



**FACULDADE DE MEDICINA**  
**MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Dissertação**

**Factores associados ao uso de contraceptivos entre mulheres sexualmente  
activas em idade reprodutiva (15-49 anos), em Moçambique -  
Análise secundária de dados do Inquérito Demográfico e de Saúde 2022-2023**

Clésio Romão Henrique

Maputo, Abril de 2025



**FACULDADE DE MEDICINA**  
**MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Dissertação**

**Factores associados ao uso de contraceptivos entre mulheres sexualmente  
activas e em idade reprodutiva (15-49 anos), em Moçambique**  
**Análise secundária de dados do Inquérito Demográfico e de Saúde 2022-2023**

Nome do estudante: Clésio Romão Henrique

**Supervisor:** Professor Doutor Jahit Sacarlal, MD, MPH, PhD

**Co-Supervisora:** Doutora Annette Cassy, MD, PhD

Maputo, Abril de 2025

### **Declaração de originalidade do projecto**

“Declaro que esta dissertação nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau ou num outro âmbito e que ela constitui o resultado do meu labor individual. Esta dissertação é apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública da Universidade Eduardo Mondlane”

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho aos meus pais, Romão Henrique (em memória) e Elisa Cuambe, pelo amor incondicional, pelo apoio e incentivo em todos os momentos da minha vida. Sou grata pela educação que me proporcionaram e por me ensinarem o valor do conhecimento académico

Vocês foram a minha força e inspiração.

## Agradecimentos

Os meus agradecimentos vão em primeiro lugar a Deus, por me permitir chegar a esta fase com saúde e condições de elaborar o trabalho de final de Mestrado em Saúde Pública.

Não me esquecendo de agradecer, especialmente:

Ao meu supervisor do Mestrado, Professor Doutor Jahit Sacarlal, pela orientação e disponibilidade durante a realização do presente trabalho;

A Dra. Annette Cassy, pela motivação e apoio técnico incondicional em diferentes etapas deste processo. Ela sempre viu algum potencial em mim e sempre procura me expor a desafios para um crescimento profissional;

Aos meus professores e orientadores, que com paciência e sabedoria me guiaram ao longo deste processo, transmitindo conhecimentos que serão para sempre valiosos;

Aos meus colegas de turma do Mestrado em Saúde Pública, pelo apoio na luta diária que temos enfrentado juntos para a concretização dos nossos objectivos;

A minha esposa e companheira Maria Helena Cuhoco, e as minhas lindas filhas Melísia e Luana pela presença permanente e pelo apoio incondicional que me tem dado nesta caminhada;

Para aqueles cujos nomes não foram mencionados aqui, considerem-se muito apreciados pela vossa assistência;

## Índice/ Conteúdo

Declaração de originalidade do projecto.....	iii
Dedicatória.....	iv
Agradecimentos .....	v
1. Motivação .....	2
2. Objectivos .....	4
2.1. Objectivo geral.....	4
2.2. Objectivos específicos .....	4
3. Contribuição do estudo .....	5
4. Problema .....	7
5. Questão de pesquisa.....	9
6. Revisão bibliográfica .....	10
7. Enquadramento conceptual.....	15
8. Metodologia.....	19
8.1. Desenho de estudo .....	19
8.2. Local de estudo .....	19
8.3. Período do estudo.....	19
8.4. População do estudo .....	19
8.5. Critérios de Inclusão e Exclusão.....	20
8.6. Amostragem e amostra .....	20
8.7. Procedimentos de recolha de dados .....	22
8.8. Variáveis .....	22
8.9. Plano de gestão e análise de dados .....	24
9. Limitações do estudo .....	25

10.	Resultados .....	27
11.	Discussão dos resultados.....	37
12.	Conclusões .....	42
13.	Recomendações.....	43
14.	Referências Bibliográficas .....	44

## Índice de tabelas

Tabela 1: Variáveis e os respectivos instrumentos de recolha de dados .....	23
Tabela 2: Descrição das características demográficas, acesso a mensagem sobre PF e fertilidade das mulheres sexualmente activas, dos 15 aos 49 anos que usam contraceptivos .....	27
Tabela 3: Distribuição percentual das mulheres sexualmente activas, dos 15 aos 49 anos que usam contraceptivos, segundo características Sócio-econômicas .....	29
Tabela 4: Distribuição percentual das mulheres sexualmente activas, dos 15 aos 49 anos que usam contraceptivos, segundo características sócio-culturais .....	31
Tabela 5: Prevalencia do uso de contraceptivos entre mulheres sexualmente activas dos 15 aos 49 anos. 32	
Tabela 6: Associação entre factores demográficas e o uso de contraceptivos entre mulheres sexualmente activas em idade reprodutiva (15–49 anos); .....	33
Tabela 7: Associação entre factores sócio-econômicos e o uso de contraceptivos entre mulheres sexualmente activas em idade reprodutiva (15–49 anos).....	34
Tabela 8: Associação entre factores sócio-culturais e o uso de contraceptivos entre mulheres sexualmente activas em idade reprodutiva (15–49 anos). .....	36

## Índice de gráficos

Figura 1: Estrutura conceptual para uso de contraceptivos entre mulheres em idade reprodutiva (Autoria do proponente) .....	15
---	----

## SIGLAS E ABREVIATURAS

AE	Áreas de Enumeração
AF	Agregado Familiar
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
IMASIDA	Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária, HIV e SIDA
INE	Instituto Nacional de Estatística
INS	Instituto Nacional de Saúde
INSIDA	Inquérito Nacional sobre o Impacto do HIV e SIDA
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
MISAU	Ministério da Saúde
ODS	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não governamental
PF	Planeamento Familiar
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
US	Unidade Sanitária

## **Resumo**

**Introdução:** O uso de contraceptivos continua a representar um desafio significativo para a saúde pública, particularmente em países em desenvolvimento, como Moçambique. A baixa adesão a métodos contraceptivos contribui para consequências adversas, tais como o aumento de gravidezes não desejadas, a elevação do risco de abortos inseguros e, por conseguinte, o agravamento das taxas de mortalidade materna e infantil. Para além dos impactos na saúde, essa realidade afecta negativamente a educação, o bem-estar e o desenvolvimento socioeconómico das mulheres.

**Objectivo:** Analisar os factores associados ao uso de contraceptivos por mulheres sexualmente activas e em idade reprodutiva, em Moçambique, com base nos dados do Inquérito Demográfico e de Saúde 2022-2023.

**Metodologia:** Foi realizado um estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa, utilizando os dados do Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique 2022-2023. Do total de 13.183 mulheres em idade reprodutiva inquiridas, 7.456 foram consideradas sexualmente activas, constituindo a amostra deste estudo. A análise incluiu regressão logística bivariada e multivariada para testar associações entre o uso de contraceptivos e possíveis factores de risco, sendo considerado estatisticamente significativo o valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** O uso de contraceptivos foi reportado por 32,8% (IC 95%: 30,9–34,8) das mulheres sexualmente activas, sendo que 32% delas usam métodos modernos e 0,81% o tradicional. Das 5010 mulheres entrevistadas que revelaram não usar contraceptivos, 75,83% referiram não ter intenção em usar e 24,2% manifestaram interesse em usar mais tarde. Mulheres expostas a mensagens de PF apresentaram 2.61 vezes maior a probabilidade de usar contraceptivos.

**Conclusão:** Os resultados destacam a influência de factores educacionais, socioeconómicos, demográficos e culturais na decisão sobre o uso de contraceptivos em Moçambique. A idade, o nível de escolaridade, o quintil de riqueza, a religião, o estado civil e a exposição a mensagens sobre o planeamento familiar mostraram-se determinantes no uso desses métodos. Além disso, verificou-se que as regiões Norte e Centro estão mais expostas à influência de normas religiosas e culturais que podem limitar a adesão ao planeamento familiar.

**Palavras-chaves:** Contraceptivos, planeamento familiar, mulheres em idade reprodutiva, mulheres sexualmente activas.

## Abstract

**Introduction:** The use of contraceptives remains a significant public health challenge, particularly in developing countries such as Mozambique. Low adherence to contraceptive methods contributes to adverse outcomes, including an increase in unintended pregnancies, a higher risk of unsafe abortions, and consequently, elevated maternal and infant mortality rates. Beyond health implications, this situation also negatively affects women's education, well-being, and socioeconomic development.

**Objective:** To analyze the factors associated with contraceptive use among sexually active women of reproductive age in Mozambique, based on data from the 2022–2023 Demographic and Health Survey (DHS).

**Methodology:** A descriptive, cross-sectional, and quantitative study was conducted using data from the 2022–2023 Mozambique DHS. Of the 13183 women of reproductive age surveyed, 7456 were considered sexually active and formed the sample for this study. Bivariate and multivariate logistic regression analyses were used to assess associations between contraceptive use and potential risk factors, with a significance level set at  $p < 0.05$ .

**Results:** Contraceptive use was reported by 32.8% (95% CI: 30.9–34.8) of sexually active women, with 32% using modern methods and 0.81% using traditional methods. Among the 5,010 women interviewed who reported not using contraceptives, 75.83% stated they had no intention of using them, while 24.2% expressed interest in using them later. Women exposed to family planning messages were 2.61 times more likely to use contraceptives.

**Conclusion:** The findings highlight the influence of educational, socioeconomic, demographic, and cultural factors on contraceptive use in Mozambique. Age, level of education, wealth quintile, religion, marital status, and exposure to family planning messages were identified as key determinants. Additionally, it was found that the Northern and Central regions are more strongly influenced by religious and cultural norms that may limit adherence to family planning.

**Keywords:** Contraceptives, family planning, women of reproductive age, sexually active women.

## **1. Motivação**

Moçambique, como muitos países da África Subsaariana, enfrenta desafios significativos em relação à saúde sexual e reprodutiva. Em 2011, a necessidade não satisfeita de planeamento familiar (PF) em Moçambique era de 22,3%, indicando que aproximadamente uma em cada dez mulheres utilizava contraceptivos, enquanto cerca de duas em cada dez tinham necessidades insatisfeitas de contracepção, ou seja, não possuíam meios para evitar gravidezes indesejadas (UNFPA, 2012).

Apesar dos avanços nos programas de PF, ainda há uma lacuna significativa na compreensão das dinâmicas locais que afectam a utilização de métodos contraceptivos. Esta lacuna justifica a necessidade de estudos focados em contextos específicos, como Moçambique, onde a combinação de factores culturais, religiosos e económicos molda o comportamento reprodutivo das mulheres (INE & ICF, 2024; MISAU, 2010)

A minha motivação pessoal para a presente pesquisa é poder contribuir para um tema de extrema importância e relevância social. Acredito que a pesquisa nesta área é fundamental para eliminar barreiras que limitam o acesso das mulheres a saúde reprodutiva, seja por razões culturais, económicas, educacionais ou sociais.

Como moçambicano e profissional da área de saúde, com esposa, familiares e amigos, testemunhei vários desafios enfrentados por mulheres em idade reprodutiva no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva, como é o caso da gravidez na adolescência, complicações do parto, aborto inseguro e mortalidade materna. Estes desafios causam consequências negativas para a saúde das mulheres e das crianças e que contribuem para o baixo nível de escolaridade, aumento da pobreza e fraco empoderamento feminino.

Esta realidade gerou em mim um profundo interesse em investigar os factores que afectam a decisão de usar métodos contraceptivos, com o objectivo de contribuir para que outras mulheres possam ter acesso aos serviços de PF, de forma segura e adequada às suas necessidades.

Como funcionário do Ministério da Saúde, tenho a oportunidade de contribuir para a melhoria da saúde e qualidade de vida das pessoas, especialmente aquelas mais vulneráveis e marginalizadas. Através da análise dos dados e informações obtidas na pesquisa, propomos recomendações

---

Factores associados ao uso de contraceptivos entre mulheres sexualmente activas e em idade reprodutiva, em Moçambique

específicas para melhorar a oferta de métodos contraceptivos, aumentar a conscientização sobre sua importância e promover a equidade de género no acesso aos serviços de saúde reprodutiva a todos níveis.

Por fim, esta pesquisa foi uma oportunidade para desenvolver minhas habilidades de pesquisa, análise de dados e redação académica, o que é fundamental para a minha formação académica e profissional. Espero que este trabalho contribua para um avanço significativa no campo da saúde reprodutiva, e que possa inspirar outras pesquisas nesta área tão importante e desafiadora.

## **2. Objectivos**

### **2.1. Objectivo geral**

Analisar os factores associados ao uso de métodos contraceptivos por mulheres sexualmente activas em idade reprodutiva, em Moçambique, com base na análise secundária dos dados do Inquérito Demográfico e de Saúde 2022-2023 (IDS 2022-2023).

