

# Condutas sexuais com risco de gravidez na adolescência

CARLOS PRIOR\* HELENA BAÍA\*\* MARIA JOÃO TRINDADE\*\* TERESA LOPES\*\*

## RESUMO

**Objectivos:** conhecer a idade de início de relações sexuais completas, grau de informação que o grupo etário definido tem sobre contraceção e sexualidade, prevalência de condutas sexuais com risco de gravidez, variáveis que influenciam o conhecimento e as condutas sexuais com risco.

**Tipo de estudo:** descritivo e transversal.

**Local:** Centro de Saúde Fernão de Magalhães em Coimbra.

**População:** Adolescentes inscritos no Centro de Saúde, com idade entre os 14 e 19 anos, a 31 de Outubro de 1994.

**Métodos:** De 3120 adolescentes foi extraída uma amostra aleatória estratificada e proporcional por sexo, idade e extensão de saúde, de 346 unidades amostrais. Foram estudadas variáveis como: sexo, idade, idade das primeiras relações sexuais, estado civil, ocupação, escolaridade, habilitações literárias dos pais, práticas sexuais, adaptação escolar ou laboral, APGAR familiar, relação de parceria, conhecimento sobre contraceção e sexualidade e conduta sexual com risco de gravidez.

**Resultados:** Responderam ao questionário 268 adolescentes (77%). Um terço pratica acto sexual completo; apenas um terço tem conhecimentos Bons ou Muito Bons sobre contraceção e sexualidade; o conhecimento é superior nos mais velhos, no sexo feminino e nos pertencentes a famílias disfuncionais; 14% apresentam condutas sexuais com risco de gravidez, que aumentam com a idade e diminuem com o nível de conhecimentos dos adolescentes e habilitações literárias dos pais.

**Conclusões:** O baixo nível de conhecimentos, a elevada percentagem de jovens que praticam o acto sexual completo e a idade de início das primeiras relações constituem dados que tornam premente a adopção de medidas que visem dinamizar a Educação para a Saúde dirigida a este grupo etário.

## Palavras – chave:

Adolescentes; Conhecimentos; Sexualidade; Contraceção; Condutas; Gravidez.

de autonomia que caracteriza o adulto<sup>2</sup>. Começa geralmente aos 10 anos nas raparigas e aos 12 nos rapazes, embora se verifiquem variações consideráveis na idade de início das transformações.

A especificidade deste período da vida, consubstanciada nas transformações físicas e psicológicas inerentes, conduz a uma verdadeira metamorfose do indivíduo<sup>2</sup>.

As alterações orgânicas, no sentido da maturação, desenvolvem-se mais rapidamente que as estruturas psicológicas e, assim, o adolescente passará a estar biologicamente preparado para as relações coitais e de reprodução muito antes de se encontrar «maduro» para coabitar com um par ou cuidar de seus filhos. A menarca ocorre, geralmente, pelos 12–13 anos e a primeira ejaculação dá-se, em regra, pelos 13–14 anos.

Segundo Arnold Gesell na sua obra «O jovem dos 10 aos 16 anos», a maturação psicológica referente ao sexo é mais precoce nas raparigas. Assim, aos 14 anos, a maior parte das raparigas, já menstruadas, interessam-se pelos aspectos mais complexos da reprodução e aspectos sociais do sexo - beijos, carícias, «até onde podem ir», que podem ser fonte de preocupação pela falta de informação nesta idade<sup>3</sup>.

Nas sociedades ocidentais a população dos 10 aos 19 anos é considerada a mais saudável. Na realidade é a que apresenta menor taxa de morbidade e de mortalidade<sup>4</sup>. Ao apreciar a saúde

## INTRODUÇÃO

A adolescência é um período da vida que se caracteriza por modificações importantes de natureza física, cognitiva e psicossocial. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o período da adolescência entre os 10 e os 19 anos<sup>1</sup>.

Trata-se da passagem obrigatória de uma situação de dependência que caracteriza a infância, para uma situação

\*Assistente de Clínica Geral

\*\*Assistente Graduada de Clínica Geral  
Centro de Saúde Fernão de Magalhães – Coimbra

dos adolescentes, do ponto de vista epidemiológico tradicional, torna-se difícil proceder a uma correcta análise dos verdadeiros problemas de saúde. Estes estão situados a nível do comportamento<sup>5</sup>.

Esta situação, associada às repetidas mudanças da estrutura psicológica, leva a que, embora a maioria dos adolescentes seja saudável e se consiga adaptar à sociedade em que vive, uma minoria crescente não se adapte e adopte comportamentos de risco múltiplos, como por exemplo, relações sexuais não protegidas, toxicod dependência, sedentarismo, marginalidade, numa tentativa de provar a sua independência ou de erguer uma barreira ao controlo sobre as suas vidas. O comportamento sexual, parte integrante da personalidade, apresenta nestas idades características próprias com repercussões a nível da saúde e que pode marcar indelevelmente para toda a vida.

No parecer da Assembleia Mundial de Juventude, o número de relações sexuais sem qualquer tipo de contraceptivo no primeiro encontro sexual é elevado, pelo facto de ser inesperado e por pensarem que o uso de métodos para evitar uma gravidez é da responsabilidade do parceiro. «Esta situação é potencialmente explosiva perante o perigo que são as doenças sexualmente transmissíveis»<sup>6</sup>, e/ou uma gravidez na adolescência.

O aparecimento do Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) veio provocar algumas alterações no comportamento sexual dos adolescentes, fomentadas principalmente pelo medo de contaminação<sup>7</sup>.

Contudo, o problema mais grave resultante do despoletar da sexualidade é a gravidez na adolescência.

Num estudo realizado em Espanha por C. Fernandez *et al.*, 21% dos adolescentes referem ter tido relações sexuais completas e 88% destes, tem risco importante de gravidez<sup>8</sup>. Na Finlândia,

onde a interrupção voluntária da gravidez (IVG) é gratuita e realizada em Hospitais Distritais e Regionais, verifica-se uma taxa elevada de IVG em mulheres com menos de 20 anos de idade<sup>9</sup>.

Trata-se de um acontecimento marcante, não só para a rapariga e ocasionalmente para o rapaz, mas também caracterizado pelo envolvimento dos seus familiares. Constitui, assim, um acontecimento com uma acuidade muito própria em Medicina Familiar<sup>10</sup>.

Os dados epidemiológicos mostram que, na maior parte dos países industrializados ocidentais, se verificou um aumento ligeiro das taxas de gravidez na adolescência na década de 80<sup>11</sup>.

«Em 1984, em Espanha, o número de nascimentos de filhos de menores de 15 anos e de 15 a 19 de idade representam respectivamente, 0,58% e 6,48% do total de nascimentos» e verificou-se também que a «a percentagem de abortos legais em Espanha com menos de 20 anos aumentou de 9,7% em 1986 para 14,6% em 1989»<sup>12</sup>.

Em Portugal a maternidade na adolescência adquire expressivo significado a partir da década de 70, atingindo os valores mais elevados (11,3%) em 1980, cerca de 10 anos após isso se ter verificado nos EUA. Nesta década, em termos de pirâmide etária da população, é maior o número relativo de adolescentes, daí o maior número potencial de gravidezes. Até ao ano de 1981 é o grupo etário dos 15 a 19 anos o único que continua a apresentar uma taxa de fecundidade crescente, ao contrário dos restantes grupos etários que apresentam um decréscimo desde os anos 60 até aos dias de hoje. Em comparação com países europeus da CEE, Portugal tem uma taxa de gravidezes na adolescência alta (9,1%), só ultrapassada pela Grécia (11,5%)<sup>13</sup>.

A maior parte dos estudos realizadas na área da sexualidade em adolescentes referem, como início das relações sexuais os 15 anos, quer em rapazes quer

em raparigas, o que está de acordo com o referido por Arnold Gessel<sup>3</sup>.

A preocupação crescente de organizações responsáveis, a rebeldia do período da adolescência, o contacto sexual precoce e irresponsável, a dificuldade de alguns pais em falarem de sexualidade com os seus filhos, leva os autores a considerarem que os Centros de Saúde deverão tomar parte na responsabilidade da informação, formação e promoção da saúde dos jovens.

A relação a estabelecer entre os adolescentes e técnicos de saúde deverá ser baseada no segredo profissional, transmitindo uma informação correcta e capaz de prevenir situações potencialmente prejudiciais, bem como na capacidade de ajudar a desdramatizar, prevenindo alterações do comportamento ou distúrbios. Esta relação é fundamental e baseada no respeito recíproco, não esquecendo que o motivo expresso pelo adolescente não é quase nunca a razão fundamental, principal ou prioritária que o traz ao Centro de Saúde<sup>14</sup>.

São objectivos deste estudo conhecer:

- Prevalência de condutas sexuais com risco de gravidez;
- Idade de início de relações sexuais completas;
- Grau de conhecimento que o grupo etário definido tem sobre contraceção e sexualidade;
- Variáveis associadas ao conhecimento sobre contraceção e sexualidade;
- Variáveis associadas a condutas sexuais com risco de gravidez;

## MÉTODOS

Procedeu-se à realização de um estudo descritivo e transversal, com a aplicação de um questionário de 45 perguntas, previamente testado em 35 unidades amostrais. A população em estudo abrangeu os adolescentes inscritos no Centro de Saúde Fernão de

Magalhães em Coimbra, com idades compreendidas entre 14 e 19 anos a 31/10/1994. De um total de 3120 foi seleccionada uma amostra aleatória, estratificada e sistemática por extensão de saúde, sexo e idade, de 346 unidades. A dimensão da amostra foi calculada tendo como base uma prevalência de 21% para práticas sexuais completas (anexo cálculo da amostra). Os adolescentes seleccionados foram convocados, por convite do seu médico de família por via postal ou telefónica, para responderem ao questionário de autopreenchimento anónimo e confidencial, (anexo questionário), nas instalações do Centro de Saúde e decorreu entre 1/10/1994 e 30/11/1994. Este questionário, elaborado pelos autores, com a colaboração de um professor do ensino secundário e um psicólogo, foi previamente testado em 30 unidades mostrais. Foi ainda solicitada a autorização de um dos pais em relação a menores.

Foram estudadas as variáveis:

Independentes – **sexo**, **idade** (variável numérica intervalar correspondendo aos anos completos e foi recodificada para efeitos de tratamento estatístico em 3 níveis – 14-15, 16-17 e 18-19), **estado civil** (solteiro(a), casado(a) e outro), **ocupação** (estudante e não estudante), **escolaridade** (último ano de ensino frequentado com aproveitamento), **aproveitamento escolar** (sem retenção, um ou dois anos e mais de dois anos de retenção), **habilitações literárias dos pais** (sem estudos, ensino básico, ensino secundário ou equivalente e ensino superior) que foi recodificada em dois níveis para efeitos de tratamento estatístico (sem estudos ou ensino básico e ensino secundário ou superior), **estado civil dos pais**, **número de elementos do agregado familiar**, **APGAR familiar** (família altamente funcional, família com moderada disfunção e família com acentuada disfunção)<sup>15</sup>, **adaptação escolar ou laboral** (adaptado ou não adap-

tado dependendo da pontuação obtida nas perguntas que avaliaram este item), **fonte de informação** (pais, amigos, professores, médico, livros, TV e outros), **relação de parceria** (valorizada ou não valorizada consoante a pontuação obtida nas questões elaboradas para o efeito), **práticas sexuais** (conjunto de atitudes que podem terminar num acto sexual completo, assume 4 níveis – sem contacto sexual, beijos e abraços, intimidades e acto sexual completo), acto sexual completo (definido como o acto com cópula e assumindo dois níveis: realizado ou não realizado), **tipo de contraceção** (preservativo, pílula ou outro), **idade das primeiras relações sexuais** (idade em anos completos do primeiro acto sexual);

**Dependentes: conhecimentos sobre contraceção e sexualidade** que assume os níveis Muito Bom, Bom, Suficiente, Insuficiente e sem conhecimento, consoante a cotação obtida nas perguntas do questionário elaboradas para o efeito (anexo conhecimentos); **conduta sexual com risco de gravidez** (presente quando o grau de conhecimentos assume valores diferentes de Bom ou Muito Bom e simultaneamente admita ter realizado acto sexual completo, sem contraceção, pelo menos uma vez).

Os dados foram introduzidos numa base de dados (Dbase IV<sup>16</sup>) após codificação e tratados de acordo com as características das variáveis. Nas quantitativas foi determinada a média e desvio padrão e nas qualitativas foram estudadas as frequências absolutas e relativas. As variáveis nominais foram estudadas pela aplicação do teste de independência do Qui-quadrado<sup>17</sup> e as numéricas com aplicação do teste *t de student* para grupos independentes<sup>18</sup>

## RESULTADOS

Dos 346 convocados, responderam 268 (77,4%). A proporção dos respon-

dentos no que se refere ao sexo foi semelhante à do universo; 51% de rapazes e 49% de raparigas. A média de idades foi de 16,6±1,81 anos. A quase totalidade eram solteiros (95,9%), 3,7% casados e havia uma divorciada (0,4%). No que concerne à ocupação 80% referiam serem estudantes. Tinham completado entre o 7º e 9º ano de escolaridade 55% dos adolescentes. Não referiam qualquer reprovação 29%, 63% tinham sofrido um ou dois anos de retenção escolar e 8% mais de dois anos.

Relativamente aos pais, o ensino básico era o preponderante, quer no pai quer na mãe, com 73% e 83% respectivamente. A maioria dos pais estavam casados (82%), 7,5% divorciados, 4,9% viúvos e 5,6% referiam outra situação.

As famílias eram compostas maioritariamente por 3 a 5 elementos (88%).

59% classificaram as suas famílias como altamente funcionais, não havendo diferença estatisticamente significativa entre sexos (figura 1).

Dois terços dos adolescentes foram considerados adaptados à vida escolar ou laboral, sendo o sexo feminino mais adaptado, mas sem significado estatístico (figura 2).

Os amigos são a principal fonte de informação nos dois sexos, seguindo-se os livros, professores, pais e médico (figura 3).

A relação de parceria é valorizada por 74% dos jovens. As raparigas valorizam-na mais, com 89% das respostas afirmativas, contra 59% dos rapazes, diferença esta estatisticamente significativa ( $X^2=28,283$ ; D.F.=1;  $p<0,001$ ).

Relativamente às práticas sexuais, apenas 17% referem não terem contacto com o sexo oposto, 40% refere contactos que se limitam a beijos e abraços, 11% a intimidades, 31% acto sexual completo e dois adolescentes não responderam. Nas raparigas o contacto mais frequente são os beijos e abraços (quadro I).

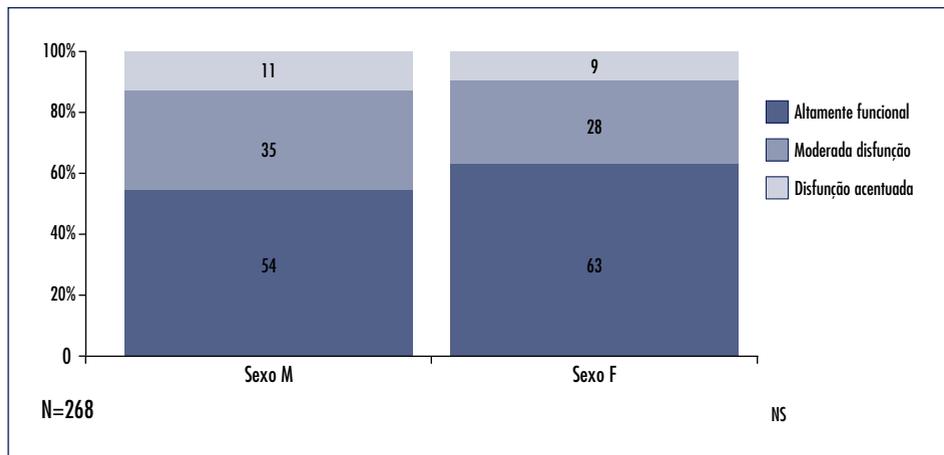


FIGURA 1. APGAR familiar e sexo

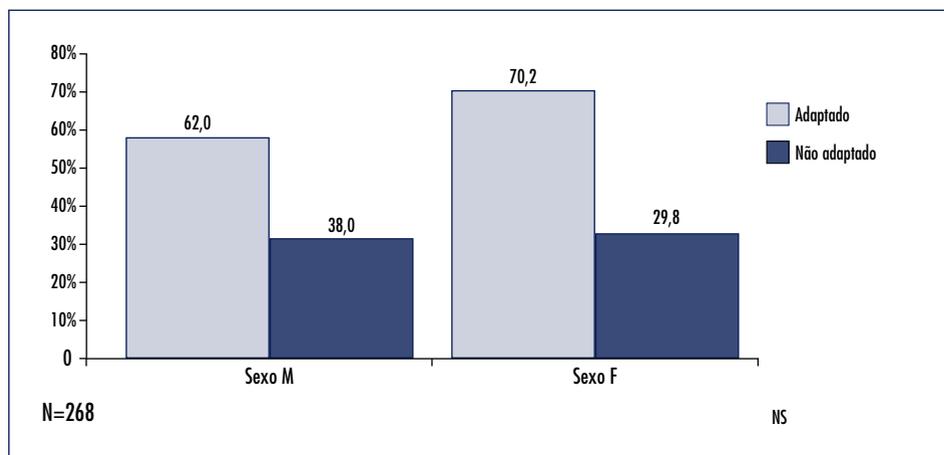


FIGURA 2. Adaptação escolar ou laboral e sexo

Dos 83 (31%) adolescentes que admitiram o acto sexual completo ao serem questionados acerca da contraceção utilizada, 83% referiam usar preservativo e/ou pílula e 17% não responderam (figura 4). 58% referem ter apenas relações sexuais algumas vezes, 31% frequentemente e 10% por acaso. 56% dos rapazes têm relações sexuais antes dos 16 anos e 61% das raparigas antes dos 17. A idade média de início das relações para os rapazes foi de  $15,4 \pm 0,3$  e das raparigas de  $16,6 \pm 0,2$  anos, diferença esta com significado estatístico ( $t=3,592$ ; D.F.=81;  $p<0,0006$ ).

Quanto aos conhecimentos sobre

contraceção e sexualidade, 34% dos adolescentes apresentam conhecimentos considerados bons e muito bons. As raparigas possuem maior nível de conhecimentos (53,5% de conhecimentos Bons ou Muito Bons contra 25,5% dos rapazes) com diferença estatisticamente significativa ( $X^2=24,228$ ; D.F.=4;  $p<0,001$ ). Também com significado estatístico se constata que o conhecimento aumenta com a idade (figura 5) e com a disfuncionalidade da família (figura 6).

As condutas sexuais com risco de gravidez estão presentes em 14% dos adolescentes e sem diferenças entre

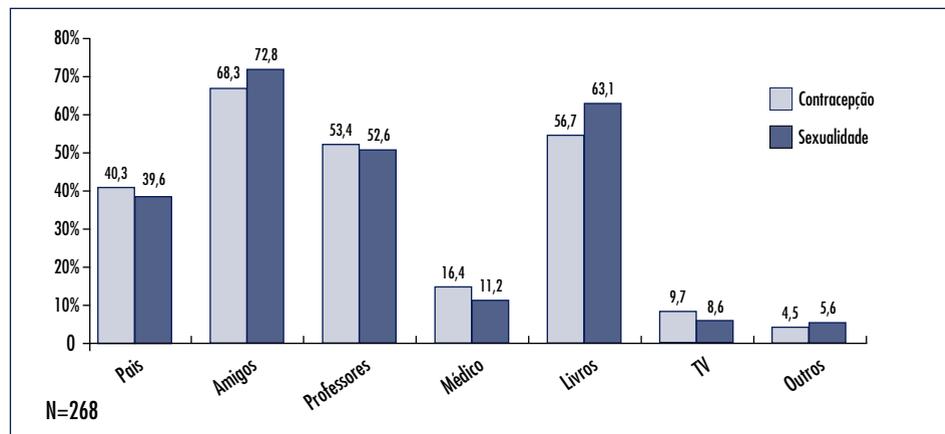


FIGURA 3. Fontes de informação

## QUADRO I

## TIPO DE PRÁTICAS SEXUAIS

| Tipo de Relação Sexual | Sexo Masculino |              | Sexo Feminino |              | Total      |              |
|------------------------|----------------|--------------|---------------|--------------|------------|--------------|
|                        | N              | %            | N             | %            | N          | %            |
| Sem Resposta           | 2              | 1,5          | 0             | 0,0          | 2          | 0,7          |
| Sem Contacto Sexual    | 23             | 16,8         | 23            | 17,6         | 46         | 17,2         |
| Beijos e Abraços       | 47             | 34,3         | 60            | 45,8         | 107        | 39,9         |
| Intimidades            | 17             | 12,4         | 13            | 9,9          | 30         | 11,2         |
| Acto Sexual Completo   | 48             | 35,0         | 35            | 26,7         | 83         | 31,0         |
| <b>Total</b>           | <b>137</b>     | <b>100,0</b> | <b>131</b>    | <b>100,0</b> | <b>268</b> | <b>100,0</b> |

sexos. São mais frequentes nos mais velhos (figura 7), nos adolescentes cujos pais têm habilitações literárias mais baixas (quadro II) e ainda nos que possuem menos conhecimentos sobre contracepção e sexualidade ( $X^2=25,898$ ; D.F.=3;  $p<0,001$ ).

Não se verificou associação entre condutas com risco de gravidez e adaptação escolar ou laboral, nem com o APGAR familiar.

## DISCUSSÃO

Considerando a metodologia utilizada e uma taxa de 77,4% de respostas os autores admitem uma boa adesão ao questionário. O facto de ter sido o Médico de Família de cada adolescente

a convidar à participação no estudo parece ter contribuído para a elevada taxa de participação.

Poucos têm sido os estudos realizados acerca desta temática. Em Portugal ou se trata de estudos de casos clínicos, ou são aplicados questionários a adolescentes escolarizados ou então são utilizadas amostras de conveniência.

A originalidade da metodologia utilizada no presente trabalho reside em dois aspectos fundamentais: a utilização de uma amostra aleatória estratificada proporcional e o facto de o universo ser constituído por adolescentes escolarizados e não escolarizados residentes em zonas urbanas, periurbanas e rurais.

A aplicação de questionários é considerada, cada vez mais, como uma téc-

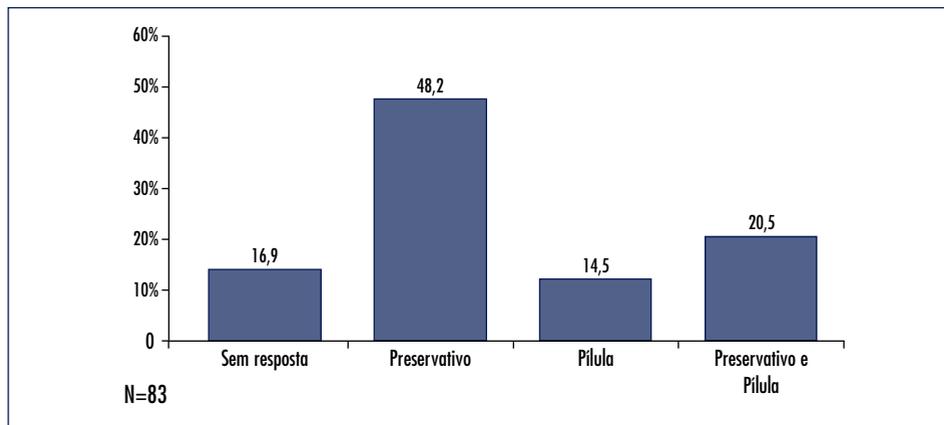


FIGURA 4. Tipo de contraceção.

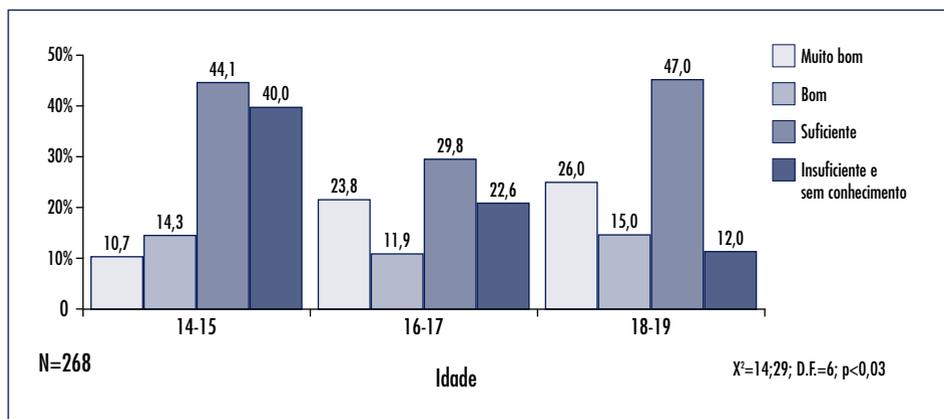


FIGURA 5. Conhecimento e Idade

nica susceptível de ser utilizada para abordar problemas complexos, nomeadamente situações de risco social e necessidades de saúde.

No estudo em apreço a amostra foi criteriosamente dimensionada e definida, permitindo afirmar que é representativa do universo em estudo. As questões seleccionadas, em função da sua pertinência, compreensão e aceitação, foram formuladas com clareza de modo a facilitar a sua interpretação. A utilização de algumas perguntas sobre a mesma temática teve como finalidade testar a consistência das respostas. A confidencialidade, privacidade e anonimato garantidos, bem como a realização de um estudo piloto, contribuem

para que se possa admitir a fiabilidade dos resultados.

Globalmente, considerando as condições de aplicação do questionário e a técnica de amostragem, admite-se que os resultados sejam fiáveis, embora não extrapoláveis para a juventude portuguesa em virtude das particularidades próprias de cada região.

Apesar de se tratar de um questionário extenso, a quase totalidade das questões foram respondidas por todos os inquiridos. O reduzido número de não respostas a cada questão vai de encontro à percepção dos investigadores – o questionário foi bem aceite e compreendido pelos jovens.

As associações entre variáveis não

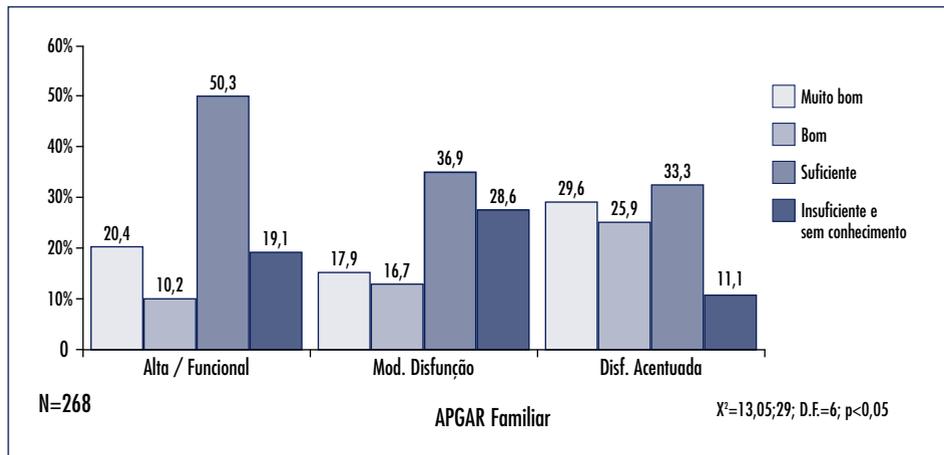


FIGURA 6. Conhecimento e APGAR familiar

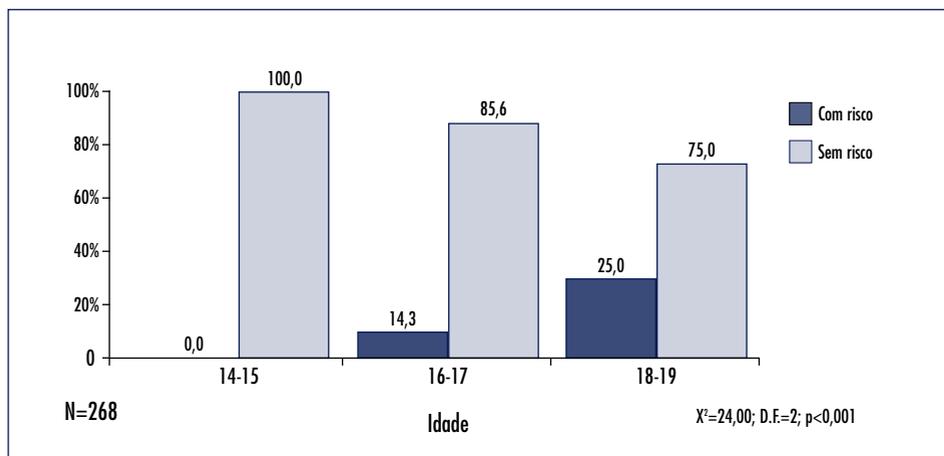


FIGURA 7. Conduta e idade.

permitted to infer any type of relationship cause/effect, they only allow a judgment about the pertinence and consistency, as well as they allow to draw some relationships relatively to the chosen indicators.

The variable sexual behavior with risk of pregnancy is not scientifically defined. It deals with behaviors that lead to a presumed risk in the function of exposure to factors that, without doubt, increase the probability of occurrence of pregnancy. It is interpreted, in the present study, as a risk of maternity or paternity. Thus, it justifies the inclusion of sexual behaviors

with risk of pregnancy, in the male sex.

For the authors, the present study constituted a working instrument that allows to have a more objective view of the problem, it gives indications about the definition of strategies that allow the assumption of preventive care by the Family Medicine doctors and contributed to a better knowledge of the problem in the area.

The distribution by sex and ages is similar to the distribution of the population enrolled in the Health Center, in the same age group. This fact reinforces the

QUADRO II

## CONDUTAS SEXUAIS COM RISCO DE GRAVIDEZ E HABILITAÇÕES LITERÁRIAS DOS PAIS

| Condutas Sexuais | Habilitações Literárias do Pai |              |                             |              |
|------------------|--------------------------------|--------------|-----------------------------|--------------|
|                  | S/ Instrução ou Ens. Básico    |              | Ens. Secundário ou Superior |              |
|                  | N                              | %            | N                           | %            |
| Sem Risco        | 165                            | 82,5         | 55                          | 96,5         |
| Com Risco        | 35                             | 17,5         | 2                           | 3,5          |
| <b>Total</b>     | <b>200</b>                     | <b>100,0</b> | <b>57</b>                   | <b>100,0</b> |

$\chi^2=5,956$ ; D.F.=1;  $p<0,02$

| Condutas Sexuais | Habilitações Literárias da Mãe |              |                             |              |
|------------------|--------------------------------|--------------|-----------------------------|--------------|
|                  | S/ Instrução ou Ens. Básico    |              | Ens. Secundário ou Superior |              |
|                  | N                              | %            | N                           | %            |
| Sem Risco        | 189                            | 84,0         | 40                          | 97,6         |
| Com Risco        | 36                             | 16,0         | 1                           | 2,4          |
| <b>Total</b>     | <b>225</b>                     | <b>100,0</b> | <b>41</b>                   | <b>100,0</b> |

$\chi^2=4,254$ ; D.F.=1;  $p<0,04$

ideia já exposta da fiabilidade dos resultados.

Como seria de esperar poucos são os jovens casados e apenas uma é divorciada.

Relativamente à escolaridade é reduzido o número de jovens que frequenta o 12º ano ou o ensino superior, que está de acordo com as idades do grupo em estudo; um outro dado e que também justifica o resultado anterior é o elevado número de retenções, o que nos leva a admitir taxas elevadas de insucesso, que condicionarão mais tarde o abandono.

O estado civil dos pais, a coabitação, o tamanho do agregado familiar e as habilitações literárias dos pais permitem-nos obter alguns elementos relativamente ao tipo de estrutura familiar e nível socio-económico. Resumindo, trata-se predominantemente de jovens cujos pais são casados e têm apenas o ensino básico, vivendo em famílias nucleares com um ou dois irmãos.

O número de jovens que admite ter realizado o acto sexual completo é elevado, se considerarmos a distribuição etária da amostra. Acreditamos que não tenha havido absoluta sinceridade em algumas respostas, visto que 11% referem ter tido relações sexuais completas

antes dos 14 anos e 78% destes são do sexo masculino.

A idade média do início das primeiras relações sexuais é, nos rapazes, de 15,4 e, nas raparigas, de 16,6 anos, o que está de acordo com o referido por vários autores.

Os amigos são a principal fonte de informação, seguida dos livros, professores e pais. A importância que tem, na adolescência, o grupo e a falta de abertura ou a incapacidade de ultrapassar determinados tabus por parte dos pais, aliada à tendência natural para a independência, justificam estes resultados. Noutros estudos realizados em Portugal, os resultados são sobreponíveis<sup>19,20</sup>.

Contrariando a ideia que os adultos têm acerca dos adolescentes, a maioria considera as suas famílias como altamente funcionais, embora 10% as considerem com disfunção acentuada. Outros trabalhos realizados em Portugal com metodologia diferente obtiveram resultados semelhantes<sup>21</sup>.

Um terço dos jovens foram considerados não adaptados escolar ou laboralmente; este facto constituiu motivo de preocupação uma vez que a desadaptação ao meio é um dos primeiros sinais susceptíveis de conduzir a com-

portamentos com risco para a saúde e/ou vida, nomeadamente: marginalidade, toxicodependência, suicídio.

A relação de parceria é altamente valorizada, principalmente pelas raparigas (88,5%). Este resultado reflecte a psicologia própria do sexo feminino e o sentimento de posse, presente nas adolescentes.

O nível de conhecimentos atingido pode ser considerado relativamente baixo, uma vez que 66% dos adolescentes atingem níveis de suficiente ou inferior, como é referido noutros estudos<sup>19</sup>. À semelhança do que se passa noutros países e noutras zonas do país, verificou-se que os adolescentes questionados têm um baixo nível de conhecimentos em assuntos sexuais. Como referem Langfelt e Porter (1986) «os jovens precisam de mais e melhores informações e educação sexual, não para obter um modelo de comportamento definido por sexologistas profissionais, mas para poderem fazer as suas próprias escolhas e viver a sua própria vida e à sua maneira»<sup>22</sup>.

13,8% dos adolescentes apresentam condutas sexuais com risco de gravidez. Muitas vezes estes adolescentes têm informação, mas ignoram-na. Não reconhecem a gravidez como possível, pelo que actuam como se não existisse nenhuma relação entre coito e gravidez. A dificuldade de reconhecer o risco, a atracção pelo mesmo e o gosto pelo imprevisto, levam a que as populações mais jovens se exponham a situações de maior risco de gravidez, necessitando de tempo para admitir a importância da contraceção. Por outro lado, as relações sexuais do adolescente são, de início, instáveis e pouco frequentes, assim como imprevistas, pelo que é difícil o uso de protecção eficaz<sup>8</sup>.

O nível de conhecimento atingido é superior no sexo feminino, aumenta com a idade e nas famílias com disfunção, o que está de acordo com outros estudos<sup>19</sup>.

As condutas sexuais com risco de gravidez aumentam com a idade, diminuem com as habilitações literárias dos pais e com o nível de conhecimento dos adolescentes. Noutro estudo realizado em Espanha estes resultados são semelhantes<sup>8</sup>.

Sendo a prevenção uma das atribuições mais importantes do Médico de Família, é necessário a adopção de estratégias de modo a estabelecer uma boa relação médico/adolescente, para que possam ser diminuídas as condutas sexuais com risco de gravidez.

Apesar de os adolescentes inscritos neste Centro de Saúde não apresentarem elevados níveis de conhecimentos sobre sexualidade e contraceção, as condutas sexuais com risco de gravidez serem mais elevadas nos adolescentes mais velhos, leva a admitir que a população estudada seja mais «consciente», pois que os comportamentos sexuais susceptíveis de levar a uma gravidez são muito inferiores aos encontrados noutros estudos com metodologia semelhante<sup>19</sup>.

O fenómeno de gravidez e maternidade na adolescência assumiu diferentes aspectos, quantitativos e qualitativos, nas sociedades ou grupos sócio-culturais em que, além da antecipação da capacidade fértil e das alterações verificadas no comportamento sexual, ocorreu o colapso social de um sistema institucional que, passando pela escola e pela família, deveria assegurar os mecanismos educativos essenciais à prevenção das consequências da fertilidade na adolescência.

Interroga-se a comunidade científica sobre os múltiplos aspectos ligados à gravidez na adolescência e as primeiras questões giram em torno dos mecanismos que condicionam a antecipação da primeira menstruação, dos motivos que levam os jovens a iniciar mais cedo a respectiva vida sexual e do carácter gratificante dessas relações. Discute-se igualmente se é possível ou desejável

conhecer esta tendência e em caso afirmativo, o modo como tal deverá ser realizado<sup>13</sup>.

Salientamos, por fim, um aspecto que reforça a importância da educação ao nível da adolescência e que é frequentes vezes esquecido. Mesmo perante jovens cujo desenvolvimento anterior foi perfeitamente normal e não existem, à partida, quaisquer tipos de problemas (físicos, psíquicos ou sociais), as características próprias deste período da vida tornam-no sempre um período muito vulnerável e crítico que necessita e merece todo o apoio da parte dos Serviços de Saúde.

É indispensável que continuem os esforços, se multipliquem e adaptem os projectos e se melhore a sua qualidade, no sentido de justificar e merecer a confiança que queremos que os adolescentes tenham nos adultos e nos Serviços de Saúde.

Em conclusão:

1 – A prevalência de práticas sexuais com risco de gravidez foi de 14%.

2 – Os rapazes iniciam relações sexuais completas pelos 15,4 anos, mais cedo 1,2 anos que as raparigas.

3 – Cerca de 44% dos adolescentes apresentam conhecimentos considerados suficientes e 34% conhecimentos considerados bons ou muito bons sobre contraceção ou sexualidade.

4 – O conhecimento sobre contraceção e sexualidade é maior no sexo feminino, nos adolescentes mais velhos e nas famílias disfuncionais, sendo a diferença estatisticamente significativa.

5 – As práticas sexuais com risco de gravidez são mais prevalentes ( $p < 0,05$ ) nos adolescentes mais velhos, nos filhos de pais com menores habilitações literárias e nos adolescentes com menores conhecimentos sobre sexualidade.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Besoins sanitaires des adolescents. Rapport d'un Comité d'Experts. OMS Séries de Rapports Techniques 1997; nº 609.
2. Athea N. Propositions pour une politique de santé des adolescents. Lisboa: DGS; 1987; dossier 47: 5-19.
3. Gesell A, Ilg FL, Anes LB. O jovem dos 10 aos 16 anos. Lisboa: Publicações D.Quixote; 1996.
4. Navarro F. Os adolescentes - grupo vulnerável. Boletim de Educação Sanitária, DGCSP 1985; VIII, (1): 5-10.
5. Michaud PA. Une approche transculturelle de la santé des adolescents, mythes et paradoxes. Méd et Hyg 1986; 44: 1826-32.
6. Laurence M. As ong e os jovens - assembleia mundial da juventude [carta]. Entre nous (OMS) 1991; 17: 17.
7. Mateus ML. Sexualidades na adolescência. Rev Port Clin Geral 1995; 12: 231-7.
8. Alegria C, Larumbe AB, Cantalejo ES. El riesgo de embarazo en la adolescência. Aten Primaria 1992; 9 (2): 46-54.
9. OMS. Melhorias dos cuidados às jovens que abortam na Finlândia. Entre nous (OMS) 1987; 11:10-1.
10. Jacobson LD, Wilkinson C, Pill R. Teenage pregnancy in the United Kingdom in the 1990s, the implications for primary care. Fam Pract 1995; 12: 232-6.
11. Woodroffec C, Glickman M, Barker M, Power C. Children, teenagers and health: the key data. Buckingham Open University Press; 1993.
12. Beiza LS, Durán FC, Cabezuelo AG, Serrano PG, Dominguez P. Medicina de los adolescentes (parte I). Aten Primaria 1992; 9 (6): 327-32.
13. Silva MO. A gravidez na adolescência: relevância clínica e intervenção pré-natal. Imagem 1992; 1-19.
14. Costa JC. Que serviços para a saúde dos adolescentes? Rev Port Clin Geral 1993; 10: 108-13.
15. Imperatori E. Ficha familiar dos centros de saúde, vantagens e dificuldades. Rev Port de Saúde Pública 1985; 3(3): 51-6.
16. Dbase IV [programa de computador]. Version 2: Borland International, Inc.; 1993.
17. Colten T. Prueba de la X2. In: Estadística en medicina. 1ª ed. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, SA. Salvat; 1992. p. 183-8.
18. Colten T. Comparacion de Medias. In: Estadística en medicina. 1ª ed. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, SA. Salvat; 1992. p. 137-49.
19. Oliveira FE. Sexualidade, conhecimento, comportamentos e opiniões. Lisboa: ENSP 1992.
20. Loureiro F. Informação sexual dos adolescentes - grau de conhecimentos, relação

com comportamentos e opiniões. Rev Port de Saúde Pública 1990; 8(2): 17-24.

21. Sampaio D, Dantas AM, Abreu MJ, Sá J, Gonçalves G, Lalandá O, et al. A percepção da família pelo adolescente em clínica geral. Rev Port Clin Geral 1993; 10: 231-7.

22. Langfelt T, Poter M. Sexuality and family planning report of a consultation on research findings. Copenhagen, OMS, 1986.

#### Agradecimentos

A todos quantos contribuíram para a realização do presente estudo, nomeadamente aos Profissionais de Saúde do Centro de Saúde Fernão de Magalhães em Coimbra e aos adolescentes que colaboraram, respondendo ao questionário, o nosso sincero agradecimento.

O presente estudo foi galardoado com o segundo prémio nos «Prémios Medinfar de Clínica Geral 1995», patrocinado pelo Laboratório Medinfar S.A.

Recebido em 24/07/1998

Aceite para publicação em 27/03/2001

#### Endereço para correspondência:

Carlos Manuel Agostinho Prior  
Centro de Saúde Fernão de Magalhães  
Av. Fernão de Magalhães, 620  
3000 174 – COIMBRA  
Tel: 239 825114  
Fax 239 825140

ou

Rua do Brasil, 316, 3º esquerdo  
3030 – COIMBRA  
Tel: 239 722932  
E-mail: camapri@mail.interacesso.pt

### ANEXO – AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

A avaliação de conhecimentos sobre contraceptivos e sexualidade é feita pelas questões 13, 14, 15, 16, 17 e 22 do anexo II, em que cada uma tem a seguinte cotação:

|         |       |                                |
|---------|-------|--------------------------------|
| Questão | 13-A  | 4 pontos                       |
|         | 13-B  | 4 pontos                       |
|         | 13-C  | 4 pontos                       |
|         | 13-D  | 4 pontos                       |
|         | 13-E  | 4 pontos                       |
|         | TOTAL | 20 pontos                      |
| Questão | 14    | 10 pontos                      |
| Questão | 15    | 10 pontos                      |
| Questão | 16    | 10 pontos                      |
| Questão | 17    | 10 pontos                      |
| Questão | 22    | 5x4=20 pontos                  |
|         |       | Cotação total ..... 100 pontos |

Nível de conhecimentos:

|                                 |                 |            |
|---------------------------------|-----------------|------------|
| Muito Bom                       | ≥ 90%           | da cotação |
| Bom                             | ≥ 75% e < a 90% | da cotação |
| Suficiente                      | ≥ 50% e < a 75% | da cotação |
| Insuficiente e sem conhecimento | < a 50%         | da cotação |

## Questionário:

Este questionário é anónimo e confidencial.

Visa a elaboração de um estudo sobre problemas de sexualidade, que de certo modo, preocupam os jovens.

Lê com atenção o questionário e responde com sinceridade a cada uma das questões.

Por favor não escrevas na coluna que se encontra na margem direita de cada página.

Investigador responsável pelo questionário:

Carlos Manuel Agostinho Prior

*Centro de Saúde Fernão de Magalhães*

Local de residência: \_\_\_\_\_

L.R. \_\_\_\_

1. Sexo M  F

1 \_\_\_\_

2. Idade \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_

3. Estado civil:

3 \_\_\_\_

A. Solteiro/a

B. Casado/a

C. Outro \_\_\_\_\_

4. Escolaridade: \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_

4.1 Reprovaste alguma vez?

4.1 \_\_\_\_

Não

Sim. Em que anos? \_\_\_\_\_

5. Profissão:

5 \_\_\_\_

A. Estudante

5.1 Ano a frequentar: \_\_\_\_\_

5.1 \_\_\_\_

B. Outra: \_\_\_\_\_

6. Vives com:

6 \_\_\_\_

A. Os pais

B. O pai

C. A mãe

D. Outra \_\_\_\_\_

7. Os teus pais são:

7 \_\_\_\_

A. Casados

B. Divorciados

C. Outra \_\_\_\_\_

8. Os teus pais vivem juntos?

8 \_\_\_\_

A. Sim

B. Não

9. Número de elementos do agregado familiar: \_\_\_\_\_

9 \_\_\_\_

10. Tens irmãos:

10 \_\_\_\_

A. Mais velhos e mais novos

B. Mais velhos

C. Mais novos

D. Não tens irmãos

11. Profissão de:

11 \_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

12. Que estudos têm os teus pais? (Assinala com X no quadro seguinte)

|                         | Pai | Mãe |
|-------------------------|-----|-----|
| A. Sem estudos          |     |     |
| B. Escola primária      |     |     |
| C. Ciclo ou equivalente |     |     |
| D. Ensino secundário    |     |     |
| E. Ensino técnico       |     |     |
| F. Bacharelato          |     |     |
| G. Licenciatura         |     |     |

12 \_\_\_\_

13. Dos métodos contraceptivos a seguir indicados assinala aqueles que já ouviste falar ou conheces:

- A. Pílula
- B. Preservativo masculino
- C. DIU ou aparelho intra-uterino
- D. Método de temperaturas ou de Ogino
- E. Preservativo feminino
- F. Outro: \_\_\_\_\_

13 \_\_\_\_

14. Dos métodos atrás indicados, qual te parece mais capaz de evitar uma doença transmitida por contacto sexual?  
Escreve a letra que lhe corresponde

14 \_\_\_\_

15. Certamente já ouviste falar de doenças sexualmente transmissíveis. Das frases a seguir indicadas assinala a que te parece mais correcta:

- A. São doenças que se transmitem por alimentos
- B. São doenças que se transmitem através da conversação
- C. São doenças que se transmitem por contacto sexual

15 \_\_\_\_

16. Quando é mais fácil uma rapariga ficar grávida?  
(Entende-se por ciclo menstrual o tempo que vai de uma menstruação à seguinte). Assinala a frase correcta.

- A. Durante a menstruação
- B. Logo após a menstruação ter terminado
- C. Ao meio do ciclo
- D. No final do ciclo
- E. Não sei

16 \_\_\_\_

17. Uma rapariga poderá ficar grávida a 1.ª vez que tiver relações sexuais?

- n A. Não
- n B. Sim
- n C. Não sei

17 \_\_\_\_

18. Se falarmos agora das tuas relações sexuais com pessoas de outro sexo, indica a resposta que melhor se adapta à tua situação:

- n A. Nenhum contacto sexual com o sexo oposto
- n B. Contactos que se limitam a beijos e a abraços
- n C. Intimidades próximas do acto sexual sem o chegar a realizar
- n D. Acto sexual completo

18 \_\_\_\_

19. Relativamente a métodos contraceptivos

- n A. Nunca utilizaste nenhum método contraceptivo, porque nunca tiveste nenhuma relação sexual completa
- n B. Nunca utilizaste nenhum método, embora já tenhas tido relações sexuais completas
- n C. Utilizaste métodos contraceptivos algumas das vezes que tiveste relações sexuais
- n D. Utilizaste sempre métodos contraceptivos, sempre que tiveste relações sexuais

19 \_\_\_\_

20. No caso de tu ou o teu parceiro ter utilizado algum método contraceptivo indica qual ou quais. Responde a esta questão apenas no caso de teres tido relações.

- n A. Preservativo
- n B. Pílula
- n C. Outro \_\_\_\_\_

20 \_\_\_\_

21. Se já tiveste relações sexuais assinala a frase que está mais de acordo com a tua situação. Responde a esta questão apenas no caso de teres tido relações.

- n A. Uma vez por acaso
- n B. Frequentemente
- n C. Algumas vezes

21 \_\_\_\_

**22.** De acordo com os teus conhecimentos, liga com um traço cada palavra da esquerda à frase correspondente da direita.

22 \_\_\_\_

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| 1. Menstruação                  | A. Célula reprodutora masculina   |
| 2. Óvulo                        | B. Transmite-se por abraço  |
| 3. Espermatozóide               | C. Expulsão de sangue através da vagina proveniente do útero, que acontece nas mulheres |
| 4. Doença de transmissão sexual | D. Célula reprodutora feminina  |
| 5. Sémen                        | E. Transmite-se através de relações sexuais   |

**23.** Os conhecimentos que tens sobre contraceptivos adquiriste-os através de:

23 \_\_\_\_

- n A. Pais
- n B. Amigos
- n C. Professor
- n D. Médico
- n E. Livros
- n F. Outros \_\_\_\_\_

**24.** Se já tiveste relações sexuais, com que idade foi a primeira vez?

24 \_\_\_\_

- |                        |                  |
|------------------------|------------------|
| n A. Não tive relações | n E. Com 16 anos |
| n B. Antes dos 14 anos | n F. Com 17 anos |
| n C. Com 14 anos       | n G. Com 18 anos |
| n D. Com 15 anos       | n H. Com 19 anos |

Indica-nos a tua opinião sobre cada uma das frases seguintes:

25 \_\_\_\_

**25.** Na sociedade actual é importante a rapariga chegar virgem ao casamento.

- n A. De acordo
- n B. Em desacordo

26. Crenças religiosas influenciam o comportamento sexual dos jovens 26 \_\_\_\_
- n A. De acordo
  - n B. Em desacordo
27. Numa relação sexual entre um rapaz e uma rapariga, é importante haver entre eles uma relação afectiva. 27 \_\_\_\_
- n A. De acordo
  - n B. Em desacordo
28. Qualquer relação sexual, não deveria existir sem amor. 28 \_\_\_\_
- n A. De acordo
  - n B. Em desacordo
29. É aconselhável que uma relação sexual seja sempre com o mesmo parceiro. 29 \_\_\_\_
- n A. De acordo
  - n B. Em desacordo
30. Estás satisfeito/a com a ajuda que recibes da tua família sempre que alguma coisa te preocupa? 30 \_\_\_\_
- n A. Quase sempre
  - n B. Algumas vezes
  - n C. Quase nunca
31. Estás satisfeito/a pela forma que a tua família discute assuntos de interesse comum e compartilha contigo a solução do problema? 31 \_\_\_\_
- n A. Quase sempre
  - n B. Algumas vezes
  - n C. Quase nunca
32. Achas que a tua família concorda com o teu desejo de começar novas actividades ou de modificares o teu estilo de vida. 32 \_\_\_\_
- n A. Quase sempre
  - n B. Algumas vezes
  - n C. Quase nunca

**33.** Estás satisfeito/a com o tempo que passas com a tua família.

- n A. Quase sempre
- n B. Algumas vezes
- n C. Quase nunca

33 \_\_\_\_

**34.** Estás satisfeito/a com o modo como a tua família manifesta a sua afeição e reage aos teus sentimentos, tais como irritação, amor e sentimento de dor.

- n A. Quase sempre
- n B. Algumas vezes
- n C. Quase nunca

34 \_\_\_\_

**35.** Os conhecimentos que tens sobre sexualidade adquiriste-os através de:

- n A. Pais
- n B. Amigos
- n C. Professor
- n D. Médico
- n E. Livros
- n F. Outros \_\_\_\_\_

35 \_\_\_\_

**36.** Quando tomas uma decisão, assumes a decisão tomada.

- n A. Sempre
- n B. Muitas vezes
- n C. Poucas vezes
- n D. Nunca

36 \_\_\_\_

**37.** Em relação aos teus amigos assinala a frase que mais se adapta à tua situação.

- n A. Tens muitos amigos
- n B. Tens poucos amigos
- n C. Andas sempre só

37 \_\_\_\_

**38.** As decisões que tomas são influenciadas pelos teus amigos.

- n A. Sempre
- n B. Muitas vezes
- n C. Poucas vezes
- n D. Nunca

38 \_\_\_\_

39. Encontras-te em situações de seres obrigado/a, pelos teus amigos, a fazer coisas que não gostas. 39 \_\_\_\_
- n A. Sempre
  - n B. Muitas vezes
  - n C. Poucas vezes
  - n D. Nunca
40. Tens algum amigo em quem confies mais? 40 \_\_\_\_
- n A. Sim
  - n B. Não
41. O teu comportamento na escola/trabalho agrada aos teus professores/superiores? 41 \_\_\_\_
- n A. Sempre
  - n B. Muitas vezes
  - n C. Poucas vezes
  - n D. Nunca
42. O modo de agir dos teus professores/superiores agrada-te 42 \_\_\_\_
- n A. Sempre
  - n B. Muitas vezes
  - n C. Poucas vezes
  - n D. Nunca
43. Gostas de ir à escola ou ao emprego 43 \_\_\_\_
- n A. Sempre
  - n B. Muitas vezes
  - n C. Poucas vezes
  - n D. Nunca
44. Pensas que os estudos de hoje te servirão no futuro. 44 \_\_\_\_
- n A. Sempre
  - n B. Muitas vezes
  - n C. Poucas vezes
  - n D. Nunca
45. Há alguma actividade profissional que te atraia mais que a escola ou a que exerces? 45 \_\_\_\_
- n A. Sim
  - n B. Não

**SEXUAL BEHAVIOUR AND RISK OF PREGNANCY IN ADOLESCENCE****ABSTRACT**

**Objectives:** To know the age of first full sexual intercourse, knowledge of the defined age group on contraception and sexuality, prevalence of sexual practices entailing risk of pregnancy, as well to know which are the variables that influence knowledge and sexual practices entailing risk of pregnancy.

**Type of Study:** Descriptive, cross-sectional.

**Site:** Fernão de Magalhães Health Centre in Coimbra.

**Population:** Adolescents from the health centre's roster, aged between 14 and 19 years on October 31st.

**Methods:** A stratified, randomised sample of 346 subjects was taken out of a total of 3120 adolescents, proportionally to sex, age and health centre outpost roster dimension. The following variables were studied: sex, age, age at time of first sexual intercourse, marital status, occupation, degree of schooling, parents' literacy level, sexual practices, school or work adaptation, family APGAR score, partnership relation, knowledge on contraception and sexuality, and sexual behaviours entailing risk of pregnancy.

**Results:** 268 adolescents (77%) answered the questionnaire. One third had had full sexual intercourse. Only one third had «good» or «very good» knowledge on contraception and sexuality. The level of knowledge was higher among older teenagers, females, and youths belonging to dysfunctional families. Fourteen percent revealed sexual practices entailing risk of pregnancy; this increased with age, and decreased with the adolescents' knowledge level and their parents' literacy.

**Conclusions:** These data showed a low level of knowledge and a high proportion of youths engaging in full sexual intercourse. This, together with the age at time of first sexual intercourse, makes it urgent to implement specific health education strategies for this age group.

**Key-words:**

Adolescents; Knowledge; Sexuality; Contraception; Behaviour; Pregnancy.