de Maputo tiveram como destino a província de Maputo, seguindo-se, depois, Inhambane (15,6%) e

Gaza (10,1%). As outras províncias que perderam população foram as de Tete (a favor principalmente da Zambézia, com 29,9%; Manica, 22%; e Sofala, 20,1%), Sofala (a favor de Manica, 39,9%; Zambézia, 22,7%; Inhambane, 7,6%; e Tete, 6,3%), Gaza (a favor de Maputo Província, 41,9%; Maputo Cidade, 36,3%; e Inhambane, 12,4%), Inhambane (a favor de Maputo Província, 43,6%; Maputo Cidade, 31,9%; Gaza, 9,3%; e Sofala, 7,7%), Niassa (a favor de Nampula, 37,6%; Zambézia, 34,6%; e Cabo Delgado, 11,6%) e Zambézia (a favor de Sofala, 29,9%; Nampula, 27,7%; Maputo Cidade, 13%; Maputo Província, 8,8%; Niassa, 6,5%; e Manica, 6,3%).

Uma análise dos saldos migratórios interprovinciais do período 2006-2007, na Tabela 8.5, indica apenas quatro províncias com saldos positivos, nomeadamente Maputo Província, Manica, Cabo Delgado e Nampula. As outras províncias tiveram uma migração líquida absoluta negativa. Mais uma vez, a cidade de Maputo teve o saldo negativo mais elevado do período. Depois seguem-se as províncias de Tete, Sofala, Gaza, Inhambane, Niassa e Zambézia.

Imigração internacional por províncias

A migração internacional é um dos factores de variação da população num território. Quando se dispõe de dados sobre os dois lados da migração internacional (emigração e imigração), torna-se fácil a decomposição do crescimento demográfico por componentes migratório e natural. Porém, muitos países, particularmente em África, carecem de informação sobre emigração internacional fiável, visto que nos seus censos demográficos não tem sido habitual a inclusão de perguntas sobre a emigração internacional. Este é o caso dos censos de Moçambique, que contêm apenas informação sobre a imigração internacional, captada a partir das perguntas sobre o lugar de nascimento, de residência actual e em alguma data anterior à dos censos. Por isso, neste trabalho, trata-se apenas da imigração internacional, obtida a partir de dados de população, tabulados segundo o lugar de nascimento e de residência actual (imigração acumulada), bem como a partir da informação sobre lugar de residência um ano anterior à data do censo (imigração recente) (Tabela 8.6).

Assim, a Tabela 8.6 apresenta volumes de imigrantes internacionais de toda a vida e do período 2006-2007, observados no censo de 2007, por província, e as respectivas taxas de imigração internacional. Os imigrantes internacionais acumulados ou de toda a vida numa província são todos os indivíduos nascidos fora do território nacional e que em 2007 residiam nessa província. Imigrantes internacionais do período 2006-2007 numa província são aqueles que em 2006 residiam fora do território nacional mas que em 2007 foram enumerados na província em causa. A taxa de imigração internacional acumulada ou de toda a vida, numa província, resulta do quociente entre os imigrantes internacionais acumulados e a população total residente em 2007 nessa província. A taxa de imigração internacional do período 2006-2007, numa província, deriva do quociente entre imigrantes internacionais do período e a população residente nessa província em 2007.

Tabela 8.6: Volumes e Taxas da Imigração Internacional por Província, Moçambique, 2007

Província	Imigração de toda a vida		Imigração do período 2006-2007	
	Volume	Taxa (%)	Volume	Taxa (%)
Niassa	50907	4,3	3340	0,3
Cabo Delgado	14824	0,9	2490	0,2
Nampula	7622	0,2	2216	0,1
Zambézia	45522	1,2	5167	0,1
Tete	120129	6,7	9794	0,6
Manica	39770	2,8	5770	0,4
Sofala	9915	0,6	2158	0,1
Inhambane	5605	0,4	9367	0,8
Gaza	10367	0,8	12904	1,1
Maputo Província	18501	1,5	8252	0,7
Maputo Cidade	19842	1,8	7369	0,7
Total	343004	1,7	68827	0,4

Fonte: Quadros 60, 59 e 58 - Resultados definitivos do IIIRGPH de 2007

A Tabela 8.6 indica que os maiores volumes da imigração internacional acumulada em 2007 foram observados nas províncias de Tete, Niassa, Zambézia e Manica. De um total de 343.004 imigrantes internacionais acumulados em 2007, 35% estavam na província de Tete. A taxa de imigração internacional acumulada mais elevada (6,7%) registou-se em Tete, seguindo-se Niassa (4,3%) e Manica (2,8%).

Na imigração internacional do período 2006-2007, a província de Tete ocupou o segundo lugar, do ponto de vista de volumes de imigração, e Gaza ocupou a primeira posição. O destaque de Tete na imigração internacional pode estar associado com o facto de esta província ter uma ampla fronteira com três países limítrofes, o que torna o seu intercâmbio com o mundo exterior mais intenso.

Uma análise da imigração internacional acumulada por província, segundo o país de nascimento dos imigrantes, revela que, na sua maioria, os imigrantes nas províncias da região sul tinham nascido na África do Sul (Inhambane, 76,4%; Gaza, 81,2%; Maputo Província, 70,1%; Maputo Cidade, 35,6%). A maioria dos imigrantes internacionais acumulados nas províncias Niassa (82,7%), Zambézia (94,6%), Tete (68,5%) e Sofala (46%) tinha nascido no Malawi. Em Cabo Delgado, a maioria (92,7%) dos imigrantes internacionais acumulados tinha nascido na Tanzânia.

Por outro lado, a análise dos imigrantes por província, segundo a sua nacionalidade, revelou que muitos dos imigrantes acumulados em 2007 eram de nacionalidade moçambicana. Estes representavam 59,5% do total dos imigrantes internacionais acumulados em Niassa; 66,9% em Cabo Delgado; 48,5% na Zambézia; 60,4% em Tete; 67,5% em Manica; 43,4% em Sofala; 69% em Inhambane; 76,2% em Gaza; 69% em Maputo Província; e 39,9% em Maputo Cidade. Estes dados reflectem o grande peso de imigrantes moçambicanos nascidos nos países vizinhos, o que sugere que se trata de uma imigração de retorno.

Características selectivas dos migrantes

As características consideradas neste estudo foram as seguintes: sexo, idade, estado civil, nível de ensino, situação ocupacional e ocupação principal. A análise restringe-se apenas aos migrantes acumulados (em 2007) e aos mais recentes (os do período 2006-2007).

Sexo

O sexo é uma das principais características dos migrantes. Nas províncias de imigração acumulada em 2007, constatou-se que, com excepção de Niassa e Sofala, onde a maioria dos imigrantes acumulados era do sexo masculino (60,2% e 54%, respectivamente), em Manica, Maputo Província e Maputo Cidade, houve um quase equilíbrio entre os imigrantes masculinos e femininos, sendo a proporção de mulheres ligeiramente superior à dos homens em Maputo Província (50,6%) e Maputo Cidade (50,9%). Entre as províncias de emigração acumulada em 2007, observou-se que a maioria dos emigrantes acumulados era do sexo masculino em Cabo Delgado (57,7%), Nampula (60,4%), Zambézia (62,6%) e Gaza (56,9%), enquanto em Tete e Inhambane houve quase equilíbrio entre homens e mulheres, embora com uma ligeira vantagem para os homens, em ambas as províncias.

Nas províncias de imigração do período 2006-2007, os imigrantes foram predominantemente mulheres em Maputo Província (51,5%) e maioritariamente do sexo masculino em Cabo Delgado (60,4%), Nampula (56,9%) e Manica (53,1%). Entre as províncias de emigração do período 2006-2007, houve predominância de homens entre os emigrantes de Niassa (56,8%), Zambézia (60,6%), Tete (52,8%), Sofala (55,7%) e Maputo Cidade (50,2%), enquanto o predomínio de mulheres verificou-se em Inhambane (52%) e Gaza (54,9%).

Idade

A idade constitui também uma das características selectivas dos migrantes. Nas províncias de imigração em 2007, a idade média entre os imigrantes acumulados estava em torno dos 30 anos, sendo os homens ligeiramente mais velhos que as mulheres. Por exemplo, a idade média dos imigrantes foi de 27,8 anos em Niassa (29,8 para homens e 24,7 para mulheres), 30,9 em Manica

(31,4 para homens e 30,4 para mulheres), 31,3 em Sofala (32,0 para homens e 30,5 para mulheres), 28,8 em Maputo Província (29,0 para homens e 28,6 para mulheres) e 35,8 em Maputo Cidade (36,0 para homens e 35,6 para mulheres). Entretanto, nas províncias de emigração em 2007, a idade média entre os emigrantes acumulados rondava em torno dos 32 anos, e os emigrantes masculinos também eram relativamente mais velhos que os do sexo feminino. Especificamente, a idade média dos emigrantes foi de 30,7 anos em Cabo Delgado (33,0 para homens e 27,6 para mulheres), 27,1 em Nampula (29,0 para homens e 24,1 para mulheres), 29,5 na Zambézia (30,8 para homens e 27,3 para mulheres), 33,1 em Tete (33,9 para homens e 32,5 para mulheres), 34,2 em Inhambane (35,1 para homens e 33,3 para mulheres), e 37,7 em Gaza (37,8 para homens e 37,6 para mulheres).

Nas províncias de imigração do período 2006-2007, a idade média entre os imigrantes, em torno dos 21 anos, foi muito menor que a dos migrantes acumulados. Exemplificando, a idade média dos imigrantes foi de 21,6 anos em Cabo Delgado (22,8 para homens e 19,8 para mulheres), 20,6 anos em Nampula (22,1 para homens e 18,6 para mulheres), 20,3 em Manica (21,0 para homens e 19,5 para mulheres), e 21,8 em Maputo Província (22,1 para homens e 21,4 para mulheres). Também, nas províncias de emigração do período 2006-2007, a idade média dos emigrantes foi de 21 anos, sendo de 20,1 anos em Niassa (21,3 para homens e 18,7 para mulheres), 20,7 na Zambézia (21,9 para homens e 18,4 para mulheres), 20,1 em Tete (20,5 para homens e 19,6 para mulheres), 21,4 em Sofala (22,3 para homens e 20,2 para mulheres), 21,0 em Inhambane (21,0 para homens e 21,0 para mulheres), 21,2 anos em Gaza (21,0 para homens e 21,3 para mulheres), e 22,4 em Maputo Cidade (23,3 para homens e 21,6 para mulheres).

Estado civil

O estado civil constitui mais um diferencial importante dos migrantes. Entre os imigrantes acumulados de 12 ou mais anos de idade, nas províncias de imigração em 2007, predominou o estado civil de união marital, seguido pelo de solteiro, com apenas ligeiras diferenças entre homens e mulheres. Assim, entre os imigrantes acumulados de 12 ou mais anos de idade, a união marital foi de 47% em Niassa (47,4% entre homens e 45,9% entre mulheres), 58% em Manica

(56,9% entre homens e 58,5% entre mulheres), 50% em Sofala (50,7% entre homens e 50,2% entre mulheres), 49% em Maputo Província (51,7% entre homens e 46,7% entre mulheres), e 46% em Maputo Cidade (49,6% entre homens e 42,7% entre mulheres). Também, nas províncias de emigração em 2007, predominou o estado civil de união marital, seguido pelo de solteiro, entre os emigrantes acumulados de 12 ou mais anos de idade. Ou seja, a união marital foi dominante em cerca de 45% de emigrantes acumulados de 12 ou mais anos de idade em Cabo Delgado e Nampula, 49% na Zambézia, 59% em Tete, 52% em Inhambane e 50% em Gaza.

Nas províncias de imigração do período 2006-2007, dominou a tendência de os imigrantes masculinos se concentrarem no estado civil de solteiro (48,7% em Cabo delgado, 46,7% em Nampula, 53,1% em Manica, 46,1% em Maputo Província) e os femininos no de união marital (36% em Cabo Delgado, 37,4% em Nampula, 52,4% em Manica, 47,2% em Maputo Província). Nas províncias de emigração de Niassa, Zambézia, Tete e Sofala, o estado civil de solteiro dominou entre os emigrantes do sexo masculino e o de união marital entre as mulheres. Em Inhambane e Gaza, o estado civil de solteiro predominou em ambos os sexos. Em Maputo Cidade, predominou a união marital, também, entre os emigrantes de ambos os sexos.

Nível de ensino

A escolarização constitui mais uma das características selectivas dos migrantes. Em todas as províncias de imigração acumulada em 2007 (Niassa, Manica, Sofala, Maputo Província e Maputo Cidade), o nível de ensino predominante entre os imigrantes de 6 ou mais anos de idade foi o primário (65,6% em Niassa; 71,8% em Manica; 67,9% em Sofala; 67,6% em Maputo Província; 63,4% em Maputo Cidade). A proporção de imigrantes com o nível primário foi muito maior entre os imigrantes do sexo feminino. Em contrapartida, o nível secundário do 1º ciclo foi muito mais significativo entre os imigrantes do sexo masculino. Também, entre os emigrantes acumulados, nas províncias de emigração em 2007, predominou o nível de ensino primário (58,4% em Cabo Delgado; 63,9% em Nampula; 67,2% na Zambézia; 64% em Tete; 69,7% em Inhambane; 73% em Gaza), sendo a proporção de mulheres, neste nível de ensino, superior à de

homens. Em todas as províncias de emigração em 2007, o nível secundário do 1º ciclo foi também mais significativo entre os emigrantes masculinos do que entre os do sexo oposto.

Nas províncias de imigração do período 2006-2007, prevaleceu a tendência de predomínio do nível de ensino primário entre os imigrantes (62,4% em Cabo Delgado; 63,7% em Nampula; 65,3% em Manica; 64,4% em Maputo Província). Entretanto, a proporção de imigrantes com nível secundário do 1º ciclo foi relativamente maior que a observada na migração acumulada, em particular entre os imigrantes masculinos. Também, entre os emigrantes das províncias de emigração do período 2006-2007 predominou o nível de ensino primário (Niassa, 64,5%; Zambézia, 74%; Tete, 65%; Sofala, 62,7%; Inhambane, 73,5%; Gaza, 75,1%; e Maputo Cidade, 61,2%). Igualmente, há que assinalar uma percentagem bastante significativa de emigrantes, principalmente os do sexo masculino, com nível secundário do 1º ciclo.

Situação ocupacional

A situação ocupacional constitui também uma das características selectivas dos migrantes. No censo, esta característica foi captada através da pergunta sobre o exercício ou não de alguma actividade na semana anterior à data do censo. No geral, muitos imigrantes acumulados de 7 ou mais anos de idade, nas províncias de imigração em 2007, tinham exercido alguma actividade na semana anterior à data do censo de 2007, sendo a proporção de imigrantes que trabalharam relativamente mais elevada entre os homens (60,6% em Niassa; 65,4% em Manica; 67,2% em Sofala; 60,6% em Maputo Província; 71,5% em Maputo Cidade) do que entre as mulheres (34,2% em Niassa; 48,7% em Manica; 52% em Sofala; 37,5% em Maputo Província; 44% em Maputo Cidade). A mesma tendência foi observada entre os emigrantes acumulados nas províncias de emigração, onde a proporção dos que tinham trabalhado na semana anterior à data do censo foi muito mais elevada entre emigrantes masculinos (59,9% em Cabo Delgado; 63,1% em Nampula; 69,5% na Zambézia; 63,7% em Tete; 73,2% em Inhambane; 69,4% em Gaza) do que entre os femininos (32,8% em Cabo Delgado; 37,4% em Nampula; 40,7% na Zambézia; 52,6% em Tete; 46% em Inhambane; 48,3% em Gaza).

Entre os imigrantes das províncias de imigração do período 2006-2007 manteve-se a tendência de a proporção de ocupados na semana anterior à data do censo de 2007 ser maior entre os imigrantes do sexo masculino (51,8% em Cabo Delgado; 48% em Nampula; 53,2% em Manica; 54,1% em Manica província) do que entre os do sexo oposto (33,7% em Cabo Delgado; 27,9% em Nampula; 30,9% em Manica; 27,8% em Maputo Província). Também, entre os emigrantes das províncias de emigração do período 2006-2007, a maior proporção dos ocupados na semana anterior à data do censo verificou-se nos homens (46,1% em Niassa; 58,2% na Zambézia; 46,5% em Tete; 51,7% em Sofala; 57,6% em Inhambane; 51% em Gaza; 54% em Maputo Cidade) do que nas mulheres (34,2% em Niassa; 26,5% na Zambézia; 37,9% em Tete; 30,6% em Sofala; 30,6% em Inhambane; 29,9% em Gaza; 32,2% em Maputo Cidade).

Ocupação principal

A análise do tipo de ocupação principal dos migrantes ocupados na semana anterior à data do censo de 2007 indica que entre os imigrantes acumulados, nas províncias de imigração em 2007, predominaram agricultores de subsistência (52,8% em Niassa; 50,4% em Manica; 41,1% em Sofala) e vendedores de mercado (23,6% em Maputo Cidade; 18,3% em Manica; 15,6% em Maputo Província; 15% em Sofala). Também, entre os emigrantes acumulados das províncias de emigração em 2007, predominaram agricultores de subsistência (53% em Tete; 43,8% em Nampula; 35,2% em Cabo Delgado; 29,4% na Zambézia; 22,9% em Gaza) e vendedores de mercado (21,1% em Inhambane; 19,6% em Gaza; 14,7% em Zambézia; 11,4% em Cabo Delgado; 11,2% em Nampula).

Entre os imigrantes ocupados, nas províncias de imigração do período 2006-2007, predominaram também os agricultores de subsistência (41,4% em Cabo Delgado; 43,6% em Nampula; 37,3% em Manica) e vendedores de mercado (20,9% em Manica; 15% em Maputo Província). Também, entre os emigrantes ocupados das províncias de emigração do período 2006-2007, predominaram agricultores de subsistência (30,9% na Zambézia; 55,2% em Tete; 38,7% em Sofala) e

vendedores de mercado (16,9% na Zambézia; 15,6% em Sofala; 18,4% em Inhambane; 15,3% em Gaza; 15% em Maputo Cidade).

Considerações finais

Do ponto de vista da sua dinâmica migratória, as províncias podem ser distinguidas em três grupos: (i) as províncias de Manica e Maputo Província, que, nos períodos de referência, se apresentaram como províncias de imigração interna; (ii) as províncias de Zambézia, Tete, Inhambane e Gaza, que, em todos os períodos, foram de emigração interna, e (iii) as restantes províncias, que, de um período para outro, mudaram de uma tendência migratória para outra (Cabo Delgado, Niassa, Nampula, Sofala e Maputo Cidade).

Um aspecto particular da migração interna na região sul do país é o facto de envolver cada vez mais a população feminina, cuja proporção no volume total de migrantes supera a da população masculina. Nas restantes regiões continua ainda a predominância da migração masculina. Os migrantes internos são cada vez mais jovens e solteiros. A proporção de solteiros é maior entre os migrantes do sexo masculino. Entre as mulheres domina a união marital. A ocupação dos migrantes é diferencial por sexo. A proporção de migrantes ocupados é maior entre migrantes do sexo masculino. Muitos migrantes do sexo feminino são domésticas e estudantes. As ocupações dominantes entre os migrantes são as de agricultores de subsistência e de vendedores de mercado. Na cidade de Maputo, os vendedores de mercado têm maior peso que os agricultores de subsistência.

Não há explicações conclusivas sobre as causas das diferenças observadas entre as províncias, quanto às suas tendências migratórias. Contudo, algumas inferências sugerem que, no caso de Manica e Maputo Província, a tendência de imigração pode ser associada às oportunidades que elas oferecem quanto ao emprego, pelo facto de apresentarem empreendimentos económicos de grande impacto, tanto a nível local, quanto a nível nacional e internacional. Em relação a Zambézia, Tete, Inhambane e Gaza, a tendência de emigração pode estar associada à tradição da

população destas províncias para o trabalho migratório, em particular para as minas da África do Sul (no caso de Inhambane e Gaza) e agro-indústrias em Sofala (no caso de Zambézia e Tete). A tendência recente de emigração na cidade de Maputo pode estar associada ao reflorescimento da cidade da Matola e dos novos bairros pertencentes à província de Maputo.

A maior imigração internacional por províncias tem-se registado na província de Tete, o que pode estar associado com o facto de esta província fazer fronteira com três países, abrindo assim mais espaço para a entrada de cidadãos estrangeiros. Por outro lado, o aumento do investimento estrangeiro na província de Tete, nos tempos mais recentes, poderá ser mais um factor para um aumento da imigração internacional naquela província. Quase todas as províncias fronteiriças, em particular as de Tete, Niassa e Manica, apresentaram-se com níveis elevados de imigração, em particular a acumulada. A nacionalidade dos imigrantes revelou que, na sua maioria, os imigrantes são moçambicanos nascidos fora do território moçambicano. Daí, pode-se concluir que se trata de uma imigração de retorno.

O estudo permitiu apenas estimar volumes e taxas de migração interprovincial e da imigração internacional e avaliar as tendências migratórias interprovinciais, sem, contudo, avançar as possíveis causas dessas tendências. Por isso, estudos analíticos são necessários para o melhor entendimento das causas das tendências migratórias em cada uma das províncias e das suas implicações do ponto de vista de políticas públicas.

Referências bibliográficas

- Adepoju, A. 2006. "Leading issues in international migration in sub-Saharan Africa." In C. Cross et al. (eds.), *Views on Migration in Sub-Saharan Africa, proceedings of an African Migration Alliance workshop*. HSRC Press, Cape Town. Pp. 25-47.
- Adepoju, A. 2002. Fostering Free Movement of Person in West Africa: achievements, pitfalls and prospects for intra-regional migration. International migration-micro. <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/1468-2435.0088>. Acesso 24.10.2005.

- Araújo, M. G. M. 1990. “Migrações Internas e o Processo de Urbanização.” In Direcção Nacional de Estatística (org.), *Dinâmica demográfica e processos económicos, sociais e culturais*. Maputo: Comissão Nacional do Plano. Pp. 72-66.
- Bilale, C.C. 2008. *Migração Feminina para a Cidade de Maputo e suas Consequências Sócio-demográficas e Económicas*. Maputo: Imprensa Universitária.
- Covane, L. 2001. *O Trabalho Migratório e a Agricultura no Sul de Moçambique (1920-1992)*. Maputo: Promédia..
- Das Neves, J.M. 1998. Economy, Society and Labour Migration in Central Mozambique, 1930-c. 1965: A case Study of Manica Province. Dissertação de Doutoramento, School of Oriental and African Studies, University of London.
- Deshingkar, P. & S. Grimm. 2004. Voluntary Internal Migration – an update Overseas Development Institute. <http://www.odi.org.uk/rpeg/research/migration/reports/Deshingkar-Grimm.pdf>. Acesso 14.02.06.
- Dias, S. & A. Gonçalves. 2007. “Migração e Saúde”. *Revista Migrações – Número Temático Imigração e Saúde* 1:15-26.
- INE [Instituto Nacional de Estatística]. 2009. Moçambique: III Recenseamento Geral da População e Habitação 2007: Resultados Definitivos. Maputo.
- INE [Instituto Nacional de Estatística]. 1999. Moçambique: II Recenseamento Geral da População e Habitação 1997: Resultados Definitivos. Maputo.
- Lattes, A. E. 1990. *Distribuição Espacial, Urbanização e Migrações. Dinâmica Demográfica e Processos Económicos, Sociais e Culturais*.. Maputo: Comissão Nacional do Plano e Direcção Nacional de Estatística.
- Montanari, A. 2002. The Globility IGU Study Group Global Change and Human Mobility. In A. Montanari (Ed.) *Human Mobility in a Borderless World?* Roma: Società Geografica Italiana.
- Muanamoha, R.C. 2010. *Dynamics of Undocumented Mozambican Labour Migration to South Africa*. KG, Saarbrucken: Verlag Dr. Muller Aktiengesellschaft & Co.
- Peters, L. G. & R. P. Larkin. 1999. *Population Geography: Problems, concepts and prospects*. Iowa: Kendal/Hunt Publishing Company.

Raimundo, I.M. 2010. *Gender, Choice and Migration: Household Dynamics and Urbanisation in Mozambique*. KG, Saarbrücken: Verlag Dr. Muller Aktiengesellschaft & Co.

Com este livro o Centro de Pesquisa em População e Saúde (CEPSA) inicia uma série de publicações sobre questões de população e saúde em Moçambique cujo objectivo é contribuir para o conhecimento das dinâmicas de população e saúde, relevantes para o desenho e implementação de programas e políticas públicas nas áreas de população e saúde, bem como no processo de formação superior nestas áreas. Assim, este livro é o primeiro da colecção “População e Saúde” e é dedicado ao crescimento populacional e à dinâmica das suas principais componentes (natalidade, mortalidade e migração) em Moçambique nos últimos cinquenta anos.

Apoio financeiro:



www.cepsa.ac.mz