

Tendências e Factores Associados à Maternidade Precoce em Moçambique

Carlos Arnaldo
Mónica Frederico
Abdulai Dade

GAZETA DE POPULAÇÃO E SAÚDE **nº 04**

Dezembro 2014

Título

Tendências e Factores Associados à Maternidade Precoce em Moçambique

Autores

Carlos Arnaldo
Mónica Frederico
Abdulai Dade

Edição

CEPSA - Centro de Pesquisa em População e Saúde

Editores

Carlos Arnaldo
Boaventura M. Cau

Design Gráfico e Paginação

Lourino Pelembe

Revisão

Henriqueta Tojais

Número de Registo

8316/RLINNLD/2014

ISBN

978-989-98516-4-1

Copyright © CEPSA 2014

Proibida a reprodução total ou parcial para fins comerciais

Endereço do editor

Centro de Pesquisa em População e Saúde
Rua de França, n.º 72 R/C
Tel: +258 21 415 328
cepsa@cepsamoz.org
www.cepsamoz.org
www.facebook.com/cepsamoz
Maputo – Moçambique

Maputo, Dezembro de 2014

Resumo

A maternidade na adolescência é um dos principais problemas de saúde reprodutiva em muitos países em vias de desenvolvimento, incluindo Moçambique. Os efeitos deste fenómeno fazem-se sentir em todo processo de evolução dos que vivenciam este facto. Uma maternidade precoce pode ter implicações negativas na saúde e no desenvolvimento social da jovem mãe e seu filho. Do ponto de vista de saúde, a maternidade na adolescência está associada a um maior risco de complicações durante o parto, altas taxas de morbi-mortalidade materna, abortos clandestinos e nascimento de crianças com baixo peso. Do ponto de vista de desenvolvimento social, a maternidade precoce geralmente conduz ao abandono temporário ou definitivo da escola por parte da rapariga e a conseqüente diminuição de possibilidades de uma carreira profissional bem-sucedida no futuro. Com base nos dados dos inquéritos Demográficos e de Saúde de 1997, 2003 e 2011, este estudo analisa as tendências e os factores associados com a maternidade precoce em Moçambique. O estudo confirma Moçambique como um dos países onde as mulheres começam a procriação a uma idade muito jovem. Apesar de o nível de escolarização das adolescentes estar a aumentar, a percentagem de adolescentes que já iniciaram a procriação continua elevada, devido, sobretudo, ao facto de o início da actividade sexual e o casamento acontecerem cedo e o uso de métodos de contracepção ser ainda baixo.

Palavras-Chave: Maternidade precoce, Casamento precoce, Adolescentes, Jovens, Moçambique

Sobre os Autores

Carlos Arnaldo

Doutorado em Demografia pela Australian National University. Director e investigador no Centro de Pesquisa em População e Saúde. As suas áreas de interesse incluem estimação e dinâmica demográfica, fecundidade, nupcialidade, saúde reprodutiva e HIV e SIDA.

Email: carnaldo@cepsamoz.org

Mónica Frederico

Mestre em Desenvolvimento Rural pela Universidade Eduardo Mondlane. Investigadora do Centro de Estudos Africanos da Universidade Eduardo Mondlane. As suas áreas de interesse incluem desenvolvimento rural e saúde reprodutiva dos adolescentes e jovens.

Email: mfrederico45@gmail.com

Abdulai Dade

Mestre em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Actualmente exerce a função de técnico superior de demografia N1 no Instituto Nacional de Estatística. As suas áreas de interesse incluem pesquisa em dinâmica demográfica, saúde reprodutiva e fecundidade.

abdulai.dade@ine.gov.mz

Agradecimentos

Os autores agradecem ao Instituto Nacional de Estatística pela disponibilização de parte das bases de dados usadas neste estudo.

Índice

SOBRE OS AUTORES.....	III
AGRADECIMENTOS.....	IV
ÍNDICE	V
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VI
ÍNDICE DE TABELAS.....	VII
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	2
2.1. MATERNIDADE PRECOCE NO MUNDO.....	2
2.2. MATERNIDADE PRECOCE EM ÁFRICA.....	3
3. DADOS E MÉTODOS.....	5
4. RESULTADOS.....	7
4.1. ANÁLISE DESCRITIVA.....	7
4.2. ANÁLISE MULTIVARIADA.....	10
5. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	15
6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17
SOBRE A GAZETA DE POPULAÇÃO E SAÚDE.....	21

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Taxa de fecundidade na adolescência, Moçambique 1997-2011.....	8
Gráfico 2: Percentagem de mulheres entre 18-24 anos que tiveram seu primeiro filho antes dos 15 e 18 anos, Moçambique 1997-2011.....	8
Gráfico 3: Percentagem de mulheres que já são mães por idade, Moçambique 1997-2011.....	9

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Número de mulheres incluídas na análise por ano de inquérito.....	5
Tabela 2: Descrição de variáveis independentes.....	6
Tabela 3: Comportamento sexual e reprodutivo das mulheres 15-19 anos, Moçambique 1997-2011.....	9
Tabela 4: Razões de probabilidade de risco de maternidade precoce de acordo com características socioeconómicas das mulheres, Moçambique 1997-2011.....	13

1. Introdução

A maternidade precoce ou na adolescência é um dos principais problemas de saúde pública nos países em desenvolvimento e a sua percepção como problema social tem vindo a aumentar e a justificar uma maior resposta por parte das políticas públicas (Ferreira, 2008). Em Moçambique, de acordo com os dados do Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) de 2011, cerca de 40 por cento das adolescentes (15-19 anos) eram/tinham sido mães ou estavam grávidas (INE & MISAU, 2013). Uma maternidade precoce pode ter implicações negativas na saúde e no desenvolvimento social da jovem mãe e seu filho. Do ponto de vista de saúde, a maternidade na adolescência está associada a um maior risco de complicações durante o parto, altas taxas de morbi-mortalidade materna, abortos clandestinos e nascimento de crianças com baixo peso (Oyefara, 2009). Do ponto de vista de desenvolvimento social, a maternidade precoce geralmente conduz ao abandono temporário ou definitivo da escola por parte da rapariga e a consequente diminuição de possibilidades de uma carreira profissional bem-sucedida no futuro, contribuindo para perpetuar o ciclo de pobreza dentro dos agregados familiares dos adolescentes envolvidos. Mais ainda, parte da elevada fecundidade verificada em Moçambique pode ser atribuída ao início precoce da procriação (Arnaldo, 2013). A idade da mulher ao primeiro filho (início da procriação) é normalmente um indicador da fecundidade futura da mulher uma vez que determina o período da janela de procriação. Na ausência da contracepção, um período longo poderá resultar num maior número de filhos (Beguy, Ndugwa & Kabiru, 2013). Assim, este capítulo analisa a tendência e os factores associados à maternidade precoce em Moçambique como forma de contribuir para influenciar no desenho e implementação de políticas ou programas para a sua redução.

2. Contextualização

2.1. Maternidade precoce no mundo

A maternidade precoce é um dos problemas sociais e de saúde pública que têm atraído a atenção de estudiosos, fazedores de políticas e organizações internacionais e da sociedade civil (Chalem *et al.*, 2007; Dias & Aquino, 2006; Oliveira, Anastácio & Carvalho, 2010). De acordo com estimativas de 2010, 36,4 milhões de mulheres entre 20 e 24 anos nos países em desenvolvimento, tiveram parto antes dos 18 anos, sendo mais de metade (53%) no continente africano (UNFPA, 2013:3-6).

