

**UNIVERSIDADE DO PORTO**

*MARIA DA CONCEIÇÃO MARTINS DOS SANTOS MARREIROS*

**RELAÇÕES SEXUAIS PRECOCES  
E  
COMPORTAMENTOS DE RISCO  
NOS ADOLESCENTES**

*Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*

**Porto, 2002**

**UNIVERSIDADE DO PORTO**

*MARIA DA CONCEIÇÃO MARTINS DOS SANTOS MARREIROS*

**RELAÇÕES SEXUAIS PRECOCES  
E  
COMPORTAMENTOS DE RISCO  
NOS ADOLESCENTES**

**Orientadora: Prof. Doutora Carla Lopes  
Co-orientador: Prof. Doutor Henrique de Barros**

Dissertação de mestrado em Saúde  
Pública, na área de  
especialização em Epidemiologia,  
apresentada à Universidade do  
Porto

**Porto, 2002**

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus orientadores, Professor Doutor Henrique de Barros e Doutora Carla Lopes, pelos ensinamentos e disponibilidade com que me receberam;

À minha família, mãe, marido e filho, pela amizade, colaboração e principalmente pela compreensão que sempre demonstraram pelos dias ausentes;

Às direcções das escolas EB 2/3 e secundárias do distrito de Faro (Loulé, S. Brás, Albufeira e Lagos) e EB 2/3 e secundárias do distrito de Bragança (Vimioso, Freixo de Espada-à-Cinta, Alfândega da Fé, Vila Flor, Torre de Moncorvo e duas secundárias da cidade de Bragança) pela colaboração na aplicação do instrumento de recolha de dados;

Aos adolescentes, que com seriedade colaboraram, sem os quais não se concretizaria este trabalho.

## **CHAVE DE SIGLAS**

CAEB – Centro de Apoio Educativo de Bragança

DIP – Doença Inflamatória Pélvica

DREA – Direcção Regional Educativa do Algarve

DTS – Doenças Transmitidas Sexualmente

EN – Entre Nous. A revista europeia de planeamento familiar

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HVP – Vírus do Papiloma Humano

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSERM – Institute National de la Santé et de la Recherche Médicale

IVG – Interrupção Voluntária de Gravidez

OMS – Organização Mundial de Saúde

PALOP's – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

WHO – World Health Organization

## RESUMO

*INTRODUÇÃO* - A adolescência é um período de transição para a idade adulta em que se processam mudanças várias a nível biológico, psicológico e nas relações sociais.

A saúde do adolescente está especialmente ligada ao comportamento e, se o ambiente é inadequado ou perigoso e o adolescente tem a auto-estima baixa, os comportamentos perigosos para a saúde são mais prováveis de ocorrer. Isto inclui o comportamento sexual precoce e desprotegido tendo como consequência, algumas vezes, uma gravidez precoce não desejada, Doenças Sexualmente Transmitidas (DTS), o uso do tabaco, álcool e de drogas.

*OBJECTIVO* – Avaliar a prevalência das relações sexuais precoces e os factores de risco associados.

*PARTICIPANTES E MÉTODOS* – Estudo transversal de uma coorte de alunos nascidos em 1982 e a frequentar a escola nos distritos de Faro e de Bragança (ensino básico e secundário). Foi utilizado um questionário auto-aplicado que foi respondido por setecentos e seis jovens estudantes, dos quais quinhentos e vinte e três do distrito Faro e cento e oitenta e três do distrito de Bragança, sendo duzentos e setenta e nove rapazes e quatrocentos e vinte e sete raparigas.

*ANÁLISE* – As proporções foram comparadas pelo teste de  $\chi^2$  com correcção de Yates ou técnica exacta de Fisher. A magnitude da associação foi avaliada através do cálculo de odds ratio.

*RESULTADOS* – Cerca de metade dos jovens (43,5%) tiveram relações sexuais precoces (antes dos 18 anos), e destes 49,2% iniciaram-se sexualmente antes dos 16 anos. Os rapazes são mais sexualmente activos que as raparigas. A idade da primeira relação sexual varia entre os 10 anos e os 17 anos. Dos que iniciaram relações sexuais precocemente a maioria dos jovens iniciaram-se aos 16 anos (30,9%). O género é factor de risco para as relações sexuais precoces, OR=3,57 IC 95% 2,56-4,98. Fumar, beber bebidas alcoólicas e consumir drogas associaram-se com o aumento do risco para as relações sexuais para ambos os géneros. Não fumar, nos rapazes. (OR=0,19 IC 95%

0,09-0,41) e nas raparigas (OR=0,17 IC 95% 0,11-0,27). Não ingerir bebidas alcoólicas, nos rapazes (OR=0,13 IC 95% 0,04-0,48) e nas raparigas (OR=0,46 IC 95% 0,15-1,38). Não consumir drogas, nos rapazes (OR=0,35 IC 95% 0,20-0,61) e nas raparigas (OR=0,24 IC 95% 0,14-0,40). O menor investimento em actividades religiosas é factor de risco nas raparigas (OR=3,0 IC 95% 1,61-5,65).

*CONCLUSÕES* – A prevalência das relações sexuais mostrou-se semelhante nos dois distritos. Os rapazes são mais sexualmente activos e precoces que as raparigas. O Consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e drogas associou-se a um aumento da ocorrência de relações sexuais precoces. O facto de professar uma religião e sobretudo a participação frequente em actividades religiosas, é factor de protecção para as relações sexuais precoces principalmente nas raparigas. Os factores analisados, constituem importantes preditores nas relações sexuais precoces nos jovens, factores esses passíveis de intervenção.

## ABSTRACT

*INTRODUCTION* – Adolescence is a transition period to the adulthood in which different changes in biologic and psychological levels and social relationship are processed.

The health of the adolescent is specially associated to the behaviour and if the environment is inadequate or dangerous and its self-esteem is low, the dangerous conducts to its health are more feasible to occur. Included is the early and unprotected sexual behaviour resulting sometimes in an early and unwanted pregnancy, in sexually transmitted diseases, smoking, alcohol consumption and drugs.

*OBJECTIVES* – To evaluate the occurrence of the early sexual intercourses and the associated risk factors.

*PARTICIPANTS AND METHODS* – A cross-sectional study of birth cohort was used, of students borne in 1982 and to attend school in Faro and Bragança districts (elementary and secondary levels). A self-administered questionnaire was used and seven hundred and six youth students have fulfilled it. From Faro district were five hundred and twenty three youth students and from Bragança district they were one hundred and eighty three. Two hundred and seventy nine were boys and four hundred and twenty seven were girls.

*ANALYSIS* - The proportions were compared by the test of  $\chi^2$  with Yates' correction or Fisher's exact technique. The magnitude of the association has been evaluated through the odds ratio calculus.

*RESULTS* - About half of the youth students (43,5%) had early sexual intercourse (before 18 years old), and 49,2% of these had the first sexual experience before the age of 16. Boys are more sexually actives than the girls. The age at first sexual intercourse varies from 10 to 17 years old. Most of the youth have been initiated sexually at 16 (30,9%). Genre is a risk factor to the early sexual intercourse, OR=3,57 IC 95% 2,56-4,98. Smoking, alcohol consumption and drugs use have associated with a sexual intercourse higher risk factor to both genres. No smoking, to the boys (OR=0,19 IC 95% 0,09-0,41) and to the girls (OR=0,17 IC 95% 0,11-0,27). Do not consume

alcohol drinks, to the boys (OR=0,13 IC 95% 0,04-0,48), to the girls (OR=0,46 IC 95% 0,15-1,38). Do not use drugs, to the boys (OR=0,35 IC 95% 0,20-0,61), to the girls (OR=0,24 IC 95% 0,14-0,40). A smaller investment in religious activities is a risk factor to the girls (OR=3,0 IC 95% 1,61-5,65).

*CONCLUSIONS* – The prevalence of sexual intercourses has been revealed relatively identical in both districts. The youth are becoming more and more sexually precocious. The number of sexual intercourses increases with the age. Boys are more sexually dynamic and precocious than the girls. Smoking, alcohol consumption and illicit drugs use are associated to an increased happening in the early sexual intercourses. To follow a religion, and above all, to participate in religious activities is a protector factor to the early sexual intercourse specifically to the girls. The analysed youth factors are important predictors and needing intervention concerning early sexual intercourses.

## ÍNDICE

|  | Fol       |
|--|-----------|
| <b>I – INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>12</b> |
| <b>1 – OS ADOLESCENTES E A ACTIVIDADE SEXUAL .....</b>                                 | <b>13</b> |
| <b>2 – SAÚDE PÚBLICA E ACTIVIDADE SEXUAL. PREVALÊNCIA<br/>E FACTORES DE RISCO.....</b> | <b>16</b> |
| <b>3 – OBJECTIVOS DO ESTUDO .....</b>  | <b>38</b> |
| <b>II – PARTICIPANTES E MÉTODOS .....</b>  | <b>39</b> |
| <b>1 – PARTICIPANTES .....</b>   | <b>40</b> |
| <b>2 – MÉTODOS .....</b>   | <b>44</b> |
| 2.1 - VARIÁVEIS EM ESTUDO .....  | 44        |
| 2.2 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS .....  | 45        |
| 2.3 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS .....  | 46        |
| 2.4 – ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS .....  | 48        |
| <b>III – RESULTADOS .....</b>  | <b>49</b> |
| <b>1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....</b>   | <b>50</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>2 - PREVALÊNCIA DAS RELAÇÕES SEXUAIS .....</b>                  | <b>53</b> |
| 2.1 - VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS .....                           | 54        |
| 2.2 - VARIÁVEIS DA DIMENSÃO RELACIONAL .....                       | 56        |
| 2.3 - VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS .....                              | 58        |
| 2.4 - FACTORES DE RISCO PARA AS RELAÇÕES SEXUAIS<br>PRECOCES ..... | 60        |
| <b>3 - COMPORTAMENTO SEXUAL .....</b>                              | <b>62</b> |
| <b>IV – DISCUSSÃO .....</b>  | <b>65</b> |
| <b>V – CONCLUSÃO .....</b>   | <b>75</b> |
| <b>VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>                       | <b>78</b> |

## **ANEXOS**

Anexo I – Questionário

Anexo II - Autorização da aplicação do questionário

Anexo III - Contactos com a DREA

## ÍNDICE DE TABELAS

|   | Fol. |
|---|------|
| Tabela 1 - Distribuição das escolas e número de questionários aplicados .....   | 42   |
| Tabela 2 – Distribuição da amostra utilizada na análise, por distrito, sexo e de acordo com o ano de escolaridade .....                                       | 43   |
| Tabela 3 - Distribuição das características da amostra, segundo as variáveis de carácter social, pelas duas localidades .....                                 | 52   |
| Tabela 4 - Prevalência das relações sexuais por sexo e local de residência .....  | 53   |
| Tabela 5 - Prevalência das relações sexuais precoces segundo as variáveis sócio-demográficas por sexo .....   | 55   |
| Tabela 6 - Prevalência das relações sexuais precoces segundo as variáveis da dimensão relacional por sexo .....   | 57   |
| Tabela 7 – Prevalência das relações sexuais precoces segundo as variáveis comportamentais por sexo .....  | 59   |
| Tabela 8 - Estimativas do risco (OR) para as relações sexuais precoces de acordo com as variáveis sociodemográficas e comportamentais .....                   | 61   |
| Tabela 9 - Distribuição das características da amostra, segundo as variáveis de carácter sexual, nos indivíduos com relações sexuais precoces, por sexo ..... | 63   |
| Tabela 10 - Prevalência de práticas abortivas e de filhos na adolescência .....   | 64   |

## **I - INTRODUÇÃO**

### **1 - OS ADOLESCENTES E A ACTIVIDADE SEXUAL**

### **2 - SAÚDE PÚBLICA E ACTIVIDADE SEXUAL. PREVALÊNCIA E FACTORES DE RISCO**

### **3 - OBJECTIVOS DO ESTUDO**

## 1 – OS ADOLESCENTES E A ACTIVIDADE SEXUAL

Segundo a World Health Organisation<sup>1</sup> (WHO), a designação de “adolescência” abrange as pessoas entre os 10 e os 19 anos de idade, período de vida que liga a infância à vida adulta. Esta Organização usa o termo “juventude” para referir as pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos; o termo “jovens” abarca todas as pessoas com idade compreendida entre os 10 e os 24 anos.

A adolescência é um período de desenvolvimento caracterizado por rápidas mudanças físicas, psicológicas, socioculturais e cognitivas<sup>2</sup>, que se desenvolvem entre a infância e a idade adulta. O desenvolvimento na adolescência é geralmente desigual, na medida em que a maturidade física pode preceder bastante a maturidade psíquica ou social; por outro lado, na maior parte das sociedades, a capacidade de procriação é mais precoce que antigamente<sup>3</sup>.

A adolescência é também, infelizmente, um período de muitas ameaças para a saúde e bem-estar do adolescente<sup>2</sup> podendo ocorrer desvios episódicos que se podem estruturar em patologias graves. A instabilidade interna, os conflitos intensos, a incerteza quanto ao futuro, tornam o adolescente muito vulnerável a determinados comportamentos nocivos para a saúde<sup>4</sup>.

Segundo Friedman (1992)<sup>5</sup>, a adolescência é um período de formação para a vida em todas as sociedades. É uma época em que se estruturam padrões de comportamento e de relações com repercussões no indivíduo, família e sociedade, ao longo da vida. Mais autónomos os jovens escolhem com maior liberdade a sua higiene pessoal, como se alimentam, como se divertem, os riscos que correm, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas e, talvez o mais decisivo para o seu desenvolvimento, a maneira de expressar a sua sexualidade, parte integrante da experiência dos adolescentes em todas as sociedades.

À escala mundial o crescimento da população depende em grau considerável da vontade e do comportamento dos indivíduos. A adolescência é uma idade de importância primordial nos índices de fecundidade para o crescimento demográfico a longo prazo e renovação das pirâmides etárias, bem como para a saúde e a condição de cada indivíduo, em especial da jovem mãe e do seu filho. As relações sexuais

desprotegidas, para além do risco de gravidez, expõem ambos os intervenientes às doenças sexualmente transmissíveis (DTS), incluindo a SIDA (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida).

Têm-se verificado importantes mudanças nas últimas décadas que influenciaram o comportamento sexual e reprodutivo, com as inerentes consequências para os jovens, ou seja, os indivíduos dos 10 aos 24 anos. Estes representam cerca de um quarto da população mundial e 85% destes jovens vivem em países em desenvolvimento. Por isso, estão sujeitos a mudanças rápidas onde é geralmente difícil adequar os valores de ontem às realidades do amanhã<sup>6</sup>. As previsões apontam que esta tendência se vai acentuando cada vez mais de tal forma que, no ano 2001, 86% dos menores de 25 anos se encontrarão nesses países<sup>5</sup>.

Também, como refere Blum (1991)<sup>7</sup>, a crescente industrialização e urbanização bem como o aumento da duração da escolaridade e da formação profissional, conduziram a situações novas como a entrada mais tardia na vida activa, a maternidade/paternidade precoces, o desemprego e os consumos nocivos.

As raparigas com idades entre os 15-16 anos têm cerca de três vezes mais probabilidades do que tiveram as mulheres de 40-44 anos de terem 7 anos de escolaridade. Isto tem, certamente, contribuído para o declínio da gravidez na adolescência em todo o mundo nos últimos 20 anos uma vez que, quanto maior é o nível de educação de uma mulher, mais provável é que ela adie o casamento e a gravidez<sup>8</sup>. Como consequência do adiamento do casamento pelas jovens, é cada vez maior a probabilidade de iniciarem relações pré-matrimoniais precocemente. Com frequência têm múltiplos parceiros (em série ou simultâneos) e, conseqüentemente, aumenta a possibilidade de contraírem DTS, como a SIDA, infecções por Clamídia e Vírus do Papiloma Humano (HVP) e de terem uma gravidez não desejada, aborto ou parto<sup>8</sup>. Mas uma actividade sexual perigosa pode ser apenas um dos aspectos do comportamento de risco.

A principal causa de morte na segunda década de vida, nos países industrializados, é devida a acidentes com veículos a motor e outros acidentes e, na maior parte das vezes, têm como factor contributivo o consumo de álcool ou de drogas ilícitas, suicídios e violência interpessoal (guerra e homicídio). Nos países em desenvolvimento a estas causas deve acrescentar-se a mortalidade materna, a qual se situa entre as três maiores causas de mortalidade nas adolescentes<sup>7</sup>. Continuando com a mesma problemática, conforme o apontado pelo The Alan Guttmacher Institute (AGI)

(1996)<sup>8</sup>, os adolescentes são o único grupo etário em que não houve redução na mortalidade nas últimas décadas. Nos EUA as principais causas de morte, nos adolescentes, são os acidentes de viação, o suicídio (que aumentou quatro vezes desde os anos sessenta) e o homicídio.

Ainda nos EUA embora só 12% dos condutores sejam adolescentes, estes contribuem para 38% dos acidentes. No que concerne aos homicídios, os assassinos são habitualmente adolescentes de grupos rivais, em guerrilhas relacionadas com o tráfico de drogas. O autor refere-se “às novas morbidades” dos jovens como sejam o abuso de drogas, doenças transmitidas sexualmente, depressão e suicídio, violência, gravidez e abandono do lar<sup>9</sup>.

Frequentemente a vigilância de saúde dos adolescentes é pior que a das crianças e dos adultos e, com frequência, os adolescentes não beneficiam de uma abordagem global, ou seja considerar a saúde não apenas como a ausência de doença, mas o bem estar físico, emocional, relacional e social, como aponta a OMS. Ajudar os jovens a conquistar a sua independência significa ensinar as pessoas a escutar atentamente as suas afirmações, planos, rejeições e sofrimentos.

O comportamento sexual e a reprodução nos jovens são extremamente sensíveis às influências sociais e estão ligados ao sentimento que os jovens têm deles próprios e do seu bem-estar<sup>3</sup>.

Segundo Silva (1988)<sup>10</sup>, a sexualidade do adolescente é influenciada pelo próprio adolescente, pela sua família, grupo de pares e pela sua cultura. A ausência de conhecimento sobre sexo por parte do adolescente e a dificuldade dos educadores para lidar com esta questão, levam o jovem à actividade sexual quando não está preparado. A paternidade e a maternidade responsáveis são o resultado de uma aprendizagem, pelo que é responsabilidade da sociedade, da escola e da família, democratizar as informações que envolvem a adolescência.

Por isso, há todo o interesse em aprofundar os conhecimentos, as competências e a sensibilidade das pessoas que estão habilitadas para trabalhar com a juventude. Esforços acrescidos impõem-se para fazer face às necessidades particulares dos jovens e colocá-los à disposição destes através de serviços apropriados<sup>3</sup>.

## **2 - SAÚDE PÚBLICA E ACTIVIDADE SEXUAL. PREVALÊNCIA E FACTORES DE RISCO**

A Revolução Industrial no final do século passado foi apontada como um marco de reconhecimento da adolescência, um período específico do ciclo de vida individual. Segundo Claes (1985)<sup>11</sup> e Sprinthall e Collins (1994)<sup>12</sup> referem que só na segunda metade do século XX foi reconhecida a sua especificidade a ponto de ser alterada a forma como até aí foi tratada. No início deste século aparecem as primeiras tentativas científicas para compreender os fenómenos característicos desta etapa<sup>13</sup>. A adolescência é descrita como uma fase de transformações fisiológicas e psicológicas e que se caracteriza por uma certa tensão e agitação interiores. Assim se cria um espaço para a adolescência considerando-a não uma curta transição para a idade adulta, mas um importante período do desenvolvimento humano<sup>12, 14</sup>.

O ritmo alucinante da vida actual nas sociedades ocidentais é uma das características da pós-modernidade<sup>15, 16</sup>. Nas últimas décadas os acontecimentos deram-se a uma velocidade vertiginosa que modificaram substancialmente as relações dos homens entre si e, também, com o seu meio ambiente. A explosão dos conhecimentos científicos e técnicos, a globalização da informação, a rapidez com que nos deslocamos de um ponto ao outro do globo, a explosão demográfica e a poluição do ambiente, levantam à Humanidade questões sociais, éticas e médicas, nunca antes sequer imaginadas.

São por demais evidentes os problemas nascidos do Mundo Industrial, como a droga, a delinquência juvenil, o terrorismo internacional incontrolável, as doenças crónicas, o suicídio, as psicoses, os maus-tratos e a negligência infantil perpetrados pelos próprios pais, os acidentes, a gravidez na adolescência<sup>17</sup> e as relações sexuais precoces.

A adolescência é um período de rápido crescimento e desenvolvimento e a forma com é vivido este período tem efeitos determinantes na vida adulta, quer em termos biológicos quer psicossociais. Infelizmente a adolescência é também um período cheio de muitas ameaças para a saúde e bem-estar dos adolescentes em que muitos sofrem danos graves e como consequências incapacidade.

Tem havido uma mudança acentuada nas causas de morbidade entre os adolescentes<sup>18</sup>. Muitos adolescentes hoje, e talvez os números aumentem num futuro próximo, estão em risco adverso para a saúde como resultado do seu comportamento. As ameaças contemporâneas para a saúde dos adolescentes são primariamente consequência dos seus comportamentos de risco tais como fumar, embriagar-se, envolver-se em relações sexuais precoces e sem protecção, bem como em actividades que colocam a vida em perigo e o uso de drogas. No entanto, têm sido identificados vários factores associados com os comportamentos de risco dos adolescentes<sup>19</sup>.

Recentemente começa a emergir um interesse na compreensão do impacto do ambiente familiar dos adolescentes na adopção, na manutenção de comportamentos nocivos para a saúde e comportamentos designados como protectores<sup>20</sup>.

### **Relação sexual**

A sexualidade na adolescência tem vindo a ser uma das temáticas de estudo mais abordadas pelos especialistas.

Para melhor compreender este fenómeno, é pertinente fazer uma análise retrospectiva da expressão da sexualidade na adolescência. Para as mulheres o intervalo entre a puberdade (menarca) e o primeiro casamento alargou-se significativamente desde o final do século passado, aproximadamente entre sete a doze anos. As mulheres atingem a puberdade por volta dos 12,5 anos e casam-se por volta dos 24 anos. Nos homens a puberdade (marcada pela produção de esperma) começa cerca dos 14 anos e o primeiro casamento ocorre por volta dos 26 anos<sup>21</sup>.

As taxas da actividade sexual entre as adolescentes subiram nos últimos 30 anos<sup>20</sup>. Num estudo efectuado a nível mundial, Romanowski (1993)<sup>22</sup> refere que em meados dos anos cinquenta, somente um quarto das mulheres menores de 18 anos tinham experiência sexual. Entre 1962 e 1970 as taxas de actividade sexual para as mulheres desta idade foram muito constantes, de 30 a 35%. Durante os anos setenta a proporção de mulheres jovens que tiveram relações sexuais antes dos 18 anos subiu de 35% para 47%. Durante os anos oitenta as taxas da actividade sexual começaram a nivelar-se. E hoje a proporção de mulheres de 18 anos que tiveram sexo pelo menos

uma vez é de 56%. No que se refere ao sexo oposto, em 1970 55% dos homens com 18 anos de idade tinham actividade sexual. Durante os anos setenta esta proporção aumentou para 64% e nos anos oitenta foi de 73%.

Em Portugal e segundo o INE (1998)<sup>23</sup>, a idade da primeira relação sexual tem vindo também a diminuir assim como a idade do primeiro uso de contracepção. Tradicionalmente os rapazes têm a sua primeira relação sexual mais cedo que as raparigas, sendo a idade mediana da primeira relação sexual de 20,6 para as mulheres e de 17,4 para os homens. Estes valores não apresentam alterações significativas ao longo das várias gerações, tendo sofrido um pequeno decréscimo no caso das mulheres. Em ambos os sexos, nas gerações mais recentes, os valores denotam estabilização ou mesmo um ligeiro aumento.

Num estudo efectuado pelo INE (1998)<sup>23</sup>, aponta que a maior parte dos adolescentes começa a ter relações sexuais dos 15 aos 18 anos, ou seja cerca de 8 anos antes do casamento; que 56% das jovens raparigas e 73% dos jovens rapazes tiveram relações sexuais pela idade de 18 anos, em comparação com os 35% das jovens e 55% dos jovens no início da década de 70. Refere ainda que a probabilidade de ter relações sexuais aumenta com a idade, mas 1 em cada 5 dos jovens permanece abstinente durante a adolescência. Em relação à idade de início da actividade sexual, afirma que 7 em cada 10 mulheres sexualmente activas referem ter tido relações sexuais antes dos 14 anos e 6 em 10 destas, que tiveram sexo antes dos 15 anos, referem que foi involuntariamente. Entre as mulheres sexualmente activas dos 15 aos 17 anos de idade, 55% tem tido 2 ou mais parceiros e 13% tem tido pelo menos 6.

Num estudo efectuado no Reino Unido a 1500 estudantes de idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos verifica-se que persistem diferentes factores envolvidos nas tomadas de decisão dos adolescentes em relação ao sexo e ao seu comportamento<sup>24</sup>. Neste estudo 20% das raparigas adolescentes já tinha tido uma relação sexual (oral ou coital) com um parceiro. A relação sexual, por pressão dos pares e desconhecimento dos factores acerca das relações desprotegidas, é mais provável nas adolescentes mais jovens. Refere-se particularmente aos rapazes britânicos que estão a tornar-se completamente activos sexualmente numa idade muito mais jovem que as raparigas e a correr riscos; aponta ainda que estes estão a ser influenciados pelos pares, tolerando a promiscuidade e a declararem a intenção de terem relações sexuais desprotegidas. Estes não têm maturidade suficiente (13 anos) para compreenderem as implicações dos seus actos.

Num estudo realizado anteriormente a 4255 adolescentes franceses, estudantes dos 11 aos 19 anos, verificou-se que 43% dos rapazes e 20% das raparigas referiram terem tido relações sexuais e que a actividade sexual aumenta com a idade<sup>25</sup>.

No ano a seguir à data do estudo francês, Santos Lucas (1993)<sup>26</sup> efectua um, a nível nacional, constatando que 25% das raparigas e 70% dos rapazes referem ter tido a sua primeira experiência sexual antes dos 18 anos.

A generalidade dos autores refere que o facto dos jovens se identificar com uma religião e quanto maior for o seu empenhamento e participação nos actos religiosos mais tardia é a iniciação sexual. Vasconcelos (1998)<sup>27</sup> afirma que a idade de iniciação sexual dos jovens portugueses tem vindo a baixar, ocorrendo entre os 13 e os 15 anos ou ainda antes.

Mas uma proporção significativa dos jovens permanece abstinente: quase 20% dos jovens não têm relações sexuais durante a adolescência<sup>21</sup>. A taxa de jovens portugueses, do grupo etário dos 15 aos 29 anos, abstinente é ligeiramente superior (28,2%)<sup>27</sup>.

Na adolescência o agir é um dos modos de expressão privilegiados, uma vez que a sua força e actividade motora se desenvolveu espectacularmente. Verifica-se por exemplo a auto-mutilação, a fuga de casa, conduta de adicção, comportamentos delinquentes, a tentativa de suicídio ou o suicídio, a violência sexual e o comportamento sexual precoce. Costa (1994)<sup>28</sup> entende a actividade da prática sexual como forma de inserção e aceitação no grupo dos pares ou iguais. Os investigadores apontam a “acumulação” de comportamentos de risco na adolescência. Isto significa que, quando os adolescentes assumem um risco, é também provável que assumam outros. Consumir drogas e beber álcool, por exemplo, muitas vezes está associado a uma actividade sexual desprotegida, multiplicando os riscos e os problemas que os adolescentes estão sujeitos a enfrentar<sup>29</sup>.

Para Weiner citado por Lourenço (1998)<sup>30</sup>, a conduta sexual anárquica é um dos equivalentes depressivos na adolescência, ou seja, é sintoma de uma depressão mascarada, depressão essa que em certos casos é negada pelo indivíduo.

Embora haja alguns países em que as relações sexuais pré-matrimoniais sejam encorajadas porque a jovem deve provar a sua fertilidade antes de estabelecer a união, nem toda a actividade sexual é consensual. O abuso sexual, o incesto, a violação são realidades em muitos países desenvolvidos e em desenvolvimento<sup>7</sup>.

A sexualidade é influenciada por toda a espécie de experiências individuais, pelo que as impressões obtidas na infância e na adolescência são extremamente importantes para o bem-estar sexual. Frequentemente um trauma é identificado como a causa de uma disfunção sexual<sup>31</sup>. O abuso sexual nas sociedades ocidentais habitualmente está associado ao incesto ou violação durante a infância. A sexualidade é parte integrante do processo de maturação e do desenvolvimento da personalidade, pelo que talvez valha a pena criar ambientes que facilitem o desenvolvimento positivo da identidade sexual.

Com o aumento da escolaridade, com o ingresso mais tardio na vida activa e com a precocidade das relações sexuais, a preocupação com a contracepção é uma realidade em todos os países para uma sexualidade isenta de riscos.

### **Contracepção**

Na altura da primeira relação sexual, geralmente as adolescentes não têm conhecimentos sobre a sexualidade e a reprodução. Muitas das vezes a primeira relação é experimentação e as jovens envolvidas geralmente não se preparam para a mesma, não recorrendo a contraceptivos, mesmo sabendo onde os podem obter. Por outro lado, pode-lhes faltar a força, a confiança e as capacidades para recusar as relações sexuais. Também os papéis tradicionalmente atribuídos da mulher submissa e do homem dominador, fazem com que seja mais difícil à jovem dizer não quando não está preparada. Algumas estão sujeitas a violência sexual de vários graus, incluindo o incesto e a violação<sup>6</sup>.

A OMS apesar de considerar que as necessidades em planeamento familiar são ainda muito insatisfatórias, refere que nos últimos 30 anos a utilização de contraceptivos aumentou em todo o mundo mais de 27%. Atendendo só ao “mundo em desenvolvimento”, essa subida foi estrondosa: passou de 9% em 1960-1965 para 53% em 1990.

Através do Inquérito à Fecundidade e à Família<sup>23</sup> denotam-se as mudanças que se têm verificado nos padrões de planeamento familiar em Portugal. Estas mudanças estão relacionadas com o aumento da eficácia dos contraceptivos modernos, instrumento essencial no planeamento familiar.

Também cada vez mais os adolescentes usam meios de contracepção<sup>32</sup>. Em Portugal e em contraste com as gerações anteriores, os métodos contraceptivos foram utilizados na sua maioria logo na primeira relação sexual: 61% das raparigas e 59% dos rapazes com idades entre os 15-19 anos<sup>23</sup>. A grande diferença entre os valores das idades mais avançadas e as mais jovens poderá ser justificada pela maior acessibilidade e informação sobre os métodos contraceptivos que se verifica actualmente. É de salientar que as questões relativas ao planeamento familiar só ganharam relevo nas políticas oficiais a partir dos anos setenta.

No entanto, e no que concerne à sociedade norte-americana, só cerca de 50% das mulheres de raça branca e 33% das negras os usam na primeira relação sexual<sup>8</sup>. Em França o uso de contracepção aumentou entre as idades dos 11-20 anos e a frequência do uso foi bastante estável. Aquando das suas relações sexuais, 71% dos rapazes e 76% das raparigas usaram algum tipo de contracepção<sup>25</sup>.

Segundo um estudo levado a cabo pelo AGI (1994)<sup>33</sup> uma adolescente sexualmente activa e que não usa contracepção tem 90% de probabilidades de engravidar no prazo de um ano. Na primeira vez que têm relações sexuais, 75% dos adolescentes usam algum método contraceptivo, mais frequentemente o preservativo. O uso de contracepção por uma adolescente na primeira relação subiu de 64% no final da década de 80 para 76% na década de 90. Este aumento deveu-se quase inteiramente ao uso do preservativo tendo-se verificado uma subida de 36% no final de 80 para 54% nos anos 90. Pelo menos 7 em 10 raparigas jovens e seus parceiros usam um método de contracepção.

Num estudo feito em 1993 em Inglaterra a 2814 utilizadoras de clínicas de planeamento familiar, o United Kingdom Family Planning Research (UKFPR) (1993)<sup>34</sup>, concluiu que é comum o uso do preservativo, pelo menos ocasionalmente; cerca de 84,8% referiram tê-lo utilizado pelo menos uma vez, embora só 27% o utilizem com regularidade. Quarenta vírgula seis por cento destas, declararam ter tido um “acidente” durante a utilização do preservativo e 17,3% referiram ter tido dois ou mais acidentes, sendo a rotura ou a saída do preservativo aquando do coito os acidentes mais frequentes – 66,3%. Uma em cada três destas mulheres deixou de o utilizar posteriormente<sup>35</sup>. Aponta ainda o mesmo autor que os acidentes com os preservativos parecem ser mais frequentes nas utilizadoras esporádicas e nas relações efectivas de curta duração e que quanto mais estável é a relação menor é o número de acidentes. A maioria das mulheres (60%) não recorreu à contracepção pós-coital após ter ocorrido o acidente e 13,3%

relataram terem engravidado<sup>35</sup>. Com o objectivo de reduzir o risco por HIV, são cada vez mais frequentes as mensagens incentivando o uso dos preservativos.

No que concerne à situação portuguesa, o uso da pílula tem um comportamento relativamente estável ao longo das gerações apresentando o uso do preservativo valores crescentes nas gerações mais jovens<sup>23</sup>.

As primeiras informações e notícias sobre a SIDA foram publicadas a meio da década de oitenta e as campanhas explicativas dos riscos de transmissão sexual do vírus da doença, incentivando a utilização do preservativo nas relações sexuais, aparece no final da década de oitenta com maior intensidade no início da década de noventa.

Estes factores parecem ter tido um impacto importante nas gerações mais jovens, onde as relações casuais e menos estáveis são mais frequentes.

O método contraceptivo mais utilizado (últimos três meses à data da entrevista – 1997) segundo as raparigas, no grupo etário dos 15-19 anos, é a pílula com 55% contra 39% as que adoptaram o preservativo masculino como meio de contracepção.<sup>23</sup> Estes valores são bastante diferentes dos que se constatarem no estudo de Vasconcelos em que o preservativo é o método contraceptivo mais utilizado pelos jovens, sendo utilizado por 47,7% do grupo etário dos 15-17 anos e 56,2% pelos jovens dos 18 aos 20 anos. A partir desta idade o uso do preservativo declina substancialmente, sendo ainda relativamente alto no grupo etário mais velho (37,2%). A utilização da pílula aumenta com a idade e é pouco expressiva nas jovens sendo utilizada por 7,7% das jovens do grupo etário mais novo e 20,7% nas do grupo dos 18-20 anos<sup>27</sup>.

Os preservativos são o método contraceptivo por excelência indicado em relações ocasionais (Calado, 1993)<sup>36</sup>, mas face à percentagem de acidentes com os mesmos é de questionar se se tem dado a ênfase necessária ao modo correcto de utilização do preservativo, quer na informação directa quer nos meios audiovisuais.

Apesar de a contracepção ter aumentado substancialmente nesta última década, é de realçar que os jovens, apesar de estarem melhor informados sobre métodos contraceptivos e dos riscos das relações sexuais não protegidas e com múltiplos parceiros, ainda há os que continuam a ser utilizadores pouco assíduos dos contraceptivos, nomeadamente do preservativo, com a consequente exposição aos riscos<sup>37</sup>.

Mas a questão da informação sobre planeamento familiar, mais especificamente sobre contracepção, aos adolescentes parece ser polémica. Alguns acreditam que ensinar sobre contracepção evitará grande parte das gravidezes na adolescência. Defendem que

essa informação é necessária porque muitos adolescentes são sexualmente activos. Outros afirmam que a aprendizagem realizada pelos jovens sobre métodos contraceptivos os encoraja à relação sexual. Essa informação funcionaria como estimulante sexual<sup>38</sup>. Curiosamente, apesar dos estudos que comparam grupos de adolescentes grávidas com adolescentes que nunca engravidaram indicarem que os seus conhecimentos sobre sexualidade e desenvolvimento infantil são inferiores ao desejado em raparigas sexualmente activas, não se encontram diferenças significativas acerca do conhecimento sobre contracepção<sup>35</sup>. Parece que a raiz do problema vai muito além da existência ou lacuna deste tipo de instrução. *“Uma coisa é saber outra é praticar (ou usar...)”* (Lourenço, 1998, pp. 60-61)<sup>30</sup>.

## **Gravidez**

A taxa de gravidez na adolescência é muito mais alta nos Estados Unidos do que em qualquer outro país desenvolvido<sup>33</sup>. É nove vezes mais alta do que na Holanda ou Japão e duas vezes mais alta do que na Inglaterra e País de Gales ou Canadá. Anualmente cerca de 25% de toda a gravidez acidental é de adolescentes e 85% da gravidez nas adolescentes não é planeada<sup>33</sup>. Refere ainda que 6 em 10 gravidezes de adolescentes ocorrem entre os 18-19 anos de idade. Em cada ano, quase um milhão de jovens mulheres - 11% de todas as jovens dos 15-19 anos de idade e 22% das que já tiveram relações sexuais - engravidaram<sup>8,33</sup>. Das adolescentes com experiência sexual, engravidam anualmente cerca de 8% das de 14 anos, 18% das de 15-17 anos e 22% das de 18-19 anos de idade<sup>8</sup>.

As taxas de gravidez na adolescência no Reino Unido permanecem umas das mais altas da Europa Ocidental; estão em declínio no grupo etário dos 16 aos 19 anos, mas estão em crescimento no grupo etário dos 13 aos 15 anos, o que é mais preocupante<sup>24</sup>.

A gravidez na adolescência continua a ser um dos problemas mais difíceis que as adolescentes, a sua família e a comunidade enfrentam actualmente. As mães e os pais adolescentes muitas vezes não estão preparados para o papel parental, abandonarem a escola, trabalharem em empregos mal remunerados e nunca completarem a sua

educação. Os pais dos adolescentes são muitas vezes metidos à força no papel de criar duas crianças – a adolescente e o seu filho. Além disso eles próprios encontram-se stressados sob o ponto de vista emocional e económico numa altura em que esperavam ver os seus filhos tornarem-se auto-suficientes.

Estudos têm sido feitos numa tentativa de compreender as causas subjacentes ao sexo precoce na adolescência, à gravidez e ao facto de levarem a gravidez a termo.

Clinard e Meier (1992)<sup>39</sup> referem que o que contribui e reforça um clima normativo que conduz às normas que permitem o sexo precoce nas adolescentes, é terem uma irmã que foi mãe adolescente bem como a incapacidade dos pais para controlar os “encontros” das filhas. Referenciando ainda a importância das normas das comunidades locais face à actividade sexual e à gravidez, os mesmos autores focam os estudos de Hogan e Kitagawa (1985) que apontam que as adolescentes de meios de “alto-risco” (de nível socio-económico baixo, a residir em *ghetos*, com famílias não-intactas (*nointact*), com cinco ou mais irmãos, com uma irmã que foi mãe adolescente ou em que existe um desadequado controle parental) têm taxas de gravidez 8,3 vezes superiores às de comunidades de “baixo-risco”.

Correia e Alves (1990)<sup>40</sup> fazem uma leitura um pouco diferente das causas da gravidez na adolescência apontando para a excessiva carga de conflitos, que surgem e são reactivados na adolescência e podem levar a um jogo sexual precoce. Num estado depressivo e com sentimentos de vazio, a adolescente procura carinho e segurança nas relações sexuais, mais do que sexo. Um meio familiar pobre em ternura e compreensão no seio de relações familiares débeis, a adolescente engravida como meio de atenuar as suas carências. Pode mesmo acreditar que o bebé conduzirá a um compromisso por parte do seu companheiro sexual<sup>41</sup> o que é raro acontecer.

No que se refere à realidade portuguesa, e segundo Lereno, Gomes e Faria (1996)<sup>42</sup>, as jovens que engravidam e prosseguem com a gravidez até ao parto pertencem a grupos sociais desfavorecidos e com uma sub-cultura própria em que os padrões de comportamento e organização familiar diferem da norma social estabelecida. A exclusão social verificada neste grupo é prévia ao estado gravídico e não consequência deste. Aponta ainda que a gravidez na adolescência parece estar associada ao baixo estatuto na hierarquia social das jovens mães, uma vez que os factores socioculturais facilitam a aceitação da gravidez como modelo de passagem para o estatuto de adulto. Vasconcelos (1998)<sup>27</sup> reitera, de certa maneira, a afirmação anterior ao referir que a probabilidade de uma jovem de *status* alto ter uma gravidez não

desejada é quatro vezes menor do que a probabilidade de tal acontecer a uma jovem de *status* baixo, e uma jovem que apenas atingiu o ensino básico tem sete vezes mais probabilidades de engravidar sem o desejar do que uma jovem que tenha atingido graus de escolaridade pós-secundários.

Algumas gravidezes na adolescência surgem na sequência de situações de coacção sexual, da violação e do abuso sexual<sup>29</sup>. No trabalho de Berenson, S. Miguel e Wilkinsonl (1992)<sup>43</sup> realizado nos EUA, 60% das adolescentes (< 17 anos) grávidas abusadas fisicamente, foram-no antes da gravidez e o agressor mais comum é um membro da família de origem.

Num estudo efectuado em Baltimore e Houston<sup>44, 45</sup> constatou-se que 32% das adolescentes referem ter sido física ou sexualmente abusadas no ano precedente ao da gravidez e a taxa de abuso durante a sua gravidez foi de 22%. Um outro estudo efectuado com uma amostra de 700 indivíduos americanos revela que existem diferenças significativas entre adolescentes (13-19 anos) e adultas (20-42 anos), sendo maior a percentagem de adolescentes que referiram terem sido abusadas física ou sexualmente no ano precedente. Durante a gravidez a taxa de abuso para as adolescentes foi de 21,7% enquanto que para as adultas foi de 15,9%<sup>44,45</sup>.

Falando um pouco da nossa realidade, e segundo os dados apresentados no 1º Seminário Nacional da Associação para o Planeamento da Família ocorrido em Lisboa em 1997, revelaram que das vinte e cinco modalidades de maus-tratos encontrados no universo de setecentos e cinquenta e cinco casos de maus-tratos na família, 13,5% envolvem práticas sexuais explícitas com crianças e adolescentes sendo as maiores vítimas as crianças do sexo feminino (80% dos casos) e da faixa etária dos 10-14 anos, seguida dos grupos etários dos 6-9 e dos 4-5<sup>46</sup>.

### *Problemas das grávidas adolescentes*

Muitos dos problemas médicos na adolescência estão directamente ou indirectamente ligados com problemas psicossociais<sup>46</sup>. A maior parte dos riscos médicos associados com a gravidez na adolescência estão relacionados com os cuidados pré-natais tardios ou mesmo inexistentes. Algumas das razões porque as adolescentes não procuram assistência pré-natal são a negação da gravidez, a ignorância da necessidade de cuidados pré-natais, a não existência de serviços ou a não percepção por

parte das adolescentes de que os mesmos existem, atitude casual face aos cuidados pré-natais e acessibilidade inadequada dos mesmos<sup>8,47</sup>.

Constata-se que mais de 50% das mulheres de idades inferiores a dezoito anos não recebem cuidados pré-natais até ao segundo trimestre. Outros 10% não começam os cuidados até ao terceiro trimestre e mais 10% não têm quaisquer cuidados pré-natais. Há muito mais complicações da gravidez nas mulheres que não recebem cuidados pré-natais do que nas que os não recebem até ao terceiro mês. A deficiência nutricional é quase sempre um problema presente e as causas de uma dieta inadequada podem ser múltiplas. Com os cuidados pré-natais tardios a mãe perde muitas vezes a educação nutricional precoce e pode não receber suplementos vitamínicos pré-natais. O estatuto socio-económico baixo torna difícil a compra de alimentos nutritivos e muitas vezes as adolescentes consomem muito poucas calorias.

As grávidas adolescentes têm duas vezes mais probabilidades de terem anemia do que uma grávida com mais de vinte anos<sup>46</sup> necessitando de suplementos de ferro e de aconselhamento nutricional. Têm também mais probabilidades de terem toxémias gravídicas com altas taxas de subsequentes rupturas, principalmente as de idades próximas dos doze anos<sup>47</sup>. Nas menores de quinze anos há um risco acrescido de desproporção cefalopélvica.

Têm altas taxas de bebés prematuros e de baixo peso, devido aos cuidados pré-natais inadequados, nível de desenvolvimento e de saúde baixos. O risco de morte do bebé no primeiro ano de vida aumenta conforme decresce a idade da mãe abaixo dos vinte anos; 6% dos bebés nascidos de mães com menos de quinze anos de idade, morrem durante o primeiro ano de vida<sup>8,47</sup>.

Os transtornos psicológicos da gravidez e da maternidade/paternidade na adolescência são mais marcantes que os transtornos médicos. Os autores escrevem a propósito do nascimento na adolescência como *o início do síndrome do falhanço*: falhanço nas competências e nas tarefas de desenvolvimento na adolescência; falhanço para completar a própria educação, falhanço na limitação do tamanho da família e falhanço para estabelecer uma vocação e tornar-se independente<sup>47</sup>.

Certamente que há adolescentes que desejam engravidar, que estão casadas e que completam a sua educação e tornam-se auto-suficientes; mas são uma minoria.

Outros dois factores que afectam a gravidez na adolescência e que merecem uma reflexão são a auto-estima baixa e as expectativas entre alguns jovens de meios social e economicamente desfavorecidos. Sem a possibilidade de um futuro brilhante parece

difícil aos adolescentes desenvolverem as habilidades necessárias para prevenir a maternidade/paternidade precoce. De facto um bebé pode ser visto como a única realização possível.

Outro factor que contribui para o nascimento continuado de crianças é a falta de recursos disponíveis para as mães adolescentes depois do nascimento do primeiro filho. É-lhes difícil conciliar o trabalho escolar com os cuidados ao bebé e as suas actividades com os pares, sem cuidados diários acessíveis e baratos, serviços sociais e aconselhamento ou grupos de apoio.

Desde 1960 que são conhecidos métodos de recurso para a prevenção da gravidez após relações sexuais não protegidas, tais como a “pílula do dia seguinte” incluem as altas taxas de estrogéneos, os contraceptivos orais, o DIU e mais recentemente, a mifepristona (RU 486). Este tipo de contracepção, além de ter um interesse particular nas situações de violência sexual, relação sexual desprotegida ou quando, por exemplo, o preservativo se rompe, pode ocasionalmente ser muito útil para as adolescentes com hábitos inconsistentes de contracepção<sup>48</sup>.

Esta não pode ser utilizada por rotina e o médico deve ser consultado num prazo máximo de 72 horas após a relação, no entanto Grou e Rodrigues (1994)<sup>49</sup> admitem a possibilidade do método de Yuzpe ser eficaz mesmo quando administrado para além das 72 horas previstas, referindo ainda que mesmo que se considere uma eficácia da ordem dos 80% após as 72 horas, este método poderá evitar, em algumas mulheres, os inconvenientes de uma gravidez não desejada. Embora o método de Yuzpe e o Levonorgestrel pareçam ser mais eficazes quando administrados num período de 24 horas<sup>50</sup>, qualquer que seja o método proposto quanto mais cedo melhor.

Devido às relações sexuais imprevistas, à rotura do preservativo ou ao uso inconsistente de contracepção, o receio de uma eventual gravidez é frequente sendo o método de Yuzpe, entre nós, o mais adequado aos adolescentes<sup>37</sup>. Este só quando correctamente informados recorrerão ao seu médico dentro do prazo necessário (e não quando aparece a amenorreia) para que este possa actuar eficazmente.

A gravidez limita a educação e a formação profissional das jovens, restringe, quer a sua competência face às possibilidades de emprego quer financeiramente a si próprias e às suas famílias reduzindo, portanto, a sua qualidade de vida.

Reconhecendo o impacto negativo da gravidez na educação e no futuro das jovens, os pais e as comunidades estão a desencorajar cada vez mais a actividade sexual, o casamento e a gravidez na adolescência.

### **Maternidade/Paternidade Precoce**

A tendência da contínua diminuição da fecundidade é observada na maioria das sociedades desenvolvidas, atingindo frequentemente níveis inferiores ao limiar de renovação das gerações, mas em Portugal vem-se revelando com intensidade relativamente elevada<sup>23</sup>.

Nas últimas décadas verificam-se também grandes alterações nos padrões de comportamento face à fecundidade, registando-se uma acentuada queda dos índices de fecundidade na maior parte dos países da União Europeia, incluindo Portugal

Em alguns países mais desenvolvidos o indicador de fecundidade aumentou na década de oitenta registando nova queda nos anos noventa e demonstrando, assim, a incerteza das populações europeias perante a fecundidade<sup>23</sup>.

Às mulheres com nível educacional mais alto correspondem idades ao nascimento do primeiro filho mais elevadas, ou seja, as mulheres tendem a adiar o nascimento do primeiro filho em função directa do nível educacional. O adiamento da fecundidade não é só efeito da maior escolarização mas também, entre outros aspectos, do ingresso em carreiras profissionais mais exigentes que permitem aos casais optar por ter filhos.

Os primeiros nascimentos durante a adolescência estão associados a um aumento do número total de nascimentos na adolescência. Sessenta por cento das adolescentes que foram mães antes dos dezassete anos terão uma nova gravidez antes dos dezanove anos (ex: sete meses depois do nascimento do primeiro filho ficam novamente grávidas). As mulheres que apenas têm um filho durante a adolescência parece terem melhores oportunidades educacionais e económicas se receberem apoio adequado depois do nascimento do primeiro filho. O nascimento do segundo filho durante a adolescência traduz-se num resultado negativo no que concerne à obtenção da educação, independência e segurança financeira<sup>51</sup>.

De todos os nascimentos nos Estados Unidos, 13% são de mães adolescentes.

Dos bebés, filhos de adolescentes, 76% nasceram fora do casamento<sup>52</sup>.

Segundo um estudo do AGI (1996)<sup>8</sup>, os nascimentos de adolescentes apenas representam 31% de todos os nascimentos fora do casamento, tendo havido uma

decaída dos 50% em 1970. No espaço de dois anos do seu primeiro filho, 25% das mães adolescentes têm o segundo. Das adolescentes grávidas as que são pobres ou vêm de famílias de baixo rendimento a maioria (83%) leva a gravidez a termo, ao passo que as adolescentes em geral optam pelo aborto (61%). Aponta ainda que 7 em cada 10 adolescentes completam o secundário, mas a probabilidade de terem um curso universitário é muito menor do que nas mulheres que adiam a maternidade.

Em Portugal de uma maneira geral a fecundidade tem baixado e a idade ao nascimento dos filhos tem aumentado. A fecundidade nas adolescentes entre os 15-19 anos reduziu substancialmente, sendo de 27 por mil e, 10,5% das jovens que já tiveram relações sexuais, ficaram grávidas sem o desejarem ou seja 1,1% do total das jovens portuguesas<sup>23</sup>.

### **Interrupção da Gravidez**

As jovens solteiras grávidas correm o risco de serem rejeitadas pela família e pela sociedade e o aborto provocado pode ser, muitas vezes, a única maneira de evitar a vergonha e a rejeição. Verifica-se nas adolescentes uma elevada taxa de complicações devidas ao aborto porque, provavelmente, só conseguirão fazer abortos ilegais clandestinos, ou porque protelarão o aborto até uma fase tardia da gravidez.

Em relação a esta problemática e tendo por base o estudo do AGI (1994)<sup>33</sup>, têm decaído acentuadamente desde 1980 as taxas de abortos entre as adolescentes sexualmente experientes, por duas razões principais. Por um lado tem diminuído a gravidez na adolescência e por outro, e mais recentemente, menos adolescentes que engravidam escolhem o aborto. As razões mais frequentemente apontadas pelas adolescentes que abortaram, é o facto de não terem maturidade suficiente para terem filhos, de terem problemas financeiros e de que ter a criança vai mudar radicalmente a sua vida. Das menores que praticam o aborto, 61% fazem-no com o conhecimento de um dos pais. A maior parte dos pais apoiam as filhas nessa decisão<sup>33</sup>.

Segundo o INE (1998)<sup>23</sup>, às gerações mais jovens correspondem menores valores de primeiras interrupções voluntárias de gravidez realizadas. No grupo etário dos 15-19 anos, o valor acumulado não excede os 0,3%, subindo gradualmente até aos

10% no grupo etário dos 45-49 anos. É a partir dos vinte anos que o fenómeno surge com maior intensidade. Valor igual foi o verificado por Vasconcelos (1998)<sup>27</sup>, em que 0,3% das jovens realizaram IVG, ou seja 2,7% das jovens que já tiveram relações sexuais.

Embora a taxa seja baixa, a opinião dos jovens em geral é favorável ao aborto, mais as raparigas que os rapazes e 65% dos adolescentes são de opinião que deveriam existir mais apoios médico-hospitalares para a realização da IVG em segurança.

### **Doenças sexualmente transmitidas**

Os adolescentes e os jovens estão mais sujeitos a contrair doenças sexualmente transmissíveis do que os dos grupos etários mais velhos. As mulheres são mais vulneráveis do que os homens às DTS, incluindo o HIV, devido à maior superfície da mucosa exposta durante a relação sexual. As jovens são por sua vez mais vulneráveis que as mulheres adultas, devido à ligação imatura do colo uterino. As mais elevadas incidências ocorrem em mulheres entre os 15 e os 24 anos de idade<sup>22</sup>.

Muitas jovens desconhecem que contraíram uma DTS, quer pela falta de sintomatologia ou porque desconhecem os sintomas. A doença que não é diagnosticada nem tratada pode dar origem a uma doença inflamatória pélvica (DIP) com as consequências inerentes.

Referenciando o trabalho do AGI (1994)<sup>33</sup>, anualmente 3 milhões, cerca de 1 em cada 4 adolescentes que tenha tido experiência sexual, adquire uma doença venérea. Numa única relação sexual sem protecção com um parceiro infectado, uma rapariga adolescente tem 1% de probabilidades de contrair HIV, 30% de risco de transmitir herpes genital e 50% de contrair gonorreia; em 29% das jovens sexualmente activas e 10% dos jovens, submetidos a testes para as doenças venéreas, apresentaram ter clamídia. Esta é mais frequente entre os adolescentes do que entre os homens e mulheres mais velhos. Também a gonorreia é mais frequente nos adolescentes do que em homens e mulheres entre os 20-44 anos e sexualmente activos. A clamídia e a gonorreia são as causas mais frequentes da DIP, e as jovens têm uma taxa de hospitalização mais elevada do que as mulheres mais velhas. Esta afirmação é

corroborada por Romanowski (1993)<sup>22</sup>, referindo que as incidências mais elevadas de DTS ocorrem em mulheres entre os 15 e os 24 anos, não sendo surpreendente que a adolescência seja um factor de risco para o desenvolvimento da DIP.

A DIP implica endometrite ou salpingite (podendo envolver os ovários, peritoneu e estruturas contíguas) causada por microorganismos patogénicos com origem no cérvix ou vagina<sup>22</sup>. O AGI (1994)<sup>33</sup> afirma que esta pode levar à infertilidade e à gravidez com deformações; e cerca de 25% dos casos de gravidez ectópica e de infertilidade devida a factores tubários são resultado das sequelas da DIP<sup>22</sup>. Reforça ainda este autor que, embora a prevalência da DIP não seja conhecida, estima-se que 10 a 15% das mulheres tenham pelo menos um episódio durante o seu período fértil.

Alguns estudos referem ter detectado 15% das mulheres sexualmente activas infectadas com o vírus do papiloma humano (HVP), que está relacionado com o cancro do colo do útero. Estudos mostraram uma prevalência maior do que a esperada de neoplasia cervical intraepitelial em adolescentes sexualmente activas. Ainda segundo o mesmo autor e, face a esta realidade, todas as adolescentes sexualmente activas devem fazer regularmente exame ginecológico e teste de Papanicolaou, além de terem aconselhamento sobre práticas sexuais seguras<sup>21</sup>. O cancro do colo do útero torna-se evidente apenas numa fase posterior, mas a investigação demonstra que o risco de contrair esta doença é duplo, se a mulher começou a sua actividade sexual no início da adolescência.

### **Consumo de drogas**

O consumo de drogas é conhecido ao longo da história e sempre acompanhou a evolução humana. Não existe sociedade que não tenha recorrido ao seu uso, em todos os tempos, com as mais diversas finalidades.

O tipo de drogas usado varia com o tipo de civilização condicionando os seus usos e costumes. Os padrões de consumo ao longo da história estavam em consonância com os padrões culturais herdados<sup>17</sup>. Entretanto, a partir do início deste século, os padrões culturais deixaram de ser estanques e a revolução tecnológica propicia,

progressivamente, uma comunicação e um intercâmbio de pessoas e de culturas, transformando o Mundo numa Aldeia Global<sup>53, 54</sup>.

A partir dos anos sessenta, o consumo de drogas transformou-se numa preocupação mundial, principalmente nos países industrializados, em função da sua alta-frequência e dos riscos para a saúde.

Qualquer comportamento humano tem a sua origem na interacção de elementos que se influenciam de forma contínua entre si. Tal como outros comportamentos de risco, o uso e abuso de drogas não tem relações causais explícitas. Os diversos factores de risco não podem ser considerados isoladamente porque o comportamento humano, consumo de drogas, implica uma interacção dinâmica entre o indivíduo, o contexto e a substância<sup>53</sup>. Ou seja, o consumo de drogas não é somente determinado por um único factor de risco, mas é resultante da multicausalidade de natureza biológica, psicológica, social e cultural<sup>55</sup>.

Os factores de risco podem predispor ao consumo de drogas, mas não se pode estabelecer uma relação de causa e efeito entre as duas variáveis. Qualquer um não é preponderante em relação aos outros, nem são causa obrigatória ou suficiente para desencadear uma toxicod dependência<sup>55</sup>.

É abundante a bibliografia sobre os factores de risco para o abuso de substâncias. Há factores de risco e factores de protecção individuais relacionados ao abuso de drogas e, entre estes, temos a personalidade, o género, competências de vida, problemas de comportamento precoces e persistentes e a experimentação precoce de substâncias psicoactivas<sup>56</sup>.

Os estudos sobre as grandes dependências humanas, como o tabagismo e o alcoolismo, têm despertado a atenção médica há décadas. A constatação de que muitas vezes os dependentes utilizam drogas associadamente foi demonstrada pela primeira vez por Walton em 1972<sup>57</sup>. A partir daí são vários os estudos que confirmam a associação e correlação positiva entre tabagismo e alcoolismo<sup>58,59</sup>. Mais recentemente estudos têm sido feitos sobre a associação entre o consumo de drogas (lícitas e ilícitas) e comportamentos antisociais<sup>60, 61, 62</sup>.

A droga só adquire importância na medida em que cumpre determinada função para o seu utilizador. Por exemplo, o café e o tabaco, não alteram de forma significativa o comportamento do consumidor, pelo que permitem uma vida social normal. Contudo, o tabaco é exemplo em como uma droga pode não dar alterações no comportamento mas pode provocar alterações na saúde. Pelo contrário, a marijuana provoca alterações

do comportamento, tornando-a perigosa na condução de veículos e noutras situações, mas devido ao seu padrão de consumo (habitualmente fumando menos cigarros diariamente), tem de certo menores implicações para a saúde do que o tabaco<sup>54</sup>.

### *Álcool*

O trabalho realizado em 1995 pelos *Royal College of Physicians e British Paediatric Association*<sup>63</sup> sobre o álcool e os jovens no Reino Unido revelou que mais do que um em cada cinco rapazes e mais do que uma em cada oito raparigas, de 13 anos de idade, referiram ter-se embriagado seriamente uma ou mais vezes durante o ano anterior. Cerca de um em cada três rapazes e de uma em cada cinco raparigas, aos 15 anos de idade, referiram ter participado em discussões ou em lutas após terem bebido. E como refere Graham (1997)<sup>53</sup>, o consumo do álcool está associado ao uso do tabaco e de drogas ilícitas. De facto muitos jovens a meio ou no fim da adolescência vêm a ingestão do álcool e o uso de *cannabis* ou *ecstasy* como actividades recreativas alternativas, ou seja uma maneira diferente de passar uma noite.

Um estudo realizado pelo Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga, apoiado pelo Programa de Promoção e Educação para a Saúde no âmbito do Projecto Europeu para o estudo do álcool e outras drogas em meio escolar em Portugal continental (ESPAD) aos alunos de dezasseis anos, em 1995 – revelou que 74,8% dos jovens tinham consumido álcool ao longo da vida e 45,2% tinham consumido no último mês<sup>23</sup>.

As consequências para a saúde dos adolescentes incluem a intoxicação aguda e *as ressacas* repetidas tendo como consequência o absentismo escolar, com repercussões na aprendizagem<sup>64</sup>. O insucesso escolar conduz à frustração e à baixa auto-estima, levando ao hábito de beber com amigos em situação idêntica<sup>64</sup>. Os mais velhos podem conduzir embriagados pondo em risco eles próprios e os outros. Estes também se envolvem com mais facilidade em actividades sexuais desprotegidas após o consumo excessivo de álcool. Há uma forte ligação entre o consumo de álcool, sensações depressivas e tentativa de suicídio<sup>65</sup>.

### Tabaco

O tabagismo é uma das principais causas evitáveis de óbitos no mundo. A OMS atribui-lhe quase quatro milhões de óbitos por ano, cálculo que poderia atingir os 8,4 milhões até ao ano 2020, ocorrendo 70% destes óbitos nos países em desenvolvimento<sup>66</sup>.

É diversa a literatura sobre os factores associados ao início do consumo do tabaco. O mecanismo da fixação do hábito de fumar processa-se por uma mudança de comportamento através das seguintes fases: uma fase de iniciação, em que prova, uma fase de experimentação, durante a qual as crianças aprendem a fumar, transitando por fim para a condição de fumador habitual<sup>67, 68</sup>. É provável que a maioria das crianças experimente fumar, mas a fase crucial, sobre a qual deve incidir o esforço da educação para a saúde, é a da fase de transição para o consumo habitual de tabaco, ou consumo de “adulto”<sup>67</sup>.

Goddard (1989)<sup>69</sup> identificou um certo número de factores de risco associados a crianças que começam a fumar, tais como o facto de algum irmão fumar, de os pais fumarem (tendo este um efeito independente apenas se nenhum dos irmãos fumar), de terem fracas aspirações de formação escolar e de pertencerem a uma família monoparental. Identificou ainda que a maior propensão das raparigas para fumar não era atribuível a nenhum outro factor de risco identificado.

Os factores identificados ao início do hábito de fumar mais assinalados, podem dividir-se em quatro categorias: (1) atitudes e opiniões (*ex. consciência do perigo para a saúde, ideia que o indivíduo faz de si próprio*); (2) características da família, da escola e do meio social (*ex. atitudes e comportamentos dos pais e irmãos, atitudes na escola, relação com amigos do sexo oposto*); (3) publicidade e meio ambiente (*ex. aceitação do hábito de fumar, a disponibilidade de cigarros*); (4) características das sessões de educação para a saúde (*ex. dirigidas por professor, ministradas por colegas, interesse dos pais*)<sup>70</sup>. Os programas de educação para a saúde devem ter em conta todas estas áreas.

Os estudos descritos nos países desenvolvidos mostram que a maior parte das pessoas começa a fumar antes da idade dos dezoito anos. As tendências recentes indicam mesmo uma baixa na idade na qual as crianças e os adolescentes começam a

fumar e uma prevalência crescente do tabagismo neste grupo<sup>66</sup>. Um estudo longitudinal sobre o consumo de tabaco entre os adolescentes, permitiu observar mudanças de comportamento e nas atitudes nos adolescentes de idades dos 11-12 anos até aos 21-22 anos<sup>70</sup>. Este estudo confirma o afirmado por Flay e colaboradores (1983)<sup>67</sup> entre o fumar “experimentalmente” e o fumar “regularmente”, revelando que a maior incidência do fumar habitualmente anda à roda dos 14 anos; sabe-se que o fumar experimentalmente ocorre muito mais cedo e conduz a um abrandamento das atitudes quanto ao fumar (por exemplo, levando os adolescentes a tornarem-se indiferentes quanto aos perigos do tabaco).

Segundo o já referido estudo do ESPAD o tabaco tinha sido fumado por 50,9% dos jovens ao longo da vida e por 25,5% deles no último mês, sendo o consumo maior nos rapazes que nas raparigas. Se estas tendências continuarem, o consumo de tabaco conduzirá a 250 milhões de óbitos de pessoas que hoje são crianças e adolescentes, muitos dos quais nos países em desenvolvimento<sup>71</sup>. Nestes últimos anos a OMS, a UNICEF, os ministérios do ambiente, ministérios responsáveis pela juventude e numerosos organismos sanitários nacionais têm apelado para uma acção concertada contra o tabagismo nos jovens<sup>66</sup>.

A família é o primeiro agente de socialização onde se configura a personalidade dos indivíduos. Razão porque a interacção entre os seus membros, bem como o ambiente familiar, constituem um importante foco de atenção no estudo de abuso de substâncias.

Parece haver um consenso entre vários autores que um dos factores de protecção assenta na relação de apoio e afecto entre pais e filhos. Ou seja o apoio mútuo entre os membros da família, onde haja espaço para a intimidade, envolvimento afectivo e padrões de comunicação claros<sup>55</sup>.

A adolescência é uma das etapas evolutivas que aumenta o risco de iniciação à droga pelo que é importante frisar que a maior capacidade de mudança e flexibilidade das famílias saudáveis lhes possibilita uma melhor adaptação durante a adolescência dos filhos, desenvolvendo o processo de autonomia destes.

Factores como coerência familiar<sup>72</sup>, comunicação pais e filhos<sup>73</sup>, modelo parental<sup>20, 74</sup>, estilo parental e status sócio-económico dos pais<sup>75</sup>, têm sido identificados como influenciando os comportamentos de saúde dos adolescentes.

Um outro factor familiar que tem tido uma influência significativa nos comportamentos de risco para a saúde dos adolescentes é a “monitorização” parental.

Embora não haja uma definição uniforme sobre monitorização parental, são consensuais dois importantes aspectos desta monitorização: primeiro a percepção dos adolescentes dos conhecimentos dos pais acerca deles (quem eles são) e segundo como, e onde, eles gastam o seu tempo quando não estão em casa ou na escola<sup>73, 76, 77</sup>.

Uma monitorização parental menos perceptível tem sido associada com a maior participação nas actividades anti-sociais<sup>78</sup>, mais comportamentos sexuais de risco<sup>77, 79</sup> e mais frequente o consumo de substâncias<sup>80, 81</sup>.

De acordo com um estudo norte-americano, os adolescentes com fortes ligações emocionais com os pais e professores têm menor probabilidade de usar drogas e álcool, tentar o suicídio, serem violentos ou terem actividade sexual precoce<sup>33</sup>.

Segundo alguns dados do *National Longitudinal Study of Adolescent Health* e publicados no *Journal of American Medical Association* (JAMA), os adolescentes que se sentirem amados, compreendidos e receberem atenção dos pais, evitam actividades de alto risco, independentemente de virem de lares com um ou dois pais.

Outra variável importante é a do apoio familiar, tendo comprovado que a quantidade de tempo passado com os pais tinha um efeito positivo na redução do desequilíbrio emocional. A ligação emocional era cerca de seis vezes mais importante do que a quantidade das várias actividades que os adolescentes tinham com os pais. A presença dos pais em “*momentos chave*” - de manhã, depois das aulas, durante o jantar e na hora de dormir – diminuía a probabilidade dos adolescentes de ingerirem bebidas alcoólicas, fumarem e utilizarem marijuana<sup>33</sup>.

Contudo evidências isoladas sugerem que as crianças que bebem em excesso na adolescência são provavelmente pouco supervisionadas e oriundas de famílias socialmente desfavorecidas<sup>82</sup>. Mas um estudo efectuado a adolescentes no Oeste da Escócia revelou que os adolescentes da classe média tinham um consumo de álcool maior do que os das classes trabalhadoras<sup>53</sup>. Embora com uma pequena diferença, os rapazes bebem mais que as raparigas e o facto dos pais e do grupo de amigos beberem excessivamente também influencia o consumo pelos adolescentes<sup>83</sup>.

Além da ligação afectiva com os pais é de realçar que, nos estudantes, os relacionamentos positivos com os professores eram mais importantes na protecção dos adolescentes do que qualquer outro factor, incluindo o tamanho da turma ou a preparação do professor<sup>33</sup>.

Pérez (1997)<sup>82</sup> aponta que as variáveis que mais se relacionam com o consumo de drogas sejam a insatisfação e a percepção do fracasso escolar. Os fracos resultados

escolares bem como a deficiente integração à escola contribuem para o agravamento de problemas de comportamento na criança. Conduzem a um progressivo desinvestimento da mesma nas actividades, com repercussões negativas ao nível da capacidade de realização, afectando a auto-estima e as expectativas de sucesso<sup>64</sup>.

Os adolescentes com reprovações, os que se sentem atraídos por pessoas do mesmo sexo, ou os que crêem que podem ter que encarar uma morte precoce por razões de saúde, violência ou outras são mais prováveis de apresentarem problemas<sup>33</sup>.

É importante para o desenvolvimento sócio-emocional do jovem, proporcionar-lhe oportunidades de participação e de desempenho de papéis de responsabilidade no ambiente escolar. Participando em actividades extracurriculares, sendo ouvido nas tomadas de decisão, sentindo que a sua participação é valorizada, a criança e o adolescente têm a possibilidade de desenvolver a sua auto-estima, bem como a capacidade de resolver problemas e de tomar decisões<sup>55</sup>.

Alguns autores apontam como preditor de delinquência e de perturbações comportamentais mais graves, o comportamento anti-social na infância e que sem uma intervenção precoce, o risco de abuso de substâncias na adolescência aumenta.<sup>84,85,86</sup> Facto comprovado por um estudo efectuado na Nova Zelândia constatou que problemas de comportamento aos 8 anos estavam relacionados com problemas de consumo do álcool aos 15 anos<sup>87</sup>.

Constatou-se também a associação entre abuso na infância e o forte consumo de inalantes. O abuso na infância pode talvez ser visto como uma extrema rejeição parental que pode levar a um auto-conceito pobre, a um enfraquecimento das ligações à família e à escola e a um aumento da associação com os pares drogados<sup>88</sup>.

A observação directa e a interiorização de modelos podem ser processos pelos quais se adquire uma conduta. O estilo de vida dos pais influencia fortemente os valores, atitudes e comportamentos dos filhos<sup>82</sup>. Uma reprovação clara e previsível por parte dos pais face ao consumo de drogas e uma adopção favorável de estilos de vida saudáveis, diminui a probabilidade de consumo de substâncias<sup>56</sup>.

A presente investigação surge num contexto em que se verificaram grandes alterações curriculares a nível do ensino, principalmente no que concerne às temáticas sobre educação sexual. É por esta razão que torna-se necessário saber o que fazem os nossos adolescentes, no sentido de se obter suporte empírico e compreensão científica à implementação de estratégias de apoio aos adolescentes, bem como aos seus educadores.

### **3 - OBJECTIVOS DO ESTUDO**

Desenvolvemos o estudo transversal, com componente analítica, de uma coorte de nascimento (nascidos em 1982) com os seguintes objectivos:

- Avaliar a prevalência das relações sexuais precoces
- Identificar os factores de risco que se associam às relações sexuais precoces;
- Medir a prevalência de comportamentos seguros, nomeadamente do uso de um método contraceptivo, como meio de redução da gravidez na adolescência e do uso do preservativo como meio de redução do risco de infecção.

## **II - PARTICIPANTES E MÉTODOS**

### **1 – PARTICIPANTES**

### **2 – MÉTODOS**

2.1 - VARIÁVEIS EM ESTUDO

2.2 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

2.3 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

2.4 - TRATAMENTO DOS DADOS

## 1 – PARTICIPANTES

Este é um estudo transversal de uma coorte de nascimento (nascidos em 1982), com componente analítica.

A população alvo foi constituída pelos alunos a frequentar as escolas de Ensino Básico e Secundário nos distritos de Faro e Bragança e nascidos em 1982.

O tamanho da amostra foi calculado com base nos seguintes pressupostos:

- amplitude do universo
- nível de confiança estabelecido: 95% que corresponde aproximadamente a dois desvios padrão ( $\sigma$ );
- erro de estimação permitido
- proporção da característica pesquisada no universo

Como houve dificuldade em obter os dados da população de adolescentes nascidos em 1982 a frequentar a escola, foi tomada como referência a estimativa desta população residente no distrito para o ano de 1998. Esta estimativa é de 6470 jovens, sendo a estimativa dos residentes em Faro de 4410 e em Bragança de 2060.

Podemos considerar finita a população de jovens de cada localidade e para a determinação do tamanho das amostras ( $n$ ) foi utilizada a seguinte fórmula:

$$n = \frac{\sigma^2 \times p \times q \times N}{E^2 \times (N - 1) + \sigma^2 \times p \times q}$$

Em que:

$n$  = tamanho da amostra

$\sigma^2$  = nível de significância escolhido (em desvios padrão)

$p$  = proporção em que se produz o fenómeno estudado (em percentagem)

$q$  = 1-  $p$  (em percentagem)

$N$  = tamanho da população

$E^2$  = erro de estimação permitido

O nível de confiança considerado foi de 95% que corresponde a aproximadamente a dois desvios padrão, o erro de estimação permitido foi de 5 % e trabalhamos com uma estimativa da proporção de 0,5 que é o caso mais desfavorável, pois é aquela em que a amostra é maior.

Assim o tamanho da amostra estimado para Faro foi de 367 jovens e para Bragança foi de 335 isto no que se refere aos adolescentes residentes, porque pretendíamos que constassem da nossa amostra os adolescentes que se encontravam ainda na escola e os que tinham já abandonado os estudos

Em Setembro de 1998 foram contactadas a Direcção Regional de Educação do Algarve (DREA) e o Centro da Área Educativa de Bragança (CAEB) para lhe serem enviadas as listas dos alunos inscritos no ano lectivo 1998/99 e nascidos em 1982.

O CAEB oficiou às escolas e estas começaram a enviar as listas dos alunos; a DREA enviou a listagem das escolas da região (E.B. 2+3 e Secundárias), com os endereços, para se fazer o contacto personalizado.

Não conseguimos obter o número total dos alunos matriculados em Bragança e em Faro.

Devido à grande dificuldade em aleatorizar e contactar uma amostra de jovens, optámos por seleccionar aleatoriamente as escolas, através do seguinte procedimento:

Como pretendíamos incluir os adolescentes que já abandonaram os estudos e aplicar-lhes o questionário no Centro de Saúde, para a selecção das escolas do distrito de Faro procedeu-se da seguinte forma: fez-se uma listagem dos Centros de Saúde do distrito e a cada um foi atribuído um número. Foram sorteados quatro, tendo recaído aos Centros de Saúde de Loulé, S. Brás, Albufeira e Lagos. Foram contactadas todas as escolas do Ensino Básico (2+3) e Secundário da área geográfica de influência dos Centro e extensões de Saúde. Das sete Escolas Secundárias participaram cinco e das quinze escolas do ensino básico participaram oito.

De Bragança foram incluídas todas as escolas que enviaram as listas. As escolas E.B. 2+3 que participaram do estudo foram: Vimioso, Freixo de Espada-à-Cinta, Alfândega da Fé, Vila Flor, Torre de Moncorvo e duas das secundárias da cidade de Bragança.

Na tabela 1 estão representadas o número e tipo de escolas que entraram no estudo bem como o número total de questionários aplicados.

Tabela 1 – Distribuição das escolas e número de questionários aplicados

| Distrito | Número de Escolas |         | Número de Questionários |          | Anulados          | Total Final |
|----------|-------------------|---------|-------------------------|----------|-------------------|-------------|
|          | E.B. 2+3          | C+S e S | E.B. 2+3                | C+S e S. |                   |             |
| Faro     | 8                 | 5       | 82                      | 441      | 26 <sup>(1)</sup> | 523         |
| Bragança | 6                 | 2       | 50                      | 133      | 6 <sup>(1)</sup>  | 183         |

(1) anulados por não terem nascido no ano em estudo, ou por não terem referido o género, ou por referirem terem tido relações sexuais antes dos 10 anos (por desconfiarmos da seriedade das respostas).

#### *Crítérios de inclusão na amostra*

- Ter nascido em 1982;
- A residir no distrito; a frequentar as escolas da área geográfica de influência dos Centros de Saúde sorteados (S. Brás, Loulé, Albufeira e Lagos) e as Escolas que enviaram as listas com os alunos nascidos no ano em causa (Vimioso, Freixo de Espada-à-Cinta, Alfândega da Fé, Vila Flor, Torre de Moncorvo e duas das secundárias da cidade de Bragança.
- Terem autorização dos pais/encarregados de educação para responder ao questionário.
- Preencherem o questionário na globalidade.

A nossa amostra tem as seguintes características:

Verificamos que o maior número de jovens é do sexo feminino. A maioria frequenta o ensino secundário mas uma grande percentagem de alunos (24,6%) ainda se encontra em vários graus do ensino básico (tabela 2), sendo maior a percentagem nos rapazes (33,3%) que nas raparigas (19,0%).

Tabela 2 – Distribuição da amostra utilizada na análise, por distrito, sexo e de acordo com o ano de escolaridade

| Ano<br>Escolaridade | FARO           |               | BRAGANÇA       |               |
|---------------------|----------------|---------------|----------------|---------------|
|                     | Masc.<br>n (%) | Fem.<br>n (%) | Masc.<br>n (%) | Fem.<br>n (%) |
| 5º ano              | 1 (0,5)        | 6 (1,8)       | 1 (1,2)        | 0 (0,0)       |
| 6º “                | 5 (2,5)        | 3 (0,9)       | 1 (1,2)        | 1 (1,0)       |
| 7º “                | 9 (4,6)        | 7 (2,1)       | 0 (0,0)        | 1 (1,0)       |
| 8º “                | 13 (6,6)       | 15 (4,6)      | 10 (12,2)      | 8 (7,9)       |
| 9º “                | 22 (11,2)      | 23 (7,1)      | 31 (37,8)      | 17 (16,8)     |
| 10º “               | 27 (13,7)      | 58 (17,8)     | 16 (19,5)      | 27 (26,7)     |
| 11º “               | 103 (52,3)     | 180 (55,2)    | 22 (26,8)      | 41 (40,6)     |
| 12º “               | 17 (8,6)       | 34 (10,4)     | 1 (1,2)        | 6 (5,9)       |
| Total               | 197 (37,7)     | 326 (62,3)    | 82 (44,8)      | 101 (55,2)    |

## 2 - MÉTODOS

### 2.1 - VARIÁVEIS EM ESTUDO

Neste estudo a variável dependente caracterizada foi: “*relações sexuais precoces (antes dos 18 anos) dos adolescentes nascidos em 1982*”.

Indicadores para medir a variável dependente (comportamento Sexual)

- idade da 1<sup>a</sup> relação sexual (*relação pénis/vagina*)
- contraceção (*se usa, o que mais usa e com que frequência*)
- DTS (*se teve alguma doença associada ao facto de ter tido relações sexuais*)
- Aborto (só para as raparigas - *se fez algum aborto ou se teve conhecimentos de que as suas amigas o fizeram*)
- filhos (só para as raparigas – *se teve algum filho*)

Para a caracterização da nossa amostra, estruturamos as variáveis independentes em quatro grandes categorias:

Biológicas, sócio-demográficas, relacionais e comportamentais.

#### *Variáveis Biológicas*

- sexo
- idade (data de nascimento)

#### *Variáveis sócio-demográficas*

- local de nascimento
- habilitações literárias dos pais
- escolaridade do jovem
- problemas escolares (*reprovações, disciplinares, absentismo*)

- local de residência (*aldeia, vila e cidade*)
- etnia (*branca, negra, outra*)
- religião (*católica, protestante, outra*)
- estado civil dos pais (*casados, juntos, separados, outra*)
- situação de emprego dos pais (*ambos empregados, só um deles empregado, ambos desempregados, outra*)
- com quem vive habitualmente [*com ambos os pais, só com a mãe, só com o pai, com outra pessoa (familiar ou não), sozinho/a*]
- conhecimentos sobre DTS (*identificar as duas únicas DTS na listagem*)

#### *Variáveis relacionais*

- comunicação com os pais sobre os seus problemas (*facilidade com que falava aos pais dos seus problemas quando criança*)
- tempo médio diário que passa com os pais (*durante a semana e ao fim de semana*)

#### *Variáveis comportamentais (Gerais)*

- prática de desporto (*se pratica e com que frequência*)
- hábitos tabágicos (*se fuma e quantidade de cigarros fumados por dia*)
- consumo de álcool (*se consome, frequência do consumo e tipo de bebida*)
- consumo de drogas (*se consome, frequência do consumo e tipo de droga*)
- correr riscos (*como encaram os riscos das relações sexuais*).

## 2.2 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A selecção das variáveis em estudo teve por base a revisão bibliográfica sobre o problema, quer de estudos efectuados pelo AGI<sup>33</sup> nos EUA e a nível mundial, quer pelo INSERM<sup>89</sup> em França e por Santos Lucas em Portugal.

Para recolher a informação relativa às variáveis em estudo usou-se um questionário auto-aplicado. O questionário teve como base a versão utilizada pelo INSERM,<sup>89</sup> à população francesa.

O pré-teste foi efectuado a dez adolescentes de dezasseis e dezassete anos e pretendia-se verificar os seguintes elementos:

- se os termos utilizados eram facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos (teste de compreensão semântica)<sup>90</sup>;
- se a forma das questões utilizadas permite colher as informações desejadas;
- se o questionário é muito longo e não provoca desinteresse ou irritação;
- se as questões não apresentam ambiguidade;
- se o estudo é importante para os adolescentes.

Além de ser pedido aos adolescentes para preencherem o questionário, pediu-se também que realizassem um comentário escrito às questões devendo incluir uma referência às perguntas menos claras ou menos compreensíveis. Uma grande parte dos adolescentes referiu que o questionário estava claro e interessante, frisando ainda a importância de se efectuarem tais estudos e de saberem posteriormente os resultados do mesmo.

O questionário é constituído por trinta perguntas fechadas e quatro perguntas abertas e divide-se em três partes fundamentais.

Na primeira há perguntas relativas às variáveis biológicas e sócio-demográficas dos pais e do jovem. Na segunda parte, questões relativas às variáveis relacionais. E na terceira parte pretendemos colher dados relativos às variáveis comportamentais (anexo I).

Os questionários foram aplicados no primeiro semestre do ano lectivo 1999/2000.

Como não fomos autorizados a fazer a aplicação no decorrer do horário escolar, os questionários foram entregues pelos directores de turma aos alunos e estes responderam fora do contexto de sala de aula. Quando recolhidos foram metidos num envelope e selados.

### 2.3 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

Logo após a construção do questionário o mesmo foi presente à Comissão de Ética do Hospital de S. João (Porto) que o aprovou (anexo II).

No sentido de preservar o direito à autodeterminação os jovens foram convidados a participar no estudo, sendo livres de se recusar a participar, levaram o questionário para preencher se quisessem e onde quisessem. Como eram menores (na altura com idades entre os dezasseis e os dezassete anos) foi solicitada autorização por escrito aos pais/encarregados de educação.

Foi salvaguardado o direito à intimidade, quer pelo anonimato da informação e procedimento na recolha de dados no momento da entrega dos questionários, estes foram recolhidos para um envelope e selados, bem como foi salvaguardado a confidencialidade dos dados. Estes foram preservados porque a identidade dos sujeitos não pode ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador. Embora o questionário apresente temas como o consumo de drogas, prática sexual e sevícias, que são elementos sérios a considerar em razão dos prejuízos psicológico e social que os sujeitos poderiam eventualmente sofrer<sup>90</sup>.

O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo também foi preservado, visto os dados serem colhidos por questionário e este não causar fadiga, por ser relativamente pequeno levando cerca de vinte minutos a responder.

Quanto ao direito a um tratamento justo e equitativo<sup>90</sup>, foi preservado dado que a recolha da informação dos sujeitos estar directamente ligada ao problema a investigar e não baseada na conveniência ou na disponibilidade dos sujeitos.

Quanto à relação riscos/benefícios, como já foi referenciado, os riscos a que os jovens poderiam estar sujeitos foram controlados. É de realçar os benefícios para a comunidade, uma vez que com um melhor conhecimento da problemática de determinado grupo de risco, melhor se desenvolvem respostas adaptadas aos problemas e necessidades reais dessa população e se mobilizam os recursos necessários.

No que concerne aos aspectos legais, para a implementação do estudo, foi inicialmente contactada a DREA que enviou uma listagem de todas as escolas EB (2+3) e Secundárias do distrito de Faro, respectivos órgãos de direcção e formas de contacto. Posteriormente foram contactadas as Direcções das escolas que entraram na amostra, que enviaram as listas dos alunos nascidos em 1982 ou o número de alunos e, através delas, os pais/encarregados de educação.

## 2.4 – ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

A informatização e a análise estatística da informação recolhida foram realizadas utilizando os programas informáticos “Epi Info 6.04” e “SPSS” 11.0.

Na apresentação dos resultados utilizaram-se para as variáveis nominais os valores absolutos, as proporções e respectivos intervalos de confiança a 95% (IC 95%).

As proporções foram comparadas pelo teste do  $\chi^2$ . Os valores da significância estatística apresentados foram considerados com a respectiva correcção de Yates, para a continuidade. Quando o valor esperado em alguma célula era inferior a cinco recorremos à técnica exacta de Fisher.

Foi considerada uma análise de caso-controlo em que o grupo dos sexualmente precoces (307) (casos) é numericamente semelhante aos que continuam abstinentes (399) (controlos) e procedemos ao cálculo da magnitude de associação através da razão dos produtos cruzados e respectivos intervalos de confiança (IC a 95%).

### **III - RESULTADOS**

#### **1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

#### **2 - PREVALÊNCIA DAS RELAÇÕES SEXUAIS**

##### **2.1 - VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS**

##### **2.2 - VARIÁVEIS DA DIMENSÃO RELACIONAL**

##### **2.3 - VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS**

##### **2.4 - FACTORES DE RISCO PARA AS RELAÇÕES SEXUAIS PRECOSES**

#### **3 - COMPORTAMENTO SEXUAL**

## 1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra final (tabela 3) é constituída por estudantes adolescentes, nascidos em 1982 e a residirem nos distritos de Faro e de Bragança. A amostra é constituída por um maior número de alunos de Faro (74,1%) do que de Bragança (25,9%) e com maior número de raparigas (60,5%) que de rapazes (39,5%).

Como podemos observar na tabela 3 constatamos que há uma supremacia do género feminino na amostra em ambos os distritos com 62,3% em Faro e 55,2% em Bragança. Ao apresentarmos os dados e para não repetirmos sistematicamente os distritos a que se referem os resultados, o primeiro número referir-se-á ao valor encontrado em Faro e o segundo ao verificado em Bragança.

No que concerne ao local de nascimento a maior parte dos adolescentes nasceram em Portugal, sendo os percentuais por distrito muito semelhante (88,0% *versus* 87,4%), sendo pouco expressivo o número de estrangeiros e dos oriundos dos PALOP's.

Predomina a raça branca não havendo diferenças entre os distritos (96,0% *versus* 96,7%).

No que concerne ao local de residência, a maior parte dos adolescentes referem viver em cidades (45,7% *versus* 54,1%) havendo contudo uma percentagem significativa dos que referem viver na aldeia (32,7 *versus* 35,6).

Quanto ao nível de escolaridade, a maior parte está no ensino secundário (80,1% *versus* 61,7%) mas uma percentagem significativa ainda se encontra no ensino básico (19,9 *versus* 38,3), sendo elevadíssima em Bragança. A escolaridade dos jovens tem decorrido sem problemas (75,7% *versus* 72,7%) mas 24,3% *versus* 27,3% referem ter tido problemas escolares (*reprovações, disciplinares e absentismo*).

A maior parte dos adolescentes referem ser católicos, sendo maior esta percentagem no distrito de Bragança (91,2%) que em Faro (72,3%); há ainda uma percentagem significativa dos que referem não ter religião sendo esta mais expressiva em Faro (22,2%) que em Bragança (6,6). Embora a maior parte refira professar uma religião, contudo são poucos os que estão envolvidos em actividades religiosas frequentes ( $\geq$  a uma vez por semana), com 14,9% *versus* 26,8%.

Habitualmente vivem com ambos os pais (77,6% versus 77,3%), mas uma percentagem significativa em ambos os distritos vivem com *um dos pais, sozinhos ou com outra pessoa* (22,4 versus 22,6). Os pais habitualmente estão casados (79,7% versus 89,6%) mas uma percentagem significativa são oriundos de famílias monoparentais sendo esta situação mais evidente em Faro que em Bragança (20,3% versus 10,4%). Os pais estão ambos empregados na maior parte dos casos (67,5% versus 60,7%), sendo ainda significativo os lares em que está só um dos pais empregado (27,9% versus 26,8%) e *desempregados ou noutra situação* 4,6% em Faro e 12,6% em Bragança.

Tabela 3 - Distribuição das características da amostra, segundo as variáveis de carácter social, pelas duas localidades

| VARIÁVEIS                           | FARO       | BRAGANÇA   |
|-------------------------------------|------------|------------|
|                                     | n (%)      | n (%)      |
| <b>Género</b>                       |            |            |
| Masculino                           | 197 (37,7) | 82 (44,8)  |
| Feminino                            | 326 (62,3) | 101 (55,2) |
| <b>Local de nascimento</b>          |            |            |
| Portugal                            | 460 (88,0) | 160 (87,4) |
| Estrangeiro                         | 63 (12,0)  | 23 (12,6)  |
| <b>Raça</b>                         |            |            |
| Branca                              | 502 (96,0) | 177 (96,7) |
| Outra                               | 21 (4,0)   | 6 (3,3)    |
| <b>Local de residência</b>          |            |            |
| Cidade                              | 239 (45,7) | 99 (54,1)  |
| Vila                                | 113 (21,6) | 19 (10,4)  |
| Aldeia                              | 171 (32,7) | 65 (35,5)  |
| <b>Ano de escolaridade</b>          |            |            |
| Ensino básico                       | 104 (19,9) | 70 (38,3)  |
| Ensino secundário                   | 419 (80,1) | 113 (61,7) |
| <b>Problemas escolares</b>          |            |            |
| Sim                                 | 127 (24,3) | 50 (27,3)  |
| Não                                 | 396 (75,7) | 133 (72,7) |
| <b>Religião</b>                     |            |            |
| Católica                            | 378 (72,3) | 165 (91,2) |
| Outra                               | 29 (5,5)   | 4 (2,2)    |
| Não tem                             | 116 (22,2) | 12 (6,6)   |
| <b>Prática religiosa</b>            |            |            |
| ≥ 1/ semana                         | 78 (14,9)  | 49 (26,8)  |
| 1 ou 2/ mês                         | 57 (10,9)  | 60 (32,8)  |
| Raramente ou nunca                  | 388 (74,2) | 74 (40,4)  |
| <b>Vive habitualmente</b>           |            |            |
| Com os pais                         | 406 (77,6) | 140 (77,3) |
| Com um dos pais                     | 94 (18,0)  | 14 (7,7)   |
| Com outra pessoa ou sozinho         | 23 (4,4)   | 27 (14,9)  |
| <b>Estado civil dos pais</b>        |            |            |
| Casados / juntos                    | 417 (79,7) | 164 (89,6) |
| Separados / outra                   | 106 (20,3) | 19 (10,4)  |
| <b>Situação de emprego dos pais</b> |            |            |
| Ambos empregados                    | 353 (67,5) | 111 (60,7) |
| Só um empregado                     | 146 (27,9) | 49 (26,8)  |
| Desempregados/outra                 | 24 (4,6)   | 23 (12,6)  |

## 2 - PREVALÊNCIA DAS RELAÇÕES SEXUAIS

Observamos na tabela 4 que a prevalência das relações sexuais precoces nos distritos, não são estatisticamente significativas quer nos rapazes ( $p=0,126$ ) quer nas raparigas ( $p=0,202$ ), pelo que o comportamento dos rapazes e das raparigas, por distrito, é semelhante.

Pelo contrário constatamos que a prevalência das relações sexuais são estatisticamente significativas por género no distrito de Faro e Bragança, sendo mais prevalentes no sexo masculino que no feminino. Em Faro a prevalência nos rapazes foi de 58,9% enquanto que nas raparigas foi de 33,1% ( $p < 0,0001$ ). Em Bragança foi de 69,5% 25,7% nos rapazes e nas raparigas respectivamente ( $p < 0,0001$ ).

Do total da amostra, 43,5% dos jovens tiveram relações sexuais (56,4% de rapazes e 43,6% de raparigas) e 56,7% referem continuar abstinentes. Sessenta vírgula dois por cento do total dos rapazes e 31,4% do total das raparigas são sexualmente activos.

Uma vez que as prevalências das relações sexuais precoces são semelhantes nos dois distritos, optou-se por continuar a análise dos dados numa única amostra e de acordo com a distribuição por sexo.

Tabela 4 - Prevalência das relações sexuais por sexo e local de residência

| Teve relações sexuais | MASCULINO   |                 | FEMININO    |                 |
|-----------------------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|
|                       | <i>Faro</i> | <i>Bragança</i> | <i>Faro</i> | <i>Bragança</i> |
|                       | n (%)       | n (%)           | n (%)       | n (%)           |
| Sim                   | 116 (58,9)  | 57 (69,5)       | 108 (33,1)  | 26 (25,7)       |
| Não                   | 81 (41,1)   | 25 (30,5)       | 218 (66,9)  | 75 (74,3)       |
|                       | $p = 0,126$ |                 | $p = 0,202$ |                 |

## 2.1 - VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

No sexo masculino, a prevalência das relações sexuais precoces não variou significativamente de acordo com as variáveis sócio-demográficas avaliadas (tabela 5). No entanto, essas prevalências foram ligeiramente mais elevadas nos indivíduos com nacionalidade estrangeira (65,5%) quando comparados com os nascidos em Portugal (61,6%), nos indivíduos de etnia não caucasiana (66,7%), nos que viviam em meio urbano (62,4%), nos que frequentavam o ensino básico (62,4%), nos que referem problemas escolares (63,6%), nos que referem ter qualquer religião (62,3%) e a praticam mais frequentemente (65,9%). Também nos que vivem com outra pessoa que não os pais ou vivem sozinhos, a percentagem de relações sexuais precoces foi superior (77,8%) aos que vivem com um (51,1%) ou ambos os pais (62,9%). Essa prevalência foi ainda ligeiramente superior nos indivíduos cujos pais estavam casados ou juntos e ambos empregados.

No sexo feminino, apenas a prática religiosa e o facto de viverem ou não com os pais influenciaram significativamente a frequência das relações sexuais precoces. As raparigas que não tinham prática religiosa ou a faziam raramente apresentam uma prevalência de relações sexuais precoces significativamente mais elevadas (37,8%) do que as que praticavam uma ou duas vezes por mês ou superior ou igual a uma vez por semana. Também as que referem não ter qualquer religião apresentam uma prevalência superior (42,0%) comparada com as que têm religião (29,5%), diferença esta no limiar da significância estatística ( $p = 0,056$ ). Ainda as raparigas que não vivem com um ou ambos os pais apresentam uma prevalência significativamente superior de relações sexuais precoces ( $p = 0,022$ ).

Tal como aconteceu no sexo masculino as prevalências das relações sexuais precoces foram elevadas nos indivíduos estrangeiros, nos de etnia não caucasiana e nos que têm problemas escolares, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Tabela 5 - Prevalência das relações sexuais precoces segundo as variáveis sócio-demográficas por sexo

| VARIÁVEIS                           | MASCULINO |                  | FEMININO |                    |
|-------------------------------------|-----------|------------------|----------|--------------------|
|                                     | n         | % IC 95 %        | n        | % IC 95 %          |
| <b>Local de nascimento</b>          |           |                  |          |                    |
| Portugal                            | 154       | 61,6 (55,5-67,5) | 113      | 30,5 (26,0-35,4)   |
| Estrangeiro                         | 19        | 65,5 (47,1-81,0) | 21       | 36,8 (25,1-49,9)   |
|                                     |           | <i>p=0,834</i>   |          | <i>p=0,423</i>     |
| <b>Raça</b>                         |           |                  |          |                    |
| Branca                              | 165       | 61,8 (55,9-67,5) | 129      | 31,3 (27,0-36,0)   |
| Outra                               | 8         | 66,7 (37,7-88,4) | 5        | 33,3 (13,4-59,2)   |
|                                     |           | <i>p=1,0(*)</i>  |          | <i>p=1,0(*)</i>    |
| <b>Local de residência</b>          |           |                  |          |                    |
| Cidade                              | 83        | 62,4 (53,9-70,3) | 62       | 30,2 (24,2-36,8)   |
| Vila                                | 28        | 62,2 (47,5-75,4) | 25       | 28,7 (20,0-38,9)   |
| Aldeia                              | 62        | 61,4 (51,6-70,5) | 47       | 34,8 (27,1-43,1)   |
|                                     |           | <i>p=0,987</i>   |          | <i>p=0,564</i>     |
| <b>Ano de escolaridade</b>          |           |                  |          |                    |
| Ensino básico                       | 58        | 62,4 (52,2-71,8) | 24       | 29,6 (20,5-40,2)   |
| Ensino secundário                   | 115       | 61,8 (54,7-68,6) | 110      | 31,8 (27,0-36,8)   |
|                                     |           | <i>p=0,965</i>   |          | <i>p=0,806</i>     |
| <b>Problemas escolares</b>          |           |                  |          |                    |
| Sim                                 | 56        | 63,6 (53,2-73,2) | 34       | 38,2 (28,6-48,6)   |
| Não                                 | 117       | 61,3 (54,2-68,0) | 100      | 29,6 (24,9-34,6)   |
|                                     |           | <i>p=0,804</i>   |          | <i>p=0,807</i>     |
| <b>Religião</b>                     |           |                  |          |                    |
| Tem                                 | 137       | 62,3 (55,7-68,5) | 105      | 29,5 (24,9-34,4)   |
| Não tem                             | 36        | 61,0 (48,2-72,8) | 29       | 42,0 (30,8-53,9)   |
|                                     |           | <i>p=0,980</i>   |          | <i>p=0,056 (a)</i> |
| <b>Prática religiosa</b>            |           |                  |          |                    |
| ≥ 1/ semana                         | 27        | 65,9 (50,5-79,1) | 14       | 16,3 (9,6-25,2)    |
| 1 ou 2/ mês                         | 24        | 63,2 (47,1-77,3) | 21       | 26,6 (17,7-37,1)   |
| Raramente ou nunca                  | 122       | 61,0 (54,1-67,6) | 99       | 37,8 (32,1-43,8)   |
|                                     |           | <i>p=0,833</i>   |          | <i>p&lt;0,001</i>  |
| <b>Vive habitualmente</b>           |           |                  |          |                    |
| Com os pais                         | 134       | 62,9 (56,3-69,2) | 100      | 30,0 (25,3-35,1)   |
| Com um dos pais                     | 24        | 51,1 (36,9-65,1) | 17       | 27,9 (17,7-40,1)   |
| Com outra pessoa ou sozinho         | 14        | 77,8 (54,7-92,5) | 17       | 53,1 (35,9-69,8)   |
|                                     |           | <i>p=0,113</i>   |          | <i>p=0,022</i>     |
| <b>Estado civil dos pais</b>        |           |                  |          |                    |
| Casados / juntos                    | 147       | 63,4 (57,0-69,4) | 108      | 30,9 (26,3-35,9)   |
| Separados / outra                   | 26        | 55,3 (41,0-69,0) | 26       | 33,3 (23,6-44,3)   |
|                                     |           | <i>p=0,384</i>   |          | <i>p=0,783</i>     |
| <b>Situação de emprego dos pais</b> |           |                  |          |                    |
| Ambos empregados                    | 116       | 63,7 (56,6-70,5) | 89       | 31,6 (26,3-37,2)   |
| Só um empregado                     | 47        | 61,0 (49,8-71,4) | 38       | 32,2 (24,2-41,0)   |
| Desempregados/outra                 | 10        | 50,0 (28,7-71,1) | 7        | 25,9 (12,1-44,7)   |
|                                     |           | <i>p=0,476</i>   |          | <i>p=0,813</i>     |

(\*) – Técnica exacta de Fisher

## 2.2 - VARIÁVEIS DA DIMENSÃO RELACIONAL

No sexo masculino, apenas o tempo passado com os pais ao fim de semana influenciou significativamente a prevalência das relações sexuais precoces (tabela 6). Os rapazes cujo tempo passado com os pais ao fim de semana é inferior a dez horas apresentam uma prevalência mais elevada (76,3%) do que os que passam entre dez e vinte horas ou mais de vinte horas ( $p = 0,051$ ). Ainda nos rapazes a prevalência das relações sexuais precoces foi elevada nos indivíduos que referem ser difícil ou impossível comunicar com ambos os pais sobre os seus problemas (65,3% versus 68,8%), nos que comunicam sobre sexualidade (65,4%) e nos que comunicam com muitas vezes (75,7%).

No sexo feminino apenas o comunicar sobre sexualidade e o tempo passado com os pais ao fim de semana influenciaram significativamente a frequência das relações sexuais precoces. As raparigas que referem que comunicaram sobre sexualidade apresentam uma prevalência significativamente superior (36,6 %) às que referiram não ter comunicado (27,3%) ( $p = 0,05$ ). Também as que referem menos de dez horas o tempo passado com os pais ao fim de semana apresentam uma prevalência significativamente superior (40,0%) às que passam entre dez e vinte horas (38,2%) e as que passam mais de vinte horas (23,2%) ( $p = 0,029$ ).

A prevalência das relações sexuais precoces foi ligeiramente mais elevada nos indivíduos que referiram ser muito fácil comunicar com o pai sobre os seus problemas (36,7%), nos que referem ser difícil ou impossível comunicar com a mãe sobre os seus problemas (35,1%), nos que referem comunicar raramente (40,5%) e nos que passam menos de dez horas com os pais durante a semana (35,3%), embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Tabela 6 - Prevalência das relações sexuais precoces segundo as variáveis da relacional por sexo

| VARIÁVEIS  | MASCULINO |                  | FEMININO |                  |
|--|-----------|------------------|----------|------------------|
|  | n         | % IC 95%         | n        | % IC 95%         |
| <b>Comunicação com o pai sobre os seus problemas</b> |           |                  |          |                  |
| Muito fácil  | 36        | 61,0 (48,2-72,8) | 22       | 36,7 (25,2-49,4) |
| Fácil  | 60        | 61,9 (51,9-71,1) | 44       | 28,6 (21,9-36,1) |
| Difícil / impossível                                 | 47        | 65,3 (53,8-75,6) | 51       | 33,3 (26,2-41,1) |
| Desconhecido/falecido/                               | 28        | 59,6 (45,2-72,8) | 14       | 31,1 (18,9-45,7) |
|  |           | <i>p=0,926</i>   |          | <i>p=0,666</i>   |
| <b>Comunicação com a mãe sobre os seus problemas</b> |           |                  |          |                  |
| Muito fácil  | 52        | 59,1 (48,6-69,0) | 47       | 30,5 (23,6-38,1) |
| Fácil  | 66        | 62,9 (53,3-71,7) | 51       | 32,7 (25,7-40,3) |
| Difícil / impossível                                 | 33        | 68,8 (54,7-80,6) | 26       | 35,1 (24,9-46,5) |
| Desconhecido/falecido/                               | 21        | 61,8 (44,8-76,9) | 8        | 24,2 (11,9-40,9) |
|  |           | <i>p=0,741</i>   |          | <i>p=0,700</i>   |
| <b>Comunicação sobre sexualidade</b>                 |           |                  |          |                  |
| Sim  | 89        | 65,4 (57,2-73,1) | 70       | 36,6 (30,0-43,7) |
| Não  | 84        | 59,2 (50,9-67,0) | 63       | 27,3 (21,8-33,3) |
|  |           | <i>p=0,339</i>   |          | <i>p=0,050</i>   |
| <b>Frequência da comunicação</b>                     |           |                  |          |                  |
| Raramente  | 39        | 60,0 (47,8-71,4) | 30       | 40,5 (29,8-52,0) |
| Muitas vezes   | 28        | 75,7 (60,0-87,4) | 26       | 39,4 (28,2-51,5) |
| Quase sempre   | 16        | 59,3 (40,2-76,4) | 11       | 29,7 (16,7-45,8) |
|  |           | <i>p=0,399</i>   |          | <i>p=0,452</i>   |
| <b>Tempo passado com os pais durante a semana</b>    |           |                  |          |                  |
| < a 10 horas   | 60        | 63,8 (53,8-73,1) | 55       | 35,3 (28,1-43,0) |
| entre 10-20 horas                                    | 49        | 67,1 (55,8-77,1) | 40       | 29,9 (22,6-38,0) |
| > a 20 horas   | 34        | 54,8 (42,4-66,9) | 19       | 31,1 (20,5-43,5) |
|  |           | <i>p=0,513</i>   |          | <i>p=0,516</i>   |
| <b>Tempo passado com os pais ao fim de semana</b>    |           |                  |          |                  |
| < a 10 horas   | 45        | 76,3 (64,2-85,8) | 20       | 40,0 (27,2-54,0) |
| Entre 10-20 horas                                    | 50        | 56,8 (46,3-66,9) | 58       | 38,2 (30,7-46,1) |
| > a 20 horas   | 39        | 54,9 (43,3-66,2) | 32       | 23,2 (16,7-30,8) |
|  |           | <i>p=0,051</i>   |          | <i>p=0,029</i>   |

### 2.3 - VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS

No sexo masculino a prevalência das relações sexuais precoces variou significativamente de acordo com a quase totalidade das variáveis comportamentais (tabela 7).

Apresentam uma prevalência significativamente mais elevada os rapazes: que praticam desporto (64,6%), que referem ter hábitos tabágicos (85,5%), os que consomem álcool (65,3%), os que referem consumir vinho (71,4%), de ingestão de cerveja (85,5%), de ingestão de bebidas brancas como a aguardente, etc. (71,9%) e nos que referem ter experimentado drogas (77,4%).

A prevalência das relações sexuais precoces das restantes variáveis não variou significativamente, no entanto foi mais elevada nos que concordam que o facto de correr riscos torna as relações sexuais excitantes (70,0%), nos que praticam desporto menos de duas vezes por mês (83,3%) e nos que fumam um maço de tabaco ou mais por dia (87,8%).

No sexo feminino a prevalência das relações sexuais precoces tem um comportamento semelhante ao do sexo masculino. Assim a prevalência é mais elevada nos indivíduos que referem que correr riscos torna as relações sexuais mais excitantes (46,8%), os que apresentam hábitos tabágicos (61,3%), os que referem consumo de vinho (27,3%), de cerveja (57,1%), de bebidas brancas, como vodka, aguardente e brandy (40,0%) e os que referem ter experimentado drogas (58,4%). No entanto a prevalência foi ligeiramente elevada nas raparigas que não praticam desporto (36,0%), nas que o fazem mas numa frequência inferior a duas vezes por mês (31,0%) e nas que fumam menos de meio maço de tabaco por dia (68,0%) e nas que referem consumir álcool (32,3%) embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Tabela 7 – Prevalência das relações sexuais precoces segundo as variáveis comportamentais por sexo.

| VARIÁVEIS  | MASCULINO |                   | FEMININO |                   |
|--|-----------|-------------------|----------|-------------------|
|  | n         | % IC 95%          | N        | % IC 95%          |
| <b>O facto de correr riscos torna as relações sexuais excitantes</b> |           |                   |          |                   |
| Sim  | 56        | 70,0 (59,3-79,39) | 29       | 46,8 (34,6-59,2)  |
| Não  | 104       | 61,2 (53,7-68,3)  | 96       | 32,3 (27,2-37,8)  |
| Não sabe   | 12        | 46,2 (27,9-65,2)  | 8        | 12,7 (6,1-22,7)   |
|  |           | <i>p=0,082</i>    |          | <i>p&lt;0,001</i> |
| <b>Prática de desporto</b>   |           |                   |          |                   |
| Sim  | 126       | 64,6 (57,7-71,1)  | 105      | 30,1 (25,4-35,1)  |
| Não  | 8         | 38,1 (19,5-59,8)  | 27       | 36,0 (25,8-47,3)  |
|  |           | <i>p=0,032</i>    |          | <i>p=0,386</i>    |
| <b>Frequência da prática de desporto</b>                             |           |                   |          |                   |
| ≤ a 2 vez/mês  | 10        | 83,3 (54,9-97,1)  | 18       | 31,0 (20,2-43,8)  |
| ≥ a 1 vez / semana   | 116       | 62,4 (55,2-69,1)  | 88       | 29,5 (24,6-34,9)  |
|  |           | <i>p=0,217(*)</i> |          | <i>p=0,942</i>    |
| <b>Hábitos tabágicos</b>   |           |                   |          |                   |
| Sim  | 53        | 85,5 (75,0-92,7)  | 65       | 61,3 (51,8-70,2)  |
| Não  | 83        | 52,5 (44,7-60,2)  | 69       | 21,5 (17,3-26,2)  |
|  |           | <i>p&lt;0,001</i> |          | <i>p&lt;0,001</i> |
| <b>N.º de cigarros fumados/ dia</b>                                  |           |                   |          |                   |
| < a meio maço  | 18        | 81,8 (61,8-93,9)  | 17       | 68,0 (48,1-83,9)  |
| ≥ a meio maço  | 36        | 87,8 (75,0-95,4)  | 46       | 56,8 (45,9-67,2)  |
|  |           | <i>p=0,707(*)</i> |          | <i>p=0,444</i>    |
| <b>Consumo de álcool</b>   |           |                   |          |                   |
| Sim  | 169       | 65,3 (59,3-70,9)  | 129      | 32,3 (27,9-37,0)  |
| Não  | 3         | 20,0 (5,4-45,3)   | 4        | 18,2 (6,1-38,2)   |
|  |           | <i>p=0,001</i>    |          | <i>p=0,248</i>    |
| <b>Consumo de vinho</b>  |           |                   |          |                   |
| Já experimentei  | 15        | 71,4 (49,8-87,5)  | 3        | 27,3 (7,5-57,8)   |
| Bebo ocasionalmente  | 73        | 76,0 (66,8-83,8)  | 45       | 50,0 (39,8-60,2)  |
| Bebo regularmente  | 58        | 55,2 (45,6-64,5)  | 62       | 27,9 (22,3-34,1)  |
| Nunca bebi   | 24        | 48,0 (34,5-61,8)  | 22       | 23,2 (15,5-32,4)  |
|  |           | <i>p=0,002</i>    |          |                   |
| <b>Consumo de cerveja</b>  |           |                   |          |                   |
| Já experimentei  | 53        | 85,5 (75,0-92,7)  | 16       | 57,1 (38,6-74,3)  |
| Bebo ocasionalmente  | 77        | 64,2 (55,3-72,4)  | 52       | 39,7 (31,6-48,3)  |
| Bebo regularmente  | 34        | 47,9 (36,5-59,5)  | 57       | 25,2 (19,9-31,2)  |
| Nunca bebi   | 8         | 38,1 (19,5-59,8)  | 8        | 22,9 (11,2-38,8)  |
|  |           | <i>p&lt;0,001</i> |          | <i>p&lt;0,001</i> |
| <b>Consumo de vodka, aguardente, brandy (e outras idênticas)</b>     |           |                   |          |                   |
| Já experimentei  | 23        | 71,9 (54,6-85,3)  | 12       | 40,0 (23,8-58,1)  |
| Bebo ocasionalmente  | 82        | 73,9 (65,1-81,4)  | 63       | 42,3 (34,5-50,3)  |
| Bebo regularmente  | 53        | 58,2 (47,9-68,0)  | 46       | 27,9 (21,4-35,1)  |
| Nunca bebi   | 13        | 33,3 (20,0-49,1)  | 10       | 13,5 (7,1-22,8)   |
|  |           | <i>p&lt;0,001</i> |          | <i>p&lt;0,001</i> |
| <b>Experiência de consumo de drogas</b>                              |           |                   |          |                   |
| Sim  | 72        | 77,4 (68,1-85,1)  | 45       | 58,4 (47,2-69,0)  |
| Não  | 94        | 54,0 (46,6-61,3)  | 86       | 25,4 (21,0-30,3)  |
|  |           | <i>p&lt;0,001</i> |          | <i>p&lt;0,001</i> |

(\*) Técnica exacta de Fisher

## 2.4 - FACTORES DE RISCO PARA AS RELAÇÕES SEXUAIS PRECOSES

As estimativas do risco (OR) e respectivos intervalos de confiança a 95% para as variáveis sócio-demográficas e comportamentais na ocorrência de relações sexuais precoces são apresentadas na tabela 8. Os rapazes que praticam desporto têm um risco de ter relações sexuais precoces de cerca de três vezes superior (OR=0,33 IC 95% 0,13-0,84) aos que não praticam; o risco dos que fumam é cinco vezes superior (OR=0,19 IC 95% 0,09-0,4) aos que não fumam, o dos que referem consumir álcool é de cerca de oito vezes superior (OR=0,13 IC 95% 0,04-0,48) aos que não consomem, o risco dos referem ter tido experiência de consumo de drogas é de cerca de três vezes superior (OR=0,35 IC 95% 0,29-0,61) aos que nunca experimentaram.

Nas raparigas o risco de ter relações sexuais precoces é cerca de três vezes superior nas que referem que vivem sozinhas ou com outra pessoa que não os pais (OR=2,58 IC 95% 1,24-5,38) às que vivem com os pais, cerca de duas vezes superior nas que comunicam com os pais sobre sexualidade (OR=0,65 IC 95% 0,43-0,98) às que não comunicam, cerca de seis vezes maior nas que fumam (OR=0,17 IC 95% 0,11-0,27) em relação às que não fumam e nas que referem ter experimentado drogas o risco é de quatro vezes superior (OR=0,24 IC 95% 0,14-0,40) que nas que não experimentaram. Para as restantes variáveis avaliadas (local de residência, escolaridade, problemas escolares, etc.) não se encontraram associações significativas com a ocorrência de relações sexuais precoces.

Tabela 8 – Estimativas do risco (OR) para as relações sexuais precoces de acordo com as variáveis sócio-demográficas e comportamentais

| VARIÁVEIS   | OR** IC 95 %     |                  |
|---|------------------|------------------|
|   | Masculino        | Feminino         |
| <b>Local de nascimento</b>                        |                  |                  |
| Portugal  | 1,0*             | 1,0*             |
| Estrangeiro                                       | 0,93 (0,38-2,22) | 1,29 (0,71-2,34) |
| <b>Local de residência</b>                        |                  |                  |
| Cidade  | 1,0*             | 1,0*             |
| Vila  | 0,90 (0,44-1,82) | 0,90 (0,51-1,57) |
| Aldeia  | 0,88 (0,52-1,52) | 1,22 (0,77-1,95) |
| <b>Escolaridade</b>                               |                  |                  |
| Ensino básico                                     | 1,0*             | 1,0*             |
| Ensino secundário                                 | 0,98 (0,58-1,64) | 1,09 (0,64-1,85) |
| <b>Problemas escolares</b>                        |                  |                  |
| Sim   | 1,0*             | 1,0*             |
| Não   | 0,93 (0,56-1,57) | 0,70 (0,43-1,15) |
| <b>Professa uma religião</b>                      |                  |                  |
| Sim   | 1,0              | 1,0              |
| Não   | 0,92 (0,51-1,67) | 1,7 (1,00-2,88)  |
| <b>Prática religiosa</b>                          |                  |                  |
| ≥ 1 vez / semana                                  | 1,0*             | 1,0*             |
| 1 ou 2 vezes / mês                                | 0,96 (0,38-1,60) | 1,78 (0,83-3,82) |
| Raramente ou nunca                                | 0,83 (0,28-1,57) | 3,02 (1,61-5,65) |
| <b>Vives habitualmente</b>                        |                  |                  |
| Com ambos os pais                                 | 1,0*             | 1,0*             |
| Só com um dos pais                                | 0,60 (0,32-1,13) | 0,88 (0,48-1,62) |
| Sozinho ou com outro(a)                           | 2,01 (0,64-6,33) | 2,58 (1,24-5,38) |
| <b>Tempo passado com os pais ao fim de semana</b> |                  |                  |
| < a 10 horas                                      | 1,0*             | 1,0*             |
| Entre 10 e 20 horas                               | 1,68 (0,65-4,33) | 1,44 (0,66-3,15) |
| ≥ 20 horas  | 0,69 (0,30-1,60) | 1,37 (0,73-2,60) |
| Não sabe  | 0,66 (0,28-1,57) | 0,66 (0,33-1,29) |
| <b>Comunicação sobre sexualidade</b>              |                  |                  |
| Sim   | 1,0*             | 1,0*             |
| Não   | 0,76 (0,47-1,24) | 0,65 (0,43-0,98) |
| <b>Prática de desporto</b>                        |                  |                  |
| Sim   | 1,0*             | 1,0*             |
| Não   | 0,33 (0,13-0,84) | 1,31 (0,78-2,22) |
| <b>Fuma</b>                                       |                  |                  |
| Sim   | 1,0*             | 1,0*             |
| Não   | 0,19 (0,09-0,41) | 0,17 (0,11-0,27) |
| <b>Experiência de consumo de álcool</b>           |                  |                  |
| Sim   | 1,0*             | 1,0*             |
| Não   | 0,13 (0,04-0,48) | 0,46 (0,15-1,38) |
| <b>Experiência de consumo de drogas</b>           |                  |                  |
| Sim   | 1,0*             | 1,0*             |
| Não   | 0,35 (0,20-0,61) | 0,24 (0,14-0,40) |
| <b>Estado civil dos pais</b>                      |                  |                  |
| Casados ou juntos                                 | 1,0*             | 1,0*             |
| Separados ou outra                                | 0,72 (0,38-1,38) | 1,05 (0,62-1,78) |
| <b>Situação de emprego dos pais</b>               |                  |                  |
| Ambos empregados                                  | 1,0*             | 1,0*             |
| Só um deles empregado                             | 0,91 (0,52-1,58) | 1,02 (0,64-1,62) |
| Desempregados e outra                             | 0,56 (0,22-1,42) | 0,78 (0,32-1,92) |

(\*) – Classe de referência

(\*\*) - Odds ratios brutos

### 3 - COMPORTAMENTO SEXUAL

Avaliamos ainda as variáveis de carácter sexual nos indivíduos que referem ser sexualmente activos (n = 307).

A idade mais frequente para a primeira relação sexual é de 16 anos em ambos os sexos, constatando-se uma prevalência neste grupo etário de 44,5% nos rapazes e de 59,0% nas raparigas (tabela 9). A idade média para as relações sexuais é de 15 anos para os rapazes e de 15,5 nas raparigas, sendo a média geral para o conjunto da amostra de 15,2 anos. A percentagem de rapazes que se iniciaram sexualmente na idade maior ou igual a 15 anos é de 55,5% e nas raparigas é de 41,0%.

Na resposta à pergunta em que situação ocorreu a primeira relação sexual a maior parte disse que “aconteceu” (79,4% dos rapazes e 76,9% das raparigas). Apenas uma pequena percentagem de jovens planeou a sua primeira relação sexual, (14,1% dos rapazes e 14,9% das raparigas). Três e meio por cento dos rapazes e 3,7% das raparigas referem ter tido a sua primeira relação sexual quando estavam sob o efeito de álcool ou drogas. Uma percentagem considerável (2,9% versus 4,5%) refere terem sido forçados a terem relações sexuais.

No que concerne ao número de parceiros sexuais nos últimos doze meses à data do estudo, 42,8% dos rapazes e 71,9% das raparigas referem terem tido sempre o mesmo parceiro, constatando-se ainda 33,5% dos rapazes e 15% das raparigas tiveram vários parceiros, dos quais 21,4% dos rapazes e 7,5% das raparigas referem terem tido vários parceiros diferentes. Há ainda a referir que dos jovens sexualmente activos, 16% se mantiveram abstinentes nos últimos doze meses, sendo 23,7% de rapazes e 6,0% de raparigas.

Dos jovens sexualmente activos, 69,1% referem usar contracepção, tendo esta maior expressão nos rapazes (80,5%) que nas raparigas (62,7%); uma percentagem significativa não responde (10,7%). No que concerne à frequência da contracepção a maior percentagem dos jovens (36,8%) responde *não sabe*, enquanto que 23,5% respondem recorrer à contracepção *sistemática*, tendo esta maior expressão nas raparigas (31,3%) que nos rapazes (17,3%); contracepção *frequente* (22,1%) sendo esta

maior nos rapazes que nas raparigas (24,9% *versus* 18,7%); uma percentagem muito significativa de jovens referem fazer contracepção *ocasional*, sendo esta substancialmente mais elevada nos rapazes (24,3%) que nas raparigas (9,0%). Quanto ao tipo de contracepção mais frequente nos rapazes é o preservativo e a contracepção hormonal nas raparigas; há a referir a quantidade de jovens que não responderam (27,4%) sendo a não resposta mais frequente nas raparigas (38,1%). Ainda 3,9% dos jovens referem terem ficado doentes por terem tido relações sexuais, sendo esta percentagem mais elevada nas raparigas (6,0%) que nos rapazes (2,3%).

Relativamente ao conhecimento dos jovens em geral sobre DTS, 60,9% dos jovens de ambos os sexos fizeram uma identificação correcta (56,3 *versus* 63,9%).

Tabela 9 - Distribuição das características da amostra, segundo as variáveis de carácter sexual, nos indivíduos com relações sexuais precoces, por sexo

| VARIÁVEIS  | MASCULINO  | FEMININO   |
|--|------------|------------|
|  | n (%)      | n (%)      |
| <b>Idade da primeira relação sexual</b>                              |            |            |
| 10 - 13  | 29 (16,8)  | 14 (10,4)  |
| 14 - 15  | 67 (38,7)  | 41 (30,6)  |
| 16 - 17  | 77 (44,5)  | 79 (59,0)  |
| <b>Situação em que ocorreu a relação sexual</b>                      |            |            |
| Foi planeada   | 24 (14,1)  | 20 (14,9)  |
| Aconteceu  | 135 (79,4) | 103 (76,9) |
| Foi forçado (a)  | 5 (2,9)    | 6 (4,5)    |
| Sob o efeito do álcool ou de drogas                                  | 6 (3,5)    | 5 (3,7)    |
| <b>O facto de correr riscos torna as relações sexuais excitantes</b> |            |            |
| Sim  | 56 (36,2)  | 29 (21,8)  |
| Não  | 116 (67,4) | 104 (78,2) |
| <b>N ° de parceiros sexuais nos últimos 12 meses</b>                 |            |            |
| Sempre o mesmo(a)  | 74 (42,8)  | 106 (79,1) |
| Um estável e outras relações ocasionais                              | 21 (12,1)  | 10 (7,5)   |
| Vários parceiros diferentes  | 37 (21,4)  | 10 (7,5)   |
| <b>Uso de contracepção</b>   |            |            |
| Sim  | 128 (80,5) | 84 (62,7)  |
| Não  | 31 (17,9)  | 31 (23,1)  |
| Não responde   | 14 (8,1)   | 19 (14,2)  |
| <b>Frequência da contracepção</b>                                    |            |            |
| Ocasionalmente   | 42 (24,3)  | 12 (9,0)   |
| Frequentemente   | 43 (24,9)  | 25 (18,7)  |
| Sistematicamente   | 30 (17,3)  | 42 (31,3)  |
| Não sabe   | 58 (33,5)  | 55 (41,0)  |
| <b>Teve DTS's</b>  |            |            |
| Sim  | 4 (2,3)    | 8 (6,0)    |
| Não  | 165 (95,4) | 124 (92,5) |
| Não responde   | 4 (2,3)    | 8 (6,0)    |

No que se refere à gravidez na adolescência (tabela 10) constatamos que 3,0% das raparigas sexualmente activas referem ter recorrido ao aborto e 35,8% relatam terem tido conhecimento de interrupção voluntária de gravidez pelas amigas; esta é uma percentagem muito elevada em relação à IVG pelas próprias, por duas razões principais: poder haver raparigas que não responderam afirmativamente à sua própria experiência de IVG por motivos inibitórios e tenham respondido a esta pergunta relativamente a outras e, por outro lado, há repetição de “casos” (uma IVG pode ser objecto de resposta de várias adolescentes).

Tabela 10 - Prevalência de práticas abortivas e de filhos na adolescência.

| Variáveis                             | n (%)      |
|---------------------------------------|------------|
| <b>Prática de aborto</b>              |            |
| Sim                                   | 4 (3,0)    |
| Não                                   | 130 (97,0) |
| <b>Prática de aborto pelas amigas</b> |            |
| Sim                                   | 48 (35,8)  |
| Não                                   | 85 (63,4)  |
| Não responde                          | 1 (0,7)    |
| <b>Filhos</b>                         |            |
| Sim                                   | 5 (3,7)    |
| Não                                   | 124 (92,5) |
| Não responde                          | 5 (3,7)    |

## **IV – DISCUSSÃO**

### **- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apesar das limitações, a presente pesquisa mostrou vários resultados importantes.

No nosso estudo cerca de metade dos jovens (43,5%) tinha tido relações sexuais, o que é uma proporção baixa quando comparada com alguns estudos realizados, em Portugal e no Reino Unido<sup>23,24</sup> mas não com outras populações, nomeadamente a francesa<sup>25</sup>. Mas as comparações são muitas vezes perigosas por causa dos numerosos problemas envolvidos com a metodologia, incluindo a comparação de amostras, métodos de recolha de dados, etc. Dos sexualmente activos, 49,2% iniciaram-se antes dos dezasseis anos. A idade mais baixa de iniciação sexual foi de dez anos para os rapazes e de onze anos para as raparigas, idades muito inferiores às apontadas por Vasconcelos (1998)<sup>27</sup>, sendo os primeiros sexualmente mais precoces (62,0% *versus* 31,4%). Esta diferença é encontrada em certos estudos<sup>8, 26</sup> como os realizados em Portugal<sup>27</sup> e Canadá<sup>21</sup>, mas não noutros, nomeadamente à população francesa<sup>25, 91</sup>. Na Grã-Bretanha<sup>92</sup>, na Noruega<sup>93</sup> e no Canadá<sup>94</sup> porém as raparigas parecem ser mais precoces que os rapazes. As prevalências encontradas no sexo masculino (62,0%) são um pouco abaixo às encontradas noutros estudos, quer a nível mundial<sup>8</sup>, Canadá<sup>21</sup> e mesmo em Portugal<sup>26, 27</sup> e um pouco mais elevadas às encontradas em França<sup>25</sup>. Por outro lado as prevalências nas raparigas (31,4%) são um pouco inferiores às encontradas noutros estudos quer a nível mundial<sup>8, 22</sup>, Canadá<sup>21</sup> e mesmo na população portuguesa<sup>27</sup>, mas mais elevadas às encontradas por Choquet e Manfredi (1992)<sup>25</sup> em França e por Santos Lucas em Portugal (1993)<sup>26</sup>. As razões destas diferenças de país para país requerem mais estudos futuros<sup>25</sup>.

Segundo Wilson e Medura (1990)<sup>95</sup> as atitudes e comportamentos do sexo masculino e feminino têm vindo a convergir ao longo da década de noventa.

A actividade sexual aumenta com a idade<sup>8, 21, 25, 26, 27</sup> o que pode ser explicada em parte pela baixa aceitação social da actividade sexual precoce para as raparigas e um relato exagerado para os rapazes. É desenvolvida uma resistência feminina aos avanços masculinos até ao momento da intimidade emocional e às normas de comportamento parentais no que respeita à investida das relações sexuais. A idade mais frequente para a

primeira relação sexual é de dezasseis anos (30,9%), constatando-se que 55,5% dos rapazes e 41,1% das raparigas, sexualmente activos, se iniciaram sexualmente antes desta idade. A maior parte dos nossos jovens (56,5%) continua abstinente, proporção muito mais elevada à apontada (20%) por outro estudo efectuado no Canadá<sup>21</sup> E EM Portugal<sup>23</sup>. As diferenças de prevalência entre sexos persiste antes dos dezoito anos<sup>27</sup>, ao passo que noutros países, nomeadamente na França e Suécia, elas desaparecem<sup>25, 96, 97</sup>.

Dos jovens sexualmente activos, apenas 14,3% planearam a sua primeira relação sexual e 77,5% referem que simplesmente *aconteceu*; comportamento característico deste grupo etário sendo o agir um dos modos de expressão privilegiados nesta fase e ainda porque a primeira relação sexual é muitas vezes experimentação e os jovens envolvidos geralmente não se preparam para essa relação, não obtendo contraceptivos, mesmo sabendo onde eles estão disponíveis<sup>29</sup>. Face a este comportamento, os jovens estão em risco de DTS com importantes implicações para o risco de infecção por HIV. Há evidência substancial empírica de que as DTS, ulcerativas ou inflamatórias, aumentam a transmissão dinâmica do HIV<sup>2</sup>.

Casos houve em que tiveram a sua primeira relação sexual sob o efeito de drogas ou de álcool, sendo esta situação mais prevalente nas raparigas menores de 16 anos (9,1%) do que nos rapazes (4,16%). Verificaram-se casos de violência sexual em 9,1% das raparigas menores de dezasseis anos e em 2,8% dos rapazes da mesma idade. A violência sexual é uma realidade em muitos países desenvolvidos e em desenvolvimento<sup>8</sup> e, sendo a sexualidade parte integrante do processo de maturação e do desenvolvimento da personalidade, talvez valha a pena criar ambientes que facilitem o desenvolvimento positivo da identidade sexual através da prevenção de situações de risco.

O uso de contracepção tem vindo a aumentar<sup>32, 98</sup>, sendo neste estudo usada por 69,1% dos adolescentes, sendo muito inferior à encontrada noutros estudos<sup>32</sup> verificando-se uma prevalência mais elevada nos rapazes (80,5%) e bastante inferior nas raparigas (62,7%) à que tem sido observada noutras populações, como os Estados Unidos e França<sup>25,99, 100</sup>.

Os métodos contraceptivos mais utilizados são o preservativo masculino (79,2%) e a contracepção hormonal (57,5%), sendo as prevalências nos dois sexos substancialmente mais elevadas às apontadas por Vasconcelos (1998). Contudo os jovens são utilizadores pouco assíduos da contracepção<sup>37</sup>, verificando-se que apenas

23,5% usam contracepção sistemática, mas as raparigas usam contracepção mais consistentemente (31,3%) que os rapazes (17,3%) o que sugere que o controle dos nascimentos diz mais respeito à rapariga que ao rapaz. Os resultados sugerem que entre os adolescentes sexualmente activos, o uso de contraceptivos é um problema em ambos os sexos, muito mais sério nos rapazes face à reduzida contracepção sistemática. Segundo o AGI<sup>33</sup> uma adolescente sexualmente activa e que não usa contracepção tem 90% de probabilidades de engravidar no prazo de um ano.

A idade desempenha um papel importante, sugerindo conforme a actividade sexual se torna progressivamente regular<sup>25</sup> e a maturidade vai sendo atingida<sup>101</sup>, o uso de contracepção torna-se um acto normalmente adquirido, logo, a falta de contracepção não é um problema de comportamento específico. A actividade sexual reflecte uma necessidade de intimidade<sup>102</sup> ao passo que a contracepção reflecte além disso o conhecimento prático para evitar a gravidez<sup>92</sup>, o medo dos pais, os exames físicos<sup>103</sup> e requer uma habilidade para planear.

De uma maneira geral os adolescentes têm conhecimentos sobre doenças sexualmente transmissíveis (60,9%). No nosso estudo, 3,9% dos jovens referiram ter ficado doentes por terem tido relações sexuais, o que confirma o apontado por Romanowski, (1993)<sup>22</sup> que cerca de um em cada vinte adolescentes, anualmente, contrai uma DTS curável, sendo esta percentagem mais elevada nas raparigas, 6,0%, facto confirmado pelo mesmo autor que aponta que mais de metade das infecções por HIV verificam-se em jovens de idades compreendidas entre os quinze e os vinte e quatro anos<sup>22</sup>. As raparigas são mais vulneráveis que os rapazes a contrair DTS devido à maior superfície da mucosa exposta durante a relação sexual e são mais vulneráveis que as mulheres adultas devido à ligação imatura do colo uterino. Acresce ainda o facto de que muitas jovens desconhecem que contraíram uma DTS, quer pela falta de sintomatologia ou porque desconhecem os sintomas e, a doença que não é diagnosticada nem tratada, pode dar origem a uma doença inflamatória pélvica com as causas inerentes, tais como infertilidade, gravidez com deformações e cerca de 25% dos casos de gravidez ectópica. Embora a prevalência de DIP não seja conhecida, estima-se que 10 a 15% das mulheres tenham pelo menos um episódio durante o seu período fértil<sup>22</sup>.

No que se refere à interrupção voluntária da gravidez, 3,0% das raparigas referem terem feito abortamento, valor muito próximo (2,7%) ao apontado por Vasconcelos (1998)<sup>27</sup>, sendo possível que o aborto provocado seja responsável por um maior alastramento de incapacidades crónicas (pelviperitonites e infertilidade

secundária), havendo pouca informação dos efeitos a longo prazo<sup>53</sup>. Nas opiniões dos jovens portugueses sobre o aborto, parece emergente o direito a viver uma sexualidade livre de constrangimentos e a despenalização do aborto<sup>27</sup> e 65% são de opinião que deveriam existir mais apoios médico-hospitalares para a realização da interrupção voluntária da gravidez em segurança<sup>27</sup>. Das jovens que engravidaram, 3,7% referem ter tido filhos, e, segundo o INE (1998)<sup>23</sup> a fecundidade das adolescentes entre os 15-19 anos reduziu substancialmente e 10,5% das jovens que tiveram relações sexuais ficaram grávidas sem o desejarem<sup>23</sup>. Ora a procriação precoce, principalmente nas raparigas pode reduzir ou impedir o seu desenvolvimento social e educacional. As mães adolescentes necessitam de uma variedade de serviços e de apoios que lhe são úteis. Em primeiro lugar uma família emocionalmente apoiante, incluindo o pai da criança. Tem que haver apoio financeiro disponível para a mãe adolescente e seu filho, quer seja de familiares ou da assistência pública. Cuidados de saúde acessíveis, se possível dentro da escola e apoio na escolha do tipo de contracepção. E por fim podem ser úteis os grupos de apoio para os pais adolescentes para minimizar os sentimentos de desamparo<sup>47</sup>. No sentido de prevenir uma gravidez não desejada, as jovens podem recorrer em caso de emergência à contracepção pós-coito. Existe material informativo/educativo divulgado pela Direcção Geral de Saúde com indicações muito precisas sobre a possibilidade desta contracepção no caso de acidente com preservativo ou relação ocasional desprotegida, que deveria estar acessível a toda a população nomeadamente aos jovens.

O nosso estudo confirma uma associação inversa entre relações sexuais precoces e investimento em actividades religiosas nas raparigas. As que mais investem em actividades religiosas são menos prováveis de apresentar comportamento sexual precoce ( $p < 0,001$ ) o que confirma o verificado pelo AGI<sup>8</sup>.

O facto de viver sozinho ou com outra pessoa é factor de risco para as relações sexuais precoces em particular nas raparigas o que poderá estar associado a uma menor vigilância dos pais<sup>2</sup>. As raparigas que relataram que “*correr riscos torna as relações sexuais excitantes*” têm maior probabilidade de terem relações sexuais precoces ( $p < 0,001$ ) e o facto dos jovens assumirem um risco, é provável que assumam outros.

A quantidade de tempo passado com os pais tem um efeito positivo na redução do desequilíbrio emocional, evitando actividades de alto risco<sup>32</sup>. O nosso estudo aponta que as raparigas que passam menos tempo com os pais ao fim de semana, têm maior probabilidade de terem relações sexuais precoces (40,0%) ( $p < 0,001$ ).

Contrariamente ao que se tem verificado noutros estudos<sup>104, 105</sup>, nomeadamente em França<sup>25</sup> os rapazes que praticam desporto têm maior probabilidade de serem sexualmente precoces ( $p=0,032$ ).

Este estudo, à semelhança de outros efectuados em Inglaterra e Estados Unidos, confirma a relação entre fumar, beber e/ou consumir drogas ilícitas e a actividade sexual precoce ( $p<0,001$ )<sup>25, 104, 106</sup>. Para alguns autores estas são manifestações de comportamento problema<sup>84, 86</sup> enquanto que para outros são simplesmente indicadores de estilos de vida, sem referência à normalidade<sup>94</sup> ou uma expressão de procura de sensações fortes<sup>107</sup>. Outros autores documentam um aumento da prevalência de comportamentos de risco para a saúde dos adolescentes com menor monitorização parental<sup>2</sup>.

Estes adolescentes estão de facto numa situação de risco no que se refere ao fumar (doença respiratória), beber (intoxicação aguda, acidente e manifestações de violência), ingestão de drogas (dependência e problemas com a lei), absentismo escolar devido às “ressacas” repetidas com repercussões na aprendizagem e a actividade sexual desprotegida (gravidez e DTS)<sup>25,53</sup>. O consumo de drogas é multicausal<sup>82</sup>, de natureza biológica, psicológica, social e cultural<sup>56</sup>.

Estudos há que demonstraram uma clara associação entre a disponibilidade de dinheiro e o consumo de drogas<sup>107, 108, 109</sup>. Outros apontam que o uso de tabaco e haxixe foi associado à condição de separação dos pais e ao facto de viverem com outras pessoas que não os pais biológicos. Autores há que comprovaram que a adversidade familiar precede o aparecimento do abuso de substâncias, e o desajuste familiar na primeira infância aumenta a possibilidade de subsequente abuso de substâncias e a associação a colegas delinquentes na adolescência<sup>110, 111</sup>.

Há uma forte ligação entre consumo de álcool, sensações depressivas e tentativa de suicídio<sup>65, 112</sup>. Por outro lado há autores que apontam que os adolescentes com fortes ligações emocionais com os pais e com os professores têm menos probabilidade de usar álcool, drogas, serem violentos, terem relações sexuais precoces ou de tentarem o suicídio<sup>113</sup>. Outros apontam como justificação a angústia mais do que a necessidade de correr riscos, sendo esta o ponto crucial do problema<sup>114</sup>. Esta associação observa-se para ambos os sexos, apesar da diferença na prevalência para ambos na actividade sexual precoce e os comportamentos de risco<sup>115</sup>, sendo as prevalências mais elevadas nos rapazes.

No nosso estudo de acordo com a análise bivariada, o fumar é o mais forte preditor para as relações sexuais precoces. O facto de não fumar é factor de protecção para ambos os sexos tendo os que não fumam cerca de 5 vezes menos risco dos que os que fumam, sendo mais evidente nas raparigas que nos rapazes. O consumo de drogas foi o factor que associou com maior magnitude a seguir, tendo os rapazes que nunca experimentaram drogas cerca de três vezes menos risco do que os que experimentaram e as raparigas cerca de quatro vezes menos risco. O risco nos consumidores de álcool é cerca de quatro vezes superior aos não consumidores, sendo de cerca de oito vezes menor nos rapazes que nunca consumiram e cerca de duas vezes menor nas raparigas nas mesmas circunstâncias. Apesar do facto de beber ser socialmente e culturalmente uma parte integral dos estilos de vida dos portugueses, isso contribui com um peso específico explicativo, assim como outros comportamentos de risco<sup>5, 7</sup>; neste sentido os adolescentes do nosso estudo parecem-se com os adolescentes de outros países, nomeadamente em França e Brasil<sup>25, 116, 117</sup>.

Quanto à metodologia há a referir que o processo de autorização foi muito moroso e pouco eficaz. No que concerne à autorização pela DREA e Direcções das respectivas Escolas, foi um pouco complicado visto a DREA ter dado uma autorização condicionada pela autorização das Direcções das Escolas.

Por se estudar uma coorte específica dificultou, quer em saber com exactidão o universo dos alunos nas escolas, quer na aplicação dos questionários pela dispersão dos alunos em diversas turmas e níveis de ensino.

O questionário auto-aplicado, que por garantir o anonimato, é o melhor procedimento para a obtenção deste tipo de informação sobre comportamentos privados e ilegais. No entanto uma vez que não foi dada autorização para os entregar aos alunos em sala de aula para os preencherem de imediato, tiveram que ser entregues aos directores de turma que os fizeram chegar aos alunos, que os levaram para os responder fora do contexto de sala de aula. O facto dos alunos levarem o questionário tem vantagens e limitações: ao responder fora do campo visual do investigador ou do director de turma ou dos colegas, sente-se mais à vontade para responder a todas as perguntas e com sinceridade, mas também podem juntarem-se para responder influenciando cada um a resposta do outro, pelo que os questionários que apresentaram questões incoerentes foram eliminados. Esta metodologia pode aumentar o número de perdas porque se esquece de responder ou, se responde, esquece-se de o entregar aumentando consideravelmente o número de perdas, que foi o que aconteceu.

O facto do questionário não estar validado para a população portuguesa, bem como problemas relacionados com a tradução pode ser outra limitação do estudo mas, face à problemática em estudo, os resultados não seriam muito diferentes.

Face à idade dos alunos, tornou-se necessário pedir autorização aos encarregados de educação mas a forma como esta foi feita foi eticamente correcta mas pouco eficaz no sentido de prevenir as perdas da amostra. Como é do conhecimento comum, os pais e encarregados de educação investem pouco no acompanhamento escolar dos filhos, colaborando muito pouco nas iniciativas desenvolvidas pela escola para o envolvimento/accompanhamento dos pais no processo de ensino/aprendizagem dos seus filhos/educandos, pelo que muitos dos pedidos não tiveram *feed-back*, aumentando o número de perdas.

Este estudo tem algumas limitações metodológicas que carecem de discussão.

Em primeiro lugar é um estudo transversal, como tal adequado para medir prevalências mas não de risco. Um estudo longitudinal seria mais adequado para determinar a estabilidade das associações observadas ao longo do tempo. No entanto, dada a natureza transversal do estudo, apesar de admitirmos poder estar presente um problema de causalidade inversa, pensamos que a análise dos dados para o cálculo do risco assumindo um desenho caso-controlo pode trazer informação útil na identificação de comportamentos de risco para as relações sexuais precoces.

Apesar da amostra seleccionada ter sido com a intenção de abranger os adolescentes não escolarizados, o número avaliado foi insignificante pelo que esses questionários foram excluídos, ficando assim de parte uma quantidade significativa de jovens que não têm qualquer ocupação ou já se encontram a desenvolver uma actividade laboral, com possíveis implicações na medição da prevalência das relações sexuais precoces, e em particular, na extrapolação geral de adolescentes.

Não conseguimos o tamanho da amostra inicialmente previsto para Bragança visto ter havido pouca adesão por parte das escolas o que poderá ter dificultado uma análise comparativa por distritos, contudo este facto não parece alterar a semelhança das prevalências encontradas por distrito.

Os dados neste estudo devem ainda ser interpretados com cautela principalmente em relação a possíveis vieses de informação. Mesmo com a garantia de anonimato, ainda é possível que alguns alunos não tenham sido totalmente sinceros dado a natureza do assunto, contudo as respostas que consideramos incoerentes foram excluídas. Também é possível que os adolescentes não tenham revelado o uso de drogas,

particularmente ilícitas, por auto-censura, desconfiança nas autoridades escolares, erro de memória, sentimento de culpa ou outros motivos inibitórios, o mesmo acontecendo com as raparigas face à interrupção voluntária de gravidez.

O nosso estudo pode ter implicações significativas em saúde pública. O presente trabalho pode acrescentar informação importante na identificação da problemática da sexualidade dos adolescentes. Para além de estudar os factores de risco inerentes aos factores pessoais e às suas características biológicas inseridos num determinado contexto social, também se preocupou, embora de forma pouco explorada, estudar a componente relacional com os pais, aspecto nem sempre objecto de estudo, e de extrema importância na abordagem desta problemática.

Vários são os autores<sup>5,118, 119, 120</sup> que focam a importância, em qualquer programa para os jovens, do envolvimento activo dos mesmos quer dos seus pares “peer leader” em todas as actividades que visem a promoção da saúde. Devem ser planeados múltiplos anos de educação comportamental porque apenas a informação sobre métodos contraceptivos ou sobre DTS não tem o impacto desejado. Outro aspecto importante a ter em conta está relacionado com a coerência dos discursos pelos intervenientes na informação ou na educação dos adolescentes.

Mas a intervenção unicamente a nível dos jovens talvez não seja suficiente, sendo necessário uma intervenção também a nível dos pais no sentido de se aumentar a comunicação entre pais e filhos e encorajar uma maior aproximação entre os mesmos. Deveria ainda providenciar a orientação necessária aos pais em como equilibrar os desafios de desenvolvimento dos adolescentes, no estabelecimento da autonomia e de um comportamento auto-regulador pelo adolescente<sup>2</sup>.

As organizações de apoio aos jovens, igrejas, grupos comunitários e escolas podem providenciar programas para a promoção de atitudes e actividades pró-sociais, que aumentem a auto-estima do adolescente e forneçam um modelo positivo, bem como colaborar com os pais na supervisão dos adolescentes<sup>121</sup>.

Toda a acção de educação sexual deve estar vocacionada para a mudança de comportamentos, permitindo a aquisição de conhecimentos, mudança de atitudes, percepção e tomada de decisões, melhoria da comunicação e do relacionamento interpessoal e fazer opções por um comportamento sexual e social responsável<sup>110</sup>. Face ao carácter universal da sexualidade e aos riscos que representam para a saúde, as relações sexuais não informadas e não protegidas têm consequências nefastas para o indivíduo como um todo.

Uma vez que há factores de risco e de protecção para as relações sexuais precoces, uma vez identificados os mesmos, é uma das áreas de eleição a ser trabalhada na sua prevenção.

Tendo em conta que quase toda a população passa pela escola em idade e circunstâncias bastante favoráveis à assimilação de novos hábitos e conhecimentos, a Escola torna-se um espaço privilegiado para o desenvolvimento de programas preventivos sendo recomendável o estabelecimento de políticas e sobretudo de medidas nesse sentido.

**V – CONCLUSÃO**

## CONCLUSÃO

Cerca de metade (43,5%) dos jovens do nosso estudo tiveram relações sexuais precoces (antes dos dezoito anos).

Dos sexualmente activos, 49,2% iniciaram-se antes dos dezasseis anos.

Os rapazes são mais sexualmente precoces que as raparigas (62,0% *versus* 31,4%).

A maioria dos jovens (56,5%) continua abstinente sendo esta mais prevalente nas raparigas (68,6%).

As relações sexuais aumentam com a idade.

A idade mais frequente para a primeira relação sexual é de dezasseis anos para ambos os sexos.

A maioria dos jovens (77,5%), de ambos os sexos, não planeou a sua primeira relação sexual, 78,0% nos rapazes e 76,9% nas raparigas. A violência sexual apresentou maior expressão nas raparigas (4,5%) que nos rapazes (2,9%) e 3,5% de rapazes e 3,7% de raparigas tiveram relações sexuais sob o efeito de álcool e de drogas.

O preservativo é o método mais usado nos rapazes e a contracepção hormonal nas raparigas, mas ambos são utilizadores pouco assíduos, apenas 23,5% dos jovens usam contracepção sistemática.

Apenas 60,9% dos jovens identificaram correctamente as DTS e 3,9% dos jovens referiram terem ficado doentes por terem tido relações sexuais, sendo esta percentagem mais elevada nas raparigas que nos rapazes.

Há 3,7% das jovens que referem ter filhos e 3,0% referem interrupção voluntária da gravidez.

Quanto menor for a prática religiosa, o tempo que passam com os pais ao fim de semana e ainda o facto dos jovens residirem sozinhos ou com outra pessoa que não os pais aumenta a probabilidade de relações sexuais precoces ( $p=0,015$ ) principalmente nas raparigas ( $p=0,022$ ).

As relações sexuais precoces aumentam significativamente outros comportamentos de risco, tais como fumar, beber e consumir drogas em ambos os sexos.

**VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1– World Health Organisation. Young people's health: challenge for society. Report to a WHO study group. Technical Report Series 1986:731- 6.
- 2 – DiClemente R, Wingood GM, Crosby R, Sionean C, Cobb BK, Harrington K, et al. Parental Monitoring :Association With Adolescents' Risk Behaviours. *Paediatrics* 2001; 107: 1363- 8.
- 3 – Organisation mondiale de la Santé. Les aspects medico-sanitaires de la reproduction chez les adolescents 1989: 572- 9.
- 4 - Pinto ER. Adolescência em crise. Página consultada em 19/09/1998. Disponível em: URL: <http://www.1ncc.br/~elzamar/adol1.htm>.
- 5 - Friedman HL. Changing patterns of adolescent sexual behaviour: consequences for health and development. *Journal of Adolescent Health* 1992; 13: 345- 50.
- 6 - Kunz K. Os jovens no mundo. *Entre-Nous: A Revista Europeia de Planeamento Familiar* 1997: 36- 7.
- 7 - Blum, RW. Global trends in adolescent health. *JAMA* 1991; 20: 2711- 9.
- 8 – The Alan Guttmacher Institute .Issues in Brief 12/96: Risks and Realities of Early Childbearing Worldwide ; 1996.
- 9 - Smith R. Crisis in teenage health. *BMJ* 1992; 304: 1001.
- 10 - Silva AL. Auto-afirmação e desenvolvimento: Conceptualizações, Investigações e Implicações educacionais. *Revista Portuguesa de Psicologia* 1988; 24: 75- 130.
- 11 - Claes M. Os Problemas da Adolescência. Lisboa: Verbo; 1985.
- 12-Sprinthall N, Collins, WA. *Psicologia do adolescente—Uma visão desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian ; 1994.
- 13 – Alarcão M. Para uma Abordagem dos Processos de Separação no Adolescente. Provas de acesso à categoria de Assistente de Investigação. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, 1986. In: Lourenço MMC. *Textos e contextos da Gravidez na Adolescência A adolescente, a família e a escola*. Lisboa: Fim de Século ; 1998, p.19- 48.

- 14 - Santrock JW. Adolescence. An introduction. Iowa: Wn C.Brown Publishers ; 1981.
- 15 - Lipovetsky G. A era do vazio. Lisboa : Relógio d' Água Editores ; 1988.
- 16 - Gergen K. El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo. Barcelona: Ediciones Paidó's ; 1992.
- 17 - Almeida JMR. Adolescência e Maternidade. Lisboa: Ed. Fundação Calouste Gulbenkian ; 1987.
- 18 - Sells CW, Blum RW. Morbidity and mortality among US adolescents: an overview of data and trends. Am Journal Public Health 1996; 86: 513- 9.
- 19 - DiClemente RJ, Hansen W, Ponton LE. Handbook of Adolescent Health Risk Behaviour. New York : Plenum Press; 1996.
- 20 - Jessor R, Van Der Bos J, Vanderryn J, Costa FM, Turbin MS. Protective factors in adolescent problem behaviour:moderator effects and developmental change. Developmental Psychology 1992 ; 31: 923- 33.
- 21 - Erdstein J, Pavalanis A. Screening sexuality active teenagers for cervical abnormalities. Can. Fam. Physician 1991 ; 37:1165- 9.
- 22 - Romanowski B. Pelvic inflammatory disease current approaches. Can. Fam. Physician 1993; 39: 346- 9.
- 23 - Instituto Nacional de Estatística. Inquérito à fecundidade e à família: resultados preliminares. Lisboa: INE ; 1998.
- 24 - Burack R. Teenage sexual behaviour: attitudes towards and declared sexual activity. The British Journal of Family Planning 1999; 24: 145- 8.
- 25 - Choquet M, Manfredi R. Sexual Intercourse, Contraception, and Risk-Taking Behavior Among Unselected French Adolescents Aged 11-20 Years. Journal of Adolescent Health 1992 ; 13: 623- 30.
- 26 - Santos Lucas J.SIDA. A Sexualidade Desprevenida dos Portugueses. Lisboa: McGraw-Hill; 1993.
- 27 - Vasconcelos P. Práticas e discursos da conjugalidade e de sexualidade dos jovens portugueses. In: Cabral MV, Pais JM, editores. Jovens portugueses de hoje. Oeiras: Celta Editora ; 1998.
- 28 - Costa ME. Divórcio, Monoparentalidade e Recasamento. Intervenção Psicológica em Transições Familiares. Porto: Asa; 1994.

- 29 - Desenvolvimento de uma política de saúde reprodutiva. Sexo precoce, maternidade precoce; fazer face ao desafio. *Entre-nous: a Revista Europeia de Planeamento Familiar* 1997: 36- 7.
- 30 - Lourenço MC. Textos e contextos da gravidez na adolescência; a adolescente a família e a escola. Lisboa: Fim de Século Ed., Lda.; 1998, p.60- 1.
- 31 - Wielandt HB. A promoção da saúde sexual. *Entre-nous: a revista Europeia de Planeamento Familiar*;1991:18.
- 32 - Keterlinus R, Lamb M. *Adolescent Problem Behaviours. Issues and research.* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1994.
- 33 – The Alan Guttmacher Institute . *Sex and America's Teenagers.* New York:AGI; 1994.
- 34 – United Kingdom Family Planning Research. Mishaps occurring during condom use and the subsequent use of pos-coital contraception. *Family Planning* 1993; 19: 218- 20.
- 35 - Roosa MW. A Comparative Study of Pregnant Teenager's Parenting Attitudes and Knowledge of Sexuality and Child Development. *Journal of Youth and Adolescence* 1993 ; 12: 213- 23.
- 36 - Calado B. Acidentes durante o uso do preservativo e o subsequente recurso à contraceção pós- coital. *Progressos em Saúde dos Adolescentes* 1993.
- 37 - Calado B. Educação sexual na escola: uma experiência com benefícios educativos e médicos. *Progressos em Saúde dos Adolescentes* 1995.
- 38 - Greenberg J, Bruess CE, Mullen KD. *Sexuality. Insights and issues.* New York: Brown Communications ; 1992.
- 39 - Clinard MB, Meier RF. *Sociology of Deviant Behaviour.* 8ª ed. Orlando: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers ; 1992.
- 40 - Correia M J, Alves M J. Gravidez na Adolescência: O nascimento de uma consulta e de um programa de intervenção. *Análise Psicológica* 1990 ; 4: 429- 34.
- 41 - Nevid J, Fichner-Rathus L, Rathus SA. *Human Sexuality in a World of Diversity.* 2ª ed. Boston: Allyn and Bacon ; 1995.
- 42 - Lerenó I, Gomes C, Faria P. Mães Adolescentes: Alguns Aspectos da sua Inserção Social. *Revista de Epidemiologia Suplemento* 1996; 10: 9- 14.

- 43 - Berenson AB, San-Miguel VV, Wilkinson GS. Prevalence of Physical and Sexual Assault in Pregnant Adolescents. In: Lourenço MMC. Textos e contextos da Gravidez na Adolescência. A adolescente, a família e a escola. Lisboa: Fim de Século ; 1998, p.49-58.
- 44 - Parker B, McFarlane J, Soeken K, Tores S. Physical and Emotional abuse in Pregnancy: a comparison of adult and teenage women. In: Lourenço MMC. Textos e contextos da gravidez na Adolescência A adolescente, a família e a escola. Lisboa: Fim de Século ; 1998 , p.49- 58.
- 45 - Parker B, McFarlane J, Soeken K, Tores S. Abuse of Adolescents: What can we learn from pregnant teenager? Awhonns. Clin. Issues. Perinat womens Health Nurs. In: Lourenço MMC. Textos e contextos da Gravidez na Adolescência; a Adolescente, a família e a escola. Lisboa: Fim de Século ; 1998, p.49-58.
- 46 - Almeida AN. Crianças, maus tratos e famílias. In: Associação para o Planeamento da Família. Abusos sexuais em crianças e adolescentes: contributos do 1 ° Seminário Nacional 1997. Lisboa: APF; 1998 , p.49- 53.
- 47 - Mcgrew MC, Shore WB. The problem of Teenage Pregnancy. The Journal of Family Praticce 1991;32:17-21.
- 48 - Derman SG, Peralta LM. Pos-coital contraception: present and future options. Journal of Adolescent Health 1995; 16: 6- 11.
- 49 - Grou F, Rodrigues J. The Morning- after pill How Long After? Am. J. Obstet. Gynecol. 1994; 171: 1529- 34.
- 50 - Glasier AF. RU 486 - uma pílula mensal. Entre Nous. A Revista Europeia de Planeamento Familiar 1994: 13- 27.
- 51 - Furstenberg FF, Brooks-Gunn J, Morgan S. Adolescents mothers and their children in later life. Fam. Plann. Perspect 1987 ; 19: 142- 51.
- 52 - Darroch J, Singh S. Why is teenage pregnancy declining? The roles of abstinence, sexual activity and contraceptive use. Occasional Report N. York e Washington: The Allan Guttmacher Institute 1999 ;1: 5- 24.
- 53 - Graham P. O álcool e os jovens. Archives of disease in childhood. Actualidade em Pediatria 1997; 3 : 5- 8.
- 54 - Serviço de prevenção e tratamento da toxicoddependência. As toxicoddependências 2000; 29: 47.

- 55 - Green G, Macintyre S, West P. Like parent like child? Associations between drinking and smoking behaviour of parents and their children. *British Journal of Addiction* 1991; 86:745-58.
- 56 - Abraão J. Factores de risco e factores protectores para as toxicodependências. Uma breve revisão. *Toxicodependências* 1999;5:3-10.
- 57 - Chaieb A, Castellarin C. Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. *Revista de Saúde Pública* 1998;32:246-54.
- 58 - DiFranza JR & Guarrera MP. Alcoholism and smoking. *Journal Stud. Alcohol* 1990;51:130- 5.
- 59 - Maletzky BM & Klotter J. Smoking and alcoholism. *Am Journal Psychiatr* 1974;131:445-7.
- 60 - Negreiros J. Relação entre o consumo de álcool e drogas e comportamentos anti-sociais nos jovens. *Revista Toxicodependências* 1998;4:51- 8.
- 61 - Ellicson PL, Tucker JS, Klein DJ. High- risk behaviours associated with early smoking: results from a 5 years follow-up. *Journal Adolescent Health* 2001;28: 465-73.
- 62 - Weiner MD, Pentz MA, Turner GE, Dwyer JH. From early to late adolescence : alcohol use and anger relationships. *Journal Adolescent Health* 2001;28:450-7.
- 63 - Royal College of Physicians. Alcohol and the young: Report of a Joint Working Party of the Royal College of Physicians and British Paediatric Association. London: Royal College of Physicians; 1995.
- 64 - Jessor R, Turbin MS, Costa FM. Protective factors in adolescent health. Moderator effects and development change. *J. Pers. Soc. Psychology* 1995;75:788-800.
- 65 - Rossow I, Wichstrom L. Para suicide and use of intoxicants among Norwegian adolescents. *Suicide Life Threat Behaviour* 1994 ;24:174-83.
- 66 - Warren, CW, Riley, L, Asma S, Eriksen MP, Green L, Blanton C et al. Le tabac chez les jeunes : surveillance du project d'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes. In ; *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé. La revue internationale de santé publique* 2001;4:1-8.
- 67 - Flay BR, d'Avernas JR, Best JA. Cigarette smoking : why young people do it and ways of preventing it. In; Holland WW, Fitzsimonds B. *As Crianças e o Tabaco. Archives of Disease in Childhood* 1992 ;1:3-4.

- 68 – Holland WW, Fitzsimonds B. As Crianças e o Tabaco. Archives of Disease in Childhood 1992 ; 1: 3- 4.
- 69 - Goddard E. Smoking among secondary school children in England in 1988. London: HMSO; 1989.
- 70 - Swan AV, Murray M, Jarret L. Smoking behaviour from pre-adolescence to young adulthood. Aldershot: Avebury; 1991.
- 71 - Organisation mondial de la Santé. Tobacco or health: a global status report. Genève: OMS; 1997.
- 72 - Resnick MD, Harris LJ, Blum RW. The impact of caring and connectedness on adolescent health and well-being. Journal Peadiatric Child Health 1993; 29:53-9.
- 73 - Kotchick B A, Doney S, Miller KS, Forehan R. Adolescent sexual risk-taking behaviour in single-parent ethnic minority families. Journal Fam. Psychol. 1999;13:93-102.
- 74 - Dittus PJ, Jaccard J, Gordon VV. Direct and nondirect communication of maternal beliefs to adolescents: adolescent motivations for premarital sexual activity. Journal Appl. Soc. Psychol. 1999 ;29:1927- 63.
- 75 - Lowry, R. Kann I, Collins JL, Kolbe LJ. The effect of socio-economic status on chronic disease risk behaviours among U.S. adolescents. JAMA 1996;276:7927.
- 76 - Romer D, Black M, Ricardo I. Social influences on the sexual behaviour of youth at risk for HIV exposure. Am. Journal Public Health 1994; 84:977- 85.
- 77 – Small SA, Luster T. Adolescent sexual activity: an ecological, risk-factor approach. Journal Marriage Family 1994;56:181- 92.
- 78 - Patterson GR, Stouthmer-Loeber M. The correlation of family management practices and delinquency. Child Dev. 1984;55:1299- 307.
- 79 - Metzler CW, Noell J, Biglan A, Ary D, Smolkowski K. The social context for risk sexual behaviour among adolescents. Journal Behav. Med. 1994;17:419- 27.
- 80 - Chilcoat HD, Anthony JC. Impact of parent monitoring on initiation of drug use through late childhood. Journal Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry 1996; 35:91- 100.
- 81 - Mulhall PF, Stone D, Stone B. Home alone: is it a risk factor for middle school youth and drug use? Journal Drug Education 1996;26:39- 48.

- 82 - Pérez A. Informação geral para a prevenção das toxicodependências. Lisboa: FAD; 1997.
- 83 - King AJC, Coles B. Views and behaviours of 11, 13 and 15 years olds from 11 countries. Ottawa: Ministry of National Health and Welfare; 1992.
- 84 - Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin* 1992 ;112:64- 104.
- 85 - Manger TH, Hawjins JD, Haggerty JP, Catalano RF. Mobilizing communities to reduce risks for drug abuse : lessons on using research to guide prevention practice. *The Journal of Primary Prevention* 1992;13:3- 22.
- 86 - Schulenberg J, Wadsworth KN, O'Malley PM, Bachman JG, Johnston LD. Adolescent risk for binge drinking during the transition to young adulthood: variable and pattern-centered approaches to change. *Developmental psychology* 1996 ;32 : 659- 74.
- 87 - Lynskey MT, Fergusson DM. Childhood conduct problems attention deficit, and adolescent alcohol, tobacco and illicit drug use. *Journal of Abnorm. Child Psychol.* 1995;23:281- 302.
- 88 - Fendrich M, Mackesy-Amiti ME, Wislar JS, Golstein PJ. Childhood Abuse and Use of Inhalants: Differences by Degree of use. *American Journal of Public Health* 1997 ;87:765- 9.
- 90 - Fortin MF. O Processo de Investigação – da Concepção à realização. 9ª Ed. Loures: Lusociência ; 1996.
- 91 - Baker SA, Thalberg P, Morrison DM. Behavioural norms as predictors of adolescent sexual activity and contraceptive use. *Adolescence* 1988 ;90:265-82.
- 92 - Hurrelmann K. Health promotion for adolescents: preventive and corrective strategies against problem behaviour. *Journal Adolescent Health Care* 1990;3:231-50.
- 93 - Kraft P. Age of first experience of intercourse among Norwegian adolescents: a lifestyle perspective. *Society Science Medical* 1991; 33: 207- 13.
- 94 - Felfman W, Hodgson C, Corber S. Health concerns and health-related behaviours of adolescents. *Can. Med. Assoc.* 1986 ; 134 : 489- 93.

- 95 - Wilson SM, Medura N P. Gender comparisons of college students' attitude toward sexual behaviour. *Adolescence* 1990 :615- 27.
- 96 - Berg K. La santé des adolescents suédois. *Med. et Hig.* 1986; 44: 1833- 7.
- 97 - Weber FT, Elfenbein DS, Richards NL. Early. Sexual activity of delinquent adolescents. *Journal Adolescent Health Care* 1989 ,10 :398- 403.
- 98 - Organização Mundial de Saúde .Rapport sur la Santé dans le Monde, 1995. Réduire les Écarts. Genève: 1995.
- 99 - Durant RH, Sanders JM. Sexual behaviour and contraceptive risk-taking among sexuality active adolescent correlates. *Journal Adolescent Health Care* 1989 ;10 :1- 9.
- 100 - Diaz A. Frequency of use knowledge, and attitudes toward the contraceptive spong among inner-city black and Hispanic adolescent females. *J. Adolescec. Health Care* 1990 ;11: 125- 7.
- 101 - Lowe CS, Radius SM. Young adults and contraceptive practices : An investigation of influences. *Adolescence* 1987; 86:291- 304.
- 102 - McCreary JA, Sonnensheim F Schneider M. Adolescente sexuality: values, morality and decision making. *Adolescence* 1987; 87:579- 90.
- 103 - Zabin LD, Stark HA, Emerson MR. Reasons for delay in contraceptive clinic utilization. *Journal Adolescent Health Care* 1991;12:225- 32.
- 104 - Henningfield JE, Clayton R., Pollin W. Involvement of tobacco in alcoholism and illicit drug use. *Br. Journal Addict;* 1985: 279- 91.
- 105 - Challier B, Chau N, Predine R, Choquet M, Legras B. Associations of family environment and illicit drug use in adolescents. *Eur. J. Epidemiol.* 2000;16:33-42.
- 106 - Raine TR, Jenkins R, Aarons SJ, Woodwark A, Fairjax JL, El-Khorazaty MN et al. Sociodemographic correlates of virginity in seventh grade- black and latino students. *Journal Adolescent Health* 1999;24 :304- 12.
- 107 - Tonkin RS. Adolescent risk-taking behaviour. *Journal Adolescent Health Care* 1987; 8: 213- 20.
- 108 - Cardenal CA, Adel MN. Consumo de álcool em escolares. *Med. Clin.* 1995;105: 481-6.
- 109 - Singh H, Mustapha N. Some factors associatted with substance abuse among secondary school students in Trinidad and Tobago. *J. Drug Educ.* 1994; 24:83- 93.

- 110 - Nurco DN, Kinlock TW, O'Grady KE, Hanlon TE. Differential contributions of family and peer factors to the etiology of narcotic addiction. *Drug Alcohol Depend.* 1999;51:229- 37.
- 111 - Baus J, Kupek E, Pires M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares no Brasil. *Revista de Saúde Pública* 2002; 36: 40- 6.
- 112 - Henry B. The importance of conduct problems and depressive symptoms in predicting adolescent substance use". *Journal of Abnorm Child Psychol* 1993 ; 21: 469- 480.
- 113 - Dimenstein G, Setubal MA, Rossetti F, Litto F. *Relação Afetiva Evita Drogas.* <http://www.uol.com.br/aprendiz/colunas/gilberto/america/drog.html>. Acedido em 07/02/1999.
- 114 - Choquet M, Menk H, Ledoux S. Self-reported alcohol consumption among adolescents and the significance of early onset. *Soc. Psychiatry Epidemiol.* 1989;2 :449- 52.
- 115 - Murstein BI. Sexual behaviour, drugs and relationship patterns on a college campus over thirteen years. *Adolescence.* 1989 : 125- 39.
- 116 – Deitos DM, Horwood L J, Lynskey M T. The prevalence and risk factors associated with abusive or hazardous alcohol consumption in 16 years old. *Addiction* 1995;90:935- 46.
- 117 – Muza GM, Bettiol H, Muccillo G, Barbieri MA. Consumo de substâncias psicoactivas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto. *Revista de Saúde Pública* 1997; 31:163- 70.
- 118 - Kieren D, Cumming C, Cumming D. Preventing sexuality transmitted diseases. *Can. Fam. Physician.* 1992 ;38:2641- 5.
- 119 - Perry C, Kelder H. Models for effective Prevention. *Journal Adolescent Health Care* 1992 ;13:355- 63.
- 120 - Telleria T. Educação pelos pares em Portugal. *Entre-nous: a Revista Europeia de Planeamento Familiar* 1998: 38.
- 121 – Miller KE, Sabo DF, Farrel MP, Barnes GM, Melrick MJ. Athletic participation and sexual behaviour in adolescents: the different worlds of boys and girls. *Journal Health Soc. Behav.* 1998;39:108- 23.

**ANEXOS**

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO

ANEXO 2 – PARECER ÉTICO

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO

## QUESTIONÁRIO N.º \_\_\_\_\_

Estamos a fazer um estudo sobre o comportamento sexual e contraceptivo dos adolescentes com vista à prevenção de efeitos não desejados da vivência sexual, tais como as doenças de transmissão sexual, gravidez não programada e aborto.

Para tal vimos pedir-te que preenchas este questionário com **sinceridade**.

Este questionário foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital de S. João.

A tua participação é um acto voluntário da maior importância, sendo as informações **absolutamente confidenciais** e **destinam-se apenas a tratamento estatístico**.

Coloca uma cruz (×) no quadrado correspondente à tua resposta. *Por favor responde a todas as perguntas pois só assim o questionário tem validade.*

### 1 - Qual o teu sexo ?

- 1-  Masculino                      2-  Feminino

### 2 - Nascestes a :    \_\_\_/\_\_\_/19\_\_\_

#### 2.1 - Onde nasceste ?

- 1-  Portugal continental  
2-  Madeira ou Açores  
3-  Nas ex-colónias  
4-  Outro

### 3 - Qual a tua escolaridade ?

- 1 -  5.º Ano                      2 -  6.º Ano                      3 -  7.º Ano  
4 -  8.º Ano                      5 -  9.º Ano                      6 -  10.º Ano  
7 -  11.º Ano                      8 - Outra                      Qual \_\_\_\_\_

### 4 - Tens tido problemas escolares ?

- 1-  Sim                      2 -  Não

4.1 - Se respondeste sim, os teus problemas escolares mais frequentes são:

- 1-  Reprovações  
2-  Disciplinares  
3-  Absentismo

**5 - O teu local de residência é:**

- 1-  Cidade      2-  Vila      3-  Aldeia

**6 - És de raça:**

- 1-  Branca      2-  Negra      3-  Outra

**7 - A tua religião é:**

- 1-  Católica      2-  Protestante      3-  Outra religião  
4-  Não tens

**7.1 - Habitualmente assistes aos officios religiosos**

- 1-  Uma ou mais vezes por semana  
2-  Uma ou duas vezes por mês  
3-  De tempos a tempos, nas grandes festas  
4-  Unicamente para as cerimónias (baptizados, casamentos, etc.)  
5-  Nunca

**8 - Situação civil dos teus pais ?**

- 1-  Casados      2-  Juntos      3-  Separados  
4-  Outra

**9 - Situação de emprego dos teus pais ?**

- 1-  Ambos empregados      2-  Só o pai empregado  
3-  Só a mãe empregada      4-  Ambos desempregados  
5-  Outro

**10 - Com quem vives habitualmente?**

- 1-  Com os pais      2-  Com a mãe  
3-  Com o pai      4-  Com outro familiar  
5-  Com outro (não familiar)      6-  Sozinho(a)



**15.2 – Em que situação?**

- 1-  Foi planeada
- 2-  Aconteceu
- 3-  Foste forçado(a)
- 4-  Estavas sob o efeito do álcool
- 5-  Estavas sob o efeito de drogas

**15.3 – Nos últimos 12 meses tiveste relações sexuais com (uma única resposta)**

- 1-  Sempre o(a) mesmo(a) parceiro(a)
- 2-  Um(a) parceiro(a) estável e outras relações ocasionais
- 3-  Vários parceiros diferentes
- 4-  Não tiveste qualquer relação sexual

**16 - Usas algum método para evitar ter um filho?**

- 1- Sim . . . . .
- 2- Não . . . . .
- 3- Não me diz respeito . . . . .

**16.1 - Que método contraceptivo utilizas mais frequentemente**

- 1- Pílula . . . . .
- 2- Preservativo masculino . . . . .
- 3- Preservativo feminino . . . . .
- 4- Diafragma . . . . .
- 5- Cremes espermicidas, óvulos . . . . .
- 6- Coito interrompido. . . . .
- 7- Continência periódica (método Ogino)
- 8- Duche vaginal . . . . .
- 9- Pílula do dia seguinte . . . . .
- 10- Outros . . . . .

**16.2 - A frequência da contraceção é:**

- 1- Ocasionalmente . . . . .
- 2- Frequentemente . . . . .
- 3- Sistemáticamente . . . . .
- 4- Não sabes . . . . .

**17 – Das doenças a seguir indicadas qual(is) a(s) que consideras sexualmente transmissível?**

- 1-  Hepatite B
- 2-  Sarampo
- 3-  Varicela
- 4-  Rubéola
- 5-  SIDA

**18 – Já tiveste alguma doença associada com o facto de teres relações sexuais?**

- 1-  Sim
- 2-  Não

**19 – Já fizeste algum aborto? ( A esta pergunta só respondem as raparigas):**

- 1-  Sim
- 2-  Não

**19.1 – E as tuas amigas já fizeram?**

- 1-  Sim
- 2-  Não

**19.2 – Tens ou tiveste algum filho?**

- 1-  Sim
- 2-  Não

**20 - Praticas desporto?**

- 1-  Sim
- 2-  Não

**20.1 – Quantas vezes praticas desporto?**

- 1-  Menos de uma vez por mês
- 2-  Cerca de uma vez por mês
- 3-  Cerca de uma vez de 15 em 15 dias
- 4-  Cerca de uma vez por semana
- 5-  Mais de uma vez por semana

**21 – Fumas?**

- 1-  Sim
- 2-  Não

**21.1 – Se respondeste sim, quantos cigarros fumas por dia?**

- 1-  Menos de 5 cigarros por dia
- 2-  De 5 a 9 cigarros por dia
- 3-  De 10 a 19 cigarros por dia
- 4-  20 cigarros ou mais por dia

**22 – Em relação às substâncias indicadas a seguir, assinala a(s) tua(s) opção(ões) com uma cruz na(s) coluna(s) correspondente(s).**

|  | Nunca Usei/Bebi | Já Usei / Experimentei | Uso / Bebo Ocasionalmente | Uso / Bebo Regularmente |
|--|-----------------|------------------------|---------------------------|-------------------------|
| Cerveja  |                 |                        |                           |                         |
| Vinho  |                 |                        |                           |                         |
| Vodka, aguardente, brandy (e outras idênticas) |                 |                        |                           |                         |
| Haxixe   |                 |                        |                           |                         |
| Marijuana                                      |                 |                        |                           |                         |
| Crack  |                 |                        |                           |                         |
| LSD  |                 |                        |                           |                         |
| Cocaína  |                 |                        |                           |                         |
| Heroína  |                 |                        |                           |                         |
| Ecstasy  |                 |                        |                           |                         |
| Outra, especifica:<br>_____                    |                 |                        |                           |                         |

*Muito obrigada pela tua colaboração*

ANEXO 2 – PARECER ÉTICO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

HOSPITAL DE S. JOÃO  
PORTO

Exma. Senhora  
Dra. Maria da Conceição M. S. Marreiros  
Serviço de Higiene e Epidemiologia

**ASSUNTO: "Avaliação dos comportamentos de riscos dos adolescentes nascidos em 1982".**

**Investigador Principal: Dra. Maria da Conceição Martins Santos Marreiros**

Para conhecimento de V.Ex<sup>a</sup>. junto se envia fotocópia do parecer emitido pela Comissão de Ética, na sua reunião de 99-10-18 referente ao projecto de ensaio clínico em epígrafe devidamente autorizado pelo Conselho de Administração em 99-10-21.

Com os melhores cumprimentos

ADJUNTA DA DIRECÇÃO CLÍNICA

*Maria da Graça Rocha Reis*  
(Dra. Maria da Graça Rocha Reis)

QVÓVLSININGV  
Pag. 45 45  
26/6/99  
I S H

À Comissão de Ética do  
Hospital de S. João  
Rua Prof. Hernâni Monteiro

4000 PORTO

*Ex. ao Conselho de  
Ética para parecer  
17/99 Prof. Roche Reis*

*Dra. Maria da Graça Rocha Reis*

Faro, 3 de Maio de 1999

Assunto: Parecer Ético

*À Ex. ao Conselho de  
Administração para arbitrar  
20/10/99 Prof. Roche Reis*  
ADJUNTA DA DIREÇÃO CLÍNICA  
Dra. Maria da Graça Rocha Reis

Exmos. Senhores

Maria da Conceição Martins dos Santos Marreiros, aluna do 3º Mestrado de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, como tese do referido mestrado pretende fazer um estudo sobre os comportamentos de risco nos adolescentes.

O trabalho será efectuado nos distritos de Bragança e Faro aos adolescentes de 16 anos, estudantes e não estudantes.

Pretende estudar além dos comportamentos sexuais, os comportamentos de risco nomeadamente o uso do tabaco, álcool e de drogas.

Face ao estudo em questão, solicita um parecer ético por parte dessa comissão pelo que, para tal, envia um exemplar do instrumento de colheita de dados.

Com os melhores cumprimentos

*Maria Conceição Martins dos Santos Marreiros*

(M<sup>a</sup>. Conceição Martins dos Santos Marreiros)

**AUTORIZADO**

CONSELHO ADMINISTRATIVO

H. S. João

*20/10/99*

*[Signature]*

DIRECTOR DO HOSPITAL  
Prof. Doutor Fleming Torrinha

*[Signature]*

ADMINISTRATIVO DELEGADO

*[Signature]*  
Enfermeira Directora  
M. Célia G. Calheta

HOSPITAL S. JOÃO  
DIRECÇÃO CLÍNICA

(Preencher à máquina)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL DE S. JOÃO**  
**PROJECTO DE ENSAIO CLÍNICO OU OUTRA INVESTIGAÇÃO MÉDICA**

**NOTA IMPORTANTE :** A Comissão de Ética chama a atenção dos Investigadores Clínicos para a necessidade de o protocolo de qualquer ensaio clínico obedecer às normas estabelecidas pelo Decreto-Lei 97/94, de 09 de Abril (D.R., I Série-A, nº.83, de 09/04/94

**1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO**

a. Nome do Investigador principal Maria da Conceição Martins dos Santos  
Marreiros

b. Título do Projecto Avaliação dos comportamentos de risco dos  
adolescentes nascidos em 1982

c. Serviço hospitalar onde o projecto será executado Escolas em Faro e Bragança

d. Existem outros centros, nacionais ou não, onde a mesma investigação será feita?

Sim

Não

e. Descreva sucintamente os objectivos da investigação Avaliação da prevrlência  
de jovens sexualmente activos. Avaliar a prevalência de riscos associados  
â transmissão de DTS e de gravidez não desejada. Avaliar os conhecimentos  
atitudes e crenças para a prevenção de gravidez não desejada e das DTS.

f. A investigação proposta envolve exames complementares - indique o tipo e frequência.

Os custos de todos os exames feitos aos doentes que entram no ensaio terão de ser suportados pelo Laboratório patrocinador

Não envolve exames complementares de diagnóstico.

g. No caso de serem feitos questionários a doentes, indique como será garantida a manutenção do segredo médico. O questionário é anónimo

---



---

(Nota: junte 1 exemplar do questionário que será utilizado)

**2. No caso de se tratar de um ensaio clínico ou de um medicamento, indique:**

a. Tipo de ensaio:

Fase III  Fase IV  Marketing

b. Tipo de fármaco:

Nome(s) genérico(s) \_\_\_\_\_

Grupo farmacológico ou terapêutico \_\_\_\_\_

Aprovação pela Comissão Técnica de Novos Medicamentos (D.G.A.F.)

Fármaco Aprovado  Não aprovado

Forma medicamentosa Aprovado  Não aprovado

Tipo de ensaio:

Comparação com Placebo

Comparação com Fármaco Padrão

Ensaio com dupla ocultação

Ensaio aberto

Outro tipo (especifique) \_\_\_\_\_

---

- Notas:
1. No caso medicamentos já aprovados pela CINM junte a bula oficial do produto comercializado
  2. No caso medicamentos ainda não aprovados pela CINM, junte documentação informativa

### 3. RISCO/BENEFÍCIO

a. Que riscos ou incómodos podem ser causados aos doentes pelo estudo?

Nenhuns

---



---



---

b. Que benefícios imediatos poderão advir para os doentes pela sua anuência em participar no estudo? Desenvolver estratégias de prevenção das DTS  
e dos comportamentos de risco. Promover a saúde dos  
adolescentes.

---

### 4. CONSENTIMENTO

Junte uma cópia do impresso a ser assinado pelo doente para esse fim (ou por quem o represente, se incapaz, ou a rogo, se analfabeto).

### 5. RELATIVAMENTE AO ESTUDO

Pagamento aos doentes

Pela participação no estudo - Sim  Não

Pelas deslocações - Sim  Não

Pelas faltas ao serviço - Sim  Não

Pelos danos resultantes da sua participação no estudo - Sim  Não

Em caso afirmativo especifique a entidade que assume a responsabilidade das indenizações \_\_\_\_\_

---

Os dados obtidos constituirão prioridade exclusiva da companhia farmacêutica ou outra entidade? Sim  Não

**6. TERMO DE RESPONSABILIDADE**Data do pedido de aprovação 28 / 5 / 99

Eu abaixo assinado, Maria da Conceição Martins dos Santos <sup>M</sup>  
\_\_\_\_\_, na qualidade de Investigador principal,  
declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são  
verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações  
constantes da Declaração de Helsínquia e da Organização Mundial da Saúde, no que  
se refere à experimentação que envolve seres humanos.

Porto, 28 de Maio de 1999

Maria da Conceição Martins dos Santos

**7. (RESERVADO À COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL DE S.JOÃO)**Parecer emitido na reunião de 99/10/18:

Aprovado por unanimidade o parecer do Relator,  
pelo que esta Comissão nada tem a opôr à  
realização deste projecto de investigação.

O Presidente da C.É.H.

[Assinatura]