

Teresa Isaltina Gomes Correia

**SAÚDE REPRODUTIVA – PLANEAMENTO FAMILIAR
CONHECIMENTOS E COMPORTAMENTOS SEXUAIS
DOS ADOLESCENTES PORTUGUESES**



Porto 2004

Teresa Isaltina Gomes Correia

**SAÚDE REPRODUTIVA – PLANEAMENTO FAMILIAR
CONHECIMENTOS E COMPORTAMENTOS SEXUAIS
DOS ADOLESCENTES PORTUGUESES**



Dissertação de candidatura ao grau de Doutor apresentada à

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Orientador: Professor Doutor Henrique Barros

Co-orientador: Professor Doutor Rui Coelho

Universidade do Porto

Porto 2004

Art.º 48, § 3º - "A Faculdade não responde pelas doutrinas expandidas na dissertação".

(Regulamento da FMUP, 29 de Janeiro de 1931 - Decreto n.º 19337)

*Investigação realizada no Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina
da Universidade do Porto*

CORPO CATEDRÁTICO DA FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Professores Catedráticos Efectivos:

Doutor Alexandre Alberto Guerra Sousa Pinto

Doutor Eduardo Jorge Cunha Rodrigues Pereira

Doutor Manuel Augusto Cardoso de Oliveira

Doutor Manuel Maria Paula Barbosa

Doutor Manuel Machado Rodrigues Gomes

Doutor Manuel Alberto Coimbra Sobrinho Simões

Doutor Francisco José Zarco Carneiro Chaves

Doutor Jorge Manuel Mergulhão Castro Tavares

Doutora Maria Isabel Amorim de Azevedo

Doutora Maria Amélia Duarte Ferreira

Doutor José Agostinho Marques Lopes

Doutor Patrício Manuel Vieira Araújo Soares da Silva

Doutor Daniel Filipe de Lima Moura

Doutor Belmiro dos Santos Patrício

Doutor Alberto Manuel Barros da Silva

Doutor José Manuel Lopes Teixeira Amarante

Doutor José Henrique Dias Pinto de Barros

Doutora Maria de Fátima Machado Henriques Carneiro

Doutora Isabel Maria Amorim Pereira Ramos

Doutora Deolinda Maria Valente Alves Lima Teixeira

Doutora Maria Dulce Cordeiro Madeira

Doutor Cassiano Pena de Abreu e Lima

Doutor Altamiro Manuel Rodrigues Costa Pereira

Doutor Rui Manuel Almeida Mota Cardoso

Doutor António Carlos Freitas Ribeiro Saraiva

Doutor Álvaro Jerónimo Leal Machado de Aguiar

Doutor António José Pacheco Palha

Doutor Fernando Tavarela Veloso

Doutor José Luís Medina Vieira

Professores Catedráticos Jubilados ou Aposentados:

Doutor Abel José Sampaio da Costa Tavares
Doutor Amândio Gomes Sampaio Tavares
Doutor António Alberto Falcão de Freitas
Doutor António Augusto Lopes Vaz
Doutor António Carvalho de Almeida Coimbra
Doutor António Fernandes da Fonseca
Doutor António Fernandes Oliveira Barbosa Ribeiro Braga
Doutor António Germano Pina Silva Leal
Doutor António Luís Tomé da Rocha Ribeiro
Doutor António Manuel Sampaio Araújo Teixeira
Doutor António Pedro Salgado Andrade Saraiva
Doutor Artur Manuel Giesteira de Almeida
Doutor Cândido Alves Hipólito Reis
Doutor Carlos Rodrigo Magalhães Ramalhão
Doutor Casimiro Águeda de Azevedo
Doutor Daniel dos Santos Pinto Serrão
Doutor Fernando de Carvalho Cerqueira Magro Gomes Ferreira
Doutor Francisco de Sousa Lé
Doutor Henrique José Ferreira Gonçalves Lecour de Meneses
Doutor João da Silva Carvalho
Doutor Joaquim de Oliveira Costa Maia
Doutor Joaquim Germano Pinto Machado Correia Silva
Doutor José Augusto Fleming Torrinha
Doutor José Carvalho de Oliveira
Doutor José Fernando de Barros Castro Correia
Doutor José Manuel Costa Mesquita Guimarães
Doutor José Manuel Gonçalves Pina Cabral

Doutor José Pinto de Barros

Doutor Levi Eugénio Ribeiro Guerra

Doutor Luís António Mota Prego Cunha Soares de Moura Pereira Leite

Doutor Manuel Teixeira Amarante Júnior

Doutor Manuel António Moutinho Ribeiro

Doutora Maria Conceição Fernandes Marques Magalhães

Doutor Mário José Cerqueira Gomes Braga

Doutor Mário Queirós Rebelo de Carvalho

Doutor Serafim Correia Pinto Magalhães

Doutor Valdemar Miguel Botelho Santos Cardoso

Doutor Walter Friedrich Alfred Oswald

To Professor Doutor

Henrique Barros

ÍNDICE

1. Introdução	12
Saúde Sexual e Reprodutiva - Planeamento Familiar	13
A adolescência e o desenvolvimento da sexualidade do adolescente	15
Droga, tabaco, álcool e violência	20
Contraceptivos	22
Interrupção voluntária da gravidez	25
Família, grupo de pares e escola	28
A depressão em adolescentes	33
Objectivos	37
2. Descrição geral do estudo	38
Participantes	39
Métodos	42
3. Resultados	48
Conhecimentos, atitudes e comportamentos na saúde sexual e reprodutiva	49
Uso consistente do preservativo	58
Interrupção voluntária da gravidez	62
Comportamentos sexuais e sintomas depressivos	64
4. Discussão	68
Conhecimentos, atitudes e comportamentos na saúde sexual e reprodutiva	69
Uso consistente do preservativo	75
Interrupção voluntária da gravidez	79

Comportamentos sexuais e sintomas depressivos	84
Considerações metodológicas	87
5. Conclusões	94
6. Referências bibliográficas	96
7. Resumo/Abstract/Resumé	112
8. Agradecimentos	128

1. Introdução

Saúde Sexual e Reprodutiva – Planeamento Familiar

A Saúde Sexual e Reprodutiva é um componente da saúde geral dos indivíduos e tem sido alvo de crescente interesse nos países desenvolvidos ⁽¹⁾.

Os comportamentos dos adolescentes assumem um papel de extrema importância dado que os estilos de vida adquiridos neste período tendem a permanecer durante o resto da vida, sendo 70,0% das mortes prematuras entre adultos, devido a comportamentos iniciados na adolescência ⁽²⁾.

As relações sexuais dos adolescentes, em idades cada vez mais precoces, representam uma preocupação de Saúde Pública, quer nacional quer Europeia ⁽¹⁾. Os comportamentos que lhes são inerentes acumulam enormes custos, tanto a nível individual, familiar, social e cultural como a nível dos serviços de saúde ^(2,3). Mais de metade das infecções causadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) afecta jovens entre os 15 e os 24 anos de idade, devendo por isso, a prevenção centrar-se neste grupo etário e conseguir obter-se a sua participação nessa prevenção. Para a maioria das pessoas, a actividade sexual começa na adolescência e em muitos países os adolescentes são sexualmente activos antes dos 15 anos de idade ⁽¹⁾.

Decorridas mais de duas décadas da epidemia da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), os jovens continuam desinformados sobre relações sexuais e doenças sexualmente transmissíveis. Em países com epidemias do Vírus da Imunodeficiência Humana generalizadas, como por exemplo a Guiné Equatorial ou a Serra Leoa, mais de 80,0% das mulheres entre os 15 e os 24 anos de idade não tinham conhecimentos sobre o HIV. No Azerbaijão e no Uzbequistão, em 2001, um terço dos adolescentes do sexo feminino nunca tinha ouvido falar de SIDA, e na Somália, apenas 26,0% das mulheres tinha ouvido falar mas somente 1,0% sabia como evitar a infecção ⁽¹⁾. Os poucos detentores da informação, não se protegem porque lhes falta o conhecimento prático, o apoio e os meios para adoptar comportamentos seguros ⁽¹⁾.

As diferenças internacionais nas leis e nos conceitos que regem a Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), as diferenças seculares nos comportamentos e nos estilos de vida, aliadas ao desconhecimento das práticas efectivas dos adolescentes, dificultam o conhecimento sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva a nível mundial. Estas diferenças, inter e intra países, podem ser compreendidas através da especificidade de características pessoais, sociais e culturais das populações.

Os estilos de vida estão interligados a questões específicas pessoais (valores humanos, atitudes e oportunidades) e a aspectos sociais, culturais e económicos, estando as doenças sexualmente transmissíveis fundamentalmente relacionadas com práticas, crenças sociais e culturais, do foro íntimo, pessoal e privado ⁽⁴⁾.

Assim, a Saúde Sexual e Reprodutiva tem que ser entendida como o resultado de um processo de construção psicossocial, em função do qual os comportamentos mais elementares, como as dimensões estritamente fisiológicas da sexualidade, ou mais elaborados, como as sociais e culturais, se tornam significativos e fazem parte da saúde geral do indivíduo ⁽⁵⁻⁷⁾.

Se recuarmos no tempo verificamos que os conceitos ligados à Saúde Sexual e Reprodutiva nem sempre foram tão vastos. A possibilidade de decidir o número de filhos que se quer ter resultou de um movimento de ideias iniciado no século XVIII por Malthus. Em Portugal expandiu-se durante a Primeira República e sofreu avanços e recuos que resultaram da evolução política, no entanto, em Outubro de 1974 fez-se a primeira referência expressa, num texto oficial, à necessidade de informar o público sobre Planeamento Familiar ^(8,9).

Em Março de 1976, foram criadas oficialmente as consultas de Planeamento Familiar em todos os Centros de Saúde do país, integradas nos Serviços de Saúde Materno-Infantil. A Constituição Portuguesa de 1976, no seu artigo 67º., garantiu esse direito fundamental aos cidadãos. Em 1984 foram aprovadas as Leis sobre planeamento familiar, interrupção voluntária da gravidez, educação sexual e protecção à maternidade, sendo o princípio da liberdade sexual reforçado no Sistema Jurídico Português ^(9,10). Estas leis foram revistas em 1999, tornando-se mais abrangentes e responsabilizadoras da família como um todo e reforçando as garantias do direito à Saúde Sexual e Reprodutiva ⁽¹¹⁾.

A evolução conceptual de Planeamento Familiar, em Portugal, pode ser dividida em duas etapas. A primeira, nos anos de 1970-1980, correspondendo à integração do Planeamento Familiar na Saúde Materno-Infantil. A segunda, desenvolveu-se de acordo com o programa de Acção da Conferência Internacional das Nações Unidas Sobre a População e Desenvolvimento no Cairo-1994, que propunha a integração do Planeamento Familiar na Saúde Reprodutiva ⁽¹²⁾.

As Declarações e Programas de Acção, tanto da Conferência do Cairo, como da Quarta Conferência das Nações Unidas Sobre as Mulheres-Pequim, 1995 ⁽¹²⁾ foram consideradas marcos importantes no modo de conceber e aceitar a sexualidade e as questões relacionadas com a reprodução. A nível mundial, antes, os problemas associados à reprodução humana eram abordados em termos de crescimento populacional e de

políticas demográficas. Depois, a sexualidade e a Saúde Reprodutiva foram consideradas na óptica dos Direitos Humanos como um factor indispensável à emancipação das mulheres e um elemento importante para o progresso das sociedades.

De acordo com a proposta da Organização Mundial de Saúde ⁽¹³⁾ sobre Saúde, População e Desenvolvimento, apresentada à Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – Cairo, 1994, a Saúde Sexual passou a ser definida como a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser humano, de um modo que seja positivamente enriquecedor e contribua para o desenvolvimento da personalidade, da comunicação e das relações pessoais. Por sua vez, a Saúde Reprodutiva passou a referir-se ao sistema, às funções e aos processos de reprodução em todos os estádios da vida. Estes conceitos de grande abrangência vão muito além da perspectiva biológica da sexualidade, que terá surgido no início do século XIX em dois registos complementares: o da biologia da reprodução e o da medicina sexual ⁽¹⁴⁾. A sexologia como disciplina, surgia associada ao conceito de perversão, definindo tudo o que fosse exterior ao coito heterossexual reprodutivo como crime e depravação ⁽¹⁴⁾.

A adolescência e o desenvolvimento da sexualidade do adolescente

Actualmente a sexualidade é entendida e estudada de modo diferente ao longo de todo o ciclo vital. Repare-se na sexualidade infantil, por exemplo, ou na sexualidade do idoso que são estudadas de modo específico. Também no período da adolescência a sexualidade é tida como um dos principais aspectos do desenvolvimento do indivíduo. A adolescência é um período da vida que a partir dos anos 50 foi considerado como uma entidade autónoma deixando de ser integrado e estudado na área da saúde infantil mas também não o sendo na saúde do adulto. Apesar desta autonomia, não existe um limite definido objectivamente sobre o seu final. O começo da adolescência associa-se, no entanto, ao aparecimento dos caracteres sexuais secundários e varia fundamentalmente de cultura para cultura, tanto quanto a obtenção pela independência adulta ⁽¹⁵⁾.

A Organização Mundial de Saúde define os adolescentes como pessoas entre os 10 e os 19 anos de idade ⁽¹⁶⁾, representando aproximadamente 20,0% da população mundial ⁽¹⁷⁾.

Segundo a mesma Organização a juventude corresponde ao período dos 15 aos 24 anos de idade. A definição utilizada pela United National Education Scientific and Cultural Organization estabelece para a adolescência duas fases etárias distintas: a primeira dos 10 aos 14 anos de idade e a segunda dos 15 aos 19 anos de idade. Para além do conceito cronológico, a adolescência é dividida quanto ao desenvolvimento psicossocial ⁽¹⁾, em três fases que são: a adolescência inicial, dos 10 aos 14 anos de idade; a média, dos 15 aos 16 anos de idade; e a tardia, dos 17 aos 19 anos de idade.

É durante a adolescência que aparecem as características sexuais secundárias e surgem as funções reprodutivas. Segundo Freud ⁽¹⁸⁾ as mudanças fisiológicas do adolescente reactivam a libido. Assim, o conceito de impulso situa-se entre o psíquico e o somático, sendo considerado parcial porque se adapta à homeostasia, ajustando-se também às regras culturais e sociais. Ao longo da adolescência há um amplo conjunto de alterações fisiológicas e anatómicas, nomeadamente modificações na altura, no peso e no desenvolvimento muscular ⁽¹⁹⁾. Este processo inicia-se cerca de dois anos antes nas raparigas, e neste sentido, são fisiologicamente mais velhas do que os rapazes ⁽²⁰⁾.

Paralelamente ao desenvolvimento físico do adolescente também se inicia o desenvolvimento a nível psicológico, processando-se em quatro planos, respectivamente no plano emocional, sexual, cognitivo e social ^(7,21). Os factores internos (tipo de personalidade) e os factores externos ambientais (família, escola, amigos, comunidade, ecologia) poderão influenciar e afectar esta evolução psicológica do adolescente ^(15,22).

O desenvolvimento emocional vai-se processando ao longo da vida, mas é nos primeiros anos, nas relações estabelecidas no seio familiar, que se adquirem as bases para o desenvolvimento futuro. A relação mãe-bebé revelou-se de extrema importância, pois os cuidados dispensados pela mãe ao seu filho constituem, com efeito, momentos privilegiados de relação, decisivos para todo o desenvolvimento psicológico futuro da criança e do adolescente ⁽²³⁾. Estes mesmos cuidados asseguram e despertam na criança o prazer de viver, o prazer das sensações e o auto-erotismo proporcionando-lhe segurança psíquica e física ⁽²³⁾ necessária para a construção da identidade.

A construção da identidade exige, fundamentalmente dois processos: o da autognose e o da alo-assimilação da identidade do outro.

O primeiro é feito pelo conhecimento de si mesmo através daquilo que o adolescente consegue perceber do seu mundo interior, das suas necessidades, dos seus impulsos, dos seus desejos, das suas fantasias, dos seus projectos, da criação imaginária que forma de si e do mundo, tudo o que resulta da sua análise, previsão e de um processo de auto-identificação. O adolescente assimila, então, aquilo que verifica ser e ter dentro de si, onde a

sua auto-imagem e o reconhecimento da sua imagem ao espelho desempenham um papel essencial ⁽²⁴⁾ na construção da identidade pessoal.

O segundo faz-se por alo-assimilação da identidade do outro. É um processo de aculturação, o indivíduo adquire a cultura em que vive e constrói a identidade da espécie (pertença à espécie humana), desenvolve a identidade de género e a identidade sexual e finalmente a identificação ao seu igual que é muito importante no processo de socialização do indivíduo. Ao longo do desenvolvimento a criança e o adolescente vão desenvolvendo a sua identidade, com as figuras de identificação, que se tornam cada vez menos importantes no decorrer do processo. A identidade própria assume-se à medida que se esbate a identificação com os outros ⁽²⁴⁾.

O desenvolvimento sexual associa-se a alguns momentos de crise narcísica e identificatória pontuada por dúvidas angustiantes sobre a autenticidade de si próprio, do corpo e do sexo ⁽²⁵⁾. Durante esta “fase” a libido dirige-se de novo para os objectos de amor da infância, ou seja, essencialmente objectos de amor parentais. A ansiedade e o sentimento de culpa face aos desejos sexuais contribuem para que o adolescente se possa afastar dos pais. Vive, então, o “luto” como forma de aceitar a perda dos objectos de infância ^(26,27).

O desenvolvimento psicosexual do adolescente foi considerado necessariamente difícil e turbulento mas importante para o adolescente apreender a cultura, os papéis e as relações sociais ^(28,29). A socialização na infância e na adolescência tem como objectivo orientar e centralizar as pulsões instintivas para formas comportamentais aceites socialmente e é considerada fundamental ⁽²⁸⁾. O desenvolvimento psicosexual depende de factores inter-relacionados como a identidade sexual, a identidade de género e a orientação sexual que afectam o crescimento, o desenvolvimento e o funcionamento da personalidade ⁽²⁹⁾.

A *identidade sexual* refere-se às características biológicas, que no desenvolvimento normal do indivíduo, formam um padrão coeso, de modo a que a pessoa não tem dúvidas quanto ao seu sexo ⁽²⁸⁾.

A *identidade de género* refere-se ao sentimento que a pessoa tem da sua masculinidade ou feminilidade ⁽²⁸⁾. A criança tem forte convicção da sua situação masculina ou feminina, necessitando agora de desenvolver um senso de masculinidade ou de feminilidade, na relação com outros significativos.

A *orientação sexual* descreve o tipo dos impulsos sexuais de uma pessoa relativamente aos outros e subdivide-se em: heterossexual, homossexual e bissexual ⁽²⁸⁾.

O desenvolvimento do adolescente, e por consequência as suas respostas ⁽³⁰⁾, são também fortemente influenciados pelo meio ⁽³¹⁾. Se, por um lado os comportamentos sexuais são analisados numa perspectiva psicobiológica e o sexo é uma necessidade humana básica, por outro as perspectivas sociológicas entendem a sexualidade adolescente como uma resposta aprendida, nomeadamente, de expectativas sociais ⁽⁷⁾.

As interdições na sexualidade podem ter poder construtivo e induzirem a formação de identidades de género, que não teriam existido caso contrário. Nesta perspectiva a expressão da sexualidade é regulamentada não pelos próprios impulsos biológicos, mas antes, pelas expectativas e pelo significado social dos papéis da sexualidade. A “sexualidade de conceito”, só pode existir num contexto social, não sendo, portanto, uma categoria natural ⁽³¹⁾.

Os paradigmas sobre sexualidade devem ser aprendidos pelo adolescente, orientados e reforçados pelos indivíduos que os rodeiam no sentido da clarificação e do desenvolvimento pessoal tendo como objectivo o *saber* para melhor poder decidir.

Na adolescência, o aparecimento das prescrições sociais integra os aspectos da identidade pessoal e social, necessários ao estabelecimento de relações heterossexuais mais maduras, constituindo os comportamentos sexuais um caso particular das interacções humanas ⁽⁷⁾.

O adolescente depara-se neste período com vários obstáculos, que suscitam a sua revolta e agressividade, pois é tempo de fazer “lutos”, nomeadamente pelo corpo infantil, pelas figuras parentais idealizadas e pela própria infância. O adolescente tem de tentar aceitar do melhor modo o corpo alterado e modificar as imagens parentais idealizadas e sexualmente proibidas de forma a aceitar os pais como seres sexualizados.

Neste ambiente, o adolescente encontra apoio no seu grupo de pares, que sente as mesmas angústias que ele e promove o processo identificatório e a consolidação da sua imagem corporal. Os adolescentes de ambos os sexos, muito preocupados com eles mesmos e com a sua imagem, revivem dolorosamente e, muitas vezes com rebeldia as restrições sociais que afectam não só o desejo sexual, mas também as inclinações afectivas. A maturação atingida suscita-lhes o sentido, até agora não experimentado, da responsabilidade individual dos seus actos. Gostariam de ser os únicos iniciadores, sem nenhum controlo dos pais, por isso se distanciam de todo o adulto que possa tentar controlá-los.

Quanto ao desenvolvimento cognitivo, o pensamento do adolescente difere do da criança, ou seja, a criança consegue alcançar as operações concretas de classes, relações e números, mas não as utiliza num sistema combinado único e total que é caracterizado pela lógica do adolescente. O pensamento liberta-se da experiência directa e as estruturas cognitivas da criança adquirem maturidade. Os resultados de estudos efectuados referem que os conhecimentos dos adolescentes na área da sexualidade são actualmente mais abrangentes e aumentam com a idade e a escolaridade dos mesmos ^(7,30,32-36).

Nos primeiros anos da adolescência, o raciocínio é, com frequência, centrado em si mesmo, os adolescentes podem pensar que as suas experiências são únicas ⁽³⁷⁾, ou seja, um estado indiferenciado que ignora a multiplicidade de perspectivas.

A adolescência é a idade dos grandes ideais e dos projectos para o futuro, é quando os adolescentes se tornam mais capazes da lógica abstracta, podendo raciocinar em termos hipotéticos e deduzir consequências. Pode perceber-se esta nova capacidade de raciocínio abstracto quando os adolescentes ponderam e discutem a natureza humana, o bem e o mal, a verdade e a justiça ⁽³⁸⁾. O grupo é o meio habitual onde o jovem púbere procura a segurança e a compreensão que, às vezes, lhe falta no círculo familiar. A vivência compartilhada das transformações físicas fá-lo sentir-se um ser normal e oferece-lhe a oportunidade de comparar o seu próprio desenvolvimento com o dos restantes membros do grupo ⁽³⁸⁾.

A tarefa dos adolescentes é sintetizar o passado, o presente e as possibilidades futuras num sentimento mais nítido do Eu, ou seja, aprender a responder à pergunta: Quem sou Eu? ⁽³⁹⁾.

Em termos ideais, o adolescente tendo-se identificado com as figuras parentais, fundamentalmente com a figura do mesmo sexo, vai afastar-se adquirindo uma identidade própria que o integrará no contexto social. Contudo, se a identificação com as figuras parentais for de confusão de papéis, ao pólo da identidade vai opor-se o da difusão da identidade que pode levar a uma completa negação da identidade pessoal ou a uma identidade de negação. Estas formas de identidades poderão ser precipitantes de uma fragilidade do Eu ou de comportamentos sociais desviantes.

É neste grupo de factores que influenciam o desenvolvimento do adolescente que se considera que o comportamento disruptivo e anti-social dos jovens se torna mais compreensível através de um modelo de risco acumulado ^(33,34,40,41).

Estar consciente de si e das suas semelhanças e diferenças relativamente aos outros, dos seus limites e das suas possibilidades, define a estrutura do Eu, assim como a confusão entre si e os outros traduz a fragilidade do Eu ⁽⁴²⁾.

Este Eu que, no adolescente, está numa situação de compromisso traduz-se na prática de escolha do objecto sexual e no assumir de posições ideológicas e profissionais.

O adolescente transforma-se, progressivamente, numa pessoa autónoma, sexualmente activa e capaz de aceitar a representação estável e duradoura de si própria.

Se os adolescentes forem apreciados apenas, pelo seu comportamento, parecem padecer de alguns problemas, nomeadamente o isolamento, o comportamento anti-social e a revolta. Contudo, as incertezas interiores, os medos, as dúvidas, as perdas e os desamparos podem ser considerados como uma consequência natural das transformações que tomam lugar durante este período. A adolescência representa uma aprendizagem da condição de homem e da condição de mulher e, como todas as aprendizagens, exige treino, experiência e orientação permanentes.

A intensidade do desenvolvimento físico, psicológico, sexual, cognitivo e social impele o adolescente a uma brusca e profunda reformulação da imagem de si e dos outros, à qual os adultos mais próximos também têm que se adaptar. Mas não existe nenhum argumento fundamentado que permita considerar o processo da adolescência como potencialmente gerador de doença, pelo contrário, este processo maturativo tem uma tal capacidade adaptativa que muitas dificuldades anteriores, ao serem reactivadas e revividas, se resolvem e normalizam, quando o adolescente vive num quadro de referências familiares, escolares e sociais, estável e estruturante ^(40,42).

Droga, Tabaco, Álcool e Violência

É nesta transição para a vida adulta que os adolescentes sofrem algumas “crises”. Os adolescentes comparativamente com as crianças e os adultos são considerados razoavelmente saudáveis. Observa-se, no entanto, um crescente reconhecimento de que os mesmos têm vulnerabilidades específicas ⁽⁴³⁻⁴⁵⁾, encontrando-se entre as causas de morbidade e mortalidade o suicídio, a depressão, os acidentes de viação, o consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas, as doenças sexualmente transmissíveis, a violência, a gravidez e o abandono do lar, as chamadas novas morbidades.

Os adolescentes querendo autonomizar-se, face aos pais ou às pessoas que lhe estão mais próximas, e definir-se como pessoas com personalidade própria, necessitam de ser aceites, valorizados e admirados pelos colegas, amigos e familiares. Nesta necessidade de

valorização, os comportamentos de risco podem surgir como meio de afirmação, por perturbação ou para ir mais além, representando o resultado de inúmeros factores que se influenciam de forma contínua entre si ^(35,44).

O consumo de drogas ilícitas e lícitas, por exemplo, não é determinado por um único factor, mas o resultado de uma interacção entre o indivíduo, o contexto e a substância ⁽⁴⁶⁾. Existe uma multicausalidade de factores que está relacionada com valores humanos, crenças, relação com o(a) parceiro(a), factores pessoais, familiares, sociais e culturais ^(44,47,48).

O consumo de álcool pode também ser usado como um caminho possível para a integração no grupo, já que é um facto quotidiano e aceite socialmente, tanto mais que está associado à ideia de bem-estar físico e social dos indivíduos e das famílias, em todas as culturas. Os adolescentes associam o consumo de álcool à ideia de bem-estar pessoal e social e, portanto, indissociável das relações interpessoais.

Pela análise dos dados resultantes de um inquérito nacional verifica-se que existem mudanças gerais nos padrões de comportamento, principalmente em relação aos comportamentos dos adolescentes ⁽⁴⁹⁾, como tem vindo a ser referido ao longo do trabalho. A década de 1980-1990 foi também um ponto de viragem no novo padrão de consumo de álcool nos adolescentes, com predomínio do consumo ocasional, e preferência pela mistura de bebidas de alto teor alcoólico, continuando o álcool a ser a substância psicoactiva mais consumida entre os adolescentes ⁽⁵⁰⁻⁵³⁾.

Em estudos realizados pelo Gabinete de Planeamento e Coordenação de Combate à Droga, apoiado pelo ESPAD - Projecto Europeu para o estudo do álcool e outras drogas em meio escolar ^(54,55), o valor da prevalência de consumo de álcool em adolescentes estudantes do 10.º ao 12.º ano, nos últimos 30 dias, foi 48,7% no primeiro estudo. O outro estudo ⁽⁵⁵⁾ realizado em adolescentes mais novos, entre os 11 e os 17 anos, nos últimos 30 dias, apresentou prevalências de 37,4% nos rapazes e 26,9% nas raparigas. Em relação ao uso de substâncias ilícitas, 4,9% de adolescentes referiu tê-las usado alguma vez durante a sua vida ⁽⁴⁴⁾, com uma idade média ao primeiro consumo de 13,9 anos.

Do mesmo modo a idade em que se experimenta o primeiro cigarro é cada vez mais precoce ^(56,57), sendo este hábito iniciado, quase sempre, na adolescência. Cerca de 90,0% das pessoas que alguma vez fumaram, referem tê-lo feito antes dos 18 anos de idade ^(52,53). Quanto mais cedo se inicia este hábito, menos tendência existe para o seu abandono, verificando-se que os fumadores regulares, entre os adolescentes, estão em maior percentagem nos últimos anos do ensino secundário ⁽⁵⁶⁾. O grupo de pares e os familiares

dos adolescentes estão, em muitos casos, associados à transição do consumo experimental do tabaco para o consumo regular nesses mesmos adolescentes.

A violência sendo um comportamento de risco, é um conceito difícil de definir. A intencionalidade do emprego da força é um elemento necessário para que se possa falar de violência, caso contrário, trata-se eventualmente, de um acidente. A violência pode ser entendida como o emprego da força intencional e não justificado provocando danos em alguém ⁽⁵⁸⁾. Na prática, esta intencionalidade nem sempre é clara porque o significado negativo da violência não é evidente. Pode acontecer existir violência empregue de forma tão subtil que passa despercebida enquanto intencional. Os danos são dirigidos a pessoas (bens, instituições), que são as vítimas. Percebe-se, assim, a existência de dois lados da violência: o dos agressores (bullying) e o dos agredidos, podendo existir um terceiro grupo que engloba os dois anteriores ⁽⁴³⁾.

Apesar de hoje em dia se falar mais de violência nos adolescentes, ela sempre existiu ^(20,59). A perda de referências, rituais e representações invade a sociedade e o adolescente vive e experimenta uma realidade difícil, manifestando na violência a sua desilusão ⁽²⁰⁾. Talvez a menor tolerância do público, as novas disposições legais que criminalizam certos actos de violência que não o eram outrora possam ter contribuído para este alerta. No entanto, um crescimento ligeiro dos comportamentos violentes dos jovens é de ter em conta ⁽⁵⁹⁾, sendo importante saber interpretá-lo para poder preveni-lo.

O certo é que os comportamentos de risco, incluindo os hábitos tabágicos, o consumo de álcool, de drogas ilícitas e a violência, agregam-se em adolescentes mais vulneráveis ^(53,56) e estão muitas vezes associados a sentimentos de solidão ⁽⁴⁴⁾ e baixa auto-estima ⁽⁵⁶⁾.

Contraceptivos

Para além dos consumos referidos, outro indicador importante da situação de risco dos adolescentes é a baixa percentagem de utilização de métodos contraceptivos. O preservativo é o método contraceptivo, por excelência, indicado em relações ocasionais ⁽⁶⁰⁾. Num inquérito, feito por entrevista, a jovens estudantes portuguesas entre os 15 e os 29 anos de idade, com uma amostra de 1999 indivíduos, o uso frequente da pílula nos adolescentes entre os 15 e os 17 anos de idade foi cerca de 8,0% sendo o do preservativo

aproximadamente 48,0% na mesma idade ⁽⁴⁰⁾, o que é manifestamente um valor muito baixo.

Verificou-se que o uso da pílula aumentou com a idade, sendo no grupo etário dos 18 aos 20 anos de 20,7%. O uso do preservativo aumentou até aos 20 anos de idade (56,2%) mas depois diminuiu à medida que a idade aumentou até aos 29 anos (37,2%), fazendo crer que a preocupação dos jovens mais velhos é sobretudo contraceptiva, passando a prevenção para outro plano.

A opção por determinado método contraceptivo está relacionada com valores humanos, crenças, relação com o(a) parceiro(a) sexual e desenvolvimento social do indivíduo, podendo o tipo de contraceptivo usado influenciar a sua satisfação sexual. Numa amostra de 1466 mulheres adultas inglesas foram estudados os possíveis efeitos físicos e psicológicos associados à utilização de cinco métodos contraceptivos. Os resultados referiram-se tanto às consequências sentidas no passado como no momento do estudo. Os resultados indicaram que a satisfação sexual das mulheres foi maior com o método contraceptivo de esterilização (92,0% de usuárias), seguido da contracepção hormonal (68,0%), dispositivo intra-uterino (59,0%) e em último lugar o preservativo (30,0%) ⁽⁶¹⁾. A ideia que o uso do preservativo durante o coito diminui o prazer sexual, foi referida por 14,0% das mulheres e 17,0% dos homens que admitiram ter tentado dissuadir o(a) seu/sua parceiro(a) para não usar o preservativo durante o coito.