### **2.2. Objectivos específicos**

- Descrever as características sócio-económicas e demográficas das mulheres sexualmente activas e em idade reprodutiva incluídas no estudo;
- Identificar a prevalência do uso de métodos contraceptivos entre mulheres sexualmente activas e em idade reprodutiva em Moçambique;
- Descrever os tipos de métodos contraceptivos usados pelas mulheres sexualmente activas e em idade reprodutiva;
- Determinar os factores associados ao uso de contraceptivos por mulheres sexualmente activas e em idade reprodutiva em Moçambique.

### **3. Contribuição do estudo**

A taxa de natalidade em Moçambique permanece elevada em comparação com a média global e outros países da África Subsaariana, situando-se em torno de 35 nascimentos por 1.000 habitantes. Esse índice reflecte um crescimento populacional acelerado, impulsionado por uma população maioritariamente jovem, onde uma grande proporção de mulheres está em idade reprodutiva (INE & ICF, 2024).

A alta taxa de natalidade exerce uma pressão significativa no acesso e qualidade dos serviços de saúde, principalmente para mulheres e crianças, aumentando as taxas de mortalidade materna e infantil. No campo educacional, exige mais escolas, professores e recursos, o que representa um desafio orçamentário para o governo. Outro impacto importante é o aumento da pobreza, dado que uma população crescente, em um contexto de recursos limitados, torna mais difícil o acesso a empregos e condições de vida adequadas para todos.

A elevada taxa de natalidade está frequentemente associada a uma baixa utilização de métodos contraceptivos, o que resulta em uma alta taxa de fecundidade. Muitos factores influenciam essa baixa adesão aos contraceptivos, incluindo o acesso limitado aos serviços de PF, barreiras culturais e falta de educação sobre saúde reprodutiva. Consequentemente, as altas taxas de gravidez indesejada e precoce são comuns, trazendo riscos significativos para a saúde de mulheres jovens, incluindo a mortalidade materna e infantil.

Abordar este tema no contexto de Moçambique adiciona valor significativo à literatura académica, especialmente no contexto de países em desenvolvimento onde as dinâmicas culturais, socioeconómicas e de género desempenham um papel crucial na saúde reprodutiva. Embora existam estudos globais que exploram o uso de contraceptivos (Frini & Muller, 2017; Sedgh et al., 2016), há uma lacuna notável na literatura específica que aborde os contextos e desafios únicos de Moçambique. Este estudo, portanto, contribui ao fornecer uma análise detalhada e localizada, que considera as peculiaridades culturais, socio-económicas e institucionais do país.

Do ponto de vista prático, os resultados deste estudo têm o potencial de informar e aprimorar a formulação de políticas públicas e programas de saúde reprodutiva em Moçambique. As políticas existentes, como a Estratégia Nacional de Planeamento Familiar, muitas vezes enfrentam desafios

na implementação devido à falta de compreensão das barreiras culturais e sócio-económicas que afectam o uso de contraceptivos (MISAU, 2010)

Este estudo também contribui significativamente para o desenvolvimento social e o empoderamento das mulheres em Moçambique, promovendo um maior entendimento sobre como as mulheres podem exercer controle sobre suas escolhas reprodutivas. O empoderamento reprodutivo é um componente essencial para a igualdade de género, permitindo que as mulheres participem mais plenamente na vida económica, social e política de suas comunidades.

Esta pesquisa irá incentivar a realização de estudos mais aprofundados em áreas que não foram abordadas, principalmente num contexto onde o acesso e utilização dos serviços de PF constitui ainda um grande desafio.

As conclusões deste estudo podem ajudar a quebrar ciclos de pobreza inter-geracional, ao capacitar as mulheres para que tomem decisões informadas sobre quando e quantos filhos desejam ter, contribuindo assim para famílias menores e mais saudáveis. O acesso ao PF e ao uso de contraceptivos é uma das intervenções mais eficazes para melhorar a saúde materna e infantil, além de promover o desenvolvimento económico (Bongaarts, 2014). Portanto, ao contribuir para o aumento do uso de contraceptivos em Moçambique, este estudo também apoia os esforços de desenvolvimento sustentável do país.

#### 4. Problema

Entende-se por contracepção, a prevenção intencional da gravidez através da utilização de métodos contraceptivos, sendo o PF um dos serviços habitualmente utilizados por quem quer fazer alguma forma de contracepção (MISAU, 2010).

Cerca de 214 milhões de mulheres em países em desenvolvimento desejam evitar a gravidez, mas não utilizam métodos contraceptivos eficazes, contribuindo para um ciclo de gravidezes não planeadas, o aumento do risco de abortos inseguros e de mortalidade materna, bem como o impacto negativo na educação e na carreira das mulheres (S. Singh et al., 2014). Este padrão é evidente em Moçambique, onde a taxa de mortalidade materna permanece elevada, estimada em 289 por 100.000 nascidos vivos, muitas vezes agravada por abortos inseguros resultantes de gravidezes não desejadas (UNFPA, 2022).

O uso de contraceptivos é um dos temas centrais para os sistemas de saúde pública em países em desenvolvimento, como Moçambique. Apesar dos avanços em termos de acesso a serviços de saúde reprodutiva, as taxas de prevalência de contraceptivos modernos permanecem baixas em comparação com outras regiões do mundo. Em Moçambique, a taxa de uso de contraceptivos modernos situa-se em aproximadamente 26%. Este número é inferior à média da África Subsaariana, onde algumas regiões registam taxas superiores a 50% (INE & ICF, 2024).

A baixa utilização dos serviços de PF afecta a economia local e global, pois as famílias tendem a ter mais filhos do que podem sustentar, o que leva a um aumento da pobreza e da fome (Cleland et al., 2012).

Embora as taxas de Mortalidade Materna tenham diminuído nas últimas décadas, algumas áreas do mundo, como a África Subsaariana continuam a ter taxas muito altas, com cerca de 546 mortes por 100.000 nascidos vivos. A promoção do PF em países com altas taxas de natalidade, tem o potencial de reduzir em cerca de 32% a mortalidade materna e em 10% a mortalidade infantil (Cleland et al., 2012).

O uso dos contraceptivos é influenciado por vários factores, incluindo barreiras socioculturais, económicas e institucionais. o acesso limitado a informações sobre métodos contraceptivos modernos e os mitos associados ao seu uso constituem barreiras significativas, particularmente em

---

Factores associados ao uso de contraceptivos entre mulheres sexualmente activas e em idade reprodutiva, em Moçambique

comunidades rurais. Além disso, a dinâmica de gênero, onde as mulheres têm pouca autonomia para tomar decisões sobre saúde reprodutiva, também afeta negativamente a adoção de contraceptivos (Cleland et al., 2012; Sedgh et al., 2016).

A deficiência na qualidade e na disponibilidade dos serviços de saúde reprodutiva é outro factor significativo. A falta dos materiais, como preservativos ou implantes, além do treinamento inadequado de profissionais de saúde, contribui para as baixas taxas de uso (Williamson et al., 2009). Em Moçambique, a situação é agravada pelas desigualdades regionais no acesso a esses serviços, onde áreas urbanas apresentam melhores indicadores do que as áreas rurais (INE & ICF, 2024).

Outro aspecto relevante é a influência da educação sobre o uso de contraceptivos. Mulheres com maior nível de educação tendem a usar contraceptivos modernos com mais frequência do que aquelas com educação limitada. O medo de efeitos secundários, preocupações culturais e a falta de programas educativos que abordem o PF de forma abrangente perpetua altos índices de necessidades contraceptivas não atendidas. (L. M. Singh et al., 2020).

No contexto de Moçambique, há ainda desafios relacionados às normas culturais e religiosas. A influência de lideranças religiosas que desencorajam o uso de contraceptivos modernos é um obstáculo significativo. Esse fenómeno é mais evidente em comunidades onde os valores tradicionais prevalecem sobre as práticas médicas contemporâneas (Agadjanian, 2013).

É evidente que o uso de contraceptivos em Moçambique é influenciado por uma combinação de factores socio-económicos, culturais e institucionais. Identificar e compreender essas barreiras é essencial para a formulação de políticas eficazes que visem aumentar a prevalência do uso de contraceptivos e, assim, melhorar os indicadores de saúde materna e infantil no país (MISAU, 2014).

Portanto, a pesquisa sobre os factores associados ao uso dos contraceptivos entre mulheres em idade reprodutiva levou em consideração os factores apresentados e investigamos como eles se relacionam especificamente Moçambique.

## **5. Questão de pesquisa**

Quais são os factores associados ao uso de contraceptivos entre mulheres sexualmente activas e em idade reprodutiva (15-49 anos) em Moçambique?

## 6. Revisão bibliográfica

Globalmente, dos 1.9 mil milhões de mulheres em idade reprodutiva, 1.1 mil milhões de mulheres têm necessidade de PF. Destas mulheres, 851 milhões utilizam um método contraceptivo moderno e 85 milhões de mulheres utilizam um método tradicional. Contudo, há disparidades significativas entre regiões, com a África Subsaariana apresentando as taxas mais baixas de utilização (26%) em comparação com regiões como América Latina e Caribe, onde o uso chega a 66%. Isso significa que 164 milhões de mulheres que expressam a necessidade de evitar ou adiar a gravidez ainda não têm acesso a métodos contraceptivos eficazes, destacando a lacuna de atendimento ao PF (UNFPA, 2022; United Nations, 2019).

Apesar dos esforços governamentais e de parceiros internacionais, o uso de contraceptivos modernos permanece baixo, com apenas cerca de 26% das mulheres em idade reprodutiva utilizando esses métodos. Essa taxa está ligeiramente abaixo da média da África Subsaariana (37%), e consideravelmente inferior em comparação com alguns países vizinhos, como a Tanzânia (32%) e Zimbabué (50%) (INE & ICF, 2024; UNFPA, 2022).

As infecções de transmissão sexual (ITSs), incluindo o HIV/SIDA, representam uma preocupação significativa de saúde pública no mundo, com impactos importantes na saúde das populações e nos sistemas de saúde. Cerca de 39 milhões de pessoas vivem com o HIV/SIDA em todo o mundo, sendo que a África Subsaariana representa cerca de 65%. Aproximadamente 2.1 milhões de pessoas estão em Moçambique, o que coloca o país entre os dez mais afectados globalmente. Moçambique tem uma prevalência de HIV de 12,5% entre adultos com idades entre 15 e 49 anos, sendo maior nas mulheres (15,0%) do que em homens (9,5%), o que representa um dos maiores desafios de saúde pública no país (INS, 2021).

Estudos realizados na África Subsaariana concluíram que factores como baixa escolaridade, renda limitada, idade avançada, falta de conhecimento sobre contracepção, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a influência negativa dos parceiros são as principais barreiras para o uso de contraceptivos. Esses factores combinados contribuem para uma alta necessidade não atendida de contracepção e para o baixo uso de métodos contraceptivos na região (Sedgh et al., 2016; Yaya et al., 2021).

Países da África Subsaariana e do Sul da Ásia mostram que mulheres com níveis mais altos de escolaridade tendem a estar mais informadas e a usar os métodos contraceptivos de forma mais consistente. No entanto, o medo dos efeitos colaterais, agravado por informações incorrectas, também desempenha um papel importante. Em Moçambique, foi observado que a percepção negativa sobre os possíveis efeitos adversos dos métodos reduz a aceitação dos contraceptivos (Cleland et al., 2012; Pires et al., 2022).

O uso de contraceptivos é mais comum entre mulheres que já têm filhos, pois desejam controlar o tamanho da família. Em contextos da África Ocidental, estudos revelam que, em regiões com altas taxas de fertilidade, mulheres casadas demonstram maior interesse em controlar o número de filhos. Nos países em desenvolvimento, cerca de 201 milhões de mulheres não praticam PF, sendo que 137 milhões correm o risco de uma gravidez não desejada por não utilizarem nenhum método contraceptivo, e 64 milhões utilizam métodos tradicionais menos eficazes. A falta de autonomia e poder de decisão dentro das relações íntimas são apontados como barreiras significativas no uso dos contraceptivos (MISAU, 2010, 2014)

Em países de baixa renda, há também barreiras culturais e religiosas que dificultam o uso de contraceptivos. Essas barreiras incluem normas sociais que desencorajam o PF e a influência de lideranças tradicionais. Campanhas de sensibilização culturalmente adaptadas podem ser eficazes para superar essas barreiras e aumentar a aceitação dos métodos contraceptivos (Darroch, 2018). Foi constatado na Nigéria que a partilha de mensagens bíblicas personalizadas que abordam informações importantes sobre saúde e mudança de comportamento para apoiar comportamentos positivos de saúde familiar, os líderes religiosos criam um ambiente de apoio para mulheres e seus parceiros tomarem decisões saudáveis sobre o PF para si e suas famílias (al., 2018). Em contraste, no Paquistão onde predomina o islamismo, líderes religiosos não são a favor do PF e não concordaram em incluir aspectos relacionados com o PF nas suas pregações (Adedini et al., 2018; Zafar, 2024).

No contexto moçambicano, foi concluído que mulheres com qualquer afiliação religiosa, consideradas como um todo, eram mais propensas a usar contraceptivos do que mulheres não afiliadas, sendo que católicos e protestantes tradicionais mostraram uma maior probabilidade de uso de contraceptivos modernos do que pentecostais (Agadjanian, 2013). São evidentes as

---

Factores associados ao uso de contraceptivos entre mulheres sexualmente activas e em idade reprodutiva, em Moçambique

diferenças entre cristãos e muçulmanos, sendo que foi observado maior uso de contraceptivos em cristãos do que em muçulmanos (Agadjanian et al., 2009).

A pressão de parceiros, familiares ou da comunidade em geral influencia fortemente as decisões das mulheres sobre o uso de contraceptivos. Estudo realizado na Etiópia, identificou que, em muitas sociedades onde as normas de género são rígidas, a decisão de usar contraceptivos não é inteiramente da mulher, sendo muitas vezes influenciada pelos desejos do parceiro (Bankole & Singh, 1998; Gudu et al., 2023). A família é crucial para actuar nos determinantes de saúde das mulheres e dos adolescentes, no entanto, programas que envolvem os parceiros e as comunidades têm mostrado aumentar a aceitação e adesão aos métodos contraceptivos (Chavane, 2019).

A necessidade de melhorar a disponibilidade de contraceptivos e de resolver o problema dos longos tempos de espera são determinantes chave para o uso de contraceptivos (Chavane et al., 2017). Em Moçambique, especialmente nas áreas rurais, a falta de acesso a serviços de saúde e métodos contraceptivos constitui obstáculo significativo. Um estudo realizado em áreas rurais de quatro distritos na província de Gaza, concluiu que a distancia até as US's constitui uma componente crítica para o uso dos serviços de PF (Agadjanian et al., 2015)

Uma meta-análise feita em Burkina Faso, Paquistão e Tanzânia, concluiu que, em muitos contextos, a qualidade inadequada dos serviços desestimula as mulheres a buscar assistência em PF (Moucheraud et al., 2024). Em Moçambique, melhorias na formação dos profissionais de saúde e a implementação de serviços centrados nas necessidades das mulheres têm sido essenciais para aumentar a adesão aos métodos contraceptivos (Galle et al., 2018). Pesquisa mais recente também sugeriu que a qualidade dos serviços oferecidos afecta directamente a continuidade do uso de contraceptivos.

No Quénia, destacou-se que a educação oferecida nos serviços de saúde pode corrigir mal-entendidos e preconceitos sobre os métodos contraceptivos. Em Moçambique, o uso de tecnologias digitais para promover a educação em saúde reprodutiva entre mulheres jovens foi recentemente associado a um aumento da conscientização sobre contraceptivos. Um estudo no Uganda também mostrou que o uso de *mídias* sociais e aplicativos móveis pode expandir o alcance dos programas

de educação e aumentar o uso adequado dos métodos (Kipruto et al., 2022; Sully et al., 2019; Yaya et al., 2021).

A taxa de uso de contraceptivos entre adolescentes moçambicanas (15-19 anos) é de apenas 14%, uma das mais baixas na África Austral. As razões incluem estigmatização social e falta de acesso a serviços amigáveis para jovens (MISAU et al., 2015)

## **Métodos Contraceptivos**

### Métodos hormonais

- Pílula anticoncepcional combinada (estrogénio + progesterona)
- Injecção contraceptiva (mensal ou trimestral)
- Implante subcutâneo (libertação contínua de progesterona)
- Adesivo transdérmico (hormonas absorvidas pela pele)

### Métodos de barreira

- Preservativo masculino
- Preservativo feminino

### Métodos intra-uterinos

- DIU de cobre (não hormonal, cria um ambiente hostil aos espermatozoides)
- DIU hormonal (liberta progesterona para impedir a ovulação e espessar o muco cervical)

### Métodos naturais

- Tabela (método do calendário)
- Coito interrompido (retirada antes da ejaculação)

### Métodos definitivos (Esterilização Cirúrgica)

- Laqueação tubária (bloqueio das trompas de Falópio na mulher)
- Vasectomia (bloqueio dos canais deferentes no homem)

### Contraceção de emergência

- Pílula do dia seguinte (hormonal, impede ou atrasa a ovulação)
- DIU de cobre (pode ser inserido até 5 dias após a relação para evitar a implantação do óvulo)

## 7. Enquadramento conceptual

A taxa de mortalidade materna em Moçambique ainda continua uma das mais altas da região, estimada em 223 mortes por 100.000 nascidos vivos. O objectivo de Desenvolvimento Sustentável é reduzir a mortalidade materna para menos de por 100.000 nados vivos (INE & ICF, 2024; UNFPA, 2022).

O estudo dos factores associados ao uso de contraceptivos entre mulheres sexualmente activas e em idade reprodutiva em Moçambique envolve uma análise multidimensional que abrange aspectos individuais, sócio-culturais, sócio-económicos, e de acesso e qualidade dos serviços de saúde. Cada um desses factores contribui de forma significativa para a compreensão dos padrões de comportamento reprodutivo no contexto moçambicano.

A figura 1 apresenta a variável dependente (uso de contraceptivos) que é influenciada pelas variáveis independentes (factores individuais, socioculturais, socioeconómicos e de acesso e qualidade dos serviços de saúde).

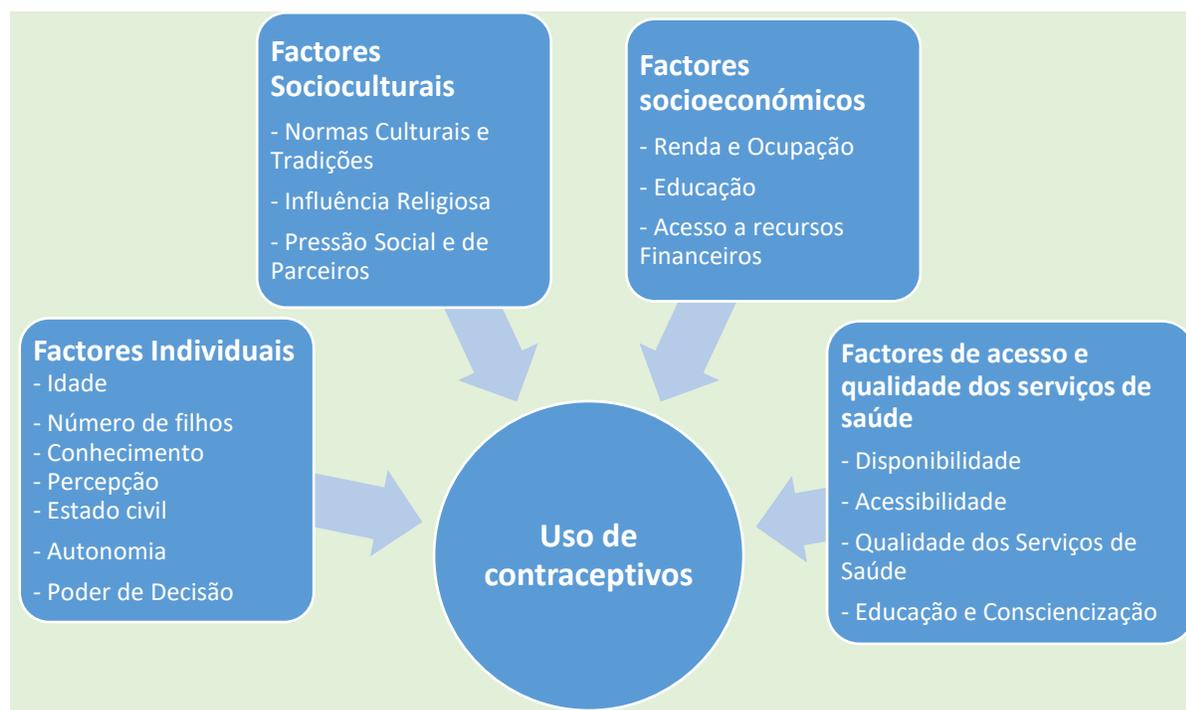


Figura 1: Estrutura conceptual para uso de contraceptivos entre mulheres em idade reprodutiva (Figura adaptada pelo autor)

### **7.1. Factores Individuais**

Os factores individuais referem-se a características pessoais das mulheres que influenciam suas decisões sobre o uso de contraceptivos. Entre esses factores, incluem-se idade, número de filhos, estado civil, e nível de conhecimento sobre contracepção. Mulheres mais jovens tendem a ter menor uso de contraceptivos comparadas às mais velhas, especialmente se ainda não tiveram filhos, devido à pressão cultural para provar sua fertilidade (Machiyama & Cleland, 2014).

Além disso, o conhecimento sobre contraceptivos desempenha um papel crucial. O nível de entendimento sobre os diferentes métodos contraceptivos, seus benefícios e efeitos colaterais, influencia directamente a adesão a esses métodos. No entanto, a autonomia da mulher nas decisões reprodutivas também é essencial. Em muitos casos, a capacidade da mulher de tomar decisões sobre seu próprio corpo está limitada pelo seu parceiro ou pela família, o que pode restringir o uso de contraceptivos (UNFPA, 2021; Upadhyay et al., 2014).

### **7.2. Factores Socioculturais**

Os factores socioculturais envolvem as normas, valores e tradições que moldam o comportamento reprodutivo em uma sociedade. Em Moçambique, como em muitos países africanos, as expectativas em relação ao papel das mulheres na reprodução e o tamanho ideal da família têm forte influência sobre o uso de contraceptivos. As normas de género frequentemente atribuem às mulheres a responsabilidade de ter muitos filhos, o que pode desencorajar o uso de métodos contraceptivos, especialmente em áreas rurais (Castro Lopes et al., 2022)

Outro factor sociocultural importante é a influência dos parceiros e comunicação conjugal. Estudos mostram que as mulheres têm maior probabilidade de usar contraceptivos quando há uma comunicação aberta entre elas e seus parceiros sobre o PF. No entanto, a falta de diálogo sobre contracepção, muitas vezes por medo de oposição ou conflito, é comum em contextos onde os homens desempenham um papel dominante nas decisões reprodutivas (Apanga & Adam, 2015; Bankole & Singh, 1998).

A religião também exerce um impacto significativo. Em Moçambique, tanto o catolicismo quanto o islamismo podem influenciar negativamente a adopção de métodos contraceptivos, com crenças religiosas que vêem a contracepção como contrária aos princípios de crescimento familiar. No

entanto, essa influência pode variar conforme as interpretações das normas religiosas (Agadjanian, 2013; Gebremariam & Addissie, 2014; Zafar, 2024)

### **7.3. Factores Sócio-económicos**

Os factores socio-económicos têm uma correlação directa com o uso de contraceptivos, especialmente no que diz respeito à educação e nível de renda. Mulheres com maior nível de escolaridade são mais propensas a usar contraceptivos, pois tendem a ter maior acesso à informação sobre saúde reprodutiva e a participar de forma mais activa em decisões sobre o PF (Bongaarts & Casterline, 2013). Além disso, a educação feminina está frequentemente associada a maiores níveis de empoderamento, o que aumenta a probabilidade de essas mulheres fazerem escolhas conscientes sobre o uso de métodos contraceptivos (Upadhyay et al., 2014).

O nível de renda também é um factor importante. Mulheres de famílias com maior poder económico têm mais facilidade para acessar os serviços de saúde e adquirir métodos contraceptivos. Em contrapartida, a pobreza é uma barreira significativa, limitando o acesso e a capacidade de pagar por contraceptivos, especialmente nas zonas rurais (Machiyama & Cleland, 2014)

### **7.4. Factores de Acesso e Qualidade dos Serviços de Saúde**

O acesso e a qualidade dos serviços de saúde são determinantes cruciais no uso de contraceptivos. Serviços de saúde acessíveis e de qualidade aumentam significativamente a adopção de métodos contraceptivos (Hounton et al., 2015). No entanto, em Moçambique, há uma disparidade acentuada entre as áreas urbanas e rurais no que se refere à disponibilidade desses serviços. Mulheres nas zonas urbanas tendem a ter maior acesso a centros de saúde e profissionais capacitados, enquanto aquelas nas áreas rurais enfrentam barreiras relacionadas à distância, falta de infra-estruturas e profissionais de saúde mal treinados (Agadjanian et al., 2015; Castro Lopes et al., 2022).

Além da acessibilidade, a qualidade do atendimento é outro aspecto essencial. Mulheres que experimentam maus-tratos ou atendimento inadequado em clínicas de saúde tendem a evitar a busca por serviços de contracepção no futuro. A falta de privacidade, a discriminação e a falta de sensibilidade cultural por parte dos prestadores de saúde podem influenciar negativamente a decisão de usar contraceptivos (Chavane et al., 2017; Phiri et al., 2023).

---

Factores associados ao uso de contraceptivos entre mulheres sexualmente activas e em idade reprodutiva, em Moçambique

Outro ponto é a disponibilidade de diferentes métodos contraceptivos. Quando as mulheres têm acesso limitado a opções contraceptivas variadas, isso pode reduzir a probabilidade de encontrarem um método que atenda às suas necessidades individuais, levando à não adesão ou ao abandono do uso (Hounton et al., 2015).

## **8. Metodologia**

### **8.1. Desenho de estudo**

É um estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa, com dados retrospectivos usando como base a análise secundária de dados do IDS 2022-2023, para identificar os factores associados ao uso de contraceptivos em mulheres.

### **8.2. Local de estudo**

Moçambique é um país situado na costa sudeste da África, limitando-se com o Oceano Índico a leste e com vários países, incluindo Tanzânia, Malawi, Zâmbia, Zimbábue, África do Sul e Suazilândia. As coordenadas aproximadas de Moçambique estão entre 10° e 27° S e 30° e 41° E.

O país é dividido em 11 províncias: Maputo (cidade), Maputo (província), Gaza, Inhambane, Sofala, Manica, Tete, Zambézia, Nampula, Niassa e Cabo Delgado. Além das províncias, Moçambique possui municípios, distritos e postos administrativos como suas unidades político-administrativas.

A população de Moçambique é de 33.244.414 habitantes, segundo a projeção do censo 2017 (INE, 2017). A estrutura etária da população é relativamente jovem, com uma grande proporção (48%) de pessoas com idade abaixo de 14 anos. O país possui uma diversidade étnica significativa, com várias etnias e línguas faladas, sendo o português a língua oficial e o idioma mais utilizado na administração pública, educação e comunicação social

### **8.3. Período do estudo**

O presente estudo compreende o período de recolha de dados entre 27 de Julho de 2022 à 27 de Fevereiro de 2023.

### **8.4. População do estudo**

Este estudo utilizou o recente IDS 2022-2023 para determinar os factores associados ao uso de contraceptivos entre mulheres sexualmente activas em idade reprodutiva, em Moçambique.

O IDS recolheu dados sobre vários aspectos da saúde e do bem-estar das mulheres. O inquérito é um estudo representativo a nível nacional, com uma amostra representativa ponderada de 13.183 mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos.

A população do estudo foi composta por mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) e sexualmente activas, residentes em Moçambique. Essa faixa etária foi privilegiada para o presente estudo porque abrange o período em que as mulheres estão em idade fértil e têm maior probabilidade de usar serviços de PF.

Para este estudo, foram consideradas como sexualmente activas as mulheres que referiram ter tido relações sexuais nas quatro semanas anteriores a entrevista.

## **8.5. Critérios de Inclusão e Exclusão**

### **Critérios de Inclusão**

- Mulheres sexualmente activas com idade entre 15 e 49 anos de idade;

### **Critérios de Exclusão**

- Mulheres que reportaram não ter relação sexual nas últimas 4 semanas
- Mulheres cujas informações sobre o uso de contraceptivos ou outros factores relevantes estão ausentes ou incompletas nos dados do IDS 2022-2023;

## **8.6. Amostragem e amostra do IDS**

### **Amostragem**

O processo de amostragem seguiu um desenho amostral probabilístico e estratificado em duas etapas, garantindo representatividade nacional, provincial, urbana e rural.

- 1ª Etapa – Seleção de conglomerados (clusters)

Nesta fase, foi utilizado IV Recenseamento Geral da População e Habitação (IV RGPH) de 2017, que fornece a listagem e a delimitação de todas as Áreas de Enumeração (AEs) do país. Cada AE é uma unidade geográfica que abrange um número conhecido de agregados familiares. É usada como conglomerado na amostragem.

De seguida, o país foi dividido por província e por área de residência (urbana/rural), criando diferentes estratos amostrais. Dentro de cada estrato, as AEs foram selecionadas aleatoriamente com probabilidade proporcional ao número de agregados familiares que elas continham, tendo sido selecionados no total 619 AEs, sendo 232 urbanas e 387 rurais.

No entanto, devido a questões de segurança, duas AEs não foram abrangidas pelo estudo: uma na província de Cabo Delgado e outra na província da Zambézia, ambas em áreas rurais.

- 2ª Etapa – Seleção de agregados familiares (AFs)

Dentro de cada AE selecionada, 26 agregados familiares foram escolhidos sistematicamente com probabilidades iguais. Esse processo resultou em um total de 16.045 agregados familiares previstos na amostra inicial, tendo sido entrevistados apenas 14.250 agregados familiares.

- Operação de Listagem de Domicílios

Antes da realização das entrevistas, as equipas de campo conduziram um processo de listagem para criar um quadro de amostragem atualizado. Essa etapa envolveu:

- Identificação e mapeamento das estruturas residenciais e não residenciais dentro das AEs selecionadas.
- Registo de informações detalhadas sobre os domicílios, incluindo o nome dos chefes dos agregados familiares.
- Recolha de coordenadas geográficas (latitude, longitude e altitude) via GPS para melhor localização das AEs.

Esse processo garantiu que a amostragem fosse abrangente e representativa da população residente em agregados familiares, excluindo aqueles que moravam em habitações coletivas ou estavam em situação de rua.

O procedimento completo de amostragem e ponderação dos dados está detalhado no Relatório Final do IDS 2022-2023.

## **Amostra**

A amostra do Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) 2022–2023 foi composta por 13.183 mulheres em idade reprodutiva (15–49 anos), selecionadas a partir de agregados familiares incluídos no plano amostral. Inicialmente, foram selecionados 16.045 agregados familiares, mas a

---

Factores associados ao uso de contraceptivos entre mulheres sexualmente activas e em idade reprodutiva, em Moçambique

amostra final ponderada resultou em um número ligeiramente inferior, devido a perdas durante a recolha de dados.

Durante o trabalho de campo, foram identificadas 13.976 mulheres elegíveis para entrevista individual. As entrevistas foram concluídas com 13.183 mulheres, correspondendo a uma taxa de resposta de 94%. Esta taxa elevada reflecte o sucesso do trabalho de campo, embora tenham ocorrido algumas perdas relacionadas à não resposta, recusas ou desafios operacionais.

Importa destacar que a amostra do IDS excluiu as populações residentes em habitações coletivas, como hotéis, hospitais, quartéis e sem-abrigo, que representam menos de 0,5% da população nacional, de modo a garantir maior homogeneidade e comparabilidade dos dados.

Para o presente estudo, foi extraído um subconjunto da amostra total, correspondente a 7.456 mulheres sexualmente ativas em idade reprodutiva, que constituem a população-alvo da análise.

### **8.7. Procedimentos de recolha de dados**

O estudo foi realizado com base nos dados do IDS 2022-2023, através do acesso a base de dados oficial do programa DHS <https://dhsprogram.com/data/available-datasets.cfm>, garantindo a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

A variável de resultado com preditores significativos será extraída do conjunto de dados familiares do IDS.

### **8.8. Variáveis**

#### **Variável dependente**

A variável dependente do estudo é o uso de métodos contraceptivos por mulheres sexualmente activas e em idade reprodutiva, a partir do auto-relato nas entrevistas.

#### **Variáveis explicativas**

Para a presente pesquisa foi feita a revisão de literatura existente, onde foram identificadas algumas variáveis que foram apontadas como tendo associação significativa com o uso de contraceptivos entre mulheres em idade reprodutiva.

Esses factores servirão como base para o presente estudo. Além disso, foram consultados diversos estudos recentes que analisaram factores associados ao uso e à continuidade dos contraceptivos em diferentes contextos da África Subsaariana e em outras regiões.

As variáveis do estudo analisadas foram: Faixa etária, religião, província, área de residência, chefe do agregado familiar, idade do chefe do agregado familiar, idade do chefe do agregado familiar, nível de escolaridade, quintil de riqueza, religião, estado civil, início da actividade sexual precoce (antes dos 18 anos), nº de filhos vivos, desejo de ter mais filhos, mensagens sobre o PF.

*Tabela 1: Variáveis e os respectivos instrumentos de recolha de dados*

<b>Objectivos</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Instrumentos para recolha de dados</b>
Descrever as características sócio-económicas e demográficas das mulheres sexualmente activas e em idade reprodutiva incluídas no estudo;	Demográficas: Idade, estado civil, nível de educação, zona de residência (urbana/rural), religião.  Socioeconómicas: Nível de rendimento, ocupação, posse de bens, acesso a serviços de saúde.	Inquérito Demográfico e de Saúde 2022-2023 (IDS 2022-2023)
Identificar a prevalência do uso de métodos contraceptivos entre mulheres sexualmente activas e em idade reprodutiva em Moçambique;	Variável dependente: Uso de contracepção (Sim/Não). Variáveis independentes: Idade, estado civil, número de filhos, acesso a serviços de saúde, nível de educação.	Inquérito Demográfico e de Saúde 2022-2023 (IDS 2022-2023)
Descrever os tipos de métodos contraceptivos usados pelas mulheres sexualmente activas e em idade reprodutiva;	Variável categórica: Tipo de métodos contraceptivos usados: Naturais, hormonais, barreira, intrauterinos, definitivos, emergência.	Inquérito Demográfico e de Saúde 2022-2023 (IDS 2022-2023)
Determinar os factores associados ao uso de contraceptivos por	Variável dependente: Uso de contracepção (Sim/Não).	Inquérito Demográfico e de

Factores associados ao uso de contraceptivos entre mulheres sexualmente activas e em idade reprodutiva, em Moçambique

mulheres sexualmente activas e em idade reprodutiva em Moçambique	Variáveis independentes: Idade, estado civil, nível de educação, zona de residência, religião, nível de rendimento, número de filhos, acesso a serviços de saúde, conhecimento sobre contracepção	Saúde 2022-2023 (IDS 2022-2023)
---	---	---------------------------------

### 8.9. Plano de gestão e análise de dados

A análise dos dados utilizou a base do Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) 2022-2023, que inclui informações sobre mulheres em idade reprodutiva em Moçambique. Devido ao desenho complexo do inquérito, com amostras estratificadas em diferentes níveis, foi aplicado o comando svy no software Stata 15 para ajustar as análises às ponderações e probabilidades de selecção. As ponderações garantiram que os resultados fossem representativos em nível nacional, provincial e por áreas urbanas e rurais, tornando as conclusões mais precisas e robustas.

Para resumir as características socioeconómicas e demográficas das mulheres participantes do estudo, foi utilizada estatística descritiva, com a apresentação de frequências absolutas e relativas. Para a análise estatística, utilizou-se regressão logística bivariada para identificar associações preliminares entre variáveis independentes e o uso de contraceptivos. Para variáveis categóricas, foi utilizado o *teste qui-quadrado de independência de Pearson* para comparar a distribuição do uso de contraceptivos entre as diferentes categorias das variáveis sociodemográficas.

Para controlar possíveis factores de confusão e identificar os determinantes independentes do uso de contraceptivos, foi realizada regressão logística multivariada. Esta análise permitiu ajustar para o efeito simultâneo de múltiplas variáveis, identificando quais factores mantiveram uma associação significativa com o uso de contraceptivos, após controlar os outros factores. Os resultados da regressão logística multivariada foram apresentados em odds ratio ajustado (AOR), com intervalos de confiança de 95% (IC 95%), permitindo avaliar a força e a direcção da associação entre as variáveis independentes e o uso de contraceptivos.

O nível de significância estatística foi definido como  $p < 0,05$  para todas as análises. Apenas associações com p-valor inferior a 0,05 foram consideradas estatisticamente significativas, ou seja, com uma probabilidade de erro inferior a 5%.

Toda a análise estatística foi realizada utilizando o software Stata, versão 15, que é amplamente utilizado para análises de dados complexos e ponderados. O uso deste programa garantiu a precisão na análise das variáveis com desenhos amostrais complexos, como é o caso do IDS.

## 9. Limitações do estudo

### 9.1. Dados Secundários:

- Controlo limitando sobre a qualidade e consistência das informações recolhidas, podendo levar à ocorrência de viés de resposta, omissões ou dados incompletos.

✓ Mitigação: Cruzar os dados do IDS 2022-2023 com outros estudos, relatórios de saúde pública ou inquéritos locais para verificar a consistência dos resultados.

### 9.2. Viés de relato

- Omissão de informações sobre uso de contraceptivos (viés de memória ou social), devido a normas culturais, tabu social ou falta de conhecimento.

✓ Mitigação: Complementar os dados secundários com entrevistas para compreender normas e tabus (não aplicado).

### 9.3. Desenho transversal

- Impossibilidade de estabelecer causalidade

✓ Mitigação: Aplicar métodos estatísticos como modelos de regressão multivariada, para controlar variáveis confundidoras e melhorar a interpretação das associações.

- Dados captam apenas um momento no temp, não permitindo captar tendências ou mudanças comportamentais ao longo do tempo.

✓ Mitigação: Recolha de dados periódicos para observar tendências e variações temporais (não aplicado).

#### 9.4. Generalização dos resultados

- Os resultados encontrados podem não ser generalizáveis a outros contextos ou países.

✓ Mitigação: Contextualizar claramente os achados à realidade local.

## 10. Resultados

As características sócio-económicas e demográficas das 7.456 mulheres sexualmente activas de 15 a 49 anos entrevistadas estão apresentadas nas *Tabela 2,3 e 5* onde 32,8% revelam usar algum tipo de método contraceptivo.

Tabela 2: Descrição das características demográficas, acesso a mensagem sobre PF e fertilidade das mulheres sexualmente activas, dos 15 aos 49 anos que usam contraceptivos

Características	n	%	95% IC
<b>Grupo etário</b>			
15-19	1062	26,6	(23,3-30,1)
20-24	1592	34,1	(30,9-37,5)
25-29	1441	33,5	(30,1-37,0)
30-34	1031	39,4	(35,9-43,1)
35-39	964	39,7	(35,6-44,0)
40-44	743	30,9	(27,2-34,9)
45-49	622	19,1	(15,7-23,0)
<b>Início precoce da actividade sexual</b>			
Não	1225	34,6	(31,4-38,0)
Sim	6231	32,4	(30,5-34,5)
<b>Ouviu ou viu uma mensagem sobre PF</b>			
Não	2622	11,8	(10,1-13,7)
Sim	4834	44,2	(41,9-46,5)
<b>Nº de filhos vivos</b>			
Até 3 filhos	5112	32,9	(30,7-35,1)
Mais de 3 filhos	2344	32,7	(29,9-35,6)
<b>Desejo de ter mais filhos</b>			
Quer dentro de 2 anos	1831	18,1	(15,9-20,5)
Quer depois de 2 anos	1324	51,6	(48,1-55,1)
Quer mas não sabe quando	722	39,9	(34,7-45,3)
Indecisa	1536	18,6	(15,8-21,7)
Não quer mais	1748	44,8	(41,5-48,1)
Esterilizado (a respondente ou o parceiro)	46	100	
Declarou ser infértil	248	11,9	(7,9-17,5)

Os dados da Tabela 2 mostram que a maior parte das mulheres que utilizam métodos contraceptivos encontra-se na faixa etária dos 35-39 anos (39,7%), seguida pela faixa dos 30-34 anos (39,4%). Em contraste, o uso de métodos contraceptivos foi menos frequente entre mulheres na faixa etária de 45-49 anos (19,1%).

Mulheres que iniciaram a actividade sexual mais cedo apresentam uma ligeira taxa menor de uso de contraceptivos (32,4%) em comparação com aquelas que iniciaram mais tarde (34,6%). A taxa de uso de métodos contraceptivos é maior nas mulheres que foram expostas a mensagens sobre PF (44,2%) em comparação com aquelas que não foram expostas.

A prevalência de uso de contraceptivos é muito semelhante entre mulheres com até três filhos (32,9%) e aquelas com mais de três filhos (32,7%). O uso de métodos contraceptivos foi maior entre mulheres que desejam ter filhos depois de dois anos (51,6%), enquanto aquelas que desejam ter filhos dentro de dois anos (18,1%) e as que estão indecisas (18,6%) apresentam a menor taxa.

Tabela 3: Distribuição percentual das mulheres sexualmente activas, dos 15 aos 49 anos que usam contraceptivos, segundo características Sócio-econômicas

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>95% IC</b>
<b>Área de residência</b>			
Urbano	2878	48,6	(45,5-51,8)
Rural	4577	22,9	(20,9-24,9)
<b>Província</b>			
Niassa	491	27,1	(22,8-31,9)
Cabo Delgado	418	19,6	(16,9-22,7)
Nampula	1791	14,2	(11,3-17,6)
Zambézia	1394	14,4	(10,9-18,9)
Tete	726	40,1	(34,2-46,2)
Manica	452	35,4	(29,7-41,6)
Sofala	487	38,4	(33,4-43,6)
Inhambane	246	57,3	(51,8-62,7)
Gaza	276	64,7	(60,2-69,0)
Maputo Província	801	70,8	(65,7-75,4)
Cidade de Maputo	373	67,1	(63,9-70,2)
<b>Quintil de riqueza</b>			
Mais baixo	1335	12,2	(9,8-15,2)
Baixo	1469	16,1	(13,4-19,2)
Médio	1329	24,2	(21,0-27,8)
Alto	1503	40,5	(36,5-44,5)
Mais alto	1820	61,4	(58,5-64,3)
<b>Nível de escolaridade</b>			
Sem escolaridade	2192	14,2	(12,2-16,4)
Primário	3113	29,4	(27,0-32,1)
Secundário	1931	56,2	(53,2-59,1)
Superior	220	61,3	(54,3-67,9)

A análise por área de residência mostra que o uso de contraceptivos é significativamente maior nas áreas urbanas (48,6%) do que nas áreas rurais (22,9%). As taxas mais altas foram registadas nas províncias da região sul (Província de Maputo – 70,8%, Cidade de Maputo – 67,1%, Gaza – 64,7%, Inhambane – 57,3%). Por outro lado, as mulheres residentes nas províncias de Nampula (14,2%), Zambézia (14,4%) e Cabo Delgado (19,6%) foram as que apresentaram menor frequência de uso de métodos contraceptivos.

A frequência de uso de métodos contraceptivos aumenta progressivamente com o quintil de riqueza. Apenas 12,2% das mulheres do quintil de riqueza mais baixo referiram usar algum método contraceptivo, enquanto no quintil de riqueza mais alto a percentagem é de 61,4. Este padrão também é observado em relação ao nível de escolaridade, onde notam-se um aumento no uso de métodos contraceptivos a medida que o nível de escolaridade aumenta, variando de 14,2% entre mulheres sem escolaridade à 61,3% entre mulheres com nível de escolaridade superior.

Tabela 4: Distribuição percentual das mulheres sexualmente activas, dos 15 aos 49 anos que usam contraceptivos, segundo características sócio-culturais

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>95% IC</b>
<b>Religião</b>			
Católica	2304	25,4	(22,9-28,1)
Islâmica	1594	16,9	(14,1-20,2)
Evangélica/Pentecostal	2037	49,4	(46,0-52,8)
Outras	984	42,2	(38,4-46,0)
Sem religião	535	31,7	(25,5-38,6)
<b>Estado Civil</b>			
Solteira	798	47,9	(43,4-52,5)
Casada ou a viver maritalmente	6139	29,7	(27,6-31,8)
Separada ou divorciada	446	47,9	(42,4-53,4)
Viúva	73	40,1	(28,3-53,1)
<b>Chefe do Agregado Família</b>			
Não	6530	32,7	(30,6-34,9)
Sim	926	33,5	(30,0-37,2)
<b>Sexo do Chefe do Agregado Familiar</b>			
Masculino	5841	31	(28,8-33,3)
Feminino	1614	39,3	(36,5-42,2)
<b>Idade do Chefe do Agregado Familiar</b>			
Jovem	720	22,5	(18,7-26,8)
Adulto	6348	34	(31,9-36,1)
Idoso	388	33,1	(28,0-38,6)
<b>Total</b>	<b>7456</b>	<b>32,8</b>	<b>(30,9-34,8)</b>

Em relação à religião, os dados mostram maior uso de métodos contraceptivos entre mulheres que professam as religiões Evangélica/Pentecostal (49,4%) e outras religiões (42,2%), e as mulheres que professa a religião islâmica foram as que menos reportaram uso de métodos contraceptivos (16,9%).

Mulheres solteiras (47,9%) e separadas/divorciadas (47,9%) utilizam contraceptivos com maior frequência em comparação com as casadas ou em união de facto (29,7%).

As mulheres que são chefes de seus agregados familiares têm uma leve vantagem no uso de contraceptivos (33,5%) em comparação às que não são chefes (32,7%). Famílias com chefes do sexo feminino têm uma taxa de uso de métodos contraceptivos maior (39,3%) do que aquelas chefiadas por homens (31%). A frequência de uso de contraceptivos é maior em agregados chefiados por adultos (34%), seguido dos chefiados por idosos (33,1%).

A Tabela 4 apresenta o uso ou intenção de uso de métodos contraceptivos. Das 2446 (32,81%) mulheres que reportaram usaram algum método contraceptivo, 2386 (32,0%) usam um método moderno e 60 (0,81%) usam um método tradicional. Dentre as mulheres que não utilizam contraceptivos, 16,24% (n=1.211) indicaram que pretendem usar algum método no futuro, enquanto uma percentagem significativa, 50,95% (n=3.799), relatou não ter intenção de usar métodos contraceptivos.

Tabela 5: Prevalencia do uso de contraceptivos entre mulheres sexualmente activas dos 15 aos 49 anos

<b>Uso ou intenção de usar contraceptivo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>		
Usa um método moderno	2386	32,00
Usa um método tradicional	60	0,81
<b>Sub-total</b>	<b>2446</b>	<b>32,81</b>
<b>Não</b>		
Não usa mas pretende usar mais tarde	1211	16,24
Não tem intenção de usar	3799	50,95
<b>Sub-total</b>	<b>5010</b>	<b>67,19</b>
<b>Total</b>	<b>7456</b>	<b>100</b>

Tabela 6: Associação entre factores demográficas e o uso de contraceptivos entre mulheres sexualmente ativas em idade reprodutiva (15–49 anos);

Variável	Análise bivariada			Análise multivariada		
	OR	95% IC	p-value	AOR	95% IC	p-value
<b>Grupo etário</b>						
15-19	1,53	(1,18-2,00)	0,002	1,08	(0,81-1,44)	0,608
20-24	2,19	(1,69-2,84)	0,000	2,36	(1,80-3,09)	<b>0,000</b>
25-29	2,13	(1,67-2,72)	0,000	2,36	(1,85-3,01)	<b>0,000</b>
30-34	2,76	(2,11-3,61)	0,000	2,89	(2,20-3,79)	<b>0,000</b>
35-39	2,79	(2,14-3,64)	0,000	2,64	(2,06-3,38)	<b>0,000</b>
40-44	1,90	(1,43-2,51)	0,000	1,93	(1,47-2,53)	<b>0,000</b>
45-49	1		base	1		base
<b>Início precoce da actividade sexual</b>						
Não	1		base	1		base
Sim	0,91	(0,79-1,05)	0,178			
<b>Ouviu ou viu uma mensagem sobre PF</b>						
Não	1		base			
Sim	5,92	(4,90-7,14)	0,000	2,61	(2,25-3,03)	<b>0,000</b>
<b>Nº de filhos vivos</b>						
Até 3 filhos	1		base	1		base
Mais de 3 filhos	0,99	(0,86-1,14)	0,911			
<b>Desejo de ter mais filhos</b>						
Quer dentro de 2 anos	1		base	1		base
Quer depois de 2 anos	4,83	(3,96-5,90)	0,000	2,73	(2,28-3,27)	<b>0,000</b>
Quer mas não sabe quando	3,00	(2,30-3,92)	0,000	2,38	(1,89-3,00)	<b>0,000</b>
Indecisa	1,03	(0,83-1,29)	0,780	1,69	(1,38-2,08)	<b>0,000</b>
Não quer mais	3,67	(3,00-4,49)	0,000	2,67	(2,23-3,20)	<b>0,000</b>
Esterilizado (a respondente ou o parceiro)	1		(empty)	1		(empty)
Declarou ser infértil	0,61	(0,38-0,99)	0,043	0,88	(0,57-1,36)	0,567

A análise multivariada demonstrou que mulheres com idade igual ou superior a 20 anos (20-49) tem maior chance de usar algum método contraceptivo do que mulheres dos 15 aos 19 anos de idade (AOR=1,08 [IC 95% 0,81-1,44]).

Mulheres que tenham ouvido mensagens sobre o PF têm 2,61 vezes mais chances de usar contraceptivos (AOR=2,61; IC 95%: 2,25-3,03).

Mulheres que desejam mais filhos depois de dois anos (AOR=2,3; IC 95%: 2,28-3,27), mulheres que querem ter mais filhos mas não sabem quando (AOR=2,30; IC 95%: 1,89-3,00), mulheres que não sabem se querem ter mis filhos (AOR=1,69; IC 95%: 1,38-2,08) e mulheres que não querem ter mais filhos (AOR=2,67; IC 95%: 2,23-3,20) têm maior chance de usar métodos contraceptivos do que mulheres que desejam ter filhos dentro de dois anos.

Tabela 7: Associação entre factores sócio-econômicos e o uso de contraceptivos entre mulheres sexualmente activas em idade reprodutiva (15–49 anos).

Variável	Análise bivariada			Análise multivariada		
	OR	95% IC	p-value	AOR	95% IC	p-value
<b>Área de residência</b>						
Urbano	3,19	(2,69-3,79)	0,000	1,10	(0,91-1,32)	0,328
Rural	1		base	1		base
<b>Província</b>						
Niassa	0,18	(0,14-0,24)	0,000	0,87	(0,63-1,20)	0,387
Cabo Delgado	0,12	(0,09-0,15)	0,000	0,35	(0,26-0,47)	<b>0,000</b>
Nampula	0,08	(0,06-0,11)	0,000	0,38	(0,28-0,52)	<b>0,000</b>
Zambézia	0,08	(0,06-0,11)	0,000	0,36	(0,25-0,52)	<b>0,000</b>
Tete	0,33	(0,25-0,44)	0,000	0,82	(0,63-1,07)	0,137
Manica	0,27	(0,20-0,36)	0,000	0,49	(0,38-0,63)	<b>0,000</b>
Sofala	0,31	(0,24-0,40)	0,000	0,63	(0,51-0,79)	<b>0,000</b>
Inhambane	0,66	(0,51-0,86)	0,002	0,99	(0,77-1,29)	0,997
Gaza	0,90	(0,71-1,15)	0,391	1,26	(1,00-1,58)	0,050
Maputo Província	1,19	(0,90-1,56)	0,214	1,22	(0,96-1,55)	0,110
Cidade de Maputo	1		base	1		base
<b>Quintil de riqueza</b>						
Mais baixo	1		base	1		base
Baixo	1,38	(1,02-1,86)	0,037	1,44	(1,11-1,87)	<b>0,005</b>
Médio	2,31	(1,68-3,16)	0,000	1,75	(1,35-2,26)	<b>0,000</b>
Alto	4,90	(3,62-6,63)	0,000	2,45	(1,86-3,21)	<b>0,000</b>
Mais alto	11,48	(8,73-15,08)	0,000	2,67	(1,97-3,62)	<b>0,000</b>
<b>Nível de escolaridade</b>						
Sem escolaridade	1		base	1		base
Primário	2,53	(2,09-3,06)	0,000	1,58	(1,34-1,85)	<b>0,000</b>
Secundário	7,77	(6,27-9,62)	0,000	2,15	(1,76-2,64)	<b>0,000</b>
Superior	9,62	(6,86-13,50)	0,000	1,77	(1,30-2,40)	<b>0,000</b>

Mulheres residentes nas províncias de Cabo Delgado (AOR=0,35; IC 95%: 0,26-0,47), Nampula (AOR=0,38; IC 95%: 0,28-0,52), Zambézia (AOR=0,36; IC 95%: 0,25-0,52), Manica (AOR=0,49; IC 95%: 0,38-0,63) e Sofala (AOR=0,63; IC 95%: 0,51-0,79) têm menos chances de usar contraceptivos, quando comparadas com mulheres residentes na Cidade de Maputo.

O uso de contraceptivos em Moçambique apresenta uma forte correlação com o nível de riqueza das mulheres, A probabilidade de utilização de métodos contraceptivos aumenta significativamente com a elevação do quintil de riqueza, Mulheres no quintil mais alto têm uma chance 2,67 vezes maior de usar contraceptivos (AOR=2,67; IC 95%: 1,97-3,62), em comparação com aquelas no quintil mais baixo, Essa tendência é também observada nos demais quintis: mulheres no quintil alto apresentam uma chance 2,45 vezes maior (AOR=2,45; IC 95%: 1,86-3,21), no quintil médio, a probabilidade é 1,75 vezes maior (AOR=1,75; IC 95%: 1,35-2,26), e no quintil baixo, a chance é 1,44 vezes maior (AOR=1,44; IC 95%: 1,11-1,87), sempre em comparação ao quintil mais baixo.

O nível de escolaridade apresentou uma forte associação com o uso de contraceptivos. Mulheres com nível secundário têm 2,15 vezes mais chances de usar contraceptivos (AOR = 2,15; IC 95%: 1,76-2,64), seguido de superiores com 1,77 vezes mais chances (AOR=1,77; IC 95%: 1,30-2,40) e com mulheres do nível primário com 1,55 vezes mais chances, comparadas com às sem escolaridade.

Tabela 8: Associação entre factores sócio-culturais e o uso de contraceptivos entre mulheres sexualmente ativas em idade reprodutiva (15–49 anos).

Variável	Análise bivariada			Análise multivariada		
	OR	95% IC	p-value	AOR	95% IC	p-value
<b>Religião</b>						
Católica	0,73	(0,52-1,03)	0,073	0,95	(0,74-1,22)	0,683
Islâmica	0,44	(0,31-0,62)	0,000	0,73	(0,55-0,96)	<b>0,026</b>
Evangélica/Pentecostal	2,11	(1,54-2,88)	0,000	0,88	(0,72-1,09)	0,235
Outras	1,57	(1,13-2,19)	0,007	0,85	(0,68-1,07)	0,159
Sem religião	1		base	1		base
<b>Estado Civil</b>						
Solteira	1		base	1		base
Casada ou a viver maritalmente	0,46	(0,38-0,55)	0,000	1,55	(1,30-1,85)	<b>0,000</b>
Separada ou divorciada	1,00	(0,76-1,30)	0,987	1,58	(1,24-2,00)	<b>0,000</b>
Viúva	0,73	(0,422-1,25)	0,247	0,79	(0,56-1,11)	0,177
<b>Chefe do Agregado Família</b>						
Não	1		base			
Sim	1,04	(0,87-1,24)	0,706			
<b>Sexo do Chefe do Agregado Familiar</b>						
Masculino	1		base	1		base
Feminino	1,44	(1,24-1,68)	0,000	0,91	(0,80-1,03)	0,132
<b>Idade do Chefe do Agregado Familiar</b>						
Jovem	1		base			
Adulto	1,77	(1,40-2,24)	0,000	1,01	(0,82-1,24)	0,909
Idoso	1,70	(1,21-2,40)	0,002	0,91	(0,69-0,20)	0,499

A análise mostra que mulheres que professam a religião muçulmana tem menor chance de usar algum método contraceptivo (AOR=0,73; IC 95%: 0,55-0,96), em comparação com mulheres que não professam nenhuma religião.

Outro factor associado ao uso de métodos contraceptivos foi estado civil. Mulheres casadas ou em união (AOR=1,55; IC 95%: 1,30-1,85) e mulheres separadas ou divorciadas (AOR=1,58; IC 95%: 1,24-2,00) têm maior chance de usar algum método contraceptivo em relação as solteiras.

Não existe associação significativa entre uso de métodos contraceptivos foi estado civil e ser chefe do agregado familiar, quer do sexo masculino ou feminino de qualquer que seja o grupo etário.

## 11. Discussão dos resultados

A taxa global de uso de contraceptivos na África Subsaariana tem aumentado ligeiramente nas últimas duas décadas, porém ainda insuficientes para alcançar um impacto expressivo na saúde pública e na redução de gravidezes indesejadas. Em 2000, a taxa média de uso de métodos contraceptivos modernos era de apenas 12%, e em 2015 atingiu 18%, e actualmente 23,4% (Dasgupta et al., 2022).

Em Moçambique, a taxa de uso de métodos contraceptivos foi de cerca de 11% em 2011, subindo para os 26% em 2023 (INE & ICF, 2024). Em países como Níger, Chade e Mali, o uso de contraceptivos modernos entre mulheres em idade reprodutiva é inferior a 15%, enquanto na África Oriental, em países como Quênia e Ruanda, essas taxas chegam a cerca de 50% (UNFPA, 2022).

Em contextos onde o uso de métodos contraceptivos é maior, observa-se uma queda consistente na taxa de natalidade. A taxa de fertilidade em Moçambique, por exemplo, ainda é alta, com cerca de 4.8 filhos por mulher em idade reprodutiva (INE & ICF, 2024). Este índice está fortemente ligado à baixa adesão aos métodos contraceptivos, especialmente em áreas rurais e entre mulheres de baixa escolaridade. O aumento do uso de contraceptivos é, portanto, uma componente chave para a gestão da taxa de natalidade e para o avanço da saúde materno-infantil, uma vez que pode diminuir os índices de mortalidade materna e infantil e permitir melhores condições de vida e de desenvolvimento social para as mulheres e suas famílias (Cleland et al., 2012).

A análise multivariada mostra que vários factores sócio-económicos e demográficos, como idade, nível de escolaridade, quintil de riqueza, exposição a mensagens de PF e província de residência, estão fortemente associados ao uso de contraceptivos entre mulheres sexualmente activa e em idade reprodutiva em Moçambique.

Os resultados deste estudo indicam que mulheres mais jovens (20-39 anos) têm uma maior probabilidade de usar contraceptivos em comparação com as mulheres de 45-49 anos. Esses achados são consistentes com estudos prévios (Kraft et al., 2022) e (Sedgh et al., 2016), que apontam que a demanda por contraceptivos tende a ser maior entre mulheres mais jovens, muitas das quais ainda estão no início ou meio de sua vida reprodutiva, quando a necessidade de espaçamento e limitação de nascimentos é mais prevalente. Mulheres das faixas etárias mais

---

Factores associados ao uso de contraceptivos entre mulheres sexualmente activas e em idade reprodutiva, em Moçambique

elevadas (45-49 anos) geralmente têm menor probabilidade de usar métodos contraceptivos, devido ao declínio da fecundidade desejada. (Machiyama et al., 2017). A baixa prevalência do uso de contraceptivos entre mulheres adolescentes pode estar relacionada a diversos factores. Muitas dessas jovens, especialmente aquelas com menos de 18 anos, podem evitar procurar métodos contraceptivos por sentirem-se muito novas ou por receio de serem julgadas socialmente, sobretudo se não forem casadas, pois isso pode ser interpretado como um sinal de envolvimento sexual precoce (Forty et al., 2021). Além disso, mulheres entre 15 e 19 anos tendem a apresentar menor probabilidade de uso de contraceptivos por estarem nos primeiros anos da sua vida reprodutiva e, muitas vezes, ainda frequentarem a escola, o que pode limitar o acesso e o uso desses métodos (Zegeye et al., 2021).

Embora a literatura aponte que a urbanização muitas vezes está associada a um maior uso de serviços de saúde, incluindo contraceptivos (Castro Lopes et al., 2022; Yaya et al., 2021), para o presente estudo esta associação não foi encontrada. No entanto, o acesso a contraceptivos não depende unicamente da localização geográfica, mas também de outros factores. Isso pode ser explicado pelo facto de que, em Moçambique, o governo tem feito esforços consideráveis para expandir o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva nas zonas rurais, o que pode ter reduzido a lacuna tradicionalmente observada no uso de contraceptivos entre áreas urbanas e rurais (MISAU, 2010). Estas conclusões são contrariadas por um estudo que mostrou que mulheres urbanas eram mais propensas a tomar a decisão sobre o uso de contraceptivos do que os habitantes rurais (Bogale et al., 2011).

A análise das províncias revelou que mulheres que residem em Cabo Delgado, Nampula, Zambézia, Manica e Sofala têm uma probabilidade significativamente menor de usar contraceptivos em comparação à Cidade de Maputo. Este achado pode ser explicado por uma combinação de factores interligados, que incluem barreiras de acesso, diferenças socioculturais, níveis educacionais, crenças religiosas, e desigualdades no desenvolvimento económico e nos serviços de saúde. Estes achados corroboram com estudos feitos no contexto Moçambicano e na Etiópia (Castro Lopes et al., 2022; Tilahun et al., 2013).

O acesso limitado a serviços de saúde sexual e reprodutiva nessas províncias, especialmente em zonas rurais, constitui um factor central. Muitas unidades sanitárias enfrentam escassez de

profissionais qualificados, stock irregular de contraceptivos e falta de privacidade no atendimento, o que desincentiva a procura por esses serviços. Muitas mulheres nessas províncias pertencem aos quintis de riqueza mais baixos, o que reduz a sua capacidade de deslocar-se até aos serviços de saúde ou adquirir métodos quando estes não estão disponíveis gratuitamente.

Em províncias como Nampula e Cabo Delgado, por exemplo, prevalecem valores tradicionais e conservadores, onde a iniciação sexual precoce e o casamento infantil ainda são comuns. Além disso, a influência do Islão e de outras crenças religiosas pode contribuir para a percepção negativa em relação ao uso de contraceptivos, seja por motivos morais, seja por falta de informação adequada fornecida por fontes confiáveis (Do & Kurimoto, 2012).

Os resultados mostram uma forte associação entre quintil de riqueza e uso de contraceptivos, com mulheres nos quintis mais elevados apresentando maiores chances de usar contraceptivos. Esta associação é subsidiada por estudos anteriores que sugerem que o grupo de riqueza, está relacionado ao controle comportamental e indicam que a riqueza do AF pode conceder às mulheres acesso à informação sobre saúde e aos recursos financeiros necessários para a contracepção (Agbadi et al., 2020). Mulheres nos quintis mais altos geralmente vivem em contextos com maior equidade de género e têm maior poder de decisão sobre sua saúde reprodutiva. Em contrapartida, mulheres nos quintis mais baixos podem depender mais de decisões tomadas pelos parceiros ou por membros da família, o que limita o uso de contraceptivos (Bongaarts, 2014; Forty et al., 2021).

A proximidade e qualidade dos serviços de saúde também tendem a ser melhores para as mulheres mais ricas, especialmente aquelas que vivem em áreas urbanas. Elas podem recorrer a clínicas privadas ou a unidades sanitárias com melhores condições, menor tempo de espera, maior disponibilidade de métodos e atendimento mais humanizado. Além disso, têm capacidade financeira para custear transportes ou adquirir métodos contraceptivos quando não disponíveis gratuitamente nos serviços públicos. o projeto de vida e as aspirações profissionais também influenciam. Mulheres em melhores condições económicas frequentemente desejam limitar ou espaçar as gravidezes para investir na sua educação, carreira e bem-estar. Isso as motiva a planejar a maternidade de forma mais consciente e com suporte adequado (Do & Kurimoto, 2012).

O nível de escolaridade surge como um dos principais determinantes do uso de contraceptivos.

Mulheres com ensino primário, secundário ou superior apresentam uma probabilidade

Factores associados ao uso de contraceptivos entre mulheres sexualmente activas e em idade reprodutiva, em Moçambique

significativamente maior de usar métodos contraceptivos em comparação com as mulheres sem escolaridade. Esse uso tende a aumentar proporcionalmente com o nível de escolaridade, indicando que quanto mais elevado o nível educacional da mulher, maior a probabilidade de ela adotar métodos contraceptivos. Esta conclusão é concordada por pesquisas anteriores (Agbadi et al., 2020; Do & Kurimoto, 2012).

Mulheres mais escolarizadas têm maior acesso a informações corretas e actualizadas sobre saúde sexual e reprodutiva, incluindo tipos de contraceptivos, seus benefícios, efeitos colaterais e locais de acesso. A escolaridade melhora a alfabetização em saúde, tornando essas mulheres mais aptas a interpretar mensagens de campanhas de PF e a buscar serviços de forma proativa

A educação contribui para o desenvolvimento de habilidades cognitivas, pensamento crítico e autoconfiança. Mulheres instruídas tendem a questionar normas sociais, resistir à pressão familiar ou comunitária, e tomar decisões informadas sobre seu corpo e sua fertilidade. Elas também conseguem negociar o uso de contraceptivos com os parceiros com maior assertividade (Bongaarts & Hardee, 2019).

Mulheres da religião islâmica apresentaram menor probabilidade de uso de contraceptivos em comparação com aquelas sem religião. A religião exerce uma influência predominante nas normas subjectivas e nas atitudes em relação ao comportamento. As convicções e doutrinas religiosas às quais os indivíduos aderem têm potencial de moldar as suas perspectivas sobre a contracepção, exercendo assim uma influência sobre as normas sociais prevalentes na sua comunidade religiosa. Líderes religiosos locais têm um papel crucial na formação da opinião pública. Em comunidades onde os líderes islâmicos se opõem ou não apoiam abertamente o PF, há maior probabilidade de que as mulheres fiquem desinformadas ou temerosas em relação ao uso de contraceptivos (Agadjanian, 2013; Yeboah et al., 2023).

Embora o Islão não proíba explicitamente o uso de contraceptivos em todas as suas correntes, muitas interpretações conservadoras da religião valorizam a procriação como uma das principais finalidades do casamento. Em alguns contextos, o uso de métodos anticoncepcionais pode ser desencorajado, especialmente aqueles considerados permanentes, como a esterilização. A ideia de que “os filhos são uma dádiva de Deus” pode gerar resistência ao controlo da fertilidade. Em contextos patriarcais onde predomina a religião islâmica, as decisões sobre o uso de contraceptivos

---

Factores associados ao uso de contraceptivos entre mulheres sexualmente activas e em idade reprodutiva, em Moçambique

são muitas vezes tomadas pelo marido ou pela família extensa. Mulheres com pouca autonomia podem ter dificuldade em negociar o uso de métodos contraceptivos, mesmo que desejem limitar ou espaçar os nascimentos (Do & Kurimoto, 2012).

O estado civil foi outro factor associado ao uso de contraceptivos, com mulheres casadas ou em união de facto sendo mais propensas a usar métodos contraceptivos do que as solteiras. Esse resultado concorda com as conclusões de (Casterline & Sinding, 2000), que afirmam que mulheres em uniões estáveis tendem a discutir e planear mais activamente suas famílias com seus parceiros, seja para espaçamento de nascimentos ou limitação de filhos. Já mulheres solteiras podem ter menos incentivo ou apoio social para o uso de métodos contraceptivos (Blanc & Way, 1998).

Ter ouvido ou visto mensagens sobre PF foi um dos factores mais fortemente associados ao uso de contraceptivos (Gupta et al., 2003; Yee & Simon, 2010) reforçam que a exposição a campanhas de comunicação em massa sobre saúde reprodutiva é essencial para aumentar o conhecimento e a aceitação dos contraceptivos. Em Moçambique, programas de rádio, televisão e campanhas comunitárias desempenham um papel crucial na disseminação de informações sobre saúde sexual e reprodutiva, o que pode explicar o forte impacto observado (Yaya et al., 2021).

Mulheres que não desejam mais filhos ou que desejam ter filhos depois de dois anos apresentaram maior probabilidade de usar contraceptivos. Este achado reflecte os princípios de PF amplamente aceites, conforme discutido por (Bongaarts & Hardee, 2019), onde o desejo de limitar ou espaçar nascimentos motiva o uso de contraceptivos. Este estudo sugere que as mulheres que desejam retardar a gravidez ou que já atingiram seu número desejado de filhos têm maior probabilidade de usar contraceptivos para evitar novas gestações (Budu et al., 2023)

## 12. Conclusões

### Características socio económicas e demográficas

- Destacam-se mulheres com idades de 30-39 anos, residentes na região urbana, com destaque na região sul, com alto poder financeiro, com nível superior e secundário, Solteiras, separadas ou divorciadas, e as que professam a religião evangélica.

### Utilização de métodos contraceptivos

- Cerca de **32,8% das mulheres** entrevistadas (15-49 anos) utilizam métodos contraceptivos.

### Métodos contraceptivos usados

- Cerca de 32% usam métodos modernos (métodos barreira, hormonal), com destaque para injectável e implante

### Factores determinantes

- Factores como **idade, escolaridade, riqueza, religião, estado civil e exposição à informação sobre planeamento familiar** influenciam significativamente a utilização de métodos contraceptivos.

### Implicações para políticas públicas

- Necessidade urgente de **políticas públicas eficazes** que ampliem o acesso e promovam a informação sobre planeamento familiar.

## **13. Recomendações**

### **Governo**

- Investir em políticas que promovam a escolarização contínua de meninas, reconhecendo a forte correlação entre nível educacional e uso de contraceptivos;

### **MISAU, ONGs e parceiros internacionais**

- Expandir a oferta gratuita de contraceptivos, especialmente em zonas rurais e distritos periféricos, garantindo disponibilidade nas unidades sanitárias;
- Ampliar campanhas de sensibilização que promovam o conhecimento sobre métodos contraceptivos, utilizando canais acessíveis como rádios comunitárias e escolas, com foco em adolescentes e mulheres com baixa escolaridade;
- Envolver líderes comunitários e religiosos na concepção e disseminação de mensagens culturalmente apropriadas sobre planeamento familiar, especialmente nas províncias do Norte e Centro;

### **Pesquisa e Saúde Pública**

- Realizar estudos qualitativos para compreender melhor os factores culturais, religiosos e familiares que influenciam o uso ou não uso de contraceptivos entre diferentes subgrupos de mulheres.

## 14. Referências Bibliográficas

- Adedini, S. A., Babalola, S., Ibeawuchi, C., Omotoso, O., Akiode, A., & Odeku, M. (2018). Role of Religious Leaders in Promoting Contraceptive Use in Nigeria: Evidence From the Nigerian Urban Reproductive Health Initiative. *Global Health: Science and Practice*, 6(3), 500–514. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-18-00135>
- Agadjanian, V. (2013). *Religious Denomination, Religious Involvement, and Modern Contraceptive Use in Southern Mozambique*. [https://login.research4life.org/tacsgr1onlinelibrary\\_wiley\\_com/doi/epdf/10.1111/j.1728-4465.2013.00357.x](https://login.research4life.org/tacsgr1onlinelibrary_wiley_com/doi/epdf/10.1111/j.1728-4465.2013.00357.x)
- Agadjanian, V., Hayford, S. R., Luz, L., & yao, J. (2015). Bridging user and provider perspectives: Family planning access and utilization in rural Mozambique. *International Journal of Gynecology & Obstetrics - Wiley Online Library*. [https://login.research4life.org/tacsgr1obgyn\\_onlinelibrary\\_wiley\\_com/doi/10.1016/j.ijgo.2015.03.019](https://login.research4life.org/tacsgr1obgyn_onlinelibrary_wiley_com/doi/10.1016/j.ijgo.2015.03.019)
- Agadjanian, V., Yabiku, S. T., & Fawcett, L. (2009). History, Community Milieu, and Christian-Muslim Differentials in Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 48(3), 462–479. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5906.2009.01460.x>
- Agbadi, P., Eunice, T. T., Akosua, A. F., & Owusu, S. (2020). Complex samples logistic regression analysis of predictors of the current use of modern contraceptive among married or in-union women in Sierra Leone: Insight from the 2013 demographic and health survey. *PLOS ONE*, 15(4), e0231630. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231630>

- Apanga, P. A., & Adam, M. A. (2015). Factors influencing the uptake of family planning services in the Talensi District, Ghana. *Pan African Medical Journal*, 20. <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.20.10.5301>
- Bankole, A., & Singh, S. (1998). Couples' Fertility and Contraceptive Decision-Making in Developing Countries: Hearing the Man's Voice. *International Family Planning Perspectives*, 24(1), 15–24. <https://doi.org/10.2307/2991915>
- Blanc, A. K., & Way, A. A. (1998). Sexual Behavior and Contraceptive Knowledge and Use among Adolescents in Developing Countries. *Studies in Family Planning*, 29(2), 106–116. <https://doi.org/10.2307/172153>
- Bogale, B., Wondafrash, M., Tilahun, T., & Girma, E. (2011). Married women's decision making power on modern contraceptive use in urban and rural southern Ethiopia. *BMC Public Health*, 11(1), 342. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-342>
- Bongaarts, J. (2014). The Impact of Family Planning Programs on Unmet Need and Demand for Contraception. *Studies in Family Planning*, 45(2), 247–262.
- Bongaarts, J., & Casterline, J. (2013). Fertility Transition: Is sub-Saharan Africa Different? *Population and Development Review*, 38(Suppl 1), 153–168. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2013.00557.x>
- Bongaarts, J., & Hardee, K. (2019). Trends in Contraceptive Prevalence in Sub-Saharan Africa: The Roles of Family Planning Programs and Education. *African Journal of Reproductive Health*, 23(3), Article 3. <https://www.ajrh.info/index.php/ajrh/article/view/1902>

- Budu, E., Okyere, J., Osei, M. D., Seidu, A.-A., & Ahinkorah, B. O. (2023). Determinants of contraceptive continuation among women in sub-Saharan Africa. *BMC Women's Health*, 23(1), 447. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02578-8>
- Casterline, J. B., & Sinding, S. W. (2000). Unmet Need for Family Planning in Developing Countries and Implications for Population Policy. *Population and Development Review*, 26(4), 691–723. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2000.00691.x>
- Castro Lopes, S., Constant, D., Fraga, S., Osman, N. B., & Harries, J. (2022). “There Are Things We Can Do and There Are Things We Cannot Do.” A Qualitative Study About Women’s Perceptions on Empowerment in Relation to Fertility Intentions and Family Planning Practices in Mozambique. *Frontiers in Global Women's Health*, 3. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.824650>
- Chavane, L. (2019). The role of families in population health: The case of reproductive health of women and adolescents in Mozambique. *Journal of Health Inequalities*, 5(2), 137–140. <https://doi.org/10.5114/jhi.2019.91396>
- Chavane, L., Dgedge, M., Bailey, P., Loquiha, O., Aerts, M., & Temmerman, M. (2017). Assessing women’s satisfaction with family planning services in Mozambique. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 43(3), 222–228. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2015-101190>
- Cleland, J., Conde-Agudelo, A., Peterson, H., Ross, J., & Tsui, A. (2012). Contraception and health. *The Lancet*, 380(9837), 149–156. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60609-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60609-6)

- Darroch, J. E. (2018). *Adding It Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health, 2017—Estimation Methodology*. Guttmacher Institute.  
<https://doi.org/10.1363/2018.29523>
- Dasgupta, A., Wheldon, M., Kantorová, V., & Ueffing, P. (2022). Contraceptive use and fertility transitions: The distinctive experience of sub-Saharan Africa. *Demographic Research*, *46*, 97–130. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2022.46.4>
- Do, M., & Kurimoto, N. (2012). Women's Empowerment and Choice of Contraceptive Methods in Selected African Countries. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *38*(01), 023–033. <https://doi.org/10.1363/3802312>
- Forty, J., Rakgoasi, S. D., & Keetile, M. (2021). Patterns and determinants of modern contraceptive use and intention to use contraceptives among Malawian women of reproductive ages (15–49 years). *Contraception and Reproductive Medicine*, *6*(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s40834-021-00163-8>
- Frini, O., & Muller, C. (2017). *Fertility Regulation Behavior: Sequential Decisions in Tunisia*.
- Galle, A., Vermandere, H., Griffin, S., de Melo, M., Machaieie, L., Van Braeckel, D., & Degomme, O. (2018). Quality of care in family planning services in rural Mozambique with a focus on long acting reversible contraceptives: A cross-sectional survey. *BMC Women's Health*, *18*(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0692-z>
- Gebremariam, A., & Addissie, A. (2014). Intention to use long acting and permanent contraceptive methods and factors affecting it among married women in Adigrat town, Tigray, Northern Ethiopia. *Reproductive Health*, *11*(1), 24. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-24>

- Gudu, W., Bekele, D., Surur, F., Teklu, A., Abesha, Y., Nigatu, B., Kassa, M., Lako, K., & Sium, A. F. (2023). *Role of male partner in women's fertility decision and family planning utilization in four regional states of Ethiopia*.  
[https://login.research4life.org/tacsgr1obgyn\\_onlinelibrary\\_wiley\\_com/doi/10.1002/ijgo.14973](https://login.research4life.org/tacsgr1obgyn_onlinelibrary_wiley_com/doi/10.1002/ijgo.14973)
- Gupta, N., Katende, C., & Bessinger, R. (2003). *Association of mass media exposure on family planning attitudes and practices in Uganda*.
- Hounton, S., Barros, A. J. D., Amouzou, A., Shiferaw, S., Maïga, A., Akinyemi, A., Friedman, H., & Koroma, D. (2015). Patterns and trends of contraceptive use among sexually active adolescents in Burkina Faso, Ethiopia, and Nigeria: Evidence from cross-sectional studies. *Global Health Action*, 8, 10.3402/gha.v8.29737.  
<https://doi.org/10.3402/gha.v8.29737>
- INE. (2017). *IV RECENSEAMENTO GERAL DA POPULAÇÃO E HABITAÇÃO*. Instituto Nacional de Estatística.
- INE, & ICF. (2024). *Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2022-23*.  
<https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR389/FR389.pdf>
- INS. (2021). *Inquérito Nacional sobre o Impacto do HIV e SIDA*. Instituto Nacional de Saúde.
- Kipruto, H., Muneene, D., Droti, B., Jepchumba, V., Okeibunor, C. J., Nabyonga-Orem, J., & Karamagi, H. C. (2022). Use of Digital Health Interventions in Sub-Saharan Africa for Health Systems Strengthening Over the Last 10 Years: A Scoping Review Protocol. *Frontiers in Digital Health*, 4, 874251. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2022.874251>

- Kraft, J. M., Serbanescu, F., Schmitz, M. M., Mwanshemele, Y., Ruiz C., A. G., Maro, G., & Chaote, P. (2022). Factors Associated with Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa. *Journal of Women's Health, 31*(3), 447–457. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8984>
- Machiyama, K., Casterline, J. B., Mumah, J. N., Huda, F. A., Obare, F., Odwe, G., Kabiru, C. W., Yeasmin, S., & Cleland, J. (2017). Reasons for unmet need for family planning, with attention to the measurement of fertility preferences: Protocol for a multi-site cohort study. *Reproductive Health, 14*(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0268-z>
- Machiyama, K., & Cleland, J. (2014). Unmet need for family planning in Ghana: The shifting contributions of lack of access and attitudinal resistance. *Studies in Family Planning, 45*(2), 203–226. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00385.x>
- MISAU. (2010). *Estratégia de Planeamento Familiar e Contracepção 2011–2015*. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/plan-strategy/MOZ-CC-10-04-PLAN-STRATEGY-2010-prt-Estrategia-PF-e-Contracecao-Final.pdf>
- MISAU. (2014). *Plano de Aceleração para o Aumento da Utilização dos Serviços de Planeamento Familiar e de Métodos Modernos de Contracepção*. [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00KHQR.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KHQR.pdf)
- MISAU, INE, & ICF. (2015). *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique*. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/ais12/ais12.pdf>
- Moucheraud, C., Wollum, A., Brooks, M., Shah, M., Gipson, J., & Wagner, Z. (2024). *Contraceptive Care Visit Objectives and Outcomes: Evidence From Burkina Faso, Pakistan, and Tanzania*. <https://doi.org/10.1111/sifp.12279>

- Phiri, M., Odimegwu, C., & Kalinda, C. (2023). Unmet need for family planning among married women in sub-Saharan Africa: A meta-analysis of DHS data (1995 – 2020). *Contraception and Reproductive Medicine*, 8(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/s40834-022-00198-5>
- Pires, P., Mupueleque, M., Macaringue, C., Zakus, D., Siemens, R., & Belo, C. (2022). Users' perspectives on the quality of family planning services in Mozambique: A case study. *Pan African Medical Journal*, 42. <https://doi.org/10.11604/pamj.2022.42.174.26049>
- Sedgh, G., Ashford, L. S., & Hussain, R. (2016). *Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method*. <https://www.guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries>
- Singh, L. M., Prinja, S., Rai, P., Siddhanta, A., Singh, A. K., Sharma, A., Sharma, V., Rana, S. K., Muneeza, K. F., & Srivastava, A. (2020). Determinants of Modern Contraceptive Use and Unmet Need for Family Planning among the Urban Poor. *Open Journal of Social Sciences*, 8(5), Article 5. <https://doi.org/10.4236/jss.2020.85031>
- Singh, S., Darroch, J. E., & Ashford, L. S. (2014). *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014*. <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-costs-and-benefits-investing-sexual-and-reproductive-health-2014>
- Sully, E. A., Biddlecom, A., Darroch, J. E., Riley, T., Ashford, L. S., Lince-Deroche, N., Firestein, L., & Murro, R. (2019). *Adding it up investing in sexual reproductive health*.

[https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019.pdf)

Tilahun, T., Coene, G., Luchters, S., Kassahun, W., Leye, E., Temmerman, M., & Degomme, O. (2013). Family Planning Knowledge, Attitude and Practice among Married Couples in Jimma Zone, Ethiopia. *PLoS ONE*, 8(4), e61335.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061335>

UNAIDS. (2023). *UNAIDS Global AIDS Update 2023*.

<https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/2023-unaidsglobalaidsupdate-pathendsaidsreport.pdf>

UNFPA. (2012). *Supplement\_SWOP\_Moz\_final*.

[https://mozambique.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Supplement\\_SWOP\\_Moz\\_final.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://mozambique.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Supplement_SWOP_Moz_final.pdf?utm_source=chatgpt.com)

UNFPA. (2021). *Meu corpo me pertence*.

UNFPA, D. N. (2022). Seeing the unseen. *State of World Population*.

United Nations. (2019). *Contraceptive Use by Method 2019: Data Booklet*. UN.

<https://doi.org/10.18356/1bd58a10-en>

Upadhyay, U. D., Gipson, J. D., Withers, M., Lewis, S., Ciaraldi, E. J., Fraser, A., Huchko, M. J., & Prata, N. (2014). Women's empowerment and fertility: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, 115, 111–120.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.014>

- Williamson, L. M., Parkes, A., Wight, D., Petticrew, M., & Hart, G. J. (2009). Limits to modern contraceptive use among young women in developing countries: A systematic review of qualitative research. *Reproductive Health*, 6(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-6-3>
- Yaya, S., Idriss-Wheeler, D., Uthman, O. A., & Bishwajit, G. (2021). Determinants of unmet need for family planning in Gambia & Mozambique: Implications for women's health. *BMC Women's Health*, 21(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01267-8>
- Yeboah, D., Issah, A.-N., Kpordoxah, M. R., Akiti, C., & Boah, M. (2023). Prevalence and factors associated with the intention to use contraception among women of reproductive age who are not already using a contraceptive method in Liberia: Findings from a secondary analysis of the 2019-2020 Liberia Demographic Health Survey. *BMJ Open*, 13(10), e072282. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072282>
- Yee, L., & Simon, M. (2010). The Role of the Social Network in Contraceptive Decision-making Among Young, African American and Latina Women. *Journal of Adolescent Health*, 47(4), 374–380. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.03.014>
- Zafar, M. I. (2024). ROLE OF RELIGIOUS LEADERS IN FAMILY PLANNING ADVOCACY IN RURAL AREAS OF PAKISTAN. *Journal of Legal, Ethical, and Regulatory Studies*, 11(4), Article 4.
- Zegeye, B., Ahinkorah, B. O., Idriss-Wheeler, D., Olorunsaiye, C. Z., Adjei, N. K., & Yaya, S. (2021). Modern contraceptive utilization and its associated factors among married women in Senegal: A multilevel analysis. *BMC Public Health*, 21(1), 231. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10252-7>

# ANEXOS

1. Carta de Cobertura da Faculdade de Medicina
2. Aprovação do Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo

## 1. Carta de Cobertura da Faculdade de Medicina



Faculdade de Medicina

Visto  
UNIVERSIDADE  
FACULDADE DE  
O Director da Faculdade  
Professor Doutor Jahit Sacarlal, MD, MPH, PhD  
(Professor Catedrático)

Ao Comité Institucional de Bioética em Saúde  
da Faculdade de Medicina/Hospital Central de  
Maputo (CIBS FM&HCM)

### CARTA DE COBERTURA AO PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DO ESTUDANTE DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

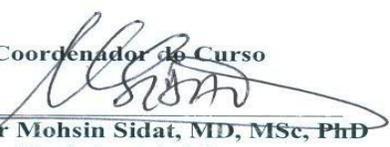
Como parte integrante das obrigações do curso de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina, o Mestrando **Clesio Romão Henrique**, pretende efectuar uma investigação intitulada “*Análise de factores Associados ao uso de Contraceptivos entre Mulheres Sexualmente Activas e em Idade Reprodutiva (15-49 anos) em Moçambique*”

Espera-se assim que a experiência adquirida nesta pesquisa possa contribuir para elevar o grau de conhecimentos científicos da proponente e acima de tudo contribuir para enriquecer evidências científicas no campo de Saúde Pública em Moçambique e no mundo em desenvolvimento.

Ciente da relevância desta pesquisa e por se tratar de estudante, a Faculdade de Medicina espera maior ponderação e assim apoia e sugere sua implementação.

Maputo, aos 26 de Setembro de 2024.

O Coordenador do Curso

  
Prof. Doutor Mohsin Sidat, MD, MSc, PhD  
(Prof. Associado)

Av. Salvador Allende, nº 702, C. Postal 257, Tel.: (+258) 21 428076, Fax.: (+258) 21 325255,  
Maputo – Moçambique

2. Aprovação do Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo



Comité Institucional de Bioética em Saúde da  
Faculdade de Medicina/Hospital Central de  
Maputo



(CIBS FM&HCM)

*Dr. Vasco António Muchanga, Presidente do Comité Institucional de Bioética em Saúde da  
Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM)*

CERTIFICA

*Que este Comité avaliou a proposta do (s) Investigador (es) Principal (is):*

*Nome (s): Clésio Romão Henrique*

*Protocolo de investigação: Versão 1.0 de Setembro de 2024*

*Cosentimentos informados: N/A*

*Questionário: N/A*

*Do estudo:*

***TÍTULO; “Análise de factores associados ao uso de contraceptivos entre mulheres sexualmente activas e em idade reprodutiva (15-49 anos) em Moçambique.”***

*Constar que:*

*1º Após revisão do protocolo pelos membros do comité durante a reunião do dia de 05 de Novembro de 2024 e que será incluída na acta 29/2024, o CIBS FM&HCM, emite este informe notando que não há nenhuma inconveniência de ordem ética que impeça o início do estudo.*

*2º Que a revisão realizou-se de acordo com o Regulamento do Comité Institucional da FM&HCM – emenda 2 de 28 de Julho de 2014.*

*3º Que o protocolo está registado com o número CIBSFM&HCM/135/2024.*

*4º Que a composição actual do CIBS FM&HCM está disponível na secretária do Comité.*

*5º Não foi declarado nenhum conflito de interesse pelos membros do CIBS FM&HCM.*

*6º O CIBS FM&HCM faz notar que a aprovação ética não substitui a aprovação científica nem a autorização administrativa.*

*7º A aprovação terá validade de 1 ano, até 08 de Dezembro de 2025. Um mês antes dessa data, o Investigador deve enviar um pedido de renovação se necessitar.*

*8º Recomenda-se aos investigadores que mantenham o CIBS informado do decurso do estudo no mínimo uma vez ao ano.*

*9º Solicitamos aos investigadores que enviem no final de estudo um relatório dos resultados obtidos*

*E emite*

RESULTADO: **APROVADO**

*Vasco António Muchanga*  
Assinado em Maputo aos 09 de Dezembro de 2024

