

João Mangué

**Impacto da mortalidade por Malária e Aids na esperança de vida da população de Moçambique em 2007: uma aplicação das técnicas de múltiplo decremento e de anos de vida perdidos**

Belo Horizonte, MG  
UFMG/Cedeplar  
2011

João Mangué

**Impacto da mortalidade por Malária e Aids na  
esperança de vida da população de Moçambique  
em 2007: uma aplicação das técnicas de múltiplo  
decremento e de anos de vida perdidos**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Demografia.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Carla Jorge Machado

Co-orientador: Prof. Roberto do Nascimento Rodrigues

Belo Horizonte, MG  
Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional  
Faculdade de Ciências Econômicas - UFMG  
2011

## Folha de Aprovação

*À Catarina, com muito amor.*

*Não diga a Deus que você tem um grande problema; diga ao  
problema que você tem um Grande Deus.*

Sra. Conceição Laorêncio Avelino,  
Responsável pela limpeza do 2º andar na FACE, 18/03/2011.

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Profa. Carla Jorge Machado e ao Co-Orientador Prof. Roberto Nascimento Rodrigues, pela dedicação para comigo desde Moçambique, durante o curso e na elaboração do meu trabalho de conclusão de curso.

Aos Professores do Cedeplar, José A. M. Carvalho, Alisson Barbieri, Bernardo Lanza, Cássio Turra, Cibele C. César, Dimitri Rezende, Eduardo Rios-Neto, Laura Wong, Moema Fígoli, Paula Miranda-Ribeiro e Simone Wajnman dos quais ganhei o sumo da demografia.

Quero agradecer ainda à Professora Ilka Afonso Reis, do ICEX. Desta, não só ganhei conhecimentos de Estatística. Foi valiosa para mim a sua contínua preocupação sobre o andamento do meu curso. Cada conversa que tivesse com a Profa. Ilka, era uma terapia para mim. Não há preço que pague sua atenção, Professora. Agradeço também à Professora Magda Pires com a qual prossegui as aulas neste Instituto, sob recomendação da Professora Ilka. Realço a boa amizade travada com o decano Prof. Rogério M. Fernandes, de puro sangue atleticano.

Aos professores Daisy Maria Xavier de Abreu e Bernardo Lanza Queiroz, membros da banca examinadora, agradeço pelas valiosas contribuições para o enriquecimento deste trabalho.

A todos os funcionários da secretaria do CEDEPLAR, da Biblioteca e do Xerox. A todos os técnicos da área de informática, Marcelo, André e outros. Ainda, um agradecimento à Sra. Mirtes Theresinha Campos, à Sra. Érica V. M. Rocha da Mota e Guilherme A. de Oliveira Freire, por todo apoio e atenção prestados no momento da realização deste trabalho no CPPD. Meu agradecimento se estende também a todos os funcionários deste setor.

Agradeço aos Professores Ramos Muanamoha e Carlos Arnaldo, que prontamente elaboraram as cartas de recomendação. Ainda, aos Professores Ximena Andrade e Mário Jessen que, tal como os primeiros, incentivaram para a progressão de meus estudos.

Quero agradecer a todos os monitores do curso dos quais ganhei muitos subsídios para a minha formação. São eles: Marília F. Gomes, Marcos Gonzaga, Pamila Siviero, Everton de Lima, Francismara Silva, Luísa Terra e Cristiane Corrêa. Este trabalho tem marca registrada da Marília Gomes.

Aos colegas e amigos, agradeço-os também pela amizade e contribuição durante minha formação, a disposição sempre presente para discussão ou debates sobre as matérias do curso. Estes foram uma grande família: Júlio Racchumi Romero, Luciana Lima (LuLima), Raquel Guimarães, Tiago França, Beatriz Resende, Daylin Rodriguez, Gabriela Bonifácio, Helena Castanheira, Jorge Colina Portal, Juliana Rodrigues, Mariana Oeyen, Natália Alves, Raquel Viana, Raquel Zanatta, Rodrigo Zacharias, Flávia Alfenas, Lilian Resende, Sulma Ramirez, Breno de Pinho, Bruna Signorini, Charles Correa, Érika Pereira, Evandro Ribeiro, Daniane Pires, Juliana Barros (Atleticana), Marília Nepomuceno, Roberta Stancioli, Alane Siqueira Rocha, Angelita de Carvalho, Ingrid Dias, Márcia Barroso, Tatiana Arteaga, Weliton da Silva e Mariana Felisbino Mendes, da Enfermagem.

Ressalto o importante apoio, na derradeira fase da realização do trabalho final, da Marília Regina Nepomuceno. Ser-lhe-ei sempre grato, “Nepo”. Durante a fase preparatória, por alguns apontamentos importantes que eram discutidos, o apoio da Professora Alane Siqueira, Breno Torres, Júlio Romero e Pamila Siviero. Foram excelentíssimas e valiosas as contribuições da Bruna, Roberta, Tatiana, Charles, Marília, Alane e um grande apoio moral de um amigo antes desconhecido, o Pedro da Silva (Pedrinho). Há quem diga que em Demografia movemos muito o dado mas a proporção do resultado é menor. Mas compensa! Digo.

À minha chegada ao Brasil, tive a sorte de não viver ao relento. Agradeço ao Serafim Adriano e Cipriano Gonçalves pelo acolhimento em sua casa. Com o Serafim, ainda tive a vantagem de trocar ideias sobre algumas questões de TAD, que surgiam. Ao Momade Ali, que fez parte da turma de Moçambique. Aos irmãos e amigos Guilherme e Veríssima de Abreu e Philip, que fizeram parte da turma, no Bloco 13, e pela “carona” matutina à Faculdade. Aos muitos amigos, os irmãos Sitoi e amigos de sempre: Moisés, Vitorino e Samuel, ao Paulo S. Machava,

Hassane Abechande, Lourenço S. Chambela, Paulo A. Covele, Olívia Esperança Muando, Wilson J. Machava, Fernando Conta.

Agradeço à família Zanatta Coutinho pelos momentos de estudo, convívio e alegria em sua casa.

Quero agradecer também à “Família F”: Francis, Fabiana, Fernanda, Flávia e Fagner. Aos seus pais amados e trabalhadores, Lourdes e Sérgio, pelo acolhimento em sua casa, carinho e boa amizade. Foi um retorno às origens, África.

Uma gratidão muito especial à família de Araújo na pessoa da Senhora Dona Nalzira A. Vieira de Araújo. Desta, ganhei sua maior e preciosa atenção de uma mãe altruísta.

Presto o meu agradecimento ao INE, instituição na qual trabalho, à pessoa do Presidente, João D. Loureiro, por me ter permitido a licença para a formação. Ao Vice-Presidente para o Pelouro Demográfico, Manuel da Costa Gaspar, pelo incentivo e apoio para a minha formação. Em Gaza, na pessoa do Delegado Provincial Titos V. Siteo que, de bom grado, incentiva e presta apoio aos seus colegas para prosseguimento nos estudos. O meu agradecimento se estende a todos os colegas da Delegação. Também agradeço ao colega Elísio Mazive que me cedeu a base de dados do INCAM, sempre na perspectiva de partilha de informação para produção e discussão de conhecimento. Também me concederam dados os colegas Abdulai Dade e Pedro Duce, aos quais agradeço.

À minha mãe, Professora Maria Gilda Mangue e padrasto, Renato Lobo. Irmãos, Manuel Valente Mangue, Vanessa e Domingas. Aos meus tios Rosa, Sebastião, Trindade, Rufina e Joana, primos e demais familiares.

À Marta Langa, Marcos e seus filhos, nossos vizinhos e amigos sempre presentes, afinal “a primeira família”.

À Senhora Marta Maurício Mandlate, a “Dona Marta”, que, desde 2000, com zelo e dedicação presta seus serviços em casa, como empregada doméstica, vai meu sincero reconhecimento, meu agradecimento e uma merecida homenagem: “Uma Heroína”.

Há quem diga que os últimos são os primeiros. Vou concordar!

Agradeço à Catarina António Livele, pelo espírito de sacrifício sempre presente, seu carinho e apoio incondicional durante “todos estes anos”, desde Mahlazine. São muitas as dificuldades pelas quais temos passado. Ainda não acabaram, mas transbordemos ânimo pela vida e haja muita alegria.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA)
AVP	Anos de vida perdidos
Cedeplar	Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCAM	Inquérito Nacional sobre Causas de Mortalidade
INE	Instituto Nacional de Estatística de Moçambique
MISAU	Ministério da Saúde de Moçambique
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
TEF	Taxa Específica de Fecundidade
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USD	United States Dollar
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	1
2. CARATERÍSTICAS GERAIS DE MOÇAMBIQUE .....	4
2.1 Contexto socioeconômico .....	6
2.2 Perfil demográfico e de saúde.....	8
2.2.1 Mortalidade proporcional .....	12
3. MATERIAL E MÉTODOS .....	16
3.1 Fonte dos dados e definição de critérios para a escolha das causas de morte .....	16
3.1.1 Qualidade dos dados .....	18
3.2 Métodos de análise .....	19
3.2.1 Construção de tábuas de vida de múltiplo decremento.....	21
3.2.2 Número de Anos de Vida Perdidos (AVP).....	22
4. IMPACTO DA MORTALIDADE POR MALÁRIA E AIDS NA ESPERANÇA DE VIDA E NOS ANOS DE VIDA PERDIDOS .....	25
4.1 Mortalidade e esperança de vida ao nascer.....	25
4.2 Ganhos nas esperanças de vida com a eliminação dos óbitos por Malária e Aids .....	30
4.3 Anos de Vida Perdidos em decorrência de mortes por Malária e Aids.....	32
4.4 Situação da saúde em Moçambique com foco na Malária e Aids .....	35
4.4.1 Sobre a Malária .....	36
4.4.2 Sobre a Aids.....	38
5. CONCLUSÃO.....	41
REFERÊNCIAS.....	44
ANEXO.....	51
ANEXO A – Sobre indicadores económicos .....	51

ANEXO B – Resultados sobre a esperança de vida .....	52
B1 – Para o país - Moçambique .....	52
Anexo B2: Resultados por região.....	55
Anexo B3: Resultados por província .....	56
ANEXO C – Resultados sobre os Anos de Vida Perdidos .....	62
C1 – Por região .....	62
C2 – Por província, segundo região .....	63

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: MAPA DE MOÇAMBIQUE.....	5
TABELA 1: INDICADORES SOCIOECONÔMICOS SELECIONADOS POR REGIÃO E GERAL, 2001-2006 .....	6
TABELA 2: MOÇAMBIQUE - ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO, DE 2000 A 2006.....	7
TABELA 3: PERCENTUAL DA POPULAÇÃO ABAIXO DA LINHA DE POBREZA POR SITUAÇÃO CENSITÁRIA (URBANO E RURAL), MOÇAMBIQUE, 1997 E 2005.....	8
TABELA 4: POPULAÇÃO POR PROVÍNCIA, REGIÃO E PAÍS, MOÇAMBIQUE, 1997 E 2007.....	9
FIGURA 2: MOÇAMBIQUE - POPULAÇÃO OBSERVADA POR IDADE QUINQUENAL E SEXO EM 1997 E 2007 .....	10
TABELA 5: MOÇAMBIQUE – PERCENTUAL DE POPULAÇÃO COM ACESSO A ÁGUA E SERVIÇOS DE SAÚDE, 1997 E 2006 .....	11
GRÁFICO 1: DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE CAUSAS DE MORTES POR MALÁRIA E AIDS POR GRUPO ETÁRIO, MOÇAMBIQUE, 2007.....	13
GRÁFICO 2: DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE MORTES POR MALÁRIA E AIDS POR SEXO, MOÇAMBIQUE, 2007 .....	13
GRÁFICO 3: DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE, AMBOS SEXOS, MOÇAMBIQUE, 2007 .....	14
TABELA 6: ÍNDICE DE WHIPPLE PARA DADOS DA POPULAÇÃO, POR SEXO E DIFERENTES INTERVALOS ETÁRIOS, 2007.....	18
GRÁFICO 4: TAXAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDADE, OBSERVADAS E AJUSTADAS, 2007 .....	19
GRÁFICO 5: TAXAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDADE, MOÇAMBIQUE, 1997 E 2007.....	26
GRÁFICO 6: PROBABILIDADES DE MORTE POR IDADE E SEXO, MOÇAMBIQUE, 1997 E 2007.....	26

TABELA 11: EVOLUÇÃO DA ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER POR SEXO, MOÇAMBIQUE, 1997 A 2007 (EM ANOS).....	27
TABELA 12: ESPERANÇAS DE VIDA AO NASCER, AOS 15, 35, 40, 60 E 80 ANOS, POR REGIÕES E PROVÍNCIAS, MOÇAMBIQUE, 2007.....	29
TABELA 13: ESPERANÇA DE VIDA MASCULINA E FEMININA NA PRESENÇA DE TODAS AS CAUSAS DE MORTE E AUSÊNCIA DA MALÁRIA E AIDS, 2007.....	30
GRÁFICO 7: ESPERANÇAS DE VIDA OBSERVADA E COM ELIMINAÇÃO DA MORTALIDADE POR MALÁRIA E AIDS, NA IDADE X, MOÇAMBIQUE, 2007 .....	32
TABELA 14: ANOS DE VIDA PERDIDOS ENTRE AS IDADES 0 E 80 ANOS, POR SEXO, DECORRENTES DE ÓBITOS POR MALÁRIA E AIDS, MOÇAMBIQUE, 2007 .....	32
TABELA 15: ANOS DE VIDA PERDIDOS ENTRE AS IDADES 0 E 80 ANOS SEGUNDO CAUSAS DE MORTE E SEXO, 2007 .....	34
GRÁFICO 8: ANOS DE VIDA PERDIDOS DEVIDOS À MORTALIDADE POR MALÁRIA E AIDS, POR GRUPO ETÁRIO, MOÇAMBIQUE, 2007.....	35
TABELA A1: INDICADORES SÓCIO ECONÓMICOS POR REGIÃO E PROVÍNCIA, CONSIDERANDO E EXCLUINDO MAPUTO CIDADE .....	51
TABELA B1.1: TABELA DE MORTALIDADE MASCULINA POR TODAS AS CAUSAS PARA COORTE HIPOTÉTICA SUBMETIDA ÀS FUNÇÕES DE MORTALIDADE EM 2007.....	52
TABELA B1.2: TABELA DE MORTALIDADE FEMININA POR TODAS AS CAUSAS PARA COORTE HIPOTÉTICA SUBMETIDA ÀS FUNÇÕES DE MORTALIDADE EM 2007 .....	52
TABELA B1.3: TABELA DE VIDA DE CAUSA ELIMINADA (COM EXCLUSÃO DA MALÁRIA), POPULAÇÃO MASCULINA, 2007.....	53
TABELA B1.4: TABELA DE VIDA DE CAUSA ELIMINADA (COM EXCLUSÃO DA MALÁRIA), POPULAÇÃO FEMININA, 2007 .....	53

TABELA B1.5: TABELA DE VIDA DE CAUSA ELIMINADA (COM EXCLUSÃO DA AIDS), POPULAÇÃO MASCULINA, 2007 .....	54
TABELA B1.6: TABELA DE VIDA DE CAUSA ELIMINADA (COM EXCLUSÃO DA AIDS), POPULAÇÃO FEMININA, 2007.....	54
TABELA B2.1: ESPERANÇA DE VIDA MASCULINA E FEMININA NA PRESENÇA DE TODAS AS CAUSAS DE MORTE E AUSÊNCIA DA MALÁRIA E AIDS, REGIÃO NORTE, 2007 .....	55
TABELA B2.2: ESPERANÇA DE VIDA MASCULINA E FEMININA NA PRESENÇA DE TODAS AS CAUSAS DE MORTE E AUSÊNCIA DA MALÁRIA E AIDS, REGIÃO CENTRO, 2007.....	55
TABELA B2.3: ESPERANÇA DE VIDA MASCULINA E FEMININA NA PRESENÇA DE TODAS AS CAUSAS DE MORTE E AUSÊNCIA DA MALÁRIA E AIDS, REGIÃO SUL, 2007 .....	56
TABELA A3.1: ESPERANÇA DE VIDA MASCULINA E FEMININA NA PRESENÇA DE TODAS AS CAUSAS DE MORTE E AUSÊNCIA DA MALÁRIA E AIDS, NIASSA, 2007 .....	56
TABELA B3.2: ESPERANÇA DE VIDA MASCULINA E FEMININA NA PRESENÇA DE TODAS AS CAUSAS DE MORTE E AUSÊNCIA DA MALÁRIA E AIDS, CABO DELGADO, 2007 .....	57
TABELA B3.3: ESPERANÇA DE VIDA MASCULINA E FEMININA NA PRESENÇA DE TODAS AS CAUSAS DE MORTE E AUSÊNCIA DA MALÁRIA E AIDS, NAMPULA, 2007 .....	57
TABELA B3.4: ESPERANÇA DE VIDA MASCULINA E FEMININA NA PRESENÇA DE TODAS AS CAUSAS DE MORTE E AUSÊNCIA DA MALÁRIA E AIDS, ZAMBÉZIA, 2007.....	58
TABELA B3.5: ESPERANÇA DE VIDA MASCULINA E FEMININA NA PRESENÇA DE TODAS AS CAUSAS DE MORTE E AUSÊNCIA DA MALÁRIA E AIDS, TETE, 2007 .....	58
TABELA B3.6: ESPERANÇA DE VIDA MASCULINA E FEMININA NA PRESENÇA DE TODAS AS CAUSAS DE MORTE E AUSÊNCIA DA MALÁRIA E AIDS, MANICA, 2007.....	59

TABELA B3.7: ESPERANÇA DE VIDA MASCULINA E FEMININA NA PRESENÇA DE TODAS AS CAUSAS DE MORTE E AUSÊNCIA DA MALÁRIA E AIDS, SOFALA, 2007 .....	59
TABELA B3.8: ESPERANÇA DE VIDA MASCULINA E FEMININA NA PRESENÇA DE TODAS AS CAUSAS DE MORTE E AUSÊNCIA DA MALÁRIA E AIDS, INHAMBANE, 2007 .....	60
TABELA B3.9: ESPERANÇA DE VIDA MASCULINA E FEMININA NA PRESENÇA DE TODAS AS CAUSAS DE MORTE E AUSÊNCIA DA MALÁRIA E AIDS, GAZA, 2007 .....	60
TABELA B3.10: ESPERANÇA DE VIDA MASCULINA E FEMININA NA PRESENÇA DE TODAS AS CAUSAS DE MORTE E AUSÊNCIA DA MALÁRIA E AIDS, MAPUTO PROVÍNCIA, 2007 .....	61
TABELA B3.11: ESPERANÇA DE VIDA MASCULINA E FEMININA NA PRESENÇA DE TODAS AS CAUSAS DE MORTE E AUSÊNCIA DA MALÁRIA E AIDS, MAPUTO-CIDADE, 2007.....	61
TABELA C1.1: ANOS DE VIDA PERDIDOS ENTRE 0 A 80 ANOS SEGUNDO CAUSAS DE MORTALIDADE E SEXO POR REGIÕES, 2007.....	62
TABELA C2.1: ANOS DE VIDA PERDIDOS ENTRE 0 A 80 ANOS SEGUNDO CAUSAS DE MORTALIDADE E SEXO, PROVÍNCIAS DA REGIÃO NORTE, 2007.....	63
TABELA C2.2: ANOS DE VIDA PERDIDOS ENTRE 0 A 80 ANOS SEGUNDO CAUSAS DE MORTALIDADE E SEXO, PROVÍNCIAS DA REGIÃO CENTRO, 2007 .....	64
TABELA C2.3: ANOS DE VIDA PERDIDOS ENTRE 0 A 80 ANOS SEGUNDO CAUSAS DE MORTALIDADE E SEXO, PROVÍNCIAS DA REGIÃO SUL, 2007 .....	65

## RESUMO

O foco central do presente trabalho é avaliar a esperança de vida da população moçambicana com base em informações de mortalidade obtidas pelo Censo-2007 e pelo Inquérito Sobre Causas de Mortalidade, por idade e sexo, conduzido pelo Instituto Nacional de Estatística de Moçambique.

O estudo, com base no método da tabela de vida de causa-eliminada (múltiplos decrementos), por sexo e por região de Moçambique, permite constatar os efeitos que seriam observáveis decorrentes da redução ou eliminação da mortalidade por Malária e por Aids, causas definidas para análise. Com o método de anos de vida perdidos (AVP), avalia-se como cada faixa etária e causa de morte específica definida atuou nesse impacto.

Os maiores ganhos na esperança de vida ao nascer foram observados com a eliminação das mortes por Aids. Para os homens, a eliminação desses óbitos elevaria a esperança de vida ao nascer em 9,1 anos, e com a estimacão da mortalidade por Malária haveria um ganho de 8,5 anos. Entre as mulheres, o maior ganho na esperança de vida ao nascer seria de 9,9 anos no caso da eliminacão da mortalidade por Aids e de 9 anos com a supressão dos óbitos por Malária.

Os resultados indicam que, se fosse possível eliminar os óbitos por Malária e Aids, a esperança de vida ao nascer em Moçambique, para os homens, passaria de 45,6 para 54,1 e 54,7 anos, respectivamente. Para as mulheres, estas cifras aumentariam de 51,8 para 60,7 e 61,7 anos. Quanto aos anos de vida perdidos, devidos à mortalidade por Malária e Aids, os homens perderiam mais anos de vida sendo, respectivamente, 10,4 e 10,3 anos. As mulheres perderiam, respectivamente, 8,9 e 9,5 anos.

---

**Palavras-chave:** Malária, Aids, Esperança de vida, Múltiplo decremento, Anos de vida perdidos.

## ABSTRACT

The aim of the present study was to assess the life expectancy at selected ages of the Mozambican population, based on the mortality information obtained from the Population Census and from the 2007 Survey on causes of mortality by age and sex, carried on by the National Institute of Statistics of Mozambique.

The study, based on the life table method of cause-eliminated (multiple decrement), by sex and region of Mozambique, allows showing what would be the impact observed due to reduction (or elimination) of mortality from Malaria and AIDS, which were the defined causes for the present analysis. The method of years of life lost (AVP) was also applied.

The largest gains in life expectancy at birth were observed with the elimination of deaths from AIDS. For men, the elimination of these deaths would increase life expectancy at birth by 9.1 years. For Malaria, the figure found was 8.5 years. For women, the highest gain in life expectancy at birth was 9.9 years in the case of the exclusion of AIDS mortality and nine years with the exclusion of deaths from Malaria.

The results indicate that if it were possible to eliminate deaths from Malaria and AIDS, life expectancy at birth in Mozambique, for men, would fall from 45.6 to 54.1 and 54.7 years, respectively. For women, these figures would rise from 51.8 to 60.7 and 61.7 years. For the years of life lost due to mortality from Malaria and AIDS, men lose a higher number of years: respectively, 10.4 and 10.3 years. Women lose, respectively, 8.9 and 9.5 years

---

**Keywords:** Malaria, Aids, Life expectancy, Multiple decrement, Years of life lost

# 1 INTRODUÇÃO

Moçambique ainda é considerado um dos países mais pobres do mundo. Seus índices de desenvolvimento humano estão abaixo daqueles considerados satisfatórios, de acordo com os critérios estabelecidos pelas Nações Unidas (PNUD, 2005).

A mortalidade em Moçambique vem sofrendo alterações nos últimos anos. A população moçambicana encontra-se em um estágio ainda inicial de transição da mortalidade, de forma que as taxas de mortalidade e, conseqüentemente, a esperança de vida ao nascer, passam por variações. Com uma elevada taxa bruta de natalidade (TBM) e elevadas taxas de mortalidade infantil (TMI), a sua esperança de vida ao nascer é bastante baixa, abaixo dos 50 anos (PNUD, 2005).

Arnaldo (2007), em referência ao período 1980 a 1997, aponta que a Aids é uma das causas determinantes para esse comportamento. A situação da saúde e tendências de casos de mortalidade por Malária e Aids, em Moçambique, constitui fatores de interesse de vários setores da sociedade civil, como os decisores políticos e os profissionais da área da saúde, o que desperta uma maior atenção para sua abordagem, análise e monitoramento. É de salutar importância o Relatório Sobre o Impacto Demográfico do HIV/AIDS em Moçambique, de 2007, e a importância deste conjunto de subsídios para a definição de uma Política Nacional de População.

A Aids é apontada como uma das principais epidemias que, desde os anos 1980, eleva os níveis de mortalidade da população dos países em desenvolvimento, especificamente da África sub-Sahariana, da qual Moçambique faz parte. Esta situação contribui para a redução da esperança de vida ao nascer da população.

A Malária, segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1993), é uma doença de prevalência elevada e também devastadora, especialmente nos trópicos. Prejudica a saúde e bem-estar de famílias, colocando em risco a sobrevivência de crianças e debilitando a saúde da população. Além disso, a

Malária favorece as condições para a redução da produtividade, comprometimento do crescimento econômico e acentuada canalização de recursos para a área de saúde. Em Moçambique, a Malária é a principal causa de morte e ainda representa cerca de 44% das consultas externas registadas no país; constatou-se que 57% das admissões em enfermarias de pediatria se devem à Malária. Esta doença responde por cerca de 23% de mortes intra-hospitalares (MOÇAMBIQUE.MISAU; MOÇAMBIQUE.INE, 2007).

Os custos sociais da Malária para a África são bastante elevados (Gallup; Sachs, 2001 apud Bawah; Binka, 2007). Esta causa de morte retarda o crescimento do continente em 1,3% (WHO, 2010; WHO, 2000 apud Bawah; Binka, 2007). Em 2008, foram registados 247 milhões de casos de malária e quase um milhão de mortes, sendo as crianças as principais vítimas (WHO, 2010). Na África, em cada 45 segundos morre uma criança vítima desta doença, a qual é responsável por 20% de todas as mortes na infância (WHO, 2010).

Dada a importância da Malária e Aids no conjunto de causas de mortalidade em Moçambique, o objetivo principal do presente estudo 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, reconhecendo que cada indivíduo da população está sujeito a vários riscos de morte em competição. A eliminação total de riscos de morte é avaliada pela sua atuação nas probabilidades de morte, de sobrevivência e nas esperanças de vida (Paes, 1985). O impacto da Aids e da Malária nos anos de vida perdidos (AVP), por sexo e idade, em 2007, também foi avaliado.

Mais especificamente, pretende-se nesta dissertação: analisar os diferenciais e padrões de mortalidade da população moçambicana com base na aplicação do modelo de riscos competitivos; analisar os níveis e estrutura da mortalidade, evidenciando a contribuição das mortes por Aids e por Malária na esperança de vida ao nascer; calcular o número de anos de vida perdidos em decorrência de óbitos causados por Malária e Aids, considerando o país e as grandes regiões, de forma a identificar as distintas situações; analisar o diferencial na mortalidade entre os sexos, segundo os indicadores propostos.

Este trabalho está dividido em cinco capítulos, além desta introdução. O segundo capítulo apresenta as características gerais de Moçambique, com foco no contexto geográfico, administrativo e socioeconômico, bem como nos perfis demográfico e de saúde. Os dados utilizados, sua qualidade e os métodos para o cálculo das medidas de mortalidade estão focalizados no Capítulo 3. O quarto capítulo contempla a análise da morbidade, mortalidade e esperança de vida ao nascer em Moçambique. Por fim, o quinto capítulo é dedicado à apresentação da síntese dos principais resultados e de perspectivas de estudos futuros.

## 2. CARACTERÍSTICAS GERAIS DE MOÇAMBIQUE

A República de Moçambique está localizada na faixa sul-oriental do continente africano, entre os paralelos 10°27' e 26°52' de latitude Sul e entre os 30°12' e 40°51' de longitude Leste. Faz fronteira com a Tanzânia, ao Norte; e com Malawi, Zâmbia, Zimbabwe e África do Sul, na parte sudeste. A leste é banhado pelo Oceano Índico, em uma extensão de linha de costa de 2515 quilômetros (Moçambique, 1998 apud Arnaldo, 2007). A superfície total do país é de 799.380 km<sup>2</sup>, em que fazem parte 11 províncias administrativas distribuídas em três grandes regiões (Norte, Centro e Sul). A Região Norte é composta pelas províncias de Niassa, Cabo Delgado e Nampula; da Região Centro fazem parte as províncias de Zambézia, Tete, Manica e Sofala e a Região Sul compreende as províncias de Inhambane, Gaza, Maputo-Província e Maputo-Cidade. O país apresenta três tipos de relevo: o de planície do litoral; planaltos e grandes planaltos; e montanhas (Moçambique. INE, 2005). Vide FIG. 1.

A localização geográfica de Moçambique confere-lhe um importante corredor para entrada e escoamento de produção dos países do interior (Malawi, Zâmbia, Zimbabwe) e ainda para África do Sul, contribuindo assim, embora não de forma direta, para o desenvolvimento desses países. Contudo, Moçambique ainda é um país muito pobre (PNUD, 2005).

Os avanços nos indicadores de educação e longevidade, condicionados à ampliação da rede pública de ensino, às aulas de alfabetização de adultos e à queda da mortalidade infantil, resultaram em uma redução significativa da pobreza (PNUD, 2005).



## 2.1 Contexto socioeconômico

A economia de Moçambique tem registrado um ritmo de crescimento anual satisfatório (TAB 1). Em 2006, o PIB cresceu 8,5%, o mais elevado desde 2003 (MOÇAMBIQUE. Banco Espírito Santo, 2008).

**TABELA 1: Indicadores socioeconômicos selecionados por região e geral, 2001-2006**

Taxa de variação real do Produto Interno Bruto (a)						
Região/País	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Norte	8,7	10,1	9	7	8,6	9,4
Centro	10,7	9,2	6,9	5,4	8,6	7,9
Sul	15,3	8,8	5	10,2	8,2	8,5
Moçambique	12,3	9,2	6,5	7,9	8,4	8,5
Peso no PIB						
Norte		21,3	21,1	21,8	22	22,3
Centro		34,1	34,3	33,8	33,9	33,9
Sul		44,6	43,8	44,5	44,2	43,8
Moçambique		100	100	100	100	100
PIB real per capita (USD) (ao câmbio do dia 09/02/2011: 1USD=31,72)						
Norte	110,87	119,33	127,17	132,97	141,05	150,59
Centro	138,93	148,5	154,32	158,73	168,16	177,05
Sul	297,86	316,58	324,65	349,59	369,45	391,77
Moçambique	170,36	181,75	188,97	199,05	210,66	223,14

Fontes: (a) Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2007  
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2008

Em termos do crescimento do PIB o destaque cabe às províncias do Norte, embora em 2001 e 2002 o maior crescimento tenha sido registrado nas províncias do Sul, que ao longo de todo período considerado apresentaram PIB per capita mais elevado. As províncias do Sul também se sobressaem como aquelas de maior participação do PIB do país. Já as províncias do Norte, detentoras do maior crescimento do PIB, contribuem com a menor parcela do PIB de Moçambique, além de apresentarem os valores mais baixos per capita do indicador. Esse quadro indica, além de heterogeneidade, grande complexidade no contexto de análise dos indicadores econômicos de Moçambique.

A cidade de Maputo, que contribui com 18,5% do PIB nacional destaca-se pelo comércio. A província de Maputo, com um peso de 14,5% do PIB do país, destaca-se na indústria manufatureira. As províncias do Centro, como Zambézia, Sofala e Tete, destacam-se, respectivamente, pela agricultura, pecuária e

silvicultura; transportes e comunicações; electricidade e água (PNUD, 2008; Moçambique. Banco Espírito Santo, 2008).

A evolução do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) indica melhoria da qualidade de vida da população moçambicana. De 2000 a 2006 houve uma tendência de um contínuo crescimento. A Região Sul revelou-se a mais desenvolvida, relativamente às Regiões Norte e Centro (TAB. 2). Embora a primeira possuísse o maior peso do PIB, e um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) superior ao das demais, a sua taxa de variação revelou-se inferior às das regiões Norte e Centro.

**TABELA 2: Moçambique - Índice de desenvolvimento humano, de 2000 a 2006**

Região/País	Índice de desenvolvimento humano						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Norte	0,33	0,34	0,36	0,36	0,37	0,39	0,40
Centro	0,38	0,40	0,41	0,42	0,43	0,44	0,45
Sul	0,53	0,55	0,56	0,56	0,57	0,59	0,60
Moçambique	0,41	0,42	0,44	0,44	0,45	0,46	0,47

**Fonte: Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento, 2008**

A cidade de Maputo alavanca os níveis de desenvolvimento na Região Sul, tornando-a a região mais desenvolvida do país. Ao se retirar esta cidade do cômputo do indicador, o PIB desta região diminui e mostra-se inferior ao da Região Norte, e menor ainda que o da Região Centro. Sem Maputo, o IDH da Região Sul diminui para uma situação intermédia entre o Centro e Norte. Analisando com base no IPH, as províncias do Sul apresentam índices relativamente inferiores às do Centro e Norte. Além disso, mesmo com a exclusão cidade de Maputo, as regiões Norte e Centro mantêm índices de pobreza uma vez superior às do Sul (TAB. A1 - Anexo).

Os índices relativos à qualidade de vida indicam que, no geral, a pobreza rural baixou de 71,3% em 1997 para 55,3% em 2005. No meio urbano, passou de 62,0% para 51,5% (TAB. 3). De acordo com MOÇAMBIQUE.MISAU (2010), o Índice de Pobreza Humana (IPH) de Moçambique passou de 55,9% em 1997 para 48% em 2003.

**TABELA 3: Percentual da população abaixo da linha de pobreza por situação censitária (urbano e rural), Moçambique, 1997 e 2005**

Situação censitária	1997	2005
Pobreza rural	71.3	55.3
Pobreza urbana	62.0	51.5

Fonte: MOÇAMBIQUE.MISAU. Observatório da equidade, 2010

## 2.2 Perfil demográfico e de saúde

Segundo os dados do Censo de Moçambicano de 2007, a Região Centro detinha 42,9% da população e as regiões Norte e Sul contribuía com 33,4% e 23,7% respectivamente. As províncias de Nampula e Zambézia foram as mais populosas e as menos populosas foram as de Maputo-Cidade e Niassa. Quanto à densidade populacional, para o país, havia, segundo o Censo 25,3 habitantes por km<sup>2</sup>. As províncias costeiras de Nampula, Zambézia, Maputo-Província e Maputo-Cidade apresentam as mais altas densidades. Comparado a 1997, a província de Maputo-Cidade, capital do país, obteve mais de 426 habitantes por quilómetro quadrado, ao passo que as demais províncias, mais povoadas, obtiveram, em média, um aumento em 12,2 habitantes por quilómetro quadrado (MOÇAMBIQUE.INE, 2007).

Para Arnaldo (2007), as áreas costeiras concentram a maior parte da população moçambicana, dadas as boas condições de habitabilidade e incluem os maiores centros urbanos. Internamente, os principais movimentos populacionais tomam o sentido do interior para a costa, ou seja, do Oeste para Leste, e do Norte para o Sul, face aos altos níveis de desenvolvimento social e económico vigentes na Região Sul (Muanamoha, 1995 apud Arnaldo, 2007). Realçando as constatações do Censo de 1997, as províncias da Região Sul apresentavam taxas de imigração muito elevadas, destacando-se as províncias de Maputo-Província e Maputo-Cidade, nas quais, respectivamente, 50% e 60% da população eram imigrantes (MOÇAMBIQUE.INE, 1998c apud Arnaldo, 2007).

Tanto em 1997 como em 2007, a população moçambicana é essencialmente rural (TAB. 4). A proporção da população residente em áreas urbanas passou de 29,2% para 30,4%. Por outro lado, a população rural passou de 70,8% em 1997

para 69,6%, em 2007. A Região Sul manteve as maiores percentagens de população residente na área urbana, com 53,9%, contra 36,1%, em 1997. A elevada urbanização na Região Sul se deve ao fato de incluir a cidade de Maputo, que é a capital e também a maior cidade do país (Arnaldo, 2007).

**TABELA 4: População por província, região e país, Moçambique, 1997 e 2007**

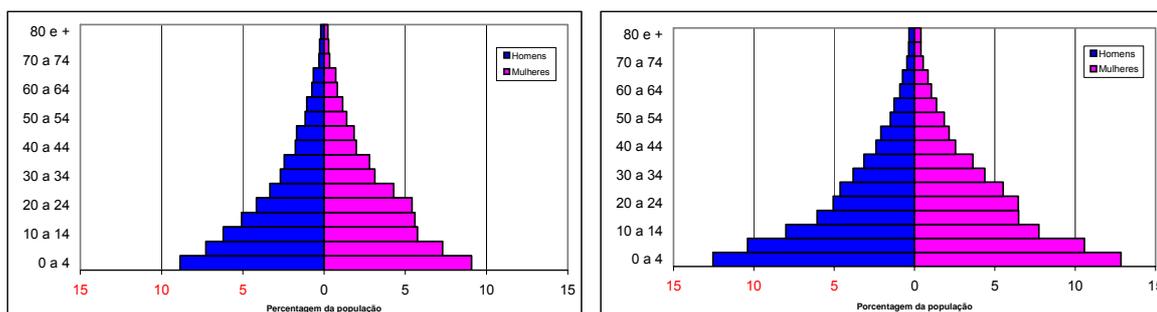
Região/Província	População				Densidade		% Urbano	
	1997		2007		1997	2007	1997	2007
	Número	%	Número	%	Número	Número		
<b>Norte</b>	<b>5259920</b>	<b>32,67</b>	<b>6762964</b>	<b>33,39</b>	<b>19,40</b>	<b>25,77</b>	<b>21,63</b>	<b>24,10</b>
Niassa	809757	5,03	1170783	5,78	5,90	9,10	23,10	22,90
Cabo Delgado	1382223	8,59	1606568	9,98	15,60	19,40	16,80	20,80
Nampula	3067940	19,06	3985613	24,76	36,70	48,80	25,00	28,60
<b>Centro</b>	<b>6740393</b>	<b>41,87</b>	<b>8688590</b>	<b>42,90</b>	<b>18,68</b>	<b>25,38</b>	<b>24,43</b>	<b>23,68</b>
Zambézia	3100935	19,26	3849455	23,91	27,50	36,70	13,50	17,40
Tete	1227799	7,63	1783967	11,08	11,40	17,70	14,70	13,70
Manica	1040984	6,47	1412248	8,77	15,80	22,90	28,20	25,30
Sofala	1370675	8,51	1642920	10,20	20,00	24,20	41,30	38,30
<b>Sul</b>	<b>4098932</b>	<b>25,46</b>	<b>4800669</b>	<b>23,70</b>	<b>23,38</b>	<b>29,37</b>	<b>36,08</b>	<b>53,88</b>
Inhambane	1158875	7,20	1271818	7,90	16,40	18,50	19,60	22,20
Gaza	1118542	6,95	1228514	7,63	14,00	16,20	24,70	25,40
Maputo-Província	832124	5,17	1205709	7,49	30,90	46,30		67,90
Maputo-Cidade	989391	6,15	1094628	6,80	32,22	36,48	100,00	100,00
<b>Moçambique</b>	<b>16099245</b>	<b>100,0</b>	<b>20252223</b>	<b>100,0</b>	<b>20,49</b>	<b>26,84</b>	<b>29,20</b>	<b>30,40</b>

Nota: (\*) Sem informação

Fonte dos dados básicos: MOÇAMBIQUE.INE, 2007 - Indicadores socioeconomicos

Segundo os dados de 2007, a população feminina representava 52,1% do total, o que corresponde a uma razão de sexo de 92,8 homens para cada 100 mulheres. De 1997 para 2007, a Taxa de Fecundidade Total (TFT) oscilou de 5,9 para 5,7 filhos por mulher, mantendo-se em patamar elevado. A taxa de natalidade (TBN) também é alta, o que explica a base larga da pirâmide etária ilustrada na FIG. 2. Com isto, tem-se uma população essencialmente jovem, com 46,9% abaixo dos 15 anos de idade e 4,6% com 65 anos ou mais. Cálculos apontam que a razão de dependência situa-se em 105,8% em 2007, contra 96,4% de 1997. Este aumento da razão de dependência total deve-se a três fatores: natalidade elevada; “saída” nas idades de 15 a 59 anos, como resultado de elevada mortalidade por Aids; e aumento nos efetivos populacionais nas idades acima de 60 anos em decorrência da queda da mortalidade especialmente nessas idades.

**FIGURA 2: Moçambique - População observada por idade quinquenal e sexo em 1997 e 2007**



Fonte dos dados básicos: MOÇAMBIQUE.INE, 2007; MOÇAMBIQUE.INE, 2009a.

Entre 1997 e 2007 houve redução da taxa de mortalidade infantil (TMI). Em 1997 a TMI era de 143,7 óbitos por mil nascimentos vivos; em 2003 era de 124,0; e, em 2007, era de 95,5. Por região, a Centro apresentava a maior TMI, com 97,9; seguida pela Região Norte com 94,3 e a Sul com 77,1 (MOÇAMBIQUE.INE, 2010). Araújo (1999), citado por Arnaldo (2007), constatou que as diferenças regionais eram substancialmente reduzidas logo que as características socioeconômicas eram controladas.

Entre os fatores associados à sobrevivência da criança destaca-se o acesso aos cuidados pré-natais e água canalizada. Uma criança cuja mãe não tenha tido cuidados pré-natais teria 90% de probabilidade de não sobreviver até o primeiro ano de vida, quando comparada àquela cuja mãe obteve estes cuidados. As crianças cujas famílias não tenham tido acesso à água canalizada possuíam 75% de probabilidades de não atingir o primeiro ano de vida, quando comparadas às crianças de famílias com acesso a estes serviços (Araújo, 1999 apud Arnaldo, 2007).

Em geral, o contínuo decréscimo da TMI moçambicana, entre 1997 a 2007, refletiria uma redução nos níveis de pobreza e do analfabetismo e ainda uma melhoria no acesso a água potável e a serviços de saúde. A evolução dos indicadores de acesso a água potável e a serviços de saúde é apresentada na TAB. 5.

**TABELA 5: Moçambique – Percentual de população com acesso a água e serviços de saúde, 1997 e 2006**

Variável	Norte		Centro		Sul	
	1997	2006	1997	2006	1997	2006
Sem acesso a água (%)	91,5	58,7	87,8	65,9	64,3	35,1
Sem acesso aos serviços de saúde (%)	77,6	63,0	81,0	71,2	53,6	46,0

**Fonte dos dados básicos: PNUD, 2008**

Em 1997, a grande maioria da população residente nas regiões Norte (92%) e Centro (88%) não tinha acesso a água encanada. Na Região Sul a situação era menos catastrófica, mas ainda assim, apenas 36% tinham acesso a esse serviço. Em 2006 verifica-se melhoria da situação nas três regiões. No entanto, nas regiões Norte e Centro bem mais da metade da população não era contemplada com serviços de água encanada, em contraste com a situação vigente na Região Sul, onde “apenas” 35% da população não tinha acesso a água encanada.

No que diz respeito ao acesso a serviços de saúde também é possível constatar melhoria entre 1997 e 2006, mas a situação é igualmente preocupante: o percentual de população sem acesso a serviços de saúde era 71% na Região Centro, 63% na Região Norte e 46% na Região Sul. Portanto, a despeito das melhorias, o quadro apresentado é de extrema gravidade, em linha com os níveis ainda elevados de mortalidade infantil.

A esperança de vida ao nascer, em 1997, era de 42,3 anos (Gaspar, 2002 apud Arnaldo, 2007). A Região Sul, com uma esperança de vida ao nascer de 50 anos, superava em mais de 10 anos as Regiões Centro e Norte (Arnaldo, 2007). O declínio da esperança de vida ao nascer, de 1980 a 1997, deveu-se ao aumento da taxa de mortalidade resultante da guerra civil e efeitos do HIV/AIDS (Arnaldo, 2007). Estimava-se que, de 2002 a 2004, a prevalência da Aids tenha subido de 13,3% para 16,3%, afetando majoritariamente as pessoas de 15 a 49 anos (população adulta). Isto implica que, em 2004, cerca de 1,4 milhão de moçambicanos estavam infectados pelo vírus da AIDS (PNUD, 2007).

### 2.2.1 Mortalidade proporcional

Segundo o Inquérito Nacional sobre as Causas de Mortalidade (2009), a variação proporcional da mortalidade infantil por causa de morte indica que a Malária, com 32,2%, seguida da sepsis bacteriana do nascido vivo e o HIV/AIDS, com 12,8% e 9,3%, respectivamente, constituíram as três principais causas de morte.

Tal como na mortalidade infantil, para crianças com idade até 5 anos, a Malária, com uma proporção de 42,3%, representou a principal causa de morte. Seguiu-se a Aids, pneumonia e diarreias, com proporções de 13,4%, 6,4% e 5,9%, respectivamente.

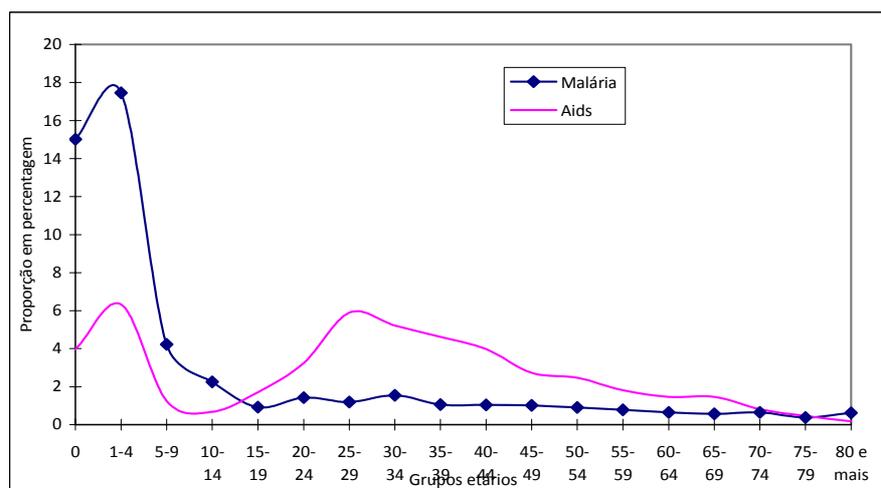
Para o grupo etário de 5 a 14 anos, a Malária também constitui a principal causa de morte. A partir dos 15 anos de idade, a Aids destacou-se como a principal causa de morte. Na faixa etária de 25 a 49 anos a Aids, sozinha, respondeu por mais da metade dos óbitos.

O GRÁF. 1, produzido com base nos dados do INCAM (2009), apresenta a distribuição proporcional da mortalidade por Malária e Aids, por grupo etário. Esses dados indicam que há uma infantilização da Aids e que a faixa etária de 25 a 29 anos também se destaca por apresentar elevada proporção de óbitos por Aids.

É preocupante constatar elevadas proporções de óbitos tanto por Malária quanto por Aids entre crianças menores de 1 ano. No que diz respeito aos óbitos infantis por Aids, trata-se de um reflexo de elevadas percentagens de contaminação com o vírus HIV/AIDS na população em idade reprodutiva, sobretudo as mulheres (MOÇAMBIQUE.MISAU, 2006). Quando se acrescenta que o índice de transmissão mãe-recém-nascido pode chegar a zero, se tomadas as medidas preventivas disponíveis, a situação parece mais alarmante e requer a urgente atenção dos responsáveis por políticas na área de saúde pública.

Essas medidas devem contemplar, também, estratégias visando a redução da incidência e letalidade da Malária. Nos dois casos, a população-alvo não se deve restringir àquelas com menos de 1 ano, mas se estender também às crianças do grupo de 1 a 4 anos.

**GRÁFICO 1: Distribuição proporcional de causas de mortes por Malária e Aids por grupo etário, Moçambique, 2007**

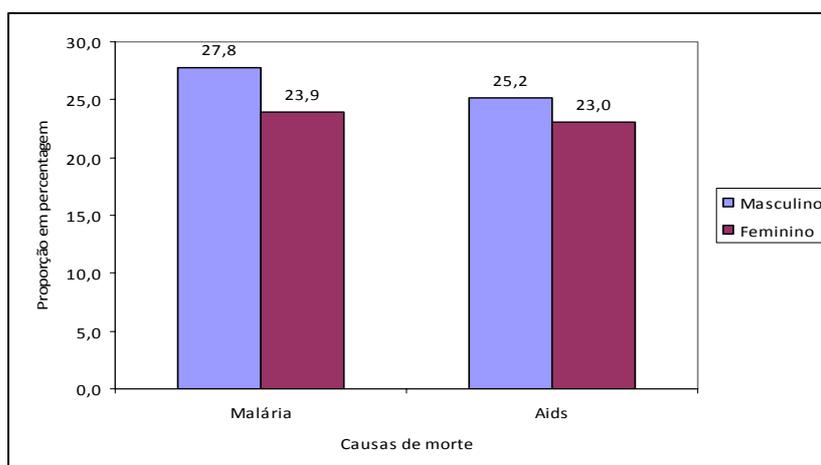


Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INCAM 2009.

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.

No conjunto de causas de morte, na população masculina, a Aids contribui com 25,2%, ao passo que, na população feminina, a proporção de mortes por esta causa foi de 23,0% (vide GRÁF. 2).

**GRÁFICO 2: Distribuição proporcional de mortes por Malária e Aids por sexo, Moçambique, 2007**

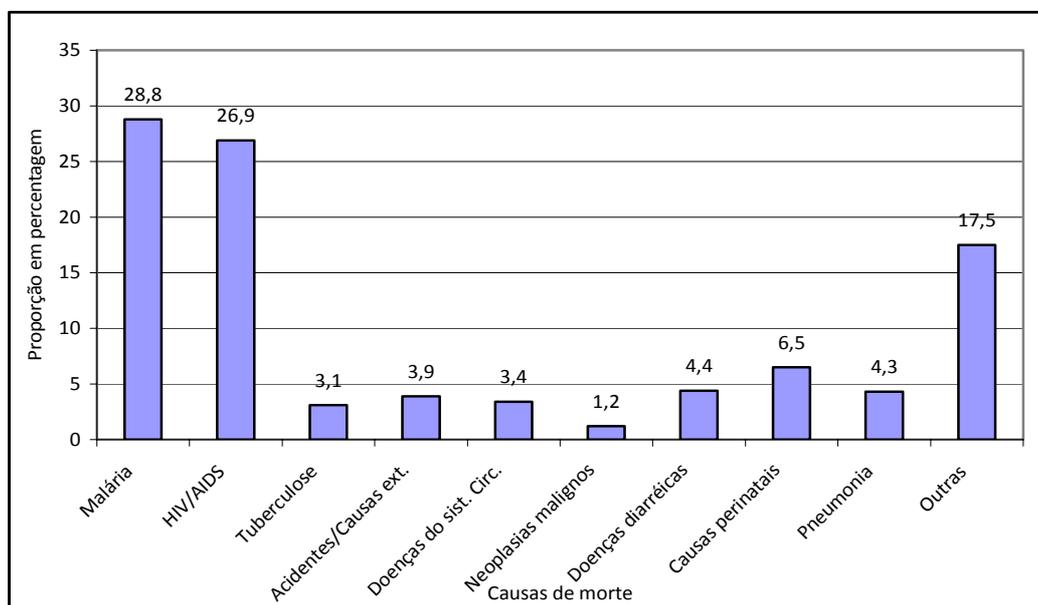


Fonte: Elaboração própria com base nos dados básicos do INCAM 2009

A Região Sul do país destacou-se por apresentar a maior percentagem de mortes por Aids, e Região Centro é aquela que apresenta a maior proporção de óbitos por Malária. Por província, a de Gaza, no Sul do país, apresentou os maiores índices de morte por HIV/AIDS, com uma proporção de 40,7%. Em Nampula, província setentrional, destacaram-se as mortes por Malária, com uma proporção de 36,1% do total. Por situação, no meio rural, destacou-se a Malária, com 30,9%, ao passo que, no meio urbano, a maior proporção de mortes (31,6%) é causada pela Aids.

No geral, o perfil epidemiológico de Moçambique em 2007, observado com base na proporção das principais causas de morbimortalidade (GRÁF.3), apontava para uma acentuada mortalidade devida a doenças evitáveis, nomeadamente a Malária (28,8%) e Aids (26,9%). À estas causas, seguiam-se as Afecções Perinatais (6,5%), as Doenças Diarréicas (4,4%) e as Pneumonias (4,3%) (MOÇAMBIQUE.INE, 2009b).

**GRÁFICO 3: Distribuição proporcional das principais causas de morte, ambos sexos, Moçambique, 2007**



Fonte: MOÇAMBIQUE.INE, 2009b

Em suma, em Moçambique, segundo o levantamento do INCAM (2009), referente ao ano de 2007, a Malária, Aids e Causas Perinatais constituíram as principais causas de óbito. As duas primeiras tiveram uma contribuição proporcional na

mortalidade acima de 50%, para um total de 10.080 casos, não ponderados. Para todas as causas, o sexo masculino apresentou mortalidade proporcional superior àquela do sexo feminino.

### **3. MATERIAL E MÉTODOS**

O exercício empírico que subsidia as análises e reflexões centrais desta dissertação baseia-se no cálculo da esperança de vida ao nascer e a cada idade. A esperança de vida ao nascer corresponde à duração média da vida de uma população, sujeita às condições de mortalidade observadas num dado período (Preston et al, 2001; Botega et al., 2006; Oliveira; Mendes, 2010). Este indicador é calculado numa perspectiva transversal (ou de momento). As taxas de mortalidade por idade e as correspondentes probabilidades de morte, observadas no período de referência, são aplicadas a uma geração hipotética que sobreviveria de acordo com o padrão e o nível de mortalidade observado. O processo de extinção da geração hipotética é representado numa tábua de sobrevivência, com base na qual se calcula a esperança de vida ao nascer (Oliveira; Mendes, 2010).

A esperança de vida ao nascer possibilita comparações de populações diferentes em um mesmo momento do tempo, bem como entre momentos diferentes do tempo, seja para o mesmo país ou entre países e regiões, pois é uma medida padronizada. Permite, ainda, comparar os efeitos de diferentes condições gerais de saúde sobre a mortalidade das populações em função do sexo e da idade das pessoas (Preston et. al., 2001).

Antes de detalhar os métodos adotados para cálculo das tábuas de vida de múltiplo decremento e do número de anos de vida perdidos em decorrência da incidência de determinadas doenças, apresenta-se uma breve descrição dos dados utilizados.

#### **3.1 Fonte dos dados e definição de critérios para a escolha das causas de morte**

Os dados de causas básicas de morte, utilizados no presente trabalho, referem-se às experiências de mortalidade observadas no ato de levantamento de

informações para o Inquérito Nacional Sobre Causas de Mortalidade (INCAM), do ano de 2007.

O INCAM constituiu um estudo retrospectivo sobre as causas de mortalidade, cujo objetivo foi estudar as estruturas das principais causas de morte em Moçambique. Os resultados foram obtidos com base na aplicação do método de autópsia verbal. Foram inqueridas famílias que, durante o Censo, reportaram óbito de um membro do agregado familiar e que residia no referido agregado familiar.

Considerou-se como período de referência o intervalo entre 01 de Agosto de 2006 a 31 de Julho 2007, ou seja, os últimos 12 meses que antecederam o Censo. Para o levantamento de dados no campo foi observado o critério de representatividade segundo o país, província, área de residência (por situação censitária urbana e rural) e por sexo. O levantamento foi realizado em todas as 11 províncias do país, com uma amostra que permitiu coletar informações sobre um número de óbitos suficientes para garantir representatividade para análise das principais causas de mortalidade. Baseando-se nos critérios de representatividade estatística, foi estimado para o país um número de óbitos de 16 mil. Assumiu-se que, no meio, urbano a taxa bruta de mortalidade seria de 12 por mil e, no meio rural, de 18 por mil.

No ato da preparação do trabalho de campo para o INCAM, foram definidos 388 segmentos os quais registaram 18103 óbitos durante o Censo. No entanto, 6351 óbitos foram considerados inválidos. Assim, os restantes 11752 óbitos cujos critérios são válidos representaram uma taxa de cobertura nacional de 65%. Dos 11752 óbitos, 9895 tiveram os questionários de autópsia verbal completos. Este dado fez uma taxa de resposta de 84%. Durante o inquérito foram identificados 185 óbitos que inicialmente não foram registados no Censo, mas que faziam parte dos critérios de inserção no inquérito. Assim, adicionando estes óbitos, obteve-se um total de 10080 óbitos.

Dado que o número de óbitos por causa, sexo e idade foi obtido em uma pesquisa amostral, tornou-se necessário expandir a amostra obtida, de forma que fossem representativos da população enumerada pelo Censo, em 2007. Para operacionalização dos dados utilizados nesta dissertação foi aplicado um

ajustamento e/ou redistribuição, de acordo com o número de óbitos por sexo e idade, tomando-se o total de óbitos do Censo e mantendo-se a estrutura de causas observada na pesquisa amostral.

Tomou-se como causas selecionadas a Malária (28,8%) e a Aids (26,9%), com base no fato de que ambas constituem, segundo a literatura consultada e os dados recentes, mais de 50% das causas de morte para o total da população moçambicana (MOÇAMBIQUE.INE, 2009b).

### 3.1.1 Qualidade dos dados

Em se tratando de informações provenientes de pesquisa amostral, é importante tecer considerações a respeito da qualidade dos dados.

No caso dos dados populacionais optou-se pela aplicação do método de Whipple, para medir a atracção pelos dígitos “0” e “0 e 5”, para ambos sexos, considerando os intervalos etários de 23 a 62 anos e 23 a 80 anos e mais (TAB. 6).

**TABELA 6: Índice de Whipple para dados da população, por sexo e diferentes intervalos etários, 2007**

Grupos etários	Total			Urbana			Rural		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
<b><math>IW_{(0)}</math></b>									
23 a 62	118,77	115,06	122,47	104,80	103,00	106,60	125,37	121,26	129,47
<b><math>IW_{(0 e 5)}</math></b>									
23 a 62	123,45	123,75	123,16	116,13	116,20	116,07	130,72	131,30	130,24
23 a 80 e +	112,64	112,89	112,40	108,10	108,74	107,48	117,19	117,05	117,31

Nota:

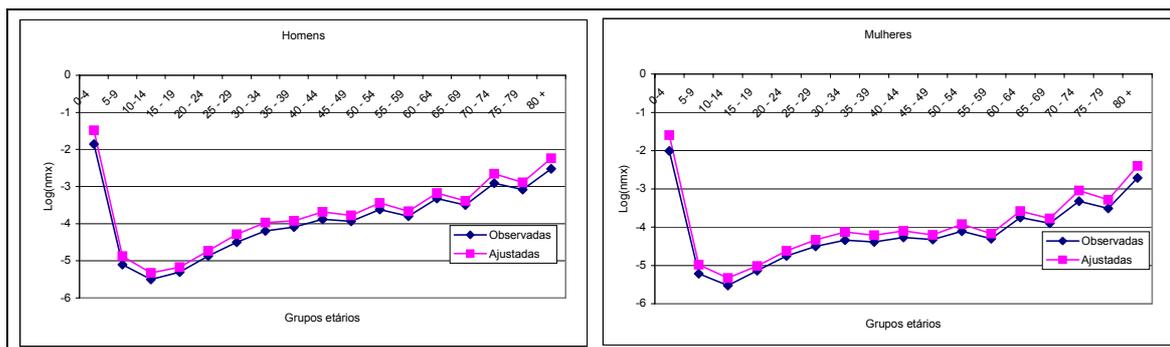
- $99 \leq IW \leq 104,9$  dados precisos
- $105 \leq IW \leq 109,9$  dados pouco precisos
- $110 \leq IW \leq 124,9$  dados aproximados
- $125 \leq IW \leq 174,9$  dados grosseiros

Fonte de dados básicos: MOÇAMBIQUE. INE. 2009a

Os valores encontrados, tanto em relação à preferência pelo dígito “0” quanto pelos dígitos “0 e 5”, para ambos os sexos, situam-se no intervalo compreendido entre 110 e 124. Tal intervalo indica que os dados em referência se inserem na categoria de “aproximados”, não sendo necessária a adoção de qualquer fator de correção.

No caso dos dados de óbitos a consideração da qualidade da informação foi feita por meio da comparação entre as curvas de mortalidade obtidas com base na aplicação dos métodos de Bennet e Horiuchi (1981) (Dorrington et al, 1999; Agostinho, 2009) e de filhos sobreviventes (ONU, 1983) (ajustadas) e as curvas de mortalidade obtidas com os óbitos observados (GRÁF. 4).

**Gráfico 4: Taxas específicas de mortalidade, observadas e ajustadas, 2007**



Fonte de dados básicos: MOÇAMBIQUE. INE. 2009a

Para ambos os sexos, as curvas observadas e ajustadas apresentaram padrão similar, havendo uma ligeira diferença no nível, o que indica que os dados podem ser classificados como confiáveis, ou seja, não requerem a aplicação de qualquer fator de correção.

### 3.2 Métodos de análise

Nesta seção é apresentada uma discussão sobre a metodologia utilizada para elaboração de tábuas de mortalidade de múltiplo decremento, assim como para estimativa de anos de vida perdidos.

A metodologia de múltiplo decremento pressupõe que, ao remover uma causa de morte, seja, por exemplo, a Malária, a força de mortalidade (ou taxa de mortalidade instantânea) das demais causas, como Aids ou outras, não é afetada. 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 selecionada (Chiang, 1991 apud Abreu et al., 2009).

Sobre a operacionalização do método, todas as informações sobre as causas de morte e respectivas probabilidades foram obtidas em grupos de idade. As probabilidades de morte por Malária e Aids foram subtraídas das probabilidades de morte por todas as causas. Esta operação tem em vista a obtenção da tábua de vida de período dada a exclusão das diferentes causas de morte.

As tábuas de vida de múltiplo decremento obtidas fornecem uma estimativa de mortalidade por riscos competitivos permitindo analisar a importância de causas de óbito 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 óbito 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, sob pressuposto de 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 e Garcia, 2003).

Para o alcance dos objetivos propostos, as tábuas de vida foram construídas por sexo, e comportaram tábuas de mortalidade de causa eliminada retirando a Malária e o HIV/AIDS.

Nas tábuas de vida construídas, são considerados intervalos etários quinquenais e idades simples sendo, para todas, a idade inicial zero e final 80 e mais.

Especificamente, para 2007 é apresentada uma tábua com a esperança de vida às seguintes idades exatas: ao nascer (idade zero), aos 15, 40, 60 e aos 80 anos. Obedeceu-se a um critério segundo o qual, até os 15 anos, analisa-se o período da infância e adolescência; de 15 até os 40 anos, a vida adulta; de 40 até os 60 anos, a fase mais avançada da vida adulta; e de 60 até 80 anos, os indivíduos que irão falecer antes de entrar na fase mais avançada da velhice (Barbosa e Andrade, 2000).

### 3.2.1 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 e 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 na qual há a remoção de determinada causa de morte, tornando-se viável estimar a esperança de vida da população em uma 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  $x+n$  ( ${}_n P_x$ ) 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  ${}_n P_x$  à potência de  $R^{-i}$ , que constitui a proporção de óbitos por todas as causas, exceto pela causa  $i$ :

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

$$R^{-i} = \frac{{}_n D_x - {}_n D_x^i}{{}_n D_x}$$

Onde:

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

${}_n D_x^i$  é o total de óbitos pela causa  $i$

Quanto menor a diferença entre as duas quantidades do numerador, maior a redução nas probabilidades de morte a cada idade.

### 3.2.2 Número de Anos de Vida Perdidos (AVP)

O indicador 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), referenciado por Simões (2002). Segundo Simões (2002), o indicador de AVP mede, para cada grupo de idade e para todas as idades, os seguintes aspectos:

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

Das tábuas de sobrevivência calculadas neste trabalho é deduzido o índice de AVP. Este índice é relacionado com a decomposição da esperança de vida (para determinadas idades) por causas de morte. Assim, as diferenças de duas esperanças de vida temporárias entre duas idades se explicam, em sua totalidade, pelas diferenças dos anos de vida perdidos entre essas idades (Simões, 2002).

Realce-se, com base no exemplo formulado por Simões (2002), que uma pessoa que morre aos 15 anos de idade pode ser considerada como acometida por uma morte prematura, dado que se esperava que vivesse ainda mais anos. É assim que os AVP são os anos que a pessoa não viveu, sob o pressuposto de que a pessoa teria uma vida longa. Para Werneck e Reichenheim (1992), esta análise leva a uma substancial modificação na importância relativa das causas de morte, dado que o método considera um maior valor às mortes observadas em idades precoces da vida. Para uma pessoa que tenha falecido aos 5 anos de idade, admitindo que a esperança de vida da população moçambicana ao nascer seja, por exemplo, de 48 anos, a pessoa falecida teria tido 43 anos de vida perdidos.

Para o presente trabalho, será considerada uma esperança de vida ao nascer de 50 anos.

O cálculo do índice de AVP considera a análise entre duas idades  $a$  e  $v$  ( $u = a - v$ ), sob a hipótese de que a mortalidade entre as idades escolhidas é nula. Este pressuposto permite a realização de análises temporais para uma mesma população, ou entre populações distintas (Simões, 2002 apud Gomes et al., 2008).

Na descrição do procedimento para obtenção do índice, Simões (2002), argumenta que, inicialmente, assume-se não existirem diferenças entre a distribuição dos óbitos por causas de morte de uma tábua de vida ( ${}_n d_x$ ) e a dos óbitos observados ( ${}_n D_x$ ) em cada intervalo etário ( $x, x+n$ ). Os óbitos para uma determinada causa de morte  $j$  podem ser representados pela relação:

$${}_n d_{x,j} = {}_n d_x * \left( \frac{{}_n D_{x,j}}{{}_n D_x} \right)$$

As pessoas que morrem por determinada causa de morte  $j$ , à idade ( $x, x+n$ ), perdem tantos anos de vida dentro desse grupo etário quanto o produto das mortes devidas à causa  $j$ , pela diferença entre o intervalo do segundo grupo etário (neste caso,  $n$ ) e o tempo vivido pelos que morreram, em anos, dentro do intervalo  ${}_n k_x$ . O número de anos de vida perdidos durante o intervalo de  $u$  anos após o intervalo  $x+n$  é a diferença entre  $v$  e  $x+n$ . Assim, o número de anos de vida perdidos por aqueles que morreram, entre as idades  $x$  e  $x+n$ , pela causa  $j$ , pode ser representado pela seguinte equação:

$${}_{u,n} AP_{x,j} = {}_n d_{x,j} * [(n - {}_n k_x) + (v - x - n)]$$

Dentro de um mesmo grupo etário, os  ${}_n k_x$  para cada causa de morte são considerados iguais e definidos por:

$${}_n k_x = \frac{({}_n L_x - n * I_{x+n})}{{}_n d_x}$$

O número médio de anos de vida perdidos pelas pessoas que estão vivas à idade inicial  $a$  (representados por  $l_a$  na tábua de vida), face à mortalidade pela causa  $j$ , no grupo etário  $x, x+n$  (segundo grupo etário), é obtido com base na equação:

$${}_{u,n}ap_{x,j} = \frac{[{}_n d_{x,j} * (v^{-n} k_x - x)]}{l_a}$$

Em que  $l_a$  é o número de pessoas vivas à idade exata “ $a$ ”, na tábua de vida.

Em seguida, a soma dos anos de vida perdidos entre as idades “ $a$ ” e “ $v$ ” representa o número médio de anos de vida perdidos pela causa de morte  $j$  no intervalo de idade de “ $u$ ” anos.

$${}_u AP_{.j} = \sum_{x=a}^v {}_{u,n} ap_{x,j}$$

Por seu turno, a média de anos de vida perdidos entre as idades  $x$  e  $x+n$  devido à mortalidade por todas as causas de morte ( $m$ ) é dada por:

$${}_{u,n} AP_{x.} = 1 \sum_{j=1}^m {}_{u,n} ap_{x,j}$$

É evidente que,

$$AP_{..} = \sum_{j=1}^m {}_u AP_{.j} = \sum_{x=a}^v {}_{u,n} AP_{x.} = u - uE(a)$$

Onde,  $u = v-a$ , e  $uE(a)$  é a esperança de vida temporária de uma tabela de sobrevivência, isto é:

$$uE(a) = \frac{(T_a - T_{a+u})}{l_a}$$

## **4. Impacto da mortalidade por Malária e Aids na esperança de vida e nos anos de vida perdidos**

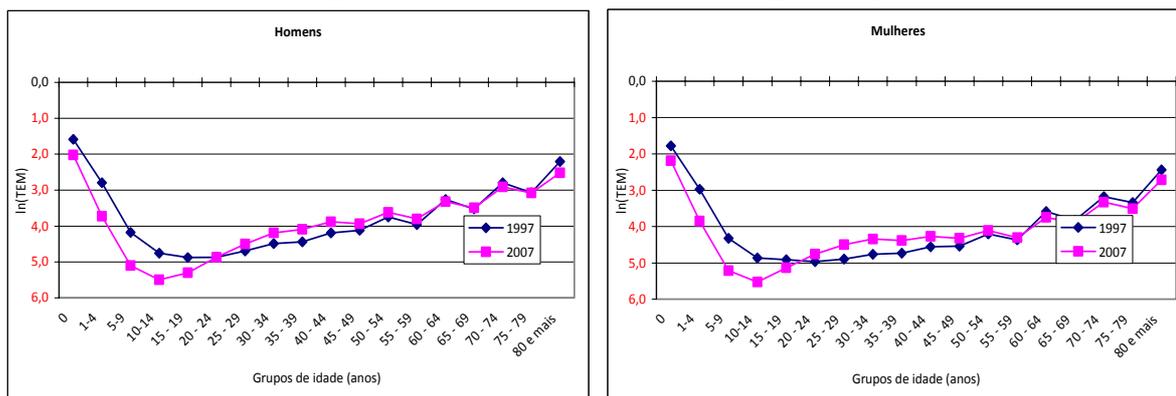
O objetivo deste capítulo é apresentar os resultados relativos ao impacto da mortalidade por Malária e Aids na esperança de vida da população moçambicana em 2007, às idades selecionadas, com base na aplicação do modelo de riscos competitivos (tábua de múltiplo decremento) e na estimativa de ganhos de anos de vida com a eliminação dessas causas de morte.

Antes disso, apresenta-se um panorama sucinto dos níveis de mortalidade e de esperança de vida ao nascer de Moçambique em 1997 e 2007.

### **4.1 Mortalidade e esperança de vida ao nascer**

A análise comparativa entre as taxas de mortalidade masculina, referentes aos anos de 1997 e 2007 (GRÁF. 5) mostra que as variações apresentadas foram diferentes por grupo etário, com modificação do perfil da mortalidade. Observou-se uma redução das taxas de mortalidade infantil e diminuição muito maior da mortalidade entre as idades de 10 a 14 anos. Na faixa etária de 15 a 19 anos também observou-se uma redução, mas inferior àquela da faixa anterior. A partir do grupo de 20 a 24 anos, os níveis de mortalidade em 2007 superaram os de 1997 e com distanciamento que se estendeu até a faixa etária de 45 a 49 anos. Deve-se ressaltar que esta faixa coincide com a de pessoas que tem a Aids como a principal causa de morte (MOÇAMBIQUE.INE, 2009b).

### GRÁFICO 5: Taxas Específicas de Mortalidade, Moçambique, 1997 e 2007

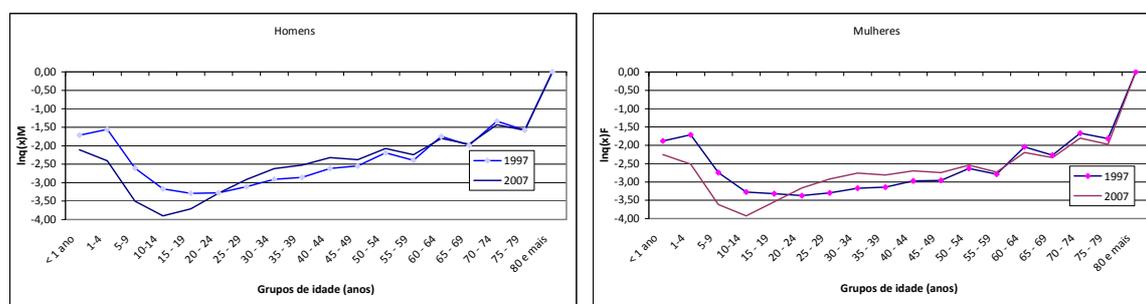


Fonte: Elaboração própria com base nos dados básicos do RGPH, 1997 e 2007.

As taxas de mortalidade feminina, à semelhança das taxas masculinas, também apresentam um comportamento diferenciado nos dois anos. Nas idades de 20 a 54 anos a mortalidade em 2007 se apresentou superior à de 1997.

Ao observar as tendências das probabilidades de morte ( ${}_nq_x$ ) masculinas e femininas constatou-se uma variação nos padrões de mortalidade (GRÁF. 6) entre 1997 e 2007. Para a população masculina, na faixa de menores de 1 ano até 19 anos, em 2007, observou-se uma redução nas probabilidades de morte. Na faixa etária de 20 a 24 anos os níveis mantiveram-se constantes. Nos grupos etários que incluem pessoas de 25 a 59 anos as probabilidades de morte superaram os níveis observados em 1997. Este comportamento traduz um revés nos níveis de mortalidade, tendo se constatado uma acentuada elevação na mortalidade adulta jovem registrado em 2007, em relação ao observado em 1997.

### GRÁFICO 6: Probabilidades de morte por idade e sexo, Moçambique, 1997 e 2007



Fonte: Elaboração própria com base nos dados básicos do RGPH, 1997 e 2007.

Por seu turno, na população feminina, em todos os grupos etários, os níveis de probabilidade de morte foram sempre inferiores aos masculinos. Em 2007, o grupo etário que agregou pessoas de 20 a 59 anos apresentou níveis de probabilidade de morte maior que em 1997. A exemplo do que foi verificado entre os homens, nesses grupos etários houve aumento da probabilidade de morte de 2007, em relação à de 1997.

A esperança de vida ao nascer em Moçambique, em 1997, era de 35,8 anos entre os homens e de 42,5 entre as mulheres. Dez anos depois, em 2007, esses níveis atingiram 45,6 anos e 51,8 anos, respectivamente (TAB. 11).

**TABELA 11: Evolução da esperança de vida ao nascer por sexo, Moçambique, 1997 a 2007 (em anos)**

Ano	Esperança de vida ao nascer				Diferença entre sexos ( $e_0^F - e_0^M$ )
	Masculina		Feminina		
	$e_0$	Incremento	$e_0$	Incremento	
1997	35,84		42,51		6,68
		9,77		9,24	
2007	45,60		51,75		6,15

**Fonte: Elaboração própria com base nos dados básicos do RGPH, 1997 e 2007**

A variação na esperança de vida ao nascer da população moçambicana entre 1997 e 2007 foi muito expressiva, tanto para homens quanto para mulheres, com um aumento superior a 9 anos nos dois segmentos (masculino e feminino). Ainda assim, o nível foi muito menor do que aquele registrado nos países desenvolvidos e em boa parte dos países em desenvolvimento.

O incremento médio anual foi superior para a população masculina. Como consequência, de 1997 a 2007 houve uma ligeira redução da diferença da esperança de vida ao nascer entre os sexos, de 6,7 para 6,2 anos.

Os dados apresentados na TAB. 12 mostram que à medida que a idade avança, a diferença por sexo e idade na esperança de vida apresenta um comportamento variado, ora aumentando ou reduzindo; na idade de 40 anos atingiu 7,1 anos, atingindo 2,6 anos na idade de 80 anos. Tanto para Moçambique como para as regiões Norte e Centro, na idade 35 anos atinge-se o máximo da diferença, com 7,3 anos, 3,3 anos e 9,6 anos, respectivamente. Na Região Sul constatou-se que

o máximo de diferença na esperança de vida por sexo é observado numa idade exata ainda mais jovem, a de 30 anos (dado não apresentado).

Nas idades mais avançadas, o diferencial na esperança de vida ao nascer por sexo apresentou uma tendência de redução. No entanto, essa informação deve ser analisada com cautela, visto que os ganhos na esperança de vida à determinada idade depende do valor já alcançado pelo indicador.

A Região Centro apresentou as maiores esperanças de vida ao nascer, para ambos os sexos. Por província, destacam-se Tete, no Centro, e Maputo Cidade, no Sul. Os dados analisados também realçam uma diferença de mortalidade por sexo, por região. O maior diferencial na esperança de vida ao nascer foi observado na Região Sul, com 8,8 anos, seguido do Centro (7,3 anos) e o menor para a região Norte (3,6 anos). Tete e Gaza, com 12,0 e 11,7, anos, respectivamente, destacam-se nos diferenciais por províncias.

Importante ressaltar que os níveis de esperança de vida ao nascer, masculina e feminina, situam-se, mesmo em 2007, entre os menores alcançados em todo o mundo. Essa situação certamente poderia apresentar melhoria significativa se for eliminada boa parte das mortes evitáveis, provocadas por Malária e Aids, como se verá a seguir.

TABELA 12: Esperanças de vida ao nascer, aos 15, 35, 40, 60 e 80 anos, por regiões e províncias, Moçambique, 2007

Regiões/Províncias	Esperança de vida em anos selecionados											
	e <sub>0</sub>		e <sub>15</sub>		e <sub>35</sub>		e <sub>40</sub>		e <sub>60</sub>		e <sub>80</sub>	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
<b>Norte</b>	45,55	49,15	46,60	49,16	33,24	36,52	30,07	33,24	19,58	21,21	12,65	12,32
Niassa	53,90	62,38	53,63	61,36	39,22	47,71	36,06	44,56	25,72	33,05	19,52	25,22
Cabo Delgado	39,85	43,75	40,50	43,84	27,90	32,08	25,11	29,12	15,74	17,94	9,54	9,23
Nampula	46,47	49,30	48,35	49,95	34,96	37,33	31,63	33,92	20,58	21,50	12,88	12,23
<b>Centro</b>	46,87	54,21	46,79	54,11	33,99	43,57	31,58	41,08	22,68	29,79	16,13	20,18
Zambézia	46,66	53,71	49,79	56,86	38,73	47,42	36,29	44,70	27,95	33,51	22,54	24,38
Tete	57,50	69,46	57,51	69,85	42,26	56,45	38,92	53,50	27,82	40,26	19,82	29,02
Manica	45,93	53,50	42,41	50,18	28,74	39,16	26,74	37,20	18,24	26,51	11,92	17,37
Sofala	42,57	48,06	39,55	44,59	26,86	35,06	25,01	33,09	17,09	23,10	10,85	14,46
<b>Sul</b>	45,60	54,16	38,39	47,61	25,49	35,82	24,02	33,81	16,24	23,44	8,65	14,00
Inhambane	44,71	54,00	38,13	47,92	26,46	36,94	25,19	35,02	18,34	25,05	10,12	15,81
Gaza	37,41	49,10	31,23	44,19	19,27	34,48	19,02	33,40	14,57	25,18	8,74	16,18
Maputo-Provincia	49,62	57,22	41,65	49,39	27,90	36,66	25,73	34,45	16,23	23,22	7,76	12,79
Maputo-Cidade	50,57	56,30	41,73	47,25	27,40	33,56	25,12	30,64	14,66	17,90	5,85	8,43
<b>Moçambique</b>	45,60	51,75	44,25	50,18	31,19	38,48	28,69	35,79	19,44	24,44	12,46	15,07

Fonte dos dados básicos: MOÇAMBIQUE.INE, 2009a; MOÇAMBIQUE.INE, 2009b.

## 4.2 Ganhos nas esperanças de vida com a eliminação dos óbitos por Malária e Aids

O objetivo dessa seção é descrever os resultados relativos à mensuração da influência da mortalidade por Malária e Aids na esperança de vida ao nascer da população de Moçambique em 2007 por meio dos dois indicadores propostos: ganhos na esperança de vida com a eliminação desses óbitos e 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 Aids (TAB. 13). Para os homens, a eliminação da mortalidade por Aids 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 13: Esperança de vida masculina e feminina na presença de todas as causas de morte e ausência da Malária e Aids, 2007**

idade em anos	$e_x$ Moçambique	Masculino			Feminino		
		Observada	S/ Malária	S/ Aids	Observada	S/ Malária	S/ Aids
0	48,68	45,60	54,07	54,70	51,75	60,75	61,66
1	53,81	50,86	57,73	60,46	56,77	64,27	67,17
5	54,70	51,77	56,40	61,29	57,62	62,88	67,72
10	51,22	48,30	52,31	57,83	54,14	58,68	64,29
15	47,22	44,25	47,89	53,82	50,18	54,18	60,33
20	43,45	40,30	43,80	49,68	46,60	50,48	56,51
25	40,16	36,77	40,00	45,82	43,55	47,28	52,70
30	37,32	33,74	36,84	41,92	40,89	44,58	48,87
35	34,84	31,19	34,06	38,40	38,48	42,02	45,32
40	32,24	28,69	31,41	34,91	35,79	39,27	41,46
45	29,87	26,54	29,01	31,57	33,20	36,67	37,71
50	27,16	24,01	26,27	28,16	30,30	33,62	34,13
55	24,90	22,11	24,17	25,49	27,68	30,93	30,73
60	21,94	19,43	21,34	22,17	24,44	27,53	26,91
65	19,99	17,80	19,63	19,89	22,19	25,12	24,01
70	17,31	15,32	17,08	16,90	19,30	22,31	20,62
75	16,00	14,37	15,88	15,51	17,62	20,60	18,43
80 e +	13,77	12,46	13,72	13,14	15,07	17,93	15,41

Fonte dos dados básicos: MOÇAMBIQUE.INE, 2009a; MOÇAMBIQUE.INE, 2009b.

A análise mais detalhada por idade indicou 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 ao 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 que entre os homens.

Para ambos os sexos, a eliminação da mortalidade por Aids contribuiu para maiores ganhos na esperança de vida desde o nascimento até os 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 ativas, de 30 a 55 anos, e se estendeu até o final da vida. Verificou-se, ainda que, a partir dos 30 anos, os ganhos na esperança de vida masculina foram superiores àqueles registrados na esperança de vida feminina.

Em termos regionais, no geral, a eliminação das mortes por Malária e Aids resultou em um 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 se deveu à eliminação dos óbitos por Malária. Ao atingir o primeiro ano de vida, até o fim da vida, os ganhos na esperança de vida se deveram à eliminação da Aids. Ainda na Região Norte, considerando a população feminina, os maiores ganhos na esperança de vida se deveram, desde o nascimento até o 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.

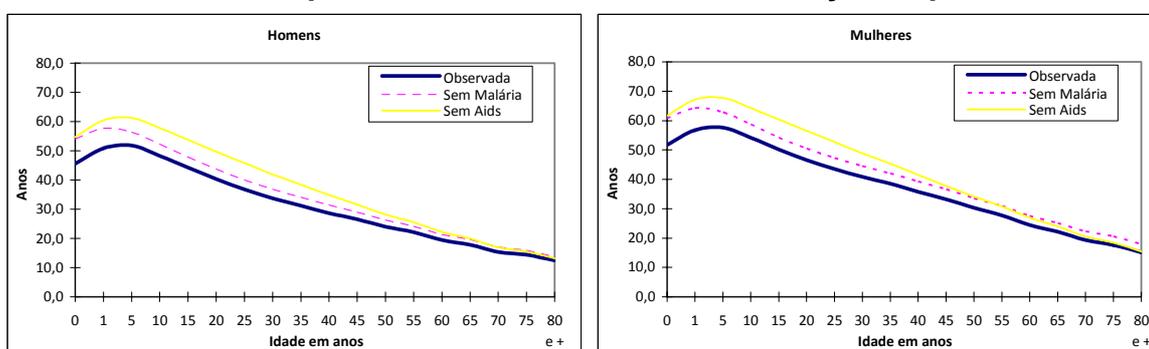
Na Região Centro, na população feminina, do nascimento até que se atingisse 50 anos de idade, os maiores ganhos na esperança de vida foram obtidos com a eliminação da mortalidade por Aids. Após esta idade, os ganhos em anos de vida se devem principalmente à eliminação dos óbitos por Malária. Para a população 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 os 60 anos, os ganhos em anos de vida se deveram à eliminação da mortalidade por Aids. E, desta idade, até o final da vida, se deveram predominantemente à eliminação dos óbitos por Malária. Para a população feminina, a eliminação das mortes por Aids

traduz-se em maiores ganhos de anos de vida, do nascimento até antes dos 60 anos.

Constatou-se para todas as regiões que, por sexo e idade, houve uma semelhança nos padrões de comportamento dos ganhos na esperança de vida com a eliminação da mortalidade por Malária e Aids, embora haja diferença no nível ou montante dos anos adicionais de vida, a exemplo do que ocorre para o conjunto do país (GRÁF. 7 e Anexo B).

**GRÁFICO 7: Esperanças de vida observada e com eliminação da mortalidade por Malária e Aids, na idade x, Moçambique, 2007**



Fonte dos dados básicos: MOÇAMBIQUE.INE, 2009a; MOÇAMBIQUE.INE, 2009b.

### 4.3 Anos de Vida Perdidos em decorrência de mortes por Malária e Aids

Na presente seção observa-se qual o impacto dos óbitos por Malária e Aids sobre o indicador Anos de Vida Perdidos em Moçambique, em 2007 com base, inicialmente, nos resultados apresentados na TAB. 14. Outros detalhes poderão ser observados no Anexo C.

**TABELA 14: Anos de Vida Perdidos entre as idades 0 e 80 anos, por sexo, decorrentes de óbitos por Malária e Aids, Moçambique, 2007**

Região/País	Homens		Mulheres	
	Malária	Aids	Malária	Aids
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
Moçambique	10,37	10,31	8,89	9,53

Fonte dos dados básicos: MOÇAMBIQUE.INE, 2009a; MOÇAMBIQUE.INE, 2009b.

Entre os homens, a mortalidade por Aids 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 Aids 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 Aids, na região Sul.

A desagregação da informação por idades indicou 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 (TAB. 15). Nessa mesma faixa etária, o impacto da mortalidade por Aids foi consideravelmente menor, para 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 Aids teve maior contribuição no aumento dos AVP entre a população masculina de 25 a 44 anos. No caso da população feminina as maiores perdas de AVP foram registradas nas faixas etárias de 25 a 29 anos, 1 a 4 anos e 30 a 34 anos.

**TABELA 15: Anos de Vida Perdidos entre as idades 0 e 80 anos segundo causas de morte e sexo, 2007**

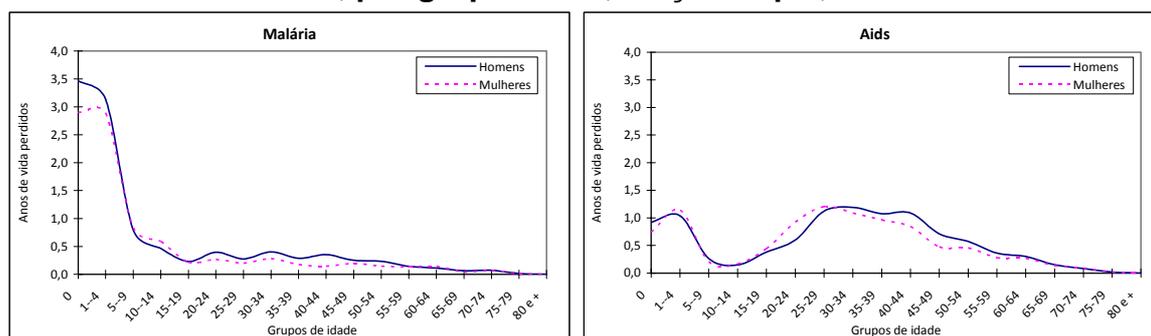
Grupos de idade	Homens		Mulheres	
	Malária	Aids	Malária	Aids
0	3,46	0,92	2,90	0,74
1--4	3,14	1,04	2,89	1,14
5--9	0,79	0,27	0,83	0,21
10--14	0,46	0,15	0,59	0,17
15-19	0,23	0,38	0,21	0,44
20-24	0,39	0,60	0,27	0,92
25-29	0,27	1,12	0,20	1,21
30-34	0,40	1,19	0,28	1,09
35-39	0,29	1,07	0,18	0,96
40-44	0,35	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 dos dados básicos: MOÇAMBIQUE.INE, III RGP, 2009a; INCAM, 2009b.

O impacto da mortalidade por Malária e Aids na esperança de vida da população de Moçambique, medido pelo número de AVP, demonstrou uma variação de nível segundo a idade, causa e sexo (GRÁF. 8). Os maiores ganhos de esperança de vida, para Moçambique, ocorreriam caso fosse eliminada a mortalidade por Malária. Para ambos sexos, o segundo maior ganho seria obtido com a eliminação da mortalidade por Aids.

O padrão de mortalidade por Malária apresentou uma curva unimodal ao passo que a mortalidade por Aids conforma uma curva bimodal. Para a primeira causa, os maiores impactos observados ao nascimento representaram, para os homens, 3,5 AVP e para as mulheres, 2,9 AVP. Estes AVP corresponderam a 8,8% e 7,4%, respectivamente, do total de AVP associados à mortalidade por Malária e Aids. No caso da mortalidade por Aids, 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 (GRÁF. 8).

**GRÁFICO 8: Anos de vida perdidos devidos à mortalidade por Malária e Aids, por grupo etário, Moçambique, 2007**



Fonte dos dados básicos: MOÇAMBIQUE.INE, III RGPB, 2009a; INCAM, 2009b

Os dados evidenciam a significativa importância da Malária e da Aids como causas de mortalidade em Moçambique (GRÁF. 8). Ao nascimento, as crianças indefesas mostram-se expostas ao mosquito causador da Malária. No caso da Aids, a mortalidade infantil e na infância associam-se, majoritariamente, à transmissão vertical do vírus da Aids, de mãe infectada para filho, durante a gravidez ou ao aleitamento materno. Na idade adulta, a infecção pelo HIV/AIDS está relacionada majoritariamente à transmissão sexual, podendo também ocorrer através de partilha de seringas contaminadas na injeção de drogas.

#### 4.4 Situação da saúde em Moçambique com foco na Malária e Aids

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 quilômetros da unidade sanitária mais próxima (MOÇAMBIQUE.MISAU, 2006). A escassez de serviços de saúde afeta essencialmente a população rural, a qual constitui 69,6% do total do país (MOÇAMBIQUE.INE, 2010).

Em 2006, para a área de saúde, em busca da redução da mortalidade da população, o governo priorizou o aumento ao acesso aos serviços de saúde, o incremento da eficiência na utilização dos recursos e a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Com esses objetivos, definiu ainda, entre outras ações, a construção de dois hospitais gerais (Maputo, no Sul, e Nacala-Porto, no Norte) estando em estudo, pelo governo moçambicano, a construção dos hospitais gerais de Matundo e Manga Loforte (ambos na Região Centro) (MOÇAMBIQUE.MISAU, 2006). A efetivação destes projetos pode contribuir para a redução da heterogeneidade da qualidade e disponibilidade de serviços de saúde em Moçambique.

Características demonstradas no Inquérito Nacional Sobre as Causas de Mortalidade, do INE, realizado em 2007, mostram que 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 sua importância ao considerar que a expansão e desenvolvimento de unidades sanitárias evita que as pessoas morram no domicílio sem nunca se deslocarem à unidade sanitária, onde poderiam ser salvas. É extremamente preocupante constatar que, do total de mortes, 51,9% das pessoas que morreram por Aids e 14% daquelas cuja causa de morte foi a Malária, foram atendidas no curandeiro. Isto demonstra a necessidade de campanhas de conscientização e sensibilização sobre sintomas e condições de tratamento contra diversas patologias em Moçambique. Entretanto, haveria necessidade de analisar se a opção pelo curandeiro não foi motivada por falta de recursos financeiros ou por maior distância da unidade sanitária mais próxima.

#### **4.4.1 Sobre a Malária**

A Malária é uma doença que afeta 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 *Plasmodium ovale* respondem por 9,1% e 0,9% das transmissões (MOÇAMBIQUE.MISAU, 2006).

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

Face ao elevado impacto negativo da Malária na saúde da população, foram definidos dois conjuntos de estratégias de controle, sendo as principais (i) a promoção de saúde, mobilização comunitária e social; (ii) controle vetorial integrado e proteção 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.

Em referência à análise situacional realizada em 2000, a Malária era responsável por 40% de consultas externas, sendo a principal causa de atendimento. A maior parte das internações em pediatria (60%) se deveu à Malária severa. Além disso, cerca de 30% do total de óbitos registados nos hospitais se deveu à Malária (MOÇAMBIQUE.MISAU, 2006). Com base nos resultados sobre os Indicadores da Malária em Moçambique, 2007, constatou-se que, embora as admissões às consultas tenham aumentado, houve uma redução de 57% nas enfermarias de pediatria e de 23% nas mortes intra-hospitalares (MOÇAMBIQUE.MISAU; MOÇAMBIQUE.INE, 2007).

No conjunto de estratégias é importante destacar a pulverização intra-domiciliária (PIDOM) que, de 31/10/2005 a 10/06/2006, cobriu 1.250.375 casas, protegendo cerca de 6.511.184 habitantes. Assim, 34% da população mereceu proteção por meio da pulverização (MOÇAMBIQUE.MISAU, 2006). Para cumprir os Objetivos 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; melhoria da qualidade do diagnóstico da Malária dos recentes 25% a 30% para 60% em 2010 e 80% em 2015.

Dados disponíveis mostram que, no período de Janeiro a Maio de 2005, foram reportados 2.806.416 casos suspeitos, que representa um aumento de 103,6% em relação ao total registrado em igual período, no ano anterior. Com relação ao número de mortos, em 2004 foram reportados 1.726, total que se elevou para 1.953 em 2005 (MOÇAMBIQUE.MISAU, 2005). Ainda assim, em 2007, foram reportados 5.816 mortos e, nos anos 2008 e 2009, a proporção de mortes em relação à 2007 foi, respectivamente 76,1% e 64,4% (WHO, 2010). Estes dados realçam que, apesar da definição e aplicação de políticas que visam o controle desta doença, os seus efeitos negativos sobre a saúde da população mantiveram-se em nível preocupante.

#### **4.4.2 Sobre a Aids**

Alguns resultados do Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o Sida em Moçambique (INSIDA), do MISAU de 2009, o qual teve em vista fornecer dados em níveis nacional e provincial para avaliação dos comportamentos e fatores de risco para a infecção por HIV e determinar a prevalência do HIV na população moçambicana em geral, que há uma elevada taxa de conhecimento sobre o HIV/AIDS, entre homens e mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos, com taxas de 99% e 98%, respectivamente. Para adolescentes de 12 a 14 anos, os níveis de conhecimento também se mostram elevados, aumentando com a idade.

De 2003 (IDS) a 2009 (INSIDA), 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 deste vírus entre os adultos, face à

existência de relações sexuais concomitantes com múltiplos parceiros sem uso ou com baixo recurso ao uso do preservativo (MOÇAMBIQUE.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/AIDS.

De acordo com o INSIDA (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 realizou o teste sobre o HIV/AIDS. 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 44,3% e 42,2%. Estas faixas coincidem com as de maiores taxas específicas de fecundidade, supondo-se que as mulheres realizem majoritariamente o teste durante o período de gestação.

De acordo com dados contidos no Plano Estratégico Nacional de combate ao HIV/AIDS 2005 – 2009, por meio de um sistema de vigilância epidemiológica (VE), estabelecido em unidades sanitárias selecionadas, os Postos Sentinela (PsS), 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 a Centro com 18,1%, seguida pela Sul, com 14,9%, e Norte com 8,9%. Estimava-se que, em 2004, cerca de 1.500.000 pessoas viviam com o HIV/AIDS. Projeções realizadas indicavam que, se mantido o padrão histórico de evolução da Aids, sem intervenção imediata e eficaz, em 2009 a epidemia oscilaria em 17%. Estima-se que, em 2002, ocorreram, em Moçambique, 83 mil novos casos da AIDS. Para 2004 foi previsto que 109 mil soropositivos passariam para o estado de Aids e que, em 2006 o número de novos casos anuais estimar-se-ia em 135 mil.

Dados sobre frequência da soropositividade entre utilizadores de Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária (GATVs) apontam que, em 2003, de 102.896 pessoas submetidas ao teste, 26.135 acusaram o HIV positivo compreendendo a uma taxa de soropositividade de 25,4% entre os usuários destes gabinetes.

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/AIDS, o qual orienta a estratégia em prol da erradicação da epidemia no país. Para isto, o Plano tem como objetivos a redução de novas infecções e o aumento do cuidado e tratamento às pessoas vivendo com o HIV/AIDS com vistas a garantir a proteção aos direitos dessa pessoas.

Os esforços para a mitigação do impacto da Aids partem da base, isto é, o Ministério de Educação e Cultura aprovou uma estratégia que visa reduzir o impacto do HIV/AIDS sobre os trabalhadores das escolas, por meio de políticas no local de trabalho e sobre os alunos com a inclusão do tema HIV/AIDS e da saúde reprodutiva no currículo escolar.

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 no acesso ao tratamento, mas ainda assim, em 2007, havia previsão de atendimento de 96.420 pessoas, mas somente 88.211 delas foram beneficiadas com o tratamento. Com o apoio do Governo do Brasil, prevê-se para 2012 o início de funcionamento de uma fábrica de medicamentos anti-retrovirais, utilizados no tratamento da Aids, fato que contribuirá para a redução da vulnerabilidade de pessoas portadoras do HIV/AIDS.

## 5. CONCLUSÃO

O presente trabalho apresentou uma abordagem metodológica que permitiu analisar o impacto da mortalidade por Malária e Aids, com 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 à respeito dos efeitos produzidos pela Malária e Aids 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. A Aids, uma doença transmissível, responde pela maior proporção de mortes nas idades jovem e adulta, em ambos sexos, mas com maior impacto na população masculina. Como a maior incidência da Aids afeta 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 crônico-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 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 controle da propagação da Aids.

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. Em função da mortalidade por Malária e Aids, 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 Aids.

Caso fosse possível eliminar os óbitos por Malária e Aids, a esperança de vida ao nascer em Moçambique teria atingido 54,1 anos e 54,7 anos, entre os homens, e 60,8 anos e 61,7 anos, entre as mulheres.

Uma conclusão também importante do presente trabalho é que a esperança de vida observada para cada região, acompanha o seu nível de desenvolvimento destas. A Região Norte, menos desenvolvida, mas com uma maior progressão no PIB, apresenta, para ambos sexos, a menor esperança de vida ao nascer (47,35 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 sexos, a população residente na Região Sul, mais desenvolvida, perdeu menos anos de vida, se comparada com as perdas verificadas entre os habitantes das regiões Norte e Centro. no entanto, os AVP devidos à Aids são maiores na Região Sul.

Entre a população de 15 a 64 anos, economicamente ativa, os homens perdem 7,4 anos devido à mortalidade por Aids, 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 ano para as mulheres.

Os níveis muito elevados da mortalidade infantil devido a Malária e Aids, 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/AIDS tendem a reduzir a esperança de vida temporária nestas idades, comprometendo tanto a capacidade reprodutiva quanto o potencial econômico da população. Portanto, o incremento da mortalidade por Malária e Aids poderá também surtir efeito na dinâmica demográfica não apenas da população atual de Moçambique, mas também das próximas gerações.

Por fim, 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 econômico. Há que vislumbrar, implantar, avaliar e perpetuar medidas, ações 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

AGOSTINHO, C.S. **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 em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

ABREU, D.M.X., CÉSAR, C.C., FRANÇA, E.B. Diferenciais entre homens e mulheres na mortalidade evitável no Brasil (1983-2005). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2672-2682, dez. 2009.

ARAÚJO, A. R. L.. **Diferencias regionais da mortalidade infantil e seus possíveis determinantes sócio-demográficos em Moçambique 1992-1997**. 1999. 98 f. Dissertação (Mestrado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999 *apud* ARNALDO, C. **Fecundidade e seus determinantes próximos em Moçambique**: uma análise dos níveis, das tendências, diferenciais e variação regional. Maputo: [s.n.], 2007.

ARNALDO, C. **Fecundidade e seus determinantes próximos em Moçambique**: uma análise dos níveis, das tendências, diferenciais e variação regional. Maputo: [s.n.], 2007.

ASSIS, D., PAES, N. O impacto da eliminação das causas externas na mortalidade do município de João Pessoa – PB. Estatísticas Públicas e Demografia. In: SINAPE, 19., 2010, São Paulo. **Anais...** São Paulo: ABE, 2010. Disponível em <http://www.ime.unicamp.br/sinape/19sinape/taxonomy/term/63?page=1> Acesso em: 01/03/2011

BARBOSA, L. M.; ANDRADE, F. C. D. 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., GOTLIEB, S.L.D. Impacto de causas básicas de morte na esperança de vida em Salvador e São Paulo, 1996. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 16-23, Fev. 2004.

BAWAH, A. A.; BINKA, N. F. How Many Years of Life Could Be Saved If Malaria Were Eliminated from a Hyperendemic Area of Northern Ghana? **The American Society of Tropical Medicine and Hygiene**, Illinois, v. 77, Suppl. 6, p. 145 -152, Dec. 2007.

BOTEGA, A., RIBEIRO, M.M., MACHADO, C.J. O impacto de variações na mortalidade por idade e causas sobre os ganhos na esperança de vida ao nascer em Santa Catarina, Brasil, nos anos 90. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1079-1088, mai. 2006.

CARVALHO, JAM; GARCIA, RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, mai/jun. 2003.

CHIANG, C.L. Competing risks in mortality analysis. **Ann Rev Public Health**, California, v. 12, p. 281-307, May, 1991 *apud* ABREU, D.M.X., CÉSAR, C.C., FRANÇA, E.B. Diferenciais entre homens e mulheres na mortalidade evitável no Brasil (1983-2005). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2672-2682, dez. 2009.

DORRINGTON, R; BRADSHAW D., WEGNER T. **Estimates of the level and shape of mortality rates in South Africa around 1985 and 1990 derived by applying indirect demographic techniques to reported deaths**. Tygerberg: MRC, 1999. (MRC Report, Cape Town, 1999).

Gallup J.L.; Sachs J.D. The economic burden of malaria. **Am J Trop Med Hyg.**, Mclean, v. 71, Suppl., p. 85–96, Oct. 2001 *apud* BAWAH, A. A.; BINKA, N. F. How Many Years of Life Could Be Saved If Malaria Were Eliminated from a Hyperendemic Area of Northern Ghana? **The American Society of Tropical Medicine and Hygiene**, Illinois, v. 77, Suppl. 6, p. 145 -152, Dec. 2007.

GASPAR, M. C. Population size, distribution, and mortality in Mozambique, 1960-1997. In: WILS, A. (ed.). **Population-Development-Environment in Mozambique: Background Readings**. Luxemburg: International Institute for Applied Systems Analysis, 2002. p. 5-34 *apud* ARNALDO, C. **Fecundidade e seus determinantes próximos em Moçambique: uma análise dos níveis, das tendências, diferenciais e variação regional**. Maputo: [s.n.], 2007.

GOMES, M.M.F., FRANCESCHINI, V.L.C., ASSIS, H.M., RODRIGUES, R.N. **Perdas e Ganhos: o impacto da mortalidade por causas externas nos anos de vida perdidos (AVP) – Minas Gerais, região metropolitana de Belo Horizonte e Belo Horizonte, 1994 e 2004**. Belo Horizonte, 2008. **Anais do XIII Seminário sobre a Economia Mineira**. Disponível em: [http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario\\_diamantina/2008/D08A042.pdf](http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2008/D08A042.pdf). Acesso em: 14 fev. 2011.

MENDES, M.F., de Oliveira, I.T. A diferença de esperança de vida entre homens e mulheres: Portugal de 1940 a 2007. **Análise Social**, v. 45, n. 194, p. 115-138. Jan - Mar. 2010.

MOÇAMBIQUE. Banco Espírito Santo. **República de Moçambique. Realidade e Futuro**. Maputo [s.n.], 2010. Disponível em: <http://www.bes.pt/sitebes/cms.aspx?plg=e9840b56-68ba-4129-b429-b139c1f5a97c>> Acesso em: 25 abril 2011.

MOÇAMBIQUE. Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA. Maputo [s.n.], 2011. Disponível em: <http://www.cnccs.org.mz/index.php/por/Contactos>> . Acesso em: 26 abril 2011.

MOÇAMBIQUE. INE. **Monografia nacional**. Rascunho. Maputo: [s.n.], 1998c *apud* ARNALDO, C. **Fecundidade e seus determinantes próximos em Moçambique: uma análise dos níveis, das tendências, diferenciais e variação regional**. Maputo: [s.n.], 2007.

MOÇAMBIQUE. INE. **Segundo Recenseamento Geral da População e Habitação, 1999**. Resultados definitivos do país. Maputo: [s.n.], 1999.

MOÇAMBIQUE. INE. **Terceiro Recenseamento Geral da População e Habitação, 2007**. Maputo: [s.n.], 2009a.

MOÇAMBIQUE. INE. **Indicadores Sócio Demográficos – Censos de 1997 e 2007**. [200-?]

MOÇAMBIQUE. INE. **Inquérito Nacional sobre Causas de Mortalidade, 2007/2008**. Relatório preliminar. Maputo: [s.n.], 2009b

MOÇAMBIQUE. MISAU; MOÇAMBIQUE. INE. **Moçambique, inquérito demográfico e de saúde 2003**. Maputo: [s.n.], 2005.

MOÇAMBIQUE. MISAU. **Observatório da equidade**. Avaliação do progresso da equidade na saúde. [s.n.], 2010. Disponível em: <[http:// www.misau.gov.mz](http://www.misau.gov.mz)>. Acesso em: 25 abril 2011

MOÇAMBIQUE. MISAU. **Moçambique, Programa Nacional de Controlo da Malária: Relatório do 1º Semestre de 2005**. Maputo: [s.n.], 2005. Disponível em: <[http:// www.misau.gov.mz](http://www.misau.gov.mz)>. Acesso em: 26 abril 2011.

MOÇAMBIQUE. MISAU. **Moçambique, Programa Nacional de Controlo da Malária: Relatório de Contas, 2006**. Maputo: [s.n.], 2006. Disponível em <<http://www.misau.gov.mz>>. Acesso em: 26 abr. 2011.

MOÇAMBIQUE. MISAU; MOÇAMBIQUE. INE. **Inquérito Nacional sobre Indicadores da Malária em Moçambique 2007**. Maputo: [s.n.], 2007. Disponível em <http://www.malariasurveys.org/documents/IMM%20Inquerito%20Malaria%202007%28Portuguese%29.pdf> . Acesso em: 25 maio 2011.

MOÇAMBIQUE. MISAU. **Moçambique, estudo nacional sobre a mortalidade infantil**. Maputo: [s.n.], 2009.

MOÇAMBIQUE. MISAU. **Moçambique, Saúde apostada na redução da mortalidade da população – PES-2006**. Maputo: [s.n.], 2006. Disponível em <http://www.misau.gov.mz>>. Acesso em: 26 abr. 2011.

MOÇAMBIQUE. UNICEF. **Sobrevivência da criança**. A prevenção da Malária aumenta as oportunidades de sobrevivência e crescimento saudável das crianças Moçambicanas. 2007. Disponível em: <[http://www.unicef.org/mozambique/pt/child\\_survival\\_3724.html](http://www.unicef.org/mozambique/pt/child_survival_3724.html)>. Acesso em: 16 fev. 2011.

MOZAMBIQUE. **National Human Development Report 1998**. Maputo: [s.n.], 1998 *apud* ARNALDO, C. **Fecundidade e seus determinantes próximos em Moçambique**: uma análise dos níveis, das tendências, diferenciais e variação regional. Maputo: [s.n.], 2007.

MUANAMOHA, Ramos Cardoso. **Tendências históricas da distribuição espacial da população em Moçambique**. 1995. 124 f. Dissertação (Mestrado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1995 *apud* ARNALDO, C. **Fecundidade e seus determinantes próximos em Moçambique**: uma análise dos níveis, das tendências, diferenciais e variação regional. Maputo: [s.n.], 2007.

PAES NA. Mortalidade em Recife: Aplicação de um modelo de riscos competitivos. **Rev Saúde Pública**, v. 19, n.3, p. 251-62, Jun.1985.

PRESTON S., HEUVELINE P., GUILLOT M. Demography: measuring and modeling population processes. Massachusetts/USA: Blackwell Publishers, Ltd; 2001.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Relatório de Desenvolvimento Humano 2007/2008**. Combater as alterações climáticas. Solidariedade humana num mundo dividido. Palgrave Macmillan: New York, 2007.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Centro de Documentação e Pesquisa para África Austral (SARDC). **Relatório Nacional do Desenvolvimento Humano de Moçambique 2008**. O papel das tecnologias de informação e comunicação na realização dos objectivos de desenvolvimento do milénio. Maputo, 2008.

Roll Back Malaria e World Health Organization. Mozambique – Country Profile. Disponível em: <http://rbm.who.int/wmr2005/profiles/mozambique.pdf> Acesso em: 14 fev. 2011.

SANTOS, J.L.F., ORTIZ, L.P., YAZAKI, L.M. Aplicações da técnica de riscos competitivos a dados brasileiros. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 4., 1984, Águas de São Pedro. **Anais...** Caxambu: ABEP, 1984. p. 1157-95. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/1984/T84V02A21.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2010.

SANTOS, J.L.F.; ORTIZ, L.P.; YAZAKI, L.M. Aplicações da técnica de riscos competitivos a dados brasileiros. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 4., 1984, Águas de São Pedro. **Anais...** Caxambu: ABEP, 1984. p. 1157-95. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/1984/T84V02A21.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2010 *apud* BARBONI, A.R., GOTLIEBB, S.L.D. Impacto de causas básicas de morte na esperança de vida em Salvador e São Paulo, 1996. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 16-23, Fevereiro. 2004.

SIMÕES, C.C. da S. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil**: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. 141 p.

SIMÕES, C.C. da S. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil**: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. 141 p. *apud* GOMES, M.M.F., FRANCESCHINI, V.L.C., ASSIS, H.M., RODRIGUES, R.N. Perdas e Ganhos: o impacto da mortalidade por causas externas nos anos de vida perdidos (AVP) – Minas Gerais, região metropolitana de Belo Horizonte e Belo Horizonte, 1994 e 2004. In: SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA, 13., 2008, Diamantina. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 2008. Disponível em: <[http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario\\_diamantina/2008/D08A042.pdf](http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2008/D08A042.pdf)>. Acesso em: 14 fev. 2011.

WERNECK, G.L. e REICHENHEIM, M.E. **Anos potenciais de vida perdidos no Rio de Janeiro, 1985.** As mortes violentas em questão. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1992. 21p. – (Série Estudos em Saúde Coletiva, 4).

WILMOTH, J. R. Demography of longevity: past, present, and future trends. **Experimental Gerontology**, New York, v. 35, n. 9-10, p. 1111 – 1129, Dec. 2000 *apud* AGOSTINHO, C.S. **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 em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

WHO. **Economic costs of malaria are many times higher than previously estimated.** Abuja: World Health Organization, 2000 *apud* BAWAH, A. A.; BINKA, N. F. How Many Years of Life Could Be Saved If Malaria Were Eliminated from a Hyperendemic Area of Northern Ghana? **The American Society of Tropical Medicine and Hygiene**, Illinois, v. 77, Suppl. 6, p. 145 -152, Dec. 2007.

WHO. **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: WHO, 1993. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_839.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_839.pdf)>. Acesso em: 14 jan. 2011.

WHO. **Fact sheets.** 1998. Disponível em: <<http://www.who.int/inf-fs/en/fact094.html>>. Acesso em: 14 jan. 2011

WHO. **Breve nota de introducción al Informe sobre el Paludismo en el Mundo 2005.** 2005. Disponível em: <[http://www.rollbackmalaria.org/wmr2005/pdf/adv\\_sp.pdf](http://www.rollbackmalaria.org/wmr2005/pdf/adv_sp.pdf)>. Acesso em: 16 fev. 2011.

WHO. **Malária.** 2010. (Fact sheet, 94). Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/en/>>. Acesso em: 16 fev. 2011.

WHO. **World Malaria Report.** 2010. Global Malaria Programme. Disponível em: [http://www.who.int/malaria/world\\_malaria\\_report\\_2010/worldmaliareport2010.pdf](http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/worldmaliareport2010.pdf)  
Acesso em: 25 abr. 2011.

## ANEXO

## ANEXO A – Sobre indicadores económicos

**Tabela A1: Indicadores sócio económicos por região e província, considerando e excluindo Maputo Cidade**

Região/Província	Indicadores			Região/Província	Indicadores		
	PIB	IDH	IPH		PIB	IDH	IPH
<b>Norte</b>	<b>143,00</b>	<b>0,21</b>	<b>64,33</b>	<b>Norte</b>	<b>143,00</b>	<b>0,21</b>	<b>64,33</b>
Niassa	120	0,23	61,60	Niassa	120	0,23	61,60
Cabo Delgado	143	0,20	67,80	Cabo Delgado	143	0,20	67,80
Nampula	166	0,20	63,60	Nampula	166	0,20	63,60
<b>Centro</b>	<b>193,50</b>	<b>0,28</b>	<b>60,03</b>	<b>Centro</b>	<b>193,50</b>	<b>0,28</b>	<b>60,03</b>
Zambézia	126	0,17	65,30	Zambézia	126	0,17	65,30
Tete	158	0,29	62,10	Tete	158	0,29	62,10
Manica	184	0,34	57,50	Manica	184	0,34	57,50
Sofala	306	0,31	55,20	Sofala	306	0,31	55,20
<b>Sul</b>	<b>457,75</b>	<b>0,41</b>	<b>39,80</b>	<b>Sul</b>	<b>122,75</b>	<b>0,26</b>	<b>34,53</b>
Inhambane	170	0,31	51,70	Inhambane	170	0,31	51,70
Gaza	147	0,30	49,10	Gaza	147	0,30	49,10
Maputo Prov.	174	0,41	37,30	Maputo Prov.	174	0,41	37,30
Maputo Cidade	1340	0,61	21,10	Maputo Cidade	0	0,00	0,00
<b>Moçambique</b>	<b>264,75</b>	<b>0,30</b>	<b>54,72</b>	<b>Moçambique</b>	<b>153,08</b>	<b>0,25</b>	<b>52,96</b>

Fonte dos dados básicos: Moçambique. PNUD, 1998 apud Arnaldo 2007

## ANEXO B – Resultados sobre a esperança de vida

### B1 – Para o país - Moçambique

**Tabela B1.1: Tabela de mortalidade masculina por todas as causas para coorte hipotética submetida às funções de mortalidade em 2007**

x	n	$n^m_x$	$n^a_x$	$n^q_x$	$l_x$	$n^d_x$	$n^L_x$	$T_x$	$e_x^0$
0	1	0,13224	0,33000	0,12148	100000	12148	91861	4560306	45,60
1	4	0,02399	1,35200	0,09024	87852	7928	330416	4468445	50,86
5	5	0,00610	2,48729	0,03004	79924	2401	393589	4138028	51,77
10	5	0,00409	2,49147	0,02026	77523	1571	383677	3744439	48,30
15	5	0,00497	2,48964	0,02455	75953	1865	375082	3360763	44,25
20	5	0,00765	2,48405	0,03755	74088	2782	363440	2985681	40,30
25	5	0,01114	2,47679	0,05419	71306	3864	346780	2622241	36,77
30	5	0,01511	2,46853	0,07275	67442	4907	324789	2275460	33,74
35	5	0,01667	2,46527	0,07998	62535	5002	299999	1950671	31,19
40	5	0,02063	2,45703	0,09801	57534	5639	273330	1650672	28,69
45	5	0,01952	2,45934	0,09300	51895	4826	247214	1377342	26,54
50	5	0,02686	2,44406	0,12567	47069	5915	220226	1130128	24,01
55	5	0,02236	2,45343	0,10577	41154	4353	194683	909902	22,11
60	5	0,03608	2,42488	0,16505	36801	6074	168362	715218	19,43
65	5	0,03037	2,43676	0,14087	30727	4329	142539	546856	17,80
70	5	0,05457	2,38645	0,23881	26398	6304	115515	404317	15,32
75	5	0,04592	2,40442	0,20514	20094	4122	89772	288802	14,37
80	$\infty$	0,08025	12,46107	1,00000	15972	15972	199030	199030	12,46

Fonte dos dados básicos: Moçambique - INE, III RGPH, 2007

**Tabela B1.2: Tabela de mortalidade feminina por todas as causas para coorte hipotética submetida às funções de mortalidade em 2007**

x	n	$n^m_x$	$n^a_x$	$n^q_x$	$l_x$	$n^d_x$	$n^L_x$	$T_x$	$e_x^0$
0	1	0,11242	0,35000	0,10476	100000	10476	93191	5175030	51,75
1	4	0,02128	1,36100	0,08059	89524	7215	339056	5081839	56,77
5	5	0,00544	2,48866	0,02686	82309	2211	405995	4742783	57,62
10	5	0,00398	2,49170	0,01973	80099	1580	396531	4336788	54,14
15	5	0,00588	2,48776	0,02896	78519	2274	386881	3940258	50,18
20	5	0,00862	2,48204	0,04218	76245	3216	373127	3553376	46,60
25	5	0,01110	2,47689	0,05397	73029	3941	355201	3180250	43,55
30	5	0,01304	2,47285	0,06310	69088	4359	334423	2825048	40,89
35	5	0,01244	2,47409	0,06028	64729	3902	313787	2490625	38,48
40	5	0,01397	2,47090	0,06745	60827	4103	293756	2176839	35,79
45	5	0,01325	2,47239	0,06411	56724	3637	274426	1883083	33,20
50	5	0,01640	2,46583	0,07874	53087	4180	254842	1608657	30,30
55	5	0,01347	2,47194	0,06512	48907	3185	236484	1353814	27,68
60	5	0,02359	2,45086	0,11127	45722	5087	215642	1117331	24,44
65	5	0,02029	2,45773	0,09648	40635	3921	193206	901689	22,19
70	5	0,03599	2,42506	0,16470	36714	6047	168000	708483	19,30
75	5	0,02991	2,43770	0,13892	30667	4260	142420	540482	17,62
80	$\infty$	0,06634	15,07417	1,00000	26407	26407	398062	398062	15,07

Fonte dos dados básicos: Moçambique - INE, III RGPH, 2007

**Tabela B1.3: Tabela de vida de causa eliminada (com exclusão da Malária), população masculina, 2007**

n	$l_x$	$n p_x$	$R^{Malária}$	$n p_x^{-Malária}$	$n q_x^{-Malária}$	$n d_x^{-Malária}$	$n a_x^{-Malária}$	$n m_x^{-Malária}$	$n L_x^{-Malária}$	$T_x^{-Malária}$	$e_x^{-Malária}$
0	100000	0,87852	0,64207	0,92021	0,07979	7979	0,34508	0,08686	94774	5406949	54,07
1	87852	0,90976	0,49055	0,95467	0,04533	4172	1,41430	0,01263	357296	5312175	57,73
5	79924	0,96996	0,54707	0,98345	0,01655	1454	2,50452	0,00369	435618	4954878	56,40
10	77523	0,97974	0,56344	0,98853	0,01147	991	2,54858	0,00258	429548	4519261	52,31
15	75953	0,97545	0,80158	0,98027	0,01973	1685	2,67184	0,00449	423100	4089713	47,89
20	74088	0,96245	0,75365	0,97157	0,02843	2380	2,68730	0,00655	413094	3666613	43,80
25	71306	0,94581	0,86459	0,95298	0,04702	3825	2,62626	0,01103	397617	3253519	40,00
30	67442	0,92725	0,82780	0,93939	0,06061	4699	2,55481	0,01447	376083	2855902	36,84
35	62535	0,92002	0,86414	0,93050	0,06950	5061	2,53659	0,01687	351612	2479818	34,06
40	57534	0,90199	0,83438	0,91754	0,08246	5587	2,49369	0,02044	324771	2128206	31,41
45	51895	0,90700	0,83963	0,92131	0,07869	4892	2,52712	0,01979	298741	1803435	29,01
50	47069	0,87433	0,85656	0,89133	0,10867	6224	2,49185	0,02826	270769	1504693	26,27
55	41154	0,89423	0,85389	0,90895	0,09105	4648	2,53095	0,02388	243783	1233925	24,17
60	36801	0,83495	0,89452	0,85099	0,14901	6915	2,50886	0,04107	214793	990142	21,34
65	30727	0,85913	0,88062	0,87484	0,12516	4942	2,50916	0,03467	185135	775349	19,63
70	26398	0,76119	0,84743	0,79355	0,20645	7132	2,50164	0,06174	154915	590214	17,08
75	20094	0,79486	0,87674	0,81768	0,18232	4998	3,13706	0,05568	127762	435299	15,88
80 e +	15972	0,00000	0,90829	0,00000	1,00000	22416	13,71928	0,11263	307537	307537	13,72

Fonte dos dados básicos: Moçambique.INE, III RGPB, 2009; INCAM, 2009.

**Tabela B1.4: Tabela de vida de causa eliminada (com exclusão da Malária), população feminina, 2007**

n	$l_x$	$n p_x$	$R^{Malária}$	$n p_x^{-Malária}$	$n q_x^{-Malária}$	$n d_x^{-Malária}$	$n a_x^{-Malária}$	$n m_x^{-Malária}$	$n L_x^{-Malária}$	$T_x^{-Malária}$	$e_x^{-Malária}$
0	100000	0,89524	0,65283	0,93030	0,06970	6970	0,36218	0,07479	95555	6074685	60,75
1	89524	0,91941	0,48430	0,96012	0,03988	3710	1,41698	0,01094	362539	5979130	64,27
5	82309	0,97314	0,48032	0,98701	0,01299	1160	2,50630	0,00286	443710	5616591	62,88
10	80099	0,98027	0,44894	0,99110	0,00890	785	2,50540	0,00198	438843	5172882	58,68
15	78519	0,97104	0,84889	0,97536	0,02464	2153	2,72275	0,00556	431974	4734039	54,18
20	76245	0,95782	0,85607	0,96378	0,03622	3087	2,62573	0,00827	418784	4302065	50,48
25	73029	0,94603	0,90354	0,95111	0,04889	4016	2,56183	0,01131	400888	3883281	47,28
30	69088	0,93690	0,86418	0,94523	0,05477	4278	2,49869	0,01279	379900	3482392	44,58
35	64729	0,93972	0,89309	0,94598	0,05402	3989	2,49974	0,01271	359237	3102493	42,02
40	60827	0,93255	0,90396	0,93882	0,06118	4273	2,47790	0,01455	338488	2743256	39,27
45	56724	0,93589	0,83635	0,94609	0,05391	3535	2,50086	0,01288	319063	2404768	36,67
50	53087	0,92126	0,87328	0,93089	0,06911	4288	2,47793	0,01683	299407	2085705	33,62
55	48907	0,93488	0,81409	0,94665	0,05335	3081	2,55780	0,01303	281257	1786298	30,93
60	45722	0,88873	0,83742	0,90594	0,09406	5143	2,55249	0,02385	260790	1505040	27,53
65	40635	0,90352	0,91180	0,91164	0,08836	4377	2,56161	0,02265	236991	1244251	25,12
70	36714	0,83530	0,85461	0,85745	0,14255	6437	2,51060	0,03832	209754	1007260	22,31
75	30667	0,86108	0,86608	0,87850	0,12150	4704	3,72125	0,03303	187577	797506	20,60
80 e +	26407	0,00000	0,84065	0,00000	1,00000	34014	17,93154	0,08545	609928	609928	17,93

Fonte dos dados básicos: Moçambique.INE, III RGPB, 2009; INCAM, 2009.

**Tabela B1.5: Tabela de vida de causa eliminada (com exclusão da AIDS), população masculina, 2007**

n	$l_x$	$nD_x$	$R^{-AIDS}$	$nD_x^{-AIDS}$	$nq_x^{-AIDS}$	$nd_x^{-AIDS}$	$nD_x^{-AIDS}$	$nM_x^{-AIDS}$	$nL_x^{-AIDS}$	$T_x^{-AIDS}$	$e_x^{-AIDS}$
0	100000	0,87852	0,90467	0,88944	0,11056	11056	0,33404	0,12036	92637	5470265,6	54,70
1	87852	0,90976	0,83135	0,92439	0,07561	6725	1,37273	0,02035	338106	5377628,6	60,46
5	79924	0,96996	0,84770	0,97448	0,02552	2099	2,49309	0,00533	405831	5039522,7	61,29
10	77523	0,97974	0,85931	0,98256	0,01744	1397	2,38175	0,00364	396941	4633691,7	57,83
15	75953	0,97545	0,67282	0,98342	0,01658	1306	2,56931	0,00348	390440	4236750,5	53,82
20	74088	0,96245	0,62551	0,97634	0,02366	1831	2,56330	0,00504	382623	3846310,4	49,68
25	71306	0,94581	0,44774	0,97537	0,02463	1862	2,59470	0,00537	373450	3463687,3	45,82
30	67442	0,92725	0,48981	0,96368	0,03632	2678	2,57845	0,00824	362134	3090237,5	41,92
35	62535	0,92002	0,49473	0,95960	0,04040	2870	2,54765	0,00957	348190	2728103,6	38,40
40	57534	0,90199	0,48615	0,95109	0,04891	3334	2,53131	0,01220	332646	2379913,8	34,91
45	51895	0,90700	0,54706	0,94800	0,05200	3371	2,61056	0,01364	316149	2047268,2	31,57
50	47069	0,87433	0,64801	0,91665	0,08335	5123	2,51888	0,02326	294636	1731119	28,16
55	41154	0,89423	0,63065	0,93192	0,06808	3836	2,56861	0,01970	272404	1436483,1	25,49
60	36801	0,83495	0,71895	0,87837	0,12163	6387	2,53127	0,03793	246784	1164079,2	22,17
65	30727	0,85913	0,72287	0,89605	0,10395	4794	2,58344	0,03364	219031	917295,36	19,89
70	26398	0,76119	0,82235	0,79900	0,20100	8307	2,52513	0,07191	186086	698264,27	16,90
75	20094	0,79486	0,84075	0,82446	0,17554	5797	3,17994	0,06457	154560	512178,26	15,51
80 e +	15972	0,00000	0,94866	0,00000	1,00000	27225	13,13550	0,13679	357619	357618,71	13,14

Fonte dos dados básicos: Moçambique.INE, III RGPH, 2009; INCAM, 2009.

**Tabela B1.6: Tabela de vida de causa eliminada (com exclusão da AIDS), população feminina, 2007**

n	$l_x$	$nD_x$	$R^{-AIDS}$	$nD_x^{-AIDS}$	$nq_x^{-AIDS}$	$nd_x^{-AIDS}$	$nD_x^{-AIDS}$	$nM_x^{-AIDS}$	$nL_x^{-AIDS}$	$T_x^{-AIDS}$	$e_x^{-AIDS}$
0	100000	0,89524	0,91110	0,90409	0,09591	9591	0,35313	0,10292	93796	6166221	61,66
1	89524	0,91941	0,79653	0,93527	0,06473	5853	1,38318	0,01726	346321	6072425	67,17
5	82309	0,97314	0,87142	0,97656	0,02344	1982	2,49303	0,00488	417812	5726105	67,72
10	80099	0,98027	0,84367	0,98333	0,01667	1376	2,49559	0,00347	409423	5308293	64,29
15	78519	0,97104	0,68903	0,97995	0,02005	1628	2,54174	0,00421	401987	4898870	60,33
20	76245	0,95782	0,50185	0,97861	0,02139	1702	2,51883	0,00456	393626	4496883	56,51
25	73029	0,94603	0,41718	0,97712	0,02288	1781	2,57182	0,00502	385013	4103256	52,70
30	69088	0,93690	0,47439	0,96955	0,03045	2316	2,51040	0,00693	374664	3718244	48,87
35	64729	0,93972	0,41902	0,97428	0,02572	1897	2,49160	0,00605	364090	3343580	45,32
40	60827	0,93255	0,45339	0,96883	0,03117	2240	2,57504	0,00763	353931	2979490	41,46
45	56724	0,93589	0,59775	0,96117	0,03883	2704	2,57631	0,00985	341609	2625559	37,71
50	53087	0,92126	0,60326	0,95173	0,04827	3231	2,49137	0,01268	326539	2283950	34,13
55	48907	0,93488	0,61158	0,95965	0,04035	2570	2,63065	0,01087	312401	1957411	30,73
60	45722	0,88873	0,69962	0,92079	0,07921	4842	2,55929	0,02245	293821	1645010	26,91
65	40635	0,90352	0,71679	0,92986	0,07014	3948	2,61611	0,02043	272017	1351189	24,01
70	36714	0,83530	0,80304	0,86544	0,13456	7043	2,54289	0,04192	244384	1079172	20,62
75	30667	0,86108	0,84836	0,88083	0,11917	5398	3,76804	0,03790	219825	834788	18,43
80 e +	26407	0,00000	0,97797	0,00000	1,00000	39897	15,41368	0,10023	614963	614963	15,41

Fonte dos dados básicos: Moçambique.INE, III RGPH, 2009; INCAM, 2009.

## Anexo B2: Resultados por região

TABELA B2.1: Esperança de vida masculina e feminina na presença de todas as causas de morte e ausência da Malária e AIDS, Região Norte, 2007

idade em anos	Região Norte $e_x$	Masculino			Feminino		
		$e_x^{\text{Masculina}}$	$e_x^{\text{-Malária}}$	$e_x^{\text{-Aids}}$	$e_x^{\text{Feminina}}$	$e_x^{\text{-Malária}}$	$e_x^{\text{-Aids}}$
0	47,35	45,55	56,37	55,12	49,15	67,08	60,75
1	52,96	51,46	60,70	61,66	54,45	71,07	66,43
5	54,45	53,13	59,54	63,39	55,77	69,74	67,69
10	51,42	50,18	55,68	60,38	52,66	65,71	64,58
15	47,88	46,60	51,58	56,73	49,16	61,51	61,02
20	44,44	43,03	47,87	52,65	45,85	58,13	57,37
25	41,16	39,64	44,20	48,76	42,69	54,91	53,65
30	37,92	36,29	40,70	44,89	39,55	51,82	49,85
35	34,88	33,24	37,29	41,34	36,52	48,86	46,29
40	31,66	30,07	34,17	37,74	33,24	45,60	42,22
45	28,93	27,48	31,69	34,18	30,39	43,28	38,90
50	25,94	24,58	28,61	30,65	27,29	40,68	35,27
55	23,62	22,60	26,74	28,28	24,64	38,25	32,18
60	20,40	19,58	23,61	25,01	21,21	34,92	28,33
65	18,60	18,06	22,12	23,41	19,14	33,42	25,60
70	15,87	15,53	19,35	20,40	16,21	30,88	22,24
75	14,84	14,75	18,33	19,39	14,94	30,92	20,35
80	12,49	12,65	16,34	17,40	12,32	30,19	17,60

Fonte dos dados básicos: Moçambique.INE, III RGPH, 2009; INCAM, 2009.

TABELA B2.2: Esperança de vida masculina e feminina na presença de todas as causas de morte e ausência da Malária e AIDS, Região Centro, 2007

idade em anos	Região Centro $e_x$	Masculino			Feminino		
		$e_x^{\text{Masculina}}$	$e_x^{\text{-Malária}}$	$e_x^{\text{-Aids}}$	$e_x^{\text{Feminina}}$	$e_x^{\text{-Malária}}$	$e_x^{\text{-Aids}}$
0	50,54	46,87	58,38	58,35	54,21	65,92	66,89
1	56,50	52,92	62,02	64,70	60,08	69,72	73,17
5	57,79	54,22	61,07	65,46	61,37	68,81	73,63
10	54,41	50,81	56,89	61,75	58,01	64,55	70,13
15	50,45	46,79	52,50	57,72	54,11	59,99	66,23
20	46,83	42,90	48,37	53,61	50,76	56,30	62,58
25	43,76	39,52	44,76	49,87	48,01	53,26	58,98
30	41,11	36,55	41,93	45,82	45,67	50,86	55,18
35	38,79	34,00	39,32	42,25	43,57	48,56	51,86
40	36,33	31,58	36,68	38,75	41,08	46,26	48,26
45	34,12	29,61	34,35	35,54	38,64	43,86	44,35
50	31,45	27,12	31,56	32,22	35,78	40,93	41,08
55	29,14	25,24	29,15	29,63	33,03	38,09	37,44
60	26,23	22,68	26,29	26,50	29,79	34,73	33,56
65	24,35	21,21	24,37	24,25	27,49	31,86	30,58
70	21,59	18,69	21,73	21,09	24,48	28,83	26,99
75	20,36	17,95	20,87	19,61	22,77	26,41	24,98
80	18,15	16,13	18,59	17,56	20,18	23,36	21,84

Fonte dos dados básicos: Moçambique.INE, III RGPH, 2009; INCAM, 2009.

**TABELA B2.3: Esperança de vida masculina e feminina na presença de todas as causas de morte e ausência da Malária e AIDS, Região Sul, 2007**

idade em anos	$e_x$ Região Sul	Masculino			Feminino		
		$e_x$ Masculina	$e_x$ -Malária	$e_x$ -Aids	$e_x$ Feminina	$e_x$ -Malária	$e_x$ -Aids
0	53,76	45,36	53,37	60,01	54,16	59,34	65,79
1	56,27	48,24	55,39	62,84	57,16	61,28	68,74
5	54,72	47,26	53,07	61,60	56,38	59,13	67,73
10	50,34	42,98	48,54	57,38	52,13	54,59	63,49
15	45,74	38,39	43,87	52,80	47,61	49,84	58,96
20	41,49	33,99	39,51	48,32	43,46	45,66	54,59
25	37,94	30,15	35,70	44,28	40,18	42,28	50,37
30	35,31	27,34	32,87	40,63	37,75	39,77	46,47
35	33,30	25,50	30,76	37,15	35,83	37,67	42,78
40	31,46	24,02	29,11	33,70	33,81	35,65	39,21
45	29,23	22,33	27,01	30,39	31,45	33,14	35,52
50	26,71	20,28	24,60	27,11	28,82	30,24	31,70
55	24,47	18,52	22,50	24,02	26,45	27,85	28,18
60	21,58	16,24	19,72	20,38	23,44	24,76	24,40
65	19,29	14,38	17,47	17,43	21,11	22,17	21,57
70	16,70	12,01	15,03	14,60	18,37	19,45	18,49
75	14,94	10,63	13,42	12,86	16,46	17,60	16,29
80	12,53	8,65	11,06	10,19	14,00	14,93	13,30

Fonte dos dados básicos: Moçambique.INE, III RGPH, 2009; INCAM, 2009.

### Anexo B3: Resultados por província

**TABELA A3.1: Esperança de vida masculina e feminina na presença de todas as causas de morte e ausência da Malária e AIDS, Niassa, 2007**

idade em anos	$e_x$ Niassa	Masculino			Feminino		
		$e_x$ Masculina	$e_x$ -Malária	$e_x$ -Aids	$e_x$ Feminina	$e_x$ -Malária	$e_x$ -Aids
0	58,14	53,89	62,47	67,05	62,38	86,35	74,54
1	63,81	59,93	66,44	74,09	67,68	90,37	80,00
5	64,86	60,99	65,23	75,12	68,72	89,78	80,72
10	61,31	57,47	61,14	71,67	65,14	85,59	77,29
15	57,49	53,63	57,26	67,51	61,36	81,24	73,75
20	53,72	49,77	53,47	62,86	57,68	77,78	69,82
25	50,14	46,05	49,60	58,59	54,23	74,46	65,95
30	46,62	42,50	45,97	54,57	50,74	71,10	61,90
35	43,46	39,22	42,27	50,80	47,71	68,16	58,39
40	40,31	36,06	39,25	47,08	44,55	65,30	54,16
45	37,83	33,73	37,03	43,13	41,93	63,84	51,10
50	34,94	30,85	33,72	39,48	39,03	62,10	47,20
55	32,57	28,68	31,83	37,80	36,45	60,04	44,09
60	29,38	25,72	28,86	34,74	33,05	57,74	40,34
65	27,51	24,31	27,25	33,66	30,72	56,87	37,96
70	24,79	21,62	24,04	30,75	27,95	54,46	35,17
75	24,12	21,40	24,04	28,84	26,83	56,00	33,28
80	22,37	19,52	21,95	27,99	25,22	58,26	30,72

Fonte dos dados básicos: Moçambique.INE, III RGPH, 2009; INCAM, 2009.

**TABELA B3.2: Esperança de vida masculina e feminina na presença de todas as causas de morte e ausência da Malária e AIDS, Cabo Delgado, 2007**

idade em anos	e <sub>x</sub> <sup>Cabo Delgado</sup>	Masculino			Feminino		
		e <sub>x</sub> <sup>Masculina</sup>	e <sub>x</sub> <sup>-Malária</sup>	e <sub>x</sub> <sup>-Aids</sup>	e <sub>x</sub> <sup>Feminina</sup>	e <sub>x</sub> <sup>-Malária</sup>	e <sub>x</sub> <sup>-Aids</sup>
0	41,80	39,85	48,18	46,45	43,75	53,36	50,72
1	46,79	44,98	52,28	52,48	48,60	56,90	56,25
5	48,56	46,90	51,25	54,82	50,23	55,25	57,96
10	45,63	44,04	47,38	52,00	47,21	51,44	55,07
15	42,17	40,50	43,36	48,75	43,84	47,66	51,51
20	38,79	36,97	39,67	44,98	40,61	44,21	48,32
25	35,70	33,78	36,33	41,32	37,63	41,19	44,67
30	32,68	30,61	33,02	37,79	34,76	38,29	41,11
35	29,99	27,90	30,16	34,62	32,08	35,60	37,55
40	27,11	25,11	27,04	31,17	29,12	32,56	33,58
45	24,67	22,88	24,67	27,81	26,45	29,87	30,31
50	21,83	20,20	21,87	24,68	23,46	26,59	27,36
55	19,93	18,62	20,39	21,92	21,24	24,32	24,26
60	16,84	15,74	17,21	18,74	17,94	20,55	20,34
65	15,20	14,33	16,16	16,69	16,07	18,27	17,63
70	12,33	11,76	13,57	13,65	12,91	15,16	13,98
75	11,78	11,57	12,81	14,06	11,99	14,02	12,62
80	9,38	9,54	10,73	11,33	9,23	11,10	9,86

Fonte dos dados básicos: Moçambique.INE, III RGPH, 2009; INCAM, 2009.

**TABELA B3.3: Esperança de vida masculina e feminina na presença de todas as causas de morte e ausência da Malária e AIDS, Nampula, 2007**

idade em anos	e <sub>x</sub> <sup>Nampula</sup>	Masculino			Feminino		
		e <sub>x</sub> <sup>Masculina</sup>	e <sub>x</sub> <sup>-Malária</sup>	e <sub>x</sub> <sup>-Aids</sup>	e <sub>x</sub> <sup>Feminina</sup>	e <sub>x</sub> <sup>-Malária</sup>	e <sub>x</sub> <sup>-Aids</sup>
0	47,88	46,47	58,45	51,86	49,30	61,52	56,99
1	53,88	52,81	63,38	58,40	54,96	65,95	63,05
5	55,52	54,66	62,13	60,23	56,39	64,18	64,39
10	52,63	51,86	58,51	57,47	53,41	60,09	61,39
15	49,15	48,35	54,13	53,93	49,95	55,64	57,81
20	45,80	44,86	50,46	50,10	46,73	52,40	53,98
25	42,55	41,48	46,67	46,39	43,62	49,07	50,34
30	39,30	38,11	43,10	42,31	40,49	46,08	46,52
35	36,14	34,96	39,45	38,61	37,33	42,83	42,92
40	32,77	31,63	36,22	34,98	33,92	38,94	38,92
45	29,90	28,83	33,38	31,60	30,96	36,14	35,29
50	26,83	25,84	30,23	27,78	27,82	33,34	31,26
55	24,33	23,71	27,99	25,13	24,95	30,38	28,20
60	21,01	20,58	24,77	21,55	21,45	26,48	24,31
65	19,15	18,97	22,95	19,87	19,33	25,10	21,20
70	16,46	16,42	20,44	16,81	16,50	23,01	17,58
75	15,06	15,14	18,14	15,27	14,98	22,74	15,14
80	12,55	12,88	16,33	12,88	12,23	21,22	12,23

Fonte dos dados básicos: Moçambique.INE, III RGPH, 2009; INCAM, 2009.

**TABELA B3.4: Esperança de vida masculina e feminina na presença de todas as causas de morte e ausência da Malária e AIDS, Zambézia, 2007**

idade em anos	$e_x$ Zambézia	Masculino			Feminino		
		$e_x$ Masculina	$e_x$ -Malária	$e_x$ -Aids	$e_x$ Feminina	$e_x$ -Malária	$e_x$ -Aids
0	50,18	46,66	57,59	57,25	53,71	64,55	64,35
1	57,43	53,98	62,70	65,32	60,89	70,15	72,38
5	59,63	56,26	62,82	67,37	63,01	70,06	73,79
10	56,83	53,43	59,00	64,30	60,24	66,31	71,01
15	53,33	49,79	54,59	60,96	56,86	61,77	67,83
20	50,28	46,47	51,26	57,51	54,09	58,90	64,77
25	47,83	43,79	47,99	54,41	51,87	56,60	61,24
30	45,35	41,14	45,17	50,63	49,56	54,06	57,69
35	43,08	38,73	42,40	47,20	47,42	51,78	54,36
40	40,49	36,29	39,45	43,71	44,70	49,28	49,96
45	38,33	34,41	37,18	40,46	42,26	46,74	45,98
50	35,61	31,94	34,61	37,10	39,28	43,77	43,19
55	33,55	30,38	32,40	35,42	36,72	41,10	39,92
60	30,73	27,95	29,63	32,91	33,51	38,12	36,19
65	29,29	27,01	28,26	30,96	31,58	35,43	33,72
70	26,51	24,51	25,42	27,49	28,51	32,38	30,03
75	25,41	24,03	24,60	26,56	26,79	30,22	27,67
80	23,46	22,54	22,54	24,52	24,38	27,41	24,38

Fonte dos dados básicos: Moçambique.INE, III RGPH, 2009; INCAM, 2009.

**TABELA B3.5: Esperança de vida masculina e feminina na presença de todas as causas de morte e ausência da Malária e AIDS, Tete, 2007**

idade em anos	$e_x$ Tete	Masculino			Feminino		
		$e_x$ Masculina	$e_x$ -Malária	$e_x$ -Aids	$e_x$ Feminina	$e_x$ -Malária	$e_x$ -Aids
0	63,48	57,50	65,94	67,28	69,46	78,85	77,32
1	69,56	63,63	69,75	73,92	75,48	82,85	83,67
5	71,28	65,18	68,72	74,98	77,38	82,19	84,95
10	67,78	61,65	64,86	71,11	73,92	77,77	81,32
15	63,68	57,51	60,55	66,86	69,85	73,27	77,34
20	59,67	53,36	55,97	62,62	65,98	69,15	73,27
25	55,86	49,33	51,90	58,52	62,39	65,23	69,53
30	52,40	45,56	48,20	54,12	59,24	61,92	65,80
35	49,35	42,26	44,84	50,08	56,45	59,02	62,11
40	46,21	38,92	41,25	45,91	53,50	56,17	58,54
45	43,39	36,22	38,19	42,17	50,57	53,35	53,94
50	40,25	33,22	34,94	38,15	47,28	49,36	50,29
55	37,31	30,63	32,01	35,07	43,99	45,85	46,02
60	34,04	27,82	28,81	31,91	40,26	42,18	41,77
65	31,52	25,76	26,86	28,80	37,27	38,89	37,97
70	28,61	23,18	24,38	25,23	34,04	35,74	34,21
75	26,80	21,60	23,00	22,62	32,01	32,38	32,18
80	24,42	19,82	20,76	19,82	29,02	29,20	29,02

Fonte dos dados básicos: Moçambique.INE, III RGPH, 2009; INCAM, 2009.

**TABELA B3.6: Esperança de vida masculina e feminina na presença de todas as causas de morte e ausência da Malária e AIDS, Manica, 2007**

idade em anos	$e_x$ Manica	Masculino			Feminino		
		$e_x$ Masculina	$e_x$ -Malária	$e_x$ -Aids	$e_x$ Feminina	$e_x$ -Malária	$e_x$ -Aids
0	49,72	45,93	53,84	56,61	53,50	64,14	65,23
1	54,25	50,46	56,65	61,47	58,04	66,92	70,33
5	54,61	50,74	55,28	61,39	58,48	65,53	70,37
10	50,62	46,75	50,68	57,38	54,49	61,09	66,40
15	46,29	42,41	46,26	52,97	50,18	56,34	62,24
20	42,27	38,11	41,60	48,72	46,43	52,51	58,21
25	38,83	34,32	37,30	44,88	43,34	49,36	54,56
30	36,16	31,25	34,17	40,71	41,06	47,26	50,46
35	33,95	28,74	31,74	37,27	39,16	45,12	47,22
40	31,97	26,74	29,44	33,91	37,20	43,01	44,40
45	29,86	25,00	27,33	30,50	34,71	40,67	40,55
50	27,40	22,63	24,69	27,71	32,17	38,58	37,21
55	25,13	20,76	22,89	24,67	29,50	36,12	33,82
60	22,38	18,24	20,66	21,29	26,51	32,54	29,78
65	20,29	16,55	19,46	19,10	24,03	30,23	26,40
70	17,69	14,09	17,50	16,30	21,29	27,60	22,98
75	16,82	13,78	18,51	14,92	19,86	25,63	21,59
80	14,64	11,92	16,61	13,21	17,37	22,39	18,47

Fonte dos dados básicos: Moçambique.INE, III RGPH, 2009; INCAM, 2009.

**TABELA B3.7: Esperança de vida masculina e feminina na presença de todas as causas de morte e ausência da Malária e AIDS, Sofala, 2007**

idade em anos	$e_x$ Sofala	Masculino			Feminino		
		$e_x$ Masculina	$e_x$ -Malária	$e_x$ -Aids	$e_x$ Feminina	$e_x$ -Malária	$e_x$ -Aids
0	45,31	42,57	51,55	52,26	48,06	56,15	60,67
1	50,22	47,69	54,74	58,08	52,75	58,98	66,30
5	50,25	47,75	52,69	58,08	52,75	57,48	65,43
10	46,37	43,86	48,31	54,22	48,89	53,05	61,80
15	42,07	39,55	43,70	50,08	44,59	48,59	57,52
20	38,21	35,39	39,57	45,60	41,03	44,66	54,04
25	35,06	31,75	35,83	41,67	38,37	41,84	50,60
30	32,78	29,00	32,84	37,80	36,56	40,18	46,77
35	30,96	26,86	30,64	34,43	35,06	38,30	43,74
40	29,05	25,01	28,85	31,45	33,09	36,56	40,14
45	27,32	23,49	26,92	29,03	31,14	34,69	36,93
50	25,02	21,36	24,47	25,91	28,67	32,02	33,63
55	22,84	19,59	22,41	23,38	26,08	29,30	29,98
60	20,09	17,09	19,61	19,87	23,09	26,07	26,51
65	18,39	15,71	18,18	18,16	21,06	22,91	24,24
70	15,80	13,30	15,24	15,36	18,30	19,61	20,74
75	14,80	12,78	14,50	14,33	16,82	17,38	18,49
80	12,66	10,85	11,53	12,71	14,46	14,46	15,50

Fonte dos dados básicos: Moçambique.INE, III RGPH, 2009; INCAM, 2009.

**TABELA B3.8: Esperança de vida masculina e feminina na presença de todas as causas de morte e ausência da Malária e AIDS, Inhambane, 2007**

idade em anos	$e_x$ Inhambane	Masculino			Feminino		
		$e_x$ Masculina	$e_x$ -Malária	$e_x$ -Aids	$e_x$ Feminina	$e_x$ -Malária	$e_x$ -Aids
0	49,35	44,71	51,65	55,18	53,99	62,18	66,26
1	52,48	47,67	52,99	58,57	57,28	63,51	70,11
5	51,55	46,67	50,68	57,82	56,43	61,12	69,45
10	47,42	42,55	46,25	53,84	52,30	56,76	65,36
15	43,02	38,13	41,65	49,59	47,92	51,86	61,14
20	39,02	34,04	37,26	45,04	44,00	47,84	56,91
25	35,86	30,71	33,53	41,61	41,01	44,93	52,63
30	33,51	28,19	30,89	38,78	38,84	42,53	49,11
35	31,70	26,46	29,04	36,03	36,94	40,82	44,95
40	30,10	25,19	27,89	32,31	35,02	38,80	41,68
45	28,27	23,77	26,06	29,38	32,76	36,32	38,14
50	26,18	22,11	24,19	26,54	30,26	33,11	34,31
55	24,41	20,71	22,46	23,63	28,10	31,01	30,99
60	21,69	18,33	19,83	20,47	25,05	27,90	26,75
65	19,69	16,42	17,79	17,85	22,97	25,16	24,45
70	17,06	13,81	15,10	14,91	20,30	22,45	21,33
75	15,17	12,02	13,64	12,79	18,32	20,83	18,87
80	12,96	10,12	11,31	10,12	15,81	17,84	15,81

Fonte dos dados básicos: Moçambique.INE, III RGPH, 2009; INCAM, 2009.

**TABELA B3.9: Esperança de vida masculina e feminina na presença de todas as causas de morte e ausência da Malária e AIDS, Gaza, 2007**

idade em anos	$e_x$ Gaza	Masculino			Feminino		
		$e_x$ Masculina	$e_x$ -Malária	$e_x$ -Aids	$e_x$ Feminina	$e_x$ -Malária	$e_x$ -Aids
0	43,26	37,41	42,04	53,09	49,10	55,38	65,12
1	46,39	40,34	44,48	56,56	52,44	57,53	68,60
5	46,43	40,06	42,39	56,30	52,80	56,16	69,18
10	42,25	35,83	37,98	52,15	48,67	51,63	65,10
15	37,71	31,23	33,35	47,49	44,19	47,02	60,57
20	33,47	26,82	28,97	43,01	40,11	43,00	56,23
25	30,10	22,97	25,06	38,73	37,23	39,97	52,07
30	28,05	20,48	22,48	35,15	35,62	38,47	48,18
35	26,88	19,27	21,05	31,71	34,48	36,88	45,34
40	26,21	19,02	20,83	29,03	33,40	36,09	41,70
45	25,23	18,60	20,17	26,06	31,87	34,41	37,84
50	23,57	17,34	18,55	23,79	29,81	32,17	34,37
55	22,03	16,33	17,30	21,24	27,74	30,16	30,52
60	19,88	14,58	15,59	17,39	25,18	27,66	27,19
65	18,19	13,15	14,10	14,59	23,22	25,51	24,52
70	15,90	11,34	12,39	12,36	20,46	22,72	21,50
75	14,57	10,57	11,34	11,46	18,57	20,90	19,10
80	12,46	8,74	9,14	9,40	16,18	18,12	16,18

Fonte dos dados básicos: Moçambique.INE, III RGPH, 2009; INCAM, 2009.

**TABELA B3.10: Esperança de vida masculina e feminina na presença de todas as causas de morte e ausência da Malária e AIDS, Maputo Província, 2007**

idade em anos	e <sub>x</sub> Maputo Província	Masculino			Feminino		
		e <sub>x</sub> Masculina	e <sub>x</sub> -Malária	e <sub>x</sub> -Aids	e <sub>x</sub> Feminina	e <sub>x</sub> -Malária	e <sub>x</sub> -Aids
0	53,42	49,62	52,80	60,66	57,22	60,14	67,85
1	56,02	52,24	54,73	63,32	59,81	62,64	70,27
5	54,57	50,71	52,55	61,38	58,42	60,37	68,51
10	50,16	46,28	47,76	56,95	54,04	55,73	64,16
15	45,52	41,65	42,95	52,42	49,39	51,09	59,37
20	41,15	37,10	38,37	47,65	45,19	46,92	55,11
25	37,46	33,15	34,30	43,16	41,77	43,35	50,93
30	34,56	30,18	31,39	39,42	38,93	40,51	46,70
35	32,28	27,90	28,80	36,15	36,66	38,18	42,75
40	30,09	25,73	26,47	32,61	34,45	35,92	39,29
45	27,69	23,58	24,22	29,46	31,79	33,21	35,71
50	25,12	21,06	21,56	25,64	29,17	30,59	32,00
55	22,66	18,84	19,27	22,35	26,48	27,90	28,65
60	19,72	16,23	16,72	19,30	23,22	24,53	24,80
65	17,32	14,31	14,90	16,42	20,33	21,65	21,31
70	14,61	11,65	12,19	12,52	17,58	18,92	18,35
75	12,64	10,01	10,31	10,62	15,27	16,20	15,78
80	10,28	7,76	7,79	7,76	12,79	13,72	12,79

Fonte dos dados básicos: Moçambique.INE, III RGPH, 2009; INCAM, 2009.

**TABELA B3.11: Esperança de vida masculina e feminina na presença de todas as causas de morte e ausência da Malária e AIDS, Maputo-Cidade, 2007**

idade em anos	e <sub>x</sub> Maputo Cidade	Masculino			Feminino		
		e <sub>x</sub> Masculina	e <sub>x</sub> -Malária	e <sub>x</sub> -Aids	e <sub>x</sub> Feminina	e <sub>x</sub> -Malária	e <sub>x</sub> -Aids
0	53,43	50,57	53,65	59,04	56,30	59,64	63,93
1	55,79	53,03	55,82	61,73	58,55	61,45	65,97
5	53,85	51,09	53,35	59,26	56,61	58,86	63,78
10	49,35	46,53	48,63	54,72	52,17	54,22	59,36
15	44,62	41,73	43,63	49,95	47,52	49,40	54,76
20	40,09	37,10	39,02	45,40	43,07	44,89	50,12
25	36,09	32,98	34,83	40,87	39,20	40,88	45,87
30	32,94	29,77	31,61	36,79	36,11	37,59	41,88
35	30,48	27,40	29,14	33,04	33,56	34,79	38,09
40	27,88	25,12	26,53	29,46	30,64	31,80	34,16
45	25,02	22,49	23,49	25,96	27,55	28,61	30,39
50	21,94	19,81	20,81	22,41	24,07	25,08	26,11
55	19,29	17,33	18,37	19,00	21,25	22,35	22,57
60	16,28	14,66	15,85	15,79	17,90	18,94	18,86
65	13,70	12,22	13,32	13,26	15,18	16,35	15,98
70	10,95	9,53	10,78	10,28	12,37	13,71	12,77
75	9,45	7,99	8,92	8,11	10,91	12,48	11,40
80	7,14	5,85	6,08	5,85	8,43	10,05	8,43

Fonte dos dados básicos: Moçambique.INE, III RGPH, 2009; INCAM, 2009.

## ANEXO C – Resultados sobre os Anos de Vida Perdidos

### C1 – Por região

**TABELA C1.1: Anos de Vida Perdidos entre 0 a 80 anos segundo causas de mortalidade e sexo por regiões, 2007**

Grupos de idade	Norte						Centro						Sul					
	Homens			Mulheres			Homens			Mulheres			Homens			Mulheres		
	Todas causas	Malária	AIDS	Todas causas	Malária	AIDS												
	36,636	11,404	9,174	33,674	10,220	9,142	36,177	10,848	9,655	32,012	9,368	9,145	35,602	8,858	12,104	29,444	7,085	10,303
0	10,560	3,780	1,007	9,106	3,161	0,809	10,482	3,752	0,999	9,014	3,129	0,801	6,324	2,263	0,603	5,512	1,914	0,490
1	6,845	3,487	1,154	6,261	3,229	1,274	6,279	3,199	1,059	5,685	2,932	1,157	4,329	2,206	0,730	3,942	2,033	0,802
5	2,196	0,995	0,334	2,001	1,040	0,257	1,704	0,772	0,260	1,603	0,833	0,206	0,988	0,448	0,150	0,883	0,459	0,114
10	1,458	0,636	0,205	1,520	0,838	0,238	1,024	0,447	0,144	1,032	0,569	0,161	0,586	0,256	0,082	0,558	0,308	0,087
15	1,430	0,284	0,468	1,648	0,249	0,512	1,149	0,228	0,376	1,500	0,227	0,467	0,858	0,170	0,281	0,997	0,151	0,310
20	1,548	0,381	0,580	1,705	0,245	0,849	1,614	0,398	0,604	1,927	0,277	0,960	1,688	0,416	0,632	1,948	0,280	0,970
25	1,513	0,205	0,835	1,624	0,157	0,946	1,919	0,260	1,060	2,084	0,201	1,215	3,079	0,417	1,700	2,721	0,262	1,586
30	1,683	0,290	0,859	1,604	0,218	0,843	2,124	0,366	1,084	2,036	0,276	1,070	3,969	0,684	2,025	2,887	0,392	1,517
35	1,466	0,199	0,741	1,298	0,139	0,754	1,996	0,271	1,008	1,556	0,166	0,904	3,713	0,505	1,876	2,435	0,260	1,415
40	1,742	0,288	0,895	1,474	0,142	0,806	2,034	0,337	1,045	1,397	0,134	0,763	2,846	0,471	1,462	1,867	0,179	1,020
45	1,345	0,216	0,609	1,175	0,192	0,473	1,432	0,230	0,649	1,022	0,167	0,411	2,080	0,334	0,942	1,448	0,237	0,583
50	1,625	0,233	0,572	1,254	0,159	0,498	1,475	0,212	0,519	0,926	0,117	0,368	1,822	0,261	0,641	1,364	0,173	0,541
55	0,871	0,127	0,322	0,722	0,134	0,281	0,920	0,134	0,340	0,609	0,113	0,237	1,188	0,174	0,439	0,859	0,160	0,334
60	1,166	0,123	0,328	1,068	0,174	0,321	0,996	0,105	0,280	0,743	0,121	0,223	1,014	0,107	0,285	0,907	0,147	0,272
65	0,561	0,067	0,155	0,539	0,048	0,153	0,477	0,057	0,132	0,395	0,035	0,112	0,577	0,069	0,160	0,551	0,049	0,156
70	0,523	0,080	0,093	0,561	0,081	0,110	0,452	0,069	0,080	0,389	0,057	0,077	0,433	0,066	0,077	0,446	0,065	0,088
75	0,106	0,013	0,017	0,112	0,015	0,017	0,100	0,012	0,016	0,093	0,012	0,014	0,107	0,013	0,017	0,119	0,016	0,018
80	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Fonte dos dados básicos: Moçambique.INE, III RGPH, 2009; INCAM, 2009.

## C2 – Por província, segundo região

**TABELA C2.1: Anos de Vida Perdidos entre 0 a 80 anos segundo causas de mortalidade e sexo, províncias da Região Norte, 2007**

Grupos de idade	Niassa						Cabo Delgado						Nampula					
	Homens			Mulheres			Homens			Mulheres			Homens			Mulheres		
	Todas causas	Malária	AIDS															
	31,140	8,569	8,716	26,741	8,693	6,954	41,109	11,955	7,894	37,738	12,085	7,977	36,072	12,954	6,164	33,640	11,503	7,763
0	9,248	3,483	0,719	7,352	3,049	1,007	10,703	3,190	0,180	9,469	3,313	0,344	10,937	3,745	0,811	9,540	3,179	0,752
1	5,462	2,690	1,059	4,975	2,412	1,014	8,029	4,443	0,648	7,280	4,593	0,876	6,840	4,075	0,662	6,282	4,072	0,873
5	1,455	0,619	0,224	1,283	0,727	0,081	2,543	1,302	0,340	2,276	1,025	0,194	2,270	1,014	0,174	2,093	1,259	0,284
10	1,102	0,102	0,464	1,063	0,632	0,000	1,667	0,625	0,000	1,795	0,561	0,436	1,471	0,923	0,180	1,531	1,043	0,312
15	1,058	0,000	0,798	1,113	0,142	0,363	1,633	0,265	0,503	1,873	0,361	0,256	1,441	0,315	0,448	1,690	0,183	0,724
20	1,157	0,211	0,643	1,241	0,245	0,492	1,937	0,283	0,757	2,018	0,202	0,879	1,476	0,487	0,418	1,694	0,363	0,639
25	1,249	0,156	0,584	1,154	0,256	0,563	1,872	0,262	0,649	1,992	0,197	0,850	1,418	0,316	0,703	1,583	0,078	0,712
30	1,404	0,420	0,620	1,390	0,357	0,525	2,171	0,289	0,767	2,002	0,204	0,955	1,516	0,539	0,550	1,448	0,247	0,490
35	1,394	0,000	0,649	1,202	0,238	0,790	1,907	0,402	0,829	1,597	0,214	0,898	1,275	0,076	0,327	1,167	0,447	0,528
40	1,805	0,084	1,259	1,384	0,000	0,452	2,114	0,248	1,092	1,652	0,195	0,581	1,537	0,226	0,507	1,384	0,096	0,573
45	1,255	0,340	0,625	1,076	0,000	0,614	1,524	0,171	0,508	1,263	0,305	0,142	1,256	0,263	0,573	1,128	0,000	0,603
50	1,414	0,000	0,130	1,065	0,268	0,379	1,839	0,096	0,832	1,496	0,204	0,616	1,516	0,271	0,352	1,133	0,232	0,217
55	0,840	0,088	0,238	0,588	0,000	0,207	0,907	0,196	0,246	0,767	0,284	0,336	0,820	0,163	0,225	0,689	0,271	0,232
60	1,124	0,178	0,227	0,784	0,109	0,155	1,143	0,000	0,340	1,106	0,254	0,375	1,141	0,249	0,066	1,063	0,000	0,438
65	0,497	0,150	0,177	0,470	0,182	0,096	0,515	0,066	0,153	0,468	0,048	0,147	0,565	0,095	0,133	0,573	0,000	0,233
70	0,568	0,034	0,301	0,473	0,076	0,169	0,520	0,112	0,022	0,586	0,110	0,091	0,483	0,195	0,037	0,531	0,031	0,152
75	0,109	0,014	0,000	0,128	0,000	0,048	0,085	0,007	0,028	0,097	0,016	0,000	0,110	0,000	0,000	0,111	0,000	0,000
80	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Fonte dos dados básicos: Moçambique.INE, III RGPH, 2009; INCAM, 2009.

**TABELA C2.2: Anos de Vida Perdidos entre 0 a 80 anos segundo causas de mortalidade e sexo, províncias da Região Centro, 2007**

Zambézia						Tete						Manica						Sofala					
Homens			Mulheres			Homens			Mulheres			Homens			Mulheres			Homens			Mulheres		
Tod causas	Malária	AIDS	Tod causas	Malária	AIDS	Tod causas	Malária	AIDS	Tod causas	Malária	AIDS												
38,061	12,545	9,435	33,935	9,777	8,836	28,680	8,639	7,852	24,237	7,717	5,509	35,720	9,828	12,025	31,266	9,133	10,381	38,652	12,128	11,713	34,993	9,543	12,369
12,127	4,671	1,272	10,588	3,321	0,789	8,840	3,518	0,722	7,342	2,652	0,424	8,620	3,435	1,169	7,522	3,157	0,704	10,083	4,216	0,885	8,488	3,487	0,637
7,019	2,970	1,389	6,277	2,734	1,567	5,645	2,829	1,178	5,197	2,470	0,974	5,553	2,468	1,361	5,099	2,454	1,239	5,466	3,131	1,033	5,004	2,165	1,859
2,125	1,086	0,548	2,031	1,002	0,310	1,355	0,363	0,451	1,230	0,791	0,237	1,209	0,768	0,220	1,083	0,543	0,178	1,395	0,692	0,229	1,333	0,718	0,054
1,282	0,770	0,000	1,396	1,029	0,072	0,774	0,182	0,192	0,711	0,347	0,000	0,802	0,148	0,224	0,725	0,487	0,000	0,864	0,416	0,000	0,819	0,233	0,156
1,515	0,141	0,368	1,818	0,217	0,495	0,752	0,400	0,181	0,838	0,213	0,215	0,849	0,467	0,128	1,309	0,229	0,499	1,068	0,067	0,550	1,644	0,510	0,302
1,975	0,632	0,674	2,077	0,219	1,152	0,825	0,062	0,174	1,001	0,267	0,197	1,476	0,689	0,383	1,894	0,263	0,825	1,723	0,288	0,675	2,542	0,359	1,259
1,845	0,284	1,073	1,830	0,300	0,992	1,026	0,000	0,604	1,231	0,150	0,471	2,260	0,244	1,513	2,498	0,169	1,836	2,714	0,564	1,667	3,126	0,138	2,245
1,835	0,392	0,923	1,733	0,220	0,857	1,332	0,116	0,697	1,351	0,122	0,630	2,685	0,150	1,384	2,516	0,501	1,338	3,114	0,424	1,743	2,955	0,543	1,633
1,618	0,430	0,833	1,231	0,000	0,947	1,214	0,241	0,694	1,137	0,000	0,412	2,842	0,518	1,629	2,146	0,375	0,863	2,954	0,327	1,452	2,196	0,046	1,373
1,705	0,324	0,900	1,229	0,162	0,779	1,526	0,306	0,816	1,030	0,000	0,848	2,606	0,497	1,584	1,545	0,143	0,944	2,692	0,624	1,091	1,887	0,147	0,962
1,178	0,135	0,521	0,849	0,082	0,000	1,168	0,197	0,672	0,758	0,333	0,197	1,754	0,309	0,544	1,310	0,000	0,550	1,821	0,404	0,844	1,330	0,235	0,573
1,317	0,323	0,223	0,878	0,125	0,309	1,215	0,219	0,365	0,659	0,105	0,390	1,712	0,111	0,824	1,057	0,106	0,422	1,646	0,338	0,600	1,075	0,167	0,558
0,777	0,142	0,133	0,539	0,000	0,184	0,914	0,187	0,243	0,421	0,000	0,182	1,080	0,000	0,477	0,764	0,322	0,441	1,006	0,230	0,495	0,750	0,161	0,249
0,902	0,133	0,319	0,721	0,240	0,168	0,954	0,000	0,416	0,541	0,101	0,228	1,074	0,000	0,285	0,756	0,103	0,316	1,063	0,151	0,224	0,863	0,380	0,170
0,376	0,063	0,173	0,324	0,033	0,116	0,551	0,000	0,253	0,351	0,000	0,105	0,559	0,000	0,135	0,491	0,088	0,173	0,502	0,151	0,130	0,461	0,134	0,190
0,377	0,037	0,070	0,330	0,077	0,075	0,455	0,000	0,157	0,357	0,165	0,000	0,540	0,000	0,166	0,450	0,154	0,028	0,456	0,073	0,097	0,420	0,104	0,124
0,087	0,011	0,016	0,085	0,016	0,024	0,134	0,019	0,037	0,081	0,001	0,000	0,100	0,025	0,000	0,101	0,041	0,024	0,087	0,032	0,000	0,100	0,017	0,024
0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Fonte dos dados básicos: Moçambique.INE, III RGPB, 2009; INCAM, 2009.

**TABELA C2.3: Anos de Vida Perdidos entre 0 a 80 anos segundo causas de mortalidade e sexo, províncias da Região Sul, 2007**

Grupos de idade	Inhambane						Gaza						Maputo Província						Maputo Cidade					
	Homens			Mulheres			Homens			Mulheres			Homens			Mulheres			Homens			Mulheres		
	Todas causas	Malária	AIDS	Todas causas	Malária	AIDS	Todas causas	Malária	AIDS	Todas causas	Malária	AIDS	Todas causas	Malária	AIDS									
	36,579	9,757	12,610	30,184	8,510	11,675	43,037	8,230	21,336	34,425	7,236	15,811	31,492	4,444	13,026	26,485	2,866	10,686	30,152	4,081	11,095	25,583	3,619	8,695
0	6,532	3,125	0,641	5,894	3,049	0,448	7,628	1,628	1,459	6,504	2,253	1,395	5,444	1,262	0,911	4,728	0,335	0,910	5,142	0,683	0,451	4,368	0,792	0,755
1	4,330	2,104	0,520	3,836	2,052	0,515	6,121	3,215	1,722	5,608	2,479	1,100	3,357	0,982	1,043	3,125	1,134	0,837	2,783	0,820	0,997	2,552	0,878	0,556
5	1,225	0,490	0,093	1,001	0,312	0,158	1,204	0,333	0,271	1,042	0,506	0,206	0,750	0,484	0,135	0,719	0,314	0,082	0,586	0,227	0,061	0,674	0,257	0,055
10	0,815	0,300	0,000	0,716	0,612	0,000	0,651	0,089	0,285	0,631	0,188	0,215	0,502	0,254	0,000	0,405	0,000	0,196	0,267	0,262	0,005	0,431	0,212	0,000
15	1,297	0,497	0,800	1,245	0,201	0,555	0,996	0,000	0,422	1,113	0,000	0,541	0,610	0,048	0,356	0,930	0,000	0,220	0,528	0,004	0,000	0,674	0,092	0,294
20	2,352	0,708	0,692	2,211	0,091	1,594	2,042	0,234	1,263	2,466	0,319	1,766	1,465	0,197	0,919	1,782	0,217	1,026	1,244	0,129	0,695	1,385	0,215	0,597
25	3,262	0,389	1,161	2,846	0,452	1,676	4,276	0,464	2,848	3,554	0,133	2,700	2,718	0,000	1,410	2,295	0,075	1,616	2,504	0,144	1,469	2,240	0,308	1,221
30	3,805	0,453	1,892	2,768	0,095	2,164	5,500	0,737	4,145	3,438	0,604	1,995	3,330	0,484	1,700	2,635	0,160	1,772	3,375	0,306	2,049	2,635	0,349	1,497
35	3,602	0,228	2,665	2,374	0,297	1,259	5,154	0,395	3,562	2,883	0,000	2,104	3,034	0,243	1,809	2,366	0,128	1,230	3,098	0,538	1,743	2,044	0,144	1,110
40	2,789	0,556	1,507	1,826	0,316	1,005	3,490	0,461	2,431	2,099	0,243	1,533	2,634	0,161	1,280	1,754	0,115	0,817	2,363	0,498	1,066	1,705	0,152	0,715
45	2,069	0,291	0,967	1,430	0,497	0,844	2,060	0,333	0,969	1,474	0,194	0,815	1,957	0,155	1,200	1,556	0,067	0,796	2,034	0,083	0,919	1,245	0,085	0,702
50	1,739	0,291	0,876	1,359	0,094	0,638	1,594	0,183	0,867	1,205	0,067	0,784	1,831	0,076	0,885	1,293	0,066	0,445	1,888	0,062	0,813	1,592	0,000	0,597
55	0,974	0,159	0,366	0,772	0,100	0,493	0,924	0,046	0,661	0,813	0,051	0,300	1,279	0,000	0,399	0,825	0,089	0,314	1,442	0,000	0,417	1,047	0,085	0,263
60	0,858	0,096	0,255	0,901	0,266	0,116	0,698	0,055	0,320	0,773	0,114	0,218	1,248	0,000	0,513	0,820	0,042	0,263	1,240	0,132	0,122	1,187	0,000	0,128
65	0,463	0,049	0,093	0,509	0,052	0,118	0,390	0,016	0,077	0,400	0,041	0,063	0,655	0,035	0,372	0,643	0,033	0,081	0,811	0,023	0,148	0,848	0,000	0,176
70	0,359	0,000	0,056	0,391	0,000	0,074	0,256	0,034	0,026	0,331	0,027	0,064	0,540	0,053	0,068	0,465	0,093	0,059	0,681	0,126	0,142	0,784	0,035	0,000
75	0,107	0,021	0,024	0,106	0,024	0,018	0,052	0,007	0,006	0,090	0,017	0,014	0,135	0,009	0,027	0,146	0,000	0,022	0,165	0,043	0,000	0,173	0,014	0,029
80	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Fonte dos dados básicos: Moçambique.INE, III RGPH, 2009; INCAM, 2009.