



República de Moçambique
Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Saúde

MOÇAMBIQUE

Estudo nacional sobre a mortalidade infantil 2009

SUMÁRIO

Em colaboração com a London School of Hygiene and Tropical Medicine e o
Fundo das Nações Unidas para a Infância



unicef 

República de Moçambique
Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Saúde

Agosto de 2009

Foto da capa: © UNICEF Mozambique



República de Moçambique
Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Saúde

MOÇAMBIQUE

Estudo nacional sobre a mortalidade infantil 2009

SUMÁRIO

Em colaboração com a London School of Hygiene and Tropical Medicine e o
Fundo das Nações Unidas para a Infância



unicef 

Ministério da Saúde
www.misau.gov.mz

UNICEF Moçambique
www.unicef.org/mozambique

London School of Hygiene and Tropical Medicine
www.lshtm.ac.uk

ÍNDICE

1	Introdução	3
2	Métodos	3
3	Taxas de mortalidade de menores de cinco anos por todas as causas	4
4	Fracções de mortalidade de menores de cinco anos	6
5	Taxas de mortalidade de menores de cinco anos por causas específicas	8
6	Comparação com outros estudos	9
7	Conclusões e recomendações	12
7.1	Conclusões.....	12
7.2	Recomendações	12
8	Referências	14

ABREVIATURAS

COD	Causa de morte
CSMF	Fracção de mortalidade por causa específica (a proporção de todas as mortes que é atribuível a uma causa específica)
DSS	Demographic Surveillance System (Sistema de Vigilância Demográfica)
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
ICD-10	International Classification of Diseases (Classificação Internacional de Doenças), 10ª revisão
INCAM	Inquérito Nacional sobre as Causas de Morte
INE	Instituto Nacional de Estatística
INS	Instituto Nacional de Saúde
INSIDA	National behaviour and HIV seroprevalence survey (Inquérito Nacional sobre Comportamento e Seroprevalência)
IRA	Infecção respiratória aguda (incluindo a pneumonia)
LSHTM	London School of Hygiene and Tropical Medicine
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey (Inquérito de Indicadores Múltiplos)
MISAU	Ministério da Saúde
NCMS	Estudo Nacional sobre a Mortalidade Infantil
OMS	Organização Mundial da Saúde
pyrs	Person years at risk
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VA	Autópsia Verbal
WHOSIS	Sistema de Informação Estatística da OMS

1 INTRODUÇÃO

Este estudo sintetiza os principais resultados do Estudo Nacional sobre Mortalidade Infantil, que tem por objectivo medir as taxas de mortalidade neonatal, infantil e de menores de cinco anos em Moçambique para todas as causas relevantes aos programas, utilizando os dados recolhidos ao nível da comunidade. Mais detalhes podem ser encontrados no relatório principal.

Cerca de 10 milhões de crianças^[1] morrem todos os anos principalmente nos países mais pobres e de causas preveníveis. Destas, quatro milhões morrem nas primeiras semanas de vida.^[2] Para melhorar as abordagens das intervenções para a sobrevivência infantil é necessário obter um melhor conhecimento sobre quem são estas crianças e as causas da sua morte.

Num estudo amplamente divulgado por Black, Morris, e Bryce em 2000^[1], estimava-se que Moçambique tinha a 12ª taxa de mortalidade mais alta do mundo, ocupando o 13o lugar dos países com maior taxa de mortalidade de crianças com menos de cinco anos. Um estudo mais recente do *Interagency Coordination Group for Child Mortality Estimation* (Grupo Interagências para a Estimação da Mortalidade Infantil), usado na Organização Mundial da Saúde (OMS) e publicações do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)^[3] colocava Moçambique na 14ª posição em 2007, com uma taxa de mortalidade de menores de cinco anos de 168 e taxa de mortalidade infantil de 115 por 1.000 nados vivos. Para Moçambique, o relatório *Situação Mundial da Infância 2009* do UNICEF cita uma taxa de mortalidade neonatal de 35 por 1.000 nados vivos em 2004^[5].

2 MÉTODOS

Este estudo usou a autópsia verbal (AV) como método principal para a recolha de dados. A autópsia verbal (VA) trata de entrevistar membros de uma família ou provedores de cuidados sobre as circunstâncias por detrás da morte de uma criança depois da ocorrência do evento.^[4] O método de VA, concebido por King-Lu, é o desenvolvimento mais recente em relação às abordagens de VA derivadas de dados para designar a causa da morte.^[5]

Começando de um conjunto de referência de casos nos quais a causa da morte é “conhecida” (normalmente casos hospitalares), um software informático analisa a relação estatística entre os perfis sintomáticos tal como colhidos nas autópsias verbais e as causas da morte. Depois aplica os padrões observados ao conjunto total dos casos da comunidade de onde a autópsia verbal foi obtida mas em que a causa da morte é desconhecida. A proporção das mortes atribuídas a cada causa (i.e. as fracções de mortalidade de causa específica) é então estimada a partir de todo o conjunto de casos, mas não ao nível individual.

O estudo abrangeu todas as mortes de crianças identificadas através do INCAM, que registou as mortes de crianças de todas as idades numa amostra

representativa de 388 agregados de cerca de 2.000 habitantes de todas as 11 províncias de Moçambique.^[6] A identificação de todos os agregados familiares que registaram mortes de crianças num período de um ano, entre 1 de Agosto de 2006 a 31 de Julho de 2007, foi feita durante o censo geral da população de 2007 e a implementação do INCAM foi planificada para acompanhar de perto o censo. Inicialmente, O INCAM identificou cerca de 10.000 mortes das quais ~4500 eram crianças com menos de cinco anos de idade.

O período retrospectivo de 12 meses garante que a sazonalidade de algumas das COD seja tomada em conta de forma adequada.

Para além disso, o estudo fez uso de quase 500 crianças menores de cinco anos que morreram nos hospitais rurais e urbanos como casos de referência. Estes casos foram examinados por médicos (os examinadores médicos) que usaram todas as informações disponíveis não apenas da VA mas também dos registos médicos da criança para atribuir a COD.

3 TAXAS DE MORTALIDADE DE MENORES DE CINCO ANOS POR TODAS AS CAUSAS

A principal fonte de informações sobre taxas de mortalidade por todas as causas no presente relatório é o MICS implementado pelo INE com o apoio do UNICEF e do Ministério da Saúde, em 2008. A *Tabela 1* apresenta estimativas nacionais das taxas brutas de mortalidade para os três últimos períodos de cinco anos precedentes ao período do estudo enquanto a *Tabela 2* mostra a informação desagregada para os mais recentes 10 anos. Os resultados nacionais são apresentados na *Figura 1* que mostra as tendências nas taxas de mortalidade desde 1950. Os dados do MICS 2008 são em geral consistentes com as estimativas do estudo anterior, em especial do IDS de 2003, e apontam para uma tendência de redução da mortalidade. As estimativas da mortalidade de menores de cinco anos referentes aos últimos cinco anos (138) são marcadamente mais baixas que as estimativas produzidas pelo *Interagency Coordination Group for Child Mortality Estimate* (175 para o ano de 2005, dados não apresentados).^[7]

Tabela 11: Estimativas brutas de mortalidade directa do MICS, referentes aos três períodos mais recentes de cinco anos cada, Moçambique

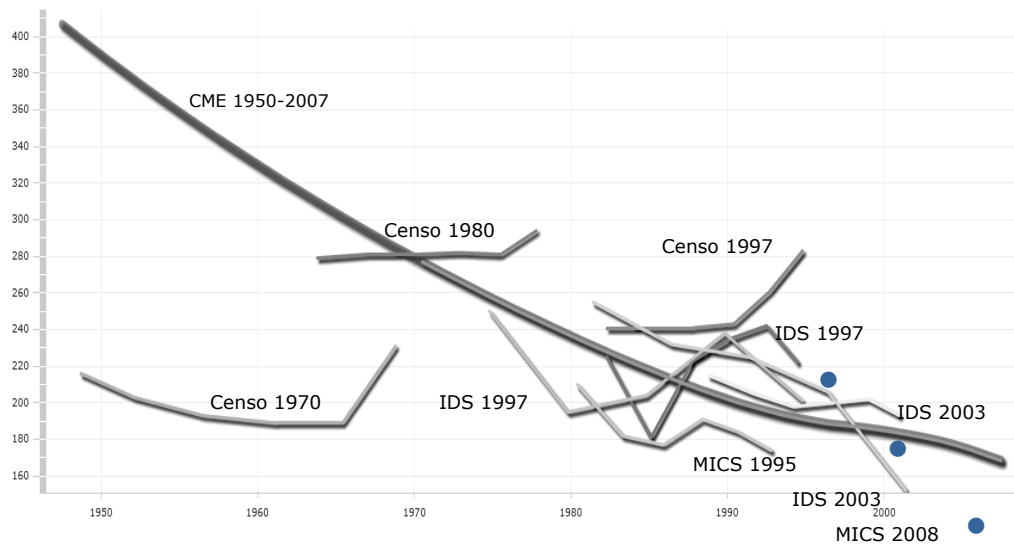
Período em análise: anos antes do estudo	Mortalidade de neonatal	Mortalidade de pós- neonatal	Mortalidade de infantil (_{1q0})	Mortalidade de de crianças (_{4q1})	Mortalidade de menores de 5 anos (_{5q0})
	/1000lb*	/1000lb	/1000lb	/1000	/1000lb
0-4 anos	37.2	55.9	93.1	50.0	138.4
5-9 anos	46.5	72.7	119.2	60.7	172.7
10-14 anos	50.5	85.1	135.5	88.7	212.2

* Por 1000 nados vivos.

Tabela 22: Estimativas brutas da mortalidade directa do MICS, referentes ao período mais recente de 10 anos, por população de interesse

Período em análise: últimos dez anos antes do inquérito	Mortalida de neonatal	Mortalida de pós- neonatal	Mortalida de infantil (1q0)	Mortalida de de crianças (4q1)	Mortalidade de menores de 5 anos (5q0)
	/1000lb*	/1000lb	/1000lb	/1000	/1000lb
Moçambique	41.6	63.7	105.3	54.7	154.2
Zonas urbanas	38.5	53.9	92.4	46.6	134.7
Zonas rurais	42.8	67.5	110.2	58.0	161.8
Homens	44.4	64.3	108.7	54.6	157.3
Mulheres	37.4	62.7	100.1	54.3	148.9
Niassa	41.2	56.2	97.4	28.2	122.9
Cabo Delgado	51.2	80.5	131.7	55.2	179.6
Nampula	41.0	63.9	104.9	38.8	139.6
Zambézia	60.1	87.0	147.1	68.0	205.2
Tete	40.9	66.6	107.5	74.9	174.4
Manica	26.9	66.6	93.4	66.4	153.6
Sofala	29.3	46.9	76.2	58.6	130.3
Inhambane	34.6	40.5	75.1	45.2	116.9
Gaza	36.6	61.2	97.8	74.4	164.9
Província de Maputo	30.7	36.7	67.3	37.7	102.5
Cidade de Maputo	26.1	40.5	66.6	44.3	108.0

Figura 1 1: Tendências nas taxas brutas de mortalidade de menores de cinco anos em Moçambique, incluindo os resultados do MICS 2008



Fonte: Devinfo[7] e MICS 2008. (d) = estimativas usando o método directo, (i) = estimativas usando o método indirecto, (m) = estimativas baseadas na modelagem.

4 FRACÇÕES DE MORTALIDADE DE MENORES DE CINCO ANOS

O método de autópsia verbal King-Lu foi usado para calcular as fracções de mortalidade por causa específica (CSMF) das principais causas de morte em menores de cinco anos usando os 474 casos de referência colhidas durante este estudo e os 3.861 casos de autópsia verbal de mortes de menores de cinco anos do INCAM. Os resultados são apresentados na *Tabela 3*.

Tabela 33: Fracções de mortalidade por causa específica por categorias principais de causas de morte, para vários grupos etários; Moçambique, total

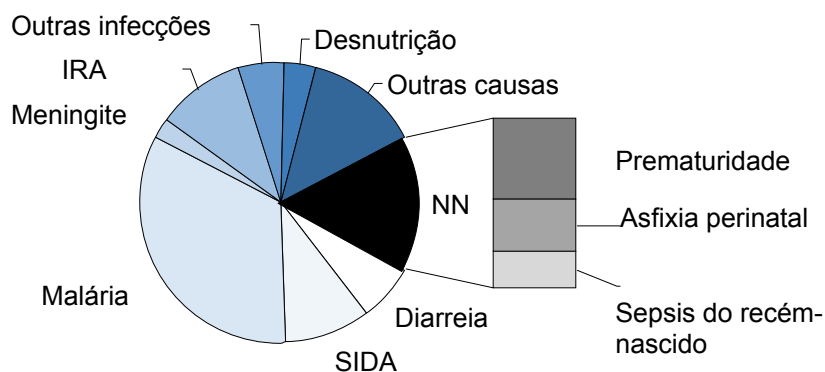
Causa de morte	Percentagem das mortes*				
	Neonatal	pós-neonatal	bebé	criança (1-4 anos)	Menores de cinco anos
<i>n</i>	718	1425	2143	1718	3861
Doenças infecciosas gastro-intestinais	N/A*	9.1	5.9	7.9	6.7
HIV/SIDA	1.4	10.5	7.2	13.1	9.8
Malária	4.8	33.3	23.1	46.2	33.2
Meningite	N/A	3.4	2.2	2.4	2.3
Infecção aguda do tracto respiratório inferior	2.2	19.2	13.1	6.3	10.1
Outras doenças infecciosas	3.9	10.0	7.8	2.0	5.3
Desnutrição	N/A	2.8	1.8	6.4	3.8
Prematuridade	34.9	1.6	13.6	0	7.6
Asfixia perinatal	24.3	N/A	8.8	0	4.9
Sepsis do recém-nascido	16.7	N/A	6.0	0	3.4
Outras causas	11.9	10.0	10.7	15.7	12.9

* As fracções da mortalidade infantil e de menores de cinco anos baseiam-se na proporção de mortes ocorridas entre o período neonatal e infantil de 36.0%, e mortes no período infantil para criança abaixo dos cinco anos de idade de 56.2%. N/A=não disponível (devido a ausência de casos neonatais e pós-neonatais no conjunto de referência).

Para o período neonatal, o estudo indica que as três principais causas de mortalidade são: a prematuridade (35%), a asfixia perinatal (24%) e sepsis do recém-nascido (17%), representando um total de 76% da mortalidade nesse grupo etário. As restantes mortes são causadas por doenças infecciosas (12%) e por outras causas não infecciosas (12%).

No período pós-neonatal, a maior causa de morte é a malária (33%), seguida por infecção respiratória aguda ((IRA) (19%), HIV e SIDA (11%), doenças infecciosas gastro-intestinais (10%), meningite (3%) e outras doenças infecciosas (10%). As doenças não infecciosas são responsáveis por 14% das mortes.

Para as crianças de um a quatro anos de idade, malária é responsável por quase metade (46%) das mortes. Outras causas são a SIDA (13%), doenças infecciosas gastro-intestinais (8%), infecção respiratória aguda e desnutrição (6% cada), outras doenças infecciosas (4%, incluindo a meningite) e 16% para outras doenças não infecciosas. O facto de mais de 80% das mortes nos períodos pós-neonatal e de um a quatro anos serem de natureza infecciosa realça a prevenibilidade iminente da maioria das mortes neste grupo etário.

Figura 2: Principais causas de mortes entre menores de cinco anos

*Veja texto para detalhes (NN= causas neonatais)

A *Tabela 4* apresenta um resumo das principais conclusões dos resultados detalhados apresentados acima para quatro causas principais de mortalidade em menores de cinco anos: diarreia (doenças infecciosas gastro-intestinais), SIDA, malária e IRA (infecção respiratória aguda). As maiores proporções de mortes por doenças diarreicas encontram-se em Inhambane (12%) e Cabo Delgado (11%). As zonas urbanas apresentam proporções relativamente mais altas de mortes por SIDA (11%) do que as zonas rurais (9%), onde a Província de Maputo (18%) e Gaza (16%) apresentam as fracções de mortalidade mais elevadas. Com relação à malária, as áreas rurais apresentam, como é de prever, maiores proporções de mortalidade (34%). A malária é responsável por mais de $\frac{1}{4}$ de mortes de crianças com menos de cinco anos de idade em todas as províncias à excepção da Província de Maputo e Cidade de Maputo (ambas com 18%). Finalmente, a IRA é responsável por 13% a 14% das mortes dos crianças com menos de cinco anos de idade em quatro províncias: Zambézia, Tete, Manica e Cabo Delgado.

Tabela 4: Distribuição sumária da proporção de mortes em crianças com idade inferior a cinco anos por 4 causas principais, por zona de residência

Grupos populacionais	Proporção de mortes de menores de 5 anos atribuídas a			
	Diarreia	SIDA	Malária	IRA
Zonas urbanas	6.2	11.1	29.8	10.3
Zonas rurais	6.8	9.2	34.0	10.1
Niassa	6.9	12.1	30.1	10.5
Cabo Delgado	10.7	6.0	30.0	12.5
Nampula	8.0	9.5	33.8	8.1
Zambézia	8.2	11.5	27.7	13.7
Tete	8.2	9.2	27.7	13.7
Manica	9.0	11.2	29.9	12.6
Sofala	8.9	9.9	32.9	10.9
Inhambane	12.4	8.3	33.1	9.0
Gaza	7.7	16.2	26.8	9.3
Província de Maputo	6.3	17.5	17.8	11.0
Cidade de Maputo	5.9	11.0	18.0	10.8

5 TAXAS DE MORTALIDADE DE MENORES DE CINCO ANOS POR CAUSAS ESPECÍFICAS

Comparar as estatísticas de mortalidade com base em fracções de mortalidade é um exercício problemático e pode facilmente levar a erros de julgamento. Qualquer alteração na fracção da mortalidade de uma entidade patológica automaticamente tem repercussões nas fracções de mortalidade de todas as outras patologias. Consequentemente, é importante para efeitos de comparação e monitoria transformar as fracções de mortalidade por causas específicas em taxas de mortalidade por causas específicas (CSMR). Os resultados apresentados neste capítulo foram obtidos através da combinação das taxas brutas de mortalidade estimada através do MICS com o CSMF estimados através do método de King-Lu.

Tabela 5: Taxas de mortalidade por causas específicas por categorias principais de causas de morte, para vários grupos etários; Moçambique, total (últimos cinco anos)

Causa de morte	Taxas de mortalidade por causas específicas por 10.000 nados vivos últimos cinco anos				
	Mortalidade neonatal	Mortalidade pós-neonatal	Mortalidade infantil (1q0)	Mortalidade de crianças (4q1)	Mortalidade de menores de 5 anos (5q0)
<i>N</i>	718	1425	2143	1718	3861
Doenças infecciosas gastro-intestinais	N/A*	51	54	39	93
HIV/SIDA	5	58	67	66	135
Malária	18	186	215	231	460
Meningite	N/A	19	20	12	31
Infecção respiratória aguda	8	107	122	32	140
Outras doenças infecciosas	14	56	73	10	73
Desnutrição	N/A	16	17	32	53
Prematuridade	130	9	126	0	106
Asfixia perinatal	90	N/A	81	0	68
Sepsis do recém-nascido	62	N/A	56	0	47
Outras causas	44	56	99	78	178

*N/A=não disponível (devido à falta de casos neonatais no conjunto de referência).

As taxas de mortalidade apresentadas na *Tabela 5* são consistentes com as observações anteriores feitas na apresentação das fracções da mortalidade na secção 4. Todavia, é particularmente interessante observar as taxas de mortalidade desagregadas por sexo, região e província visto que cada fracção de mortalidade por causa específica foi transformada numa taxa de mortalidade por causa específica multiplicando-a com a taxa bruta de mortalidade estimada para a sua própria sub-população de interesse. Por outras palavras, as taxas de mortalidade por causas específicas na província de Niassa, por exemplo, foram estimadas com base nas taxas de mortalidade bruta desta província que são bastante diferentes, por exemplo, das taxas da Zambézia. Naturalmente, isso pode (e muitas vezes acontece) mudar a relação que tinha sido observada entre as zonas e províncias com base unicamente em fracções de mortalidade.

Tabela 6: Distribuição sumária das taxas de mortalidade por causas específicas em menores de cinco anos por 4 causas principais, por zona de residência

Grupos populacionais	Taxas de mortalidade por 10.000 pyrs			
	Diarreia	SIDA	Malária	IRA
Zonas urbanas	84	150	401	138
Zonas rurais	110	149	551	163
Niassa	85	149	370	129
Cabo Delgado	192	107	539	225
Nampula	111	132	473	113
Zambézia	169	237	569	282
Tete	144	161	482	238
Manica	138	172	460	193
Sofala	116	129	429	142
Inhambane	146	97	387	105
Gaza	128	268	442	153
Provincia de Maputo	65	179	182	113
Cidade de Maputo	64	119	194	117

A *Tabela 6* apresenta uma síntese por área geográfica para as quatro causas principais de morte em menores de cinco anos. Não surpreende pois, que as áreas rurais tenham as maiores taxas de mortalidade por doenças diarreicas (110 por 10.000 Pyrs), malária (551) e IRA (163), enquanto as taxas da mortalidade por SIDA são semelhantes entre as áreas rurais e urbanas em cerca de 150 por 10.000 pyrs. Ao nível provincial, a província de Cabo Delgado tem a maior taxa de mortalidade por doenças diarreicas (192), seguida da Zambézia (169). Note-se que esta uma análise completamente diferente daquela pode ser feita com base apenas no CSMF onde Inhambane ocupa o primeiro lugar (12%), seguida de Cabo Delgado (10%), Manica (9%), Sofala (9%) e só então a Zambézia (8%). Isso ocorre porque as províncias da Zambézia e de Cabo Delgado têm as maiores taxas de mortalidade no país.

Com relação ao HIV e SIDA, observamos as taxas de mortalidade mais altas em crianças menores de cinco anos na província de Gaza (268), seguida da província da Zambézia (237). Para a malária, as taxas de mortalidade são mais elevadas nas províncias da Zambézia (569) e Cabo Delgado (539). Finalmente, para IRA, as taxas mais elevadas encontram-se, mais uma vez, na província da Zambézia (282), Tete (238) e Cabo Delgado (225).

É importante notar que a província da Zambézia tem as taxas de mortalidade mais altas em todos os quatro grupos patológicos e Cabo Delgado em três deles, sinal de que há uma necessidade de concentrar os esforços nestas duas províncias.

6 COMPARAÇÃO COM OUTROS ESTUDOS

A *Tabela 7* compara fracções de mortalidade em menores de cinco anos estimadas no estudo NCMS com recurso ao método de King-Lu, pelo INCAM através da avaliação médica das autópsias verbais, pelo Sistema de Vigilância Demográfica da Manhiça (DSS) para o período 1997-2006, e por modelagem

estatística conforme foi publicado pela OMS no seu Sistema de Informação Estatística (WHOSIS) para o período 2000-2003^[8].

Com relação à mortalidade de menores de cinco anos, o primeiro elemento digno de realce na *Tabela 7* é que os resultados do DSS da Manhica comparam-se bem com os do NCMS, melhor ainda do que com o INCAM ou WHOSIS.

A população sob o DSS da Manhica foi considerada como apresentando características típicas das zonas rurais do sul de Moçambique ^[9]. Além disso, salvo algumas exceções, os resultados da NCMS também se comparam razoavelmente bem com os do INCAM. Todavia, eles diferem muito das estimativas da OMS com a única exceção do HIV e SIDA onde todas as quatro estimativas são semelhantes. As estimativas da OMS são claramente mais altas em relação às dos três outros estudos em relação às doenças diarreicas, infecção respiratória aguda e causas neonatais, e são significativamente mais baixas para a malária e ‘outras causas’. É bastante surpreendente que a OMS indique que apenas 1% das mortes de crianças com menos cinco anos de idade estão fora das suas categorias pré-definidas, enquanto que para o NCMS elas chegam a atingir 24%, para o INCAM até 20% e para o DSS da Manhica até 24%. Embora parte dessa diferença possa estar relacionada com as variações nas definições das categorias, isto não pode explicar completamente estas diferenças tão grandes e na verdade parece mais provável que o valor da OMS de 1% foi muito subestimado.

Tabela 74: Comparação das fracções da mortalidade de menores de cinco anos entre o NCMS, o INCAM, o DSS da Manhica e o WHO SIS

Código de VA	Fracções da mortalidade de menores de cinco anos			
	NCMS	INCAM	Manhica ¹	WHOSIS ²
Prematuridade	8	3	19 ⁽³⁾	29
Asfixia perinatal	5	2		
Sepsis bacteriana do recém-nascido	3	8		
Doenças infecciosas intestinais	7	6	10	17
HIV/SIDA	10	13	10	13
Malária	33	42	25	19
Infecção aguda do tracto respiratório inferior	10	7	12	21
Meningite	2	2	4	1
Outras doenças infecciosas/parasíticas	5	3	4	
Desnutrição severa	4	2	8	
Outras causas de morte	13	13	8	

¹Manhica= Sistema de Vigilância Demográfica da Manhica para o período 1997-2006 (resultados derivados).

²WHOSIS= sistema de informação estatística da OMS para o período 2000-2003. ³Este valor de 19% inclui todas as mortes neonatais.

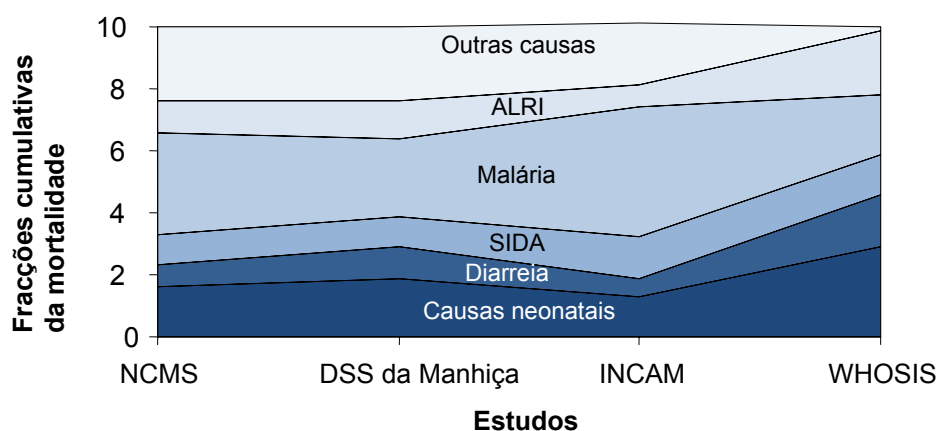
Tabela 85: Comparação das fracções de mortalidade neonatal entre o NCMS, o INCAM e o sistema de informação estatística da OMS

Código de VA	Fracções de mortalidade neonatal		
	NCMS	INCAM	WHOSIS*
Doenças infecciosas intestinais	N/A	2	4
HIV/SIDA	1	1	38
Malária	5	8	
Meningite	N/A	1	
Infecção aguda do tracto respiratório inferior	2	4	
Sepsis bacteriana do recém-nascido	17	35	
Outras doenças infecciosas/parasíticas	4	1	10 (tétano)
Prematuridade	35	13	19
Asfixia perinatal	24	10	19
Outras causas de morte	12	26	10

* WHOSIS: Sistema de informação estatística da OMS para o ano 2000.

Com relação à mortalidade neonatal, as estimativas da OMS são aproximadamente intermédias entre as do NCMS e as do INCAM no que diz respeito a infecções graves e asfixia perinatal. Para a prematuridade, as estimativas da OMS também encontram-se entre os NCMS e os resultados do INCAM mas mais próximas deste, enquanto que para ‘outras causas’ a estimativa da OMS é próximo ao resultado do NCMS. As estimativas de 10% da OMS em relação a proporção de mortes neonatais por tétano neonatal parecem ser exageradamente sobrestimadas, mesmo para o ano 2000.

O INCAM identificou apenas dois casos de tétano neonatal na sua amostra de 718 mortes neonatais, e o sistema de informação sanitária do Ministério da Saúde registou um total de apenas 21 casos (dos quais 13 mortes) nas enfermarias de pediatria em todo o país entre os anos 2000 e 2006.^[10]

Figura 32: Fracções cumulativas de mortalidade entre as menores de cinco anos pelos estudos*

* Vide o texto para mais detalhes.

Não temos a certeza sobre qual dos quatro estudos discutidos acima apresenta valores mais próximos da realidade. Só estudos adicionais poderão ajudar-nos a chegar a um consenso sobre dados mais realistas.

Deve-se lembrar, porém, que para além das diferenças nos períodos abrangidos pelas estatísticas – 2006-2007 para o NCMS e o INCAM, 2000-2003 para o WHOSIS, 1997-2006 para o DSS da Manhica – as fontes de informação são também muito diferentes. No caso do NCMS e do INCAM, as informações são baseadas em autópsias verbais de uma amostra representativa das mortes identificadas ao nível comunitário. O DSS da Manhica, por outro lado, embora contando também com autópsias verbais, baseia os seus resultados num registo quase que totalmente completo das mortes num único distrito considerado como sendo representativo das zonas rurais do sul de Moçambique, enquanto o sistema de informação estatística da OMS apresenta estimativas baseadas em modelo. Este exercício de comparação reafirma a necessidade de mais estudos da mortalidade baseados na população para validar e/ou refutar os modelos que estão a ser actualmente usados.

Na falta de um sistema nacional de registo de mortes que recolha dados de mortalidade fiáveis e abrangentes, só uma série de estudos representativos bem implementados em todo o país poderão ajudar a ultrapassar o dilema.

7 CONCLUSÕES E RECOMENDACÕES

7.1 Conclusões

- a. O estudo confirma a malária como a principal causa de mortalidade infantil no país, responsável por cerca de 1/3 das mortes de menores de cinco anos.
- b. Casos neonatais específicos (asfixia perinatal, sepsis do recém-nascido e prematuridade) são a causa secundária, contribuindo para cerca de 16% das mortes em menores de cinco anos.
- c. Infecção aguda do tracto respiratório inferior e SIDA, cada uma contribuindo em cerca de 10% para a morte de crianças, seguida de doenças infecciosas intestinais responsável por cerca de 7%.
- d. O método King-Lu provou ser útil na atribuição de fracções de mortalidade por causas específicas.

7.2 Recomendações

- a. O país deve prosseguir e intensificar os seus esforços com vista a reduzir a incidência e as taxas de letalidade da malária, aumentando a proporção de crianças que usam redes mosquiteiras tratadas com insecticidas (actualmente estimado em 23%) – e reforçando, se necessário, o programa de pulverização – bem como aumentar a percentagem de casos

tratados com medicamentos anti-maláricos no prazo de 24 horas do início dos sintomas (actualmente 23%).

- b. O país deve prosseguir e intensificar os seus esforços para reduzir a mortalidade neonatal, aumentando a proporção de partos assistidos por profissionais de saúde (actualmente 55%), bem como sua capacidade de intervenção obstétrica e encaminhamento atempado dos partos que necessitem de assistência especializada.
- c. Existe uma necessidade de aumentar a proporção de casos suspeitos de pneumonia que procuram os serviços de saúde (actualmente 65%) e recebem tratamento com antibióticos (actualmente 22%).
- d. É também necessário aumentar a percentagem de mulheres grávidas que recebem informações sobre o HIV e SIDA (actualmente 60%) e que são testadas (actualmente 29%) durante as suas consultas pré-natais, e de mulheres seropositivas e seus bebês que recebem tratamento adequado para a prevenção da transmissão vertical.
- e. Embora as estatísticas apontem para avanços significativos na redução das mortes por doenças diarreicas, o nível de utilização da terapia de reidratação oral (actualmente 54%) deve ser aumentado, e os conhecimentos dos provedores de cuidados devem ser aperfeiçoados para reduzir a mortalidade desta causa de morte eminentemente prevenível.
- f. Esforços especiais devem ser concentrados nas províncias da Zambézia e Cabo Delgado, visto que apresentam altas taxas de mortalidade por várias das causas mais importantes de morte em menores de cinco anos.
- g. Recomenda-se que a experimentação e desenvolvimento do método de autópsias verbais utilizado neste estudo seja continuado. Seria vantajoso que o actual conjunto de casos de referência fosse disponibilizado a outros estudos neste país e em outros países e, se possível, ser expandido para obter estimativas mais precisas e fiáveis.

8 REFERÊNCIAS

1. Black, R.E., S.S. Morris, and J. Bryce, *Where and why are 10 million children dying every year?* Lancet, 2003. **361**(9376): p. 2226-34.
2. Lawn, J.E., S. Cousens, and J. Zupan, *4 million neonatal deaths: when? Where? Why?* Lancet, 2005. **365**(9462): p. 891-900.
3. UNICEF, *The State of the World's Children 2009*. 2008, United Nations Children's Fund (UNICEF): New York.
4. Fantahun, M., et al., *Assessing a new approach to verbal autopsy interpretation in a rural Ethiopian community: the InterVA model*. Bull World Health Organ, 2006. **84**(3): p. 204-10.
5. King, G. and Y. Lu, *Verbal Autopsy Methods with Multiple Causes of Death*. Statistical Science, 2008. **23**(1): p. 78-91.
6. *Sample Design Considerations for Mozambique PCMS*. 2007.
7. *Mozambique Spline - Under-five mortality rate (with AIDS)*. 2007 [cited 2009-08-11]; Available from: <http://www.childmortality.org/>.
8. *Mortality Country Fact Sheet 2006 - Mozambique*. 2009 [cited 2009-08-12]; Available from: http://www.afro.who.int/home/countries/fact_sheets/mozambique.pdf
9. Nhacolo, A.Q., et al., *Levels and trends of demographic indices in southern rural Mozambique: evidence from demographic surveillance in Manhica district*. BMC Public Health, 2006. **6**: p. 291.
10. *Resumo annual de internamento dos hospitais rurais/gerais e provinciais/centrais. Serviço de Pediatria-Medicina - 1993/2006*. 2006, Ministério de Saúde, Moçambique: Maputo.