

É URGENTE REDUZIR A MORTALIDADE MATERNA EM MOÇAMBIQUE

Por: Boaventura M. Cau e Carlos Arnaldo

Apesar de uma redução significativa nos últimos anos, a mortalidade materna em Moçambique continua elevada. No país, em cada 100000 nascimentos morrem 408 mulheres devido a causas maternas. As cinco principais causas de mortes maternas em Moçambique são a rotura uterina, a hemorragia pós-parto, a pré-eclâmpsia severa/eclâmpsia, o HIV/SIDA e a sepsis puerperal. Os factores que contribuem para as mortes das mães em Moçambique incluem a falta de uso dos serviços pré-natais; de partos institucionais e serviços pós-natais; a dificuldade de acesso aos serviços de saúde; as normas culturais desfavoráveis e percepções negativas sobre os serviços de saúde; os casamentos e gravidez precoces e o baixo uso dos serviços de planeamento familiar. As acções para reduzir cada vez mais as mortes maternas em Moçambique deveriam incluir a elevação do número de mulheres que usam as unidades sanitárias existentes para as consultas pré-natais, partos e pós-parto e os serviços de planeamento familiar para espaçar ou limitar os nascimentos.

**EM MOÇAMBIQUE,
EM CADA 100000
NASCIMENTOS HÁ
408 MULHERES
QUE MORREM.**

**PARA CADA MULHER
QUE MORRE DEVIDO A
CAUSAS MATERNAS,
HÁ 20 OU MAIS
MULHERES QUE
SOFREM FERIMENTOS
GRAVES, INFECÇÕES OU
DOENÇAS LIGADAS A
CAUSAS MATERNAS.**

Um importante desafio de saúde pública que Moçambique enfrenta actualmente é a mortalidade materna. A Organização Mundial de Saúde define a morte materna como um óbito durante a gravidez, parto ou nos 42 dias que se seguem ao final da gravidez.¹ As mortes devido a complicações de gravidez, de aborto ou de parto estão incluídas na mortalidade materna. A mortalidade materna é uma preocupação mundial séria o que levou as Nações Unidas a definir a sua redução como um dos seus Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.² Embora menos mães morram hoje em Moçambique em comparação com há 20 anos, a mortalidade materna no país continua elevada. Este *policy brief* avalia os níveis de mortalidade materna em Moçambique, descreve as causas e factores da mortalidade materna no país e reporta o que tem sido feito para reduzir as mortes maternas. Este *policy brief* também indica acções que se deveria tomar para reduzir cada vez mais as mortes maternas em Moçambique.

UM MAIOR DESAFIO DE SAÚDE PARTICULARMENTE NA ÁFRICA SUBSAARIANA

No mundo, em cada minuto morre uma mulher durante o parto.³ A razão da mortalidade materna mais elevada

do mundo está na África subsaariana, onde 1 em cada 39 mulheres está em risco de encontrar a morte por causas maternas durante a vida, em comparação com 1 em cada 160 no sudeste asiático e 1 em cada 3800 mulheres nos países desenvolvidos (veja Caixa 1).⁴ Entre 1990 e 2010, a mortalidade materna em África reduziu 41%.⁵

Apesar deste progresso, a mortalidade materna no continente ainda é muito elevada, sobretudo na África subsaariana. Em 2010, a África subsaariana (com 56%) juntamente com a Ásia do sudeste (com 29%) contribuíram em 85% no peso da mortalidade materna mundial de 245000 mortes maternas.⁶ É importante notar que para cada mulher que morre devido a causas maternas há 20 ou mais mulheres que sofrem ferimentos graves, infecções ou doenças ligadas a causas maternas.⁷

Nos países em vias de desenvolvimento, a mortalidade materna é atribuída aos TRÊS “As”, nomeadamente, ATRASO para decidir-se por procurar ajuda, ATRASO para chegar ao ponto de ajuda a tempo e ATRASO para receber o tratamento adequado.⁸

NÍVEL E TENDÊNCIA DA MORTALIDADE MATERNA EM MOÇAMBIQUE

Apesar do progresso, os níveis continuam elevados

O Gráfico 1 indica que em Moçambique em cada 100000 nascimentos há 408 mulheres que morrem. Este valor é mais que a razão da mortalidade materna da África subsaariana (500 mortes em cada 100000 nascimentos) e quase o dobro da razão da mortalidade materna mundial (210 mortes por 100000 nascimentos).⁹

Caixa 1: O que é uma morte materna?

Uma morte materna é definida como um óbito durante a gravidez, parto ou nos 42 dias que se seguem ao final da gravidez, independentemente da duração e local da gravidez. Ela é causada por qualquer factor relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação à gravidez. Aqui estão excluídas as mortes causadas por factores acidentais ou incidentais.

Há vários indicadores usados para medir a mortalidade materna. Mas o mais usado para fins de comparação entre países e regiões é a razão da mortalidade materna – que expressa o número de mortes maternas por cada 100000 nascimentos. De acordo com os dados de 2010, a razão da mortalidade materna mundial é de 210 por 100000 nascimentos. Os valores regionais variam de 500 por 100000 na África subsaariana a 16 por 100000 nas regiões desenvolvidas.

Medir a mortalidade materna é difícil e caro. Os dados sobre mortalidade materna podem ser obtidos dos registos vitais, registos hospitalares ou inquéritos aos agregados familiares. Em países como Moçambique, a fraca cobertura do sistema de registo civil é uma barreira à obtenção de dados completos, actuais e fiáveis.

Em Moçambique os Inquéritos Demográficos e de Saúde e pela primeira vez o Censo de População de 2007, é que têm fornecido dados para suprir a falta de informação sobre mortalidade materna.

Fonte: Khalil e Roudi-Fahimi (2004); MISAU Brasil (2007); MISAU *et al.* (2013); Chipembe *et al.* (2013).

O Gráfico 1 mostra também que o maior progresso na redução da mortalidade materna em Moçambique entre 1991 e 2011 aconteceu no período de 1991 a 2003, quando a razão da mortalidade materna reduziu em cerca de 62%. A redução substancial da mortalidade materna neste período tem sido atribuída à melhoria do acesso aos serviços de saúde em Moçambique, incluindo o planeamento familiar, cuidados obstétricos e neonatais de emergência e cuidados pré-natais.¹⁰

“o maior progresso na redução da mortalidade materna em Moçambique entre 1991 e 2011 aconteceu no período de 1991 a 2003, quando a razão da mortalidade materna reduziu em cerca de 62%.”

Desde 2003 a razão da mortalidade materna variou entre as 408 e 489 mortes maternas por 100000 nascimentos, apesar de estarem em curso no país iniciativas para a redução de mortes maternas, tais como a criação de casas de mãe-espera para as mulheres grávidas e a adopção da

DIFERENÇAS GRANDES POR PROVÍNCIA

A mortalidade materna varia marcadamente entre as províncias de Moçambique (Gráfico 2). Em 2007, a província de Cabo Delgado apresenta maior número de mulheres que morrem devido a causas maternas (801 mulheres), e era seguida pelas províncias de Sofala (com 648 mulheres) e Inhambane (558 mulheres). A província de Tete com 268 mortes por 100000 nascimentos, apresenta a razão da mortalidade mais baixa de Moçambique.

PORQUÊ MAIS MÃES MORREM EM MOÇAMBIQUE?

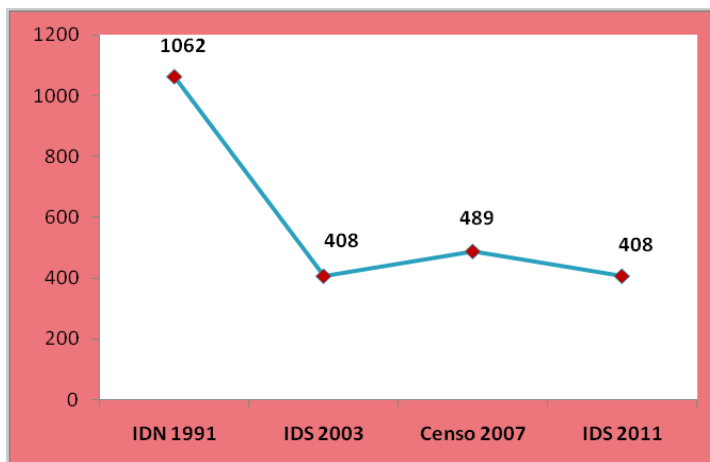
- As principais causas -

Infelizmente, a maioria das mulheres que morrem devido a causas maternas perdem a vida por causas, na sua maioria, preveníveis e evitáveis.¹²

As causas da mortalidade materna podem ser directas ou indirectas. As causas directas resultam das complicações obstétricas do estado de gravidez (gravidez, parto e pós-parto), intervenções, omissões, tratamento incorrecto ou uma cadeia de eventos resultantes de uma destas causas.¹³

As causas indirectas da mortalidade materna são aquelas que resultam de doenças previamente existentes ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez e que não tenham sido devidas a causas obstétricas directas, mas que foram agravadas pelo estado fisiológico da gravidez.¹⁴

Gráfico 1: Razão da Mortalidade Materna, Moçambique, 1991-2011

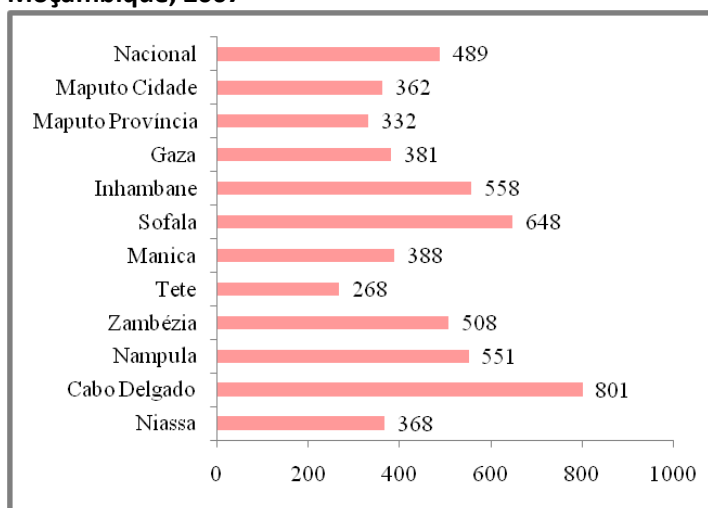


Notas: IDN= Inquérito Demográfico Nacional; IDS= Inquérito Demográfico e de Saúde; Os valores da razão da mortalidade materna em Moçambique apresentados na literatura para a década de 90 variam de 910 a 1500 (WHO, 2013; Conselho de Ministros, 1999). Na interpretação do Gráfico 1, chama-se atenção á necessidade de se ter em conta que os níveis indicados vêm de diferentes fontes com diferentes graus de precisão.

Fonte: Chipembe et al. (2013); INE et al. (2005); MISAU et al. (2013).

A nível global, as principais causas de mortes maternas são a hemorragia severa (24%), as causas indirectas (20%), a infecção (15%), o aborto inseguro (12%) e outras causas directas (8%).¹⁵ Em Moçambique, as estatísticas existentes sobre as causas da mortalidade materna são das mortes maternas nos hospitais.

Gráfico 2: Razão da Mortalidade Materna por Província, Moçambique, 2007



Fonte: Adaptado de Chipembe et al. (2013:97).

O Gráfico 3 mostra que as mães em Moçambique morrem devido à várias causas directas e indirectas, sendo as cinco principais: a rotura uterina (17%), a hemorragia pós-parto (14%), a pré- eclâmpsia severa/ eclâmpsia (hipertensão devida a gravidez, 13%), o HIV/ SIDA (12%) e a sepsis puerperal (infecções ligadas ao parto, 11%).

QUE FACTORES CONTRIBUEM PARA AS MORTES DAS MÃES EM MOÇAMBIQUE?

Falta de uso dos serviços pré-natais, de partos institucionais e pós-natais

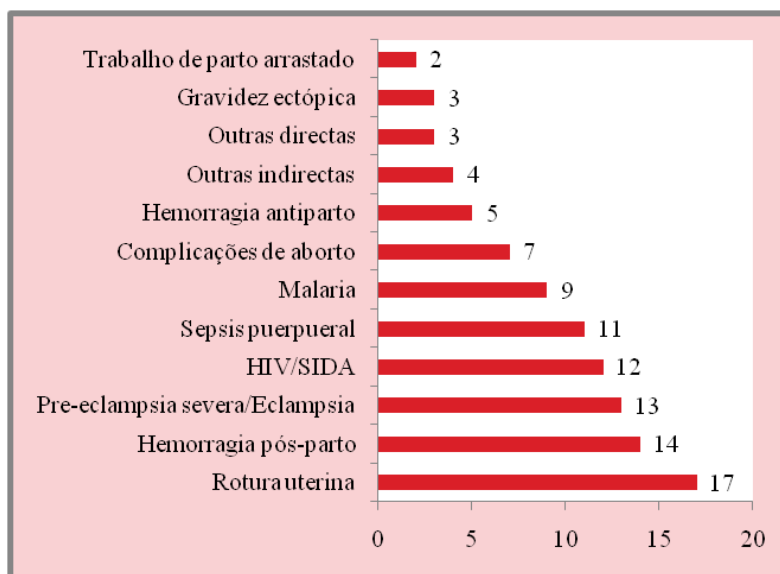
A evidência é clara. O uso dos serviços de saúde durante a gravidez, o parto, e depois do parto é fundamental para salvar as vidas das mães.

O uso dos serviços pré-natais pode permitir a detecção de doenças existentes, reconhecer e tratar complicações muito cedo, dar informação e aconselhamentos sobre os sinais e sintomas de problemas e recomendar onde se procurar ajuda caso haja complicações.¹⁶

Em Moçambique, a assistência pré-natal, com um médico, parteira ou enfermeira de serviço materno-infantil melhorou entre 1997 e 2011 (veja Gráfico 4). Segundo os dados dos últimos três Inquéritos Demográficos e de Saúde de Moçambique, a cobertura de assistência pré-natal de mulheres entre os 15-49 anos em Moçambique, passou de 71% em 1997 a 85% em 2003 e 91% em 2011.

Embora todas as províncias tenham registado melhorias na assistência pré-natal, a província da Zambézia (com 74%) está muito abaixo da média nacional em 2011 (91%). É importante observar que algumas das mulheres que contribuíram para estas estatísticas só tiveram apenas uma consulta pré-natal. Enquanto a Organização Mundial da Saúde recomenda que uma mulher tenha pelo menos quatro consultas pré-natais durante o curso da gravidez.¹⁷

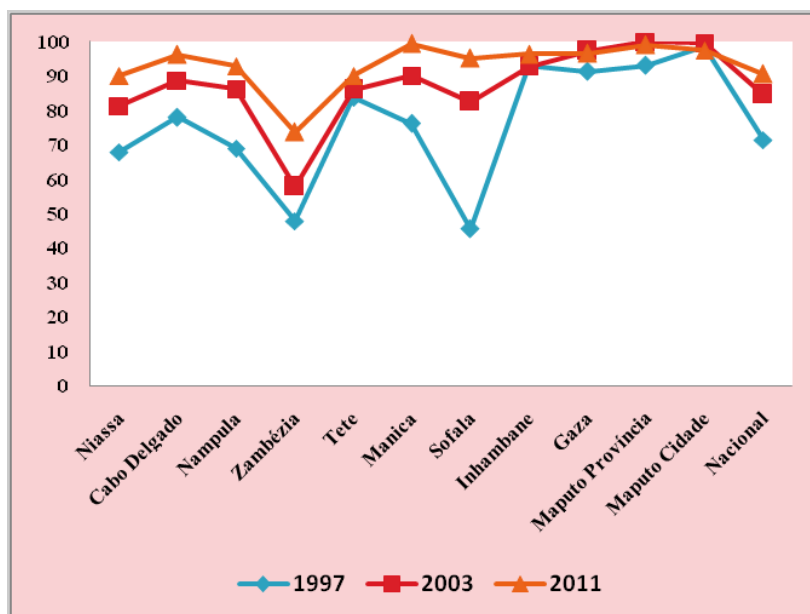
Gráfico 3: Causas da Mortalidade Materna Intra-hospitalar em Moçambique 2007/08, em Percentagem



Fonte: Adaptado de Republic of Mozambique (2010:60).

“a Organização Mundial de Saúde recomenda que uma mulher tenha pelo menos quatro consultas pré-natais durante o curso da gravidez.”

Gráfico 4: Consulta Pré-Natal por Província, Moçambique, 1997, 2003 e 2011



Nota: O gráfico 4 representa mulheres dos 15-49 anos que tiveram pelo menos uma ou mais consultas pré-natais.

Fonte: INE e Marco International (1998); INE et al.(2005); MISAU et al.(2013).

A não realização de partos nas instituições de saúde é outro factor importante de morte de mulheres. O parto na unidade sanitária é essencial porque um profissional de saúde não só pode assegurar a higiene durante o parto, dar tratamento adequado, reconhecer complicações e tratá-las, como também pode transferir a mulher aos serviços mais avançados quando for necessário.¹⁸

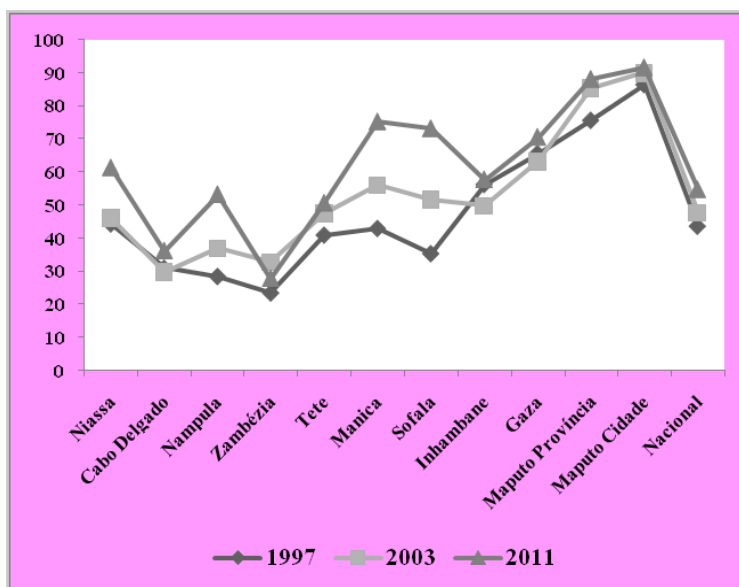
Contudo, em Moçambique ao nível nacional ainda há menos de metade das mulheres a dar parto nas unidades sanitárias (Gráfico 5). A percentagem de mulheres que dão parto nas unidades sanitárias é mais baixa nas províncias de Niassa, Cabo Delgado, Nampula, Zambézia e Tete.

Os serviços dados após o parto são igualmente importantes porque permitem aos profissionais da saúde verificar se a mãe e o bebé estão bem, detectar e tratar qualquer complicação ainda cedo, e dar algum apoio e aconselhamento sobre a amamentação e o espaçamento dos nascimentos mais adequado.¹⁹ Em Moçambique as consultas pós-parto ainda são muito limitadas.²⁰

Dificuldade de acesso aos serviços de saúde

Embora tenha melhorado o acesso aos serviços de saúde incluindo os serviços de saúde materno-infantil, o mesmo continua baixo em Moçambique. As disparidades no acesso aos serviços de saúde não só acontecem entre as províncias do país como também entre as áreas urbanas e rurais das províncias. As mulheres nas áreas urbanas tendem a ter mais acesso aos serviços de saúde do que as das áreas rurais.²¹

Gráfico 5: Partos na Unidade Sanitária por Província, Moçambique, 1997, 2003 e 2011



Fonte: INE e Marco International Inc. (1998); INE et al. (2005); MISAU et al. (2013).

Em alguns distritos de Cabo Delgado, por exemplo, o acesso físico às unidades sanitárias é a principal barreira para o aumento de partos realizados nas unidades sanitárias.²² As mulheres que habitam distante das unidades sanitárias têm difícil acesso ao transporte para as mesmas.²³

Normas culturais desfavoráveis e percepções negativas sobre os serviços de saúde

Em várias áreas de Moçambique, principalmente nas áreas rurais existem normas culturais e percepções que barram as mulheres grávidas de procurar consultas pré-natais e realizar partos nas unidades sanitárias. Um estudo recente em Moçambique constatou que parceiros masculinos e as mulheres mais velhas têm atitudes negativas sobre o parto nas unidades sanitárias.²⁴ Isto é preocupante porque estes actores têm tido influência nas decisões das mulheres grávidas em procurar ajuda. O estudo que referimos anteriormente indica que muitas mulheres que deram parto fora das unidades sanitárias reportaram que parceiros, maridos, sogras, mães ou tias tinham tomado a decisão em seu lugar.²⁵

Ao mesmo tempo, há mitos que influenciam negativamente a procura dos serviços de saúde pelas mulheres grávidas mesmo quando o acesso físico aos serviços é possível. Estudos realizados no centro de Moçambique constataram que as mulheres escondem a gravidez e atrasam ir às consultas pré-natais porque acreditam que se a gravidez for conhecida, elas e o seu filho ainda por nascer correm perigo.²⁶ A qualidade dos serviços materno-infantil é outro elemento que influencia

a procura. Um estudo recente constatou que embora a qualidade tenha melhorado, há preocupações sobre a qualidade do tratamento pelo pessoal de saúde, incluindo sobre enfermeiras novas com limitada experiência de cuidados com as gravidezes e partos.²⁷

Casamento e gravidez precoces

Os resultados do Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique 2011 indicam que 14% das mulheres alguma vez unidas já se encontravam casadas ou unidas aos 15 anos e 60% das mulheres dos grupos etários entre 25 a 49 anos já tinham começado a vida conjugal aos 20 anos.²⁸ As mulheres que se casam cedo estão expostas ao risco de ter gravidezes precocemente. E, sendo Moçambique um país em que 40% das jovens tornam-se mães antes dos 18 anos, o risco de complicações e/ou de morte materna é claro para estas mulheres.²⁹

Baixo uso do planeamento familiar

Em Moçambique o uso de métodos de planeamento familiar ainda é baixo. A percentagem de mulheres casadas ou em união que usam um método moderno de contraceção passou de 5% em 1997 para 12% em 2003 e depois estagnou ou reduziu para cerca de 11% em 2011.³⁰ Segundo o Inquérito Demográfico e de Saúde de 2011 entre as mulheres casadas ou em união, cerca de 17% tinham necessidade insatisfeita de contraceção para espaçar e 13% para limitar os nascimentos em Moçambique. O uso de métodos de planeamento familiar contribui para salvar vidas das mulheres porque ajudam-nas a evitar as gravidezes

indesejadas, espaçar ou limitar os nascimentos. Ao evitar a gravidez indesejada através do uso de contraceção as mulheres evitam o risco de fazer um aborto provocado.

O QUE É FEITO PARA REDUZIR AS MORTES MATERNAS EM MOÇAMBIQUE?

Informação sistematizada sobre as acções para a redução da mortalidade materna em Moçambique é escassa. Do ponto de vista da política de saúde, mulheres e crianças foram definidas como um grupo vulnerável e alvo das acções dos Serviços de Saúde Materno-Infantil e do Programa Alargado de Vacinações.³¹ Em 1999 houve uma avaliação das necessidades para uma maternidade segura.³² Nessa avaliação constatou-se que os cuidados obstétricos de emergência abrangentes não estavam a ser oferecidos devido a várias razões, incluindo a insuficiência de pessoal formado, escassez de medicamentos e a inexistência de condições adequadas para as cirurgias.³³ Para fazer face à situação, no ano 2000 foi lançado um Plano Estratégico para a Redução da Mortalidade Materna em Moçambique.³⁴

O maior desafio desse plano era oferecer cuidados obstétricos de emergência 24 horas por dia, com qualidade e maior distribuição geográfica para permitir o acesso de maior número de mulheres.³⁵ O Ministério da Saúde com o apoio dos seus parceiros começou a implementar o plano com enfoque para alguns distritos e províncias.³⁶ Tendo em vista reduzir as mortes maternas, também está a ser implementada a iniciativa de criação de casas de mãe-espereira para as mulheres grávidas.³⁷ Outras iniciativas de destaque são o lançamento da campanha presidencial para a saúde materna, neonatal e infantil em 2008, o lançamento no mesmo ano do guião para a redução da mortalidade materna e neonatal, o plano nacional integrado para se atingir os objectivos do desenvolvimento de milénio 4 e 5 (de 2009), a parceria nacional para a promoção da saúde materna, neonatal e infantil (de 2010) e o lançamento em 2010 da estratégia de planeamento familiar e contraceção 2011-2015 (2020).³⁸ Contudo, apesar de algum progresso, os níveis de mortalidade materna em Moçambique ainda continuam elevados.

RECOMENDAÇÕES

- *Que nenhuma mãe morra a dar a luz-*

Moçambique pode conseguir reduzir significativamente os níveis de mortalidade materna. As acções para reduzir mortes maternas deveriam incluir:

- Elevar o número de mulheres que usam as unidades sanitárias para as consultas pré-natais, partos e consultas pós-parto;
- Expandir as unidades sanitárias que oferecem serviços materno-infantil essenciais de qualidade incluindo nas áreas rurais;
- Aumentar o pessoal especializado para assistir partos;
- Melhorar constantemente o atendimento para elevar a confiança nos serviços materno-infantil oferecidos nas unidades sanitárias;
- Sensibilizar os homens, as senhoras mais velhas, líderes religiosos e outras pessoas influentes nas comunidades sobre as vantagens da assistência pré-natal, parto institucional e consultas pós-parto para a saúde das mães e das crianças;
- Reduzir o nível de casamentos e gravidezes precoces;
- Expandir as casas-mãe-espera para as mulheres grávidas, principalmente nos distritos com problemas de transporte;
- Expandir o acesso aos anticoncepcionais principalmente para espaçar e limitar os nascimentos.

Referências

¹ Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI) (2013). Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI; Ministério da Saúde Brasil (2007). Manual dos Comitês da Mortalidade Materna. Brasília: Ministério da Saúde, Brasil.

² World Health Organization (WHO) (2009). Achieving Millennium Development Goal 5: target 5A and 5B on reducing maternal mortality ratio and achieving universal access to reproductive health. World Health Organization.

³ Nour, Nawal M. (2008). An introduction to maternal mortality. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, 1(2):77-81.

⁴ WHO (2012). Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. World Health Organization.

⁵ Idem.

⁶ Idem.

⁷ Baraté, Pascal e Temmerman, Marleen (2009). Why do mothers die? The silent tragedy of maternal mortality. *Current Women's Health Review*, 5:230-238.

⁸ UNFPA (2003). Maternal mortality update 2002: a focus on emergency obstetric care. New York: UNFPA.

⁹ WHO (2012).

¹⁰ UNICEF (2011). Pobreza infantil e disparidades em Moçambique 2010: Relatório Sumário. Maputo: UNICEF.

¹¹ Ministério da Saúde (MISAU) (2007). Plano estratégico do sector da saúde 2007-2012. Maputo: MISAU.

¹² World Health Organization (WHO) (1999). Reduction of maternal mortality. Geneva: WHO.

¹³ WHO (2012).

¹⁴ Idem.

¹⁵ Nour (2008).

¹⁶ Family Care International e Safe Motherhood Inter-Agency Group (1998). Maternal mortality. Safe Motherhood Fact Sheet. New York: Family Care International.

¹⁷ Simkhada, Bibha; van Teijlingen, Edwin R.; Porter, Maureen et al. (2007). Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 61(3):244-260.

¹⁸ Family Care International e Safe Motherhood Inter-Agency Group (1998).

¹⁹ Idem.

²⁰ República de Moçambique (2010). Report on the Millennium Development Goals. Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Maputo: Ministry of Planning and Development.

²¹ Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI) (2013).; UNPFA (2011).; Ferrinho, Paulo e Omar, Carolina (2005). Recursos humanos de saúde em Moçambique: Ponto de Situação. Desenvolvimento Humano na Região de África, Série de Ensaios de Trabalho No. 91, O Banco Mundial.

²² Pathfinder International Inc. (2013). Barriers to institutional deliveries and family planning: a qualitative study from Cabo Delgado, Zambézia and Inhambane provinces, Mozambique. Final Report, Pathfinder International Inc.

²³ Idem.

²⁴ Idem.

²⁵ Idem.

²⁶ Chapman, Rachel R. (2003). Endangering safe motherhood in Mozambique: prenatal care as a pregnancy risk. *Social Science & Medicine*, 57:355-374.; Chapman, Rachel R. (2006). Chikotsa – secrets, silence, and hiding: social risk and reproductive vulnerability in Central Mozambique. *Medical Anthropology Quarterly*, 20(4):487-511.

²⁷ Pathfinder International Inc. (2013).

²⁸ Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI) (2013).

²⁹ Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI) (2013).; Bankole, Akinrinola; Sedgh, Gilda; Okonofua, Friday et al. (2009). Barriers to safe motherhood in Nigeria. New York: Guttmacher Institute.

³⁰ Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI) (2013).; INE et al. (2005).

³¹ Lourenço, Maria A.E. e Tyrrell, Maria A.R. (2009). Programas de Saúde Materno-Infantil em Moçambique: Marcos Evolutivos e a Inserção da Enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 13(3):617-24.

³² Santos, C.; Diante Jr., D.; Baptista, A. et al. (2006). Improving Emergency Obstetric Care in Mozambique: The Story of Sofala. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 94:190-201.

³³ Jamisse, L.; Songane, F.; Limbobo, A. et al. (2004). Reducing maternal mortality in Mozambique: challenges, failures, successes and lessons learned. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 85:203-212.

³⁴ Santos, C.; Diante Jr., D.; Baptista, A. et al. (2006).

³⁵ Jamisse, L.; Songane, F.; Limbobo, A. et al. (2004).

³⁶ Jamisse, L.; Songane, F.; Limbobo, A. et al. (2004).; Santos, C.; Diante Jr., D.; Baptista, A. et al. (2006).

³⁷ Ministério da Saúde (MISAU) (2007). Plano estratégico do sector da saúde 2007-2012. Maputo: MISAU.

³⁸ Pathfinder International Inc. (2013).

Referências dos Gráficos, Quadros e Tabelas

Chipembe, Cassiano S.; Mangue, João e Arnaldo, Carlos (2013). Nível e factores associados à mortalidade materna em Moçambique. In Carlos Arnaldo e Boaventura M. Cau (eds.), *Dinâmicas da População e Saúde em Moçambique*. Maputo: Centro de Pesquisa em População e Saúde Instituto Nacional de Estatística (INE) e Marco International Inc. (1998). Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 1997. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística (INE); Ministério da Saúde (MISAU) e Orc Marco (2005). Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 2003. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

Khalil, Karima e Roudi-Fahimi, Farzaneh (2004). Making motherhood safer in Egypt. MENA Policy Brief, Population and Reference Bureau. Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI) (2013). Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI.

Ministério da Saúde Brasil (MISAU Brasil) (2007). Manual dos comités de mortalidade materna. Brasília: Ministério da Saúde, Brasil.

República de Moçambique (2010). Report on the Millennium Development Goals. Maputo: Ministry of Planning and Development.

World Health Organization (2013). Making pregnancy safer in Mozambique. World Health Organization. Acessado em 02/12/13 em http://www.afro.who.int/index.php?option=com_content&view=article&id=3141&Itemid=2871

Conselho de Ministros (1999). Política de População. Resolução No. 5/99 de 13 de Abril. Boletim da República, I Série, Número 14.

Centro de Pesquisa em População e Saúde
Rua de França, n.º 72 R/C
Tel: +258 21 415 328
cepsa@cepsa.ac.mz
www.cepsa.ac.mz
Maputo – Moçambique

Apoio financeiro:

