

“ONDE VOCÊ VIVE” E “QUEM VOCÊ É” AFECTAM A SUA SAÚDE: AS DESVANTAGENS DAS MULHERES MIGRANTES NA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA NAS ÁREAS URBANAS DE MOÇAMBIQUE

Por: Boaventura M.Cau

Estudos existentes em Moçambique indicam que o país tem estado a registar uma intensa mobilidade espacial da população.¹ Uma parte importante da população envolvida nas migrações tem como destino as áreas urbanas.¹ Embora a maioria dos migrantes para as áreas urbanas em Moçambique sejam do sexo masculino, em algumas províncias, principalmente na região Sul do país, existe quase um equilíbrio entre migrantes homens e mulheres.¹ Um aspecto importante mas pouco investigado é o grau de acesso e utilização dos serviços de saúde reprodutiva pelas mulheres migrantes nas áreas urbanas. Dada à magnitude da migração feminina para as áreas urbanas¹, o acesso e utilização dos serviços de saúde reprodutiva pelas mulheres migrantes nas áreas urbanas clama por uma maior atenção. Usando fundamentalmente os resultados de um estudo recentemente publicado na revista *African Journal of Reproductive Health*², este *policy brief* avalia a influência das características dos lugares de acolhimento nas áreas urbanas sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde reprodutiva pelas mulheres migrantes em Moçambique

Porquê há necessidade de uma preocupação com o acesso aos serviços de saúde reprodutiva pelas mulheres migrantes nas áreas urbanas?

Vivemos num período de HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis o que torna o acesso aos serviços de saúde reprodutiva importante. Em particular, em várias partes do mundo, incluindo em Moçambique, os locais de trânsito e acolhimento dos migrantes têm sido ligados ao elevado risco de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis tais como o HIV e SIDA.³ Em adição a isso, estudos em países em vias de desenvolvimento indicaram que as migrantes recém-chegadas às áreas urbanas enfrentam barreiras em vários aspectos de saúde reprodutiva. Por exemplo, um estudo feito na Tanzânia reportou que as mulheres migrantes das áreas rurais sem informação correcta sobre o HIV e SIDA e as

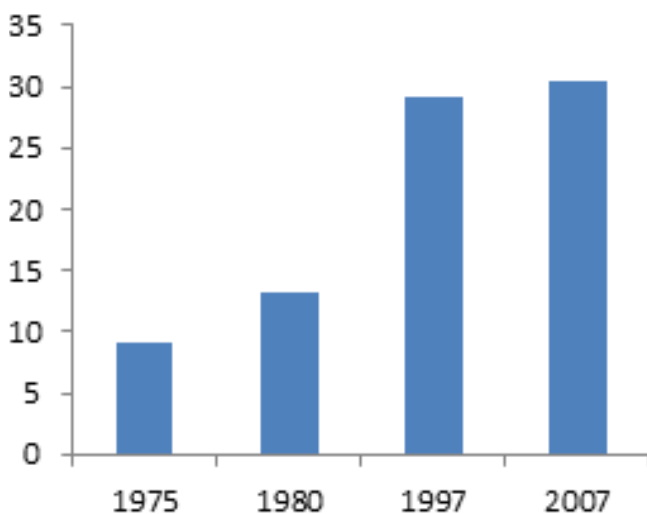
formas da sua prevenção apresentavam um elevado risco de contrair o HIV nas áreas urbanas.⁴ Outro estudo realizado no Quênia indicou que as mulheres migrantes com menos de um ano nas áreas urbanas apresentavam um elevado risco de gravidez antes de casamento em comparação com as mulheres não-migrantes.⁵ Em outras regiões em desenvolvimento também foi constatado que as mulheres migrantes tinham falta de informação sobre onde e como adquirir contraceptivos.⁶ Quando o acesso aos serviços de saúde reprodutiva é deficitário, as mulheres que não pretendem engravidar ou que desejam adiar a gravidez perdem capacidade de realizar o seu desejo.⁷ Por outro lado, sabe-se que gravidezes indesejadas principalmente entre as mulheres adolescentes e jovens, podem elevar o risco de mortalidade materna⁸ e comprometer a possibilidade de realizar aspirações socioeconómicas futuras⁹ – como quando raparigas que foram às áreas urbanas para estudar

são forçadas a desistir da escola devido à gravidez e, por causa disso, têm a sua preparação para um emprego seguro e produtivo no futuro limitada.

Onde vivem as mulheres migrantes nas áreas urbanas?

Estudos indicam que na África subsaariana as migrantes recém-chegadas às áreas urbanas maioritariamente vivem em áreas peri-urbanas e de assentamentos humanos informais.¹⁰ Essas áreas são normalmente caracterizadas por más condições de saneamento do meio, habitações de baixa qualidade, infra-estruturas de transportes inadequadas e fraco acesso aos serviços de saúde de qualidade.⁷ Em Moçambique, a população urbana cresceu de 9% em 1975¹¹ para cerca de 30% em 2007.¹² Embora entre 1997 e 2007 não tenha havido um aumento percentual significativo da população urbana em Moçambique, em termos absolutos, o aumento da população urbana foi de cerca de 1,7 milhões de pessoas.¹² Moçambicanos migram para as áreas urbanas em busca de melhores oportunidades de emprego, educação e acesso aos serviços de saúde.¹³ Contudo, muitos dos migrantes recém-chegados às áreas urbanas em Moçambique acabam vivendo em assentamentos humanos informais.

Gráfico 1. População urbana em Moçambique, percentagem, 1975-2007



Fonte: Elaborado com base nos dados de Conselho Coordenador do Recenseamento (1983). *Panorama Demográfico*, Volume 2, 1º Recenseamento Geral da População 1980; United Nations (2010). *World Urbanization Prospects: the 2009 Revision*. United Nations: New York; Instituto Nacional de Estatística (2010). *III Recenseamento Geral da População e Habitação 2007: Resultados Definitivos – Moçambique*. Instituto Nacional de Estatística: Maputo.

A UN-Habitat estimou que em 2005 cerca de 80% da população urbana em Moçambique estava a viver em áreas informais.¹⁰ Essas áreas informais são caracterizadas por uma elevada densidade populacional, falta de infra-estruturas de transportes adequadas, saneamento do meio precário, baixo acesso à água potável e com uma disponibilidade limitada de serviços de saúde.¹⁴

Diferenças no acesso aos serviços de saúde reprodutiva entre as mulheres migrantes e não-migrantes nas áreas urbanas

A Tabela 1 abaixo mostra diferenças entre as mulheres migrantes e não-migrantes com idade dos 15 a 49 anos no acesso à informação e serviços de saúde reprodutiva nas áreas urbanas de Moçambique. Para todo o tipo de informação e serviços indicados na Tabela 1, as migrantes estão numa posição de desvantagem em comparação com as não-migrantes.

Em relação à discussão sobre o planeamento familiar com outras pessoas, por exemplo, entre as mulheres migrantes, apenas 41.3% o fez contra 45.7% entre as mulheres não-migrantes. Porém, se dividirmos as mulheres migrantes em recentes (com menos de 3 anos nas áreas urbanas) e as mulheres migrantes antigas (com 3 a 5 anos nas áreas urbanas), observamos que são as mulheres migrantes recém-chegadas nas áreas urbanas as mais desfavorecidas no acesso e uso de informação e serviços de saúde reprodutiva nessas áreas (Tabela 1).

Em relação aos métodos modernos de contraceção, por exemplo, apenas 39.3% das migrantes recém-chegadas nas áreas urbanas usavam esses serviços contra 52.2% entre as migrantes antigas e 50.4% entre as não-migrantes (Tabela 1). Constatação similar é feita em relação à possibilidade de uma mulher no estudo ter sido visitada por uma profissional ligada ao planeamento familiar. A esse respeito, observa-se na Tabela 1 que entre as migrantes recém-chegadas nas áreas urbanas apenas 5.7% foram visitadas contra 10.9% (migrantes antigas) e 10.0% (não-migrantes) nos outros grupos.

Tabela 1. Acesso a informação e serviços de saúde reprodutiva pelas mulheres migrantes e não-migrantes nas áreas urbanas de Moçambique

| Esteve Exposta ao Planeamento Familiar? | SIM | NÃO |
|---|-------------|-------------|
| Mulher Não-Migrante | 67.4 | 32.6 |
| Mulher Migrante | 67.0 | 33.0 |
| Mulher Migrante Há 3 a 5 Anos | 69.6 | 30.4 |
| Mulher Migrante Há Menos de 3 Anos | 65.3 | 34.7 |
| Discutiu sobre Planeamento Familiar com Outras Pessoas? | SIM | NÃO |
| Mulher Não-Migrante | 45.7 | 54.3 |
| Mulher Migrante | 41.3 | 58.7 |
| Mulher Migrante Há 3 a 5 Anos | 42.4 | 57.6 |
| Mulher Migrante Há Menos de 3 Anos | 40.5 | 59.5 |
| Usa Métodos Modernos de Contraceção ? | SIM | NÃO |
| Mulher Não-Migrante | 50.4 | 49.6 |
| Mulher Migrante | 44.6 | 55.4 |
| Mulher Migrante Há 3 a 5 Anos | 52.2 | 47.8 |
| Mulher Migrante Há Menos de 3 Anos | 39.3 | 60.7 |
| Recebeu Visita de um Profissional de Planeamento Familiar? | SIM | NÃO |
| Mulher Não-Migrante | 10.0 | 90.0 |
| Mulher Migrante | 7.9 | 92.1 |
| Mulher Migrante Há 3 a 5 Anos | 10.9 | 89.1 |
| Mulher Migrante Há Menos de 3 Anos | 5.7 | 94.3 |

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados do Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique 2003.

Qual é o papel das condições socioeconómicas das áreas de acolhimento no nível de acesso e utilização dos serviços de saúde reprodutiva pelas mulheres migrantes nas áreas urbanas ?

Estudos anteriores indicaram que “onde você vive” e “quem você é” influem no acesso e utilização dos serviços de saúde.¹⁵ Nesta linha, o estudo realizado em Moçambique procurou avaliar se havia diferenças significativas entre as mulheres migrantes e não-migrantes na utilização dos serviços de saúde reprodutiva, particularmente o uso dos métodos modernos de contraceção, tendo em conta as características dos lugares de sua residência.² Esse estudo constatou que as mulheres com menos de 3 anos nas áreas urbanas tinham uma probabilidade de usar os métodos modernos de contraceção menor em cerca de 43% em comparação com as

mulheres não-migrantes.² Enquanto as mulheres migrantes com 3 a 5 anos nas áreas urbanas não eram significativamente diferentes das mulheres não-migrantes no que diz respeito ao uso de métodos modernos de contraceção.² Em relação ao papel das características do lugar de acolhimento, o estudo constatou que as migrantes cujo destino eram áreas com um nível médio elevado de mulheres educadas, áreas menos pobres ou áreas com uma maior percentagem de mulheres que tinham falado sobre planeamento familiar com outras pessoas, apresentavam uma maior probabilidade de usar métodos modernos de contraceção em comparação com as migrantes que foram para lugares mais desfavorecidos, considerando estas características.² O estudo também constatou que as migrantes que foram para lugares com dificuldades de meios de transporte tinham uma probabilidade de usar métodos modernos de contraceção baixa em cerca de 71%

em comparação com a sua contraparte.² Contudo, o estudo constatou que é sobretudo a residência numa área com um maior desejo por mais filhos que tinha um efeito negativo sobre o uso dos métodos modernos de contraceção.²

Recomendações

Entre as mulheres migrantes para as áreas urbanas de Moçambique, as recém-chegadas às áreas urbanas encaram várias barreiras para aceder e usar os serviços de saúde reprodutiva. Algumas dessas barreiras incluem não possuir conhecimento apropriado sobre os serviços reprodutivos no lugar de destino e residir longe das unidades sanitárias. Com vista a reduzir as dificuldades das mulheres recém-chegadas às áreas urbanas em aceder e usar os serviços de saúde reprodutiva devia-se:

- Divulgar mais informação sobre os serviços reprodutivos nos locais de maior aglomeração das mulheres migrantes, tais como as áreas de prática de actividade comercial informal;
- Reforçar as visitas de agentes de saúde reprodutiva em bairros informais;
- Reforçar a oferta de serviços de saúde reprodutiva em áreas pobres dos centros urbanos incluindo as áreas de assentamentos informais;
- Prover as áreas informais de contraceptivos para as mulheres que desejam adiar gravidezes, espaçar ou limitar os nascimentos.

Referências

¹Raimundo, I.M. e Muanamoha, R.C. (2013). A dinâmica migratória em Moçambique. In C. Arnaldo e B.M. Cau (org.); *Dinâmicas da população e saúde em Moçambique*. Maputo: Centro de Pesquisa em População e Saúde, pp.157-182.

²Cau, B.M. (2016). Female migration, local context and contraceptive use in urban Mozambique. *African Journal of Reproductive Health*, 20(1):52-61.

³Muanamoha, R. (2014). Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde sexual e reprodutiva entre as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes em Moçambique. In B.M. Cau e C. Arnaldo (org.); *Adolescentes e jovens em Moçambique: uma perspectiva demográfica e de saúde*. Maputo: Centro de Pesquisa em População e Saúde, pp.61-86; Barreto, A.; Gaspar, M.; Foreit, K.; Noya, P. e Nhatave, I. (2002). Determinantes demográficos e culturais da prevalência do

HIV em Moçambique; Prothero, R.M. (1977). Disease and human mobility: a neglected factor in epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, 6(3):259-267.

⁴May, A. e McCabe, J.T. (2004). City work in a time of AIDS: Maasai labor migration in Tanzania. *Africa Today*, 51(2): 3-32.

⁵Xu, H.; Mberu, B.U.; Goldberg, R.E, e Luke, N. (2013). Dimensions of rural-to-urban migration and premarital pregnancy in Kenya. *Ann Am Acad Pol Soc Sci.*, 648(1): 104-119.

⁶Zheng, Z.; Zhou, Y.; Zheng, L.; Yang, Y.; Zhao, D. et al. (2001). Sexual behaviour and contraceptive use among unmarried, young women migrant workers in five cities in China. *Reproductive Health Matters*, 9(17): 118-127.

⁷Ministério da Economia e Finanças, African Institute for Development Policy e United Nations Population Fund (2015). Aproveitando o dividendo demográfico: Acelerar a transformação estrutural e socioeconómica em Moçambique. Maputo: Ministério da Economia e Finanças.

⁸Cau, B.M. e Arnaldo, C. (2013). É urgente reduzir a mortalidade materna em Moçambique. Policy Brief No. 1, Centro de Pesquisa em População e Saúde; Family Care International e Safe Motherhood Inter-Agency Group (1998). Maternal mortality. Safe Motherhood Fact Sheet. New York: Family Care International; Nour, Nawal M. (2008). An introduction to maternal mortality. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, 1(2):77-81.

⁹Buvinic, M.; Valenzuela, J.P.; Molina, T. e González, E. (1992). The fortunes of adolescent mothers and their children: the transmission of poverty in Santiago, Chile. *Population and Development Review*, 18(2):269-297.

¹⁰Akrofi, E. O. (2006). Urbanisation and the urban poor in Africa. Paper presented at 5th FIG Regional Conference, Promoting Land Administration and Good Governance, Accra, Ghana, March 8-11, 2006; Zulu EM, Beguy D, Ezeh AC, Bocquier P, Madise NJ et al. (2011). Overview of migration, poverty and health dynamics in Nairobi City's slum settlements. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 88: s185-s199; Lawi, J. (2013). The rapid growth of towns and migration in Tanzania: a case study of Babati town. *International Journal of Business, Humanities and Technology*, 3(7): 48-57.

¹¹United Nations. (2010). *World Urbanization Prospects: the 2009 Revision*. United Nations: New York.

¹²Instituto Nacional de Estatística.(2010). *III Recenseamento Geral da População e Habitação 2007: Resultados Definitivos – Moçambique*. Instituto Nacional de Estatística: Maputo.

¹³UN-Habitat (2007). *Mozambique: Mozambique Urban Sector Profile*. UN-Habitat: Nairobi.

¹⁴Jenkins P. (2003). In search of the urban-rural frontline in post-war Mozambique and Angola. *Environment and Urbanization*, 15(1):121-134; UN-Habitat (2007). *Mozambique: Mozambique Urban Sector Profile*. UN-Habitat: Nairobi.

¹⁵Macintyre, S. e Ellaway, A. (2003). Neighborhoods and health: an overview. In I. Kawachi e L.F. Berkman (eds.); *Neighborhoods and Health*. Oxford: Oxford University Press, pp. 20-42; Feldacker, C.; Ennett, S.T. e Speizer, I. (2011). It's not just *who you are* but *where you live*: An exploration of community influences on individual HIV status in rural Malawi. *Social Science and Medicine*, 72:717-725.

O CEPSA é uma instituição comprometida com a promoção do bem-estar dos moçambicanos através da realização da pesquisa relevante para a formulação e implementação de políticas e programas de população e saúde pública e apresentação de resultados de pesquisas em material facilmente consumível pelos fazedores de políticas (*policy makers*) e implementadores de programas.

CENTRO DE PESQUISA EM POPULAÇÃO E SAÚDE

Rua de França, número 72, 2º andar
Bairro da Coop
Tel: (+258) 21 415 328
cepsa@cepsamoz.org | www.cepsamoz.org
Maputo-Moçambique

Apoio financeiro:

