

# A DESIGUALDADE SOCIOECONÓMICA E A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA EM MOÇAMBIQUE

Boaventura Manuel Cau

## INTRODUÇÃO

De forma resumida, a transição demográfica pode ser descrita como um processo em que as sociedades passam de um regime de elevada fecundidade e mortalidade para um outro em que as duas são baixas. A maioria dos países do mundo onde a população goza de um elevado padrão de vida, marcado, por exemplo, por uma maior longevidade e uma menor proporção dos que vivem com carências básicas, como as alimentares, passou por um processo de transição demográfica (Weeks, 2008).

Um dos motores da transição demográfica é o desenvolvimento económico e social.<sup>1</sup> Depois da guerra dos 16 anos, terminada em 1992, Moçambique tem experimentado um crescimento económico assinalável, situando-se o Produto Interno Bruto (PIB) acima de 6% ao ano na maior parte dos últimos 15 anos (Banco de Moçambique, 2008, 2012). Um aspecto importante é conseguir que o crescimento do PIB se possa traduzir significativamente na redução das desigualdades socioeconómicas.

Um estudo que examinou a desigualdade em Moçambique entre 1996 e 2006 constatou que a mesma terá diminuído, em termos de agregados nacionais, neste período (Ali, 2009). Todavia, ao nível regional, este estudo reportou um aumento da desigualdade económica e uma redução da desigualdade do desenvolvimento humano (*ibidem*). Um outro estudo observou áreas com elevados níveis de desigualdade no Centro e Sul de Moçambique (Simler & Nhate, 2005).

Quanto à redução da desigualdade de género, Moçambique situa-se em posições cimeiras ao nível mundial em relação a algumas dimensões, como as oportunidades e participação económica e o empoderamento político (World Economic Forum, 2013: 12). Apesar deste avanço,

<sup>1</sup> Há um debate sobre os motores ou causas da transição demográfica. Alguns autores argumentam que, embora o desenvolvimento económico e social seja importante para a transição demográfica, o mesmo pode não ser uma condição necessária, pois a transição demográfica aconteceu em territórios com diferentes condições sociais e económicas (Weeks, 2008: 92-94). As teorias de transição demográfica existentes não oferecem uma explicação aplicável a todos os casos de transição demográfica até aqui observados (Mason, 1997).

um dos aspectos que necessitam de ser investigados em termos das suas implicações é a desigualdade socioeconómica entre as mulheres. Neste estudo, examinamos a influência da desigualdade socioeconómica entre as mulheres em Moçambique sobre dois indicadores de transição demográfica, a fecundidade e a mortalidade na infância. Investigamos também algumas vias através das quais a desigualdade socioeconómica entre as mulheres pode actuar para influenciar a fecundidade e a mortalidade na infância no país.

Em Moçambique, a fecundidade pouco se alterou nos últimos cinquenta anos, situando-se actualmente numa média de seis filhos por mulher (Arnaldo & Muanamoha, 2011; Francisco, 2012; MISAU, INE e ICFI, 2013). A mortalidade, embora tenha registado alguma redução, principalmente na infância, continua elevada (Arnaldo & Muanamoha, 2011; Cau, 2013; MISAU, INE e ICFI, 2013). O estudo da influência da desigualdade socioeconómica entre as mulheres sobre a fecundidade e a mortalidade na infância pode ter implicações no entendimento do processo de transição demográfica em Moçambique.

## QUADRO TEÓRICO E HIPÓTESES

Esta pesquisa é orientada por um corpo de estudos anteriores que constatou que a desigualdade socioeconómica tem consequências adversas sobre vários aspectos da saúde (por exemplo, Flegg, 1982; Marmot *et al.*, 1991; Wilkinson, 1994; Link & Phelan, 1995; Blane, Bartley & Davey Smith, 1997; Houweling *et al.*, 2007; Subramanian & Kawachi, 2006). Nesta perspectiva, Link & Phelan (1995) argumentaram que as condições sociais são as causas fundamentais de consequências negativas sobre a saúde.

Indivíduos em diferentes posições socioeconómicas têm acesso a diferentes recursos (por exemplo, dinheiro e conhecimentos), que os expõem ou protegem de consequências negativas sobre a saúde (Link & Phelan, 1995). Daqui segue-se que os indivíduos com baixa posição socioeconómica estariam mais vulneráveis a consequências negativas sobre a saúde. Por exemplo, as mulheres com baixa educação e poucos recursos poderiam estar expostas a nascimentos indesejados devido ao limitado acesso à informação sobre as boas práticas de saúde ou ao escasso acesso aos contraceptivos, entre outras razões. Os filhos destas mulheres também poderiam estar expostos a um elevado risco de morte devido ao limitado acesso aos recursos que protegem a vida.

Há estudos anteriores que atestam esta perspectiva teórica. Por exemplo, um estudo na Tanzânia comparou a fecundidade das mulheres de acordo com as suas condições de vida e constatou que as mulheres das famílias com melhor habitação, onde todos os parceiros estavam em ocupações assalariadas, tinham fecundidade mais baixa do que aquelas de famílias com precárias condições de vida (Larsen & Hollos, 2003). Similarmente, Moultrie & Timaeus (2001)

examinaram os factores que influenciam a fecundidade entre as mulheres sul-africanas e reportaram que as mulheres mais educadas e com elevado rendimento tinham menos filhos do que a sua contraparte. Constatações similares foram feitas noutros lugares (Tawiah, 1984; She-meikka, Notkola & Siiskonen, 2005; Osili & Long, 2008). Em relação à mortalidade, Hertel-Fernandez, Giusti & Sotelo (2007) examinaram os efeitos da desigualdade socioeconómica sobre a mortalidade infantil no Chile no período entre 1990 e 2005 e concluíram que os grupos socioeconomicamente desfavorecidos apresentavam significativamente maior risco de mortalidade infantil. Houweling & Kunst (2009) também concluíram que a mortalidade na infância é sistematicamente maior entre os grupos socioeconomicamente baixos em países em vias de desenvolvimento.

Tendo em conta o modelo dos determinantes de fecundidade proposto por Bongaarts (1987), a desigualdade socioeconómica afectará a fecundidade através dos seus determinantes mais próximos, tais como a contracepção e a idade do primeiro casamento. A desigualdade socioeconómica afectará a mortalidade na infância também através de determinantes directos, como os factores maternos e os ligados ao uso dos serviços de saúde (Mosley & Chen, 1984). Considerando este quadro teórico, esperamos que as mulheres com elevada posição socioeconómica (por exemplo, as que têm nível de educação elevado e mais riqueza ou rendimento) tenham fecundidade baixa e que a ocorrência de mortalidade na infância seja baixa, durante o período de observação, em comparação com a sua contraparte.

## DADOS E MÉTODOS

### DADOS

Os dados usados neste estudo são dos *Inquéritos Demográficos e de Saúde em Moçambique* de 2003 e 2011 (INE, MISAU e ORC Macro, 2005; MISAU, INE e ICFI, 2013). As amostras são probabilísticas e representativas ao nível nacional. Os detalhes sobre a amostragem e a recolha de dados podem ser obtidos nos relatórios sobre os mesmos (INE, MISAU e ORC Macro, 2005; MISAU, INE e ICFI, 2013). Nestes inquéritos foram entrevistadas, aproximadamente, 12 000 e 13 000 mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos em 2003 e 2011, respectivamente (*ibidem*). Este estudo considerou apenas mulheres casadas ou unidas que tiveram um ou mais filhos nos cinco anos antes da data da entrevista, perfazendo uma amostra total de 11 682 mulheres, resultantes da agregação das mulheres dos dois inquéritos com as referidas características. A amostra analítica é ligeiramente reduzida devido aos casos de variáveis que tinham dados em falta para algumas mulheres.

## MÉTODOS

### *FECUNDIDADE E MORTALIDADE NA INFÂNCIA.*

As variáveis de resultado são a fecundidade e a mortalidade na infância. A fecundidade foi medida pelo número total de filhos que cada mulher teve nos cinco anos anteriores ao inquérito. A mortalidade na infância foi medida pelo número de óbitos das crianças nascidas vivas cinco anos antes do inquérito.

### *DESIGUALDADE SOCIOECONÓMICA.*

A desigualdade socioeconómica é medida usando duas variáveis: o nível de educação da mulher e o quintil de riqueza do agregado familiar da mulher. Estas medidas têm sido usadas em vários estudos para medir a desigualdade socioeconómica entre os indivíduos (por exemplo, Hajizadeh, Nandi e Heymann, 2013; Fang *et al.*, 2014). O nível de educação da mulher tem quatro categorias: nenhuma, um a quatro anos, cinco a sete anos, e oito anos ou mais (referência). Os quintis de riqueza do agregado vêm já criados nos dados dos inquéritos demográficos e de saúde [veja Rutstein (2008) para mais informação]. O quintil de riqueza do agregado familiar tem cinco categorias: mais baixo, segundo, médio, quarto, e mais elevado (referência).

### *VARIÁVEIS DE CONTROLO.*

As variáveis de controlo foram incluídas considerando a necessidade de testar as vias através das quais a desigualdade socioeconómica afecta a fecundidade e a mortalidade na infância em Moçambique. As principais vias consideradas tendo em conta o quadro teórico apresentado anteriormente são a idade do primeiro casamento, o uso dos serviços de saúde materno-infantil e o acesso à informação sobre contracepção. O'Laughlin (2010), num estudo sobre as questões de saúde e desigualdade em Moçambique, sugere algumas dimensões de desigualdade que poderiam ser exploradas em Moçambique. Algumas delas, como as diferenças entre as áreas urbanas e rurais e as de nível regional, são exploradas como variáveis de controlo.

É importante notar que as variáveis socioeconómicas usadas na análise foram medidas na altura de cada inquérito. Para a maioria das mulheres, isso foi depois de os eventos de interesse (nascimentos ou óbitos) terem acontecido. Apesar disso, assumimos que as condições socioeconómicas das mulheres não tenham mudado muito nos cinco anos antecedentes ao inquérito.

## ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados, usou-se a Regressão Binomial Negativa no pacote estatístico *Stata*, versão 11, fazendo um ajustamento pelo número de dados-vivos na análise referente à mortalidade. Nos resultados sobre a fecundidade apresentamos quatro modelos, e nos referentes à mortalidade, três modelos. O primeiro modelo examina o efeito da variável independente principal, controlando pela idade da mulher, área e região de residência. Do segundo ao quarto, avaliam-se os mecanismos através dos quais a desigualdade socioeconómica afecta a fecundidade e a mortalidade na infância.

## RESULTADOS

A Tabela 1 mostra as características das mulheres que integram a amostra do estudo. Nela pode observar-se que as mulheres menos educadas e as que estão no quintil de riqueza do agregado familiar baixo tendem a ter em média mais filhos e mais óbitos de crianças com menos de cinco anos de idade do que as mais educadas e as pertencentes ao quintil de riqueza mais elevado. Em geral, as desvantagens das mulheres menos educadas e do quintil de riqueza mais baixo são observadas nas outras características. Por exemplo, as mulheres menos educadas e de famílias com pouca riqueza tendem a casar-se mais cedo, a ter menos consultas pré-natais e a estarem expostas a menos fontes de informação sobre planeamento familiar do que as dos restantes grupos (Tabela 1).

**TABELA 1. ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS PELO INDICADOR DE DESIGUALDADE SOCIOECONÓMICA, INQUÉRITOS DEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE DE MOÇAMBIQUE, 2003 E 2011**

Variável	NÍVEL DE EDUCAÇÃO DA MULHER				QUINTIL DE RIQUEZA DO AF DA MULHER				
	Nenhuma (n=4658)	1 a 4 anos (n=3428)	5 a 7 anos (n=2446)	8 anos ou mais (n=1015)	Mais baixo (n=2325)	Segundo (n=2157)	Médio (n=2375)	Quarto (n=2366)	Mais elevado (n=2324)
Filhos nascidos 5 anos antes do inquérito									
Número médio de nascimentos	1,54	1,51	1,41	1,24	1,58	1,54	1,53	1,45	1,30
Número médio de óbitos	0,15	0,15	0,12	0,07	0,16	0,15	0,15	0,13	0,09
Características da mulher									
<i>Idade do primeiro casamento ou união (%)</i>									
Menos de 15 anos	21,6	20,4	13,7	4,8	21,5	22,2	21,4	16,4	9,1
15 a 17 anos	35,3	40,9	42,3	26,9	36,6	37,0	41,0	41,2	32,5
18 a 20 anos	24,0	24,3	28,2	32,1	24,2	23,6	23,1	26,5	31,0
21 anos ou mais	19,1	14,4	15,8	36,2	17,7	17,2	14,5	15,9	27,4
Visitou uma unidade sanitária nos 12 meses antes do inquérito (%)									
Não	36,7	27,7	23,7	21,5	39,1	33,8	30,2	24,2	22,8
Sim	63,3	72,3	76,3	78,5	60,9	66,2	69,8	75,8	77,2
Consultas pré-natais (%)									
0 a 1 consulta	23,3	12,1	4,9	2,5	29,4	19,1	14,3	5,8	3,1
2 a 3 consultas	31,6	33,2	30,0	20,1	31,6	36,3	32,2	32,0	21,9
4 consultas	20,1	21,5	23,7	22,8	17,7	20,7	23,0	24,6	21,3
5 consultas ou mais	25,0	33,2	41,4	54,6	21,3	23,9	30,5	37,6	53,7
Ouviu sobre PF através da rádio (%)									
Não	59,5	50,5	46,6	42,9	62,9	57,8	49,5	49,0	44,2
Sim	40,5	49,5	53,4	57,1	37,1	42,2	50,5	51,0	55,8
Ouviu sobre PF através da TV (%)									
Não	96,7	90,3	75,1	45,2	98,1	97,2	95,5	86,6	51,7
Sim	3,3	9,7	24,9	54,8	1,9	2,8	4,5	13,4	48,3
Leu sobre PF no jornal (%)									
Não	98,3	96,3	88,9	67,6	98,4	98,1	97,3	94,0	77,7
Sim	1,7	3,7	11,1	32,4	1,6	1,9	2,7	6,0	22,3
Idade									
15 a 19 anos	6,8	9,7	16,2	13,5	10,6	8,5	11,1	11,8	9,1
20 a 29 anos	44,9	45,8	57,6	60,3	46,5	46,9	49,1	50,4	52,9
30 anos ou mais	48,3	44,5	26,2	26,2	42,9	44,6	39,8	37,8	38,0
Local de residência (%)									
Rural	85,4	69,8	47,0	23,3	93,3	92,1	83,5	59,2	12,3
Urbano	14,6	28,2	53,0	76,7	6,7	7,9	16,5	40,8	87,7
Região de residência (%)									
Sul	15,5	27,6	50,1	53,1	7,7	10,2	16,3	45,3	67,8
Centro	51,6	43,5	34,0	33,7	63,1	52,2	45,1	36,3	23,4
Norte	32,9	28,9	15,9	13,2	29,2	37,6	38,6	18,4	8,8

Notas: PF = Planeamento Familiar; AF = Agregado Familiar.

A Tabela 2 apresenta os resultados da análise da influência da desigualdade socioeconómica (medida pelo nível de educação) sobre a fecundidade nos cinco anos antes do inquérito. O modelo 1 mostra que as mulheres sem qualquer nível de educação, as com um a quatro anos de educação e as com cinco a sete anos de educação têm significativamente maior probabilidade de ter filhos no período de observação em comparação com aquelas com oito anos de educação ou mais, controlando pela idade, local de residência e região de residência. O modelo 2 examina o papel da idade do primeiro casamento ou união como uma das vias através das quais a desigualdade socioeconómica pode influir nos níveis de fecundidade. Os resultados não são

estatisticamente significantes. No modelo 3 investiga-se a influência do uso dos serviços materno-infantis (visita a uma unidade sanitária e consultas pré-natais atendidas antes do nascimento do último filho). Nota-se que ter visitado uma unidade sanitária nos 12 meses antecedentes ao inquérito tem significativamente um efeito positivo sobre a fecundidade. Em relação a consultas pré-natais, os resultados sugerem que mais consultas têm um efeito negativo sobre a fecundidade. No entanto, apenas as que têm cinco ou mais consultas pré-natais é que são estatisticamente diferentes do grupo de referência (nenhuma a uma consulta). No modelo 4 examina-se o papel do acesso à informação sobre a contracepção. Os resultados não são significativos. É importante notar que em todos os modelos as mulheres com menos anos de educação são susceptíveis de ter mais filhos do que as com oito anos de educação ou mais. Em relação às variáveis de controlo nota-se que a idade da mulher está significativamente associada à fecundidade. Observa-se também que as residentes nas áreas urbanas têm consideravelmente menos filhos do que as das áreas rurais. Em comparação com as mulheres residentes na Região Sul de Moçambique, as do Centro e Norte tendem a ter mais filhos.

**TABELA 2.** EFEITOS DA DESIGUALDADE SOCIOECONÓMICA ENTRE AS MULHERES, MEDIDA PELO NÍVEL DE EDUCAÇÃO DA MULHER, SOBRE A FECUNDIDADE EM MOÇAMBIQUE, INQUÉRITOS DEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE DE MOÇAMBIQUE, 2003 E 2011

Variável	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
<b>Nível de educação</b>				
8 anos ou mais (referência)	1	1	1	1
Nenhum	0,1646**	0,1600**	0,1602**	0,1634**
1 a 4 anos	0,1641**	0,1593**	0,1589**	0,1610**
5 a 7 anos	0,1234**	0,1201**	0,1201**	0,1202**
<b>Idade do primeiro casamento ou união</b>				
21 anos ou mais (referência)		1		
Menos de 15 anos		0,0303		
15 a 17 anos		0,0066		
18 a 20 anos		0,0063		
<b>Visitou uma unidade sanitária nos 12 meses antes do inquérito</b>				
Não (referência)			1	
Sim			0,0661**	
<b>Consultas pré-natais</b>				
0 a 1 consulta (referência)			1	
2 a 3 consultas			-0,0117	
4 consultas			-0,0410	
5 consultas ou mais			-0,0575*	
<b>Ouviu sobre PF através da rádio</b>				
Não (referência)				1
Sim				0,0248
<b>Ouviu sobre PF através da TV</b>				
Não (referência)				1
Sim				-0,0172
<b>Leu sobre PF no jornal</b>				
Não (referência)				1
Sim				0,0031
<b>Idade</b>				
20 a 29 anos (referência)	1	1	1	1
15 a 19 anos	-0,2348**	-0,2385**	-0,2335**	-0,2342**
30 anos ou mais	-0,0664**	-0,0645**	-0,0636**	-0,0668**
<b>Local de residência</b>				
Rural (referência)	1	1	1	1
Urbano	-0,0396*	-0,0398*	-0,0343+	-0,0384*
<b>Região de residência</b>				
Sul (referência)	1	1	1	1
Centro	0,0876**	0,0851*	0,0925*	0,0829**
Norte	0,0863**	0,0819*	0,0835*	0,0822**
Interceptor	0,2479**	0,2442**	0,2323*	0,2432**
Logaritmo de verosimilhança	-14 369,63	-14 368,82	-14 359,86	-14 368,43
N	11 537	11 537	11 537	11 537

Notas: +p<0,1; \*p<0,05; \*\*p<0,01.

Os resultados referentes à análise dos efeitos da desigualdade socioeconómica (medida pelo nível de riqueza do agregado familiar da mulher) são apresentados na Tabela 3. O modelo 1 indica que as mulheres pertencentes ao quarto quintil e ao quintil de riqueza mais elevado têm significativamente menos filhos do que as do quintil de riqueza mais baixo, controlando por outros factores no modelo. No modelo 2 adiciona-se a idade do primeiro casamento ou união. Os resultados são similares aos apresentados no modelo 1. A idade do primeiro casamento não apresenta uma influência significativa. Já no modelo 3, em que se considera o efeito do acesso aos serviços de saúde materno-infantis, nota-se um efeito positivo da visita à unidade sanitária e negativo de ter cinco consultas pré-natais ou mais. Ao adicionar as medidas sobre o planeamento familiar, no



modelo 4 observa-se que apenas ouvir mensagens sobre planeamento familiar pela rádio é que tem um efeito positivo sobre a fecundidade (modelo 4). Na essência, os resultados do efeito do nível de riqueza do agregado familiar da mulher são similares aos referentes à influência do seu nível de educação apresentados na Tabela 3.

**TABELA 3.** EFEITOS DA DESIGUALDADE SOCIOECONÓMICA ENTRE AS MULHERES, MEDIDA PELOS QUINTIS DE RIQUEZA, SOBRE A FECUNDIDADE EM MOÇAMBIQUE, INQUÉRITOS DEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE DE MOÇAMBIQUE, 2003 E 2011

Variável	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
<b>Quintis de riqueza do agregado familiar</b>				
Mais baixo (referência)	1	1	1	1
Segundo	-0,0241	-0,0244	-0,0236	-0,0257
Médio	-0,0298	-0,0303	-0,0270	-0,0340
Quarto	-0,0588*	-0,0590*	-0,0555*	-0,0633*
Mais elevado	-0,1578**	-0,1551**	-0,1494**	-0,1576**
<b>Idade do primeiro casamento ou união</b>				
21 anos ou mais (referência)		1		
Menos de 15 anos		0,0433		
15 a 17 anos		0,0176		
18 a 20 anos		0,0123		
<b>Visitou uma unidade sanitária nos 12 meses antes do inquérito</b>				
Não (referência)			1	
Sim			0,0649**	
<b>Consultas pré-natais</b>				
0 a 1 consulta (referência)			1	
2 a 3 consultas			-0,0101	
4 consultas			-0,0399	
5 consultas ou mais			-0,0549*	
<b>Ouviu sobre PF através da rádio</b>				
Não (referência)				1
Sim				0,0294+
<b>Ouviu sobre PF através da TV</b>				
Não (referência)				1
Sim				-0,0110
<b>Leu sobre PF no jornal</b>				
Não (referência)				1
Sim				-0,0171
<b>Idade</b>				
20 a 29 anos (referência)	1	1	1	1
15 a 19 anos	-0,2427**	-0,2487**	-0,2412**	-0,2421**
30 anos ou mais	-0,0573**	-0,0540**	-0,0547**	-0,0577**
<b>Local de residência</b>				
Rural (referência)	1	1	1	1
Urbano	-0,0075	-0,0073	-0,0050	-0,0060
<b>Região de residência</b>				
Sul (referência)	1	1	1	1
Centro	0,0619**	0,0585**	0,0686**	0,0566**
Norte	0,0607*	0,0547*	0,0599*	0,0563*
Interceptor	0,4485**	0,4328**	0,4248**	0,4426**
Logaritmo de verosimilhança	-14 371,64	-14 370,18	-14 362,29	-14 369,94
N	11 537	11 537	11 537	11 537

Notas: +p<0,1; \*p<0,05; \*\*p<0,01.

Passamos a apresentar as estimativas da análise dos efeitos da desigualdade socioeconómica sobre a mortalidade na infância. A Tabela 4 reporta os resultados da análise da influência da desigualdade socioeconómica (medida pelo nível de educação) sobre a mortalidade na infância. O modelo 1 revela um maior risco de morte das crianças entre as mães com baixa educação em

comparação com as mães com oito anos de educação ou mais. O modelo 1 também revela que as mães com 15 a 19 anos de idade têm maior risco de perder os seus filhos em relação às de 20 a 29 anos. Os filhos das de 30 anos ou mais estão em menor risco de morte em comparação com os do grupo de referência. Observa-se também que não há diferenças de risco de morte entre as crianças filhas de mães residentes nas áreas urbanas em relação às das mães das áreas rurais. Quanto à região de residência, observa-se um elevado risco de mortalidade na infância nas regiões Centro e Norte.

**TABELA 4.** EFEITOS DA DESIGUALDADE SOCIOECONÓMICA ENTRE AS MULHERES, MEDIDA PELO NÍVEL DE EDUCAÇÃO DA MULHER, SOBRE A MORTALIDADE NA INFÂNCIA EM MOÇAMBIQUE, INQUÉRITOS DEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE DE MOÇAMBIQUE, 2003 E 2011

Variável	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
<b>Nível de educação</b>			
8 anos ou mais (referência)	1	1	1
Nenhum	0,3890**	0,3725**	0,3615**
1 a 4 anos	0,4333**	0,4127**	0,4356**
5 a 7 anos	0,3044*	0,2873*	0,3109*
<b>Idade do primeiro casamento ou união</b>			
≥ 1 anos ou mais (referência)		1	
Menos de 15 anos		0,0834	
15 a 17 anos		0,1018	
18 a 20 anos		0,0537	
<b>Visitou uma unidade sanitária nos 12 meses antes do inquérito</b>			
Não (referência)			1
Sim			-0,2599**
<b>Consultas pré-natais</b>			
0 a 1 consulta (referência)			1
2 a 3 consultas			-0,1977**
4 consultas			-0,1422+
5 consultas ou mais			-0,0420
<b>Idade</b>			
20 a 29 anos (referência)	1	1	1
15 a 19 anos	0,4993**	0,4828**	0,5005**
30 anos ou mais	-0,1445**	-0,1271*	-0,1508**
<b>Local de residência</b>			
Rural (referência)	1	1	1
Urbano	0,0387	0,0400	0,0399
<b>Região de residência</b>			
Sul (referência)	1	1	1
Centro	0,1665*	0,1606*	0,1114
Norte	0,1783*	0,1697*	0,1657*
Interceptor	-4,1869**	-4,2396**	-3,8660**
Logaritmo de verossimilhança	-4309,97	-4309,12	-4292,30
N	11 547	11 547	11 547

Notas: +p<0,1; \*p<0,05; \*\*p<0,01.

No modelo 2 (Tabela 4) adicionamos a idade do primeiro casamento ou união. Os resultados continuam similares aos apresentados no modelo 1. No modelo 3, adicionamos as medidas de saúde materno-infantil e observamos que as mulheres sem qualquer nível de educação, as com um a quatro anos de educação e as com cinco a sete anos continuam a estar em desvantagem em relação ao grupo de referência. O modelo 3 revela também que as crianças de mães que

visitaram uma unidade sanitária nos 12 meses anteriores ao inquérito e as de mães que tiveram duas, três e quatro consultas pré-natais têm menor risco de mortalidade na infância. Uma observação notável no modelo 3 é que desapareceram as diferenças entre as regiões Centro e Sul em relação ao risco de mortalidade na infância. Na Tabela 5 são apresentadas as estimativas do efeito da riqueza do agregado familiar sobre a mortalidade na infância. Em geral, os resultados são similares aos da Tabela 4, excepto o facto de na Tabela 5 apenas o nível mais elevado do quintil de riqueza ser significativamente diferente do mais baixo em termos do risco de mortalidade na infância.

**TABELA 5. EFEITOS DA DESIGUALDADE SOCIOECONÓMICA ENTRE AS MULHERES, MEDIDA PELOS QUINTIS DE RIQUEZA, SOBRE A MORTALIDADE NA INFÂNCIA EM MOÇAMBIQUE, INQUÉRITOS DEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE DE MOÇAMBIQUE, 2003 E 2011**

Variável	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
<b>Quintis de riqueza do agregado familiar</b>			
Mais baixo (referência)	1	1	1
Segundo	-0,0028	-0,0021	0,0225
Médio	-0,0026	-0,0060	0,0284
Quarto	-0,0426	-0,0462	-0,0009
Mais elevado	-0,21977*	-0,2143+	-0,1972+
<b>Idade do primeiro casamento ou união</b>			
≥1 anos ou mais (referência)		1	
Menos de 15 anos		0,1126	
15 a 17 anos		0,1252	
18 a 20 anos		0,0675	
<b>Visitou uma unidade sanitária nos 12 meses antes do inquérito</b>			
Não (referência)			1
Sim			-0,2611**
<b>Consultas pré-natais</b>			
0 a 1 consulta (referência)			1
2 a 3 consultas			-0,2000**
4 consultas			-0,1490+
5 consultas ou mais			-0,0466
<b>Idade</b>			
20 a 29 anos (referência)	1	1	1
15 a 19 anos	0,4842*	0,4624**	0,4886**
30 anos ou mais	-0,1258**	-0,1048*	-0,1343*
<b>Local de residência</b>			
Rural (referência)	1	1	1
Urbano	0,0644	0,0671	0,0685
<b>Região de residência</b>			
Sul (referência)	1	1	1
Centro	0,1426*	0,1338*	0,0868
Norte	0,1563*	0,1434*	0,1397+
Interceptor	-3,7744**	-3,8607**	-3,4815**
Logaritmo de verosimilhança	-4313,87	-4312,52	-4295,94
N	11 547	11 547	11 547

Notas: +p<0,1; \*p<0,05; \*\*p<0,01.

Neste estudo também tentamos usar outras medidas de desigualdade socioeconómica, como a posição de ocupação profissional da mulher, a autonomia da mulher no agregado familiar e o estatuto de ocupação profissional da mulher. Em geral, os resultados não foram estatisticamente significativos (resultados não incluídos).

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Neste estudo exploramos os efeitos da desigualdade socioeconómica entre as mulheres em Moçambique sobre o processo de transição demográfica, especificamente sobre dois dos seus indicadores, a fecundidade e a mortalidade (apenas a mortalidade na infância). Como indicadores da desigualdade socioeconómica usamos o nível de educação da mulher e o nível de riqueza do agregado familiar da mulher. Constatamos essencialmente que as mulheres mais educadas e as com quintil de riqueza do agregado familiar elevado têm significativamente menos filhos do que a sua contraparte. Os filhos destas mulheres têm também maior risco de morrer antes dos cinco anos de idade em comparação com os filhos das mulheres mais avançadas. Considerando que os dois principais componentes do processo de transição demográfica são o declínio da fecundidade e da mortalidade, a desvantagem socioeconómica das mulheres com educação baixa e das famílias com níveis de riqueza mais baixos pode estar a afectar negativamente esse processo.

Neste estudo também exploramos os mecanismos através dos quais a desigualdade socioeconómica entre as mulheres em Moçambique pode influenciar a fecundidade e a mortalidade na infância. Uma das vias exploradas é a idade do primeiro casamento ou união. A literatura sugere que as mulheres que se casam muito cedo estão mais expostas ao risco de ter mais filhos e de estes morrerem antes de completar os cinco anos de idade. Embora estivesse na direcção esperada, tanto na análise de fecundidade como da mortalidade na infância, a influência da idade do casamento ou união não foi estatisticamente significativa, controlando por outros factores. É interessante verificar que, excluindo as variáveis de controlo, as mulheres que se casaram antes dos 15 anos e as que se casaram com 15 a 17 anos apresentam maior risco de os seus filhos morrerem na infância, em comparação com o grupo das mulheres que se casaram com 21 anos ou mais (resultados não incluídos). A outra via examinada é a utilização dos serviços materno-infantis, nomeadamente ter visitado ou não uma unidade sanitária nos 12 meses anteriores ao inquérito e o número de consultas pré-natais atendidas antes do nascimento do último filho (os nascidos nos últimos três a cinco anos antes do inquérito). Contrariamente ao esperado, as mulheres que visitaram uma unidade sanitária apresentaram um maior risco de ter filhos do que as que não tinham feito a visita. Este resultado é inesperado, assumindo que as mulheres que frequentam as unidades sanitárias estariam mais expostas à informação sobre planeamento familiar do que a sua contraparte. Em relação à mortalidade, as crianças de mulheres que visitaram uma unidade sanitária registaram um risco de mortalidade na infância baixo em comparação com a sua contraparte. As mulheres com maior número de consultas pré-natais tenderam a ter menos filhos, e estes a correrem menos risco de mortalidade. Este resultado sugere a importância das consultas pré-natais para salvar a vida das mães e dos filhos – considerando que menor número de gravidezes reduz o risco de morte da mãe durante o parto. Exploramos também se as mulheres que tiveram

acesso à informação sobre planeamento familiar de várias fontes seriam diferentes da sua contraparte em relação à fecundidade e à mortalidade dos seus filhos na infância no período de observação. De uma maneira geral, não verificamos diferenças entre estes grupos. Esta é uma constatação inesperada que deve ser mais bem investigada em pesquisas futuras.

É importante notar algumas limitações deste estudo. Primeiro, o estudo abarcou um período de cinco anos antes do inquérito. Os acontecimentos nesse período podem não ser suficientes para alcançar um melhor entendimento da contribuição da desigualdade socioeconómica no processo de transição demográfica em Moçambique. Segundo, as limitações dos dados não permitiram testar todas as vias através das quais a desigualdade socioeconómica pode afectar a fecundidade e a mortalidade. Terceiro, a informação socioeconómica foi medida na altura do inquérito, o que pode ter introduzido imprecisão na estimação. Contudo, dada a indisponibilidade de dados longitudinais, pode considerar-se justificável o uso deste tipo de dados para este tipo de análises.

Apesar destas limitações, os resultados deste estudo mostraram que a desigualdade socioeconómica constitui uma barreira para a redução da fecundidade e da mortalidade na infância em Moçambique. Em comparação com as mulheres numa posição socioeconómica elevada, as mulheres numa posição socioeconómica baixa têm maior número de filhos, e estes têm maior probabilidade de morrer. Estas constatações sugerem que se se reduzir os níveis de desigualdade socioeconómica entre as mulheres em Moçambique poder-se-á baixar a fecundidade e a mortalidade, contribuindo para uma melhoria na saúde das mães e dos seus filhos.

## REFERÊNCIAS

- Ali, R. S. (2009). Níveis e tendências da desigualdade económica e do desenvolvimento humano em Moçambique: 1996-2006. Conference Paper N.º 2. II Conferência do Instituto de Estudos Sociais e Económicos (IESE): *Dinâmicas da Pobreza e Padrões de Acumulação Económica em Moçambique*. Maputo, 23-29 de Abril.
- Arnaldo, C. & Muanamoha, R. (2011). Comportamento demográfico e desafios de desenvolvimento em Moçambique. *Revista Demográfica*, 49(2), 37-52.
- Banco de Moçambique (2008). *Relatório Anual*, 17, ano 17. Maputo: Banco de Moçambique.
- Banco de Moçambique (2012). *Relatório Anual 2012*. Maputo: Banco de Moçambique.
- Blane, D., Bartley, M. & Davey Smith, G. (1997). Disease aetiology and materialist explanations of socioeconomic mortality differentials. *European Journal of Public Health*, 7, 385-391.
- Bongaarts, J. (1987). The proximate determinants of fertility. *Technology in Society*, 9, 243-260.
- Cau, B. M. (2013). A dinâmica da mortalidade em Moçambique. In C. Arnaldo e B. M. Cau (eds.), *Dinâmicas da População e Saúde em Moçambique*. Maputo: Centro de Pesquisa em População e Saúde. pp. 61-87
- Fang, X. *et al.* (2014). Socioeconomic status and the incidence of child injuries in China. *Social Science & Medicine*, 102, 33-40.
- Flegg, A. T. (1982). Inequality of income, illiteracy and medical care as determinants of infant mortality in underdeveloped countries. *Population Studies*, 36(3), 441-458.
- Francisco, A. (2012). Moçambique e a explosão demográfica: Somos muitos? Somos poucos? *Boletim Ideias*, 45. Maputo: Instituto de Estudos Sociais e Económicos.
- Hajizadeh, M., Nandi, A. & Heymann, J. (2013). Social inequality in infant mortality: what explains variation across low and middle income countries? *Social Science & Medicine*, 111, 36-46.
- Hertel-Fernandez, A. W., Giusti, A. E. & Sotelo, J. M. (2007). The Chilean infant mortality decline: improvement for whom? Socioeconomic and geographic inequalities in infant mortality, 1990-2005. *Bulletin of the World Health Organization*, 85, 798-804.
- Houweling, T. J. *et al.* (2007). Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 85, 745-754.
- Houweling, T. J. & Kunst, A. E. (2009). Socio-economic inequalities in childhood mortality in low and middle-income countries: a review of the international evidence. *British Medical Bulletin*, 93, 7-26.
- INE (Instituto Nacional de Estatística), MISAU (Ministério da Saúde) e ORC Macro (2005). *Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique 2003*. Maputo: INE, MISAU.

- Larsen, U. & Hollos, M. (2003). Women's empowerment and fertility decline among the pare of Kilimanjaro Region, Northern Tanzania. *Social Science & Medicine*, 57, 1099-1115.
- Link, B. & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 80-94.
- Marmot, M. G. *et al.* (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II Study. *The Lancet*, 337, 1387-1393.
- Mason, K. O. (1997). Explaining fertility transitions. *Demography*, 34(4), 443-454.
- MISAU (Ministério da Saúde), INE (Instituto Nacional de Estatística) e ICFI (ICF International) (2013). *Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique 2011*. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI.
- Mosley, W. H. & Chen, L. C. (1984). An analytical framework for the study of child survival in developing countries. *Population and Development Review*, 10 (suppl.), 25-45.
- Moultrie, T. A. & Timaeus, I. M. (2001). Fertility and living arrangements in South Africa. *Journal of Southern African Studies*, 27(2), 207-223.
- O'Laughlin, B. (2010). Questions of health and inequality in Mozambique. *Cadernos IESE*, 4. Maputo: IESE.
- Osili, U. O. & Long, B. T. (2008). Does female schooling reduce fertility? Evidence from Nigeria. *Journal of Development Economics*, 87, 57-75.
- Rutstein, S. O. (2008). The DHS Wealth Index: approaches for rural and urban areas. *DHS Working Papers*, 60.
- Shemeikka, R., Notkola, V. & Siiskonen, H. (2005). Fertility decline in North-Central Namibia: an assessment of fertility in the period 1960-2000 based on Parish Registers. *Demographic Research*, 13(4), 83-116.
- Simler, K. R. & Nhate, V. (2005). Poverty, inequality, and geographic targeting: evidence from small-area estimates in Mozambique. FCND Discussion Paper, 192, International Food Policy Research Institute.
- Subramanian, S. V. & Kawachi, I. (2006). Whose health is affected by income inequality? A multilevel interaction analysis of contemporaneous and lagged effects of state income inequality on individual self-rated health in the United States. *Health & Place*, 12, 141-156.
- Tawiah, E. O. (1984). Determinants of cumulative fertility in Ghana. *Demography*, 21 (1), 1-8.
- Weeks, J. R. (2008). *Population: an Introduction to Concepts and Issues*. Belmont, CA, Wadsworth.
- Wilkinson, R. G. (1994). The epidemiological transition: from material scarcity to social disadvantage? *Daedalus*, 123(4), 61-77.
- World Economic Forum (2013). *The Global Gender Gap Report 2013*. Geneva: World Economic Forum.

