

Pires, R., Pereira, J., Araújo-Pedrosa, A., Bombas, T., Vilar, D., Vicente, L., & Canavarro, M. C. (2013). Trajetórias reprodutivas na origem da gravidez na adolescência: Um estudo representativo da realidade nacional e regional portuguesa. In A. Pereira, M. Calheiros, P. Vagos, I. Direito, S. Monteiro, C. F. da Silva, & A. A. Gomes (Eds.). *Atas do VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 158-168). Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia.

Versão digital retirada de: [http://www.viiiisnip2013.com/livro\\_atas.pdf](http://www.viiiisnip2013.com/livro_atas.pdf)

Versão digital disponível em: <http://www.viiiisnip2013.com/>

# Trajетórias reprodutivas na origem da gravidez na adolescência: Um estudo representativo da realidade nacional e regional portuguesa

Raquel Pires<sup>1,2</sup>, Joana Pereira<sup>1,2</sup>, Anabela Araújo Pedrosa<sup>2,1</sup>, Teresa Bombas<sup>3</sup>, Duarte Vilar<sup>4</sup>, Lisa Vicente<sup>5</sup>, & Maria Cristina Canavarro<sup>1,2</sup>

1. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
2. Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Dr. Daniel de Matos – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E
3. Serviço de Obstetrícia da Maternidade Dr. Daniel de Matos – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E
4. Associação Para o Planeamento da Família
5. Divisão de Saúde Sexual e Reprodutiva da Direção-Geral da Saúde

**Resumo** O presente estudo pretendeu caracterizar a história de saúde sexual e reprodutiva de uma amostra de grávidas adolescentes, analisar as trajetórias reprodutivas que conduziram à gravidez e explorar a existência de especificidades regionais neste processo. A amostra foi constituída por um grupo nacional e regionalmente representativo (NUTSII, 2002) de grávidas adolescentes ( $N = 475$ ) e foi recolhida entre Maio de 2008 e Março de 2013 em 42 serviços de saúde. Os resultados revelaram diferentes sequências de acontecimentos e decisões na origem da gravidez, que se traduziram numa diversidade de trajetórias; estas são detalhadamente descritas. Verificaram-se ainda diferenças regionais ao nível de algumas das variáveis em estudo. Estes resultados são reveladores da diversidade de trajetórias que podem conduzir à gravidez adolescente e da heterogeneidade regional que as caracteriza, podendo contribuir para a especialização da educação sexual e do planeamento familiar no âmbito da sua prevenção.

**Palavras-chave:** gravidez na adolescência, diversidade, especificidades regionais, trajetórias reprodutivas

## INTRODUÇÃO

Portugal situa-se entre os países da União Europeia com taxas mais altas de nascimentos em mães adolescentes (Silva et al., 2011), tendo até há pouco tempo ocupado o segundo lugar desta lista (Eurostat, 2004). Mudanças sociais ao nível do desenvolvimento preconizado para a população adolescente, dos papéis de género e do lugar da mulher na sociedade têm contribuído para uma visão da gravidez na adolescência (GA) como cada vez mais inoportuna e indesejável (Peres & Heilborn, 2006), colocando crescentes desafios no âmbito da sua prevenção. A este respeito, a literatura tem chamado a atenção para a diversidade das causas proximais da ocorrência de uma GA. Entre elas encontram-se diversos acontecimentos e decisões – entre os quais a iniciação sexual, o desejo de gravidez (e o seu planeamento), a decisão contraceptiva e o comportamento contraceptivo -, bem como as condições sob as quais estes ocorrem (Canavarro & Pereira, 2001; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Hawes, Wellings, & Stephenson, 2010; Pires et al., 2012). O risco de gravidez parece residir, não apenas em cada um dos acontecimentos e decisões referidos, mas também nas diferentes combinações entre eles, determinando, assim, uma multiplicidade de trajetórias possíveis (Abma, Chandra, Mosher, Peterson, & Piccinino, 1997; Canavarro & Pereira, 2001; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Jones, Darroch, & Henshaw, 2002; Pires, Araújo Pedrosa, Carvalho, Pereira, & Canavarro, 2012). Acresce que Portugal é um país marcado por uma elevada multiculturalidade e por especificidades regionais naturalmente definidas, fruto de condições ambientais, culturais e étnicas diversas (Dias, 1985; Projeto Género e Gerações, 2009). De facto, apesar do decréscimo verificado na natalidade em mães adolescentes a nível nacional, este não ocorreu de forma homogénea nas diferentes regiões do país (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2008, 2009, 2010). Como tal, o presente estudo pretendeu caracterizar a história de

saúde sexual e reprodutiva de uma amostra nacional e regionalmente representativa de grávidas adolescentes, analisar as trajetórias reprodutivas que as conduziram à gravidez e explorar a existência de especificidades regionais neste processo.

A decisão de iniciar ou não a vida sexual é a primeira etapa que deve ser tida em conta na conceptualização da GA enquanto cadeia de acontecimentos e decisões (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Valle, Torgersen, Røysamb, Klepp, & Thelle, 2005). Além do início da vida sexual ser uma condição necessária para a ocorrência de gravidez, o momento em que ela ocorre tem-se revelado de extrema importância para a amplificação desse risco (O'Donnell, O'Donnell, & Stueve, 2001; Valle et al., 2005).

Também a existência de um maior número de parceiros sexuais tem sido considerada de risco para comportamentos contraceptivos desadequados (Davies et al., 2006), assim como relações ocasionais, quando comparadas com as relações de namoro (Ford, Shown, & Lepkowski, 2001). No que respeita às relações de namoro, quando existentes, as mais duradouras (Manning, Flanigan, Giordano, & Longmore, 2009) e com homens adultos (Sheeder, Tocce, & Stevens-Simon, 2009) parecem ser as de maior risco para a ausência de contraceção.

O desejo e/ou a decisão de engravidar devem também ser incorporados na compreensão do comportamento sexual e contraceptivo das jovens (Abma, Martinez, Mosher, & Dawson, 2004; Davies et al., 2006). Em Portugal, apesar da ausência de dados a nível nacional, estudos regionais como o realizado na Região Autónoma dos Açores, nos anos de 2008 e 2009, referem que cerca de 30% das gravidezes prosseguidas por adolescentes resultam de uma intenção de gravidez (Araújo Pedrosa, 2009). No entanto, são escassos os estudos que tomam em consideração o fator desejo/decisão de engravidar na análise do comportamento contraceptivo das adolescentes (e.g. Gold et al., 2010). Segundo diversos autores (Abma et al., 2004; Davies et al., 2006), este é um fator inexplorado potencialmente explicativo dos comportamentos sexuais e contraceptivos na adolescência.

Relativamente à decisão contraceptiva, apesar da crescente variedade e disponibilidade de métodos contraceptivos e das políticas de saúde que têm visado facilitar e adequar do ponto de vista desenvolvimental o acesso à contraceção, a sua utilização durante a adolescência tem permanecido inconsistente (Abma et al., 2004; Tripp & Viner, 2005). Em Portugal, entre todas as mulheres com possibilidade de engravidar, são as jovens com idade igual ou inferior a 19 anos as que apresentam taxas mais baixas de utilização de métodos contraceptivos (INE, 2009a).

Outras questões relacionadas com o comportamento contraceptivo devem ainda ser consideradas nesta cadeia de acontecimentos e decisões, mesmo quando existe a decisão e implementação do uso da contraceção - por exemplo, as falhas dos métodos contraceptivos, bem como o seu uso de forma incorreta, que podem também estar na origem de gravidezes indesejadas (Abma et al., 1997; Jones et al., 2002; Klerman, 2000; Tripp & Viner, 2005).

Cada uma destas etapas e decisões tem sido foco de análise em diversos estudos. No entanto, evidências recentes sugerem que ao considerar estes acontecimentos e decisões separadamente podemos apenas ter acesso a indicadores parciais do carácter ajustado ou desajustado do comportamento sexual na adolescência (Canavarró & Pereira, 2001; Hawes et al., 2010; Pires et al., 2012). O conceito de competência sexual tem vindo a ser sugerido como um foco alternativo, com vista a uma compreensão mais completa destas questões. De acordo com esta perspetiva, as investigações sobre a sexualidade e o planeamento familiar em adolescentes devem incorporar a compreensão das circunstâncias globais sob as quais os comportamentos sexuais ocorrem, bem como as diferentes sequências de acontecimentos e decisões que podem determinar resultados indesejados, como a GA. Como tal, e com base numa amostra nacional e regionalmente representativa de grávidas adolescentes, o presente estudo pretendeu caracterizar a história de saúde sexual e reprodutiva prévia à ocorrência de gravidez, o contexto relacional e reprodutivo em que a gravidez ocorreu e as trajetórias reprodutivas que conduziram as jovens à gravidez, atendendo aos acontecimentos e decisões que compõem a cadeia descrita, i.e., iniciação sexual, número de parceiros sexuais, tipo de relacionamento sexual, planeamento da gravidez, decisão contraceptiva e comportamento contraceptivo; procurou ainda averiguar a existência de especificidades regionais neste processo.

## **METODOLOGIA**

### **Amostra**

A amostra do presente estudo foi constituída por 475 grávidas adolescentes, com idades entre os 12 e os 19 anos ( $M = 16.44$ ;  $DP = 1.27$ ), residentes em todas as regiões de Portugal (Norte:  $n = 112$ , 23.6%; Centro:  $n = 78$ , 16.4%; Lisboa e Vale do Tejo:  $n = 146$ , 30.7%; Alentejo:  $n = 18$ , 3.8%; Algarve:  $n = 34$ , 7.2%; Região Autónoma dos Açores:  $n = 72$ , 15.1%; Região Autónoma da Madeira:  $n = 15$ , 3.2%). As jovens eram na sua maioria caucasianas/de origem europeia ( $n = 398$ , 83.8% vs.  $n = 45$ , 9.5%, Cigana,  $n = 18$ , 3.8%, Africana,  $n = 12$ , 2.5%, Latina e  $n = 2$ , 0.4%, Asiática) e pertencentes a níveis socioeconómicos baixos ( $n = 437$ , 92.4% vs.  $n = 34$ , 7.2%, médio e  $n = 2$ , 0.4%, alto; Simões, 1994). Maioritariamente solteiras ( $n = 278$ , 58.5% vs. 149, 31.4%, unidas de facto e 48, 10.1% casadas) e a residir em zonas urbanas ( $n = 346$ , 72.8% vs.  $n = 82$ , 17.3%, semiurbanas e 47, 9.9%, rurais; INE, 2009b), apenas 192 (40.4%) delas ainda se encontravam a estudar (vs.  $n = 283$ , 59.6%, que tinham abandonado a escola). As jovens reportaram uma escolaridade média de 8 anos ( $M = 7.91$ ;  $DP = 2.20$ ; amplitude: 0-12). Aquelas que abandonaram a escola fizeram-no maioritariamente antes da gravidez ( $n = 156$ , 71.6%, vs. 62, 28.4%, que abandonaram durante a gravidez); a média de abandono escolar foi o sétimo ano de escolaridade ( $M = 7.22$ ;  $DP = 2.20$ ; amplitude: 1-12). A idade gestacional variou entre as 3 e as 40 semanas ( $M = 24.10$ ;  $DP = 9.49$ ).

### **Procedimentos**

O presente estudo enquadra-se num projeto mais abrangente, intitulado *Gravidez na adolescência: Etiologia, decisão reprodutiva e adaptação*. A recolha da amostra ocorreu entre Maio de 2008 e Março de 2013 em 42 serviços de saúde das várias regiões de Portugal (NUTS II, 2002), mediante aprovação das Comissões Éticas de todas as instituições envolvidas. As adolescentes foram convidadas a participar durante o seu acompanhamento obstétrico e encaminhadas para uma sessão de avaliação com um assistente de investigação devidamente treinado. Nesta sessão foram sujeitas a uma entrevista semiestruturada e ao preenchimento de questionários de autorresposta. A participação de todas as jovens foi aceite mediante assinatura de um consentimento informado, onde eram explicados os objetivos da investigação, salvaguardados o anonimato e a confidencialidade das suas respostas, o carácter voluntário da sua participação e explicados os papéis dos investigadores que teriam acesso a esses dados. Quando as participantes eram menores de 18 anos, o referido consentimento foi igualmente assinado pelos seus representantes legais. Cumpriam critérios de inclusão para o referido estudo jovens: 1) com idade igual ou inferior a 19 anos, de acordo com a definição de adolescência da Organização Mundial de Saúde (1975), 2) com compreensão da língua portuguesa adequada e 3) grávidas, em qualquer momento da gravidez.

### **Instrumentos**

A recolha de informação sociodemográfica (idade, escolaridade, estado civil, nível socioeconómico, etnia, local de residência) e reprodutiva (e.g. idade gestacional, idade da menarca, idade de iniciação sexual, número de parceiros sexuais, história prévia de gravidez e/ou interrupção de gravidez, número de gestas anteriores, utilização de contraceção, planeamento da gravidez, contexto relacional de ocorrência da gravidez atual) foi feita através de uma ficha de caracterização construída a partir da entrevista semiestruturada utilizada na triagem das utentes da Consulta de Grávidas Adolescentes da Maternidade Doutor Daniel de Matos – Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E. (Araújo Pedrosa, Canavarro, & Pereira, 2003). Esta entrevista foi sujeita a um estudo piloto, e devidamente adaptada de forma a assegurar a sua clareza, compreensibilidade e adequação às condições de recolha de amostra.

### **Análise estatística**

De forma a caracterizar as adolescentes da nossa amostra e as trajetórias reprodutivas que as conduziram à gravidez, foram calculadas estatísticas descritivas (frequências, médias e desvios-

padrão). As diferenças regionais relativamente às várias variáveis em estudo foram calculadas usando testes de Qui-Quadrado e análises univariadas da variância (ANOVA) - bem como testes post hoc (Teste de Tukey) – ou teste de Kruskal-Wallis - e subsequentes testes *U* de Mann-Whitney, com respetiva divisão do valor do nível de significância pretendido pelo número de testes independentes realizados (correção de Bonferroni) – conforme estivesse ou não assegurado o pressuposto da normalidade dos dados. Todas as análises foram realizadas no software SPSS, v. 17.

## RESULTADOS

### História sexual e reprodutiva prévia à ocorrência da atual gravidez

As jovens da nossa amostra vivenciaram a menarca com uma idade média de 12 anos ( $M = 11.85$ ,  $DP = 1.46$ ; amplitude: 8-16), tendo iniciado a sua vida sexual em média 3 anos depois ( $M = 14.76$ ,  $DP = 1.26$ ; amplitude: 11-19). Até à ocorrência da gravidez atual, relataram ter tido em média 2 parceiros sexuais ( $M = 1.57$ ,  $DP = 0.84$ ; amplitude: 1-7). Para 59 (12.4%) jovens esta não foi a primeira gravidez, sendo que 26 (5.5%) tinham já realizado pelo menos uma interrupção da gravidez. As jovens conheciam em média 2 métodos contraceptivos capazes de evitar a gravidez ( $M = 1.89$ ,  $DP = 0.95$ ; amplitude: 0-5). Como é possível observar no quadro 2, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as jovens das várias regiões ao nível do número de métodos contraceptivos conhecidos, bem como ao nível da história prévia de gravidez e interrupção de gravidez.

#### Quadro 1

História sexual e reprodutiva prévia à ocorrência da atual gravidez

	Norte ( <i>n</i> = 112)	Centro ( <i>n</i> = 78)	LVT ( <i>n</i> = 146)	Alentejo ( <i>n</i> = 18)	Algarve ( <i>n</i> = 34)	Açores ( <i>n</i> = 72)	Madeira ( <i>n</i> = 15)	<i>F</i> / $\chi^2$
	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	
Idade da menarca	11.83 (1.34)	11.51 (1.38)	11.85 (1.46)	12.56 (1.79)	11.88 (1.54)	12.11 (2.58)	11.67 (1.35)	1.82
Idade de iniciação sexual	14.79 (1.15)	14.54 (1.24)	14.72 (1.18)	14.94 (1.14)	14.65 (1.20)	14.92 (1.49)	15.33 (1.80)	1.25
Número de parceiros sexuais	1.56 (0.68)	1.54 (0.77)	1.65 (1.02)	1.73 (0.80)	1.38 (0.85)	1.49 (0.79)	1.62 (0.65)	7.46
Número de gestas anteriores	0.10 (0.35)	0.17 (0.40)	0.16 (0.42)	0.29 (0.47)	0.03 (0.17)	0.17 (0.41)	0 (0.00)	12.95 <sup>a</sup>
Métodos contraceptivos conhecidos	2.26 (0.82)	1.91 (0.94)	1.64 (0.95)	1.53 (1.07)	1.35 (1.04)	2.29 (0.94)	1.93 (1.10)	40.52 <sup>***</sup> <sup>b</sup>
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
História prévia gravidez								
Não	103 (92.0)	66 (84.6)	124 (84.9)	12 (70.6)	33 (97.1)	62 (86.1)	15 (100.0)	13.12 <sup>*</sup>
Sim	9 (8.0)	12 (15.4)	22 (15.1)	5 (29.4)	1 (8.0)	10 (13.9)	0 (0.0)	
História prévia de IVG								
Não	109 (97.3)	75 (96.2)	133 (91.1)	14 (77.8)	33 (97.1)	70 (97.2)	15 (100.0)	17.47 <sup>**</sup>
Sim	3 (2.7)	3 (3.8)	13 (8.9)	4 (22.2)	1 (2.9)	2 (2.8)	0 (0.0)	

Nota. LVT = Lisboa e Vale do Tejo. IVG = Interrupção voluntária da gravidez.

<sup>a</sup> Alentejo (*Mean Rank* = 18.71) > Madeira (*Mean Rank* = 14.00); Alentejo (*Mean Rank* = 30.50) > Algarve (*Mean Rank* = 23.75). <sup>b</sup> Norte (*Mean Rank* = 149.68) > LVT (*Mean Rank* = 114.02); Norte (*Mean Rank* = 81.13) > Algarve (*Mean Rank* = 48.37); Açores (*Mean Rank* = 133.99) > LVT (*Mean Rank* = 97.42); Açores (*Mean Rank* = 61.72) > Algarve (*Mean Rank* = 36.09); Centro (*Mean Rank* = 61.94) > Algarve (*Mean Rank* = 44.03).

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

### Contexto relacional e reprodutivo de ocorrência da atual gravidez

Relativamente ao contexto relacional e reprodutivo de ocorrência da atual gravidez, as jovens relataram na sua maioria estar envolvidas numa relação de namoro à data da conceção ( $n = 459$ , 98.3%, vs.  $n = 8$ , 1.7%, que engravidaram numa relação ocasional). O tempo médio de relação foi de

20 meses ( $M = 19.73$ ,  $DP = 12.67$ ; amplitude: 1-84), sendo os namorados maioritariamente mais velhos do que as adolescentes ( $M = 20.63$ ,  $DP = 3.81$ ; amplitude: 14-40). Cento e duas adolescentes (21.5%) planearam a atual gravidez (vs.  $n = 373$ , 78.5%, que engravidaram de forma não planeada), sendo os principais motivos apresentados o fortalecimento da relação ( $n = 36$ , 35.3%), o desejo de constituir família ( $n = 15$ , 14.7%), o desejo de sair de casa e ir viver com o companheiro ( $n = 10$ , 9.8%), e considerar que era o momento de ter um filho ( $n = 10$ , 9.8%). Das jovens que não planearam a gravidez, 109 não usavam qualquer método contraceutivo (29.3%, vs.  $n = 263$ , 70.7%). Os principais motivos apontados para essa ausência de contraceção foram o facto de não quererem usar/não gostarem dos métodos existentes ( $n = 16$ , 14.7%), não terem pensado que pudessem engravidar ( $n = 11$ , 10.1%), o namorado não querer usar preservativo ( $n = 8$ , 7.3%) e não terem informação sobre métodos contraceuticos ( $n = 7$ , 6.4%). A maioria das jovens que usavam contraceção à data da conceção identificou as causas para a ocorrência da gravidez ( $n = 172$ , 69.4%, vs.  $n = 76$ , 30.6%, que não identificam qual a falha que esteve na origem da gravidez). Foram detetadas diferenças estatisticamente significativas entre jovens de diferentes regiões do país ao nível do tempo de namoro, da idade dos companheiros, do uso de contraceção à data da conceção e do conhecimento da falha contracetiva que levou à ocorrência de gravidez (Quadro 2).

## Quadro 2

### Contexto relacional e reprodutivo de ocorrência da atual gravidez

	Norte ( $n = 112$ )	Centro ( $n = 78$ )	LVT ( $n = 146$ )	Alentejo ( $n = 18$ )	Algarve ( $n = 34$ )	Açores ( $n = 72$ )	Madeira ( $n = 15$ )	$\chi^2$
	$M (DP)$	$M (DP)$	$M (DP)$	$M (DP)$	$M (DP)$	$M (DP)$	$M (DP)$	
Tempo de namoro (meses)	18.24 (10.26)	19.03 (12.98)	20.32 (13.98)	21.35 (12.81)	16.24 (8.48)	23.74 (14.80)	15.67 (8.66)	12.37 <sup>a</sup>
Idade do namorado	20.63 (3.53)	20.53 (3.90)	19.55 (3.10)	22.11 (4.73)	21.06 (4.63)	22.21 (4.11)	21.40 (4.07)	30.53 <sup>***</sup> <sup>b</sup>
	$n$ (%)	$n$ (%)	$n$ (%)	$n$ (%)	$n$ (%)	$n$ (%)	$n$ (%)	
Tipo de relação								
Namoro	0 (0.0)	2 (2.6)	4 (2.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.4)	1 (7.1)	
Casual	110 (100.0)	75 (97.4)	139 (97.2)	18 (100.0)	34 (100.0)	70 (98.6)	13 (92.6)	6.67
Planeou gravidez								
Não	95 (84.8)	62 (79.5)	117 (80.1)	11 (61.1)	27 (79.4)	49 (68.1)	12 (80.0)	10.85
Sim	17 (15.2)	16 (20.5)	29 (19.9)	7 (38.9)	7 (20.6)	23 (31.9)	3 (20.0)	
Uso de contraceção								
Não <sup>c</sup>	10 (10.5)	27 (43.5)	36 (30.8)	2 (20.0)	10 (37.0)	20 (40.8)	4 (33.3)	26.79 <sup>***</sup>
Sim <sup>c</sup>	85 (89.5)	35 (56.5)	81 (69.2)	8 (80.0)	17 (63.0)	29 (59.2)	8 (66.7)	
Falha contracetiva								
Conhecida <sup>c</sup>	68 (81.9)	23 (71.9)	41 (52.6)	4 (50.0)	13 (76.5)	20 (80.0)	4 (66.7)	19.83 <sup>**</sup>
Desconhecida <sup>c</sup>	15 (18.1)	9 (28.1)	37 (47.4)	4 (50.0)	4 (23.5)	5 (20.0)	2 (33.3)	

Nota. LVT = Lisboa e Vale do Tejo. IVG = Interrupção voluntária da gravidez.

<sup>a</sup> Açores ( $Mean Rank = 102.44$ ) > Norte ( $Mean Rank = 81.31$ ), Açores ( $Mean Rank = 79.59$ ) > Centro ( $Mean Rank = 62.76$ ), Açores ( $Mean Rank = 57.34$ ) > Algarve ( $Mean Rank = 39.29$ ). <sup>b</sup> Açores ( $Mean Rank = 138.51$ ) > LVT ( $Mean Rank = 93.49$ ), Alentejo ( $Mean Rank = 107.19$ ) > LVT ( $Mean Rank = 78.29$ ). <sup>c</sup> Adolescentes que não planearam a gravidez.

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

## Trajatórias reprodutivas

Conforme representado na figura 1, quando exploradas as trajetórias reprodutivas das adolescentes da nossa amostra, verificámos um total de treze trajetórias diferentes, cinco das quais apenas com frequências residuais (trajetórias número 5, 6, 7, 8 e 9). A maioria das adolescentes engravidou do seu primeiro parceiro sexual, com quem mantinha uma relação de namoro, não tendo planeado a gravidez, usando contraceção e tendo identificado a falha contracetiva que esteve na

origem da gravidez ( $n = 99$ , trajetória 3). A segunda trajetória mais frequente foi a número 11, respeitante às jovens que engravidaram após múltiplos parceiros sexuais, numa relação de namoro, não tendo planeado a gravidez, usando contraceção e identificado a falha contracetiva que esteve na origem da gravidez ( $n = 69$ ). A terceira trajetória mais frequente foi a número 1, na qual as jovens engravidaram do seu primeiro parceiro sexual, com quem mantinham uma relação de namoro, tendo planeado a gravidez ( $n = 66$ ). A quarta trajetória mais frequente foi a número 2, na qual as jovens engravidaram do seu primeiro parceiro sexual, com quem mantinham uma relação de namoro, não tendo planeado a gravidez, mas não usando qualquer método contracetivo ( $n = 58$ ). As restantes trajetórias, menos frequentes, estão igualmente representadas na figura 2. No quadro 3 encontra-se a distribuição das diferentes trajetórias em função da região de pertença das jovens.

### Quadro 3

#### *Distribuição das trajetórias reprodutivas, por região*

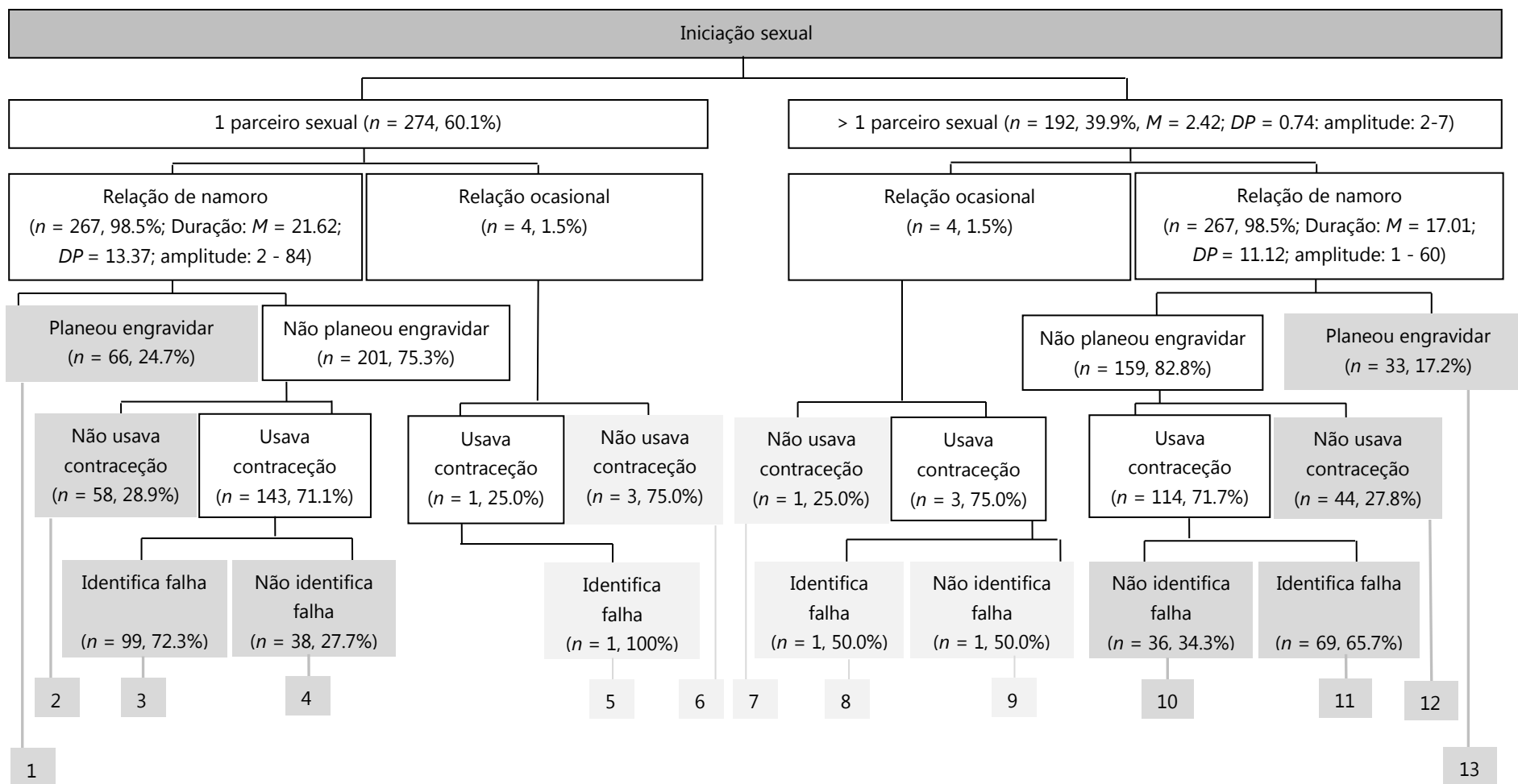
	Norte ( $n = 112$ )	Centro ( $n = 78$ )	LVT ( $n = 146$ )	Alentejo ( $n = 18$ )	Algarve ( $n = 34$ )	Açores ( $n = 72$ )	Madeira ( $n = 15$ )
Trajetoária	$n$ (%)	$n$ (%)	$n$ (%)	$n$ (%)	$n$ (%)	$n$ (%)	$n$ (%)
1	9 (8.4)	11 (15.1)	19 (13.8)	<b>5 (29.4)<sup>a</sup></b>	6 (17.6)	15 (22.4)	1 (8.3)
2	5 (4.7)	<b>15 (20.5)<sup>a</sup></b>	14 (10.1)	1 (5.9)	8 (23.5)	<b>14 (20.9)<sup>a</sup></b>	1 (8.3)
3	<b>39 (36.4)<sup>a</sup></b>	13 (17.8)	<b>23 (16.7)<sup>a</sup></b>	1 (5.9)	<b>10 (29.4)<sup>a</sup></b>	11 (16.4)	<b>2 (16.7)<sup>a</sup></b>
4	6 (5.6)	4 (5.5)	20 (14.5)	0 (0.0)	3 (8.8)	4 (6.0)	1 (8.3)
5	0 (0.0)	1 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
6	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.5)	1 (8.3)
7	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
8	0 (0.0)	1 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
9	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
10	9 (8.4)	5 (6.8)	15 (10.9)	4 (23.5)	1 (2.9)	1 (1.5)	1 (8.3)
11	28 (26.2)	7 (9.6)	16 (11.6)	3 (17.6)	3 (8.8)	9 (13.4)	1 (8.3)
12	5 (4.7)	11 (15.1)	19 (13.8)	1 (5.9)	2 (5.9)	4 (6.0)	<b>2 (16.7)<sup>a</sup></b>
13	6 (5.6)	5 (6.8)	9 (6.5)	2 (11.8)	1 (2.9)	8 (11.9)	<b>2 (16.7)<sup>a</sup></b>

Nota. <sup>a</sup> Trajetórias mais frequentes, por região.

## CONCLUSÕES

O presente estudo pretendeu caracterizar a história de saúde sexual e reprodutiva de uma amostra nacional e regionalmente representativa de grávidas adolescentes, analisar as trajetórias reprodutivas que conduziram as jovens à gravidez e explorar a existência de especificidades regionais neste processo. De forma geral, os resultados revelaram diferenças regionais ao nível de algumas das variáveis em estudo, nomeadamente ao nível do conhecimento sobre contraceção, da história prévia de gravidez e de interrupção da gravidez, da duração da relação de namoro, da idade do namorado, da utilização de contraceção e da capacidade de identificar as falhas contracetivas que estiveram na origem da gravidez. Verificou-se igualmente a existência de diferentes sequências de acontecimentos e decisões na origem da GA, que se traduziram num total de treze trajetórias, das quais cinco apresentaram apenas frequências residuais. Estes resultados constituem conhecimento detalhado sobre a problemática da GA no nosso país, podendo contribuir para a especialização da educação sexual e do planeamento familiar no âmbito da sua prevenção.

Relativamente às comparações entre regiões, os nossos resultados revelam que as jovens das regiões de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) e Algarve revelaram conhecer um menor número de métodos contracetivos do que as adolescentes da região Norte, assim como as jovens de LVT e Algarve quando comparadas com as jovens residentes nos Açores e as jovens do Algarve quando comparadas com as do Centro. As adolescentes dos Açores mantinham relações de namoro mais longas do que as adolescentes das regiões Norte, Centro e Algarve. Os namorados das adolescentes da região de LVT eram significativamente mais novos quando comparados com os namorados das adolescentes dos Açores e do Alentejo. A ausência de contraceção revelou-se mais frequente no Centro, Açores e



**Figura 2.** Trajetórias reprodutivas na origem da gravidez na adolescência.



Madeira do que nas restantes regiões do país, onde a gravidez ocorreu maioritariamente no contexto de utilização da contraceção. As regiões de LVT e Alentejo foram aquelas onde as jovens menos identificaram as falhas contraceptivas que estiveram na origem da gravidez.

Contrariamente à literatura que aponta um maior número de parceiros sexuais (Davies et al., 2006) e as relações ocasionais (Ford et al., 2001) como de risco para comportamentos contraceptivos de risco, os nossos resultados mostram que a maioria das adolescentes da nossa amostra engravidou do seu primeiro parceiro sexual, com quem mantinha uma relação de namoro. Apenas uma das quatro trajetórias mais frequentes incluiu o envolvimento prévio com mais do que um parceiro sexual, até um máximo de 7. No entanto, no que respeita às relações de namoro e às características dos namorados, os nossos resultados são congruentes com os de Manning et al. (2009) e Sheeder et al. (2009), ao sugerirem que a gravidez adolescente entre as jovens da nossa amostra ocorreu maioritariamente em relações de namoro duradouras (mais de 1 ano) e com homens adultos.

Os nossos resultados reforçam ainda a sugestão de diversos autores (Abma et al., 2004; Davies et al., 2006) sobre a importância de integrar a decisão de engravidar na compreensão dos comportamentos contraceptivos dos adolescentes. De facto, a terceira trajetória mais frequente incluiu jovens que engravidaram do seu primeiro parceiro sexual, com quem mantinham uma relação de namoro, e que planearam a gravidez. Por fim, os nossos resultados são igualmente reforçadores da necessidade de atender não só à decisão contraceptiva como ao comportamento contraceptivo implementado, uma vez que as duas trajetórias mais frequentes incluíram jovens que reportaram o uso de contraceção à data da conceção; chamam ainda a atenção para o facto de a maioria das jovens identificar a falha contraceptiva que explica a ocorrência da gravidez, o que, no entanto, não as levou a quaisquer comportamentos compensatórios que pudessem evitar a gravidez. Em suma, e de acordo com o sugerido por diversos autores (Abma et al., 1997; Canavarro & Pereira, 2001; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Jones et al., 2002), a multiplicidade de trajetórias que sobressaem dos nossos resultados traduz-se na necessidade de abandonar visões globais e/ou estereotipadas das jovens que engravidam nesta etapa do ciclo de vida e, em alternativa, investir em abordagens preventivas simultaneamente abrangentes e diversificadas. A distribuição das trajetórias reprodutivas na origem da gravidez foi ainda distinta entre regiões, chamando a atenção para a necessidade de atender à diversidade regional portuguesa no planeamento da educação sexual e do planeamento familiar, de forma a investir diferencialmente nas necessidades particulares das jovens de cada região.

Algumas limitações devem ser tidas em conta na interpretação dos resultados do presente estudo. Em primeiro lugar, o seu carácter transversal exige prudência na generalização dos seus resultados. Apesar da sequência temporal dos acontecimentos integrados no estudo das trajetórias ter sido assegurada na seleção das variáveis, o estudo longitudinal destas questões seria o mais adequado. Por outro lado, o carácter retrospectivo das respostas das jovens pode ter aumentado a presença de enviesamentos típicos desse tipo de avaliação. Por fim, o facto de a única fonte de informação ser o autorrelato das jovens faz com que os nossos resultados possam ter sido contaminados com respostas socialmente desejáveis, nomeadamente no que respeita à utilização de contraceção e às falhas que estiveram na origem da gravidez. A avaliação simultânea dos companheiros das jovens que engravidam poderá ser uma estratégia válida para contornar esta questão em investigações futuras, uma vez que permitiria detetar incongruências entre as fontes.

Apesar destas limitações, os resultados do presente estudo constituem conhecimento específico sobre o contexto de saúde sexual e reprodutiva em que a GA ocorre nas diferentes regiões do país, tendo importantes contribuições para a investigação e prática futuras no âmbito da sua prevenção. Em primeiro lugar, a transposição da conceptualização da GA enquanto cadeia de acontecimentos e decisões para a investigação permite obter uma compreensão integrada das causas proximais da ocorrência de uma GA, conhecer as diferentes trajetórias que conduzem as adolescentes à ocorrência de gravidez e compreender o processo e não apenas o fenómeno. Em suma, permitem alcançar uma visão global, mas ao mesmo tempo mais específica, da GA. Em segundo lugar, ao fundamentar um investimento diferencial na prevenção das decisões e dos comportamentos de risco para a ocorrência da gravidez de acordo com a natureza específica dos mesmos, o conhecimento gerado por este

estudo fornece-nos importantes orientações para a prevenção nacional da ocorrência de gravidez nesta fase do ciclo de vida, bem como da sua recorrência. Os nossos resultados chamam ainda a atenção para a importância de atender à diversidade regional portuguesa, nomeadamente ao nível do planeamento do(a): 1) difusão de informação sobre métodos contraceptivos, 2) desenvolvimento de projetos de vida alternativos à maternidade e prevenção da recorrência da GA, 3) promoção da utilização de contraceção, 4) avaliação da forma como é usada a contraceção, 5) avaliação das representações das jovens sobre o que constituem falhas na utilização dos métodos contraceptivos e 6) promoção de estratégias alternativas de lidar face à ocorrência dessas falhas.

## **AGRADECIMENTOS**

O presente estudo integra-se no projeto de investigação *Gravidez na adolescência em Portugal: Etiologia, decisão reprodutiva e adaptação*, da responsabilidade da Linha de Investigação *Relações, Desenvolvimento & Saúde* do Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Universidade de Coimbra (Unidade I&D, PEst-OE/PSI/UI0192/2011). Raquel Pires e Joana Pereira são apoiadas por Bolsas de Doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT-SFRH/BD/63949/2009 e SFRH/BD/89435/2012, respetivamente); estas bolsas de doutoramento são co-financiadas pelo Fundo Social Europeu. Os autores gostariam de agradecer a todas as adolescentes que colaboraram com este projeto de investigação, aos serviços e profissionais de saúde que permitiram a recolha de amostra, ao Governo Regional dos Açores, à Associação para o Planeamento da Família e à da Direção-Geral da Saúde.

## **CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Raquel Pires

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Dr. Daniel de Matos – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E

Linha de Investigação Relações, Desenvolvimento & Saúde,  
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra  
Rua do Colégio Novo, Apartado 6153, 3001-802 Coimbra, Portugal.  
E-mail: raquelpires@fpce.uc.pt.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Abma, J. C., Chandra, A., Mosher, W. D., Peterson, L. S., & Piccinino, L. J. (1997). Fertility, family planning, and women's health: New data from the 1995 National Survey of Family Growth. *Vital and Health Statistics*, 23(19), 1-114. Retirado de [http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr\\_23/sr23\\_019.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_23/sr23_019.pdf)
- Abma, J. C., Martinez, G. M., Mosher, W. D., & Dawson, B. S. (2004). Teenagers in the United States: Sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2002. *Vital and Health Statistics*, 23(24), 1-48. Retirado de [http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr\\_23/sr23\\_024.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_23/sr23_024.pdf)
- Araújo Pedrosa, A. (2009). *Gravidez e transição para a maternidade na adolescência: Determinantes individuais e psicossociais da ocorrência de gravidez e da adaptação. Estudo com adolescentes da Região Autónoma dos Açores* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Araújo Pedrosa, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2003). *Entrevista de avaliação clínica para as utentes da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Doutor Daniel de Matos, HUC*. Manuscrito não publicado.
- Canavarro, M. C., & Pereira, A. I. (2001). Gravidez e maternidade da adolescência: Perspetivas teóricas. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e maternidade* (pp. 323-357). Coimbra: Quarteto.
- Coley, R. L., & Chase-Lansdale, L. (1998). Adolescent pregnancy and parenthood: Recent evidence and future directions. *American Psychologist*, 53, 152-166. doi:[10.1037/0003-066X.53.2.152](https://doi.org/10.1037/0003-066X.53.2.152)
- Davies, S. L., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Person, S. D., Dix, E. S., Harrington, K.,...Oh, K. (2006). Predictors of inconsistent contraceptive use among adolescent girls: Findings from a prospective study. *Journal of Adolescent Health*, 39, 43-49. doi:[10.1016/j.jadohealth.2005.10.011](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.10.011)
- Dias, J. (1985). *Os elementos fundamentais da cultura portuguesa*. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.

- Direção-Geral da Saúde (2008). *Interrupção voluntária da gravidez*. Lisboa: Edição do autor.
- Direção-Geral da Saúde (2009). *Indicadores e metas do Plano Nacional de Saúde*. Lisboa: Edição do autor.
- Direção-Geral da Saúde (2010). *Elementos estatísticos: Informação geral, saúde/2008*. Lisboa: Edição do autor.
- Eurostat (2004). *Demographic statistics*. Comissão Europeia: Edição do autor.
- Ford, K., Sohn, W., & Lepkowski, J. (2001). Characteristics of adolescents' sexual partners and their association with use of condoms and other contraceptive methods. *Family Planning Perspectives*, 33(3), 100-132. Retirado de <http://www.jstor.org/stable/2673765>
- Gold, M. A., Sheftel, A. V., Chiappetta, L., Young, A. J., Zuckoff, A., DiClemente, C. C., ... Primack, B. A. (2010). Associations between religiosity and sexual and contraceptive behaviors. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 23(5), 290-297. doi:[10.1016/j.jpag.2010.02.012](https://doi.org/10.1016/j.jpag.2010.02.012)
- Hawes, Z. C., Wellings, K., & Stephenson, J. (2010). First sexual intercourse in the United Kingdom: A review of the literature. *Journal of Sex Research*, 47(2-3), 137-152. doi:[10.1080/00224490903509399](https://doi.org/10.1080/00224490903509399)
- Instituto Nacional de Estatística (2009a). *Inquérito nacional de saúde: 2005/2006*. Lisboa: Edição do autor.
- Instituto Nacional de Estatística (2009b). *Tipologia de áreas urbanas (TIPAU)*. Lisboa: Edição do autor.
- Jones, R. K., Darroch, J. E., & Henshaw, S. K. (2002). Contraceptive use among U.S. women having abortions in 2000-2001. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34, 294-303. doi:[10.2307/3097748](https://doi.org/10.2307/3097748)
- Klerman, L. V. (2000). The intendedness of pregnancy: A concept in transition. *Maternal and Child Health Journal*, 4, 155-162. doi:[10.1023/A:1009534612388](https://doi.org/10.1023/A:1009534612388)
- Manning, W. D., Flanigan, C. M., Giordano, P. C., & Longmore, M. A. (2009). Relationship dynamics and consistency of condom. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 41(3), 181-190. doi:[10.1363/4118109](https://doi.org/10.1363/4118109)
- O'Donnell, L., O'Donnell, C. R., & Stueve, A. (2001). Early sexual initiation and subsequent sex-related risks among urban minority youth: The reach for health study. *Family Planning Perspectives*, 33, 268-276. Retirado de <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3326801.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (1975). *Pregnancy and abortion in adolescence. Technical Report Series n°583*. Geneva: Edição do Autor. Retirado de [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_583.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_583.pdf)
- Peres, S. O., & Heilborn, M. L. (2006). Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: O avesso da gravidez na adolescência. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(7), 1411-1420. doi:[10.1590/S0102-311X2006000700006](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000700006)
- Pires, R., Araújo Pedrosa, A., Carvalho, P., Pereira, J., & Canavarro, M. C. (2012). Why do adolescents keep getting pregnant: Is this due to intention to get pregnant, non-use of contraceptives, contraceptive failure or incorrect use? [Resumo]. *International Journal of Behavioral Medicine*, 19, 132-133. doi:[10.1007/s12529-012-9247-0](https://doi.org/10.1007/s12529-012-9247-0)
- Projeto Género e Gerações (2009). *Portugal em mudança*. Retirado de <http://www.genderandgenerations.net/docs/PortugalemMudanca.pdf>
- Sheeder, J., Tocce, K., & Stevens-Simon, C. (2009). Reasons for ineffective contraceptive use antedating adolescent pregnancies part 1: An indicator of gaps in family planning services. *Maternal and Child Health Journal*, 13(3), 295-305. doi:[10.1007/s10995-008-0360-2](https://doi.org/10.1007/s10995-008-0360-2)
- Silva, M. O. da, Albrecht, J., Olsen, J., Karro, H., Temmerman, M., Gissler, M., ... Fronteira, I. (2011). The reproductive health report: The state of sexual and reproductive health within the European Union. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 16(suppl. 1), S1-S70. doi:[10.3109/13625187.2011.607690](https://doi.org/10.3109/13625187.2011.607690)
- Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas de Raven* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Tripp, J., & Viner, R. (2005). Sexual health, contraception, and teenage pregnancy. *British Medical Journal*, 330(7491), 590-593. doi:[10.1136/bmj.330.7491.590](https://doi.org/10.1136/bmj.330.7491.590)
- Valle, A. K., Torgersen, L., Røysamb, E., Klepp, K. I., & Thelle, D. S. (2005). Social class, gender and psychosocial predictors for early sexual debut among 16 year olds in Oslo. *European Journal of Public Health*, 15(2), 185-194. doi:[10.1093/eurpub/cki121](https://doi.org/10.1093/eurpub/cki121)