É conhecido que o uso consistente do preservativo é o principal meio de prevenir as doenças sexualmente transmissíveis entre os adolescentes, embora pouco se conheça sobre os factores que influenciam essa prática ⁽⁶²⁾. Observa-se que quanto maior é o número de comportamentos de risco apresentado pelos adolescentes menor o uso do preservativo ^(63,64) o que sugere, a influência de factores psicossociais neste grupo etário específico, que é a adolescência. Não obstante, o uso geral do preservativo ser mais praticado pelos rapazes do que pelas raparigas, estas admitem usá-lo mais frequentemente quando as suas relações afectivas (*tempo de namoro*) são mais curtas e com um só parceiro ⁽⁶⁵⁾. A percepção da possibilidade de contágio através do companheiro foi a razão apontada pelas raparigas para o uso do preservativo ⁽⁶⁵⁾. O uso do preservativo tende a orientar-se por factores como a confiança e a estabilidade da relação afectiva ⁽⁶⁶⁾.

Acresce a todas estas preocupações sobre o comportamento dos adolescentes que a média de idades da primeira relação sexual tem vindo a diminuir desde as duas últimas décadas. Segundo os dados do Relatório do Programa Comum das Nações Unidas para o VIH/SIDA a média de idades da primeira relação sexual a nível mundial é de 15 anos ⁽¹⁾.

O Grupo de Trabajo sobre Salud Reproductiva en la Adolescencia da Sociedade Espanola de Contracepción ⁽⁶⁷⁾, refere que a média de idades da primeira relação sexual foi no ano de 2001, em Espanha, de 16 anos para os rapazes e 17 anos para as raparigas, encontrando ligeiras diferenças segundo a residência geográfica dos adolescentes. Os adolescentes que iniciaram a sua actividade sexual mais cedo foram os que viviam em meio rural, resultando assim taxas mais elevadas de gravidez adolescente, que em meio urbano.

Entre os factores que condicionam o início precoce das relações sexuais e, segundo o mesmo grupo de trabalho, incluem-se a maturação sexual e a precocidade da menarca, a importância do modelo familiar e da comunicação que se estabelece entre pais e filhos, os factores ambientais, a falta de escolaridade dos adolescentes e a residência em meio rural.

O Quadro 1 mostra valores, que embora com amostras diferentes, permitem observar a média de idades da primeira relação sexual em alguns países ⁽⁶⁸⁾.

Quadro 1. Média de idades da primeira relação sexual

Estudos/Ano publicação	Ano do estudo	Amostra (idade-anos)	Média de idades da 1ª. Relação sexual (anos)
Michael RT et al 1994, Estados Unidos	1992	3159 (18-59)	17,4 *
Wellings K et al 1994, Reino Unido	1991	4230 (16-24)	17 *
Instituto de la Juventud 1996, Espanha	1995	6000 (15-29)	17,5 (rapazes) 18,7 (raparigas)
Suris JC et al 1995, Barcelona	1993	3139 (14-19)	15,3 (rapazes) 16,1(raparigas)
Cabral et al 1998, Portugal	1997	1999 (15-17)	15†

Fonte: Adaptado de Bimbela JL et al, 2002 ⁽⁶⁸⁾. *Foram considerados os dois sexos. † Considerando o grupo etário dos 15 aos 17 anos.

Particularizando para Portugal verifica-se que a média de idades da primeira relação sexual foi no ano de 1997 para raparigas e rapazes, respectivamente 20,6 anos e 17,4 anos ⁽⁶⁾. Um ano mais tarde a média de idade da primeira relação sexual nos adolescentes portugueses entre os 15 e os 17 anos de idade foi de 15 anos ⁽⁴⁰⁾. A primeira experiência sexual ocorreu antes dos 16 anos de idade em 23,0% de jovens e até aos 18 anos em 70,0%.

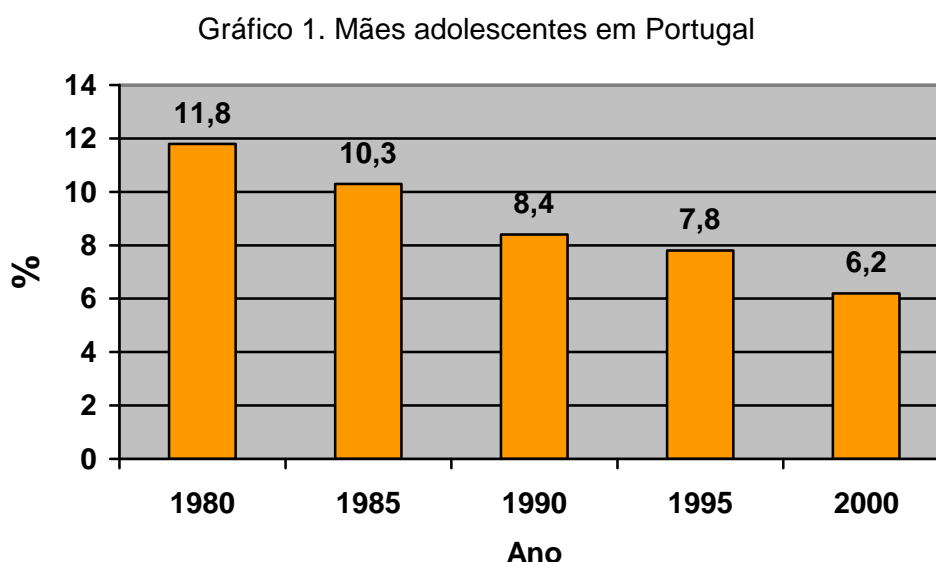
Mudanças significativas nos padrões de Saúde Sexual e Reprodutiva dos adolescentes em Portugal ^(40,49,60), especificamente na idade média de início da actividade sexual e no reduzido uso dos contraceptivos, conduziram à gravidez na adolescência em idades cada vez mais precoces, entre outras consequências.

Interrupção Voluntária da Gravidez

A gravidez na adolescência, não planeada e não desejada, tem sido associada a maior morbilidade materna e fetal, constituindo um problema grave de Saúde Pública ⁽⁶⁹⁻⁷⁴⁾. Porém entre os investigadores defendem-se posições diferentes ⁽⁶⁹⁻⁷⁴⁾. Uns reconhecem que a gravidez na adolescência deve ser considerada de risco, por os filhos destas mães apresentarem piores resultados de prematuridade e baixo peso ao nascer apesar de para outros parâmetros (início do parto, anomalias congénitas, etc.) não se observarem diferenças relativamente aos filhos de mães com mais de 20 anos de idade; outros entendem que mesmo não parecendo haver diferenças significativas em termos fisiológicos, a gravidez em adolescentes deve ser considerada de risco, porquanto é acompanhada de riscos de índole social, como o abandono escolar, o casamento imposto, a gravidez no ano seguinte, o abandono dos filhos e o abortamento.

Em Portugal, na década de 1990-2000, o número de partos em adolescentes, manteve-se relativamente estável, observando-se uma certa tendência para a diminuição nas adolescentes com mais de 17 anos de idade. O número de partos passou de 6246 no ano de 1999 ⁽⁷⁵⁾ para 6321 no ano de 2000 ⁽⁷⁶⁾, num total de partos em adolescentes respectivamente de 7377 e de 7526 (diminuição de 0,7%). Ao contrário nas adolescentes entre os 10 e os 14 anos de idade verificou-se um aumento no número de partos, que passou de 104 ⁽⁷⁵⁾ no ano de 1999 e para 120 no ano de 2000 ⁽⁷⁶⁾ (aumento de 0,2%).

A proporção de mães adolescentes em Portugal foi na década de 1960 inferior a cinco por cento, crescendo até aos anos de 1980 e diminuindo a partir daí ^(72,76).



Fonte: Adaptado de INE, 2001 ⁽⁷⁴⁾

A proporção de partos em adolescentes varia entre os vários países, desde 22 por 1000 adolescentes por ano em Portugal ⁽¹⁾, aos 12 por 1000 adolescentes por ano nos Países Baixos, até um número extremamente alto na Rússia com mais de 100 por 1000 adolescentes por ano.

Apesar deste cenário preocupante a proporção de partos em adolescente diminuiu na maioria dos países industrializados durante os últimos 25 anos, sendo apontados como justificação para esta tendência geral, alguns factores relacionados com o aumento da escolaridade, aumento da motivação dos jovens para alcançar níveis de ensino melhores, maternidade mais planeada e com mais qualidade e formação familiar para mulheres jovens ⁽⁷⁷⁾. Sendo de reflectir se o abortamento não terá também contribuído para esta descida, já que a sua prevalência anual, no mundo, calcula-se que esteja entre 32 e 46 abortamentos por 1000 mulheres com idade entre os 15 e os 44 anos, sendo cerca de 10,0% praticados por adolescentes ⁽⁷⁸⁾. De facto, em países Europeus como a Espanha, um terço das adolescentes grávidas opta por fazer interrupção voluntária da gravidez, sendo a taxa de

abortamento de 4 por mil, correspondendo a 14,0% de todas as interrupções voluntárias da gravidez realizadas em Espanha ⁽⁷³⁾.

Em Portugal, dados de uma investigação realizada em mulheres portuguesas para o estudo da epidemiologia da interrupção voluntária da gravidez, refere que das 315 mulheres inquiridas, 12,7% tinham idades entre os 16 e os 19 anos e destas 67,5% eram estudantes. As estudantes e as mais novas foram as que menos abortaram, tendo 12,5% já praticado anteriormente uma interrupção voluntária da gravidez ⁽⁷⁴⁾.

Os dados do Instituto Nacional de Estatística ⁽⁴⁹⁾, também revelaram que as mulheres portuguesas mais jovens, entre os 15 e os 19 anos de idade, abortaram menos (0,3%), que as mais velhas, no grupo etário dos 45 aos 49 anos no qual a percentagem foi 10,0%. De referir que noutro estudo com mulheres entre os 15 e os 29 anos de idade, entre as mulheres que já tiveram relações sexuais a prática da interrupção voluntária da gravidez correspondeu a 2,7% ⁽⁴⁰⁾.

Segundo os dados da Direcção Geral da Saúde ⁽⁷⁹⁾ relativos ao ano de 2000 registaram-se 10752 episódios de internamento relativos a abortamentos oficiais, não sendo possível saber qual o número de interrupções voluntárias da gravidez, por este valor englobar todos os tipos de abortamentos praticados.

É, no entanto, uma prioridade conhecer a frequência e as características das adolescentes que realizam a interrupção voluntária da gravidez no nosso país ^(7,40,72), já que os problemas associados à gravidez na adolescência podem resultar na falta de oportunidades sociais e educacionais ^(6,69), nas dificuldades económicas e nas relações interpessoais, podendo assim adoptar medidas de prevenção.

As consequências da gravidez na adolescência, em Portugal, são agravadas porquanto no ano de 2001, 12,5% da população portuguesa não tinha atingido nenhum tipo de ensino ⁽⁸⁰⁾, sendo certo que quanto menos escolaridade menos capacidade na defesa de comportamentos adequados para a saúde.

Apesar disso, as relações sexuais numa idade considerada precoce, o maior número de parceiros sexuais dos adolescentes, entre outros motivos, têm sido apontados como consequência da educação sexual na Escola. Tais argumentos carecem de fundamento uma vez que a literatura científica disponível sobre a avaliação de programas de educação sexual noutros países aponta no sentido da contribuição positiva, proporcionada pela Escola, para a diminuição de comportamentos de risco e aumento de comportamentos preventivos ^(81,82).

A par do investimento na escolaridade, o ideal seria saber que *tipo* de pessoas é que lida apropriadamente com certas experiências adversas ⁽⁸³⁾. Assim, poder-se-ia estimular em

cada uma as características mais adequadas, à resistência, ao *stress* e às adversidades e desenvolvendo competências próprias de defesa, fundamentais para adoptar estilos de vida saudáveis, no entendimento de que a saúde é um recurso para a vida e não uma finalidade de vida.

Família, Grupo de Pares e Escola

A Organização Mundial de Saúde ⁽⁷⁾ inclui nos seus objectivos o desenvolvimento do controlo e da responsabilidade dos indivíduos sobre a sua própria saúde, numa perspectiva de promoção. A promoção da saúde é o processo que tem como objectivo aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem e melhorarem a sua saúde. As ligações entre a população e o seu meio constituem a base para uma abordagem sócio-ecológica da saúde, sendo o *empowerment* (reforço do poder das comunidades) essencial em todo o processo da promoção da saúde ⁽⁸⁴⁻⁸⁷⁾.

Estando o adolescente em interacção constante com imensos contextos, situações e grupos (família, escola, grupo de pares, meios de comunicação social), contribuindo todos eles para o seu desenvolvimento não é possível menosprezar o papel de um, em detrimento de outro ⁽⁸⁶⁾.

O papel desempenhado pela *família* é fundamental para o desenvolvimento do adolescente e tem início muito antes da adolescência. Apesar de nesta fase os adolescentes fazerem o "*luto pelos imagos parentais*", os pais enquanto fontes de informação têm uma importância relativamente pequena, não deixando, no entanto, de constituir um modelo como fonte habitual de informação ^(40,86). Os pais destes adolescentes estão, também eles, com interesses e modos de pensar diferentes, nem sempre facilmente compreendidos ^(86,87). A família está a sofrer algumas alterações principalmente de estrutura e de poder ⁽⁸⁸⁾. A família tradicional ou alargada está a ceder lugar à família nuclear e monoparental. Em relação à manifestação do poder as famílias (*autorizadas, autoritárias e permissivas*) ⁽⁸⁸⁾ fazem-no de forma diferente. Assim, os pais *autorizados* exigem dos filhos um comportamento socialmente responsável e independente, dentro de directrizes bastante amplas. Os filhos destas famílias têm tendência a obter classificações académicas mais elevadas, sendo mais responsáveis socialmente e mais independentes do que aqueles cujos pais adoptam um estilo mais autoritário ou permissivo.

As famílias *democráticas* oferecem aos filhos elevadas oportunidades para colocarem em prática comportamentos mais maturativos, estabelecendo com eles um relacionamento mais afectivo e propício ao seu desenvolvimento ⁽⁸⁸⁾.

A influência familiar pode envolver o encorajamento dos adolescentes para pensar, sentir e agir de acordo com as suas próprias energias e interesses independentemente de estes coincidirem, ou não, com os dos pais ⁽⁸⁸⁾.

O *grupo de pares* enquadra-se no contexto do desenvolvimento adolescente e funciona potencialmente como a caixa de ressonância para as suas ansiedades existenciais. No grupo surge um clima propício ao intercâmbio e ao confronto de experiências que permite aos seus elementos uma melhor identificação dos limites entre o *Eu* e o *Outro*, através da compreensão das motivações conscientes e inconscientes dos diferentes modos de sentir, pensar e agir, favorecendo a resolução da possível *crise de identidade*, centro da problemática adolescente.

A *percepção que o adolescente tem de si próprio* formada na experiência com os seus pares e o ambiente, reflectem o julgamento que ele faz, em termos de auto-imagem e da imagem do corpo que é fundamental para a sua identidade sexual ^(17,86).

As relações entre colegas são essenciais ao desenvolvimento de uma sexualidade madura na adolescência e na vida adulta ^(29,86,89,90). Os amigos constituem, deste modo, um apoio de desenvolvimento fundamental enquanto suporte social e transmissor de informação entre os adolescentes. A informação proporcionada pelos amigos pode ser incorrecta ^(7,88), contudo este grupo, não deixa, de constituir aquele em quem os adolescentes mais confiam, pois forma o contexto onde as relações com o próprio género e o *outro* se vão desenvolver.

Há características específicas em alguns adolescentes que permitem designá-los com "*resistentes*" ⁽⁹¹⁾ e que são: a competência social, a aptidão para resolver problemas, a autonomia e uma adequada capacidade de antecipação dos problemas. Um adolescente com estas características tem mais facilidade em estabelecer relações firmes com outros e acredita no controlo sobre si próprio e sobre as situações, no entanto, não se torna completamente imune às adversidades, já que estas são multifactoriais. Relativamente ao processo de atribuição causal destas características, as causas podem ser internas, quando o indivíduo atribui a causa do que acontece consigo a consequência das suas acções e, por isso, pode ser controlado por ele (*locus* de controlo interno); ou como não tendo relação com o seu comportamento e, por isso, está fora do seu controlo, a causa é atribuída a outros (*locus* de controlo externo) ⁽⁹¹⁾.

Além dos pais e do grupo de pares, pretende-se também que outros grupos, nomeadamente o dos profissionais de saúde estejam próximos dos adolescentes que em

colaboração com a Escola ^(89,90,92,93) proporcionarão um acompanhamento mais específico. São os próprios adolescentes a solicitar essa aproximação, afirmando que a Escola é o local ideal para discutir os problemas relacionados com a sua sexualidade ^(30,40).

O aparecimento dos Centros de Atendimento de Jovens ⁽⁹⁴⁾, bem como a introdução de conteúdos sobre sexualidade na Escola ^(95,96), foram algumas das alterações verificadas no nosso país com o propósito de contribuir para o desenvolvimento global do adolescente.

A Lei de Bases da Educação ⁽⁹⁵⁾ incluía a Educação Sexual na nova área de «Formação Pessoal e Social», juntamente com a educação ecológica, educação do consumidor, educação familiar, prevenção de acidentes, educação para a saúde e educação para a participação nas instituições, etc. Entretanto, foi criada a Disciplina de Desenvolvimento Pessoal e Social onde foi integrada a Educação Sexual. Depois surgiu outra área curricular a «Área Escola», onde foi inserida a Educação Sexual.

Em 1994 Portugal aderiu à Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde ⁽⁹⁶⁾, reunindo o sector da Educação através do Programa de Promoção de Educação para a Saúde, e o sector da saúde, através da Direcção Geral da Saúde ^(97,98), para implementação do projecto. Após o Despacho Conjunto nº. 271/98 dos Ministérios da Educação e da Saúde ⁽⁹⁸⁾ foi possível a articulação entre os dois sectores. Em Portugal, a educação sexual tem sofrido alguns avanços e retrocessos. A Lei nº. 120/99 de 11 de Agosto ^(11,99), que «reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva», surgiu efectivamente para uniformizar a Educação Sexual na Escola uma vez que já existia numa outra lei anterior. Neste período Portugal (Quadro 2) estava inscrito na categoria de países com educação sexual obrigatória no sistema de ensino secundário, sem opção de recurso por parte dos pais, o que se verificou desde o ano lectivo de 2000/2001 até 2003/2004 de uma forma transversal e experimental ^(9,89,90,95-99).

Quadro 2.A Educação Sexual na Europa

País	Obrigatoriedade	Conteúdo	País têm direito a recusar?
Alemanha	Sim	Biologia, relações pessoais.	Não
Dinamarca	Sim	Variada	Não
Espanha	Sim	Biologia (sobretudo), moral e ética.	Não
França	Sim	Biologia.	Não
Holanda	Não sendo obrigatória o Governo pede que lhe seja dada prioridade	Biologia, relações pessoais, moral e ética.	Não
Irlanda	Não	Biologia, relações pessoais, moral e ética.	Sim
Portugal	Sim	Biologia.	Não
Reino Unido	Sim	Biologia, relações pessoais, moral e ética.	Sim
Suécia	Sim	Biologia, relações pessoais, moral e ética.	Não

Fonte: Disponível em: <http://www.open.gov.uk>. Retirado em 22 Maio 2002.

Apesar de tudo, as intervenções desenvolvidas na Escola na área da Saúde Sexual, mesmo com o reconhecido aumento de informação produzida, têm demonstrado pouco êxito em modificar comportamentos ^(30,40,100). O procedimento que ainda se verifica em algumas escolas, tanto no currículo formal como nas actividades extra-curriculares, é, regra geral, o de silenciar sobre as temáticas do corpo e da sexualidade. Estas atitudes que bem se poderiam apelidar de “*pedagogia do silêncio*”, falam por si e demonstram a dificuldade que ainda existe em aceitar e abordar o tema da sexualidade nos adolescentes.

A Escola deve ser um complemento para ajudar os adolescentes a adquirir informação, desenvolver competências e capacidades e a mobilizar os recursos (*empowerment e competência de acção*) que melhor lhes permitam lidar com os problemas do dia-a-dia, de uma forma adaptativa e autónoma na sua transformação progressiva ⁽¹⁰¹⁻¹⁰⁴⁾.

A participação das associações de estudantes bem como as associações de pais, que no nosso país existem desde os anos de 1970, é fundamental, embora, no geral seja escassa ⁽¹⁰⁰⁾.

Sabe-se que a escolaridade afecta positivamente os comportamentos dos adolescentes ⁽³⁰⁾, alterando-os e invertendo as tendências adversas daí resultantes ⁽¹⁰⁰⁾. Então, também a educação sexual pode influenciar positivamente os conhecimentos sobre sexualidade ⁽¹⁰⁵⁾, enquanto promotora de mais informação ⁽¹⁰⁶⁾ e ter repercussões no comportamento. Para isso é necessário atender a três conjuntos de factores nos quais está

incluída a Escola: os que estão relacionados com o adolescente (atitudes, interesses, informação, educação), os grupos com os quais o adolescente se relaciona (família, escola, grupo de pares, comunidade) e também os que dizem respeito ao contexto geral (sistema social, regime político, nicho ecológico e geográfico). Estes factores influenciam a escolha de comportamentos e são passíveis de serem modificados por intervenções pedagógicas.

Considerando que o desenvolvimento humano é a expansão gradual das possibilidades latentes na estrutura do sujeito, que progressivamente se vai construindo e adquirindo uma maior amplitude, sensibilidade e eficácia, é necessário que o processo de aprendizagem seja entendido ⁽¹⁰⁵⁾ tanto pelos alunos como pelos docentes. A aprendizagem, enquanto construção pessoal, é resultante de um processo vivencial interno à pessoa e que se traduz numa modificação de comportamento relativamente estável. É um processo activo do sujeito que aprende, organiza e guarda a informação recebida, adquirindo o conhecimento a partir de problemas que regista, expectativas que cria, hipóteses que avança e verifica, e descobertas que faz numa base de confiança emocional. O conhecimento é depois organizado em categorias e relacionado com conhecimentos previamente adquiridos e armazenados no cérebro. É o chamado ensino pela descoberta (*discovery learning*), que pressupõe actividades de pesquisa, observação e exploração, análise de problemas e resultados, integração de novos dados em conceitos anteriormente adquiridos e princípios mais gerais que ajudam a estabelecer relações.

O ensino deve acompanhar o desenvolvimento humano ^(105,106) que criará condições para uma aprendizagem *compreendida* (*meaningful learning*) e não apenas *memorizada* (*rote learning*). Com base na aprendizagem *compreendida* ou *significativa* concluiu-se que é mais fácil aprender se a informação for organizada e sequenciada de uma forma lógica. É através das manifestações exteriores que se confirma se o sujeito aprendeu. Estas manifestações só existirão se no interior do indivíduo tiver havido um processo de transformação e mudança que segundo a teoria da Aprendizagem Social se pode aplicar ao mecanismo de influência do grupo de pares, da família e dos meios de comunicação social nos adolescentes, por via da aprendizagem pela observação de comportamentos e pela integração de modelos ⁽¹⁰⁶⁾.

Cada teoria da aprendizagem isoladamente não será suficiente para explicar todos os comportamentos, pelo que em conjunto tornar-se-ão complementares. A relação ensino/aprendizagem/comportamento são processos que estão intimamente relacionados (Quadro 3), ou seja, desde as teorias behavioristas, passando pelas cognitivistas, às humanistas até às da aprendizagem social, existe um contributo complementar para a aprendizagem.

O conhecimento intuitivo necessita de discussão, reflexão, debate, tendo que existir uma “estrutura de campo” para aprender. Mas a aprendizagem será mais facilitada se a relação de quem ajuda a aprender com quem quer aprender, for baseada em ensino individualizado, onde a relação humana seja valorizada.

A relação ensino – aprendizagem é definida, como:

Dois processos adaptados um ao outro para melhor combinação de resultados. Não podemos considerar a aprendizagem como um processo imutável, fixo, determinado para o qual o ensino deve ser adaptado, mas sim um processo em que ambas as partes podem ser alteradas para tornar a aprendizagem mais eficaz ⁽¹⁰⁵⁾.

Quadro 3. Teorias da aprendizagem

TEORIAS DA APENDIZAGEM	PRINCIPAIS REPRESENTANTES	BASES PSICOLÓGICAS	TÉCNICAS DE ENSINO	DE
Behavioristas	Pavlov; Watson, Thorndike; Tolman; Guthrie, Hull; Skinner	E_R (Estímulo-Resposta), Condicionamento por reforço, Exercitação.	Exercícios de repetição, demonstração, memorização.	
Cognitivas	Lewin; Piaget; Bruner; Ausebel	Conhecimento Intuitivo («insight»), Sistematização, Transformar para situações novas.	Ensino pela descoberta, debates, discussões, estudos de caso.	
Humanistas	Maslow; Buhler, C. Rogers.	Atmosfera emocional positiva, Aprendizagem centrada no aluno.	Ensino individualizado, resolução de problemas.	de
Aprendizagem Social	Bandura; Rotter.	«Modelagem».	Modelos.	

Fonte: Adaptado de Tavares J et al,1991 ⁽¹⁰⁵⁾.

A depressão em adolescentes

A aprendizagem é um processo que resulta da complementaridade de vários factores, estando as formas de transição para a vida adulta associadas à emergência de novos estilos de vida, mudanças físicas e emocionais significativas, não sendo raros, neste período, os sintomas sub-depressivos ^(107,108). O adolescente lida, muitas vezes, com estas alterações, frequentemente através de manifestações como as mudanças de comportamento sexual, patologias adictivas e depressão.

Não obstante, a vivência destes processos ocorre num plano nem sempre consciente ⁽¹⁰⁹⁾ podendo o adolescente apresentar alguns sintomas depressivos (a designada “morosidade depressiva” do adolescente) o que não significa que correspondam obrigatoriamente a um diagnóstico de depressão. Assim, a difícil distinção ⁽¹¹⁰⁾ entre o “*aborrecimento do adolescente*”, os sintomas depressivos e a depressão dificulta e impossibilita mesmo o seu tratamento ⁽¹¹¹⁻¹¹³⁾ exigindo que seja avaliado o possível diagnóstico da depressão ⁽¹⁰⁹⁾.

A depressão pode ser um sinal, um sintoma ou uma perturbação psicopatológica. Como sinal, a depressão em forma de humor triste é uma das emoções humanas mais frequentemente experimentadas desde a infância até ao envelhecimento da pessoa. A depressão como sintoma, é diferente da anterior porque é mais intensa e prolongada e interfere com o bem-estar e adaptação do indivíduo. A depressão como perturbação psicopatológica, inclui não só o humor triste intenso e prolongado como também perda de interesse pelas actividades diárias, diminuição ou aumento do apetite e do sono, diminuição de energia ou fadiga, diminuição da capacidade de concentração, auto-depreciação, ideias ou intenções suicidas ⁽¹¹⁰⁾.

As perturbações depressivas podem, ainda, classificar-se em perturbação *major* e perturbação *distímica*. A perturbação *major* é mais frequente no fim da adolescência e a *distímica* é cronologicamente mais precoce. A perturbação *distímica* quando associada à perturbação *major* é um importante determinante dos comportamentos adictivos e de suicídio, em adolescentes ^(114,115).

A depressão constitui um factor de risco para a tentativa de suicídio, já que uma grande proporção de indivíduos deprimidos tenta suicidar-se ^(116,117). Nos Estados Unidos da América, o suicídio constitui a terceira causa de morte entre os 15 e os 24 anos de idade ⁽¹¹⁸⁾.

Estudos realizados nos Estados Unidos da América entre 1989 e 1993 e na Finlândia mostraram que houve diferenças na prevalência de sintomatologia depressiva relativamente ao género. Os rapazes apresentaram valores de 28,2% e 9,0%, respectivamente, e as raparigas de 44,5% e 13,0% ^(118,119). Em Portugal a média da pontuação de sintomatologia depressiva numa amostra de 775 adolescentes (média de idades de 16,9 anos) foi 10,31 (DP ± 8,43) ⁽¹¹¹⁾. Estudos internacionais têm indicado que a prevalência geral de perturbações mentais na população de crianças e adolescentes se situa entre os 10,0% e os 15,0% ^(120,121). As perturbações mentais mais prevalentes são os sintomas depressivos e a ansiedade (cerca de metade dos casos). A Organização Mundial de Saúde declarou que a falta de saúde mental nos primeiros anos de vida pode conduzir a perturbações mentais com consequências a longo prazo reduzindo a capacidade das sociedades para serem seguras e produtivas, rumo a uma maior equidade ^(121,122).

A nível social a depressão pode implicar pior desempenho escolar, limitação na realização de algumas actividades, falta de motivação, revolta, reacção negativa a críticas, abuso de substâncias proibidas ⁽¹²³⁾.

Num estudo realizado em adolescentes do ensino secundário foi observada uma apreciável proporção de co-morbilidade: consumo de substâncias psico-activas, depressão, ansiedade e comportamentos disruptivos ⁽¹²⁴⁾. A conduta sexual caótica pode constituir sintoma de uma depressão encoberta, negada pelo indivíduo ^(125,126).

Assim a depressão aparece como co-morbilidade nos adolescentes com comportamentos sexuais de risco e também como um factor desencadeante destes comportamentos como meio de afirmação, procurando sensações cada vez mais fortes, na ausência quase total de referências consigo mesmo e com a vida ⁽¹²⁶⁾. Alguns estudos ^(111,127) evidenciam factores relacionados com a persistência de depressão em adolescentes como o género, o tabagismo, os problemas de sono, as agressões (físicas ou outras) e o sedentarismo ^(111,127-129).

A depressão, a sexualidade e os comportamentos a elas associados são áreas muito íntimas e rodeadas de algum secretismo. Neste sentido a privacidade é muito importante para os adolescentes e o assegurar da confidencialidade na prestação de cuidados é um atributo ético exigido aos Serviços de Saúde e de Educação ⁽¹⁰⁴⁾. Na perspectiva dos adolescentes a acessibilidade aos serviços de saúde está dependente do maior ou menor grau de privacidade e confidencialidade, não querem, que os seus amigos saibam de alguns problemas de saúde que consideram só seus, sendo também muito importante manter a confidencialidade em relação aos seus pais ⁽¹⁰⁴⁾.

Por vezes, estas questões tornam-se complexas, porquanto o respeito dos princípios da ética é um direito dos adolescentes, mas as situações com que os profissionais de saúde se deparam requerem a intervenção de outras pessoas significativas e responsáveis pelos adolescentes. Os profissionais de saúde e de educação sentem-se, por vezes, incapazes de prestar auxílio, em parte porque não têm formação específica, e em parte porque estão afectados, tal como os seus utentes, por tabus e restrições que tornam difícil falar sobre sexualidade ⁽¹³⁰⁾. As interações que os profissionais de saúde possam adoptar, podem ter tanto um papel redutor das potencialidades do adolescente, como ser promotoras de resiliência ⁽⁹¹⁾.

Por isso a participação activa dos adolescentes é importante para o desenvolvimento, implementação e avaliação dos programas de educação sexual, em colaboração com outros intervenientes ^(11,13,30,40) deixando de considerar os adolescentes como população de risco e considerá-los como mulheres e homens merecedoras de todos os direitos, inclusive, os de Saúde Sexual e Reprodutiva ⁽¹⁾.

Se considerarmos a saúde como a capacidade de cada homem, mulher ou criança em criar e lutar pelo seu projecto de vida pessoal e original, em direcção ao bem-estar, então, a Saúde Sexual e Reprodutiva do adolescente deve ser considerada independentemente da dos adultos ^(78,109). Os adolescentes encontram-se numa fase da vida com mudanças significativas ao nível físico, emocional, psicológico, cognitivo e social, com necessidades específicas, estilos de vida diferentes, modos de pensar e agir que requerem intervenções apropriadas. Só a sua participação nos ajudará a saber o que pensam, conhecem e pretendem, para lhes fornecer suporte empírico e compreensão científica no sentido de orientar o cuidado e a implementação de estratégias de apoio a esses mesmos adolescentes.

Daí que este estudo surja num momento de grande discussão relativamente às alterações do currículo escolar do ensino básico e secundário onde a educação sexual tem um papel preponderante, aliás no ano lectivo 2000/2001 teve início a educação sexual na Escola, com carácter obrigatório e num formato de transversalidade relativamente às várias Disciplinas do currículo escolar. A nova reforma do ensino secundário e a revisão curricular em curso ^(131,132) prevêem alterações significativas, de entre as quais a transversalidade da educação para a cidadania em todas os componentes curriculares.

OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO

A presente investigação teve como objectivo, identificar e analisar os conhecimentos e comportamentos sexuais dos adolescentes em Portugal, recorrendo a um estudo transversal. Para isso, estabeleceram-se os seguintes objectivos específicos:

1. Identificar conhecimentos, atitudes e comportamentos na área da saúde sexual e reprodutiva.
2. Estimar a prevalência da utilização do preservativo e determinar factores associados a esse comportamento.
3. Quantificar a proporção de adolescentes que alguma vez realizaram interrupção voluntária da gravidez e identificar factores demográficos, sociais e de comportamento associados a essa decisão.
4. Analisar a associação entre comportamentos sexuais e sintomatologia depressiva.

2. Descrição geral do estudo

PARTICIPANTES

Recrutamento dos participantes

A amostra foi constituída de modo a representar os estudantes das escolas do ensino secundário de todos os distritos do país. Em Portugal havia, em 1998, 382 escolas do ensino secundário onde se encontravam matriculados 387 577 alunos ⁽¹³²⁾. No entanto, devido à não existência de listas completas e acessíveis de alunos inscritos, por escola, e à dificuldade que o contacto individual representaria, optou-se por proceder à aleatorização das escolas de cada capital de distrito. Seleccionou-se, em cada capital de distrito uma escola, num total de 18, e dessas pretendeu-se a participação de todos os alunos elegíveis.

Os responsáveis pelas escolas seleccionadas das capitais dos distritos de Leiria e da Guarda não autorizaram a aplicação dos questionários, mesmo após repetidamente solicitados.

Do total de adolescentes abordados (8484), 429 (5,1%) recusaram responder aos questionários e 123 (1,5%), apresentaram respostas inconsistentes ou contraditórias pelo que foram excluídos da análise final. Os alunos que faltaram às aulas nos dias da aplicação do inquérito não foram abordados posteriormente.

Assim, para a análise final foram considerados 7932 adolescentes, sendo 4448 (56,1%) do sexo feminino.

Para o estudo da prevalência do uso do preservativo, apenas foram considerados os adolescentes com actividade sexual e que informaram usar preservativo 2651 (88,1%).

Para o estudo da proporção de adolescentes que praticaram interrupção voluntária da gravidez, apenas, foram considerados os estudantes do sexo feminino (4448), dos quais 84 (1,9%) não responderam à questão do abortamento, o que reduziu a amostra para 4364 participantes.

Para o estudo da associação dos comportamentos sexuais com a sintomatologia depressiva foram considerados os adolescentes que responderam (7403) ao Beck Depressive Inventory (BDI-II) ⁽¹³³⁾, dos quais 173 (2,2%) não responderam à questão relativa à sua actividade sexual, pelo que o número final dos participantes para o estudo da sintomatologia depressiva foi de 7230.

A amostra geral de adolescentes desta investigação apresentou as seguintes características: mais de metade dos adolescentes pertencia ao sexo feminino 4448 (56,1%); viviam com a sua família de origem, 5940 (82,4%); frequentavam a área escolar correspondente ao grupo científico-natural, 4284 (54,0%); tinham tido relações sexuais, 3010 (38,9%) e a média de idades do início da actividade sexual foi para os rapazes ($14,6 \pm 2,1$) anos e para as raparigas ($15,8 \pm 1,5$) anos.

Na tabela 1 apresenta-se a distribuição dos adolescentes por sexo e idade e nas tabelas 2, 2.1 e 2.2, a sua distribuição por idade, sexo e distrito.

Tabela 1. Distribuição dos participantes por sexo e idade

Idade (anos)	Sexo		
	Masculino	Feminino	Total
	n (%)	n (%)	n(%)
	3484 (43,9)	4448 (56,1)	7932 (100,0)
15	547 (15,7)	768 (17,3)	1315 (16,6)
16	1039 (29,8)	1319 (29,7)	2358 (29,7)
17	969 (27,8)	1315 (29,5)	2284 (28,8)
18	595 (17,1)	708 (15,9)	1303 (16,4)
19	334 (9,6)	338 (7,6)	672 (8,5)

Tabela 2. Distribuição dos participantes por idade e distrito

Distrito	Idade (anos)				
	15	16	17	18	19
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	1315 (16,6)	2358 (29,7)	2284 (28,8)	1303 (16,4)	672 (8,5)
Aveiro	36 (2,7)	96 (4,1)	102 (4,5)	61(4,7)	38 (5,7)
Beja	32 (2,4)	106 (4,5)	91 (4,0)	40 (3,1)	17 (2,5)
Braga	65 (4,9)	76 (3,2)	71 (3,1)	42 (3,2)	12 (1,8)
Bragança	379 (28,8)	578 (24,5)	524 (22,9)	276 (21,2)	127 (18,9)
Coimbra	81 (6,2)	127 (5,4)	120 (5,3)	65 (5,0)	19 (2,8)
Castelo Branco	67 (5,1)	140 (5,9)	143 (6,3)	117 (9,0)	56 (8,3)
Évora	134 (10,2)	261 (11,1)	237 (10,4)	129 (9,9)	64 (9,5)
Faro	31 (2,4)	61 (2,6)	73 (3,2)	43 (3,3)	19 (2,8)
Lisboa	59 (4,5)	110 (4,7)	132 (5,8)	103 (7,9)	86 (12,8)
Portalegre	35 (2,7)	59 (2,5)	61 (2,7)	34 (2,6)	23 (3,4)
Porto	7 (0,5)	119 (5,0)	146 (6,4)	59 (4,5)	24 (3,6)
Santarém	75 (5,7)	74 (3,1)	87 (3,8)	27 (2,1)	11 (1,6)
Setúbal	101 (7,7)	200 (8,5)	174 (7,6)	113 (8,7)	69 (10,3)
Viseu	117 (8,9)	153 (6,5)	139 (6,1)	98 (7,5)	46 (6,8)
Viana do Castelo	8 (0,6)	40 (1,7)	31 (1,4)	10 (0,8)	3 (0,4)
Vila Real	88 (6,7)	158 (6,7)	153 (6,7)	86 (6,6)	58 (8,6)

Tabela 2.1. Distribuição dos adolescentes do sexo feminino por idade e distrito

Feminino					
Idade (anos) Distrito	15	16	17	18	19
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	768 (17,3)	1319 (29,7)	1315 (29,5)	708 (15,9)	338 (7,6)
Aveiro	28 (3,6)	61 (4,6)	67 (5,1)	40 (5,6)	18 (5,3)
Beja	18 (2,3)	56 (4,2)	51 (3,9)	17 (2,4)	8 (2,4)
Braga	40 (5,2)	52 (3,9)	47 (3,6)	29 (4,1)	9 (2,7)
Bragança	206 (6,8)	331 (25,1)	299 (22,7)	155 (21,9)	66 (19,5)
Coimbra	34 (4,4)	70 (5,3)	66 (5,0)	33 (4,7)	8 (2,4)
Castelo Branco	38 (4,9)	65 (4,9)	63 (4,8)	47 (6,6)	25 (7,4)
Évora	79 (10,3)	132 (10,0)	116 (8,8)	71 (10,0)	34 (10,1)
Faro	20 (2,6)	24 (1,8)	39 (3,0)	30 (4,2)	11 (3,3)
Lisboa	31 (4,0)	60 (4,5)	61 (4,6)	43 (6,1)	34 (10,1)
Portalegre	17 (2,2)	36 (2,7)	42 (3,2)	24 (3,4)	12 (3,6)
Porto	5 (0,7)	66 (5,0)	99 (7,5)	42 (5,9)	15 (4,4)
Santarém	49 (6,4)	42 (3,2)	62 (4,7)	14 (2,0)	5 (1,5)
Setúbal	70 (9,1)	123 (9,3)	113 (8,6)	55 (7,8)	33 (9,8)
Viseu	80 (10,4)	85 (6,4)	86 (6,5)	55 (7,8)	25 (7,4)
Viana do Castelo	5 (0,7)	22 (1,7)	15 (1,1)	3 (0,4)	1 (0,3)
Vila Real	48 (6,3)	94 (7,1)	89 (6,8)	50 (7,1)	34 (10,1)

Tabela 2.2. Distribuição dos adolescentes do sexo masculino por idade e distrito

Masculino					
Idade (anos) Distrito	15	16	17	18	19
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	547 (15,7)	1039 (29,8)	969 (27,8)	595 (17,1)	334 (9,6)
Aveiro	8 (1,5)	35 (3,4)	35 (3,6)	21 (3,5)	20 (6,0)
Beja	14 (2,6)	50 (4,8)	40 (4,1)	23 (3,9)	9 (2,7)
Braga	25 (4,6)	24 (2,3)	24 (2,5)	13 (2,2)	3 (0,9)
Bragança	173 (31,6)	247 (23,8)	225 (23,2)	121 (20,3)	61 (18,3)
Coimbra	47 (8,6)	57 (5,5)	54 (5,6)	32 (5,4)	11 (3,3)
Castelo Branco	29 (5,3)	75 (7,2)	80 (8,3)	70 (11,8)	31 (9,3)
Évora	55 (10,1)	129 (12,4)	121 (12,5)	58 (9,7)	30 (9,0)
Faro	11 (2,0)	37 (3,2)	34 (3,5)	13 (2,2)	8 (2,4)
Lisboa	28 (5,1)	50 (4,8)	71 (7,3)	60 (10,1)	52 (15,6)
Portalegre	18 (3,3)	23 (2,2)	19 (2,0)	10 (1,7)	11 (3,3)
Porto	2 (0,4)	53 (5,1)	47 (4,9)	17 (2,9)	9 (2,7)
Santarém	26 (4,8)	32 (3,1)	25 (2,6)	13 (2,2)	6 (1,8)
Setúbal	31 (5,7)	77 (7,4)	61 (6,3)	58 (9,7)	36 (10,8)
Viseu	37 (6,8)	68 (6,5)	53 (5,5)	43 (7,2)	21 (6,3)
Viana do Castelo	3 (0,5)	18 (1,7)	16 (1,7)	7 (1,2)	2 (0,6)
Vila Real	40 (7,3)	64 (6,2)	64 (6,6)	36 (6,1)	24 (7,2)

MÉTODOS

Procedimentos gerais para colheita de informação

Os estabelecimentos de ensino secundário foram contactados através das suas Comissões Executivas, no sentido de sensibilizarem os seus docentes para a colaboração na aplicação dos questionários ^(134,135). Foram informados sobre os objectivos e métodos da investigação, sendo-lhes facultado o manual de procedimentos, para orientação e esclarecimento de dúvidas.

Para cada escola foram enviados em envelopes, os questionários correspondentes, em média, ao número de alunos por turma (25 alunos), num total de oito turmas/ano por escola, perfazendo um total aproximado dos alunos de cada escola (25 alunos x 24 turmas). Os presidentes das Comissões Executivas informavam sobre a recepção dos questionários. De seguida os presidentes, ou alguém por eles indicado, encarregavam-se de proceder à distribuição das caixas de questionários aos directores de turma e estes ficavam com a responsabilidade de os distribuir aos docentes. Em cada escola a Comissão Executiva em colaboração com os vários directores de turma acordou um período para aplicação dos questionários, atendendo aos períodos de avaliação e de férias dos estudantes, docentes e restantes funcionários. As informações foram obtidas ao longo do primeiro e segundo períodos escolares do ensino secundário do ano lectivo de 1998/1999.

Os estudantes preenchiam os questionários no momento em que lhes eram distribuídos, com a presença do professor da disciplina correspondente aquela aula, assegurando, as condições de resposta individual e garantindo o respeito pelo mais estrito anonimato. Depois de respondidos, os questionários eram colocados por cada aluno, ao fundo da sala de aula em caixas próprias especificamente aí colocadas para o efeito. A recolha das caixas onde tinham sido guardados os questionários era feita pelo docente responsável, só quando todos os estudantes da sala haviam terminado. Em seguida os docentes entregavam de novo aos presidentes das Comissões Executivas as caixas com os questionários preenchidos. Finalmente os presidentes reenviavam os questionários para o Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina do Porto. Aí eram abertas as caixas e verificados os questionários, sendo retirados e contados os que não estavam preenchidos e/ou as respostas eram inconsistentes. Era feita a numeração dos

questionários e depois ficavam a cargo das pessoas que tinham a responsabilidade de os informatizar.

Inquérito

Para recolher as informações da amostra em estudo, utilizaram-se dois questionários. O questionário geral e o Beck Depression Inventory (BDI-II).

O questionário elaborado especificamente para este estudo estava dividido em cinco partes.

A primeira parte correspondia à caracterização demográfica e social. Recolheu-se informação sobre o sexo, a idade e a prática de religião, o tipo de casa onde o adolescente habitava e a família com quem vivia, nomeadamente, o grau de parentesco que os ligava. Questionou-se a opção escolar científica, o aproveitamento escolar e pretendeu-se também saber qual a escolaridade dos pais.

A segunda parte compreendia o conjunto de questões referentes a conhecimentos sobre Saúde Sexual e Reprodutiva, desde o Planeamento Familiar, aos métodos contraceptivos até às doenças sexualmente transmissíveis. Questionaram-se ainda os adolescentes sobre a necessidade que sentiam em relação à ajuda dos profissionais de saúde na área da Saúde Sexual e Reprodutiva e o local preferencial para lhes ser dado apoio nessa temática.

A terceira parte era constituída por perguntas que tinham a ver com comportamentos sexuais. Perguntou-se acerca da sua actividade sexual e da circunstância de ocorrência da primeira relação sexual, o número de parceiros sexuais e o sentimento de satisfação com a sua sexualidade. Foram questionados sobre o uso de contraceptivo e a pessoa que lho indicou, a prática de abortamento e a existência de filhos.

A quarta parte englobava perguntas relativas aos hábitos tabágicos, ao consumo de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas.

A quinta parte continha questões referentes à violência.

Finalmente pediu-se aos adolescentes que deixassem expressa a sua opinião acerca das necessidades e dificuldades sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva, abordados neste estudo.

Para avaliar a sintomatologia depressiva dos adolescentes foi usado o BDI-II, já testado numa amostra de adolescentes portuguesa ⁽¹²⁷⁾.

O BDI-II consiste em vinte e uma categorias de sintomas e atitudes, que abrangem as manifestações presentes nas diferentes intensidades do quadro clínico depressivo, correspondendo a uma pontuação total entre 0 e 63.

Cada categoria corresponde a uma manifestação comportamental específica da depressão e é constituída por quatro a seis frases dispostas segundo uma ordem crescente de intensidade. As frases estão ordenadas de modo a reflectir a amplitude da gravidade do sintoma (de intensidade neutra a máxima), e foram atribuídos valores de zero a três, a cada afirmação de modo a indicar o grau de intensidade do sintoma. Neste questionário o estudante adolescente seleccionava a resposta que melhor se adaptasse à forma como se sentia, nas duas últimas semanas, incluindo o dia da aplicação do questionário.

A soma das pontuações dos agrupamentos forneceu o valor total que permitiu fazer a classificação da sintomatologia depressiva de acordo com a sua intensidade.

Para este estudo foi considerado como ponto de corte o valor igual ou superior a dezasseis, já usado noutras investigações ^(127,136,137), sendo classificados como deprimidos, os adolescentes que apresentaram uma pontuação igual ou superior a 16.

Avaliação do comportamento sexual

O comportamento sexual foi avaliado retrospectivamente através de um conjunto de questões relacionadas com actividades praticadas, pelos adolescentes.

Para a ocorrência da situação da primeira relação sexual, foram consideradas três respostas; *planeada*; *não planeada* (a que aconteceu) e *imposta* (aquela em que o adolescente foi obrigado a praticá-la ou aquela em estava sob o efeito de drogas ou álcool).

Para a frequência de relações sexuais no último ano foram consideradas três respostas; *até uma vez por mês*; *ocasionalmente* (raramente ou 1 a 2 vezes por ano ou irregularmente mas com períodos intensos de vez em quando) e nunca.

Para o número de parceiros sexuais, até ao momento do inquirido, foram consideradas três respostas; um parceiro; dois a cinco parceiros; mais que cinco parceiros.

Para avaliar o uso do preservativo foram consideradas duas respostas; uso *consistente do preservativo* (usado sempre); *uso não consistente* (usado frequentemente e ocasionalmente).

Avaliação dos conhecimentos

Os conhecimentos dos adolescentes foram avaliados através de questões sobre Saúde Sexual e Reprodutiva considerando correctas as respostas mais abrangentes e completas das alternativas apresentadas pelas perguntas relativamente a cada conceito. Para o conceito de planeamento familiar foram apresentados três conceitos possíveis. Para as doenças sexualmente transmissíveis foi apresentada uma lista de doenças de entre as quais os adolescentes deveriam reconhecer correctamente as que eram sexualmente transmissíveis.

Avaliação das atitudes

As atitudes dos adolescentes foram avaliadas tendo por base a definição das mesmas, como opiniões e sentimentos que sustentam uma *disposição para o indivíduo se comportar de uma forma determinada*.

As respostas dos adolescentes relativamente às fontes onde procuraram informação sobre Saúde Sexual e Reprodutiva foram agrupados em: audiovisuais; pais; amigos; profissionais de saúde; grupo que não procurou informação; outras fontes (irmão, primo, professor).

Para avaliar a satisfação do adolescente com a sua sexualidade, foram consideradas as respostas: satisfeitos (muito satisfeitos, satisfeitos); não satisfeitos (pouco satisfeitos, nada satisfeitos).

A opinião acerca das necessidades e dificuldades sentidas pelos adolescentes na área da Saúde Sexual e Reprodutiva foi colhida tendo em conta a frequência e o tipo de necessidade. Assim, as respostas foram agrupadas em: necessidades de informação (as

opiniões apelativas às solicitações de informação e formação); necessidades de recursos de apoio (fornecimento de contraceptivos, nomeadamente preservativo); outras medidas (ex: apelo de liberdade).

Avaliação dos hábitos alcoólicos, tabágicos e drogas ilícitas

A informação referente aos hábitos alcoólicos, tabágicos e consumo de drogas ilícitas foi colhida tendo em conta o tipo de substância e a frequência desses hábitos.

Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas foram consideradas duas respostas: *sim* (usavam ocasional ou regularmente, ou tinham experimentado); e *não* (nunca usavam).

Os participantes foram classificados relativamente aos hábitos tabágicos no último mês, em: fumadores e não fumadores, sendo considerado fumador o indivíduo que referiu ter fumado no último mês.

Avaliação da violência

A informação referente à violência foi colhida tendo em conta o tipo de violência de que o adolescente foi vítima e a pessoa que o agrediu.

Relativamente ao tipo de violência foram considerados quatro categorias: violência física; violência sexual; violência psicológica e dois ou mais tipo de violência sofridos simultaneamente.

Para a pessoa que agrediu o adolescente foram agrupadas as respostas em: pais; professor; amigo ou colega; desconhecido; duas ou mais destas pessoas.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

As informações recolhidas para a amostra da população geral foram inicialmente analisadas com a metodologia estatística descritiva usual, após a sua informatização recorrendo aos programas *Epi-Info*, 6.04d e *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 9.0 ^(138,139).

Os resultados foram, por vezes, descritos como prevalências pontuais (em percentagem).

As proporções foram comparadas recorrendo ao teste do *Chi – quadrado*, com correcção de *Yates*, quando o valor esperado em alguma das células era inferior a vinte. Quando esse valor era inferior a cinco, utilizou-se a prova exacta de *Fisher* ⁽¹³⁹⁾.

Para estimar a associação entre as diferentes exposições avaliadas e a ocorrência do acontecimento em estudo, algumas das variáveis independentes tiveram que ser categorizadas e foram utilizadas, nessa forma, nos modelos estatísticos.

Quando necessário, foi efectuada a análise estratificada para avaliação de efeitos de confundimento e/ou interacção.

A magnitude das associações foi medida através do cálculo de *Odds Ratios* e respectivos intervalos de confiança a 95% e ajustados por regressão logística não condicional. As variáveis quantitativas foram comparadas pela prova de *Kruskal-Wallis*.

ÉTICA

A investigação descrita foi submetida e aprovada pela Comissão de Ética do Hospital de São João, no Porto e autorizada pelas Direcções Regionais de Educação. Foram observadas as regras de conduta constantes da declaração de Helsínquia ⁽¹⁴⁰⁾ e a legislação nacional em vigor. Foi obtido o consentimento informado dos pais ou educadores responsáveis pelos adolescentes, através das Comissões Executivas das escolas secundárias, que por sua vez o conseguiram por via do Conselho Pedagógico, onde estão representados os pais ou encarregados de educação dos estudantes. Foi garantida a protecção e confidencialidade das informações pessoais recolhidas pois nenhum dos registos tinha a identificação dos participantes.

3. Resultados

CONHECIMENTOS, ATITUDES E COMPORTAMENTOS NA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Na tabela 3 está descrita a proporção de adolescentes de acordo com o facto de reconhecerem ou não as doenças sexualmente transmissíveis por sexo, idade, escolaridade dos pais e reprovação escolar. A maioria dos adolescentes (56,5%) reconheceu correctamente de uma lista de doenças as que eram sexualmente transmissíveis. Essa proporção variou significativamente de acordo com as variáveis demográficas (sexo e idade), com a escolaridade dos pais, considerada como um indicador indirecto de classe social, e com a reprovação escolar. As raparigas reconheceram mais correctamente as doenças sexualmente transmissíveis do que os rapazes 57,7% (vs. 55,0%). Os adolescentes que tinham 17 anos de idade, os que nunca reprovaram e os que eram filhos de pais com níveis de escolaridade mais elevados apresentaram igualmente as proporções de conhecimentos mais elevadas.

Tabela 3. Distribuição dos participantes de acordo com a identificação correcta (sabe) ou não das doenças sexualmente transmissíveis

	Sabe	Não sabe	p
	n (%)	n (%)	
	4417 (56,5)	3398 (43,5)	
Sexo			
Feminino	2546 (57,7)	1866 (42,3)	0,016
Masculino	1871 (55,0)	1532 (45,0)	
Idade (anos)			
15	702 (54,2)	593 (45,8)	0,040
16	1284 (55,2)	1042 (44,8)	
17	1322 (58,7)	931 (41,3)	
18	741 (57,9)	538 (42,1)	
19	368 (55,6)	294 (44,4)	
Escolaridade parental (anos)			
0-4	1101 (52,7)	990 (47,3)	<0,001
5-6	1083 (54,4)	909 (45,6)	
7-12	1051 (57,5)	776 (42,5)	
>12	1175 (62,2)	714 (37,8)	
Reprovação escolar			
Sim	1619 (53,3)	1421 (46,7)	<0,001
Não	2788 (58,6)	1968 (41,4)	

De igual modo a maioria dos adolescentes (57,1%) escolheu correctamente as afirmações referentes ao planeamento familiar e esse conhecimento variou significativamente com o sexo, a idade e a reprovação escolar, mas não com o nível de escolaridade dos pais (tabela 4). A proporção de adolescentes do sexo feminino que sabia o que é o planeamento familiar foi superior à dos adolescentes do sexo masculino 63,1% (vs. 49,4%). Também os adolescentes mais velhos e os que nunca reprovaram apresentaram um melhor conhecimento sobre o planeamento familiar.

Tabela 4. Distribuição dos participantes de acordo com a identificação correcta (sabe) ou não sobre o conceito de planeamento familiar

	Sabe	Não sabe	p
	n (%)	n (%)	
Sexo	4074 (57,1)	3056 (42,9)	
Feminino	2530 (63,1)	1477 (36,9)	<0,001
Masculino	1544 (49,4)	1579 (50,6)	
Idade (anos)			
15	633 (52,7)	567 (47,3)	0,007
16	1221 (57,2)	915 (42,8)	
17	1192 (57,7)	875 (42,3)	
18	692 (60,1)	459 (39,9)	
19	336 (58,3)	240 (41,7)	
Escolaridade parental (anos)			
0-4	1093 (55,5)	876 (44,5)	0,254
5-6	1032 (56,8)	785 (43,2)	
7-12	960 (58,5)	681 (41,5)	
>12	988 (58,1)	714 (41,9)	
Reprovação escolar			
Sim	1468 (53,7)	1267 (46,3)	<0,001
Não	2599 (59,4)	1775 (40,6)	

Nas tabelas 5 a 7 está descrita a distribuição dos adolescentes de acordo com atitudes em relação à Saúde Sexual e Reprodutiva por sexo, idade, escolaridade parental e aproveitamento escolar.

Os adolescentes referiram procurar mais frequentemente informação sobre Saúde Sexual e Reprodutiva nos meios audiovisuais (35,8%). Cerca de 13,0% recorreram aos amigos como fonte de informação, 8,0% aos pais e apenas 3,2% elegeram os profissionais

de saúde como fonte única de informação. Não recorreram a qualquer fonte de informação 4,4% dos adolescentes (tabela 5) .

Os adolescentes do sexo masculino (41,2%), os mais novos (35,9%), os que nunca reprovaram (36,5%) e os filhos de pais com 5 ou 6 anos de escolaridade (37,2%) escolheram mais frequentemente como fonte única de informação sobre sexualidade os audiovisuais. Os profissionais de saúde como fonte exclusiva de informação sobre a sexualidade foi referida por um número restrito de adolescentes, sendo estes mais procurados pelos adolescentes do sexo feminino (3,9%), pelos adolescentes mais velhos (4,7%), pelos que reprovaram (4,6%) e pelos filhos de pais com menor escolaridade (4,5%).

Tabela 5. Distribuição dos participantes de acordo com as fontes de informação sobre a sexualidade procuradas pelos adolescentes

	Audiovisuais	Pais	Amigos	Profissionais de saúde	Não procurou	Outras Combinações	<i>p</i>
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo	2761 (35,8)	618 (8,0)	979 (12,8)	248 (3,2)	341 (4,4)	2757 (35,8)	
Feminino	1372 (31,7)	448 (10,3)	588 (13,6)	169 (3,9)	134 (3,1)	1620 (37,4)	<0,001
Masculino	1389 (41,2)	170 (5,0)	391 (11,6)	79 (2,3)	207 (6,1)	1137 (33,7)	
Idade (anos)							
≤17	2078 (35,9)	481 (8,3)	754 (13,0)	157 (2,7)	253 (4,4)	2063 (35,7)	<0,001
>17	683 (35,6)	137 (7,1)	225 (11,7)	91 (4,7)	88 (4,6)	694 (36,2)	
Escolaridade parental (anos)							
0-4 anos	731 (35,6)	130 (6,3)	245 (11,9)	93 (4,5)	98 (4,8)	759 (36,9)	<0,001
5-6	735 (37,2)	138 (7,0)	255 (12,9)	58 (2,9)	86 (4,4)	698 (35,4)	
7-12	629 (34,9)	165 (9,2)	247 (13,7)	36 (2,0)	77 (4,3)	649 (36,0)	
>12	662 (35,6)	185 (10,0)	232 (12,5)	59 (3,2)	79 (4,2)	642 (34,5)	
Reprovação escolar							
Sim	1045 (34,7)	212 (7,0)	355 (11,8)	137 (4,6)	148 (4,9)	1111 (36,9)	<0,001
Não	1706 (36,5)	405 (8,7)	624 (13,3)	111 (2,4)	192 (4,1)	1640 (35,1)	

A maioria dos adolescentes referiu estar satisfeito com a sua sexualidade (65,4%), variando essa proporção significativamente com o sexo, a idade, a escolaridade dos pais e o aproveitamento escolar (tabela 6). Os rapazes referiram mais frequentemente estarem satisfeitos com a sua sexualidade do que as raparigas 72,5% (vs. 59,9%). Do mesmo modo os adolescentes mais velhos, os que tiveram menor aproveitamento escolar e os filhos de pais mais escolarizados referiram mais frequentemente satisfação com a sua sexualidade.

Tabela 6. Distribuição dos participantes de acordo com o sentimento de satisfação com a sua sexualidade

	Satisfeito	Não satisfeito	<i>p</i>
	n (%)	n (%)	
	4735 (65,4)	2503 (34,6)	
Sexo			
Feminino	2434 (59,9)	1632 (40,1)	<0,001
Masculino	2301 (72,5)	871 (27,5)	
Idade (anos)			
15	728 (59,9)	488 (40,1)	<0,001
16	1363 (63,1)	796 (36,9)	
17	1399 (66,7)	698 (33,3)	
18	823 (70,0)	352 (30,0)	
19	422 (71,4)	169 (28,6)	
Escolaridade parental (anos)			
0-4 anos	1251 (62,6)	748 (37,4)	0,017
5-6	1216 (66,0)	627 (34,0)	
7-12	1106 (66,7)	553 (33,3)	
>12	1162 (66,9)	575 (33,1)	
Reprovação escolar			
Sim	1939 (69,7)	841 (30,3)	<0,001
Não	2775 (62,6)	1655 (37,4)	

Entre os adolescentes que decidiram deixar escrita uma opinião acerca das suas dificuldades e necessidades na área da Saúde Sexual e Reprodutiva a maioria referiu a necessidade de serem informados sobre o assunto (55,3%), enquanto que 30,9% refere a necessidade de recursos de apoio (tabela 7).

Os adolescentes do sexo feminino solicitaram mais frequentemente informação e recursos do que os adolescentes do sexo masculino, que optam por medidas mais genéricas. Os filhos de pais com menor escolaridade preferem mais informação enquanto que os filhos de pais mais escolarizados solicitam mais recursos.

Na tabela 8 descrevem-se os comportamentos sexuais dos adolescentes de acordo com o sexo. Os adolescentes do sexo masculino planearam menos a sua primeira relação sexual 67,7% (vs. 32,4%), tiveram mais frequentemente relações sexuais de um modo ocasional 69,9% (vs. 30,1%), referem com menos frequência ter tido parceiro sexual único 45,7% (vs. 54,3%), referem sentir-se mais satisfeitos com a sua sexualidade 63,9% (vs. 34,1%) e referem usar mais frequentemente o contraceptivo 65,9% (vs. 34,1%).

Tabela 7. Opinião dos adolescentes sobre medidas para os apoiar na área da Saúde Sexual e Reprodutiva

	Necessidade de informação	Necessidade de recursos de apoio	Outras medidas	
	n (%)	n (%)	n (%)	p
Sexo	708 (55,3)	379 (30,9)	177 (13,8)	
Feminino	498 (55,9)	284 (31,9)	109 (12,2)	0,037
Masculino	210 (54,0)	111 (28,5)	68 (17,5)	
Idade (anos)				
≤17	495 (55,4)	280 (31,4)	118 (13,2)	0,818
>17	158 (53,8)	98 (33,3)	38 (12,9)	
Escolaridade parental (anos)				
0-4	231 (62,3)	89 (24,4)	45 (12,3)	0,025
5-6	179 (53,6)	111 (33,2)	44 (13,2)	
7-12	144 (51,8)	93 (33,5)	41 (14,7)	
>12	153 (50,8)	102 (33,9)	46 (15,3)	
Reprovação escolar				
Sim	281 (55,4)	158 (31,2)	68 (13,4)	0,930
Não	424 (55,1)	236 (30,7)	109 (14,2)	

Tabela 8. Comportamentos sexuais dos adolescentes, de acordo com o sexo

	Masculino	Feminino	
	n (%)	n (%)	p
	1915 (63,6)	1095 (36,4)	
Primeira relação sexual			
Planeada	303 (55,4)	244 (44,6)	<0,001
Não planeada	1429 (67,7)	686 (32,4)	
Relações sexuais no último ano			
Até 1 vez/mês	656 (55,4)	528 (44,6)	<0,001
Ocasionalmente	948 (68,5)	436 (31,5)	
Nunca	237 (72,5)	90 (27,5)	
Número parceiros sexuais no último ano			
1	699 (45,7)	832 (54,3)	<0,001
2 - 5	803 (79,2)	211 (20,8)	
5	345 (91,3)	33 (8,7)	
Satisfação com a sua sexualidade			
Satisfeito	1494 (63,9)	843 (36,1)	0,002
Não satisfeito	247 (72,9)	92 (27,1)	
Uso do Contraceptivo			
Sim	1659 (65,9)	857 (34,1)	<0,001
Não	206 (56,0)	162 (44,0)	

Os hábitos tabágicos dos adolescentes (tabela 9), referentes ao último mês, variaram significativamente com o sexo, a idade, a escolaridade dos pais e o aproveitamento escolar.

Nos rapazes a proporção de fumadores foi de 37,9% e nas raparigas de 31,8%. Entre os adolescentes com idade superior a 17 anos, 41,6% fumavam enquanto que entre os mais novos 32,1% referiram fumar.

Nos filhos de pais com mais de 12 anos de escolaridade (38,5%) e nos adolescentes que reprovaram (42,3%) a proporção de fumadores foi também mais elevada.

O consumo de drogas ilícitas entre os adolescentes foi de 3,7% (tabela 10). A proporção de adolescentes consumidores de drogas ilícitas variou significativamente por sexo, escolaridade dos pais e aproveitamento escolar. Entre os rapazes referiram ter consumido drogas 5,2% enquanto que apenas 2,6% das raparigas o referiram. Nos adolescentes que reprovaram e nos filhos de pais com níveis mais elevados de escolaridade os consumos foram igualmente mais elevados.

Tabela 9. Hábitos tabágicos dos adolescentes

	Fuma n (%)	Não fuma n (%)	<i>p</i>
	2556 (34,4)	4867 (65,6)	
Sexo			
Feminino	1313 (31,8)	2810 (68,2)	<i><0,001</i>
Masculino	1243 (37,7)	2057 (62,3)	
Idade (anos)			
≤17	1789 (32,1)	3791 (67,9)	<i><0,001</i>
>17	767 (41,6)	1076 (58,4)	
Escolaridade parental (anos)			
0-4	599 (30,6)	1360 (69,4)	<i><0,001</i>
5-6	637 (33,6)	1260 (66,4)	
7-12	624 (35,8)	1118 (64,2)	
>12	696 (38,5)	1113 (61,5)	
Reprovação escolar			
Sim	1210 (42,3)	1653 (57,7)	<i><0,001</i>
Não	1340 (29,5)	3203 (70,5)	

Tabela 10. Consumo de drogas ilícitas

	Consumiu n (%)	Não consumiu n (%)	<i>p</i>
Sexo	262 (3,7)	6805 (96,3)	
Feminino	105 (2,6)	3940 (97,4)	<i><0,001</i>
Masculino	157 (5,2)	2865 (94,8)	
Idade (anos)			
≤ 17	193 (3,7)	5132 (96,3)	<i>0,296</i>
>17	66 (3,8)	1671 (96,2)	
Reprovação escolar			
Sim	119 (4,4)	2597 (95,6)	<i>0,020</i>
Não	140 (3,2)	4185 (96,8)	
Escolaridade parental (anos)			
0-4	49 (2,6)	1813 (97,4)	<i>0,035</i>
5-6	71 (3,9)	1760 (96,1)	
7-12	72 (4,4)	1582 (95,6)	
>12	69 (4,1)	1637 (95,9)	

A frequência com que os adolescentes foram vítimas de violência (tabela 11) variou significativamente com o sexo, a idade, a escolaridade parental e o aproveitamento escolar. Nos adolescentes do sexo masculino 30,8% (vs. 22,5%), nos mais velhos 28,9% (vs. 25,2%) e nos que reprovaram 27,4% (vs. 25,3%) os episódios de violência foram mais frequentes. Do mesmo modo são os filhos de pais com níveis mais elevado de escolaridade que referem ser mais frequentemente agredidos.

O tipo de violência mais frequentemente sofrida pelos adolescentes (tabela 12), foi a psicológica (44,6%), seguida da violência física (33,6%). Entre as raparigas a violência mais frequentemente referida foi a psicológica enquanto que nos rapazes foi a violência física.

A violência sexual foi referida por apenas 4,5% dos adolescentes, sendo mais frequentemente referida pelo sexo feminino 5,6% (vs. 3,5%) e pelos adolescentes que reprovaram 5,5% (vs. 3,8%).

Tabela 11. Violência sofrida pelos adolescentes

	Sim	Não	<i>p</i>
	n (%)	n (%)	
	1989 (26,1)	5622 (73,9)	
Sexo			
Feminino	965 (22,5)	3326 (77,5)	<0,001
Masculino	1024 (30,8)	2296 (69,2)	
Idade (anos)			
≤ 17	1444 (25,2)	4280 (74,8)	0,007
>17	545 (28,9)	1342 (71,1)	
Reprovação escolar			
Sim	812 (27,4)	2147 (72,6)	0,004
Não	1172 (25,3)	3463 (74,7)	
Escolaridade parental (anos)			
0-4	496 (24,5)	1531 (75,5)	<0,001
5-6	464 (23,8)	1483 (76,2)	
7-12	466 (26,1)	1322 (73,9)	
>12	561 (30,6)	1273 (69,4)	

Tabela 12. Tipo de violência sofrida pelos adolescentes

	Tipo de violência				<i>p</i>
	Física	Sexual	Psicológica	2 ou + tipos de violência	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
	659 (33,6)	88 (4,5)	876 (44,6)	341 (17,3)	
Sexo					
Feminino	186 (19,6)	53 (5,6)	556 (58,5)	155 (16,3)	<0,001
Masculino	473 (46,6)	35 (3,5)	320 (31,6)	186 (18,3)	
Idade (anos)					
≤ 17	468 (32,9)	55 (3,9)	647 (45,5)	251 (17,7)	0,195
>17	191 (35,2)	33 (6,1)	229 (42,3)	90 (16,6)	
Escolaridade parental (anos)					
0-4	177 (36,3)	22 (4,5)	200 (41,1)	88 (18,1)	0,248
5-6	146 (31,8)	19 (4,1)	219 (47,7)	75 (16,3)	
7-12	138 (29,7)	22 (4,7)	228 (49,1)	76 (16,5)	
>12	198 (35,9)	25 (4,5)	228 (41,3)	101 (18,3)	
Reprovação escolar					
Sim	305 (37,8)	44 (5,5)	325 (40,3)	132 (16,4)	<0,001
Não	353 (30,6)	44 (3,8)	548 (47,5)	208 (18,0)	

Os adolescentes agredidos referiram como principais agressores pessoas desconhecidas (32,3%), os colegas (20,8%) e os amigos (18,6%) (tabela 13).

Enquanto que os rapazes referem mais frequentemente terem sido agredidos por desconhecidos (43,8%) as raparigas referem os colegas como principal agressor (24,0%).

A Mãe e o professor foram referidos menos frequentemente como agressores. Enquanto que as raparigas, os adolescentes mais velhos, os que tiveram menos aproveitamento escolar e os filhos de pais com menos escolaridade referem como agressor menos frequente o professor, os rapazes, os mais novos, os que tiveram mais aproveitamento escolar e os filhos de pais mais escolarizados referem como agressor menos frequente a Mãe.

Tabela 13. Descrição dos agressores dos adolescentes

	Agressor							p
	Mãe	Pai	Professor	Amigo	Colega	Desconhecido	Outras combinações	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
	61 (3,4)	106 (5,9)	70 (3,9)	335 (18,6)	374 (20,8)	581 (32,3)	270 (15,0)	
Sexo								
Feminino	49 (5,6)	72 (8,2)	27 (3,1)	203 (23,2)	210 (24,0)	177 (20,3)	136 (15,6)	<0,001
Masculino	12 (1,3)	34 (3,7)	43 (4,7)	132 (14,3)	164 (17,0)	404 (43,8)	134 (14,5)	
Idade (anos)								
≤ 17	44 (3,3)	79 (5,9)	58 (4,4)	230 (18,9)	296 (22,4)	394 (30,1)	194 (14,9)	0,007
>17	17 (3,2)	27 (5,3)	12 (2,1)	105 (21,6)	78 (16,3)	187 (37,7)	76 (13,8)	
Reprovação escolar								
Sim	27 (3,7)	38 (5,1)	24 (3,3)	141 (19,1)	125 (16,9)	280 (37,9)	103 (14,0)	<0,001
Não	34 (3,2)	67 (6,4)	45 (4,3)	194 (18,4)	248 (23,5)	300 (28,5)	166 (15,7)	
Escolaridade parental (anos)								
0-4	14 (3,1)	33 (7,4)	11 (2,5)	91 (20,3)	97 (21,7)	136 (30,4)	66 (14,7)	0,040
5-6	14 (3,3)	25 (5,9)	11 (2,6)	92 (21,6)	96 (22,6)	139 (32,7)	48 (11,3)	
7-12	12 (2,9)	25 (6,0)	20 (4,8)	75 (18,0)	88 (21,1)	133 (31,9)	64 (15,3)	
>12	21 (2,2)	23 (4,0)	28 (5,5)	77 (15,2)	92 (18,2)	172 (34,1)	92 (18,2)	

USO CONSISTENTE DO PRESERVATIVO

Dos adolescentes entrevistados, 3010 (38,9%) referiram ter tido relações sexuais e destes 2651 (88,1%) responderam à questão do uso do preservativo. A frequência do uso do preservativo, de acordo com variáveis demográficas, sociais e comportamentais encontra-se descrita na tabela 14. A prevalência da *utilização consistente do preservativo* nos adolescentes estudantes portugueses foi de 55,4%, havendo 12,0% que referiu nunca o utilizar. Dos que usaram consistentemente o preservativo 73,9% eram rapazes e dos que nunca usaram 69,7% eram raparigas. As variáveis associadas a *nunca usar o preservativo nas relações sexuais* (vs. usá-lo ocasionalmente) foram: o sexo feminino 69,7% (vs. 37,6%); a idade superior a 18 anos 20,8% (vs. 16,3%); a idade da primeira relação sexual igual ou superior a 15 anos 77,3% (vs. 65,0%); a frequência das relações sexuais uma vez/mês, 59,2% (vs. 53,2%); a existência de um só parceiro sexual até ao momento 67,2% (vs. 46,1%), o não consumo de drogas 98,3% (vs. 95,6%) e o não ter sido vítima de violência 66,6% (vs. 60,6%).

Pela análise da tabela 15, verificou-se que, após ajuste entre si das variáveis demográficas, sociais e comportamentais anteriormente descritas, os factores que se associaram com maior risco do *uso não consistente do preservativo*, entre este grupo de adolescentes, foram pertencer ao sexo feminino, ser mais velho, viver em casa alugada, consumir drogas, ter relações sexuais mais frequentemente e ter sido vítima de violência.

As raparigas apresentavam o dobro do risco de não usar consistentemente o preservativo (OR=2,0 IC 95% 1,70-2,44). Também os adolescentes com 19 anos, quando comparados com os de 15 anos, os consumidores de drogas ilícitas e os que referiram ter relações sexuais mais frequentemente (uma vez por mês), comparados com os que nunca tiveram, apresentaram uma estimativa de risco de magnitude semelhante (OR=1,70 IC 95% 1,20-2,50); (OR=2,1 IC 95% 1,03-4,42) e (OR=2,5 IC 95% 1,83-3,51), respectivamente.

Tabela 14. Frequência do uso do preservativo de acordo com características demográficas, sociais e comportamentais.

	Uso do preservativo				p
	Nunca	Ocasional	Frequente	Consistente	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
	317 (12,0)	295 (11,1)	571 (21,5)	1468 (55,4)	
Sexo					
Feminino	221 (69,7)	111 (37,6)	188 (32,9)	383 (26,1)	<0,001
Masculino	96 (30,3)	184 (62,4)	383 (67,1)	1085 (73,9)	
Idade (anos)					
15	16 (5,0)	25 (8,5)	49 (8,6)	161 (11,0)	<0,001
16	53 (16,7)	62 (21,0)	122 (21,4)	239 (26,9)	
17	95 (30,0)	92 (31,2)	185 (32,4)	440 (30,0)	
18	87 (27,4)	68 (23,1)	131 (22,9)	314 (21,4)	
19	66 (20,8)	48 (16,3)	84 (14,7)	158 (10,8)	
Escolaridade parental (anos)					
0-4	73 (23,2)	68 (23,1)	124 (21,7)	360 (24,6)	0,264
5-6	85 (27,1)	75 (25,4)	149 (26,1)	376 (25,7)	
7-12	94 (29,9)	67 (22,7)	147 (25,7)	359 (24,5)	
>12	62 (19,7)	85 (28,8)	151 (26,4)	369 (25,2)	
Habitação					
Própria	240 (75,9)	231 (78,6)	471 (82,6)	1237 (84,7)	<0,001
Alugada	76 (24,1)	63 (21,4)	99 (17,4)	224 (15,3)	
Idade da primeira relação sexual (anos)					
<15	71 (22,7)	100 (35,0)	171 (30,5)	393 (27,9)	0,006
≥15	242 (77,3)	186 (65,0)	389 (69,5)	1017 (72,1)	
Primeira relação sexual					
Planeada	83 (26,3)	61 (20,9)	103 (18,0)	308 (21,1)	0,110
Não planeada	208 (66,0)	212 (72,6)	433 (75,8)	1049 (71,8)	
Imposta	24 (7,6)	13 (6,5)	35 (6,5)	105 (7,2)	
Relações sexuais no ano anterior					
Nunca	28 (9,2)	18 (6,4)	27 (4,8)	178 (12,6)	<0,001
Ocasionalmente	96 (31,6)	113 (40,4)	274 (49,0)	763 (53,8)	
Uma vez/mês	180 (59,2)	149 (53,2)	258 (46,2)	477 (33,6)	
Número de parceiros sexuais último ano					
1	209 (67,2)	130 (46,1)	220 (39,1)	741 (51,7)	<0,001
2-5	75 (24,1)	94 (33,3)	262 (46,6)	508 (35,5)	
>5	27 (8,7)	58 (20,6)	80 (14,2)	183 (12,8)	
Religião					
Prática	147 (46,7)	144 (48,8)	301 (52,7)	809 (55,1)	0,073
Não pratica	128 (40,6)	117 (39,7)	197 (34,5)	506 (34,5)	
Não tem religião	40 (12,7)	34 (11,5)	73 (12,8)	153 (10,4)	
Fuma					
Sim	166 (52,9)	153 (52,8)	324 (57,4)	722 (49,5)	0,014
Não	148 (47,1)	137 (47,2)	240 (42,6)	738 (50,5)	
Orientação sexual					
Heterossexual	298 (94,9)	278 (94,6)	551 (96,7)	1425 (97,2)	0,048
Não heterossexual	16 (5,1)	16 (5,4)	19 (3,3)	41 (2,8)	
Consumo de drogas ilícitas					
Sim	5 (1,7)	12 (4,4)	11 (2,1)	12 (0,9)	<0,001
Não	288 (98,3)	258 (95,6)	513 (97,9)	1303 (99,1)	
Vítima de Violência					
Sim	103 (33,4)	114 (39,4)	175 (31,3)	420 (29,0)	0,004
Não	205 (66,6)	175 (60,6)	388 (68,9)	1028 (71,0)	
Depressão (BDI ≥16)					
Sim	72 (24,7)	66 (24,3)	145 (27,1)	309 (22,1)	0,132
Não	219 (75,3)	206 (75,7)	390 (72,9)	1089 (77,9)	

Tabela 15. Determinantes do uso não consistente do preservativo

Uso não consistente do preservativo		
	OR*	(IC95%)
Mulher (vs. Homem)	2,0	(1,70-2,44)
Idade (anos)		
15		1†
16	0,9	(0,62-1,21)
17	1,2	(0,83-1,59)
18	1,3	(0,91-1,79)
19	1,7	(1,20-2,50)
Habitação alugada (vs. Própria)	1,2	(0,96-1,51)
Consumo de drogas ilícitas	2,1	(1,03-4,42)
Relações sexuais ano anterior		
Nunca		1†
Ocasionalmente	1,4	(1,04-1,98)
Uma vez/mês	2,5	(1,83-3,51)
Vítima de violência	1,2	(1,02-1,47)

**Odds Ratio* ajustado para o sexo, tipo de habitação, religião, idade da primeira relação sexual, frequência de relações sexuais no último ano, número de parceiros até ao momento, orientação sexual, fumar, consumo de drogas, vítima de violência. † Classe de referência.

As razões referidas pelos adolescentes para não usarem consistentemente o preservativo foram as que se apresentam na tabela 16.

Apesar de as razões terem sido as mesmas para os dois sexos, a ordem de prioridade foi diferente para raparigas e rapazes. As raparigas apontaram o uso de outro contraceptivo (49,6%), a certeza da fidelidade do parceiro (29,9%) e a diminuição do prazer sexual (28,3%) como razões principais, enquanto que os rapazes apontaram em primeiro lugar a diminuição do prazer sexual (66,5%), seguida da certeza da fidelidade do parceiro (20,9%).

Tabela 16. Razões apresentadas pelos adolescentes para não usarem consistentemente o preservativo

	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
Não sabe como utilizar	1	1,1	3	5,1
Tem vergonha de os comprar	6	5,6	5	9,3
Diminui o prazer sexual	28	28,3	38	66,5
Usa outro método contraceptivo	51	49,6	8	14,2
Diminui a confiança no parceiro	3	3,2	2	3,6
É fiel	22	22,4	12	20,7
Tem a certeza da fidelidade do parceiro	30	29,9	12	20,9
Não se habituou desde o início	11	10,7	7	12,0

INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

Nesta amostra de estudantes portuguesas do ensino secundário que responderam à questão do abortamento (4364) apenas se identificaram 27 casos de interrupção voluntária da gravidez, correspondendo à frequência global de 2,5% (IC 95%: 1,68-3,54).

A distribuição da interrupção voluntária da gravidez variou entre os adolescentes dos vários distritos do país, como descrito na tabela 17. Os distritos onde se encontraram as estimativas pontuais mais elevadas foram o de Faro (7,5%), Beja (6,4%) e Lisboa (6,3%). Nos distritos de Braga, Castelo Branco, Portalegre, Viseu e Viana do Castelo não foi registado nenhum caso.

Tabela 17. Distribuição da interrupção voluntária da gravidez por distrito

Distrito	Interrupção voluntária da gravidez		
	n	%	(IC 95%)
Aveiro	1	4,0	(0,20-18,20)
Beja	3	6,4	(1,65-16,40)
Braga	0	0,0	(0,0-12,73)
Bragança	4	2,1	(0,68-5,03)
Coimbra	1	1,6	(0,08-7,82)
Castelo Branco	0	0,0	(0,0-12,73)
Évora	3	2,1	(0,54-5,64)
Faro	3	7,5	(1,94-19,07)
Lisboa	6	6,3	(2,57-12,54)
Portalegre	0	0,0	(0,0-6,73)
Porto	1	1,8	(0,09-8,50)
Santarém	1	2,3	(0,12-10,70)
Setúbal	2	1,4	(0,24-4,61)
Viseu	0	0,0	(0,0-5,7)
Viana do Castelo	0	0,0	(0,0-22,0)
Vila Real	2	4,0	(0,68-12,6)

Verifica-se pela tabela 18, que o risco de interrupção voluntária da gravidez foi maior para as adolescentes que se consideraram sem religião (OR=2,9 IC 95% 1,10-7,44), para as raparigas que foram vítimas de violência (OR=3,5 IC 95% 0,48-18,30), em particular as vítimas de agressão sexual (OR=1,7 IC 95% 0,41-7,46), para as adolescentes que não

foram mães (OR=23,6 IC 95% 6,32-84,85) e ainda para as adolescentes que tiveram um maior número de parceiros sexuais (OR=18,9 IC 95% 6,40-55,99).

Tabela 18. Risco de interrupção voluntária da gravidez em adolescentes

	Sim	Não	OR (IC 95%)
	n (%)	n (%)	
	27 (2,5)	1059 (97,5)	
Idade (anos)			
15	4 (14,8)	63 (5,9)	1†
16	6 (22,2)	238 (22,5)	0,4 (0,11-1,45)
17	5 (18,5)	346 (32,7)	0,3 (0,06-0,87)
18	7 (25,9)	277 (26,2)	0,4 (0,11-1,40)
19	5 (18,5)	135 (12,7)	0,6 (0,15-2,25)
Religião			
Prática	12 (44,4)	545 (51,5)	1†
Não pratica	8 (29,6)	403 (38,0)	0,9 (0,37-2,23)
Não tem	7 (25,9)	111 (10,5)	2,9 (1,10-7,44)
Reprovação escolar			
Sim	13 (48,1)	532 (50,3)	1†
Não	14 (51,9)	525 (49,7)	0,9 (0,40-2,10)
Família			
Nuclear	20 (74,1)	728 (68,9)	1†
Monoparental	3 (11,1)	117 (11,2)	0,9 (0,27-3,19)
Reconstituída	2 (7,4)	49 (4,6)	1,5 (0,34-6,54)
Outros familiares	2 (7,4)	162 (15,3)	0,5 (0,10-1,94)
Escolaridade parental (anos)			
0-4	9 (33,3)	263 (24,9)	1†
5-6	4 (14,8)	286 (27,1)	0,4 (0,12-1,24)
7-12	9 (33,3)	257 (24,3)	1,0 (0,41-2,62)
> 12	5 (18,5)	251 (23,7)	0,6 (0,19-1,76)
Habitação			
Alugada	7 (25,9)	225 (21,3)	1†
Própria	20 (74,1)	830 (78,7)	0,8 (0,30-2,06)
Vítima de violência			
Não	11 (42,3)	747 (71,9)	1†
Sim	15 (57,7)	291 (28,1)	3,5 (1,48-18,30)
Violência que sofreu			
Física	4 (26,7)	54 (18,6)	1†
Sexual	4 (26,7)	31 (10,7)	1,7 (0,41-7,46)
Psicológica	2 (13,3)	153 (52,8)	0,2 (0,03-0,99)
Múltipla	5 (33,3)	52 (17,9)	1,3 (0,33-5,10)
Ser mãe			
Sim	5 (18,5)	10 (1,0)	1†
Não	22 (81,5)	1038 (99,0)	23,6 (6,32-84,85)
Número de parceiros sexuais no último ano			
1	10 (45,4)	820 (78,1)	1†
2-5	6 (27,3)	204 (19,4)	2,4 (0,87-6,71)
>5	6 (27,3)	26 (2,5)	18,9 (6,40-55,99)

† Classe de referência

COMPORTAMENTOS SEXUAIS E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA

A amostra para avaliação da sintomatologia depressiva dos adolescentes, que responderam ao Inventário Depressivo de Beck (BDI-II), ficou constituída por 7403 (93,2%) estudantes, sendo 3263 (44,1%) do sexo masculino.

Nesta amostra de adolescentes dos 15 aos 19 anos de idade a prevalência global de depressão (BDI \geq 16) foi de 21,6% (IC 95% 20,6-22,5) superior no sexo feminino (23,1% IC95% 21,8-24,4), $p < 0,001$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para a sintomatologia depressiva entre os adolescentes que já tiveram relações sexuais e os que não tiveram.

Entre os adolescentes e segundo o distrito, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas para a sintomatologia depressiva. Os adolescentes que manifestaram valores mais elevados de depressão foram os dos distritos de Lisboa (32,4%), Beja (29,0%) e Vila Real (24,8%).

Os adolescentes dos distritos de Faro, Bragança, Setúbal, Santarém, Coimbra e Viana do Castelo e Viseu situaram-se entre 20,0% e 23,6%. Prevalências inferiores a 20,0% foram observadas nos distritos de Évora, Braga, Castelo Branco, Portalegre, Aveiro e Porto.

Tabela 19. Distribuição da depressão por distrito

Distrito	BDI-II \geq 16		
	n	%	(IC 95%)
Aveiro	31	19,7	(14,07-26,50)
Beja	80	29,0	(23,9-34,50)
Braga	47	17,7	(13,49-22,69)
Bragança	375	20,6	(18,75-22,50)
Coimbra	97	23,6	(19,68-27,90)
Castelo Branco	99	19,0	(15,84-22,50)
Évora	136	16,5	(14,10-19,18)
Faro	47	20,9	(15,95-26,57)
Lisboa	154	32,5	(28,38-36,81)
Portalegre	39	19,0	(14,09-24,83)
Porto	69	19,7	(15,75-24,06)
Santarém	60	22,5	(17,77-27,77)
Setúbal	109	21,5	(18,05-25,19)
Viseu	548	22,4	(19,10-26,08)
Viana do Castelo	90	20,0	(12,70-29,21)
Vila Real	459	24,8	(21,05-28,94)

Para a análise da relação entre sintomatologia depressiva e comportamentos sexuais foram considerados apenas os adolescentes que responderam simultaneamente ao BDI-II e à questão da prática de relações sexuais, tendo a amostra diminuído para 7230 (91,2%), dos quais 3146 (43,5%) eram adolescentes do sexo masculino.

Entre os adolescentes do sexo masculino com actividade sexual, as médias de pontuação total de sintomatologia depressiva aumentaram com a idade, sendo aos 19 anos significativamente superior à dos indivíduos que não tiveram relações sexuais ($12,0 \pm 11,8$ vs. $9,0 \pm 9,7$; $p=0,041$) (tabela 20). Entre as raparigas com actividade sexual não se verificou a mesma tendência crescente nas médias de pontuação total de sintomatologia depressiva nem se verificaram diferenças significativas entre as raparigas com ou sem relações sexuais.

Tabela 20. Médias de sintomatologia depressiva (BDI-II) em adolescentes com relações sexuais e sem relações sexuais segundo a idade e o sexo

	Masculino					Feminino				
	Com Relações Sexuais		Sem Relações Sexuais		<i>p</i>	Com Relações Sexuais		Sem Relações Sexuais		<i>p</i>
	n	$\bar{X} \pm DP$	n	$\bar{x} \pm DP$		n	$\bar{x} \pm DP$	n	$\bar{x} \pm DP$	
Idade (anos)	1800	$10,3 \pm 10,0$	1346	$9,6 \pm 9,3$	0,050	1033	$10,8 \pm 10,0$	3051	$10,6 \pm 9,3$	0,900
15	216	$9,1 \pm 10,0$	296	$9,2 \pm 9,0$	0,433	65	$11,6 \pm 9,9$	651	$11,0 \pm 9,5$	0,695
16	465	$9,8 \pm 9,6$	483	$9,8 \pm 9,2$	0,718	236	$10,5 \pm 9,4$	977	$10,6 \pm 9,5$	0,903
17	527	$10,1 \pm 9,6$	338	$9,2 \pm 9,4$	0,805	326	$11,2 \pm 10,4$	870	$10,5 \pm 9,2$	0,655
18	361	$10,8 \pm 9,7$	163	$10,5 \pm 10,1$	0,579	272	$10,8 \pm 10,1$	381	$10,5 \pm 8,8$	0,790
19	231	$12,0 \pm 11,8$	66	$9,0 \pm 9,7$	0,041	134	$10,3 \pm 9,3$	172	$10,0 \pm 8,4$	0,879

Como descrito na tabela 21, as médias da pontuação de sintomatologia depressiva foram diferentes e estatisticamente significativas entre os rapazes de acordo com a frequência das suas relações sexuais ($p=0,033$), mas não nas raparigas.

Os adolescentes do sexo masculino que tiveram relações sexuais no último ano de modo ocasional mas com períodos intensos de vez em quando, foram os que apresentaram

a média de pontuação de sintomatologia depressiva mais elevada ($11,4 \pm 10,2$). Entre os adolescentes do sexo masculino as médias de pontuação de sintomatologia depressiva variaram ainda significativamente com o sentimento de satisfação com a sua sexualidade ($p=0,037$) e com o uso de contraceptivo ($p=0,020$). A média de pontuação de sintomatologia depressiva foi mais elevada nos que referiram não estar satisfeitos com a sua sexualidade ($12,7 \pm 10,0$) e nos que não usaram contraceptivo ($11,4 \pm 10,3$) comparativamente com os que usaram ($10,1 \pm 9,9$).

Nos adolescentes do sexo feminino a sintomatologia depressiva variou de forma significativa apenas de acordo com o sentimento de satisfação com a sua sexualidade ($p=0,027$). As raparigas que referiram estar pouco satisfeitas com a sua sexualidade foram as que apresentaram uma média de pontuação de sintomatologia depressiva mais elevada ($15,8 \pm 13,0$).

Tabela 21. Sintomatologia depressiva (BDI-II) segundo o sexo e os comportamentos sexuais

	Masculino		<i>P</i>	Feminino		<i>p</i>
	n= 1800	$\bar{x} \pm DP$		n= 1033	$\bar{x} \pm DP$	
Primeira relação sexual						
Planeada	311	10,1 ± 9,8	0,450	275	10,7 ± 9,8	0,545
Não planeada	1315	10,5 ± 11,1		703	10,3 ± 9,3	
Imposta	163	12,2 ± 12,5		49	13,8 ± 14,1	
Parceiro (a) da primeira relação sexual						
Amigo(a) /namorado(a)	1378	10,0 ± 9,6	0,494	817	10,8 ± 10,0	0,293
Desconhecido/a	189	11,1 ± 11,2		32	12,6 ± 12,0	
Relações sexuais no último ano						
Todos os dias	149	9,8 ± 10,7	0,033	66	12,3 ± 8,4	0,129
1vez /semana	283	10,2 ± 10,0		331	10,4 ± 9,4	
1 vez /mês	188	9,7 ± 10,3		108	10,5 ± 9,0	
Raramente (1 a 2 vezes/ano)	469	9,8 ± 9,5		156	12,5 ± 12,3	
Ocasional mas com períodos intensos	412	11,4 ± 10,2		250	10,8 ± 10,0	
Nunca	228	9,5 ± 8,4		83	9,7 ± 9,7	
Número de parceiros sexuais no último ano						
1	656	9,5 ± 8,7	0,719	785	10,9 ± 9,9	0,846
2 - 5	755	10,6 ± 10,3		200	11,2 ± 10,6	
> 5	323	10,7 ± 10,8		30	9,7 ± 8,3	
Orientação sexual						
Heterossexual	1561	10,2 ± 9,8	0,168	986	10,8 ± 10,1	0,851
Não heterossexual	68	12,5 ± 12,6		39	10,5 ± 10,3	
Satisfação com a sua sexualidade						
Muito satisfeito	794	10,0 ± 10,5	0,037	521	10,2 ± 9,5	0,027
Satisfeito	757	10,4 ± 9,7		418	11,2 ± 9,8	
Pouco satisfeito	151	10,5 ± 8,6		38	15,8 ± 13,0	
Não satisfeito	43	12,7 ± 9,9		16	9,9 ± 7,1	
Não sabe	51	10,3 ± 10,7		37	12,3 ± 13,2	
Uso do Contraceptivo						
Sim	1562	10,1 ± 9,9	0,020	815	11,0 ± 10,1	0,686
Não	192	11,4 ± 10,3		146	10,3 ± 9,2	
Uso consistente do preservativo						
Sim	1088	9,9 ± 9,6	0,978	371	11,1 ± 10,1	0,821
Não	520	10,2 ± 10,2		282	11,1 ± 10,0	

4. Discussão

CONHECIMENTOS, ATITUDES E COMPORTAMENTOS NA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Os adolescentes do sexo feminino e os mais velhos foram os que revelaram estar mais informados sobre as questões da saúde sexual e reprodutiva à semelhança de outras investigações ^(1,30). Ao contrário, os adolescentes do sexo masculino e os mais novos foram os que mais procuraram informação nos meios audiovisuais ou que não procuraram e que referiram sentir-se mais satisfeitos com a sua sexualidade. Ainda, os adolescentes do sexo masculino foram os que mais frequentemente praticaram comportamentos considerados de maior risco como o não planeamento da primeira relação sexual, a prática de relações sexuais de um modo ocasional e um maior número de parceiros sexuais.

A procura de informação feita pelos adolescentes para se informarem sobre assuntos relacionados com a sua sexualidade teve como fonte mais procurada os meios audiovisuais. Foram os adolescentes do sexo masculino, os mais novos e os filhos de pais com menor escolaridade que preferiram mais frequentemente esta fonte de informação. Estes resultados coincidem com os de outras investigações ^(30, 141,142), onde os rapazes priorizam os meios audiovisuais com especial incidência para a Internet. Os rapazes preferem uma procura de informação mais individualizada e discreta, tendo nas revistas, no cinema e materiais de vídeo fontes de apoio para essa procura. A Internet representou, no grupo dos adolescentes do nosso estudo que preferiram os audiovisuais, uma percentagem (10,2%) relevante da procura de informação feita pelos adolescentes. A Internet é cada vez mais uma das fontes preferidas pelos adolescentes para satisfazer as sua curiosidade e necessidade de informação. Esta evidência foi também verificada num estudo com 412 adolescentes de 16 anos de idade, realizado em Nova Iorque com o objectivo de examinar as atitudes dos adolescentes na procura de informação sobre saúde ⁽¹⁴³⁾. No estudo em causa a Internet foi o principal meio para adquirir informação na área da Saúde Sexual e Reprodutiva (49,0%). Os tópicos mais procurados pelos adolescentes do estudo em causa foram as doenças sexualmente transmissíveis, os comportamentos sexuais, o controlo da natalidade e o abuso físico e sexual. Estes adolescentes consideraram a Internet como uma fonte de informação muito valiosa. O facto de os adolescentes do nosso estudo, que preferem a Internet, serem filhos de pais menos escolarizados talvez possa ser entendido como uma maneira de colmatar as deficiências de informação, que caso contrário, lhes poderiam ser facultadas pelos pais.

Os adolescentes do sexo feminino, os mais velhos e os filhos de pais com apenas 4 anos de escolaridade procuraram mais frequentemente a informação nos profissionais de saúde (4,5%). Parece verificar-se aqui uma diferença de género, sendo os rapazes mais reservados na sua intimidade tentam informar-se sem recorrer com tanta frequência a terceiros, as raparigas tendo uma capacidade diferente de expressar os seus sentimentos e necessidades recorrem mais frequentemente à fonte especializada que são os profissionais de saúde. O facto de serem os mais velhos a procurar a informação neste profissionais revela uma maior maturidade e até responsabilidade no sentido da promoção da saúde.

Pelo contrário, entre os adolescentes brasileiros foram os mais novos a pedirem informação ⁽³⁰⁾ especializada. Os adolescentes brasileiros consideraram a Escola o local ideal para discutir e obter informação acerca da sexualidade. Os adolescentes portugueses desta amostra também consideraram a Escola (78,0%), o local prioritário escolhido para poder discutir os assuntos sobre a sua sexualidade. A sua preocupação em adquirir informação e ajuda (96,3%) nesta temática é muito grande e consideram importante disponibilizarem-se para reflectir sobre outras questões como o formato em que ela deveria ser ministrada. Esta preocupação em adquirir conhecimentos e a disponibilidade para actuar por parte dos adolescentes foi também realçada noutros estudos ^(30,144), num dos quais em adolescentes entre os 13 e os 17 anos. Estes adolescentes quando confrontados com problemas relacionados com o consumo de drogas tiveram receio de ajudar, mas depois mostraram alguma disposição para se envolverem no trabalho de prevenção e tratamento do problema ^(144,145). Na verdade e segundo a Organização Mundial de Saúde, a juventude tem demonstrado a sua capacidade em tomar decisões responsáveis para se proteger quando lhes são possibilitados os meios ⁽¹⁴⁶⁾. Para reforçar e apoiar esta atitude de disponibilidade dos adolescentes e jovens a Organização Mundial de Saúde ⁽¹⁴⁶⁾ inclui nos seus objectivos o desenvolvimento do controlo e da responsabilidade dos indivíduos sobre a sua própria saúde, no sentido da prevenção de comportamentos de risco.

Os adolescentes que participaram noutras investigações manifestam a mesma necessidade de apoio e sentem necessidade em adquirir informação na área da sexualidade ^(1,147). Estes dados estão em desacordo com os de uma investigação ⁽¹⁴⁸⁾ na qual a maioria dos jovens afirma não ter necessidade de esclarecimentos nem de apoio técnico por parte de serviços especializados sobre sexualidade, aprendendo em regime de aparente autodidactismo.

Constata-se, ainda, que os amigos como fonte de informação representam 12,8% das preferências dos adolescentes da nossa investigação, à frente dos pais (8,0%), o que

em termos de socialização entre *grupos de pares* adquire importância já que a construção da identidade dos adolescentes passa pelo grupo de pares e amigos.

O que importa fazer sobressair é que os adolescentes, de uma forma geral, pedem que lhes seja dada mais informação e que a escola se preocupe mais com eles.

Há no entanto, quem aponte a educação sexual nas escolas a responsável pelo início precoce das relações sexuais e do aumento do número de parceiros sexuais entre os adolescentes ⁽¹⁴⁵⁾.

Estes argumentos carecem de fundamento uma vez que revisões da literatura científica, entre as quais as patrocinadas pelo Programa de AIDS das Nações Unidas, que avaliaram programas com jovens em vários países desenvolvidos, concluíram que programas efectivos ajudam a adiar o início da vida sexual e protegem os jovens sexualmente activos de infecções sexualmente transmissíveis e das gravidezes indesejadas ⁽¹⁴⁸⁻¹⁵¹⁾.

Até porque, apesar do conhecimento não conduzir sempre às melhores práticas, é certo, que dominando o conhecimento há pelo menos a possibilidade de poder questionar as vantagens e desvantagens dos comportamentos, que poderá levar mesmo à alteração dos mesmos, ou, ao enveredar por comportamentos considerados mais saudáveis.

A idade mais precoce da primeira relação sexual nos rapazes e o seu maior número de parceiros sexuais neste estudo podem ser os motivos pelos quais entre os rapazes 72,5% referem estar satisfeitos com a sua sexualidade, enquanto que entre as raparigas apenas 59,9% referem essa satisfação. De facto os adolescentes vivem a sua sexualidade de uma forma cada vez mais experimental e em idades mais precoces, com especial destaque para o sexo masculino. Efectivamente os adolescentes do sexo feminino continuam com uma sexualidade compulsiva que fica bem clara numa investigação realizada em jovens ⁽⁶⁾. Nesta investigação estava estabelecido um protocolo experimental que implicava a abordagem de estudantes universitários por colegas do sexo oposto com três propostas possíveis: uma visita ao apartamento do companheiro, um encontro futuro e a terceira ter relações sexuais. Os resultados mostraram que 75,0% dos rapazes aceitaram ter relações sexuais e das mulheres nenhuma aceitou essa possibilidade. Apesar de hoje em dia as diferenças de padrão sexual entre rapazes e raparigas tenderem a esbater-se, a prática mostra que elas ainda existem e de uma forma clara, se bem que com todos os constrangimentos o sexo feminino tem também já legitimada a sua sexualidade juvenil.

No âmbito da satisfação com a respectiva sexualidade, os estudos são, no nosso conhecimento, praticamente inexistentes, sendo escassa a referência a estudos sobre a satisfação com a sexualidade em adolescentes. No entanto, os anos sessenta, foram

produtivos em relação a textos sobre gravidez, parto e puerpério em adolescentes, registados no *Índex Medicus*, representando, só, eles 51,0% de todos os textos indexados durante quase meio século ⁽¹⁵²⁾.

Apenas se obtiveram dois estudos sobre a satisfação com a sexualidade ^(153,154) em adultos, verificando-se que a satisfação com a sexualidade de cada pessoa foi associada ao menor uso do preservativo. Homens e mulheres admitiram ter tentado dissuadir o seu parceiro para não usar este método durante o coito o que vem reforçar, a ideia errada, de que preservativo e prazer sexual são incompatíveis.

Apesar de as diferenças entre os sexos serem cada vez menos evidentes, ainda se verificam em alguns aspectos do comportamento dos adolescentes. O sexo masculino apresentou proporções de consumo de tabaco, de drogas ilícitas e prática de violência física mais elevados, o que está de acordo com outros estudos ^(44,56,155). Os resultados destes estudos sugerem que os comportamentos de risco tendem a formar constelações de comportamentos em adolescentes vulneráveis e em idades cada vez mais baixas.

É certo que o fenómeno dos vários consumos ao mesmo tempo obriga-nos a reflectir sobre a melhor estratégia de programas de prevenção ⁽¹⁵⁶⁾, ponderando, por um lado a orientação para comportamentos específicos deixando de lado outros comportamentos associados, ou, fazendo uma orientação global. Uma estratégia possível de prevenção poderá ser centrada na *relação de ajuda* que se estabelece com os adolescentes estimulando o desenvolvimento de competências pessoais e sociais ⁽¹⁵⁷⁻¹⁵⁹⁾.

A ajuda ao adolescente para aprender a negociar, a resolver conflitos ⁽¹⁶⁰⁾, a fundamentar opiniões críticas e a saber comunicar é um modo de poder prevenir os vários riscos. O adolescente sente-se mais valorizado e tem oportunidade de pôr em prática o que aprendeu sabendo lidar com situações e comportamentos que envolvam risco para a saúde, sofrendo o menor dano possível. Até porque mais de um quarto dos adolescentes deste estudo referiu ter sido vítima de violência (26,1%), representando a violência sexual, 4,5%. Estes resultados são consistentes com os de um estudo realizado em 52 escolas estatais de Porto Alegre ⁽¹⁴⁵⁾, com 1223 estudantes, cujo objectivo foi verificar a prevalência da exposição à violência sexual entre os adolescentes. Os adolescentes que foram vítimas e testemunhas de actos de violência sexual apresentaram uma média de exposição a incidentes de violência comunitária geral, maior do que aqueles que não estiveram em contacto com a violência, sendo os adolescentes do sexo feminino e os mais velhos as principais vítimas.

Perante os resultados desta investigação, fica claro que, os adolescentes são capazes de opinar e dizer quais são as suas necessidades em termos de sexualidade ⁽¹⁶⁰⁻¹⁶³⁾

e investir na resolução das mesmas, importando por isso, estar atento e conquistá-los para em conjunto tornar a Promoção da Educação Sexual e Reprodutiva um cuidado acessível a todos ⁽¹⁴⁴⁾.

As diferenças encontradas nos adolescentes em relação aos seus conhecimentos e comportamentos, apesar de semelhantes a outros estudos ^(107,163) sustentam a necessidade de intervenções específicas atendendo, às diferenças de género, sociais, económicas, culturais e aos comportamentos associados.

A promoção da Educação para a Saúde Sexual e Reprodutiva terá que ser desenvolvida com a participação de quatro grupos, a saber: os próprios adolescentes, as famílias com adolescentes, os profissionais de saúde da família, sem esquecer a Escola ^(101,102). É essencial a aproximação dos conteúdos na compreensão de elementos associados a propostas desta natureza. As acções devem interferir efectivamente na alteração comportamental por via da compreensão, da confidencialidade e da auto-responsabilização.

A prática de conjugação de esforços entre médicos, enfermeiros, professores e outros profissionais no que respeita à promoção da educação para a saúde em meio escolar é uma estratégia que existe há longos anos ^(9,44). Esta necessidade estratégica é agora reforçada pelos adolescentes, que pedem união de esforços para apoio na sua saúde sexual e reprodutiva, através das opiniões expressas sobre as medidas de apoio, o espaço e o formato das estruturas necessárias à consecução desse objectivo.

Naturalmente que a educação para a sexualidade não tem início na adolescência nem é privilégio exclusivo da Escola, mas esta deve ter um papel fundamental, pois é na Escola que os adolescentes mais convivem, mais se conhecem, formam os grupos e discutem os assuntos ^(147,148,163).

Assim, uma informação que seja transmitida com uma linguagem muito técnica e científica poderá ser rejeitada se for dissonante do contexto afectivo e cognitivo associado pelos adolescentes aos comportamentos, já que as atitudes nos seus três componentes (afectivo, cognitivo e comportamental) reforçam-se mutuamente, formando uma estrutura de conjunto, que tende a permanecer estável. Acontece, por vezes, que estes componentes não estão em total harmonia no campo da sexualidade, que está sujeita a várias influências em muitos casos contraditórias ⁽¹⁰³⁾. As nossas atitudes nem sempre são passíveis de explicações objectivas, existe o lado subjectivo que deixa transparecer a incoerência entre o que pensamos e o que de facto fazemos. A percepção do risco nem sempre conduz à redução de comportamentos de risco dada a interacção de factores afectivos e cognitivos.

Refira-se, a propósito, a questão do uso do preservativo, que não tem necessariamente uma relação directa com o conhecimento dos adolescentes.

Porque razão, os adolescentes que não desejam contrair doenças sexualmente transmissíveis, não utilizam o método adequado ou não o fazem de forma consistente?

Por um lado, as que estão relacionadas com explicações objectivas (não sabe, não sabe que previne, não sabe onde adquirir, não tem poder económico para comprar); e por outro, aquelas que estão subjacentes a questões do tipo subjectivo (diminui o prazer sexual, tem vergonha de comprar, confia no parceiro sexual), nas quais se verifica a incoerência entre o que se pensa e o que se faz.

Para que os programas sobre saúde sexual e reprodutiva sejam bem sucedidos é necessário que integrem algumas características comuns ^(163,165,163-168) : ter como centro de atenção a mudança de comportamentos de risco; reforçar a mensagem de que o sexo desprotegido não é desejável; explicar as maneiras possíveis de os adolescentes se poderem proteger; envolver activamente os adolescentes na aprendizagem, com técnicas praticadas em modelos; apoiar os adolescentes no desenvolvimento da sua comunicação e habilidades de negociação; discutir com os adolescentes as questões sociais e culturais existentes relativamente à actividade sexual desse grupo etário; formar e treinar os adolescentes para serem eles próprios a ensinar os seus pares.

USO CONSISTENTE DO PRESERVATIVO

A prevalência do uso consistente do preservativo nos adolescentes portugueses (55,0%) foi muito próxima da dos adolescentes americanos que, nos estudos analisados ^(63, 64,66,68,167,168), revelaram esse uso em cerca de 55,0% e mais baixa do que os números apresentados pelos adolescentes espanhóis (66,6%) e pelos franceses (65,6% os rapazes e 43,3% as raparigas) ^(163,165).

No entanto, comparativamente com os adolescentes portugueses da década anterior o uso do preservativo, que era então, de 47,7% ⁽⁴⁰⁾ aumentou consideravelmente. Já a média de idades da primeira relação sexual dos adolescentes portugueses em 1998 ⁽⁶⁾ que era de 20,6 anos nas raparigas e 17,4 anos nos rapazes, desceu para 16 e 15 anos, respectivamente. Na nossa investigação a média de idades da primeira relação sexual mantém os valores atrás referidos (16 anos para o sexo feminino e 15 para o sexo masculino) que são muito próximos da média europeia que é de 15 anos para os dois sexos ⁽¹⁾. Esta rápida descida da idade média da primeira relação sexual não foi acompanhada pelo correspondente aumento do uso do preservativo com todas as consequências daí decorrentes nomeadamente a desprotecção em relação às DST.

O uso consistente do preservativo praticado por cerca de metade dos adolescentes foi mais elevado nos adolescentes que viviam em casa própria, observando-se maior probabilidade desse uso se verificar nos adolescentes com mais anos de escolaridade. Este facto pode estar associado à hipótese, segundo a qual nas classes sociais mais baixas, as oportunidades económicas e educacionais, favorecem uma socialização que conduz a comportamentos de risco ⁽⁶⁾. Ao contrário, a vivência dos adolescentes em melhores condições sociais e económicas, contribui para a participação em actividades sociais que por sua vez favorecem comportamentos saudáveis e conduzem a mais e melhores conhecimentos ^(1,17,169).

Segundo estudos já realizados ^(66,67,170) é certo que a escolaridade afecta positivamente os comportamentos, alterando-os e invertendo as consequências daí resultantes.

A escolaridade mais elevada, pressupõe a aquisição de mais e melhores conhecimentos, mas que necessitam ser integrados e desenvolvidos de modo a envolver activamente os principais visados, que são os adolescentes. A escolaridade só por si pode não ter o efeito pretendido de alteração de atitudes e comportamentos nos adolescentes, se ela não for interiorizada. Mais uma vez, a informação tem que ser transmitida com uma

linguagem acessível e correcta, adaptada ao contexto afectivo e cognitivo associado pelos adolescentes aos comportamentos.

Quase todos os adolescentes de ambos os sexos, que tiveram relações sexuais, disseram conhecer algum tipo de contraceptivo (96,0%), sendo a pílula e o preservativo os métodos mais referidos (65,6%). Apesar de um maior conhecimento sobre contraceptivos não estar necessariamente relacionado com o seu uso mais frequente ⁽¹⁰¹⁾, neste estudo, dos adolescentes que disseram conhecer algum método, 87,2% usaram-no.

Dos adolescentes que não usaram consistentemente o preservativo (44,5%) mas tiveram relações sexuais, as principais justificações apresentadas para esse comportamento foram: a ideia da diminuição do prazer sexual, o uso de outro contraceptivo e a fidelidade presumida do parceiro. Sessenta e seis e meio por cento dos rapazes disse não usar consistentemente o preservativo porque pensam que ele diminui o prazer sexual, sendo argumento para 49,6% dos adolescentes do sexo feminino o uso de outro método contraceptivo (pílula).

A ideia da diminuição do prazer sexual dos adolescentes portugueses foi a primeira razão apresentada pelos rapazes para não usarem o preservativo de um modo consistente, estando em terceira prioridade para as raparigas (23,8%), ficando evidente a desinformação e a sobrevalorização do sexo pelo sexo dos adolescentes portugueses. De facto a maioria dos jovens, quer homens quer mulheres, defende a opinião das relações sexuais não terem sentido se não houver amor ⁽¹⁰⁶⁾, apesar disso quase 40,0% dos jovens são de opinião que o prazer sexual se basta a si mesmo.

Ao contrário, no estudo já referido com 5370 estudantes de escolas secundárias do estado de Massachusetts nos Estados Unidos da América, a ideia de que o uso do preservativo não diminui o prazer sexual, foi precisamente um dos factores associados ao seu uso ⁽¹⁶⁷⁾ o que deixa perceber a eficácia do conhecimento nestes adolescentes e a atitude diferente em relação ao sexo.

O abandono do uso do preservativo em benefício de outros métodos, considerados mais cómodos, nomeadamente a pílula, supostamente quando a relação afectiva entre adolescentes se torna estável é frequente e também se verificou noutros estudos ^(17,166,1171, 172-175). Os adolescentes mais velhos sendo os que assumem relações mais estáveis, preferem o uso da pílula em detrimento do preservativo.

Assim sendo, o tipo de relação existente entre os adolescentes é um dos factores que influencia o uso do preservativo de acordo com a maior ou menor estabilidade dessa relação, podendo considerar-se dois tipos de relações, as “*relações estabelecidas*” e as “*novas relações*” ⁽⁷⁸⁾.

Quando os adolescentes mantêm uma *relação estabelecida*, ela torna-se fixa e portanto estável, em menos de um mês de duração ^(78,172). É possível supor que a estabilidade do relacionamento dê aos adolescentes maior tempo para a negociação do uso do contraceptivo. O preservativo é substituído pela pílula como sinal de estabilidade na relação, tornando-se difícil argumentar o seu uso, tanto mais que estes adolescentes, tal como outros ⁽¹⁷¹⁻¹⁷⁶⁾ acreditam na fidelidade dos seus parceiros. As características específicas da relação mantida entre adolescentes deixam sem prevenção os riscos de doenças sexualmente transmissíveis.

Os resultados obtidos em relação ao uso do preservativo e à frequência das relações sexuais mostraram que à medida que as relações sexuais são mais frequentes menos se usa ^(1,78). Tal facto, parece indicar que estes adolescentes ainda não interiorizaram a necessidade de se prevenirem nas situações consideradas de maior risco, o que reforça a ideia de que conhecer nem sempre significa usar.

A presente investigação revelou, ainda, que os adolescentes usaram o preservativo na relação inversa do número de parceiros. Este dado é consistente com outros estudos nos quais os adolescentes informaram usar menos o preservativo quanto mais elevado o número de parceiros ^(166,172,177). Acresce a este facto, a preocupação de em termos de conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis, apenas 56,5% referir estar informado.

Os adolescentes mais velhos, com maior número de parceiros sexuais, que foram agredidos e que consumiram drogas ilícitas ocasionalmente (cocaína, heroína, haxixe) apresentaram um maior risco de não usarem consistentemente o preservativo.

Num grupo de adolescentes estudantes australianos não se verificou nenhuma relação entre o número de companheiros sexuais no último ano e o uso do preservativo ⁽¹⁶⁶⁾.

Apesar de o uso de contraceptivos ser um dos temas predominantes em investigações cujas populações do estudo são os adolescentes, é escassa a existência de trabalhos específicos sobre os determinantes do uso dos contraceptivos ⁽¹⁰¹⁾.

A par da investigação sobre os determinantes do uso do preservativo é também necessário, um reforço maior na informação específica, dirigida aos adolescentes e em idades cada vez mais precoces ^(167,172). As campanhas de disponibilização dos preservativos aos adolescentes não têm sido suficientes. É, por isso, importante continuar a investir, cada vez mais, na comunicação com e entre os adolescentes, no desenvolver a percepção do risco em relação às doenças sexualmente transmissíveis, na sua habilidade e confiança para o uso do preservativo e sobretudo no dissipar de crenças erradas em relação à sexualidade ^(169,170).

Apesar da complexidade de factores intervenientes no uso do preservativo, o entendimento que ressalta deste estudo, é que a maior parte dos factores associados ao uso não consistente do preservativo são de ordem cultural, expressando o modo como a sexualidade é socialmente construída a partir de orientações culturais em que o «masculino» e o «feminino» são objecto de regras diferenciadas ^(177,178), muitas delas de âmbito estritamente íntimo e privado.

Estas circunstâncias fundamentam a pertinência de intervenções focalizadas em grupos, no sentido de os adolescentes perceberem a igualdade de direitos e deveres relativamente ao género, a compatibilidade entre prazer sexual e uso do preservativo, a confiança esclarecida no parceiro sexual e a necessidade de medidas preventivas. As estratégias devem ser abordadas com a participação activa e crítica dos adolescentes no sentido de que sejam eles próprios a tomarem consciência e iniciativa relativamente à prevenção dos riscos a que estão sujeitos ^(178,179) tornando-se activos na mudança de comportamentos entre *pares*.

INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

A proporção de adolescentes portuguesas entre os 15 e os 19 anos de idade que praticaram interrupção voluntária da gravidez foi de 2,5%.

Em Espanha o abortamento tem vindo a aumentar nas grávidas adolescentes, estimando-se que em 1994 um terço destas grávidas o tenham praticado ^(67,180).

Noutros países existem números elevados de abortamento, como por exemplo, no Brasil com 32 abortamentos por 1000 mulheres, no grupo etário dos 15 aos 19 anos, sendo o principal motivo de internamento hospitalar a gravidez, parto e pós-parto ⁽¹⁾.

Em Portugal e Espanha a interrupção voluntária da gravidez está prevista legalmente em casos de violação, de malformação fetal ou para proteger a saúde física e psíquica das mulheres ^(1,67,164), mas a sua prática é muito diferente. Em Portugal não é possível realizar abortamento voluntário a pedido da mulher que invoca razões sociais ou económicas o que é considerado em Espanha.

Num estudo realizado sobre o perfil da juventude portuguesa, 2,7% das jovens que referiram ter tido relações sexuais declararam ter realizado abortamento ⁽⁴⁰⁾, valor muito próximo da presente investigação.

Noutro estudo cujo objectivo foi estimar a incidência da interrupção voluntária da gravidez na população feminina de Portugal continental entre os 15 e os 44 anos, indicou que no período em estudo (1993-1997) terão ocorrido em média, 38,6 interrupções voluntárias da gravidez por mil mulheres/ano, tendo o valor mais elevado ocorrido no grupo etário entre os 25 e os 34 anos de idade ⁽⁷⁰⁾.

O Inquérito à Fecundidade e Família de 1997 ⁽⁴⁹⁾ que englobou 6260 mulheres portuguesas, com idades entre os 15 e os 49 anos, revelou que 5,0% destas mulheres fizeram pelo menos um abortamento. Entre os 45 e os 49 anos, esta percentagem aumentou para 10,0%. As mais novas, entre os 15 e os 19 anos, abortaram menos, 0,3%. É entre as mulheres casadas que engravidam com mais de 35 anos que o abortamento surge em maior percentagem. Refira-se que esta foi a primeira vez que são revelados dados oficiais sobre a prática do abortamento em Portugal, tendo sido o aborto assunto referendado no dia 28 de Junho de 1998.

Acresce, que relativamente ao abortamento, especificamente em adolescentes, os estudos são praticamente inexistentes, havendo referências a este grupo nos escassos estudos existentes e aqui referidos sobre o abortamento em Portugal.

Num estudo que englobou 316 mulheres entre os 16 e os 49 anos, em dois locais do Litoral Centro do país, os resultados ⁽⁷⁴⁾, permitem concluir que as mulheres que menos abortaram foram as solteiras e as estudantes, sendo as que mais abortaram as mulheres casadas, já com filhos e com uma média de idades de 32,5 anos. Estas características são muito semelhantes às das mulheres do estudo anterior, ou seja: eram casadas e a idade média com que praticaram o abortamento situou-se entre na ordem dos 30 anos de idade. O estudo refere ainda que, 12,7% eram adolescentes entre os 16 e os 19 anos, sendo 67,5% estudantes. Destas adolescentes, 12,5% já tinham abortado anteriormente uma vez, o que significa que as medidas de apoio à Saúde Sexual e Reprodutiva não existiram ou não foram eficazes.

O presente estudo permitiu verificar que o risco de abortamento foi maior para as adolescentes que se consideraram sem religião (OR= 2,9 IC 95% 1,1-7,44) para as raparigas que foram vítimas de agressão sexual (OR= 1,7 IC 95% 0,41-7,46), para as adolescentes que não foram mães (OR= 23,6 IC 95% 6,32-84,85) e ainda para as adolescentes que tiveram mais parceiros sexuais (OR= 18,9 IC 95% 6,40-55,99).

Estes resultados convergem com outros de sociedades diferentes da nossa, como a americana ^(181,182) onde a gravidez na adolescência é frequentemente resolvida através da interrupção voluntária e cujo número de parceiros sexuais, entre adolescentes, é mais elevado ⁽¹⁸³⁻¹⁸⁵⁾.

A associação entre agressão sexual e maior risco de interrupção voluntária da gravidez também se verificou noutros estudos ^(68,69) com um risco aumentado de receio de engravidar (OR=2,6).

Prevê-se um aumento da interrupção voluntária da gravidez entre adolescentes ⁽¹⁸⁶⁻¹⁸⁸⁾, não obstante a diminuição de gravidez em adolescentes mais velhas ⁽¹⁸⁹⁾.

O conhecimento da frequência e das características das adolescentes que praticaram abortamento é uma prioridade ^(190,191) de Saúde Pública, para o que é necessário uma definição operacional do termo abortamento.

Em Portugal as diferenças regionais sobre interrupção voluntária da gravidez em adolescentes foram evidentes, desde 7,5% em Faro até nenhum caso em vários distritos. Apesar da dificuldade de obtenção de estimativas precisas, como patente no intervalos de confiança apresentados, dado o número reduzido de raparigas que refere ter praticado abortamento, pode admitir-se que questões culturais e sociais possam ter o seu contributo nestas percentagens.

Neste estudo as adolescentes que praticaram abortamento não conheciam a contraceção de emergência. Das cinco adolescentes que tinham essa informação

nenhuma delas praticou interrupção voluntária da gravidez. Os resultados de estudos efectuados com mulheres espanholas permitiram verificar que as mulheres que alguma vez praticaram interrupção voluntária da gravidez tinham utilizado previamente a contracepção de emergência em 36,0% ^(191,192), denunciando a diferença de conhecimentos e práticas, entre os dois países.

Em adolescentes americanas que já tinham realizado interrupção voluntária da gravidez, entre os 13 e os 18 anos de idade, 85,0% conheciam a contracepção de emergência ficando, mais uma vez, clara a superioridade do conhecimento-acção ^(193,194).

Sendo a contracepção de emergência, um método especialmente apelativo e importante, se pensarmos no facto de muitas das relações não serem programadas, nem sequer esperadas, é preocupante a falta de informação sobre a pílula do dia seguinte das adolescentes portuguesas.

Este desconhecimento, embora, não possa ser justificado totalmente, pode ser entendido e atenuado, pelo facto de a contracepção de emergência só ter entrado no mercado português de um modo mais acessível no ano de 2001 ⁽¹⁹⁵⁾, apesar de anteriormente já existir, mas o seu acesso ser mais difícil e talvez menos conhecido. O que seria mais prático era que as adolescentes que mais abortaram fossem as que mais conheciam a contracepção de emergência ⁽¹⁹⁶⁾.

No âmbito da gravidez não desejada esta relação de ambivalência, conhecer e não usar, é particularmente evidente. O conhecimento de algum método contraceptivo nas adolescentes portuguesas que já tiveram relações sexuais foi de 93,0%, sendo a pílula e o preservativo em conjunto os métodos mais conhecidos (56,6%). Das que conheciam, 84,1% usavam contraceptivo, preferindo a pílula (49,6%).

Sendo assim porque razão as adolescentes que não pretendem engravidar, não utilizam métodos contraceptivos eficazes e de forma consistente, ainda que tenham oportunidade de o fazer ⁽¹⁹⁶⁾?

As explicações possíveis têm na sua base justificações tanto objectivas como subjectivas e entre as quais poderá existir alguma incoerência.

São questões do âmbito atitudinal em que a componente afectiva não está em conformidade com a cognitiva e a comportamental. As gravidezes não desejadas ocorrem, por vezes, por haver confusão entre funções evidentes da sexualidade humana ⁽¹⁹⁶⁾: a sexualidade como área de prazer, comunicação e afectos e a sexualidade como a dimensão de procriação.

Na realidade trata-se de dar significado ao comportamento sexual e de estar consciente da motivação que leva a uma experiência sexual.

A maioria dos adolescentes situa-se bem nesta dupla dimensão e o comportamento sexual dirigido à procura do outro, aos afectos, à comunicação e ao prazer, não está associado ao uso coerente dos métodos contraceptivos que permitem distinguir ambas as funções. Quando isto não acontece, cresce a probabilidade de as confundir e aumenta o risco de gravidez não desejada ⁽¹⁹⁶⁾.

A Teoria da Aprendizagem Social de Bandura ⁽¹⁹⁷⁾ ajuda a fundamentar o mecanismo de influência do modelo na sexualidade através da aprendizagem pela observação de comportamentos e integração dos modelos.

Assim, nenhum dos agentes que interagem no conhecimento do adolescente substitui as funções e as potencialidades do outro ⁽¹⁹⁸⁾, pelo que o modelo e o ensino devem acompanhar o desenvolvimento global humano do adolescente ajudando-o a estabelecer a relação coerente entre aquilo que conhece e sabe e o que na realidade faz ⁽¹⁹⁹⁾. Uma vez mais, o investimento na educação geral, na escolaridade, nas relações pessoais e familiares e ainda na comunidade ^(200,201,202) poderiam ser um contributo no sentido de alterar esta situação de falta de informação dos adolescentes acerca de um método específico e eficaz. Assim certos esforços de promoção da educação sexual nas escolas e fora delas deveriam ser universais.

Finalmente, embora alguns dos factores estudados, como o maior número de parceiros sexuais, a agressão no geral e especificamente a agressão sexual e a falta de informação sobre a contracepção de emergência, sejam potencialmente importantes na influência da interrupção voluntária da gravidez, estes são argumentos simples na complexidade da relação entre os conhecimentos e os comportamentos sexuais dos adolescentes e o abortamento.

No entanto uma intervenção correcta e eficaz é aquela que é feita em pequenos grupos específicos, já que a prevenção deve ser baseada em dados concretos e ter a intervenção dos principais actores, desenvolvendo esforços para promover, proteger e poder informar sobre os seus direitos e deveres nesta área ⁽²⁰¹⁻²⁰³⁾. Conhecendo a realidade poder-se-ão implementar estratégias de actuação e avaliação, testando possíveis soluções, em grupos com grandes afinidades ⁽²⁰³⁾.

Os resultados aqui apresentados devem ser lidos com precaução, uma vez que em Portugal o abortamento voluntário é ilegal e as adolescentes podem ter sido reservadas quanto a essa questão, podendo as estimativas estarem subavaliadas. Até porque quando questionadas sobre a possibilidade de as suas amigas terem praticado interrupção voluntária da gravidez elas informaram uma prevalência bem mais elevada (18,1%).

Mesmo com todas as limitações referidas convém salientar que este estudo pretende ser um contributo sobre interrupção voluntária da gravidez em adolescentes estudantes, no país, e como tal pode ser um suporte para futuros trabalhos que devem incluir, também, populações não estudantis.

A opção por desenvolver o estudo nesta temática só com as raparigas e estudantes, deveu-se ao facto de serem elas o principal interveniente do abortamento, estando mais vulneráveis à violência sexual, às doenças sexualmente transmissíveis ⁽²⁰⁴⁾ e também porque os poucos estudos existentes ^(49,70,74) nesta área são referentes às mulheres o que facilita um melhor entendimento dos resultados.

Os problemas associados com a gravidez na adolescência restringem a educação, limitam a qualidade de vida ⁽²⁰⁵⁾ do adolescente e têm finalmente um impacto negativo no país no qual o adolescente vive, ⁽²⁰⁵⁾ ou pelo contrário, os problemas já existentes podem ser determinantes para que a gravidez aconteça ⁽¹⁹⁶⁾.

Se verificarmos que a taxa de analfabetismo das mulheres (relação entre a população com 10 ou mais anos que não sabe ler e escrever e a população com 10 ou mais anos) ⁽⁸⁰⁾ foi superior à dos homens, quer em 1991, quer em 2001, percebemos como a educação para o sexo feminino fica ainda mais comprometida. Em 1991 o valor da taxa de analfabetismo foi para os homens de 7,7% e 14,1% para as mulheres, diminuindo em 2001 para 6,3% nos homens e 11,5% nas mulheres. Esta discrepância de género é verificada em todas as regiões do continente português.

Alguns factores explicativos para os diferentes números de interrupção voluntária da gravidez nos vários países podem ser as diferenças de legislação (os conceitos), rendimento "*per capita*", para além dos direitos e responsabilidades dos indivíduos, acesso aos contraceptivos e à educação sexual, conhecimentos e competências no que diz respeito à sexualidade ⁽¹⁹⁹⁾. As questões culturais (tanto intra como entre Países) e o acesso aos cuidados de saúde devem ser considerados (recomendações expressas no Relatório da União Europeia) ⁽¹¹⁶⁾ já que a expressão da sexualidade sendo regulada pelos próprios impulsos biológicos, também o é pelas expectativas e pelo significado social associado a certos padrões de actividade sexual ⁽¹⁹⁹⁾.

COMPORTAMENTOS SEXUAIS E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA

Nesta investigação a média de pontuação de sintomatologia depressiva avaliada pelo BDI-II não variou significativamente de acordo com a actividade sexual dos adolescentes.

No entanto, entre os adolescentes com actividade sexual, a satisfação com a sua sexualidade foi o factor que se associou significativamente com uma mais elevada sintomatologia depressiva em ambos os sexos. A média de sintomatologia depressiva entre os adolescentes foi crescendo, nos rapazes, da categoria de muito satisfeitos ($10,0 \pm 10,5$) para não satisfeitos ($12,7 \pm 10,0$) e nas raparigas, de muito satisfeitas ($10,2 \pm 9,6$) até pouco satisfeitas ($15,8 \pm 13,0$), mostrando uma relação inversa entre satisfação e intensidade de sintomatologia depressiva.

A sexualidade do ser humano está tão intimamente interligada com toda a sua personalidade que afecta as suas relações com os outros, o seu comportamento e finalmente o seu auto-conceito ⁽²⁰⁶⁻²¹⁰⁾.

Os resultados do presente estudo, permitem, também, verificar que a primeira relação sexual imposta nas raparigas foi seguida de uma média de pontuação de sintomatologia depressiva mais elevada e são consistentes com outros estudos que mostraram que crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual desenvolveram mais perturbações de ansiedade, sintomas depressivos ^(145,210,212) e agressivos ^(109,211) bem como problemas no desempenho da sua sexualidade.

Os rapazes que informaram não usarem contraceptivo ($11,4 \pm 10,3$) versus os que usaram ($10,1 \pm 9,9$) manifestaram médias de sintomatologia depressiva mais elevadas, o que parece indicar alguma preocupação relacionada com possíveis consequências não desejadas decorrentes deste comportamento.

A sintomatologia depressiva dos adolescentes apresenta uma distribuição geográfica não homogénea, sendo visíveis as diferenças nas várias regiões do nosso país e também notórias quando comparados os valores com outros países, percebendo-se a influência de factores de natureza geográfica e civilizacional ^(109,210,213).

Os factores sociais podem colocar as pessoas mais jovens em risco, no entanto a predisposição biológica para a depressão *major* pode aumentar com a idade. A depressão em adolescentes constitui condição de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos mais graves na idade adulta ^(214,215). O factor idade na depressão é, ainda um

assunto controverso e aberto a investigação adicional, não existindo motivos para pensar que a idade seja um factor de risco isolado ^(190,206,210,211).

A depressão ao longo da vida é mais frequente no sexo feminino ^(216,217) no entanto é mais grave no sexo masculino e está mais vezes associada a problemas comportamentais com prognóstico mais reservado ⁽²¹⁸⁾. Mas a questão do género, apesar dos estudos citados indicarem que a depressão é mais frequente nas mulheres do que nos homens, ^(137,206,190) parece não ser um factor de risco independente, podendo ser antes o ambiente e o suporte social, para além dos factores endócrinos, na maioria das culturas ⁽²⁰⁶⁾, os factores responsáveis por essa diferença ^(109,206). Esta diferença também pode ser, provavelmente, o resultado do ambiente educacional de raparigas e rapazes; e do modo como são educados em função das expectativas sociais para cada um dos sexos; e, ainda, da possibilidade de as raparigas melhor comunicarem sintomas subjectivos da depressão. Segundo a Organização Mundial de Saúde ⁽²¹⁹⁾ em 1990 a depressão foi a principal causa de anos vividos com incapacidade, nos países desenvolvidos.

A investigação epidemiológica nas duas últimas décadas tem permitido uma informação mais alargada sobre estes assuntos verificando-se, por exemplo, que a frequência e distribuição da depressão acontecem actualmente em idades cada vez mais precoces ⁽²⁰⁶⁾. No entanto a informação tem sido menor no que diz respeito à distribuição e factores associados a sintomas depressivos leves ou moderados e de curta duração. Estes sintomas ocupam uma grande importância em função da sua alta prevalência associada à incapacidade e prejuízo social ^(137,207,211).

Em Portugal, no programa da Direcção Geral de Saúde «A Estratégia da Saúde para o virar do século 1998-2002» estabeleceu-se como meta traçar até ao final do ano 2002 uma radiografia da população, em termos psiquiátricos. Até ao momento, o nosso conhecimento é de trabalhos apenas parciais ^(111,115).

Uma vez que é possível haver uma associação entre absentismo escolar, isolamento social ⁽²⁰⁶⁾, escolaridade e sintomatologia depressiva, os resultados do presente estudo podem conter alguns erros sistemáticos, apesar de a proporção de adolescentes (93,3%) que esteve presente para responder aos questionários ser esclarecedora. No entanto sendo esta amostra de cerca de 8000 adolescentes, com uma proporção de respostas expressiva, pensa-se que as principais características dos estudantes estarão representadas.

Discutir a saúde implica, naturalmente, pensar nos vários componentes que estão intimamente ligados, e, por consequência, a melhoria de um facilita a melhoria dos outros, assim como a deterioração de um conduz ao dano dos outros. Iguamente, a promoção da educação para a saúde, levará, provavelmente, à adopção de estilos de vida mais

saudáveis, a um bem-estar dos adolescentes que lhes permita a conquista do seu projecto de vida.

A associação da educação à melhoria das condições de vida refere-se à articulação entre conhecimentos, comportamentos e consequências resultantes.

Internacionalmente a falta de conhecimentos e alguns comportamentos dos adolescentes têm sido reconhecidos como um problema de Saúde Pública. A prevalência de estilos de vida menos saudáveis tem registado aumentos expressivos nas últimas décadas.

As decisões e os comportamentos na adolescência assumem um papel de extrema importância dado que os padrões de comportamento adquiridos neste período tendem a permanecer já na idade adulta ⁽²⁾.

Estando o início dos comportamentos sexuais na adolescência associado a novas necessidades ⁽³⁾ torna-se evidente a pertinência da promoção da saúde neste grupo etário. É nas idades mais precoces que a disponibilidade mental para a aquisição e interiorização de hábitos, regras e valores é maior ⁽⁴⁾ e portanto a necessidade de investimento na promoção de estilos de vida saudáveis, mais eficaz.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

As preocupações metodológicas que estiveram na base desta investigação, desde a concepção à interpretação dos resultados, enquadram-se no prolongamento das posições e considerações de natureza teórica expressas na introdução. Considerou-se a contextualização da sexualidade como uma necessidade resultante de um processo biológico ⁽²²⁰⁾ e de construção social ⁽¹⁴⁷⁾. Entendendo a adolescência enquanto período de transformações biopsicossocioculturais significativas ⁽²²¹⁾ e dos comportamentos passíveis de modificação pela aprendizagem ^(30,150).

A presente investigação foi desenhada como um estudo transversal e parcialmente analisada como um estudo caso-controlo ^(139,166) que tem a vantagem de não ser necessário muito tempo para se obter a resposta à informação questionada.

Este é, no entanto, um estudo transversal cuja participação dos adolescentes foi obtida de praticamente todos os distritos do país (excepção para dois). A proporção de participação neste estudo foi de 95,0%, apesar de a participação nestes estudos, poder variar em função da ideia que cada um faz da sua definição e do incómodo causado aos participantes, do assunto a ser investigado e da sua maior ou menor aceitabilidade ⁽²²²⁾. O cálculo foi feito atendendo ao número de estudantes (8484-questionários recebidos) existentes nas 16 escolas contactadas. Havendo 429 (5,1%) estudantes que não preencheram os questionários, a proporção de participação foi de 95,0%. Se o cálculo da proporção de participação fosse feito em função do número de distritos (escolas) então a proporção desceria para 89,0%.

Com qualquer dos métodos de cálculo para a obtenção da proporção de participação, pode considerar-se a proporção de respostas positiva, isto é a aceitação em participar no estudo (95,0% ou 89,0%), foi bastante elevada, tendo em conta que os conhecimentos e comportamentos sexuais são assuntos do foro íntimo, aos quais as pessoas têm, por vezes, tendência a retrain-se nas respostas. Estudos noutras populações também realizados com questionários semelhantes ao aplicado no nosso, atingiram proporções de respostas inferiores (77,0%) ^(68,223). Com o mesmo método de cálculo para a proporção de participação (número de escolas), houve uma investigação ⁽¹⁶⁷⁾ que atingiu valores superiores (94,0%), aos da nossa (89,0%). Numa investigação realizada a 1000 indivíduos entre os 14 e os 24 anos, através de questionários aplicados no domicílio dos estudantes e com a presença do entrevistador a proporção de respostas foi de 72,0% ⁽⁶⁸⁾, o que evidencia a dificuldade e a inibição dos estudantes em responder.

Analisando também a situação da escolaridade no nosso país, ela é ainda, muito diferente para os dois sexos. Analisando os dados dos Censos 2001 ⁽⁸⁰⁾, verifica-se que a maior parte das mulheres e dos homens portugueses completaram apenas o primeiro ciclo do ensino básico, no entanto, nos mais novos essa tendência está a diminuir porque a escolaridade obrigatória é de 9 anos.

Nos restantes níveis de ensino constata-se uma maior proporção de mulheres, o que vem confirmar as proporções verificadas no presente estudo, 56,1% de raparigas e 43,9% de rapazes.

Verificou-se também que houve concordância entre a faixa etária dos adolescentes (15 a 19 anos de idade) e a frequência dos respectivos anos escolares (10º. a 12º. ano de escolaridade). Esta análise foi feita com base na idade estipulada para o início do primeiro ano do primeiro ciclo ⁽⁹⁵⁾ e por consequência a idade prevista para a frequência do ensino secundário (15 a 18 anos de idade). Seiscentos e setenta e dois (8,5%) adolescentes tinham 19 anos de idade e portanto seria esperado já não frequentarem o ensino secundário, uma vez que, regra geral, ele termina com 12 anos de escolaridade e 18 de idade.

Admite-se, no entanto, que estes alunos possam ter sido aceites no primeiro ano do primeiro ciclo, já com seis anos e alguns meses de idade ⁽⁹⁵⁾. Acresce que a percentagem de reprovações foi neste grupo de adolescentes de 61,0%. Este valor fica próximo do número de reprovações verificadas em 1997 no ensino secundário (65,0%). Assim para obterem a mesma qualificação académica, os rapazes, sendo os que mais reprovam 52,7%, mantêm-se na escola mais tempo que as raparigas.

Sendo esta amostra constituída por estudantes das capitais de distrito, admite-se que os não estudantes, supostamente incluindo os menos informados e os que terão menos facilidade de acesso aos serviços de saúde, estarão em risco mais elevado para os problemas de saúde mental e comportamento sexual e reprodutivo inseguro ⁽²²⁴⁾. Estes adolescentes geralmente iniciam a actividade sexual numa idade mais precoce (12 versus 13 anos) e têm múltiplos parceiros sexuais ⁽¹⁾.

Sabe-se, porém, que o aumento da escolaridade corresponde a um aumento do nível de informação ^(202,225), susceptível de influenciar os comportamentos dos adolescentes, podendo, assim os resultados do presente estudo, estar sobrestimados por se tratar de estudantes. É, pois, fundamental salientar que os resultados deste estudo devem interpretar-se com precaução, principalmente quando comparados com adolescentes não escolarizados e se pretenda proceder a qualquer intervenção.

Não foi obtida informação sobre características do contexto escolar desta amostra, por exemplo: a existência de apoio ao estudante, nomeadamente na área da saúde; o tipo

de escola, promotora ou não de saúde; as condições físicas e o ambiente da escola; a existência de associações de adolescentes com objectivos definidos; a existência de protocolos de colaboração com outras instituições, que poderiam resultar em algum efeito sobre o comportamento do adolescente.

Em relação às Escolas dos dois distritos que não participaram, os seus responsáveis informaram que a decisão resultou da não-aceitação por parte dos pais dos alunos, que em reunião do Conselho Pedagógico através do representante dos pais, recusaram a aplicação do inquérito aos respectivos educandos. Talvez a falta de informação ou a desinformação destes educadores esteja na origem da não autorização do preenchimento do inquérito.

A opção por seleccionar as escolas secundárias dos vários distritos e não os alunos individualmente, resultou da inexistência de listas completas e acessíveis dos estudantes de cada escola e da dificuldade que o contacto individual dos alunos representaria.

Para diminuir as limitações resultantes da não colocação destas questões, obteve-se a participação activa dos adolescentes (através dos seus conhecimentos, opiniões e atitudes) que forneceram informação relacionada com o ambiente escolar, com algum apoio que recebiam e ainda com o *“currículo oculto”*. Esta informação fornecida pelos alunos, bem como o envolvimento dos mesmos nas questões que lhes dizem respeito, são essenciais para o desenvolvimento, implementação e avaliação dos programas de promoção e educação na área da Saúde Sexual e Reprodutiva, em colaboração com a família e outros profissionais ^(2,40,69,145,202,225).

A opção pelos adolescentes entre os 15 e os 19 anos de idade, justifica-se pelo facto de se acreditar que é neste grupo etário que a maior parte dos comportamentos sexuais têm início, a incidência de doenças sexualmente transmissíveis é maior, bem como a frequência das relações sexuais é mais elevada e ainda porque há mais dispersão nas relações sexuais.

Como todas as investigações por questionário, também esta incluiu vantagens e desvantagens relativamente a outras opções metodológicas.

Uma das vantagens foi a possibilidade de obter um panorama relativamente completo do domínio em estudo, já que a amostra é expressiva em termos de tamanho quando comparada com as de outros estudos ^(40,226), nos quais as amostras foram de 1999 indivíduos entre os 15 e os 29 anos de idade ⁽⁴⁰⁾ e 463 estudantes entre os 10 e os 17 anos ⁽²²⁷⁾. Existem também pesquisas que sugerem que os adolescentes são capazes de descrever com responsabilidade e confiança o seu comportamento sexual, bem como os seus sentimentos, opiniões e saberes ⁽¹⁴⁴⁾.

Num estudo com o objectivo de analisar as práticas sexuais de risco para a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ⁽¹⁴⁹⁾, foi utilizado como instrumento de recolha de informação o questionário. O questionário foi respondido pelos adolescentes participantes em cinquenta minutos e em sala de aula, o que se verificou na nossa investigação.

O inquérito por questionário traduz-se por uma interferência mínima do investigador, ainda que a própria formulação das questões contribua para a definição social das situações, já que as perguntas vão de encontro, ao que, no momento, está socialmente instituído. Comparativamente com a entrevista face-a-face ⁽²²⁷⁾ ou a observação directa dos comportamentos ⁽²²⁸⁾, a opção por questionário anónimo, auto administrado significa «menor reactividade» por parte dos inquiridos e portanto potencialmente “mais verdade” nas respostas.

Neste domínio específico da sexualidade, a comparação entre a aplicação dos questionários auto administrados e das entrevistas face-a-face, mostra que os questionários ao maximizarem a privacidade dos respondentes, tornam-se mais eficazes nos «erros de medição» ^(229,230).

A principal desvantagem do questionário relacionou-se com a impossibilidade de garantir de modo inequívoco que as instruções e o sentido das questões fossem correctamente compreendidos. A impossibilidade de obter informação dos alunos que faltaram às aulas nos dias da aplicação do inquérito foi também uma desvantagem, mas que na prática seria difícil eliminar, uma vez que se fossem identificados os adolescentes ausentes nesses dias, o seu anonimato seria colocado em risco. Ainda, e considerando que os questionários deste estudo foram aplicados em mais de um dia, ficamos sem saber qual a influência que essa aplicação durante mais de um dia poderá ter, já que os alunos dos dias restantes poderão ter um conhecimento prévio das questões do questionário com a possível consequência para as respostas socialmente desejáveis.

Para todas estas questões, que sendo limitativas, houve uma tentativa no sentido de diminuir o seu efeito menos desejável. Elaborou-se o questionário com um vocabulário adequado e realizou-se um estudo preliminar, permitindo este último corrigir algumas das ambiguidades iniciais. O estudo preliminar foi realizado em 152 estudantes do ensino secundário.

Além disso, adoptaram-se ainda, diversas medidas metodológicas para garantir a obtenção de informação válida, num tema que é muito pessoal e sujeito a pressões sociais ⁽¹⁴⁷⁾. O contacto prévio com as Comissões Executivas das escolas participantes, para a definição de estratégias de trabalho; a entrega e explicação do manual de procedimentos para orientação ao longo da investigação; o contacto permanente com o presidente de cada

Comissão Executiva da respectiva escola, para saber da evolução da aplicação dos questionários e esclarecer possíveis dúvidas; a presença de um docente na sala de aula durante o preenchimento dos questionários, garantindo o respeito pelo mais estrito anonimato, foram algumas das medidas adoptadas.

Assumindo, como já referido anteriormente, que o nível de escolaridade facilita o entendimento e que os adolescentes sabem fazer a descrição dos seus conhecimentos e comportamentos, então neste estudo, em que os adolescentes são escolarizados, a questão da dificuldade de compreensão e preenchimento do inquérito, tornou-se de menor importância.

Todos estes procedimentos tiveram uma particular importância na credibilidade da investigação, obviamente susceptível de maximizar a fiabilidade dos resultados. Até porque os conhecimentos e comportamentos sexuais encontram-se associados a um muito complexo e variadíssimo conjunto de factores, muitas vezes difícil de quantificar ou isolar, daí que o seu peso e importância relativos sejam de difícil mensuração. Deste modo, a distribuição de prevalências depende de um conjunto enorme de variáveis, associadas a factores de género, à idade, a condições socio-económicas, culturais, geográficas, etc.

Embora não exista uma etiologia bem definida para os comportamentos sexuais, a informação deles e sobre eles possibilita a implementação de estratégias aos diferentes níveis de actuação, de forma a minimizar a ocorrência dos de maior risco e consequente redução na morbidade e mortalidade.

Ao contrário do que acontece nas investigações experimentais nas quais o controlo das condições e a randomização dos participantes melhoram a comparabilidade dos grupos favorecendo a validade interna das conclusões ⁽²³¹⁾, nas investigações por inquérito, as hipóteses e previsões limitam-se, na maioria dos casos, às relações de covariação, em que a ênfase é colocada na identificação de padrões de associação entre duas ou mais variáveis ⁽²²⁷⁾. Isto não significa, obviamente, que a validade interna não seja conseguida, até porque da tipologia de estudos epidemiológicos disponível para abordar estas questões do comportamento, os estudos transversais, particularmente os inquéritos, são satisfatórios ^(40,68,156,232). O controlo do(s) viés(es) pode ser feito, desde o planeamento da investigação, passando pelo tratamento da informação obtida até à análise final dos dados ⁽²²⁷⁾, o que foi um procedimento ao longo desta investigação.

Para além dos problemas metodológicos inerentes a todas as questões já apresentadas, impõe-se, ainda, referir as limitações que se ligam directamente à problemática geral da validade das conclusões obtidas nos estudos por inquérito.

Se evitar os erros associados à amostragem é um dos aspectos centrais numa investigação deste tipo, então, o largo número de informações recolhidas no inquérito significou algumas fontes de erro adicional, particularmente, erro de medição. Foi especialmente sensível, a definição de relações sexuais, para os adolescentes. O questionário continha uma pergunta relacionada com a actividade sexual do adolescente traduzida em: “já alguma vez tiveste relações sexuais”? que poderia ter sido interpretada pelo adolescente de diferentes formas. Apesar de no estudo preliminar realizado com os 152 estudantes de uma escola secundária, não se ter verificado qualquer dúvida, por parte deles, em relação a esta questão, entendeu-se que para maior rigor, se deveria esclarecer a definição de relações sexuais para os adolescentes. Assim, decidiu-se, colocar a mesma questão aos estudantes de uma escola secundária dos 10.º, 11.º e 12.º anos, para avaliar o que eles entendiam por relações sexuais. Depois de formalizadas as necessárias autorizações, os alunos responderam, por escrito, e em pergunta de resposta fechada, à questão formulada. Os resultados foram surpreendentes, com 78 (84,8%) adolescentes a afirmarem que para eles, relações sexuais são “o acto de penetração do pénis na vagina”. Os restantes 14 (15,2%) ficaram distribuídos por definições relacionadas com “carícias íntimas”. Estes resultados foram consistentes com os de outro estudo onde a questão das relações sexuais foi definida como “relação sexual coital”⁽⁶⁸⁾.

Quando os adolescentes são questionados relativamente ao facto de terem sido vítimas de violência e qual o tipo de violência que sofreram incluindo a sexual, os dados podem estar subestimados pela circunstância de, tratando-se de adolescentes, estes poderem não entender o modo dissimulado como são levados a ter sexo. O adolescente vai fazer sexo sem que a violência seja explícita para ele, porque o agressor age subtilmente. Acresce que, regra geral, o agressor é uma pessoa conhecida dele em quem à partida confia.

A definição de abortamento foi também uma questão que necessitou clarificação dado que na bibliografia científica se adoptam diferentes termos para significar o mesmo. A lei emprega o termo aborto para definir a prática de interrupção voluntária da gravidez como “crime”. Por outro lado e atendendo à origem da palavra define-se aborto, *ab-ortus*-privação do nascimento; e ainda aborto é a expulsão ou extracção de toda e qualquer parte da placenta, identificável, ou com recém-nascido vivo ou morto que pese menos de quinhentos gramas ou pelo menos vinte semanas de duração da gestação contadas desde o primeiro dia do último período menstrual normal.

Em relação ao termo abortamento, “Preferem alguns o termo abortamento para a designação do acto de abortar, uma vez que a palavra aborto se referia apenas ao produto

da interrupção da gravidez”. Outros entendem que o termo legal – aborto – é melhor porque é o termo de uso corrente, tanto na linguagem popular com erudita, quer por fim, porque nas demais línguas neolatinas, com excepção do francês, diz-se aborto ⁽²³³⁾.

Embora no preenchimento do questionário deste estudo a questão não tenha suscitado polémica entre os adolescentes, foi feita uma reflexão entendendo-se que o termo abortamento é o que tecnicamente melhor se adequa à prática de interrupção voluntária de gravidez.

Para a questão dos métodos contraceptivos, na qual se incluíram três possibilidades de resposta, além de uma alínea para outros métodos, criaram-se categorias, associando os contraceptivos que habitualmente são passíveis de se usarem em conjunto, nomeadamente a pílula e o preservativo.

Outra variável de difícil definição operacional foi fumar/não fumar, uma vez que a nível nacional e internacional não existe uma uniformização desta definição. A definição de fumador percorre um espaço que vai desde “fumador é aquele que fuma diariamente” até aquele que “refira fumar actualmente”. Existem estudos que simplesmente não referem qualquer critério para esta variável. Alguns autores defendem que a auto-indicação do estado de fumador/não fumador deveria ser validada por exames analíticos. Recentemente vários estudos compararam diversos métodos relativamente à sua validade e fiabilidade para a determinação da prevalência dos hábitos tabágicos concluindo que ambos os métodos eram fiáveis e válidos para a finalidade estabelecida. Alertaram também para o facto de o viés produzido pelas respostas socialmente desejáveis no que diz respeito aos hábitos tabágicos ser desprezível. Optámos assim por uma definição existente na bibliografia consultada ^(56,155) e pela não realização de exames analíticos (determinação da cotinina salivar) assumindo que com base nos estudos existentes o viés não iria interferir na estimativa da prevalência dos hábitos tabágicos desta população.

Admitindo todas estas limitações, a concordância das características deste grupo de adolescentes com os adolescentes estudantes no geral, quer em género, quer em idade e ano de frequência escolar, bem como a existência de outros estudos ^(68,149,167) com questionários já aplicados, que incluíram perguntas semelhantes e cujos resultados foram aceites, dá-nos segurança para os resultados do presente estudo.

5. Conclusões

Após análise e discussão dos resultados obtidos neste estudo podem retirar-se as seguintes conclusões:

- Os adolescentes que revelaram estar mais informados sobre saúde sexual e reprodutiva foram os do sexo feminino e os mais velhos.

- Os comportamentos considerados de maior risco como o não planeamento da primeira relação sexual, a prática de relações sexuais de um modo ocasional e o maior número de parceiros sexuais foram mais frequentemente referidos pelo sexo masculino.

- As atitudes dos adolescentes na área da Saúde Sexual e Reprodutiva variaram em particular de acordo com o sexo, a idade, o aproveitamento escolar e a escolaridade parental.

- Os adolescentes que procuraram preferencialmente informação sobre saúde sexual e reprodutiva nos meios audiovisuais e os que se sentiram mais satisfeitos com a sua sexualidade, foram em maior percentagem os indivíduos do sexo masculino e os mais velhos.

- A prevalência do uso consistente do preservativo nos adolescentes foi de 55%. Doze por cento dos adolescentes referiu nunca o ter usado.

- O uso consistente do preservativo associou-se positivamente com menor número de parceiros sexuais, ausência de violência e de doenças sexualmente transmissíveis e ainda com o não consumo de drogas.

- A prevalência da interrupção voluntária da gravidez foi de 2,5%. O risco de interrupção voluntária da gravidez foi maior nas adolescentes que se consideraram sem religião, nas que foram vítimas de violência e nas que tiveram mais que 5 parceiros sexuais no último ano.

- Os adolescentes estudantes portugueses com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos apresentaram uma prevalência de sintomatologia depressiva de 21,6% com valores superiores para as raparigas. A pontuação média de sintomatologia depressiva foi semelhante entre os adolescentes que já tiveram relações sexuais e os que não tiveram.

6. Referências bibliográficas

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud. Los Jóvenes y El VIH/SIDA-Una Oportunidad En Un Momento Crucial. Ginebra; 2002.
2. McIlhane J.S. Sexually transmitted infection and teenage sexuality. Am J Obstet Gynecol 2000; 183: 334-9.
3. Klein I. Antecedents of teenage pregnancy. Clin Obstet Gynecol 1978;21: 1151-9.
4. Departamento de Estudos e Planeamento. As metas de saúde para todos. Direcção Geral da Saúde. Lisboa 1985.
5. Welling K, Cleland J. Surveys on sexual health: recent developments and future directions. Sex Transm Infect 2001;77: 238-41.
6. Alferes VR. Encenações e Comportamentos Sexuais-Para uma psicologia social da sexualidade. Porto: Edições Afrontamento; 1997.
7. Organización Mundial De La Salud. Estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente. Ginebra; 2003.
8. Kunz KA. Saúde Reprodutiva na Europa. Entre Nous 1997; 33: 3-7.
9. Educação Sexual e Planeamento Familiar. Lei nº. 3/84, de 24 de Março de 1984.
10. Alteração dos prazos de exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. Lei nº. 90/97, de 30 de Julho de 1997.
11. Lei da Saúde Sexual e Reprodutiva. Lei nº. 120/99, de 11 de Agosto de 1999.
12. World Health Organization. International Conference on Population and Development, Cairo, 1994: 26-48. Retirado a 22 Julho de 2003. Disponível em: <http://www.who.int/en>.
13. Comissão dos Direitos da Mulher e da Igualdade de Oportunidades. Projecto de Relatório sobre direitos em matéria de Saúde Sexual e Reprodutiva 1999-2004. Bruxelas; 2002.
14. Robinson P. A modernização do sexo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1976.
15. Júnior OMR. Contribuições da Cultura Adolescente e da Androginia à Sexologia. Revista Brasileira de Sexualidade Humana 1991;2: 118-24.
16. Organización Mundial de la Salud. Informe técnico de un Comité de Expertos. Necesidades de salud de los adolescentes. Serie de Informes Técnicos, nº. 609. Ginebra; 1977.
17. Organización Mundial de la Salud. La salud de los adolescentes. Documento de trabajo para las discusiones técnicas. Ginebra; 1986. p.35.
18. Freud S. Three essays on sexuality. London: Hogarth; 1953.
19. Myers D. Introdução à Psicologia Geral. 5ª. ed. Lisboa: JC Editora; 1998.

20. Tyrode Y, Bourcet S. Os Adolescentes Violentos. Lisboa: Climepsi Editores; 2002.
21. Rohde L, Zavaschi M, Lima D, Assumpção BF, Barbosa G, Golfeto JH, Reis R. Quem deve tratar crianças e adolescentes? O espaço da psiquiatria da infância e adolescência em questão. Revista Brasileira de Psiquiatria 2000;22: 2-3.
22. Ballesteros R, Carrobles JA. Evaluación Conductual. Madrid: Pirâmide; 1981.
23. Winnicott DW. Desenvolvimento Individual. 2ª. ed. São Paulo: Editora Martins Fontes; 2001.
24. Bergeret J. Psicologia Patológica Teórica e Clínica. 7ª. ed. Lisboa: Climepsi Editores; 1998.
25. Freud S. La vie sexuelle, Paris: PUF; 1969.
26. Júdice E, Teles L, Antão R, Carvalho TD. Divórcio e aspectos do desenvolvimento da criança e do adolescente. Infância e Juventude 2002;1: 29-94.
27. Sprinthall N, Collins WA. Psicologia do adolescente. Uma abordagem desenvolvimentista. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1994.
28. Kaplan H, Sadock BJ, Geeb JA. Compêndio de Psiquiatria Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 7ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
29. Gagnon H, Simon W. Sexual conduct: the social sources of human sexuality. Chicago: Aldine; 1973.
30. Gomes WA, Costa MCO, Sobrinho CLN, Santos AST, Bacelar EB. Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes. Jornal de Pediatria 2002;79: 301-8.
31. Foucault M. La Histoire de la sexualité. Paris: Gallimard; 1975.
32. Chen S, Gibson S, Katz MH, Klausner DK, Dilley JW, Schwarz SK et al. Continuing increases in sexual risk behaviour and sexually transmitted diseases among men who have sex with men: San Francisco, Calif, 1999-2001, USA. Am J Public Health 2002;92: 388-94.
33. Sampaio D. Ninguém morre sozinho. Lisboa: Editorial Caminho; 1999.
34. Ribeiro R, Múrias C, Peschl G. As diferenças entre os sexos: Mito ou realidade. Análise Psicológica 2003;2: 213-28.
35. Perry P. Fundamentos de Enfermagem. Conceitos, Processo e Prática. Da idade Escolar à Adolescência. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
36. Fonseca CR, Miranda MF, Monteiro O. Adolescentes Recluídos, Toxicodependências e Doenças Infecto-Contagiosas. Infância e Juventude 2003;4: 62-109.
37. Montreal JL. Enciclopédia da Psicologia Infantil e Juvenil. Adolescência. Lisboa: Lusodidacta; 1995.

38. Santos N. Adolescência aspectos gerais. *Psiquiatria Clínica* 1993;14: 133-7.
39. Cordeiro JCD. Manual de Psiquiatria Clínica, 2ª. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2002.
40. Cabral VM, Pais JM, Alves N, Fernandes AA, Nunes JS, Vasconcelos P. Jovens Portugueses de Hoje. Oeiras: Celta Editora;1998.
41. Oddness BJ. Women's satisfaction with birth control: a population survey of physical and psychological effects of oral contraceptives, intrauterine devices, condoms, natural family planning, and sterilization among 1466 women. *Contraception* 1999;5: 277-86.
42. Smith R. Crisis in teenage health. *BMJ* 1992;304: 1001-5.
43. Carvalhosa SF, Lima L, Matos MG. Bullying – A provocação/vitimação entre pares no contexto escolar português. *Análise Psicológica* 2003;4: 523-37.
44. Matos MG. O uso de substância ilícitas nos adolescentes Portugueses: Modelo compreensivo. *Toxicodependências* 2002;3: 37-46.
45. Ribeiro JS. Contributo para a história dos consumos de droga em Portugal. *Toxicodependências* 1999;3: 27-32.
46. Elster AB, Kuznets NJ. Guia de la AMA para actividades preventivas en el adolescente (GAPA). Madrid: Diaz de Santos; 1995.
47. Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bem DJ, Hoeksema SN. Introdução à Psicologia. 13ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
48. Anderson K. Young people and alcohol, drugs and tobacco. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series nº. 66; 1995.
49. Instituto Nacional de Estatística. Inquérito à fecundidade e família: resultados preliminares. Lisboa; 1998.
50. Carvalho NJ. Consumo de Álcool e Drogas nos Jovens: estudo epidemiológico no concelho de Matosinhos: Contemporânea, 1997.
51. Hernandez AJ, Rosado JM, Ruiz MAR, Alonso FY. O consumo de alcohol y adolescencia: estudio epidemiológico descriptivo. *Atención Primaria* 1997; 19:183-87.
52. Choquet M, Ledoux S. Adolescents- enquête nationale. Paris: INSERM; 1994.
53. Elders JM, Perry CL, Eriksen MP, Giovino G. He Report of the Surgeon General: Preventing Tobacco Use among young People. *Am J Public Health* 1994; 84: 543-47.
54. Rodrigues LM, Mendes L, Antunes C. Inquérito a alunos do ensino secundário: Portugal 1995. Lisboa: GPCCD (Gabinete de Planeamento e `Coordenação de Combate à Droga) e ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Drugs); 1995.

55. Rodrigues ML. Droga em meio escolar: perfis regionais e risco. Lisboa: Gabinete de Planeamento e Coordenação do Combate à Droga; 1994: 159.
56. Lopes FJ, Condeço J, Felício M, Correia Y. Hábitos tabágicos numa população de adolescentes escolarizados. Revista Portuguesa de Saúde Pública 1996;14: 49-64.
57. Azevedo A, Machado A, Barros H. Prevalência de consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, café e drogas de abuso em adolescentes do Porto. Arquivos de Medicina 1997;11: 133-5.
58. Planella J. A violência como fonte de comunicação nas crianças e adolescentes em situação de risco social. Infância e Juventude 1997;4: 85-100.
59. Walgrave L. sociedade, violência e juventude. Infância e Juventude 1996;1: 91-101.
60. Calado B. Acidentes durante o uso do preservativo e o subsequente recurso à contraceção pós-coital. Progressos em Saúde dos Adolescentes. Lisboa: DGS; 1993.
61. Green J, Fulop N, Kocsis A . Determinants of unsafe sex in women. AIDS 2000;11: 777-8.
62. Brown LK, DiClemente RJ, Beausoleil NI. Comparison of human immunodeficiency virus related knowledge, attitudes, intentions, and behaviours among sexually active and abstinent young adolescents. J Adolesc Health 1992;13: 140-5.
63. Plichta SB, Weisman CS, Nathanson CA, Ensminger ME, Robinson JC. Partner-specific condom use among adolescent women clients of a family planning clinic. J Adolesc Health 1992;13: 506-11.
64. Brown LK, DiClemente RJ, Park T. Predictors of condom use in sexually active adolescents. J Adolesc Health 1992;13: 651-7.
65. Fleming M. Adolescência e Autonomia: o desenvolvimento psicológico e a relação com os pais. Porto: Edições Afrontamento; 1993.
66. Hoyos RC, Sierra AV. El estrato socioeconómico como factor predictor del uso constante de condón en adolescentes. Revista Brasileira de Saúde Pública 2001;6: 531-8.
67. Lasa IL. Embarazo en la adolescencia. In: Grupo De Trabajo Sobre Salud Reproductiva En La Adolescencia. Sociedad Española De Contracepción. Manual De Salud Reproductiva En La Adolescencia. Aspectos básicos e clínicos. España: Sociedad Española de Contracepción; 2001.
68. Bimblea JL, Jiménez JM, Alfaro N, P Gutiérrez, March JC. Uso del profiláctico entre la juventud en sus relaciones de coito vaginal. Gaceta Sanitaria 2002;16: 298-307.

69. Tavares M, Barros H. Gravidez não planeada em Portugal. *Acta Med Port* 1997;10: 351-6.
70. Dias CM, Falcão IM, Falcão JM. Contribuição para o estudo da ocorrência da interrupção voluntária da gravidez em Portugal continental (1993-1997): estimativas utilizando dados da rede de médicos sentinela e dos diagnósticos das altas hospitalares (grupos de diagnósticos homogéneos). *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2002;18: 86.
71. Bahls SC. Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Revista Brasileira Psiquiatria* 2002;24: 63-7.
72. Tavares M, Barros H. Gravidez na adolescência em Portugal. *Arquivos de Medicina* 1996;10: 3-8.
73. Lete LI. Adolescencia, Embarazo, IVE, ETS: vivir en riesgo. *Revista Iberoamericana de Fertilidad* 2002;2: 92-3.
74. Tomé MTCC. Contributo Para o Estudo da Epidemiologia da Interrupção Voluntária da Gravidez (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra;1998.
75. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas da saúde 1999. Lisboa; 2000.
76. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas da saúde 2000. Lisboa; 2001.
77. Kulczychi A, Malcolm P, Allan R. Abortion and fertility regulation. *Lancet* 1996;347: 1663-8.
78. Song E, Pruitt B, Mcnamara J, Colwell B. A meta-analysis examining effects of school education programs on adolescents sexual knowledge, 1960-1997. *J Sch Health* 2000;70: 413-6.
79. Instituto Nacional de Estatística. Divisão de Saúde Materna e do Adolescente. Direcção Geral de Saúde. Lisboa; 2000.
80. Instituto Nacional de Estatística. Resultados definitivos. Censos, 2001. XIV Recenseamento Geral da População. Recenseamento Geral da Habitação 2002. Lisboa; 2003.
81. Kaldmae P, Priimagi L, Raudsepp A, Grintchak M, Valjaots E. Promotion of safer sexual behaviour and HIV/STD prevention among adolescent students and army recruits. *AIDS Care* 2000;12: 783-8.
82. Béria J. Ficar, Transar...a sexualidade em tempo de AIDS. Porto Alegre: Tomo Editorial; 1998.

83. Keller M, Lavori P, Beardslee W, Wunder J, Ryan N. Depression in children and adolescents: new data on undertreatment and a literature review on the efficacy of available treatments. *J Affect Disord* 1991;21: 163-71.
84. Organização Mundial de Saúde. 1ª. Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Canadá; 1986.
85. Direcção Geral da Saúde. O Plano Nacional de Saúde. Orientações Estratégicas para 2003. Lisboa; 2003.
86. Soares I. O grupo de pares e a amizade. *Psicologia do Desenvolvimento e Educação de Jovens*. Lisboa; 1990.
87. Paulo BG. *Cerebrus A Gestão Intrapessoal I*. Lisboa:Pergaminho; 2000.
88. Baumrind DA. A developmental perspective on adolescent risk taking in contemporary America. *New Dir Child Dev*. 1985;37: 93-125.
89. Plano de acção integrado para a educação sexual. Resolução do Conselho de Ministros nº. 124/98, de 21 de Outubro de 1998.
90. Lei da Saúde Reprodutiva. Decreto-lei nº. 259/2000 de 17 de Outubro de 2000.
91. Ribeiro JLP. Reconstrução de uma escala de locus de controlo. *Psiquiatria Clínica* 1994;15: 207-14.
92. Wielandt HB. A promoção da saúde sexual. *Entre – Nous* 1991;49: 13-5.
93. Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres. O Direito de escolher. *Direitos Reprodutivos e Saúde Reprodutiva*. Lisboa; 1998.
94. Regulamento das Consultas de Planeamento Familiar e Centros de Atendimento para Jovens. Portaria nº. 52/85, de 26 de Janeiro de 1985.
95. Lei de Bases da Educação nº. 48/96, de 14 Outubro de 1996.
96. Ministério da Educação. Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde. *Educação em meio escolar*. Lisboa; 2000.
97. Direcção Geral da Saúde. Programa de Educação para a Saúde. Orientações técnicas sobre educação sexual em meio escolar. *Contributo das equipas do projecto*. Lisboa; 1999.
98. Despacho Conjunto nº. 271/98 dos Ministérios da Educação e da Saúde. 1998.
99. Reforça as garantias à saúde sexual e reprodutiva. Lei nº. 120 de 11 de Agosto de 1999.
100. Costa ME. *Contextos Sociais de Vida e Desenvolvimento da Identidade*. Instituto Nacional de Investigação Científica. Porto: Centro de Psicologia da Universidade do Porto; 1991.

101. Bamba GS. Current status of reproductive behaviour in Africa. *Hum Reprod Update* 1995; 5: 1-20.
102. Matos MG, Simões C, Carvalhosa SF, Reis C, Canha L. *Aventura Social & Saúde. A Saúde Dos Adolescentes Portugueses. Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS (1998). Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana/Programa de Educação Para Todos-Saúde; 2000.*
103. Green LW. *Measurement and evaluation in Health Promotion and Health Education. Palo Alto: Mayfield; 1986.*
104. Cheng TL, Savagean JA, Sattler AL, Dewitt TG. Confidentiality in Health Care. A survey of Knowledge, perceptions, and attitudes among high school students. *JAMA* 1993;269: 1420-4.
105. Tavares J, Alarcão I. *Psicologia Do Desenvolvimento e da Aprendizagem. Coimbra: Almedina; 1991.*
106. Sluser L. State of the Art of Nursing Research and Theory Development in Adolescent Health. *Comprehensive Pediatr Nurs* 1993;16: 1-11.
107. Leigh BC, Morrison DM, Trockin K, Temple MT. Sexual behaviour of American adolescents: Results from a U.S. national survey. *J Adolesc Health* 1994;15: 117-25.
108. Júnior RF, Figueiró JAB. *Depressões em Medicina Interna e Outras Condições Médicas. S. Paulo: Atheneu; 2001.*
109. Mateos JLA, Barquero VJL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, Wilkinson C, Lasa L, Gage H, Dunn G, Wilkinson and the ODIN Group. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry* 2001;179: 308-16.
110. Carlson GA. The phenomenology of adolescent depression. *Adolesc Psychiatry* 1981;9: 411- 21.
111. Coelho R, Martins A, Barros H. Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *Eur Psychiatry* 2002;17: 222-6.
112. Keller M, Lavori P, Beardslee W, Wunder J, Ryan N. Depression in children and adolescents: new data on undertreatment and a literature review on the efficacy of available treatments. *J Affect Disord* 1991;21: 163-71.
113. Gorenstein C, Nadrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica Brasileira* 1998; 25: 5-12.
114. DSM-IV. *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. 4ª.ed. Lisboa: Climepsi Editores; 1996.*

115. Martins A, Coelho R. Considerações teóricas sobre a depressão na adolescência. *Psiquiatria Clínica* 2000;21: 23-34.
116. Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a Saúde no Mundo. World Health Report. Genebra; 2001.
117. Shafii M, Shafii SL. Depresión en niños y adolescentes: Clínica, evaluación y tratamiento. Barcelona: Ediciones Martinez Roca; 1995.
118. Paten C, Choy W, Vickers K, Pierce J. Persistence of depressive symptoms in adolescents. *Neuropsychopharmacology* 2001;25: 289-91.
119. Pelkonen M, Marttunen M, Aro H. Risk for depression: a 6-year follow-up of Finnish adolescents. *J Affect Disord* 2003;77: 41-51.
120. Ediciones Doyma. Disponível em www.doyma.es.fotos/empty.gif. Retirado a 1 de Outubro de 2003.
121. Organização Mundial de Saúde. Quinta Conferência Global sobre Promoção da Saúde. Promoção da Saúde: rumo a uma maior equidade. México; 2000.
122. Bahls SC. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria* 2002;78: 359-66.
123. Vaz-Serra A. A depressão. *Pathos-monografias de patologia geral*; 1996.
124. Lewinshon PM, Hops H, Roberts RE, Seely JR, Andrews JA. Adolescent Psychopathology: I. Prevalence and Incidence of Depression other DSM-III Disorders in High School Student. *J Abnorm Psychol* 1993;100: 133-44.
125. Lourenço MC. Textos e contextos da gravidez na adolescência; a adolescente, a família e a escola. Lisboa: Fim de século ed., Lda; 1998.
126. Sampaio D, Amâncio L, Oliveira A. Arriscar morrer para sobreviver. Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica* 2003;4: 509-37.
127. Martins A, Coelho R, Ramos E, Barros H. Administração do BDI-II a Adolescentes Portugueses: Resultados Preliminares. *Revista Portuguesa de Psicossomática* 2000;2: 123-32.
128. Paulo BG. *Cerebrus A Gestão Intrapessoal II*. Lisboa: Pergaminho; 2000.
129. Bahls SC. Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2002;24: 63-7.
130. Bimbela JL. Cuidando al cuidador: Couseling para médicos y otros profesionales de la salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996.
131. Revisão curricular do ensino secundário. Decreto-lei nº. 156 de 20 de Junho de 2002.

132. Instituto Nacional de Estatística. Anuário da Educação 1999/2000. Porto: Senhora da Hora; 2002. Uilford Press; 1979.
133. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford Press; 1979.
134. McDowell I, Newell C. Measuring Health: a guide to rating scales and Questionnaires, New York; 1996.
135. Autonomia, administração e gestão dos estabelecimentos de educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário. Decreto-lei nº. 115/A/98 de 4 de Maio de 1998.
136. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Demográficas. Lisboa; 1993.
137. Olsson G, Von K. Beck's Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden: gender differences. Acta Psychiatr Scand 1997;95: 278-82.
138. Centres for Disease Control Prevention, USA World Health Organization Geneva; 2001.
139. Matthews DE, Farewell V. Estadística Medica Aplicación e Interpretación. Barcelona: Salvat; 1990.
140. Assembleia Médica Mundial. Declaração de Helsínquia. Nota de esclarecimento do parágrafo 29. Washington; 2002.
141. Gonçalves F, Dias MGBB. Coerência Textual: Um Estudo com Jovens e Adultos. Psicologia: Reflexão e Crítica 2003;16: 29-40.
142. Bedelbayeva G, Sherratt D. Estudo sobre a saúde reprodutiva dos homens. Entre-Nous 2001;49: 15-6.
143. Borzekowski DL, Rickert VI. Adolescent cybersurfing for health information: a new resource that crosses barriers. Arch Pediatr Adolesc Med 2001;155: 813-7.
144. Muza GM, Costa MPA. Tools for planning a Project to promote adolescent health and development: the adolescent's perspective. Cadernos de Saúde Pública 2002; 18: 322-4.
145. Polanczy GV, Zavaschi ML, Bennet S, Zenker R, Gamerman PW. Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre. Revista Brasileira de Saúde Pública 2003;1: 8-14.
146. Organisation Mondiale de la Santé. Les Aspects medico - sanitaires de la reproduction chez les adolescentes. Genève; 1989.
147. Ensign J, Santelli. Health status and service use. Comparison of adolescents at a school-based health clinic with homeless adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med 1998;152: 20-4.

148. José Machado Pais, "Sexualidade". In: João Ferreira De Almeida et al. *Jovens de Hoje e de Aqui*. Loures: Câmara Municipal de Loures; 1996, p. 199.
149. Antunes MC, Peres CA, Paiva V, Stall R, Hearst N. Differences in AIDS prevention among young men and women of public schools in Brazil. *Revista Brasileira de Saúde Pública* 2002;36: 88-95.
150. Klepp KI, Ndeki SS, Seha AM, et al. AIDS education for primary school children in Tanzania: an evaluation study. *AIDS* 1994;8: 1157-62.
151. Boruchovitch E. Factors associated with the non utilization of contraceptives in adolescence. *Revista Brasileira de Saúde Pública* 1992;26: 15-9.
152. Reis AOA. Metaphorical/metonymical of public health thinking vis-à-vis teenage pregnancy in the 1960s. *Cadernos de Saúde Pública* 1998;14: 115- 23.
153. Oddness BJ. Women's satisfaction with birth control: a population survey of physical and psychological effects of oral contraceptives, intrauterine devices, condoms, natural family planning, and sterilization among 1466 women. *Contraception* 1999; 5: 277-86.
154. Oncale RM, King BM. Comparison of men's and women attempts to dissuade partners from the couple using condoms. *Arch Sex Behav* 2001;30: 379-91.
155. Townsend J, Wilkes H, Haines A, Jarvis M. Adolescent smokers seen in general practice: health, lifestyle, physical measurements, and response to antismoking advice. *BMJ* 1991;303: 947-50.
156. Muza GM. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto. Prevalência do consumo por sexo, idade e substância. *Revista Brasileira de Saúde Pública* 1997;31:163-170.
157. Rutter M. Resilience: some conceptual considerations. *J Adolesc Health* 1993;14: 623 - 31.
158. Kirby D, Brown N. Condom availability programs in US schools. *Fam Plann Perspect* 1996; 28: 196-202.
159. Zheng Z, Zhou Y, Yang Y et al. Sexual behaviour and contraceptive use among unmarried women migrant workers in five cities in China. *Reprod Health Matters* 2001;9: 118-27.
160. Kaldmae P, Priimagi L, Raudsepp A, Grintchak M et al. Promotion of safer sexual behaviour and HIV/STD prevention among adolescent students and army recruits. *AIDS Care* 2000;12: 783-8.
161. Rosenthal S, Burlow K, Biro F, Pace L, DeVellis R. The reliability of high-risk adolescent girls' report of their sexual history. *J Pediatr Health Care* 1996;10: 217-20.

- 162.Orr D, Fortenberry J, Blythe M. Validity of-self reported sexual behaviours in adolescent women using biomarker outcomes. *Sex Transm Dis* 1997;24: 261-6.
- 163.Alfred S, Choquet M. Les comportements sexuels en France. Paris: la Documentation Française; 1993.
- 164.Exclusão da ilicitude em alguns casos de interrupção voluntária da gravidez. Lei nº. 6 de 11 de Maio de 1984.
- 165.Lopez F, Fuertes A. Para compreender a sexualidade. Lisboa: APF; 1999.
- 166.Kirby D. School-based programs to reduce sexual risk-taking behaviours. *J Sch Health* 1992; 62: 280-7.
- 167.Blake SM, Ledsky R, Goodenow C, Sawyer R, Lohrmann D, Windsor R. Condom Availability Programs in Massachusetts High Schools: Relationships With Condom Use and Sexual Behavior. *Am J Pulic Health* 2003;93: 955-62.
- 168.Donald M, Lucke J, Dunne M, O'Toole B, Raphael B. Determinants of condom use by Australian secondary school students. *J Adolesc Health* 1994;15: 503 -10.
- 169.Bayés R. Sida y psicología. Barcelona: Martinez Roca; 1995.
- 170.Crosby RA, DiClemente RJ, Wingood GM, Sionean C, Cobb BK, Harrington K. Correlates of unprotected vaginal sex among African American female adolescents: importance of relationship dynamics *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154: 893-9.
- 171.Averett SL, Rees DI, Argys LM. The impact of government policies and neighbourhood characteristics on teenage sexual activity and contraceptive use. *Am J Public Health* 2002;92: 1773-8.
- 172.Almeida MCC, Aquino EML, Graffikin L, Magnani RJ. Uso de contracepção por adolescentes na Bahia. *Revista Brasileira de Saúde Pública* 2003;37: 566-75.
- 173.John SS, Richard MD, Nancy DB, Leach R. The Association of Sexual Behaviors With Socio-economic Status, Family Structure, and Race/Ethnicity Among US Adolescents. *Am J Public Health* 2000;90: 1582-8.
- 174.Brown LK, Diclemente RJ, Park T. Predictors of condom use in sexually active adolescents. *J Adolesc Health* 1992;13: 651-7.
- 175.Wingood GM, Diclemente RJ, Mccree DH, Harrington K, Davis SL. Dating violence and the sexual health of black adolescent females. *Pediatrics* 2001;107: 1-72.
- 176.Cromer BA, Brown RT. Update on pregnancy, condom use, and prevalence of selected sexually transmitted diseases in adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1992;4: 855-9.
- 177.Kegeles SM, Adler NE, Irwin CE Jr. Adolescents and condoms. Associations of beliefs with intentions to use. *Am J Dis Child* 1989;143: 911-5.

- 178.Leland NL, Barth RP. Gender differences in knowledge, intentions, and behaviours concerning pregnancy and sexually transmitted disease prevention among adolescents. *J Adolesc Health* 1992;13: 589-9.
- 179.Ahlberg BM, Jylkas E, Krantz EU. Gendered construction of sexual risks: implications for safer sex among young people in Quénia and Sweden. *Reprod Health Matters* 2001;9: 26-36.
- 180.Organisation Mundial de la Santé.Les problèmes des enfants d'âge scolaire. Rapport d'un groupe de travail. Genève;1987.
- 181.Mwakagile D, Mmari E, Makwaya C, Mbwana J, Biberfeld G, Mhalu F, Sandstron E. Sexual behaviour among youths at high risk for HIV-1 infection in Dar es Salaam, Tanzânia. *Sex Transm Infect* 2001;77: 255-9.
- 182.Agey WK, Biritwum RB, Ashitey AG, Hill RB. Sexual behaviour and contraception among unmarried adolescents and young adults in Greater Accra Eastern regions of Ghana. *J Biosoc Sci* 2000;32: 495-512.
- 183.American Academy of Pediatrics. Committee on Public Education, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, American Psychological Association. Sexuality, contraception, and the media. *Pediatrics* 2001;107: 191-4.
- 184.Jejeebhoy SJ. The importance of social science research in protecting adolescent's sexual and reproductive choice. *Med Law* 1999;18: 255-75.
- 185.Palazzo LS, Béria JU, Fernandez FA, Tomas E. Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva. *Atención Primaria* 2001;5: 43-9.
- 186.Wellings K, Cleland J. Researches in sexual health. Recent developments and future directors. *Sex Transm Infect* 2001;77: 238-41.
- 187.Passarín MI, J Salvador y C Borrell. Diferencias Etarias Del Impacto De Las Interrupciones Voluntarias Del Embarazo Sobre Las Tazas De Fertilidad En La Ciudad De Barcelona. *Gaceta Sanitária* 2002;16: 89-91.
- 188.Minguell J, Valero R. A Atención Primaria en Italia disminuye el número total de abortos, pero aumenta entre las más jóvenes. *Revista Brasileira de Saúde Pública* 2000; 59: 1349-454.
- 189.Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas da Saúde. Lisboa;1998.
- 190.Moore ML. Adolescent pregnancy in 3 European countries: lessons for they be learned. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2000;29: 355-62.

191. Informe. Interrupción Voluntaria Del Embarazo. Interrupciones voluntarias del embarazo (1991-2000) Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2002;8: 3-36.
192. Nieto P, Ramos A, Ruiz MA, Sierra ML y Cardero M. Perfil De Las Mujeres Que Utilizan Anticoncepción Postcoital. Gaceta Sanitária 2002;16: 79-84.
193. Burack R. Teenage sexual behaviour: attitudes towards and declared sexual activity. The British Journal of Family Planning 1999;24: 145-8.
194. Almeida MCC, Aquino EML, Graffikin L, Magnani RJ. Uso de contracepção por adolescentes na Bahia. Revista Brasileira de Saúde Pública 2003;37: 570.
195. Contracepção de emergência. Lei nº. 12 de 29 de Maio de 2001.
196. Javier GZ. Gravidezes Indesejadas Porquê? "O Problema do Aborto em Portugal: Questões Sociais, Médicas e Jurídicas". Lisboa: APF; 2001.
197. Bandura A. Principles of behaviour modification. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1969.
198. Vaz J M. Educação Sexual na Escola. Lisboa: Universidade Aberta; 1996.
199. Disponível em www.open.gov.uk. Retirado em 22 de Maio de 2002.
200. Choquet M, Manfredi R. Sexual Intercourse, Contraception, and Risk-Taking behaviour Among Unselected French Adolescents Aged 11-20 years. J Adolescent Health 1992;13: 623-30.
201. Huerta FR, Diaz LJ, Malacara JM. Knowledge and attitudes toward sexuality in adolescents and their association with the family and other factors. Adolescence 1996;31: 179-91.
202. Comissão Nacional de População e Desenvolvimento – Os Jovens no Brasil – Diagnóstico Nacional. Brasília; 1998.
203. Szwarcwald CL, Júnior AB, Dhalia CBC, Carvalho MF. Projecto de Vigilância do HIV: uma apreciação da amostragem e dos resultados obtidos no período de 1997-1999 em serviços de DST e pronto-socorro. Boletim Epidemiológico AIDS Brasil 2000.
204. Spingarn RW. Condom availability and prevention issues for adolescents. Curr Opin Pediatr 1995;7: 360-5.
205. Darroch JE, Singhs S, Frost JJ. Differences in teenage pregnancy rates among five developed countries: the roles of sexual activity and contraceptive use. Fam Plann Perspect 2001;33: 244-50.
206. Lima ML. Epidemiologia e impacto social. Revista Brasileira de Psiquiatria 1999;20: 11-5.

207. Alto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K. Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. *Am J Psychiatry* 2002;159: 1235-7.
208. Sampaio D. *Vozes e ruídos: diálogo com os adolescentes*. 3ª. ed. Lisboa: Editorial Caminho; 1993.
209. Kandel D, Davies M. Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43: 255-62.
210. Sadler LS. Depression in adolescents. Context, manifestations, and clinical management. *Nurs Clin North Am* 1991;26: 559-72.
211. Hibbard R, Ingersoll G, Orr D. Behavioral risk, emotional risk, and child abuse among adolescents in a non-clinical setting. *Pediatrics* 1990;86: 896-901.
212. Yama M, Tovey S, Fogas B. Childhood family environment and sexual abuse as predictors of anxiety and depression in adult women. *Am J Orthopsychiatry* 1993; 26: 415-19.
213. Olges BM, France CR, Lunnen KM, Todd BMT, Goldfard M. Computerized Depression Screening and Awareness. *Community Ment Health J* 1998;34: 27- 38.
214. Comissão Política Global da Organização Mundial de Saúde. Position Paper da OMS sobre Saúde. Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento. Saúde, População e Desenvolvimento. Cairo 1994.
215. Organisation Mondiale de la Santé. L'éducation pour la santé. Manuel d'éducation pour la santé dans l'optique de soins de santé primaires. Genève. 1990.
216. Burvil P. Recent progress in the epidemiology of major depression. *Epidemiol Rev* 1995;17: 21-31.
217. Weissman L, Bland R, Canino G et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996;276: 293-9.
218. Gasquet I. Epidemiologic approach to the evolution by age and sex of childhood and adolescent depression. *Psychiatr Infant* 1994;37: 533-66.
219. World Health Organization. The global burden of disease- A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Geneva; 1996.
220. Sorli N. Breve história da sexualidade. *Revista de Sexologia* 2002;1: 1-3.
221. Waley DL. *Princípios Elementares do Comportamento*. São Paulo; 1980.
222. Santelli JS, Richard L, Nancy D, Brener, Leach R. The Association of Sexual Behaviours with Socio-economic Status, Family Structure, and Race/Ethnicity Among US Adolescents. *Am J Public Health* 2000;90: 1582-8.

- 223.Aday LA. Deciding how many will be in the sample. In: Aday LA. Ed. Designing conducting health surveys. São Francisco: Jossey-bass Publishers; 1996.
- 224.Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner ED. Epidemiologia Clínica: Elementos Essenciais. 3ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
- 225.Morales JR, Mariscal ML, Carballo IG. Adolescentes: diagnostico y orientaciones teórico metodológicas de la educación sexual. Sucre- Bolivia: Talleres Graficas; 1998.
- 226.Bahls SC. Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. Revista Brasileira Psiquiatria 2002;24: 63-7.
- 227.Stone DB, Armstrong RW, Macrina DM, Pankau Jw. Introdução à Epidemiologia. Lisboa:McGraw-Hill; 1999.
- 228.Pereira MG. Epidemiologia Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;1995.
- 229.Catarina JA, Gibson DR, Chitwood DD, Coates TJ. Methodological problems in AIDS behavioural research: influences on measurement error and participation bias in studies of sexual behaviour. Psychol Bull Rev 1990;180: 339-62.
- 230.Catarina JA, Gibson DR, Marin B, Coates TJ, Greenblatt RM. Response bias in assessing sexual behaviours relevant to HIV transmission. Eval Progra Plannin 1990;13: 19-9.
- 231.Jekel JF, Elmore JG, Katz D. Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva. Porto Alegre: Artmed;1999.
- 232.Armstrong BK, White E, Saracci R. Response rates and their maximization. In: Armstrong BK, White E, Saracci R, eds. Principles of exposure measurement in epidemiology. Oxford: Oxford University Press; 1994.
- 233.Mirabete JF. Manual de direito penal. 6ª. ed. São Paulo: Atlas; 1991.

7. Resúme / Abstract / Résumé

RESUMO

Introdução: A Saúde Sexual e Reprodutiva é um componente da saúde geral dos indivíduos e tem sido alvo de crescente interesse nos países desenvolvidos. Constitui uma fonte de satisfação e bem-estar, mas em caso de insuficiente informação ou atitudes irreflectidas pode provocar frustração e mal-estar. Os comportamentos adquiridos na adolescência tendem a manter-se na vida adulta e são responsáveis por uma grande parte da morbidade e mortalidade, representando enormes custos a nível individual e social. Daí advém a necessidade de integrar a Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva na prática sistemática dos cuidados de educação e saúde.

As relações sexuais entre adolescentes acontecem em idades cada vez mais precoces, constituindo uma preocupação de Saúde Pública, quer nacional quer Europeia. A prematuridade nos comportamentos considerados de maior risco é verificada em toda a Europa, prevendo-se uma diminuição da idade média de início da actividade sexual.

Um indicador importante da situação de risco dos adolescentes é a prevalência de utilização de métodos contraceptivos. Embora se saiba que o uso consistente do preservativo é o principal meio de prevenir as doenças sexualmente transmissíveis entre os adolescentes, vários factores podem influenciar essa prática, sendo importante avaliar os factores psicossociais.

A gravidez na adolescência tem sido relacionada com aumento da morbidade materna e fetal. Apesar de haver posições diferentes, a grande maioria dos investigadores reconhece que a gravidez na adolescência deve ser considerada gravidez de risco. Problemas de índole social, como o abandono escolar, o casamento imposto, a gravidez no ano seguinte, o abandono dos filhos e o abortamento estão frequentemente associados à gravidez na adolescência, constituindo por isso um grave problema de Saúde Pública.

As situações descritas podem ser desencadeantes de alterações emocionais nos adolescentes, não sendo raros os sintomas sub-depressivos nesta idade.

A avaliação dos conhecimentos e comportamentos sexuais dos adolescentes é um passo fundamental para se adequar e pôr em prática a promoção da educação para a saúde.

Objectivos: A presente investigação teve como objectivo, identificar e analisar os conhecimentos e comportamentos sexuais dos estudantes do ensino secundário em Portugal. Para isso estabeleceram-se os seguintes objectivos específicos:

1. Identificar os conhecimentos, atitudes e comportamentos dos adolescentes na área da Saúde Sexual e Reprodutiva.
2. Estimar a prevalência da utilização do preservativo e determinar factores associados a esse comportamento.
3. Quantificar a proporção de adolescentes que alguma vez realizaram uma interrupção voluntária da gravidez e identificar factores demográficos, sociais e de comportamento associados a essa decisão.
4. Analisar a associação entre comportamentos sexuais e sintomatologia depressiva.

Participantes e Métodos: Realizou-se um estudo transversal nacional. Em cada capital de distrito foi seleccionada aleatoriamente uma escola secundária. Foram seleccionadas 18 escolas, mas em duas os responsáveis não autorizaram a aplicação dos questionários aos estudantes, perfazendo um total de 16 escolas avaliadas. Do total dos estudantes abordados 8484, 429 (5,1%) recusaram responder e 123 (1,5%) apresentaram respostas inconsistentes ou contraditórias tendo sido por isso excluídos da análise final. Assim para a análise final foram considerados 7932 questionários.

As informações gerais foram obtidas através de questionário, anónimo e de administração directa. Este questionário era composto por trinta e quatro questões, relativas a aspectos de ordem demográfica, social, de conhecimentos e comportamentos sobre saúde sexual e reprodutiva, consumo de álcool, tabaco, drogas ilícitas e violência. Foi utilizado o Beck Depressive Inventory (BDI-II) para avaliar a sintomatologia depressiva.

Os estabelecimentos de ensino secundário foram contactados através das suas Comissões Executivas, no sentido de colaborar na aplicação dos questionários. Foram informados sobre os objectivos e métodos da investigação, sendo-lhes facultado o manual de procedimentos para orientação e esclarecimento de dúvidas. A aplicação dos questionários foi realizada durante o primeiro e segundo períodos do ano escolar. Os questionários foram distribuídos pelos docentes na sala de aula. Os estudantes preencheram os questionários no momento da entrega e depois de preenchidos, colocaram-nos em caixas destinadas especificamente para o efeito.

Foram avaliados como conhecimentos na área da saúde sexual e reprodutiva as respostas à definição de planeamento familiar e doenças sexualmente transmissíveis. Sobre comportamentos sexuais na mesma área recolheu-se informação sobre a situação como ocorreu a primeira relação sexual, a frequência com que manteve relações sexuais no último ano e o número de parceiros sexuais até ao momento. Definiu-se neste estudo atitudes como opiniões e sentimentos que sustentam uma disposição para o indivíduo se comportar

de uma forma determinada. Foram consideradas as seguintes atitudes: local onde o adolescente procurou informação sobre Saúde Sexual e Reprodutiva, satisfação sexual do adolescente, opinião acerca daquilo que entende poder ser feito para o ajudar na área da sexualidade.

Os adolescentes foram classificados como deprimidos, quando apresentaram uma pontuação igual ou superior a 16 na escala do BDI-II.

A informação recolhida foi informatizada e analisada recorrendo ao programa Epi-Info (versão 6.04) e SPSS (versão 9.0). As proporções foram comparadas recorrendo ao teste do *Chi-quadrado*, com correcção de *Yates* quando o valor esperado em alguma das células era inferior a 20. Quando esse valor era inferior a 5 utilizou-se a prova exacta de *Fisher*. As variáveis quantitativas foram comparadas pela prova de *Kruskal-Wallis*. Para o cálculo das estimativas do risco relativo (*Odds Ratios*) e respectivos intervalos de confiança a 95,0% usou-se a regressão logística não condicional.

Resultados: A prevalência de fumadores na amostra estudada foi de 34,4%, tendo sido significativamente superior no sexo masculino 37,7% (vs. 31,8%), nos adolescentes com mais de 17 anos de idade 41,6% (vs. 32,1%) e nos filhos de pais com mais de 12 anos de escolaridade 38,5% (vs. 33,5%). A prevalência de adolescentes consumidores de drogas foi de 3,7% sendo significativamente superior no sexo masculino 5,2% (vs. 2,6%) e inferior nos filhos de pais com menos de 4 anos de escolaridade 2,6% (vs. 4,1%).

A violência foi referida por 26,1% dos adolescentes e o tipo de violência mais frequente foi a psicológica (44,6%). A prevalência de violência sexual foi superior nas raparigas (5,6% vs. 3,5%) e nos adolescentes com mais de 17 anos de idade 6,1% (vs. 3,9%).

Os conhecimentos sobre as definições de planeamento familiar e doenças sexualmente transmissíveis foram respectivamente 57,1% e 56,5%. As raparigas e os adolescentes mais velhos tinham mais conhecimento das definições de planeamento familiar e das doenças sexualmente transmissíveis. O local referido pelos adolescentes como a fonte de informação eleita foi o grupo dos meios audiovisuais (35,8%). A procura deste local foi superior nos adolescentes do sexo masculino. Apenas 3,2% dos adolescentes procuraram informação nos profissionais de saúde. Os adolescentes que mais referiram estar satisfeitos com a sua sexualidade foram os do sexo masculino 72,5% (vs. 59,9%), os que tinham mais de 17 anos de idade 70,5% (vs. 63,8%).

Cerca de 39,0% dos adolescentes referiram já ter tido relações sexuais. Os comportamentos sexuais considerados de risco foram mais prevalentes nos rapazes: a

primeira relação sexual não planeada 82,5% (vs. 73,8%); prática de relações sexuais de modo irregular 60,4% (vs. 46,1%); com 5 ou mais parceiros sexuais 18,3% (vs. 3,1%). Relativamente ao uso consistente do preservativo verificou-se que 55,0% dos adolescentes o usavam e 12,0% referiram nunca o ter utilizado. Entre os que nunca o usaram incluíram-se mais frequentemente as raparigas, os adolescentes mais velhos, os que habitavam em casa alugada, os que tiveram a sua primeira relação sexual após os 15 anos de idade e os que tiveram relações sexuais mais frequentes. Após ajuste para as variáveis em questão os factores que se associaram com o uso não consistente do preservativo foram: pertencer ao sexo feminino (OR= 2,0 IC 95%: 1,70-2,44), ter mais de 19 anos de idade (OR= 1,7 IC 95%: 1,20-2,50), viver em casa alugada (OR= 1,2 IC 95%: 0,96-1,51), ter relações sexuais mais frequentemente (OR= 2,5 IC 95%: 1,83-3,51), consumir drogas (OR= 2,1 IC 95%: 1,03-4,42) e ter sido vítima de agressão (OR=1,2 IC 95%: 1,02-1,47). Os adolescentes do sexo masculino apontaram como principal razão para uso não consistente do preservativo a diminuição do prazer sexual (66,5%). A certeza de que o parceiro é fiel foi referida por 20,9%. Para o sexo feminino as razões referidas foram: usar outro método contraceptivo (49,6%), ter a certeza da fidelidade do parceiro (29,9%) e a diminuição do prazer sexual (28,3%).

A frequência global da interrupção voluntária da gravidez foi de 2,5%. A prevalência da interrupção voluntária da gravidez foi significativamente diferente entre os distritos do país, sendo maior em Faro (7,5%) e nos distritos de Viseu, Viana do Castelo, Castelo Branco, Braga e Portalegre não houve nenhum caso declarado. O risco de interrupção voluntária da gravidez foi maior nas adolescentes que se consideraram sem religião (OR= 2,9 IC 95%: 1,10-7,44), nas que foram vítimas de violência (OR= 3,5 IC 95%: 1,48-18,30), e nas que tiveram mais de 5 parceiros sexuais no último ano (OR= 18,9 IC 95%: 6,40-55,99).

A pontuação média da sintomatologia depressiva não variou significativamente entre os adolescentes que informaram já ter tido relações sexuais ($10,5 \pm 10,0$) e os que declararam ainda não ter tido relações sexuais ($10,3 \pm 9,3$), $p=0,810$).

Conclusões:

1. Os adolescentes que revelaram estar mais informados sobre saúde sexual e reprodutiva foram os do sexo feminino e os mais velhos. Os comportamentos considerados de maior risco como o não planeamento da primeira relação sexual, a prática sexual irregular mas de modo intenso e um elevado número de parceiros sexuais foram mais praticados pelo sexo masculino. As atitudes dos adolescentes na área da Saúde Sexual e Reprodutiva variaram em particular de acordo com o sexo, a idade e a escolaridade parental.

Os adolescentes que procuraram preferencialmente informação sobre Saúde Sexual e Reprodutiva nos meios audiovisuais e os que se sentiram mais satisfeitos com a sua sexualidade, foram em maior percentagem os indivíduos do sexo masculino e os mais velhos.

2. A prevalência do uso consistente do preservativo nos adolescentes foi de 55,0% e 12,0% dos adolescentes referiu nunca o ter usado.

O uso consistente do preservativo associou-se positivamente com menor número de parceiros sexuais; com a ausência de violência e de doenças sexualmente transmissíveis e ainda com o não consumo de drogas.

3. O valor da frequência global da interrupção voluntária da gravidez foi de 2,5%.

O risco de interrupção voluntária da gravidez foi maior nas adolescentes que se consideraram sem religião, nas que foram vítimas de violência e nas que tiveram mais de 5 parceiros sexuais no último ano.

4. Os adolescentes estudantes portugueses com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos apresentaram uma prevalência de sintomatologia depressiva de 21,6%, com valores superiores para as raparigas. A pontuação média de sintomatologia depressiva foi semelhante entre os adolescentes que já tiveram relações sexuais e os que não tiveram.

ABSTRACT

Introduction: Sexual and Reproductive Health is one of the elements of the individuals general health, and has been a focus of interest in the developed countries. Lifestyle changes, namely in adolescents, will become a global problem. Sexual and Reproductive Health may produce two different feelings. On the one hand, it provides individual satisfaction and a feeling of well-being. On the other hand, misinformation or unreflected attitudes will provoke frustration and several unpleasant feelings. Usually, a person's behaviour and/or ideas, thoughts and beliefs tend to be consolidated during the adolescence period and maintained throughout the adult life leading to high levels of morbidity and mortality, which represents high costs, both to the individual and also to the society in general. Therefore, it is extremely important to promote it throughout the education process.

The first sexual experience is beginning to appear earlier than ever, which is considered a public health concern both in Portugal and in Europe. An early high-risk sexual behaviour, as well as the premature age of the first sexual experience is perceptible throughout Europe.

The prevalence of the contraceptive methods used is an important indicator in the evaluation of the level of exposure that adolescents experience, regarding the consequences of sexual intercourse. Although it is known that the concomitant use of a condom is the best way to prevent sexually transmitted diseases, the importance of psychosocial factors may influence its usage.

High maternal and fetal morbidity has been closely associated to an early pregnancy, i.e. during the adolescence period. Regarding this issue, there are several opinions, nevertheless most recognise it as a risky situation for female adolescents, since its consequences are associated with social problems like school drop out, imposed marriage, child abandonment and abortion.

All these situations are considered severe problems of public health. This may also be the cause for emotional changes in adolescents, which may lead them to sub-depression.

Sexual behaviour in adolescents, as well as their knowledge on this issue, are an important information in order to adequate and to promote sexual health education.

Objectives: this study aims to identify and analyse sexual behaviours and the knowledge that adolescents, who study in Portuguese high-schools, have on the issue. Four specific objectives were set:

1. To identify adolescents sexual behaviours, attitudes and the knowledge towards Sexual and reproductive health.
2. To calculate the condom use prevalence and to determine associated factors for that behaviour.
3. To quantify the adolescents proportion that already have voluntarily interrupted pregnancy and to identify demographic, social and behaviour factors associated to that decision.
4. To analyse the association between sexual behaviours and depressive symptoms.

Participants and Methods: A cross-sectional study was made with adolescents studying in high-school. In 18 district capitals, we have only selected one for each district. Two of the selected high-schools refused to participate in this study. Therefore, this study was done in 16 district capitals. Among 8484 students, 429 (5.1%) refused to answer the questionnaires and 123 (1.5%) students answered it incongruously and inconsistently. Therefore, our final sample was of 7932 adolescents.

We have obtained the general information among two anonymous and directly administered questionnaires. One of the questionnaires comprised 34 questions about the participants' personal, social, behavioural and demographic information. In order to evaluate the depressive symptoms we have used the *Beck* Depressive Inventory (DBI-II).

High-schools were contacted through the Executive Committees in order to cooperate in the questionnaires delivery. They have been informed about the objectives and methods of this study, and it was also given to them the procedures' manual, in order to clarify any doubts. The questionnaires delivery was done during the first and second high-school terms. The teacher handed out the questionnaires to the students in the classroom. Then, the students filled in the questionnaires and in the end, after being filled in, each student put the questionnaires into the specific boxes on the classroom.

Their knowledge about Sexual and Reproductive Health was evaluated by the given answers regarding the definitions of family planning and sexually transmitted diseases. Concerning their sexual behaviour, we have gathered information about the context on which their first sexual intercourse occurred, the frequency of the sexual intercourses during the last year, and the number of sexual partners they had at the moment. In this study, we have defined attitudes as opinions and feelings, which have guided the individual towards a specific behaviour. We have considered the following attitudes: the place where the adolescent looked up information about Sexual and Reproductive Health; the adolescent's sexual satisfaction, his/her opinion on what he/she knows that helps his/hers sexuality.

The adolescents were considered as depressed when they presented a value of ≥ 16 in the scale of DBI-II.

The information collected in the sample was analysed and informatised with the EpiInfo (6.04d version) and SPSS (9.0 version) programmes. We have used the Chi-Square test to compare the proportions, using *Yates for* correction when the expected value was less than 20. Whenever that value was less than 5, we have used the *Fisher* test. To estimate relative risk (*Odds Ratios*), we have used the non-conditional logistic regression for 95.0% confidence intervals (CI: 95%). The quantitative variables were compared by *Kruskal-Wallis*.

Results: The smokers' prevalence was 34.4%, being significantly higher in male adolescents 37.7% (vs. 31.8%), older than 17 years old, 41.6% (vs. 32.1%) and whose parents's education was higher than 12 years, 38.5% (vs. 33.5%). The prevalence of drugs consumption was 3.7%, which was also significantly higher in male adolescents, 5.2% (vs. 2.6%) and lower in those whose parents' education was lower 4 years, 2.6% (vs. 4.1%).

Violence was referred by 26.1% of the adolescents, and the most frequent type of violence was the psychological one (44.6%). Sexual violence prevalence was higher in girls, 5.6% (vs. 3.5%) and in adolescents older than 17 years 6.1% (vs. 3.9%).

The adolescents' specific knowledge on family planning and sexually transmitted diseases was of 57.1% and 56.5%. The female and the older male adolescents had more knowledge about family planning and sexually transmitted diseases. The adolescents elected the media (35.8%) as the best way to obtain any information concerning sexuality. The preference of the media was higher among boys. Only 3.2% of the adolescents sought information among health professionals. Male adolescents stated they were more sexually satisfied, 72.5% (vs. 59.9%). Male adolescents older than 17 years were the most satisfied with their sex life, 70.5% (vs. 63.8%).

Thirty-nine percent of the adolescents said they had already had sexual intercourse. The prevalence of sexual behaviour considered as a risk was higher on boys: the first not planned sexual intercourse, 82.5% (vs. 73.8%); practice of an irregular way of sexual intercourse, 60.4% (vs. 46.1%); five or more sexual partners, 18.3% (vs. 3.1%).

Regarding the concomitant use of a condom, 55.0% of the adolescents said they use it, and 12.0% mentioned that they had never used it. Those who answered that they had never used it were girls, the older adolescents, those who live in a rented house, those who had their first sexual intercourse at the age of 15, and those which maintained more frequent sexual intercourses. After the variables adjustment, the factors which were associated with the non-concomitant use of the condom were: to be female adolescents (OR=2.0 CI 95%: 1.70-2.44), older than 19 (OR=1.7 CI 95%: 1.20-12.50), to live in a rented home (OR=1.2 CI

95%: 0.96-1.51), to have more frequent sexual intercourse (OR=2.5 CI 95%: 1.35-3.51), to consume drugs (OR=2.1 CI 95%: 1.03-4.42), to have been a victim of violence (OR=1.2 CI 95%: 1.02-1.47). The male adolescents pointed out some reasons for the non-concomitant use of the condom: diminished sexual satisfaction (66.5%), the certainty of the fidelity of the sexual partner (20.9%). For the female adolescents the reasons were: the use of another contraception method (49.6%), the certainty that her partner is faithful to her (29.9%) and finally the diminished sexual satisfaction/pleasure (28.3%).

The global frequency of the voluntary pregnancy interruption was of 2.5%. This prevalence was significantly different among the country districts. The highest was in the district of Faro (7.5%), and in the districts of Viseu, Viana do Castelo, Castelo Branco, Braga and Portalegre it wasn't declared any abortion. The risk of voluntary interruption of pregnancy was higher for those who considered themselves atheist, (OR=2.9 CI 95%: 1.10-7.44), for those who suffered some kind of violence (OR=3.5 CI 95%: 1.48-18.30), and for those who had more than 5 sexual partners in the last year (OR=18.9 CI 95%: 6.40-55.99).

The average of depression symptoms did not varied significantly between adolescents that already had sexual intercourse ($10,5 \pm 10,0$) and those who hadn't yet started their sexual life ($10,3 \pm 9,3$, $p=0,810$).

Conclusions:

1. The adolescents, who have shown to be more informed about Sexual and Reproductive Health, were girls and older adolescents in general. The sexual behaviour considered as high-risked, like not planning the first sexual intercourse, the irregular sexual practice in an intense way and the high number of sexual partners were mainly practiced by male adolescents. The adolescents' attitudes towards sexual and reproductive health vary particularly according to their sex, age and their parents' education. The adolescents seek information on Sexual and reproductive health preferably in the media, and those who felt more satisfied with their sexual life were male adolescents and the eldest.
2. The prevalence of the concomitant use of a condom in the adolescents was of 55.0% and of 12.0% for those who answered that they had never used it.
The concomitant use of a condom was positively associated with a lower number of sexual partners, with the absence of violence, sexually transmitted diseases and also with the non-consumption of drugs.

3. The global frequency value of the voluntary interruption of pregnancy was of 2.5%. The risk of voluntary interruption of pregnancy was higher for those who considered themselves atheists, for those who were victims of violence and for those who which had had more than 5 sexual partners during the last year.

4. The Portuguese student adolescents between 15 and 19 years old showed a depression symptoms prevalence of 21.6%, which was higher in female adolescents. The average of the depressive symptom was similar among adolescents that already had sexual intercourse and those who still had not started their sexual life.

RESUMÉ

Introduction : La Santé Sexuelle et Reproductive est une composante de la santé générale des personnes qui a été cible de croissant intérêt dans les pays développés. Il constitue une source de satisfaction et un bien-être, mais dans le cas d'insuffisantes informations ou d'attitudes irréflechies peut provoquer frustration et malaise. Les comportements acquis dans l'adolescence tendent à se maintenir dans la vie adulte et sont responsables d'une grande fraction de la morbidité et de la mortalité, représentant énorme coûts à niveau individuel et social. À partir de là arrive la nécessité d'intégrer la Promotion de la Santé Sexuelle et Reproductive dans la pratique systématique des soins d'éducation et de la santé. Les relations sexuelles entre des adolescents arrivent dans des âges de plus en plus précoces, constituant une préoccupation de Santé Publique, soit nationale soit européenne. Prématurité dans les comportements considérés de plus grand risque est vérifié dans toute l'Europe, se prévoyant une diminution de l'âge moyen de début de l'activité sexuelle.

Un indicateur important de la situation de risque des adolescents est la prévalence d'utilisation de méthodes contraceptives. Bien que se sache que l'utilisation cohérente du préservatif est le principal moyen d'empêcher les maladies sexuellement transmissibles entre les adolescents, plusieurs facteurs peuvent influencer cette pratique, étant important évaluer les facteurs psychosociaux.

La grossesse dans l'adolescence a été rapportée avec augmentation de la morbidité maternelle et foétale. Malgré devoir des positions différentes, la grande majorité des investigateurs reconnaît que la grossesse dans l'adolescence doit être considérée grossesse de risque. Problèmes de nature sociale, comme l'abandon scolaire, le mariage impôt, la grossesse dans l'année suivante, l'abandon des fils et l'avortement fréquemment sont associés à la grossesse dans l'adolescence, constituant donc un grave problème de Santé Publique.

Les situations décrites peuvent être déclenchement de modifications émotionnelles dans les adolescents, ne pas en être rares les symptômes sub-dépressif dans cet âge. L'évaluation des connaissances et des comportements sexuels des adolescents est une étape fondamentale pour que s'ajuster et mette dans pratique la promotion de l'éducation pour la santé.

Objectifs : La présente recherche a eu pour objet, identifier et analyser les connaissances et les comportements sexuels des étudiants de l'enseignement secondaire au Portugal. Pour cela se sont établis les suivants objectifs spécifiques :

1. Identifier les connaissances, attitudes et les comportements des adolescents concernant le secteur de Santé Sexuelle et Reproductive.
2. Estimer la prévalence de l'utilisation du préservatif et déterminer des facteurs associés à ce comportement.
3. Quantifier la proportion d'adolescents qui quelque fois ont réalisé une interruption volontaire de la grossesse et identifier des facteurs démographiques, sociaux et de comportement associés à cette décision.
4. Analyser l'association entre des comportements sexuels et de la symptomatologie dépressive.

Participants et Méthodes : S'est réalisée une étude transversale nationale. Dans chaque capital de district a été sélectionnée aléatoirement une école secondaire. Ont été sélectionnées 18 écoles, mais dans deux les responsables n'ont pas autorisé l'application des questionnaires aux étudiants, par conséquent un total de 16 écoles évaluées. Du total des étudiants abordés 8484, 429 (5,1%) ont refusé de répondre et 123 (1,5%) ont présenté des réponses inconsistantes ou propositions contradictoires en ayant été donc exclus de l'analyse finale. Ainsi pour l'analyse finale ont été considérés 7932 questionnaires. Les informations générales ont été obtenues à travers questionnaire, anonyme et d'administration directe. Ce questionnaire se composait de trente et quatre questions, concernant des aspects d'ordre démographique, social, de connaissances et de comportements sur santé sexuelle et reproductive, de consommation d'alcool, de tabac, de drogues illicites et de violence. A été utilisé l'Inventaire Dépressif de Beck-II (BDI-II) pour évaluer la symptomatologie dépressive, constitué par des vingt et items.

Les établissements d'enseignement secondaire ont été contactés à travers leurs Commissions Exécutives, dans le but de collaborer en l'application des questionnaires. Ils ont été informés sur les objectifs et les méthodes de la recherche, leur étant facilitée le manuel de procédures, pour orientation et clarification de doutes. L'application des questionnaires a été réalisée pendant premier et selon des périodes de l'année scolaire. Les questionnaires ont été distribués par les professeurs dans la salle de leçon. Les étudiants ont rempli les questionnaires au moment de la livraison et après remplis ils, les ont placés dans des boîtes destinées spécifiquement à cet effet.

Ils ont été évalués quant aux connaissances sexuelles dans le secteur de Santé Sexuelle et Reproductive, les réponses à la définition de planification familiale et les

maladies sexuellement transmissibles. Sur des comportements sexuels dans le même secteur se sont rassemblé des informations sur la situation de présence de la première relation sexuelle, la fréquence avec laquelle a maintenu des relations sexuelles dans la dernière année et le nombre de partenaires sexuels jusqu'au moment. Il s'est défini dans cette étude des attitudes comme, avis et sentiments exprès. Ont été considérés les suivantes attitudes: lieu où l'adolescent a cherché des informations sur Santé Sexuelle et Reproductive, satisfaction sexuelle de l'adolescent, avis environ dont comprend pouvoir être fait pour l'aider dans le secteur de la sexualité.

Les adolescents ont été classés comme décourageants, ils quand ont présenté une ponctuation égale ou supérieur à 16 conformément à l'échelle du DBI-II. Les informations rassemblées ont été informatisées en faisant appel au programmes Epi-Info (6.04) et SPSS (9.0). Les proportions ont été comparées en faisant appel à l'essai du Chi-Square, avec correction de Yates quand la valeur attendue dans quelque des cellules était inférieure à 20. Quand cette valeur était inférieure à 5 s'est utilisée la preuve exacte de Fisher. Les variables quantitatives ont été comparées par la preuve de Kruskal-Wallis. Pour le calcul des estimations du risque concernant (Odds Ratios) et respectifs intervalles fiables 95.0% s'est utilisé la régression logistique non conditionnelle.

Résultats : La prévalence de fumeurs (34.4%) a été significativement supérieure dans les adolescents du sexe masculin 37.7% (contre 31.8%), dans les adolescents avec plus de 17 ans d'âge 41.6% (contre 32.1%) et dans les fils de parents avec plus de 12 ans de scolarité 38.5%. (contre 33.5%) La prévalence d'adolescents consommateurs de drogues (3.7%) a été significativement supérieure dans le sexe masculin 5.2% (contre 2.6%) et dans inférieur dans les fils de parents avec 4 ans de scolarité 2.6% (contre 4.1%). La violence est reportée pour 26.1% des adolescents, le type de violence plus fréquente ont été la psychologique (44.6%). La prévalence de violence sexuelle a été supérieure dans les jeunes filles 5.6% (contre 3.5%) et dans les adolescents avec plus de 17 ans d'âge 6.1% (contre 3.9%).

Les connaissances sur les définitions de planification familiale et les maladies sexuellement transmissibles ont été respectivement 57.1% et 56.5%. Les jeunes filles et les adolescents qui avaient moins d'âge sont plus informées. Lieu mentionné par les adolescents comme la source d'informations préférées a été le groupe des moyens audiovisuels (35.8%). La recherche de ce lieu a été faite préférentiellement par les adolescents du sexe masculin. Seulement 3.2% des adolescents a cherché des informations dans les professionnels de santé. Les adolescents du sexe masculin ont rapportés plus fréquemment être satisfait avec leur sexualité ont été 72.5% et 59.9% du sexe féminin. Les

adolescents plus de 17 ans d'âge se sont rapportés plus fréquemment être satisfaits avec leur sexualité 70.5% (contre 63.8%). Environ 39.0% des eux adolescents ont rapporté déjà avoir eu des relations sexuelles. Les comportements sexuels considérés de risque ont été plus dominants dans les jeunes, la première relation sexuelle non planée 82.5% (contre 73.8%) ; pratique de relations sexuelles de manière irrégulière 60.4% (contre 46.1%) ; avec 5 ou plus partenaires sexuels 18.3% (contre 3.1%) À l'égard de l'utilisation cohérente du préservatif s'est vérifié que 55.0% des adolescents l'utilisait et 12.0% a rapporté jamais devoir pas avoir non utilisé. Entre que jamais le n'ont utilisé inclue en plus grand pourcentage les jeunes filles (69.7%), les adolescents moins d'âge, ce qui habitaient dans maison louée, ce ils que fumaient, ce qui ont eu sien première relation sexuelle à 15 ans d'âge ou plus vieux et ce qui ont eu des relations sexuelles avec une fréquence supérieur à une fois par mois. Après ajustement pour les variables concernées les facteurs qui se sont associés avec l'utilisation non cohérente du préservatif ont été : appartenir au sexe féminine (OR= 2,0 IV 95% : 1.70-2.44), avoir plus de 19 ans d'age (OR= 1,7 IV 95%: 1.20-2.50), vivre dans maison louée (OR=1, 2 IV 95%: 0.96-1.51), avoir des relations sexuelles plus fréquemment (OR= 2,5 IV 95%: 1.83-3.51), consommer des drogues (OR= 2,9 IV 95% : 1.03-4.42), avoir été victime d'agression (OR= 1,2 IV 95% : 1.02-1.47). Les adolescents du sexe masculin ont indiqué comme principale raison pour utilisation non cohérente du préservatif la diminution du plaisir sexuel (66.5%). La certitude dont le partenaire est fidèle a été rapportée par 20.9%. Pour le sexe féminin les raisons mentionnées ont été : utiliser autre méthode contraceptive (49.6%), avoir la certitude de la fidélité du partenaire (29.9%) et la diminution du plaisir sexuel (28.3%).

La fréquence globale de l'interruption volontaire de la grossesse a été de 2.5%. La prévalence de l'interruption volontaire de la grossesse a été significativement différente entre les districts du pays, étant plus grand à Faro (7.5%) et dans les districts de Viseu, Viana do Castelo, Castelo Branco, Braga et Portalegre n'a eu personne cas déclaré. Le risque d'interruption volontaire de la grossesse a été plus grand dans les adolescentes qui se sont considérées sans religion (OR= 2,9 IV 95% : 1.10-7.44), pour elles laquelle ont été des victimes de violence (OR= 3,5 IV 95% : 1.48-18.30), pour elles laquelle ont été plus que 5 partenaires sexués pendant les dernières ans (OR= 18,9 IV 95% : 6.40-55.99).

La ponctuation moyenne de la symptomatologie dépressive n'a pas varié significativement entre les adolescents qui déjà ont eu des relations sexuelles ($10,5 \pm 10,0$) et ce qui encore n'ont pas eu ($10,3 \pm 9,3$, $p=0,810$).

Conclusions :

1. Les adolescents qui ont révélé être plus informés sur santé sexuelle et reproductive ont été du sexe féminin et la plus vieille. Les comportements considérés de plus grand risque comme les non planification de la première relation sexuelle, la pratique sexuelle irrégulière mais de manière intense et un élevé nombre de partenaires sexuels majoritairement ont été pratiqués par le sexe masculin. Les attitudes des adolescents dans le secteur de la Santé Sexuelle et Reproductive ont varié en particulier conformément au sexe, à l'âge et à la scolarité parentale. Les adolescents qui ont cherché préférentiellement des informations sur santé sexuelle et reproductive dans les moyens audiovisuels et ces qui se sont sentis plus satisfaits avec leur sexualité, ont été majoritairement les personnes du sexe masculin et les plus vieilles. Les adolescents qui avaient des habitudes tabagiques, qui consommaient des drogues et elles qu'ont été des victimes de violence, étaient plus fréquemment des personnes du sexe masculin et avec plus d'âge.
2. La prévalence de l'utilisation cohérente du préservatif dans les adolescents a été de 55.0% et 12.0% des adolescents a rapporté qui n'a pas utilisé. L'utilisation cohérente du préservatif s'est associée positivement avec moindre nombre de partenaires sexuels ; avec l'absence d'agression et de maladies sexuellement transmissibles et encore avec les non consommation de drogues.
3. La valeur de la fréquence globale de l'interruption volontaire de la grossesse a été de 2.5%. Le risque d'interruption volontaire de la grossesse a été plus grand dans les adolescentes qui se sont considérées sans religion, pour elles laquelle ont été des victimes de violence et pour elles l'aquelle ont été plus que 5 partenaires sexués pendant les dernières ans.
4. Les adolescents étudiants portugais avec des âges compris entre les 15 et 19 années ont présenté une prévalence de symptomatologie dépressive de 21.6%, avec des valeurs supérieures pour les jeunes filles. La ponctuation moyenne de symptomatologie dépressive a été semblable entre les adolescents qui ont déjà eu des relations sexuelles et ces qui n'ont pas eu.

8. Agradecimientos

Ao Professor Henrique Barros pela sua contagiante paixão e dedicação à ciência. Nesta tese em que foi orientador, soube ser também cúmplice de quem queria aprender. Estou-lhe muito agradecida pelos ensinamentos e pelos longos dias de trabalho.

A todos os colegas do Serviço de Higiene e Epidemiologia pela discussão de assuntos que tão bem sabem reflectir: a Ana Azevedo, a Ana Cristina, a Ana Patrícia, Carla Lopes, a Carla Morgado, o Carlos Pereira, a Elisabete Ramos, o Francisco Botelho, a Isabel Marantes, a Lúcia Rocha, a Margarida Tavares, o Nuno Lunet, o Ricardo Seromenho, a Sandra Pereira, a Sandra Sousa, a Sílvia Fraga, a Susana Silva, a Teresa Rodrigues.

A outros elementos do Serviço que diariamente se empenharam na resolução de questões logísticas: A D. Olga Coutinho, a D. Sónia Baldaia, a D. Marília, a D. Sandra Pimenta.

Ao Professor Rui Coelho pela co-orientação desta tese.

Ao Dr. Pedro Silva pela informatização dos dados.

Ao Helder por todas as revisões informáticas que fez nestas páginas.

Ao Jorge, pelo apoio que deu ao Carlos, em meu proveito.

À GlaxoSmithkline pelo apoio bibliográfico.

A todos os que de alguma forma estiveram envolvidos no trabalho prático desta tese: Direcções Regionais de Educação, Escolas Secundárias, Escolas Superiores de Enfermagem, Escolas Superiores de Saúde, Docentes, Auxiliares de Acção Educativa.

Às Comissões Executivas das escolas secundárias pelo aprazível apoio na recolha de informação.

Aos adolescentes estudantes das Escolas que participaram neste trabalho um agradecimento muito especial pelos momentos de aprendizagem e alegria que me proporcionaram.

À Graça Barros pela amizade.

À minha família pela compreensão das minhas ausências, nos nossos encontros e responsabilidades familiares, e sobretudo pela amizade.

Ao Pépe, porque o seu apoio foi e é inestimável e incondicional.

Ao Carlos Eduardo porque desta vez o seu contributo foi muito além do seu sorriso...