

# Contexto socioeconómico e a variação geográfica do uso não-marital de contracepção em Moçambique

Boaventura M. Cau

GAZETA DE POPULAÇÃO E SAÚDE

nº 05

Julho de 2017

**Título**

Contexto socioeconómico e a variação geográfica do uso não-marital de contraceção em Moçambique

**Autor**

Boaventura M. Cau

**Edição**

CEPSA - Centro de Pesquisa em População e Saúde

**Editores**

Carlos Arnaldo

Boaventura M. Cau

**Design Gráfico e Paginação**

Milton Langa

**Revisão**

CEPSA - Centro de Pesquisa em População e Saúde

**Número de Registo**

9106/RLINNLD/2017

**Copyright © CEPSA 2017**

Proibida a reprodução total ou parcial para fins comerciais

**Endereço do editor**

Centro de Pesquisa em População e Saúde

Rua de França, n.º 72 2ºAndar/D

Tel: +258 21 415 328

[cepsa@cepsamoz.org](mailto:cepsa@cepsamoz.org)

[www.cepsamoz.org](http://www.cepsamoz.org)

Maputo – Moçambique

Maputo, Julho de 2017

## Resumo

Moçambique tem uma proporção importante de mulheres com nascimentos fora de casamento ou união e esse facto pode estar ligado ao baixo uso de métodos modernos de contraceção por este grupo de mulheres. Com efeito, em 2007 a taxa de fecundidade não marital em Moçambique foi estimada em cerca de 3 filhos por mulher. Apesar deste nível de fecundidade não marital no país, há pouco conhecimento sobre os factores socioeconómicos que influenciam o uso de métodos modernos de contraceção pelas mulheres não unidas pois a maior parte de estudos existentes têm focado nas mulheres casadas ou unidas. Assim, este estudo usou dados de 2618 mulheres não unidas com informação completa sobre contraceção entrevistadas no Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique 2011, para investigar a variação geográfica do seu uso de métodos modernos de contraceção e factores influentes. Constatou-se que cerca de 29% das mulheres não unidas consideradas neste estudo usavam algum método moderno de contraceção na altura do inquérito. O estudo encontrou também que o uso de métodos modernos de contraceção pelas mulheres não unidas varia espacialmente em Moçambique e os factores socioeconómicos individuais e contextuais contribuem para a criação dessas disparidades geográficas. Especificamente, constatou-se que factores individuais tais como a idade da mulher, o número de filhos tidos, o seu nível de escolaridade, o nível de riqueza do seu agregado familiar, a sua exposição às mensagens sobre o planeamento familiar e a sua percepção de distância em relação à uma unidade sanitária exercem uma influência significativa de sentido variado. Entre os factores contextuais, o estudo constatou que é sobretudo o contexto normativo sobre a fecundidade prevalente na área geográfica de residência da mulher que exerce uma influência suprema sobre o seu uso ou não de métodos modernos de contraceção.

**Palavras-chave:** Mulheres não unidas, variação geográfica, uso de contraceção, Moçambique

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO .....	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E HIPÓTESES .....	2
3. DADOS E MÉTODOS .....	4
4. RESULTADOS .....	6
5. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....	10
6. REFERÊNCIAS .....	15

## ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

<b>Figura 1.</b> Variação geográfica do uso de métodos modernos de contraceção, mulheres não unidas, Moçambique, 2011 .....	5
<b>Tabela 1.</b> Estatísticas descritivas da amostra, uso de contraceção não-marital, Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique 2011 .....	7
<b>Tabela 2.</b> Associação entre as características individuais e o uso de contraceção não-marital, Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique 2011 .....	9
<b>Tabela 3.</b> Características de áreas geográficas associadas com o uso de métodos modernos de contraceção por mulheres não unidas, Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique 2011 .....	13

## 1. Introdução

Embora as iniciativas de planeamento familiar em Moçambique já tenham mais de 30 anos (Ministério da Saúde, 2010), o uso de métodos modernos de contraceção no país ainda continua baixo. Entre as mulheres casadas ou unidas, o uso de métodos modernos de contraceção em Moçambique variou de cerca de 5% em 1997 (INE & Macro International, 1998) para 12% em 2003 (INE, MISAU & ORC Macro, 2005), 11% em 2011 (MISAU, INE & ICFI, 2013) e 25% em 2015 (MISAU, INE & ICFI, 2016). Contudo, os dados existentes sugerem que haja muitas mulheres que gostariam de usar os métodos modernos de contraceção para espaçar ou limitar os nascimentos em Moçambique. De acordo com estudos recentes, as mulheres casadas ou unidas com necessidades não satisfeitas de contraceção eram aproximadamente 29% em 2011 (MISAU, INE & ICFI, 2013) e 23% em 2015 (MISAU, INE & ICFI, 2016).

Ao mesmo tempo, Moçambique tem uma proporção importante de mulheres com nascimentos fora de casamento ou união. Em 2007, a taxa de fecundidade não-marital em Moçambique foi estimada em cerca de 3 filhos por mulher (Arnaldo, 2013). Este nível de fecundidade não-marital em Moçambique pode ser considerado preocupante dado que algumas destas mulheres podem ser adolescentes que deveriam estar a frequentar a escola. O conhecimento existente em Moçambique sobre as circunstâncias da fecundidade não-marital incluindo o contexto do uso de métodos modernos de contraceção por este grupo populacional é insuficiente. Embora saiba-se que cerca de 30% das mulheres não casadas ou unidas (em diante, mulheres não unidas) entrevistadas no Inquérito Demográfico e de Saúde de 2011 estavam a usar algum método moderno de contraceção (MISAU, INE & ICFI, 2013), numa maneira geral, este grupo populacional pouco tem sido considerado nas análises apresentadas nos relatórios dos vários inquéritos demográficos e de saúde realizados em Moçambique. Esses relatórios normalmente dedicam maior atenção às mulheres casadas ou em união.

Há uma necessidade de se conhecer os factores socioeconómicos que influenciam o uso de métodos modernos de contraceção pelas mulheres não unidas. Mais ainda, é importante investigar-se uma possível variação geográfica da utilização dos métodos modernos de contraceção pelas mulheres não unidas e os factores que poderiam estar a influir nessa variação espacial. Os estudos existentes em Moçambique que procuraram investigar alguns destes assuntos se limitaram à consideração de mulheres casadas ou unidas (ex., Cau, 2015, 2016) e há poucos que investigaram os determinantes de fecundidade também para as mulheres não unidas (ex., Arnaldo, 2013; Arnaldo, Frederico & Dade, 2014). Portanto, persiste a necessidade de se pesquisar a influência das características do lugar de residência no nível de uso de métodos modernos de contraceção pelas mulheres não unidas. Há razões para se acreditar que possa haver uma relação entre as características do lugar de residência e o uso de métodos modernos de contraceção por este grupo de mulheres em Moçambique. Pois, estudos anteriores realizados em outras partes do mundo (ex., Entwisle, Casterline & Sayed, 1989; Hirschman & Young, 2000; Andrews & Moon 2005; Macintyre & Ellaway, 2003) argumentaram e demonstraram que as características do lugar de residência influem nas práticas e comportamentos associados à saúde, incluindo o uso de métodos modernos de contraceção. Esta gazeta examina uma possível variação espacial do uso de métodos modernos de contraceção pelas mulheres não unidas em Moçambique assim como os factores socioeconómicos que poderiam influenciar tal diferenciação espacial.

Uma investigação da relação entre as características do lugar de residência e o uso de métodos modernos de contraceção pelas mulheres não unidas em Moçambique é relevante devido à várias razões. Primeiro, tal como argumentamos acima, a dinâmica reprodutiva deste grupo populacional tem sido negligenciada em muitos estudos existentes, embora tenha uma taxa de fecundidade de cerca de 3 filhos (Arnaldo, 2013). Segundo, a taxa de mortalidade materna em Moçambique é ainda elevada (MISAU, INE & ICFI, 2013) e é possível que no grupo de mulheres não unidas em particular, o número de mortes maternas seja significativo considerando que as adolescentes são uma parte importante de mulheres não unidas e que a maternidade na adolescência é um factor de risco de morte materna (Zabin & Kiragu, 1998).

Terceiro, a fecundidade na adolescência (que pode ser evitada através do uso de métodos modernos de contraceção) é muitas vezes um obstáculo à continuação de estudos pelas adolescentes e por essa via, poderá comprometer o processo de sua preparação para um futuro melhor (ex., emprego seguro e produtivo). Assim, a identificação das áreas geográficas com maior prevalência de mulheres não unidas menos usuárias dos métodos modernos de contraceção e o conhecimento das características das áreas geográficas que mais influem no uso de métodos modernos de contraceção por este grupo de mulheres podem ser usados para reorientar as acções de modo a elevar o uso de contraceção por este grupo populacional e desse modo, reduzir-se o risco de gravidezes indesejadas nas mulheres não unidas.

## **2. Enquadramento teórico e hipóteses**

Existem duas perspectivas teóricas que têm sido consideradas para tentar explicar a variação geográfica de comportamentos e práticas de membros de uma população. A primeira visão considera que a variação geográfica de comportamentos e práticas de indivíduos resulta do facto de indivíduos com características diferentes viverem em lugares com atributos distintos (Kulu, Boyle & Andersson, 2009; Kulu, 2013). Segundo esta perspectiva, a constituição de padrões espaciais de comportamentos e práticas da população (ex., baixo uso de serviços de saúde) pode ser resultado da concentração de indivíduos com características similares num dado espaço geográfico (Macintyre et al., 2002; Cummins et al., 2005; Bernard et al., 2007; Kulu & Boyle, 2008; Kulu, 2012). Assim, diferenças geográficas no uso de métodos modernos de contraceção pelas mulheres não unidas podem ser consequência das disparidades entre essas áreas em termos do número de indivíduos com certas características demográficas e socioeconómicas tais como o nível de educação, nível de pobreza, acesso aos média, etc. Com efeito, estudos reportaram que mulheres com um nível de educação mais baixo são menos susceptíveis de usar os métodos modernos de contraceção em comparação com aquelas com um nível de educação elevado (Tawiah, 1997; Adanu et al., 2009). De igual forma, na África subsariana e outras regiões em desenvolvimento, mulheres pobres tendem a usar menos métodos modernos de contraceção do que as mais avantajadas (Ezeh, Kodzi, Emina, 2010; Creanga et al., 2011).

As mulheres menos expostas aos média usam menos métodos de contraceção do que as com maior acesso aos meios que divulgam informação sobre os métodos modernos de contraceção e outros serviços de saúde reprodutiva. Westoff e Rodriguez (1995:26) revelaram no seu estudo sobre o Quénia que embora cerca de 15% de mulheres que referiram nunca ter visto ou ouvido mensagens sobre o planeamento familiar fossem usuárias de métodos de contraceção, a proporção de utentes subia para 25% entre aquelas

que tinham ouvido mensagens através da rádio e em 50% entre as mulheres que tinham sido expostas a mensagens da rádio, jornal e televisão. Assim, considerando a perspectiva sobre a influência da composição de áreas geográficas sobre padrões de comportamento e práticas de uma população (Kulu & Boyle, 2008; Kulu, 2012; 2013), algumas áreas geográficas podem ter baixo uso de métodos modernos de contracepção porque indivíduos pobres, não alfabetizados ou com fraco acesso aos média estão em maior número nessas áreas.

Por sua vez, a segunda perspectiva que tem sido articulada para interpretar uma variação espacial de padrões de comportamento e práticas numa população é aquela que atribui maior importância aos factores contextuais que caracterizam uma área geográfica (Macintyre & Ellaway, 2003; Kulu & Boyle, 2008; Kulu, 2012; 2013). Esta perspectiva baseia-se na ideia segundo a qual, independentemente das suas próprias características individuais, as características da área geográfica onde você se encontra ou vive exercem influência sobre si (Macintyre & Ellaway, 2003). Por exemplo, o grau de acessibilidade de uma certa área geográfica aos serviços de saúde é um factor geográfico que pode influenciar a utilização dos serviços de saúde. Em algumas áreas da África subsariana e outras regiões em desenvolvimento do mundo, a distância, a falta de meios de transporte e condições precárias das estradas podem ser barreiras que impedem o acesso a unidades sanitárias onde muitas vezes os métodos modernos de contracepção são oferecidos (Gage & Calixte, 2006; Gage, 2007; Chilundo & Jacinto, 2014; Cau, 2016).

O nível de acesso aos média numa certa área geográfica em algumas situações pode ser também um factor contextual importante. Estudos anteriores constataram que as mulheres que vivem em lugares caracterizados por um baixo acesso à informação sobre os serviços profissionais de saúde em geral e os métodos modernos de contracepção em particular, tendiam a usar menos esses serviços (Kaggwa, Diop & Storey, 2008; Paek et al., 2008), embora em alguns estudos realizados em Moçambique o nível de acesso aos médias não tenha conseguido manter uma influência significativa sobre o uso dos métodos modernos de contracepção, quando outros factores são considerados (Cau, 2015; 2016).

Uma variação espacial do uso de métodos modernos de contracepção pelas mulheres não unidas pode também resultar de diferenças entre áreas geográficas no que diz respeito às normas sociais prevalentes. Se as normas sociais existentes num certo espaço geográfico tolerarem o início de relações sexuais e de nascimentos antes de casamento, esse facto pode ser que actue como desencorajador do uso de métodos modernos de contracepção. Neste caso, uma rapariga não temerá repreensão social se ficar grávida devido à falta de uso de métodos modernos de contracepção. Com efeito, Caldwell, Caldwell e Quiggin (1989:197; 200) defendem que em algumas comunidades da África subsariana existe um largo grau de permissibilidade de relações sexuais pré-maritais e tolerância de nascimentos fora de casamento.

As circunstâncias socioeconómicas das áreas geográficas onde as mulheres não unidas vivem (ex., o nível médio de condições de vida nesses lugares) podem também exercer alguma influência no seu comportamento. Phung e seus colegas (Phung et al., 2003) mostraram que o nível de rendimento e de educação existente na área de seu estudo explicou substancialmente a variação espacial do consumo de tabaco entre as mulheres grávidas. Stephenson et al. (2006) argumentaram que na África subsariana, as áreas geográficas com um nível elevado de educação feminina tendiam a ser aquelas com uma elevada percentagem de



famílias avantajadas com respeito às condições socioeconómicas e que mais riqueza do agregado familiar permitia que as mulheres usem mais serviços de saúde. Nesta linha de pensamento, é possível que a variação geográfica de padrões de condições socioeconómicas tenha ligação com as irregularidades espaciais no uso de métodos modernos de contracepção pelas mulheres não casadas ou unidas.

Tomando em consideração o quadro teórico exposto acima, neste estudo esperamos que o uso de métodos modernos de contracepção pelas mulheres não unidas em Moçambique varie espacialmente. Segundo, esperamos que as características demográficas e socioeconómicas das mulheres não unidas bem como as características socioeconómicas das áreas geográficas de sua residência exerçam uma influência sobre o nível de seu uso de métodos modernos de contracepção, mesmo ajustando outros factores teoricamente relevantes.

### 3. Dados e Métodos

Este estudo usa os dados do Inquérito Demográfico e de Saúde em Moçambique 2011 (IDS 2011). Embora tenha sido realizado o Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015 (MISAU, INE & ICFI, 2016), os seus dados ainda não estão disponíveis para a análise. Com uma amostra representativa ao nível nacional, o Inquérito Demográfico e de Saúde em Moçambique 2011 (MISAU, INE & ICFI, 2013), recolheu informação de 13745 mulheres com idade dos 15 a 49 anos algumas das quais não-casadas ou unidas. Este inquérito também recolheu informações socioeconómicas e de saúde diversas incluindo sobre o uso de métodos modernos de contracepção (mais detalhes sobre a amostra principal deste inquérito podem ser encontrados em MISAU, INE & ICFI, 2013). No IDS 2011 havia 4789 mulheres não unidas das quais apenas 2731 tinham informação relevante sobre o uso de contracepção (as mulheres grávidas, em amenorreia pós-parto, as inférteis ou em menopausa e as sexualmente inactivas foram excluídas da análise). Por fim, usamos uma subamostra de 2618 mulheres não unidas com informação completa em todas as variáveis incluídas neste estudo.

Um aspecto importante para este estudo é que as mulheres entrevistadas foram seleccionadas em cerca de 611 áreas de enumeração. As áreas de enumeração são áreas geográficas definidas e que neste estudo são consideradas como representando as áreas geográficas de residência das mulheres. A variável dependente é o uso ou não de métodos modernos de contracepção por mulheres sexualmente activas não casadas ou unidas na altura de realização do inquérito. Os métodos modernos com informação disponível considerados foram a pílula, DIU, injecções, preservativo masculino, preservativo feminino, esterilização feminina e implantes. A Figura 1 mostra a variação geográfica do uso de métodos modernos pelas mulheres não unidas por província. A Figura 1 revela uma diferenciação do nível de uso desses métodos à volta de Moçambique.

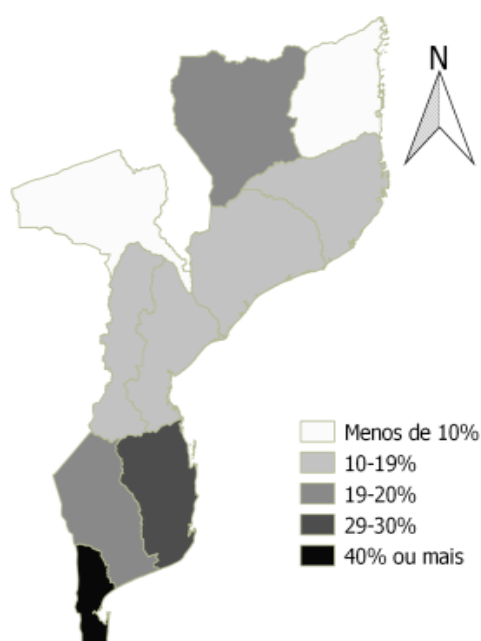
As variáveis independentes medem os atributos demográficos e socioeconómicos das mulheres e as características socioeconómicas das áreas geográficas de residência das mulheres (áreas de enumeração). Os atributos individuais das mulheres incluídos são a idade (15-19 anos; 20-29 anos –referência; 30-39 anos, 40-49 anos), paridade (0 filhos; 1-2 filhos – referência; 3-4 filhos; 5-6 filhos, 7 filhos ou mais), nível de escolaridade (nenhum – referência, 1-7 anos, 8 anos ou mais) e nível de riqueza do agregado familiar da mulher (baixo – referência, médio, alto). Ao nível individual também medimos se a mulher foi exposta ou não a

mensagens sobre o planeamento familiar, se a idade da mulher ao primeiro casamento foi antes dos 16 anos, o número ideal de filhos desejado pela mulher, se a mulher foi visitada por um profissional de planeamento familiar e, se a mulher acredita que apanhar transporte para uma unidade sanitária é um problema.

As variáveis independentes de nível de área geográfica de residência de uma mulher procuram medir o nível de acessibilidade de informação sobre o planeamento familiar, o nível de padrão de vida, o contexto normativo sobre a fecundidade e o nível de acessibilidade e qualidade dos serviços de planeamento familiar. A obtenção das variáveis de nível de área geográfica (com a excepção do tipo de área de residência) foi feita com base no cálculo da média das variáveis individuais ao nível de cada área geográfica (área de enumeração) considerando todas as 13745 mulheres onde for possível. Assim, para medir o nível de acessibilidade de informação sobre o planeamento familiar numa área geográfica consideramos a percentagem de mulheres expostas a mensagens sobre o planeamento familiar nessa área. O nível de padrão de vida numa área geográfica é medido através do nível médio de educação feminina na área e a percentagem de agregados familiares na área com um nível de rendimento elevado.

Para medir o contexto normativo sobre a fecundidade numa área geográfica consideramos a percentagem de mulheres que iniciaram a actividade sexual antes dos 16 anos na área e o número médio de filhos desejados por mulher na área. A acessibilidade e qualidade dos serviços de planeamento familiar numa área geográfica é medida com recurso a três variáveis: a percentagem de mulheres na área que acreditam que apanhar transporte para obter ajuda médica é um maior problema, a percentagem de mulheres na área que foram visitadas por um profissional de planeamento familiar e o tipo de área de residência da mulher (se rural ou urbano).

A análise dos dados foi feita através da realização do teste de Qui-quadrado (análise bi-variada) e condução da regressão logística multinível para a análise multivariada usando o pacote estatístico Stata versão 14. A descrição das variáveis individuais usadas no estudo é feita na Tabela 1.



**Figura 1.** Variação geográfica do uso de métodos modernos de contraceção, mulheres não unidas, Moçambique, 2011.

## 4. Resultados

Cerca de 29% das 2618 mulheres não unidas consideradas neste estudo usavam algum método moderno de contraceção na altura do inquérito. A Tabela 1 mostra os resultados da análise bivariada que avalia a associação entre algumas características das 2618 mulheres não unidas e o uso de métodos modernos de contraceção. Observa-se que as mulheres com 20 a 29 anos de idade (44,8% usavam versus 55,2% não usavam,  $p=0,000$ ) as com 1 a 2 filhos (39,5% usavam vs. 60,5% não usavam,  $p=0,000$ ) e as com 8 anos ou mais de escolaridade (45,0% usavam vs. 55,0% não usavam,  $p=0,000$ ) apresentam uma percentagem substancial de utentes de métodos modernos de contraceção no seu grupo. É interessante que no grupo de mulheres com 44-49 anos (13,9% vs. 86,1%,  $p=0,000$ ) e das com nenhum nível de escolaridade (6,2% vs. 93,8%,  $p=0,000$ ) a percentagem das que usavam métodos modernos de contraceção é extremamente baixa. Há um gradiente no uso de métodos modernos de contraceção de acordo com o nível de riqueza, tal que a percentagem das usuárias de métodos modernos de contraceção dentro de cada grupo está de acordo com o nível de riqueza que o grupo possui.

Entre as mulheres que foram expostas a mensagens sobre o planeamento familiar cerca de 40% usam métodos modernos de contraceção. No grupo das mulheres que tinham sido visitadas por um profissional de planeamento familiar, aproximadamente 53% são utentes da contraceção moderna. Entre as que acreditam que a distância a uma unidade sanitária é um problema há menos usuárias de métodos modernos de contraceção (15,1% vs. 84,9%,  $p=0,000$ ) do que no grupo daquelas que acham que a distância a uma unidade sanitária não é um problema (35,2% vs. 64,8%,  $p=0,000$ ). Similarmente, entre as residentes nas áreas rurais observa-se uma menor percentagem de usuárias de métodos modernos de contraceção (11,4% vs. 88,6%,  $p=0,000$ ) em comparação com o grupo das mulheres urbanas (40,3% vs. 59,7%,  $p=0,000$ ). Surpreendentemente, o grupo das mulheres que desejam nenhum filho apresentam uma percentagem substancialmente menor das usuárias de métodos modernos de contraceção (10,3% vs. 89,7%,  $p=0,000$ ). Em geral, os resultados da análise bivariada parecem atestar a prevalência de baixo uso de métodos modernos de contraceção entre as mulheres não unidas, mesmo entre aquelas com características que teoricamente deveriam favorecer o uso de contraceção moderna.

A seguir, apresentamos os resultados da análise multivariada. Na Tabela 2 testamos a hipótese de que as diferenças entre áreas geográficas no uso de métodos modernos de contraceção pelas mulheres não unidas são devidas ao facto de serem constituídas por mulheres com características individuais distintas. Os resultados estão apresentados em coeficientes, tal que um coeficiente com sinal negativo expressa uma influencia redutiva sobre o uso de métodos modernos de contraceção e, um sinal positivo indica uma influência contrária à primeira. Começamos por avaliar se existe uma variação geográfica no uso de métodos modernos de contraceção pelas mulheres não unidas quando factores demográficos e socioeconómicos das mulheres são considerados. Para isso, examinamos o comportamento da constante aleatória de nível de área geográfica, que é expressa em desvios padrão.

A constante aleatória de nível de área geográfica sugere que o nível de uso de métodos modernos de contraceção pelas mulheres não unidas varia significativamente de uma área geográfica para a outra. O resul-

tado da exponencial do número de desvios padrão [ $\exp(0,776)=2,173$ ,  $p<0,05$ ] sugere que a probabilidade de uso de métodos modernos de contraceção para uma mulher não unida que vive numa área geográfica que se encontra a um desvio padrão acima da média é significativamente mais de duas vezes maior em comparação com a de uma outra mulher não unida que vive numa área geográfica média. Uma mulher não unida que vive numa área geográfica que está a um desvio padrão abaixo da média tem uma probabilidade de usar os métodos modernos de contraceção que é significativamente mais de duas vezes baixa em comparação com a que vive numa área geográfica média.

**Tabela 1.** Estatísticas descritivas da amostra, uso de contraceção não-marital, Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique 2011

Variável	Usa métodos modernos de contraceção		Valor do p
	Sim (%)	Não (%)	
<b>Idade da mulher</b>			
15-19	20,3	79,7	0,000
20-29	44,8	55,2	0,000
30-39	30,9	69,1	0,234
40-49	13,9	86,1	0,000
<b>Paridade da mulher</b>			
0	23,9	76,1	0,000
1-2	39,5	60,5	0,000
3-4	34,7	65,3	0,014
5-6	20,3	79,7	0,034
7 Filhos ou mais	15,3	84,8	0,022
<b>Nível de escolaridade da mulher</b>			
Nenhum	6,2	93,8	0,000
1-7 Anos	20,5	79,5	0,000
8 Anos ou mais	45,0	55,0	0,000
<b>Nível de riqueza do agregado familiar da mulher</b>			
Baixo	4,5	95,5	0,000
Médio	10,3	89,8	0,000
Alto	37,6	62,4	0,000
<b>Exposição da mulher a mensagens sobre PF</b>			
Não	17,9	82,1	0,000
Sim	39,8	60,2	0,000
<b>Idade da mulher ao primeiro nascimento</b>			
Menos de 16 anos	30,2	69,8	0,192
16 Anos ou mais	27,8	72,2	0,192
<b>Filhos desejados pela mulher</b>			
0	10,3	89,7	0,001
1-2	38,6	61,4	0,000
3	35,8	64,2	0,000
4 Filhos ou mais	21,4	78,7	0,000
<b>A mulher foi visitada por um profissional de PF</b>			
Não	24,5	75,5	0,000
Sim	52,7	47,3	0,000

Tabela 1. Continuada.

A mulher acredita que a distância a unidade sanitária é um grande problema			
Não	35,2	64,8	0,000
Sim	15,1	84,9	0,000
Área de residência da mulher			
Urbana	40,3	59,7	0,000
Rural	11,4	88,6	0,000
N			2618

Nota: †-  $p < 0,1$ ; \*-  $p \leq 0,05$ ; \*\*-  $p \leq 0,01$ ; PF=Planeamento Familiar; AF=Agregado Familiar.

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados do IDS 2011.

Os resultados na Tabela 2 mostram que todos os factores individuais considerados no estudo exercem uma influência significativa sobre o uso de métodos modernos de contraceção pelas mulheres não unidas. Por exemplo, as mulheres não unidas com uma idade de 20 a 29 anos apresentam uma probabilidade de uso de métodos modernos de contraceção elevada em comparação com as dos restantes grupos etários. As mulheres não unidas sem filhos têm uma probabilidade de usar os métodos modernos de contraceção significativamente inferior em comparação com aquelas com 1 a 2 filhos. As mulheres não unidas com 3 filhos ou mais apresentam uma probabilidade de uso de métodos modernos de contraceção substancialmente maior do que o grupo de referência. As mulheres não unidas com mais anos de escolaridade têm uma probabilidade de uso de contraceção moderna significativamente superior do que as com nenhum nível de escolaridade.

De igual forma, as que vivem num agregado familiar de baixo nível de riqueza apresentam significativamente uma menor probabilidade de usar os métodos modernos de contraceção do que as de agregados familiares com nível de riqueza médio ou alto. As mulheres não unidas expostas a mensagens sobre o planeamento familiar, aquelas que foram visitadas por um profissional de planeamento familiar e aquelas cuja idade ao primeiro nascimento é inferior a 16 anos apresentam maior probabilidade de usar métodos modernos de contraceção. Aquelas que acreditam que a distância a uma unidade sanitária é um problema têm baixa probabilidade de usar métodos modernos de contraceção em comparação com a sua referência. No que diz respeito à influência do desejo individual por filhos constatamos que o mesmo tem um efeito negativo sobre o uso de contraceção.

A Tabela 3 apresenta os resultados da associação entre as características das áreas geográficas de residência das mulheres não unidas com o uso de métodos modernos de contraceção. Os resultados na Tabela 3 testam a hipótese de que as disparidades entre áreas geográficas no uso de métodos modernos de contraceção pelas mulheres não unidas são devidas às diferenças das características dessas áreas. O Modelo 1 testa a influência do nível de acessibilidade a informação sobre o planeamento familiar numa área geográfica. Constata-se que as mulheres não unidas de áreas geográficas caracterizadas por uma maior percentagem de mulheres expostas à informação sobre o planeamento familiar têm um elevado uso de métodos modernos de contraceção, mesmo considerando as características individuais dessas mulheres.

No Modelo 2 examina-se a influência do nível de padrão de vida numa área geográfica, quando medido pelo nível médio de educação feminina na área e a percentagem de agregados familiares com um nível de rendimento elevado. Observa-se que quanto maior for o nível de educação feminina e a percentagem de agregados familiares com rendimento elevado numa área geográfica maior é o uso de métodos modernos de contraceção pelas mulheres não unidas residentes nessas áreas, ajustando os factores individuais. O Modelo 3 avalia a relação entre o contexto normativo sobre a fecundidade numa dada área geográfica e o uso de métodos modernos de contraceção, controlando por características individuais das mulheres. Constata-se que quanto maior for o número médio de filhos desejados por mulher numa área geográfica menor é o uso de métodos modernos de contraceção pelas mulheres não unidas nessa área.

**Tabela 2.** Associação entre as características individuais e o uso de contraceção não-marital, Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique 2011

Variável	Coefficiente
Idade da mulher	
20-29 (Ref.)	1
15-19	-0,520**
30-39	-0,647**
40-49	-1,715**
Paridade da mulher	
1-2 (Ref.)	1
0	-0,564**
3-4	0,590**
5-6	1,010**
7 Filhos ou mais	1,211*
Nível de escolaridade da mulher	
Nenhum (Ref.)	1
1-7 Anos	0,992**
8 Anos ou mais	1,829**
Nível de riqueza do agregado familiar	
Baixo (Ref.)	1
Médio	0,701*
Alto	1,736**
Exposição da mulher a mensagens sobre PF	
Não (Ref.)	1
Sim	0,711**
Idade da mulher ao primeiro nascimento	
16 Anos ou mais (Ref.)	1
Menos de 16 anos	0,326**
Número ideal de filhos desejados pela mulher	-0,143**
A mulher foi visitada por um profissional de PF	
Não (Ref.)	1
Sim	0,967**

Tabela 2. Continuada.

A mulher acredita que a distância a unidade sanitária é um grande problema	
Não (Ref.)	1
Sim	-0,308*
Constante	-3,317**
Constante aleatória de nível da área geográfica (em desvio padrão)	0,776(0,10)*
Logaritimo de Verosimilhança	-1202,636
N	2618

Nota: †-  $p < 0,1$ ; \*-  $p \leq 0,05$ ; \*\*-  $p \leq 0,01$ ; PF=Planeamento Familiar; AF= Agregado Familiar.

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados do IDS 2011.

A associação entre a percentagem de mulheres que iniciaram a actividade sexual antes dos 16 anos de idade numa área geográfica com o uso de métodos modernos de contraceção pelas mulheres não unidas nessa área não é estatisticamente significativa. Por fim, analisamos os efeitos da acessibilidade e qualidade dos serviços de planeamento familiar numa área geográfica (Modelo 4). A acessibilidade aos métodos de planeamento familiar numa área geográfica é medida pela percentagem de mulheres numa área geográfica que acreditam que apanhar transporte para uma unidade sanitária é um problema e o tipo de área de residência (rural ou urbana). A qualidade dos serviços de planeamento familiar numa área geográfica é medida pela percentagem de mulheres numa área que foram visitadas por um profissional de serviços de planeamento familiar. Constata-se que residir numa área geográfica onde há uma maior percentagem de mulheres que pensam que a distância a uma unidade sanitária é um problema tem um efeito negativo sobre o uso de métodos modernos de contraceção pelas mulheres não unidas nessa área. Enquanto as mulheres unidas residentes nas áreas urbanas apresentam significativamente uma maior probabilidade de usar os métodos modernos de contraceção do que a sua contraparte das áreas rurais.

O Modelo 5 é completo. O mesmo avalia a influência de todas as características da área geográfica de residência das mulheres não unidas sobre o seu uso de métodos modernos de contraceção controlando por todas as características individuais. Verifica-se que entre todas as características das áreas geográficas de residência das mulheres não unidas, apenas o número médio de filhos desejados por mulher numa área geográfica é que continua estatisticamente significativa. Observa-se que em média cada filho adicional desejado por mulher numa área geográfica reduz a probabilidade de uso de métodos modernos de contraceção pelas mulheres não unidas em cerca de 40%, ajustando por outras características [ $\exp(-0,518)=0,596$ ;  $1-0,596=0,404$ ,  $p < 0,01$ ]. A constante aleatória de nível de área geográfica no Modelo 5 sugere que mesmo considerando todos os factores incluídos no estudo, o nível de uso de métodos modernos de contraceção pelas mulheres não unidas ainda varia de uma área geográfica para uma outra.

## 5. Discussão e Conclusões

Em Moçambique existe uma lacuna de informação sobre o uso de contraceção moderna por mulheres não unidas, particularmente no que se refere a diferenças entre áreas geográficas no uso desses métodos por este grupo de mulheres. O conhecimento existente sobre as mulheres não unidas é também insuficiente no que diz respeito à avaliação duma possível influência dos atributos individuais e das características das áreas geográficas de residência das mulheres não unidas no seu uso de contraceção moderna. Este estudo



procurou contribuir para a eliminação dessa lacuna de informação. O estudo constatou que havia variação geográfica do uso de métodos modernos de contraceção por mulheres não unidas em Moçambique. Na tentativa de explicar tal variação geográfica de uso de contraceção por mulheres não unidas, o estudo primeiro avaliou a hipótese segundo a qual uma diferenciação espacial de uso de contraceção moderna entre as mulheres não unidas podia advir de diferenças existentes entre essas áreas em termos de características demográficas e socioeconómicas das mulheres. Constatou-se que mesmo considerando as características demográficas e socioeconómicas das mulheres estudadas, as diferenças geográficas nos níveis de uso de métodos modernos de contraceção pelas mulheres não unidas persistiam. Por exemplo, uma mulher não unida residente numa área geográfica que se encontrava a um desvio padrão acima duma área geográfica média, apresentava uma probabilidade de uso de métodos modernos de contraceção que era mais de duas vezes maior do que a da sua contraparte situada numa área geográfica média.

No entanto, esta análise mostrou que os factores individuais exercem uma influência significativa sobre o uso de métodos modernos de contraceção pelas mulheres não unidas. Por exemplo, as mulheres dos 20-29 anos demonstraram possuir uma maior probabilidade de uso de métodos modernos de contraceção do que as dos restantes grupos etários. Esta constatação sugere a necessidade de se fazer mais esforços para a elevação do uso de métodos modernos de contraceção pelas mulheres não unidas dos restantes grupos etários, particularmente o grupo dos 15-19 anos que é constituído por adolescentes e mulheres nos seus primeiros anos da juventude. O estudo mostrou também que as mulheres não unidas caracterizadas por menos anos de escolaridade e residência em agregados familiares de nível de riqueza baixo são menos utentes dos métodos modernos de contraceção do que a sua contraparte. É possível que a manutenção de uma parte das mulheres não unidas na escola seja devida ao facto de terem estado a usar os métodos modernos de contraceção. Seja como for, é importante que as acções de promoção de uso de métodos modernos de contraceção prestem atenção às mulheres menos escolarizadas e as pertencentes a famílias de rendimento baixo.

Ao nível individual, o estudo também relevou o importante papel exercido pela exposição a mensagens sobre o planeamento familiar e pelas visitas feitas a mulheres não unidas por profissionais de planeamento familiar. As mulheres unidas expostas a mensagens sobre o planeamento familiar e aquelas visitadas por um profissional de planeamento familiar apresentaram uma probabilidade de uso de métodos modernos de contraceção moderna substancialmente elevada do que a da sua contraparte. A continuação e reforço dos programas de promoção de uso de planeamento familiar quer através de palestras nas unidades sanitárias, de mensagens na rádio ou televisão quer através de visitas domiciliárias pode contribuir substancialmente para a elevação do uso de métodos modernos de contraceção pelas mulheres em geral e em particular, as mulheres não unidas.

Na avaliação do efeito das características individuais das mulheres não unidas sobre o uso de contraceção moderna encontrou-se também que as que tiveram o seu primeiro filho antes dos 16 anos são as que mais usavam esses métodos. A constatação de que são as mulheres não unidas que tiveram o seu primeiro nascimento antes dos 16 anos as que usam mais os métodos modernos de contraceção é de certa maneira contra-intuitiva. Sendo essas mulheres utentes dos métodos modernos de contraceção, mesmo considerando possíveis falhas desses métodos, era de esperar que não contraíssem gravidezes em número subs-



tancial. A respeito desta constatação, é possível que estas mulheres tenham sabido mais sobre os métodos modernos de contraceção e começado a usar os mesmos após terem contraído a gravidez que gerou o seu primeiro filho (Arnaldo, Frederico & Dade, 2014). Ainda em relação à influência de características individuais sobre o uso de métodos modernos de contraceção constatou-se que as mulheres não unidas com maior desejo por filhos eram menos utentes dos métodos modernos de contraceção. Esta constatação é consistente com a de estudos anteriores sobre mulheres em idade fértil em geral (Ezeh, 1997). Igualmente em linha com os estudos anteriores (ex., Gage & Calixte, 2006; Gage, 2007 em relação ao acesso e uso dos serviços reprodutivos em geral) é a constatação deste estudo de que as mulheres não unidas que sentem que atingir uma unidade sanitária é um problema são menos propensas de usa os métodos modernos de contraceção.

Este estudo também examinou uma possível influência das características das áreas geográficas de residência das mulheres não unidas sobre o seu uso de contraceção moderna. Observamos que as mulheres não unidas residentes em áreas geográficas com maior acessibilidade à informação sobre o planeamento familiar e aquelas que vivem em áreas com um nível de rendimento de agregados familiares elevado eram propensas a usar mais a contraceção moderna do que a sua contraparte residente em áreas com características diferentes. As mulheres residentes em áreas com menos exposição à informação sobre o planeamento familiar pode ser que tenham menos conhecimento sobre os tipos de métodos de contraceção moderna existentes, os locais da sua disponibilização e muitas incertezas sobre o uso desses métodos. Enquanto uma área geográfica de rendimento elevado pode gerar uma maior procura e oferta dos métodos de contraceção moderna, reduzindo as dificuldades de informação e acesso sobre os mesmos para as mulheres não unidas residentes nessas áreas.

O estudo constatou igualmente que as mulheres residentes em áreas rurais e em áreas geográficas com dificuldades de transporte eram menos susceptíveis de usar os métodos modernos de contraceção. Algumas áreas rurais em Moçambique estão muito distantes das unidades sanitárias que são os principais fornecedores de serviços de planeamento familiar o que pode constituir um obstáculo para o uso desses métodos pelas mulheres não unidas. Chilundo e Jacinto (2014) reportaram que em alguns distritos das províncias de Inhambane, Cabo Delgado e Niassa, a distância para as unidades sanitárias e as dificuldades de transporte foram indicadas pelos participantes no seu estudo como preocupações. Os mesmos autores referiram que em alguns casos, as mulheres poderiam esperar dias antes de apanhar transporte para uma unidade sanitária (p.125). Um estudo sobre o acesso aos serviços de planeamento familiar pelas mulheres migrantes nas áreas urbanas de Moçambique (Cau, 2016), revelou que mesmo nas áreas urbanas as mulheres em lugares com dificuldades de transporte eram menos utentes de contraceção moderna. Um outro estudo na África subsaariana indicou que mesmo quando há unidades sanitárias em assentamentos informais das áreas urbanas, residentes desfavorecidos nesses lugares têm que viajar para apanhar serviços de planeamento familiar de elevada qualidade, gratuitos ou baratos (Ezeh, Kodzi & Emina, 2010). Estas constatações sugerem a necessidade de se levar avante acções de oferta de serviços de planeamento familiar para lugares socioeconomicamente desfavorecidos quer seja por se localizar nas áreas rurais ou mesmo nas áreas urbanas com assentamentos informais ou dificuldades de acesso aos meios de transporte.

Ao avaliar a influência das características das áreas geográficas de residência das mulheres não unidas sobre

o seu uso de métodos modernos de contraceção (considerando todas as características geográficas ao mesmo tempo, Modelo 5), este estudo constatou que a principal característica de áreas geográficas com maior efeito sobre o uso de métodos modernos de contraceção pelas mulheres não unidas é o nível elevado de desejo por mais filhos. Uma constatação similar foi reportada num outro estudo (Cau, 2016). De facto, os relatórios dos vários inquéritos demográficos e de saúde realizados no país revelaram que o nível desejado de fecundidade é ainda elevado em Moçambique, principalmente nas áreas rurais onde o número médio de filhos tidos por mulher aumentou entre o IDS 1997 e o IDS 2011 (MISAU, INE & ICFI, 2013:75). Ao todo, o nosso estudo aponta para uma influência forte dos atributos individuais e das características de áreas geográficas (sobretudo o desejo por mais filhos) sobre o uso de métodos modernos de contraceção pelas mulheres não unidas em Moçambique.

**Tabela 3.** Características de áreas geográficas associadas com o uso de métodos modernos de contraceção por mulheres não unidas, Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique 2011

Variável	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5
<i>CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE ÁREAS GEOGRÁFICAS</i>					
<i>Acessibilidade de informação sobre planeamento familiar na área</i>					
% de mulheres expostas a mensagens sobre PF	1,149**				-0,303
<i>Nível de vida na área</i>					
Nível médio de educação feminina na área		0,083†			-0,019
% de AF com um nível de rendimento elevado		1,540**			0,369
<i>Contexto normativo sobre a fecundidade na área</i>					
% de mulheres na área que iniciaram a actividade sexual antes dos 16 anos			-0,092		0,060
Número médio de filhos desejados por mulher na área			-1,006**		-0,518**
<i>Acessibilidade e qualidade dos serviços de PF na área</i>					
% de mulheres na área que acreditam que apanhar transporte é um maior problema para obter ajuda médica				-1,556**	-0,129
% de mulheres na área que foram visitadas por um profissional de PF				0,154	0,249
<i>Área de residência da mulher</i>					
Rural (Ref.)				1	1
Urbana				1,164**	0,311
<i>CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS</i>					
<i>Idade da mulher</i>					
20-29 (Ref.)	1	1	1	1	1
15-19	-0,687**	-0,515**	-0,641**	-0,584**	-0,456**
30-39	-0,886**	-0,741**	-0,945**	-0,789**	-0,691**
40-49	-2,062**	-1,971**	-2,095**	-1,918**	-1,812**
<i>Paridade da mulher</i>					
1-2 (Ref.)	1	1	1	1	1
0	-0,672**	-0,837**	-0,660**	-0,491**	-0,614**
3-4	0,185	0,572**	0,409*	0,243	0,572**
5-6	0,135	0,916**	0,572†	0,238	0,984**
7 filhos ou mais	0,198	1,011*	0,637	0,337	1,102*

Tabela 3. Continuada.

Nível de escolaridade da mulher					
Nenhum (Ref.)			1		1
1-7 Anos			0,937**		0,921**
8 Anos ou mais			1,812**		1,694**
Nível de riqueza do agregado familiar da mulher					
Baixo (Ref.)			1		1
Médio			0,229		0,323
Alto			0,561		0,722*
Exposição da mulher a mensagens sobre PF					
Não (Ref.)		1			1
Sim		0,981**			0,738**
Idade da mulher ao primeiro nascimento					
16 Anos ou mais (Ref.)			1		1
Menos de 16 anos			0,147		0,297*
Número ideal de filhos desejados pela mulher			-0,067†		-0,072†
A mulher foi visitada por um profissional de PF					
Não (Ref.)			1		1
Sim			1,143**		0,929**
A mulher acredita que a distância a unidade sanitária é um grande problema					
Não (Ref.)			1		1
Sim			-0,152		-0,088
Constante	-1,559**	-3,704**	3,962**	-0,888**	-0,858
Constante aleatória de nível da área geográfica (em desvio padrão)	1,151	0,754*	0,798*	0,868	0,726*
Logaritimo de Verossimilhança	-1346,344	-1242,687	-1291,424	-1276,270	-1179,048
N	2618	2618	2618	2618	2618

Notas: †- p<0,1; \*- p≤ 0,05; \*\*- p≤ 0,01; PF=Planeamento Familiar; AF=Agregado Familiar.

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados do IDS 2011.

## 6. Referências

- Adanu, R.MK; J.D. Seffah; A.G. Hill; R. Darko; R.B. Duda & J.K. Anarfi (2009). "Contraceptive use by women in Accra, Ghana: Results from the 2003 Accra Women's Health Survey". *African Journal of Reproductive Health*. 13(1):123-133.
- Andrews, G.J. & G. Moon (2005). "Space, place and the evidence base: Part I – an introduction to health geography". *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2:49-107.
- Arnaldo, C. (2013). "Dinâmica de fecundidade em Moçambique". *Gazeta Demográfica No. 1*, Centro de Pesquisa em População e Saúde.
- Arnaldo, C.; M. Frederico & A. Dade (2014). Tendências e factores associados à maternidade precoce em Moçambique. In B.M. Cau & C. Arnaldo (org.), *Adolescentes e jovens em Moçambique: uma perspectiva demográfica e de saúde*. Maputo: Centro de Pesquisa em População e Saúde, pp.87-110.
- Bernard, P.; R. Charafeddine; K.L. Frohlich; M. Daniel; Y. Kestens & L. Potvin. (2007). "Health inequalities and place: a theoretical conception of neighbourhood". *Social Science and Medicine*. 65:1839–1852.
- Caldwell, J.C.; P. Caldwell & P. Quiggin. (1989). "The context of AIDS in sub-Saharan Africa". *Population and Development Review*. 15(2):185-234.
- Cau, B.M. (2015). "Community influences on contraceptive use in Mozambique". *Health & Place*. 31:10-16.
- Cau, B.M. (2016). "Female migration, local context and contraceptive use in urban Mozambique". *African Journal of Reproductive Health*. 20(1):52-61.
- Chilundo, B. & A. Jacinto. (2014). Determinantes do uso dos serviços de saúde sexual reprodutiva pelas mulheres jovens em Moçambique. In B.M. Cau & C. Arnaldo (org.), *Adolescentes e jovens em Moçambique: uma perspectiva demográfica e de saúde*. Maputo: Centro de Pesquisa em População e Saúde, pp.111-146.
- Creanga, A.A.; D. Gillespie; S. Karklins & A.O. Tsui. (2011). "Low use of contraception among poor women in Africa: an equity issue". *Bull World Health Organ*.89:258–266.
- Cummins, S.; S. Macintyre; S. Davidson & A. Ellaway. (2005). "Measuring neighbourhood social and material context: generation and interpretation of ecological data from routine and non-routine sources". *Health & Place*. 11:249–260.
- Entwisle, B.; J.B. Casterline & H.A.A. Sayed. (1989). "Villages as contexts for contraceptive behavior in rural Egypt". *American Sociological Review*. 54(6):1019-1034.
- Ezeh, A.C. (1997). "Polygyny and reproductive behavior in sub-Saharan Africa: a contextual analysis". *Demography*. 34(3):355-368.
- Ezeh, A.C.; Kodzi, I. e Emina, J. (2010). "Reaching the urban poor with family planning services". *Studies in*

Family Planning. 41(2):109-116.

Gage, A.J. & M.G. Calixte. (2006). "Effects of the physical accessibility of maternal health services on their use in rural Haiti". *Population Studies*. 60(3):271-288.

Gage, A.J. (2007). "Barriers to the utilization of maternal health care in rural Mali". *Social Science and Medicine*. 65:1666-1682.

Hirschman, C. & Y. Young. (2000). "Social context and fertility decline in southeast Asia: 1968-70 to 1988-90". *Population and Development Review*. 26:11-39.

INE [Instituto Nacional de Estatística] & Marco International Inc. (1998). *Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 1997*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

INE [Instituto Nacional de Estatística]; MISAU [Ministério da Saúde] & ORC Macro. (2005). *Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2003*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

Kaggwa, E.B.; N. Diop & J.D. Storey. (2008). "The role of individual and community normative factors: a multilevel analysis of contraceptive use among women in union in Mali". *International Family Planning Perspectives*. 34(2):79-88.

Kulu, H. & P.J. Boyle. (2008). "High fertility in city suburbs: compositional or contextual effects?". *European Journal of Population*. 25:157-174.

Kulu, H. (2012). "Spatial variation in divorce and separation: compositional or contextual effects?". *Population, Space and Place*. 18: 1-15.

Kulu, H. (2013). "Why fertility levels vary between urban and rural areas?". *Regional Studies*. 46(6):895-912.

Kulu, H.; P.J. Boyle & G. Andersson. (2009). "High suburban fertility: evidence from four Northern European countries". *Demographic Research*. 21(31):915-944.

Macintyre, S. & A. Ellaway. (2003). "Neighborhoods and health: an overview." In I. Kawachi e L.F. Berkman (eds.), *Neighborhoods and Health*. Oxford: Oxford University Press, pp. 20-42.

Macintyre, S.; A. Ellaway & S. Cummins. (2002). "Place effects on health: how can we conceptualise, operationalize and measure them?". *Social Science and Medicine*. 55: 125-139.

Ministério da Saúde. (2010). *Estratégia de Planeamento Familiar e Contraceção 2011-2015 (2020)*. Maputo: Ministério da Saúde.

MISAU [Ministério da Saúde]; INE [Instituto Nacional de Estatística] & ICFI [ICF International] . (2013). *Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011*. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI.

MISAU [Ministério da Saúde]; INE [Instituto Nacional de Estatística] & ICFI [ICF International]. (2016). *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015*. Maputo: MISAU, INE

e ICFI.

- Paek, H.; B. Lee; C.T. Salmon & K. Witte. (2008). "The contextual effects of gender norms, communication and social capital on family planning behaviors in Uganda: a multilevel approach". *Health Educ. Behav.* 35(4):461–477.
- Phung, H.N.; A.E. Bauman; L. Young; M.H. Tran & K.M. Hillman. (2003). "Ecological and individual predictors of maternal smoking behaviour: Looking beyond individual socioeconomic predictors at the community setting". *Addictive Behaviors.* 28:1333-1342.
- Stephenson, R.; A. Baschieri; S.Clements; M. Hennink & N. Madise. (2006). "Contextual influences on the use of health facilities for childbirth in Africa". *American Journal of Public Health.* 96(1):84-93.
- Tawiah, E.O. (1997). "Factors affecting contraceptive use in Ghana". *Journal of Biosocial Science.* 29:141–149.
- Westoff, C.F. & G. Rodriguez. (1995). "The mass media and family planning in Kenya". *International Family Planning Perspectives.* 21(1):23-31+36.
- Zabin, L.S. e Kiragu, K. (1998). The health consequences of adolescent sexual and fertility behavior in sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning*, 29(2):210-232.

**Apoio financeiro:**



FUNDAÇÃO  
**MASC**

Mecanismo de Apoio  
à Sociedade Civil