O fenómeno de maternidade/gravidez precoce é complexo, multidimensional e influenciado por diversos factores de âmbito biológico, familiar e social (Brito, 2009). No âmbito biológico, as adolescentes têm apresentado uma antecipação em sua menarca (primeira menstruação), passam a produzir gâmetas férteis mais cedo, ficando desta forma expostas ao risco de uma gravidez precoce (Pirota & Schor, 2004). No âmbito familiar, os adolescentes, na maioria das vezes, se espelham nos pais ou no ambiente familiar (Baldwin & Cain, 1980; Caputo & Bordin, 2008). Por exemplo, a embriaguez, o uso de drogas, a troca frequente de parceiros sexuais no ambiente familiar que caracteriza cada vez mais as famílias actuais, tendem a actuar como exemplos negativos aos filhos, influenciando-os (Brito, 2009; Kassir, 2006). Marteleto, Lam & Ranchhod (2006) encontraram, num estudo sobre uma área urbana da África do Sul, que as raparigas que cresceram num agregado familiar que tinha alguém com problemas de alcoolismo e/ou uso de drogas eram mais propensas a ter tido um filho na adolescência que aquelas que cresceram em agregados familiares sem nenhum daqueles problemas. Situações de falta de diálogo na família sobre a sexualidade podem contribuir para a gravidez precoce sobretudo entre as famílias mais carentes ou com menos instrução (Kassar, 2006).

O contexto social é também um factor importante. As mudanças sociais que se observam no contexto da sexualidade, caracterizadas por uma maior abertura e remoção das inibições e estigmas relacionadas com a sexualidade, podem estimular uma maior actividade sexual entre os jovens e aumentar o risco de uma gravidez ou maternidade precoce se os jovens não disporem de um conhecimento adequado sobre sexualidade e contracepção (Brito, 2009; Gama, Szwarcwald & Leal, 2002; Leal, 2006). Um dos factores sociais com influência no comportamento sexual dos jovens é a religião. Ela desempenha um importante papel dentro da sexualidade, pois, como grande parte das religiões tendem a proibir o sexo antes do casamento, adolescentes que seguem a doutrina de uma religião podem evitar a prática sexual antes do casamento em comparação com aqueles que não praticam nenhuma religião (Paiva, Aranha & Bastos, 2008; Vitale & Amâncio, 2001).

A maternidade precoce pode ter consequências negativas para a adolescente afectada, para a criança e para toda a sociedade. Ela tem causado várias mudanças na vida da adolescente envolvida,

pois gera sérias consequências biológicas, familiares e sociais que se reflectem na sua vida e da sociedade como um todo. Uma gravidez na adolescência pode contribuir para um maior risco de alta pressão arterial, anemia, hemorragia, parto prolongando ou obstruído, parto prematuro, nascimento de crianças de baixo peso, morte fetal, mortalidade perinatal, altas taxas de morbi-mortalidade materna e abortos clandestinos (Figueredo, 2000; Mahy & Gupta, 2001; Oyefara, 2009; Zabin & Kiragu, 1998). Devido à sua imaturidade psicológica e social e falta de uma atenção pré-natal adequada, o risco de mortalidade materna associado a uma gravidez na adolescência chega a ser seis vezes mais alto em comparação com o de mulheres adultas (Zabin & Kiragu, 1998).

Além das consequências físicas para a adolescente e para o seu bebé, existem as consequências psicossociais, entre elas o abandono temporário ou definitivo da escola por parte da rapariga e a consequente redução das oportunidades de inserção no mercado de trabalho, ocasionando, às vezes, insatisfação pessoal e manutenção do ciclo de pobreza (Nascimento, 2011; Pelloso, Carvalho & De Souza, 2002). Com efeito, há uma associação entre a maternidade precoce e o risco de pobreza, seja porque ela tende a estar mais representada nas zonas socialmente mais carenciadas, seja porque, em resultado da interrupção da escolaridade, diminui consideravelmente as oportunidades de as mães adolescentes e jovens terem acesso a uma formação de qualidade, aumentando o risco de dependerem, no futuro, de empregos de baixa remuneração ou de apoios e subsídios sociais que acompanham frequentemente as situações de pobreza (Ferreira, 2008; Gama *et al.*, 2002). Oyefara (2009), explorando as consequências socioeconómicas da gravidez precoce, no Estado de Osun, na Nigéria, constatou que as mães adolescentes eram mais vistas no sector informal da economia e com baixa renda e, conseqüentemente, eram incapazes de contribuir efectivamente para o bem-estar geral das suas vidas, prejudicando no seu empoderamento. Por exemplo, Hindin (2012), num estudo de 25 países da África Subsaariana incluindo Moçambique, encontrou que as mulheres que tiveram filhos na adolescência tinham atitudes conservadoras sobre o empoderamento e na sua própria relação conjugal em termos de expectativa de experimentar violência doméstica.

2.2. Maternidade precoce em África

As taxas de gravidez e maternidade na adolescência em África são as mais elevadas do mundo. De acordo com as estimativas de 2010, pelo menos 25% das mulheres entre 20-24 anos na África subsaariana tiveram o seu primeiro filho antes dos 18 anos, contra uma média dos países em desenvolvimento de 19% (UNFPA, 2013). Na maioria dos 25 países incluídos no estudo de Hindin (2012), mais de metade das mulheres tiveram o seu primeiro filho antes de completar 20 anos de idade, havendo países em que mais de 20% das mulheres tiveram-no antes do seus 16 anos de idade.

Vinte dos 25 países do mundo com as taxas de fecundidade de adolescentes mais elevadas estão em África (United Nations Economic Commission for Africa, 2013) e a taxa de fecundidade na adolescência, medida através do número de filhos por 1000 mulheres entre 15-19 anos, é de 101 filhos contra uma média de 56 filhos por mil mulheres para os países em desenvolvimento (Population Reference Bureau, 2013).

Estes níveis de maternidade precoce na África Subsaariana são explicados por vários factores, entre eles a diminuição da idade da menarca e o retardamento do primeiro casamento, a prevalência de casamento precoce, as normas culturais sobre a actividade sexual e procriação e o baixo uso de métodos de contracepção (Doyle *et al.*, 2012; Meekers, 1994; Yavuz, 2010; Zabin & Kiragu, 1998). Com a diminuição da exigência das mulheres casarem virgens e a fraqueza do controle social sobre este aspecto, o declínio da idade da menarca põe as jovens raparigas expostas ao risco de um início precoce da actividade sexual (Zabin & Kiragu, 1998). O início da actividade sexual tem sido cada vez mais cedo ao mesmo tempo que a idade ao primeiro casamento aumenta, fazendo com que o período entre o início da actividade sexual e o primeiro casamento seja cada vez mais longo (Magadi & Agwanda, 2009). Numa análise de 24 países da África Subsaariana, Doyle *et al.* (2012) encontraram que cerca de 25% das adolescentes solteiras entre 15-19 anos eram sexualmente activas e que o uso de métodos de contracepção era geralmente baixo. No entanto, as normas sobre a actividade sexual nas sociedades africanas não são uniformes, havendo sociedades onde a virgindade antes do casamento é valorizada e outras onde a actividade sexual antes do casamento não é condenada ou é até encorajada (Meekers, 1994).

A prevalência de casamento precoce também tem contribuído para persistência de níveis elevados de maternidade na adolescência. Embora a idade ao primeiro casamento esteja a aumentar desde a década de 1990 (Yavuz, 2010), a África subsaariana continua a ser uma das regiões do mundo onde as mulheres se casam mais cedo. De acordo com dados de 2013, 40% das mulheres entre os 20-24 anos estavam casadas até aos 18 anos e 13% estavam nessa condição até aos 15 anos (Population Reference Bureau, 2013). Ao casarem cedo, as jovens mulheres podem estar mais pressionadas pela expectativa social e familiar de ficarem grávidas imediatamente a seguir ao casamento (National Research Council, 1993; United Nations, 2013). Em algumas partes da África subsaariana, onde se mantêm normas rigorosas contra a actividade sexual antes do casamento, o casamento precoce permite aos pais evitar os custos de manterem uma rapariga depois da puberdade e garantem a sua virgindade até a altura do casamento (Zabin & Kiragu, 1998).

3. Dados e Métodos

Este capítulo usa dados dos Inquéritos Demográfico e de Saúde (IDSs) realizados em Moçambique em 1997, 2003 e 2011. Os IDSs foram realizados com o objectivo de recolher informação actualizada sobre fecundidade e comportamento reprodutivo, saúde materna e infantil, mortalidade infanto-juvenil, conhecimento e uso de contracepção, e conhecimento e atitudes sobre o HIV/SIDA. As amostras para estes inquéritos foram probabilísticas e representativas aos níveis nacional, provincial e das áreas de residência (rural e urbana)(INE & MISAU, 1998, 2005, 2013). No IDS de 1997 foram entrevistados 8 779 mulheres com idades entre 15 e 49 e 2 335 homens com idades entre 15 e 64, correspondentes a uma taxa de resposta de 92% e 81%, respectivamente (INE & MISAU, 1998); no IDS de 2003 foram entrevistados 12 418 mulheres com idades entre 15 e 49 e 2 900 homens com idades entre 15 e 64, correspondentes a uma taxa de resposta de 91% e 81%, respectivamente (INE & MISAU, 2005); e no IDS de 2011 foram entrevistados 13 718 mulheres com idades entre 15 e 49 e 4 130 homens com idades entre 15 e 64, correspondentes a uma taxa de resposta de 99% e 98%, respectivamente (INE & MISAU, 2013).

Nestes dados aplicaram-se métodos de análise bivariada e multivariada para avaliar os níveis e tendências da maternidade precoce bem como identificar os factores socioeconómicos a ela relacionados. No geral, neste capítulo considera-se maternidade precoce aquela que ocorre nas mulheres antes de completar 20 anos de idade. Dois indicadores de maternidade precoce são utilizados: a percentagem de mulheres entre os 15 e 19 anos que estavam grávidas ou eram/tinham sido mães a data dos inquéritos e a percentagem de mulheres entre 18 e 24 anos que tiveram o seu primeiro filho antes de completar 18 anos de idade. Assim, o número de mulheres incluídas nesta análise corresponde ao apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: Número de mulheres incluídas na análise por ano de inquérito

Inquérito	Mulheres 15-19	Mulheres 18-24
IDS 1997	1872	2507
IDS 2003	2644	3622
IDS 2011	3065	3563
Total	7581	9692

Fonte: IDSs 1997, 2003, 2011.

Para a análise multivariada, foram ajustados dois modelos de regressão logística para determinar a probabilidade de uma mulher entre os 15 e 19 anos, na altura do inquérito, estar grávida ou ser/ter sido mãe e a de uma mulher com idade entre 18 e 24 anos na altura do inquérito ter tido o seu primeiro filho antes dos 18 anos. O modelo da regressão logística pode ser representado pela equação:

$$\ln(P_i/1-P_i) = b_0 + b_i X_i$$

onde P_i é a probabilidade de um determinado evento ocorrer num indivíduo com um determinado conjunto de características, X_i ; b_0 é uma constante que define a probabilidade; e b_i s são os coeficientes estimados. A razão $P_i/1-P_i$, é a razão entre a probabilidade de uma mulher entre 15 e 19 com um determinado conjunto de características estar grávida ou ser /ter sido mãe, ou de uma

mulher entre 18 e 24 anos e com um determinado conjunto de características ter tido o seu primeiro filho antes dos 18 anos e a probabilidade de não estar grávida ou não ser/ter sido mãe, ou de ter tido o primeiro filho aos 18 anos ou depois, respectivamente. O valor b_i estimado para cada variável X_i , é interpretado como sendo a diferença de probabilidades entre mulheres pertencentes a essa categoria e aquelas pertencentes à categoria de referência ou omitida. Assim, se cada valor b_i for exponenciado, $\exp[b_i]$, o resultado é a razão de probabilidades de estar grávida ou ser /ter sido mãe ou ter tido o primeiro filho antes dos 18 anos de idade para as mulheres com característica X_i em relação às mulheres que pertencem à categoria de referência (Halli & Rao, 1992; Retherford & Choe, 1993). As variáveis independentes e a sua descrição estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2: Descrição de variáveis independentes

Variável	Descrição
Idade	Em anos simples.
Inquérito	Em três categorias: IDS 1997, IDS 2003 e IDS 2011.
Região	Norte (Niassa, Cabo Delgado e Nampula), Centro (Zambézia, Tete, Manica e Sofala) e Sul (Inhambane, Gaza, Maputo Província e Maputo Cidade).
Lugar de residência	Dividida em urbana e rural.
Nível de educação	Com três categorias: Nenhum, Primário, e Secundário ou superior.
Idade à primeira relação sexual	Com três categorias: menos de 15 anos, entre 15 e 17 anos, e 18 ou mais anos.
Idade à primeira união	Com três categorias: menos de 15 anos, entre 15 e 17 anos, e 18 ou mais anos.
Quintil de riqueza	Com cinco categorias: Mais pobre, Pobre, Medio, Rico, Mais rico.
Religião	Com seis categorias: Católica, Protestante, Muçulmana, Zione, Outra e Sem religião.
Escuta rádio	Com quatro categorias: Não, Menos de uma vez por semana, Mais de uma vez por semana e Quase todos os dias.
Experiência de uso de contraceção	Com duas categorias: Nunca usou, Já usou algum método de contraceção

4. Resultados

4.1. Análise descritiva

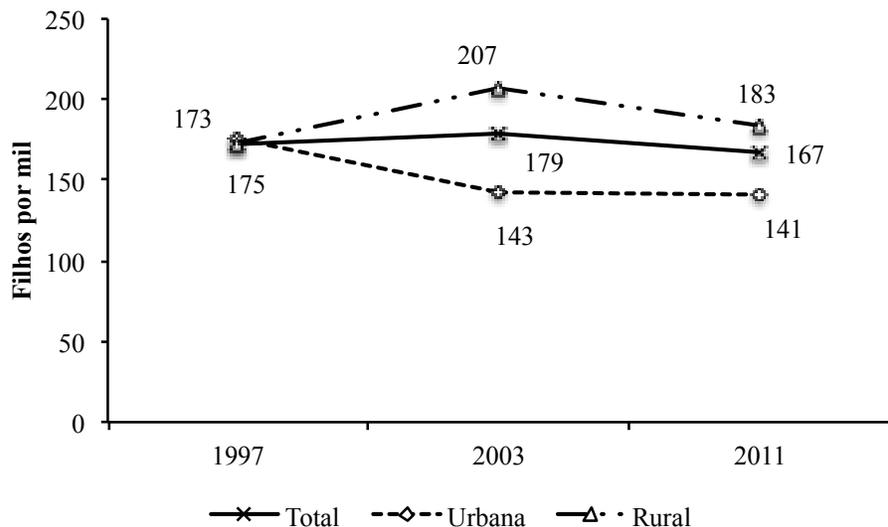
O nível de educação das adolescentes e jovens em Moçambique melhorou substancialmente entre 1997 e 2011, em particular nas áreas urbanas. A percentagem de adolescentes e jovens sem nenhum nível de instrução reduziu de 28% em 1997 para 13% em 2011, ao mesmo tempo que a percentagem daquelas com o nível secundário ou mais subiu de 5% para 30% (Tabela 3). Apesar desta melhoria substancial no nível educacional, Moçambique continua a ser um dos países onde os eventos relacionados com a transição para vida adulta (início da actividade sexual, casamento e procriação) acontecem relativamente cedo. Em 2011, cerca de dois terços das adolescentes entre os 15 e 19 anos eram sexualmente activas, 41% já se tinham casado alguma vez e 36% já eram mães ou estavam grávidas. Entre 1997 e 2011 houve uma ligeira tendência para a redução, acima de 10%, sobretudo no que se refere à percentagem de adolescentes já casadas.

O casamento precoce é um dos factores que tem contribuído para a persistência de níveis elevados de maternidade na adolescência, uma vez que a expectativa da sociedade é de a mulher ter um filho pouco depois do casamento. Como se pode observar na Tabela 3, a idade mediana ao primeiro casamento está muito próxima da idade mediana ao primeiro filho. Segundo o IDS de 2011, 19% das adolescentes tiveram o seu primeiro filho no ano do casamento e 67% depois deste; apenas 14% tiveram o seu primeiro filho antes do casamento. Para além da pressão social e/ou familiar para engravidar logo a seguir ao casamento, uma gravidez na adolescência pode precipitar o casamento, sobretudo nas sociedades patrilineares onde o filho pertence a família do homem e este é suposto tomar conta da criança e da mãe desde a gravidez.

Num contexto onde tanto o início da actividade sexual como o casamento são precoces, o risco de uma gravidez na adolescência é mais elevado se as adolescentes não disporem ou usarem métodos de planeamento familiar para a prevenção de gravidezes indesejadas. Embora o conhecimento sobre estes métodos entre as adolescentes em Moçambique seja quase universal, apenas 44% das mulheres 15-19 anos sexualmente activas em 2003 tinham experiência de uso de algum método de prevenção de gravidez e somente 15% das adolescentes sexualmente activas e não grávidas declararam usar estes métodos na altura do inquérito (Tabela 3). Como consequência, em 2011, cerca de um terço das gravidezes das adolescentes eram indesejadas (valor não apresentado).

Devido ao início precoce da procriação, pelo menos um dos cerca de 6 filhos que, em média, uma mulher moçambicana tem durante o seu período reprodutivo, que vai dos 15 aos 49 anos, é nascido na adolescência. A taxa de fecundidade na adolescência é de cerca de 170 crianças por mil adolescentes, sendo mais elevada na área rural que na urbana (Gráfico 1). Embora experimentando alguma redução nos últimos anos, sobretudo nas áreas urbanas, continua a ser uma das mais elevadas taxas do mundo (Population Reference Bureau, 2013).

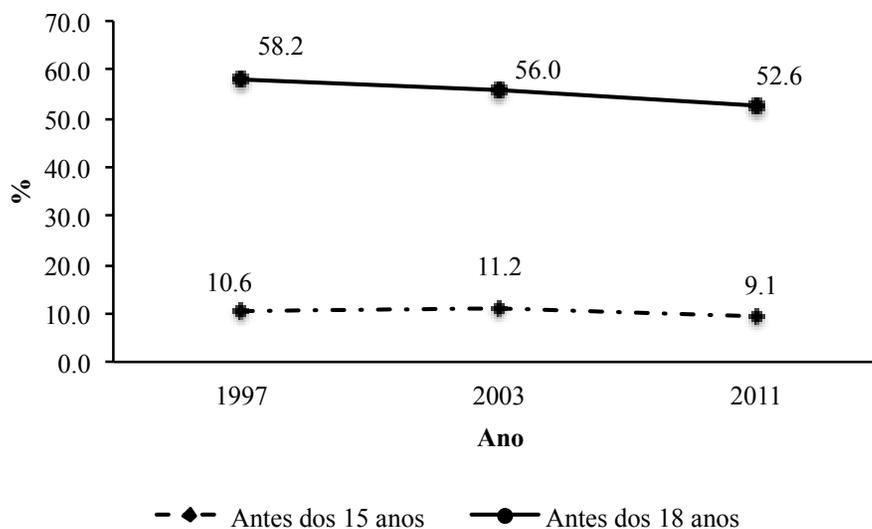
Gráfico 1: Taxa de fecundidade na adolescência, Moçambique 1997-2011



Fonte: (INE & MISAU, 1998, 2005, 2013).

Tomando em conta o grupo de jovens mulheres que acabaram de ultrapassar a fase da adolescência (mulheres entre os 18 e 24 anos), pouco mais de 10% tiveram os seus primeiros filhos antes dos 15 anos e mais de metade antes dos 18 anos (Gráfico 2). Este padrão, é similar nos três inquéritos em análise o que mostra pouca tendência de retardar o início na procriação em Moçambique. A análise das curvas do risco de ter o primeiro filho por idade, Gráfico 3, mostra que as linhas correspondentes aos três IDSs estão quase sobrepostas, indicando que este risco pouco se alterou nos últimos 25 anos.

Gráfico 2: Percentagem de mulheres entre 18-24 anos que tiveram seu primeiro filho antes dos 15 e 18 anos, Moçambique 1997-2011



Fonte: IDS 1997, 2003, 2011.

Gráfico 3: Percentagem de mulheres que já são mães por idade, Moçambique

Fonte: IDS 1997, 2003, 2011.

Tabela 3: Comportamento sexual e reprodutivo das mulheres 15-19 anos, Moçambique 1997-2011

	IDS 1997			IDS 2003			IDS 2011		
	Rural	Urbano	Total	Rural	Urbano	Total	Rural	Urbano	Total
Nível de educação (%)									
Nenhum	35.8	9.0	28.4	35.9	9.6	23.5	17.6	4.0	12.5
Primário	63.0	75.5	66.5	61.2	66.1	63.5	68.3	39.3	57.4
Secundário ou mais	1.2	15.5	5.2	2.9	24.3	12.9	14.1	56.7	30.1
Actividade sexual (%)									
Não iniciaram actividade sexual	28.7	34.9	30.5	23.7	30.3	26.8	33.3	34.4	33.7
Já iniciaram actividade sexual	71.3	65.1	69.5	76.3	69.7	73.2	66.7	65.6	66.3
Estado civil (%)									
Nunca casou	45.0	73.5	52.9	43.4	71.7	56.7	51.1	72.1	59.0
Alguma vez casada	55.0	26.5	47.1	56.6	28.3	43.3	48.9	27.9	41.0
Conhecimento de métodos contraceptivos (%)*									
Qualquer método	43.8	87.3	55.2	99.5	100.0	99.8	100.0	100.0	100.0
Método moderno	42.9	87.3	54.5	85.1	98.0	90.7	92.3	98.4	94.6
Experiência de uso de contracepção (%)*									
Já usou qualquer método	2.9	18.8	7.1	31.1	60.1	43.7			
Já usou método moderno	2.7	15.5	6.1	25.1	56.1	39.0			
Uso actual de contracepção (%)**									
Qualquer método	1.1	7.5	3.0	23.5	45.6	33.7	7.1	28.0	15.3
Método moderno	1.0	5.3	2.3	19.1	42.2	29.8	7.1	27.4	15.1
Alguma vez mães ou grávidas (%)									
Idade Mediana ao primeiro casamento	17.0	18.4	17.3	17.0	18.6	17.6	18.1	19.6	18.5
Idade Mediana ao primeiro filho	19.1	19.0	19.1	18.8	19.2	18.9	19.1	19.4	19.2

Nota: *% entre mulheres 15-19 anos sexualmente activas; **% entre mulheres 15-19 anos sexualmente activas e não grávidas.

4.2. Análise multivariada

A Tabela 3 mostra que a probabilidade de uma mulher moçambicana ter um filho na adolescência pode estar relacionada com determinados factores socioeconómicos, entre os quais o nível de educação, a idade ao início da actividade sexual e ao primeiro casamento, conhecimento e uso de métodos de contracepção. No entanto, a análise do efeito destes e outros factores na maternidade precoce não pode ser adequadamente avaliado através de uma análise descritiva (bivariada), uma vez que este tipo de análise não toma em consideração o efeito de outros factores que também influenciam a maternidade precoce. Tal efeito só pode ser possível através de uso de análise multivariada que permite determinar o efeito de um factor livre do efeito dos outros. Assim, neste capítulo, foi aplicado o modelo de regressão logística, brevemente apresentado na secção 3, para identificar os factores que mais influência têm sobre o risco de uma maternidade precoce em Moçambique. Apesar de algumas das variáveis independentes estarem aparentemente correlacionadas entre si, um exame prévio dessas correlações mostrou que nenhum dos coeficientes de correlação de *Pearson* foi superior a 0.5, pelo que foram incluídas nos modelos para avaliar a sua influência na maternidade precoce sem receio de que um enviesamento por multicolinearidade pudesse afectar os resultados de forma significativa. Foi constituída uma base de dados conjunta resultante da junção das bases dos IDSs de 1997, 2003 e 2011 e dois modelos foram ajustados, um a mulheres entre 15 e 19 anos, para avaliar o efeito das variáveis independentes na probabilidade de uma mulher pertencente a este grupo de idade estar grávida ou ser /ter sido mãe, e outro a mulheres com idades entre 18 e 24 anos, para avaliar a probabilidade de uma mulher deste grupo ter tido o seu primeiro filho antes dos seus 18 anos de idade. Para verificar a consistência dos resultados, os mesmos modelos foram também ajustados, em separado, aos dados de cada um dos três inquéritos e pelo facto de os resultados terem sido consistentes com os modelos ajustados à base resultante da adição dos casos dos três inquéritos, aqueles resultados não são apresentados.

A Tabela 4 mostra as razões de probabilidade 'Exp(B)' de uma adolescente entre os 15 e 19 anos pertencente a uma determinada categoria numa variável estar grávida ou ser /ter sido mãe (Modelo I) e de uma mulher entre 18 e 24 anos ter tido filho antes de completar 18 anos (Modelo II) em comparação com uma adolescente ou mulher pertencente à categoria de referência, assumindo que estas duas mulheres são iguais em relação às restantes características. O valor de Exp(B) na categoria de referência é igual à unidade, e um valor de Exp(B) superior a 1 (um) em qualquer das outras categorias significa que as adolescentes ou mulheres dessa categoria têm maior risco de maternidade precoce do que as suas homólogas que pertencem à categoria de referência. Do mesmo modo, um valor de Exp(B) inferior a 1 (um) indica um menor risco de maternidade precoce do que na categoria de referência.

De acordo com os resultados dos Modelos I e II, a idade, o ano do inquérito, o nível de educação, o lugar de residência, as idades à primeira relação sexual e ao primeiro casamento, a filiação religiosa, a experiência de uso de contracepção e a região de residência têm alguma relação com a maternidade precoce, embora esta tenda a ser estatisticamente significativa ao nível de significância de 5% no Modelo II em comparação com o Modelo I. Em concordância com a análise descritiva (Tabela 3), as adolescentes

e mulheres inquiridas em 2003 e 2011 são significativamente menos propensas a estarem grávidas ou serem/terem sido mães na adolescência em comparação com as inquiridas em 1997, indicando uma tendência de redução do nível da maternidade precoce ao longo do tempo, sobretudo entre 1997 e 2003 (e considerando ter tido um filho antes dos 18 anos como indicador da maternidade precoce). O Modelo I mostra que as adolescentes (15-19 anos) têm 12% (em 2003) e 46% (em 2011) menos risco de estarem grávidas ou serem/terem sido mães na adolescência que as suas homólogas em 1997, embora esta diferença seja estatisticamente significativa apenas em 2011; por sua vez, as mulheres 18-24 anos em 2003 e 2011 são cerca de 25% menos susceptíveis de terem tido filho(s) na adolescência em comparação com as suas homólogas em 1997.

Depois de controlar pelo efeito dos outros factores, o efeito do nível de educação na maternidade precoce não é consistente entre os dois modelos. Enquanto o Modelo II não revela nenhuma diferença significativa do risco de ter tido um filho antes dos 18 anos de acordo com o nível de educação da mulher, o Modelo I mostra que o risco de uma adolescente estar grávida, ser mãe ou ter sido mãe é maior nas mulheres com os níveis primário e secundário em comparação com as que não têm nenhum nível, embora seja apenas estatisticamente significativa para as mulheres com o nível secundário ou superior. Os resultados do Modelo I não estão de acordo com a expectativa, uma vez que a educação da mulher adolescente normalmente retarda o início da procriação através do aumento da idade ao primeiro casamento e uso de métodos de contracepção (Arthur, Bangha & Sankoh, 2013). No entanto, em alguns casos, a educação pode ser um factor de risco para a maternidade precoce através do enfraquecimento do controle familiar sobre as adolescentes, especialmente se elas ficam tempo considerável na escola (Beguy *et al.*, 2013).

O lugar de residência rural está associado a um menor risco de maternidade precoce. Com efeito, de acordo com o Modelo II, uma mulher rural com idade entre 18 e 24 anos é 26% menos susceptível de ter tido um filho antes dos 18 anos que a sua homóloga residente na área urbana. Num estudo no Quênia, Magadi & Agwanda (2009), também encontraram que a residência rural estava significativamente associada a um menor risco de início de procriação na adolescência; embora não estatisticamente significativo, Mahy & Gupta (2002), encontraram que em Burkina Faso e Tanzânia, as mulheres urbanas entre 18-24 anos tinham maior probabilidade de terem tido um filho antes dos 18 anos que as suas homólogas residentes nas áreas rurais.

Como esperado, ambos modelos I e II mostram que quanto mais tarde uma mulher iniciar a sua vida sexual ou matrimonial menor é o risco de estar grávida ou ser/ter sido mãe precocemente. Em relação ao início da actividade sexual, entre as adolescentes com idade entre os 15 e 19 anos, um início da actividade sexual aos 18 anos ou depois reduz o risco de maternidade precoce em mais de 50% em comparação com um início da actividade sexual antes dos 15 anos. Por outro lado, de acordo com o Modelo II, as mulheres com 18-24 que iniciam a sua vida sexual entre 15 e 17 são 59% menos propensas a ter um filho na adolescência comparando com aquelas que iniciam antes dos 15 anos.

Em relação a idade de casamento, as adolescentes entre 15-19 anos que se casaram ou se uniram entre 15 e 17 anos e aos 18 anos ou depois, são 44% e 74%, respectivamente, menos propensas de estarem grávidas ou serem/terem sido mães precocemente ou na adolescência em comparação com as suas homólogas que o fizeram antes dos 15 anos. Igualmente, segundo o modelo II, as mulheres 18-24 anos que se casaram ou se uniram entre os 15 e 17 anos são 74% menos susceptíveis de terem um filho antes dos 18 anos.

A filiação religiosa não apresenta nenhum efeito significativo sobre a maternidade precoce no Modelo I. No entanto, no modelo II, as mulheres entre 18-24 anos sem religião e aquelas que professam uma religião diferente da Católica são pelo menos 26% mais propensas de terem tido um filho antes dos 18 anos em comparação com aquelas que pertencem à religião Católica. As razões para estas diferenças não estão claras, mas, normalmente, as diferenças do comportamento demográfico por religião podem se dever a diferenças de composição dos membros das diferentes igrejas ou na maior ou menor tolerância em relação a actividade sexual dos jovens e adolescentes. As evidências para sustentar diferenças doutrinárias em relação a sexualidade dos adolescentes em Moçambique são escassas. Por outro lado, dada a maior mobilidade religiosa em Moçambique (Agadjanian, 1999), a religião da mulher na altura do inquérito pode não corresponder à sua religião na altura em que teve o primeiro filho.

Os resultados do modelo I sugerem diferenças regionais em relação ao risco de uma adolescente estar grávida ou ser/ter sido mãe; as adolescentes residentes na região centro do país são cerca de 50% mais propensas a estarem grávidas ou serem/terem sido mães que as suas homólogas da região Norte, enquanto nenhuma diferença significativa se verifica entre as adolescentes residentes nas regiões Norte e Sul. Provavelmente, existem outros factores que não puderam ser incluídos nos modelos e que influenciam o comportamento reprodutivo das jovens e adolescentes em Moçambique.

A experiência de contracepção está positivamente associada à maternidade precoce, sobretudo entre as adolescentes com idades entre 15 e 19 anos, onde o risco de estar grávida ou ser/ter sido mãe para as adolescentes que usaram algum método de contracepção é duas vezes superior ao das adolescentes que nunca usaram nenhum método de contracepção. Tendo em conta que o uso de métodos de contracepção é uma medida para evitar gravidezes indesejadas, incluindo na adolescência, este padrão sugere que as adolescentes adoptam os métodos de contracepção depois de terem tido uma experiência de gravidez ou maternidade precoce ou na adolescência. Este facto é suportado pelo facto de uso de métodos de contracepção entre jovens e adolescentes sexualmente activas e não grávidas em Moçambique ser muito baixo, cerca de 8% em 2011.

A exposição aos medias, em particular a escuta regular da rádio, tende a ter um efeito negativo na probabilidade de uma maternidade precoce (Mahy & Gupta, 2002). Uma vez que a informação sobre a frequência com que as inquiridas escutam rádio não foi recolhida no IDS de 1997, esta variável não foi incluída nos modelos I e II. No entanto, para avaliar o seu potencial efeito na maternidade precoce,

foram ajustados modelos separados às bases dos IDS de 2003 e 2011 e ao somatório dos casos destas duas bases (resultados não apresentados), mas os resultados não revelaram nenhum efeito estatisticamente significativo nem alteraram de forma significativa os coeficientes de regressão nas outras variáveis incluídas nos modelos. Igualmente, também foi avaliado o efeito das condições socioeconómicas dos agregados familiares das adolescentes através da inclusão nos modelos separados das bases de 2003 e 2011 do quintil de riqueza (resultados não apresentados), não tendo, também, revelado nenhum efeito significativo.

Tabela 4: Razões de probabilidade de risco de maternidade precoce de acordo com características socioeconómicas das mulheres, Moçambique 1997-2011

Características socioeconómicas	Modelo I		Modelo II	
	Mulheres 15-19 (estar grávida, ser/ter sido mãe)		Mulheres 18-24 (ter tido filho antes dos 18 anos)	
	Exp(B)	P-value	Exp(B)	P-value
Idade	1.784	0.000	0.910	0.000
Inquérito				
IDS 1997 [®]	1.000		1.000	
IDS 2003	0.885	0.426	0.746	0.005
IDS 2011	0.539	0.005	0.738	0.017
Nível de educação				
Nenhum [®]	1.000		1.000	
Primário	1.159	0.208	1.089	0.322
Secundário ou mais	1.896	0.003	0.969	0.818
Lugar de residência				
Urbana [®]	1.000		1.000	
Rural	0.822	0.084	0.739	0.000
Idade da primeira relação sexual				
< 15 anos [®]	1.000		1.000	
15-17 anos	0.810	0.073	0.412	0.000
18 anos ou mais	0.470	0.010	0.018	0.000
Idade da primeira união				
< 15 anos [®]	1.000		1.000	
15-17 anos	0.563	0.000	0.256	0.000

18 ou mais	0.264	0.000	0.056	0.000
Religião				
Católica [®]	1.000		1.000	
Protestante	1.086	0.588	1.331	0.007
Islâmica	1.023	0.873	1.423	0.007
Zione	0.794	0.115	1.272	0.047
Outra	1.238	0.381	1.059	0.838
Sem religião	1.006	0.982	1.269	0.050
Experiência de uso de contraceção				
Nunca usou [®]	1.000		1.000	
Já usou algum método	2.224	0.000	1.358	0.002
Região de residência				
Norte [®]	1.000		1.000	
Centro	1.472	0.004	1.195	0.134
Sul	1.032	0.823	1.204	0.154
Constante (não transformada)	-8.92	0.000	4.43	0.000
-2 Log likelihood	2601.33		4987.09	
Qui-quadrado do modelo	268.31	0.000	1986.07	0.000
No. de casos na análise	2348		5045	

Nota: [®] - Referência

5. Discussão e conclusão

O objectivo principal deste capítulo era de avaliar a tendência e os factores associados a maternidade precoce em Moçambique. Esta análise afigura-se importante no desenho e implementação de políticas e programas de saúde sexual e reprodutiva dos jovens e adolescentes.

A análise, que se baseou nos dados dos três IDS realizados em Moçambique (IDSs de 1997, 2003 e 2011) confirma Moçambique como um dos países onde as mulheres começam a procriação a uma idade muito jovem. Apesar de durante o período de 1997 a 2011 o nível de escolarização das adolescentes (15-19 anos) ter aumentado significativamente, a percentagem de adolescentes que já iniciaram a procriação manteve-se em torno dos 40%, podendo ter consequências negativas para a saúde das jovens mães e seus filhos e comprometer as suas aspirações profissionais no futuro.

Análise multivariada, através da regressão logística, foi utilizada para avaliar o efeito independente de factores socioeconómicos na probabilidade de início precoce da procriação. Contrariamente à expectativa e aos resultados de estudos de outros países de África (Beguy *et al.*, 2013; Gupta & Mahy, 2003), o nível de educação não revelou nenhum efeito depressivo sobre a probabilidade de início precoce da procriação. Pelo contrário, num dos dois modelos, o ajustado a mulheres entre 15-19 anos, o nível secundário ou superior aumenta o risco de início precoce de procriação em comparação com nenhum nível. Provavelmente, o enfraquecimento do controle familiar sobre as adolescentes por elas passarem mais tempo na escola que em casa poderá ser um dos factores que explicam este padrão (Beguy *et al.*, 2013). Num estudo nas áreas suburbanas de Nairobi no Quênia, Beguy *et al.* (2013), encontraram que o controle social (se os pais ou encarregados de educação sabem onde e com quem as adolescentes estavam, o que faziam nos tempos livres, que programas de televisão e filmes que elas assistiam) das adolescentes entre 15 e 17 anos reduzia o risco de terem filhos em pelo menos 40%. Por outro lado, o ambiente escolar pode ser favorável para a prática de sexo não protegido entre adolescentes. Num estudo no Estado de Anambra, na Nigéria, Onyeka *et al.* (2012) reportam que a prevalência de gravidezes indesejadas entre adolescentes do ensino secundário era elevada, particularmente entre as mais novas por dificuldades de acesso e falta de habilidade para o uso de métodos de contracepção.

O enfraquecimento do controle parental ou social sobre as adolescentes também pode, em parte, explicar o facto de um dos modelos ajustados neste estudo ter revelado um maior risco de maternidade precoce entre adolescentes urbanas que rurais. Estudos mostram que a urbanização tem potencial para influenciar o ambiente que rodeia os adolescentes e é geralmente associada com maior exposição ao mundo exterior e fontes de diversão. Em entrevistas aos pais e encarregados de educação em três cidades de Moçambique, Maputo, Quelimane e Lichinga, Arnaldo & Frederico (Forthcoming) revelam que estes queixam-se pela exposição das adolescentes a factores que podem antecipar o início da actividade sexual e ao facto deles, os pais, terem menor controle sobre o que as adolescentes fazem ou assistem na televisão.

O maior efeito depressivo sobre a maternidade precoce é exercido pela idade ao início da actividade sexual e ao primeiro casamento. As mulheres com idades entre 18 e 24 anos que iniciaram a sua actividade sexual depois dos 15 anos são 60% menos susceptíveis de terem tido um filho na adolescência, em comparação com as suas homólogas que iniciaram a actividade sexual antes dessa idade; casar depois dos 15 anos reduz a maternidade precoce entre 50 a 75% em comparação com casar antes dos 15 anos. Estes resultados são consistentes com estudos anteriores feitos em outras partes do mundo (Meekers, 1994) e sugerem que num contexto de ausência de protecção devido ao baixo uso de métodos de contracepção, o início da exposição ao risco de procriação é determinante na probabilidade de uma maternidade precoce. Com efeito, e apesar de o conhecimento de métodos de contracepção entre jovens e adolescentes ser quase universal, o mesmo não é suficiente para permitir uma maior utilização pelas adolescentes. Em 2011, apenas 15 por cento das adolescentes sexualmente activas entre 15 e 19 anos declararam usar algum tipo de contracepção (INE & MISAU, 2013).

Embora a utilização de contracepção seja considerada crucial para prevenir gravidezes indesejadas, muitas das quais podem ou poderiam resultar em maternidade precoce, os resultados deste estudo mostram que a experiência de uso de métodos de contracepção está positivamente associada a um maior risco de maternidade precoce. Hipoteticamente, isto pode sugerir que a experiência de contracepção é posterior à experiência de gravidez ou maternidade precoce. Dados do Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA), mostram que apenas 23% das jovens entre 15 e 19 anos usaram contracepção na primeira relação sexual (INS, INE & ICF Macro, 2010).

6. Referências bibliográficas

- Agadjanian, V. 1999. "As Igrejas Zion no espaço sócio-cultural de Moçambique urbano, anos 1980 e 1990." *Lusotopie*: 415-423.
- Arnaldo, C. 2013. "Fecundidade em Moçambique nos últimos 50 anos: alguma mudança?" Pp. 37-60 in C. Arnaldo & B. M. Cau (eds.) *Dinâmicas da População e Saúde em Moçambique*. Maputo: Centro de Pesquisa em População e Saúde.
- Arnaldo, C. & M. Frederico. Forthcoming. "Nível, Tendência e Determinantes de Gravidez Precoce entre adolescentes e Jovens em Moçambique." Maputo: Centro de Estudos Africanos, Universidade Eduardo Mondlane.
- Arthur, S., M. Bangha, & O. Sankoh. 2013. "Review of Contributions from HDSSs to Research in Sexual and Reproductive Health in low and Midle-income Countries." *Tropical Medicine and International Health* 18(12): 1463-1487.
- Baldwin, W. & V. S. Cain. 1980. "The Children of Teenage Parents " *Family Planning Perspective* 12: 34 – 43.
- Beguy, D., R. Ndugwa, & C. W. Kabiru. 2013. "Entry into Motherhood among Adolescent Girls in two Informal Settlements in Nairobi, Kenya." *Journal of Biosocial Sciences* 45: 721-742.
- Brito, R. C. d. O. 2009. "Gravidez na Adolescência: Principais informações e consequências para alunas da rede pública estadual." *Monografia de Especialização*. Belo horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação.
- Caputo, V. G. & I. A. Bordin. 2008. "Gravidez na Adolescência e uso Frequente de Alcool e Drogas no Contexto Familiar." *Revista de Saúde pública* 42(3): 402 – 410.
- Chalem, E., S. S. Mitsuhiro, C. P. Ferri, M. C. M. Barros, R. Guinsburg, & R. Laranjeira. 2007. "Gravidez na Adolescência: perfil sociodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil." *Cadernos de Saude Publica* 23(1): 177-186.
- Dias, A. B. & E. M. L. Aquino. 2006. "Maternidade e Paternidade na Adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil." *Cadernos Saude Pública* 22(7): 1447-1458.
- Doyle, A. M., S. N. Mavedzenge, M. L. Plummer, & D. A. T. Ross. 2012. "The Sexual Behaviour of Adolescents in sub-Saharan Africa: patterns and trends from national surveys." *Tropical Medicine and International Health* 17(7): 796-807.

- Ferreira, P. M. 2008. "A maternidade Precoce: tendência e perfis." *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 26(1): 63-76.
- Figueredo, B. 2000. "Maternidade na Adolescência: Consequências e trajectórias desenvolvimentais." *Análise Psicológica* 4(XVIII): 485-498.
- Gama, S. G. N., C. L. Szwarcwald, & M. C. Leal. 2002. "Experiência de Gravidez na Adolescência, Factores Associados e Resultados Perinatais entre Puérperas de Baixa Renda." *Caderno Saúde Pública* 18(1): 153 – 161.
- Gupta, N. & M. Mahy. 2003. "Adolescent Childbearing in sub-Saharan Africa: Can increased schooling alone raise ages at first birth?" *Demographic Research*. Article 4: 94-106.
- Halli, S. S. & V. V. Rao. 1992. *Advanced Techniques of Population Analysis*. New York: Plenum Press.
- Hindin, M. J. 2012. "The Influence of Women's Early Childbearing on Subsequent Empowerment in sub-Saharan Africa : A Cross-National Meta Analysis." *International Center for Research on Women. Fertility & Empowerment Working Paper Series. 003-2012-ICRW-FE*. Washington, D.C.
- INE & MISAU. 1998. *Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde - 1997*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- INE & MISAU. 2005. *Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde - 2003*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- INE & MISAU. 2013. *Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde - 2011*. Calverton, Maryland, USA: Ministerio da Saude, Instituto Nacional de Estatística & ICF International.
- INS, INE, & ICF Macro. 2010. *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique 2009*. Calverton, Maryland, EUA: Instituto Nacional de Saúde (INS), Instituto Nacional de Estatística (INE), e ICF Macro.
- Kassar, S. B. 2006. "Comparações das Condições Socioeconómicas e Reprodutivas entre Mães Adolescentes e Adultas Jovens em três Maternidades Públicas de Maceió, Brasil." *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil* 6(4): 4 – 5.
- Leal, D. M. M. 2006. "Impacto da Gravidez na Adolescência no Distrito da Guarda." *Dissertacao de Mestrado*. Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências de Saúde.

- Magadi, M. A. & A. O. Agwanda. 2009. "Determinants of Transitions to first Sexual Intercourse, Marriage and Pregnancy among Female adolescents: evidence from south Nyanza, Kenya." *Journal of Biosocial Sciences* 41: 409-427.
- Mahy, M. & N. Gupta. 2001. "Trends and Differentials in Age at First Birth in sub-Saharan Africa." *Paper Presented at the XXIVth IUSSP General Population Conference. Salvador, Brazil. August 2001.*
- Mahy, M. & N. Gupta. 2002. *Trends and Differentials in Adolescent Reproductive Behavior in sub-Saharan Africa*. DHS Analytical Studies No. 3. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Marteletto, L., D. Lam, & V. Ranchhod. 2006. "Schooling and Early Childbearing in Urban South Africa." *Research Report 06-610. University of Michigan, Institute for Social Research, Population Studies Center.*
- Meekers, D. 1994. "Sexual Initiation and Premarital Childbearing in sub-Saharan Africa." *Population Studies* 48(1): 47-64.
- Nascimento, M. G. 2011. "Adolescentes Grávidas: a vivência no âmbito familiar e social." *Adolescência e Saúde* 8(4): 41-47.
- National Research Council. 1993. *Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa*. Washington, D.C.: National Academic Press.
- Oliveira, T., Z. Anastácio, & G. S. d. Carvalho. 2010. "Convergência e divergência na percepção de jovens grávidas e professores com formação específica em educação sexual sobre gravidez na adolescência." Pp. 374-391 in H. Pereira, L. Branco, F. Simões, G. Esgalhado, & R. M. Afonso (eds.) *Educação para a Saúde, Cidadania e Desenvolvimento Sustentado: Actas do 3º Congresso Nacional de Educação para a Saúde e do 1º Congresso Luso-Brasileiro de Educação para a Saúde*. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Onyeka, I. N., J. Miettola, A. I. Ilika, & T. Vaskilampi. 2012. "Becoming Pregnant during Secondary School: Findings from Concurrent Mixed Methods Research in Anambra State, Nigeria." *East African Journal of Public Health* 9(1): 19-25.
- Oyefara, J. L. 2009. "Socio-Economic Consequences of Adolescent Childbearing in Osun State, Nigeria." *KASBIT Business Journal* 2 (1 & 2): 1-18.
- Paiva, V., F. Aranha, & F. I. Bastos. 2008. "Opiniões e Atitudes em Relação à Sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005." *Revista de Saúde pública* 42(1): 54 – 64.

- Pelloso, S. M., M. D. d. B. Carvalho, & E. A. De Souza. 2002. "O Vivenciar da Gravidez na Adolescência." *Acta Scientiarum* 24(3): 775-781.
- Pirotta, K. C. M. & N. Schor. 2004. "Intenções Reprodutivas e Práticas de Regulação da Fecundidade entre Universitários." *Revista de Saúde pública* 38(4): 495 – 502.
- Population Reference Bureau. 2013. "2013 World's Youth Data Sheet." <http://www.prb.org/pdf13/youth-data-sheet-2013.pdf> (Acedido em 01.09.2014).
- Retherford, R. D. & M. K. Choe. 1993. *Statistical Models for Causal Analysis*. New York: John Wiley.
- UNFPA. 2013. "Maternidade Precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência." United Nations Fund for Population Activities. New York.
- United Nations. 2013. *Adolescent Fertility since the International Conference on Population and Development (ICPD) in Cairo*. New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations Economic Commission for Africa. 2013. "Adolescent and Youth Fertility in Africa: Trends, Disparities and Challenges." *Policy Brief No. 7*. Addis Ababa.
- Vitalle, M. S. d. S. & O. M. S. Amâncio. 2001. "Gravidez na Adolescência." *Brazilian Pediatric News* 3 (3): 1-12.
- Yavuz, S. 2010. "Changes in Adolescent Childbearing in Morocco, Egypt and Turkey." DHS Working Papers No. 75. Calverton, Maryland, USA: ICF Macro.
- Zabin, L. S. & K. Kiragu. 1998. "The Health Consequences of Adolescent Sexual and Fertility Behavior in sub-Saharan Africa." *Studies in Family Planning* 29(2): 210-232.

Sobre a Gazeta de População e Saúde

A Gazeta de População e Saúde é uma plataforma para a publicação de resultados de pesquisa desenvolvida por investigadores do CEPISA e outros investigadores em temáticas ligadas a população e saúde pública. Embora textos baseados em evidências sejam bastante encorajados, outros textos tais como reflexões teóricas e metodológicas são aceites.

As propostas submetidas para publicação serão avaliadas pelo CEPISA, podendo para o efeito, recorrer a especialistas da área temática. Esta avaliação tem como objectivo garantir que o texto publicado tenha a relevância e a qualidade científica desejada.

Para publicar, o autor deve preparar o seu texto escrito seguindo as instruções abaixo indicadas e enviar para o email cepsa@cepsa.ac.mz

A autoria e a responsabilidade pelo conteúdo do texto publicado é do(s) autor(es). Contudo, o texto poderá ser formatado para se enquadrar no estilo das publicações do CEPISA.

Instruções para os autores

O texto deverá ser escrito em Microsoft Word na língua portuguesa (os textos em inglês também são aceites).

O texto deverá estar escrito em Times New Roman 12, espaçamento simples e não pode exceder as 50 páginas excluindo a bibliografia e anexos.

A capa do texto deverá conter o título, os nomes do(s) autor(es) e o nome da instituição de afiliação de cada autor. No caso de co-autoria, os autores deverão indicar o autor que deverá receber correspondências.

Uma pequena biografia de cada autor que indica o seu grau académico, a ocupação e afiliação institucional actual, a área de interesse na investigação e o seu email deve ser submetido com o texto.

Se houver agradecimentos e reconhecimentos também podem ser incluídos

O texto deverá conter um resumo com um máximo de 300 palavras que indica o objectivo principal do estudo, os dados e métodos e os principais resultados e conclusões. O resumo deve ter ainda um máximo de 7 palavras-chave.

O texto típico de estudos baseados em evidências deverá ter pelo menos a introdução, os dados e métodos, os resultados e a discussão. Para clarificar o conteúdo de algumas secções mais subtítulos podem ser criados.

As tabelas e figuras devem ser enumeradas em enumeração arábica.

Os materiais e informações obtidos de fontes previamente publicadas, quer sejam citadas directamente ou parafraseadas, deverão ser devidamente reconhecidos através de uma referência bibliográfica apropriada.

Citação e apresentação da bibliografia

As referências bibliográficas devem ser feitas no corpo do texto, entre parênteses curvos, na forma abreviada da indicação do último apelido do autor, data de publicação e, se for o caso, número de página (a seguir a dois pontos). Exemplos:

Um só autor: (Arnaldo, 2004:22);

Dois autores: (Raimundo & Muanamoha, 2013);

Três ou mais autores: (Cau et al., 2011).

Uma citação directa com mais de 4 linhas deve ser indicada em forma de parágrafo, colocando o parágrafo 4 cm para dentro a partir da margem esquerda e com o tamanho de letra 10 (menor que do resto do texto).

Deve ser incluída no final, com o título "Bibliografia", a lista completa, por ordem alfabética de apelidos dos autores, das obras que tenham sido referidas ao longo do texto (e apenas destas). É obrigação do autor verificar a exactidão das citações e dos nomes dos autores referidos no texto. As referências bibliográficas devem seguir rigorosamente o modelo dos exemplos a seguir apresentados:

- **Livros:**

Baia, A. 2009. *Reflexões sobre o Espaço Urbano: a cidade de Nampula*. Dakar: Codesria Books.

- **Colectâneas:**

Serra, C. (org.) 2009. *Linchamentos em Moçambique 2 (okhwiri que apela à purificação)*. Maputo: Imprensa Universitária.

- **Capítulo de livro:**

Basu, A. M. 1999. "Women's education, marriage, and fertility in South Asia: do men really not matter?". In C. H. Bledsoe et al. (org.), *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*. Washington, D.C: National Academy Press. Pp. 267-286,

- **Artigo de revista**

Arnaldo, C. 2004. "Regional Fertility Trends in Mozambique". *Journal of Population Research*. 21(2):177-197.

- **Artigo em livro de conferência**

Farley, T.M.M. & E.M. Belsey. 1988. "The prevalence and aetiology of infertility". In *African Population Conference*, Vol. 1. Dakar: International Union for the Scientific Study of Population. Pp. 2.1.15-2.1.30.

- **Artigo apresentado em conferência**

Cruz e Silva, T. 2009. "Aquino de Bragança e as reflexões e respostas sobre a produção do conhecimento, e as Ciências Sociais em África: Moçambique, lições aprendidas, lições esquecidas?". Apresentado em: *Colóquio em Homenagem a Aquino de Bragança. Como Fazer Ciências Sociais e Humanas em África: questões epistemológicas, metodológicas, teóricas e políticas*. Maputo, 23-24 de Setembro.

- **Dissertações**

Brandon, A. J. 1990. Marriage dissolution, remarriage and childbearing in West Africa: a comparative study of Côte d'Ivoire, Ghana and Nigeria. Dissertação de Doutoramento, University of Pennsylvania, Philadelphia.

- **Relatório de Pesquisa**

Instituto Nacional de Estatística. 1998. Moçambique, Inquérito Demográfico e de Saúde 1997: Relatório Resumido. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

- **Artigo retirado/consultado na internet**

United Nations Population Division. 2007. World Population Prospects: The 2006 Revision. United Nations : New York, NY. <http://esa.un.org/unpp>. Acesso 25.09.2007.

- **Duas ou mais obras do mesmo autor e do mesmo ano**

Se houver duas ou mais obras do mesmo autor e do mesmo ano, acrescentam-se à data as letras, a, b, etc., respeitando a ordem pela qual as referências aparecem no texto. Exemplo:

Agadjanian, V. 1998a. "Economic security, informational resources, and women's reproductive choices in urban Mozambique". *Social Biology* 45 (1-2): 60-79.

Agadjanian, V. 1998b. "'Quasi-legal' abortion services in a sub-Saharan setting: users' profile and motivations". *International Family Planning Perspectives*. 24 (3): 111-116.

Agadjanian, V. 1998c. "Women's choice between indigenous and western contraception in urban Mozambique". *Women and Health*. 28 (2):1-17.

Apoio financeiro:

