



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MEDICO COM VISTA A ATRIBUIÇÃO DO  
GRAU DE MESTRE NO AMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO  
INTEGRADO EM MEDICINA**

**DIANA FILIPA FIGUEIREDO BRIGADEIRO**

***GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA  
A REALIDADE PORTUGUESA***

**ARTIGO DE REVISÃO**

**ÀREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR**

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:  
DRª MARIA DA CONCEIÇÃO VENTURA DA CRUZ MARTINS  
RODRIGUES MILHEIRO**

**MARÇO 2010**

## Índice

<b>Abreviaturas.....</b>	<b>2</b>
<b>Resumo.....</b>	<b>3</b>
<b>Palavras Chave .....</b>	<b>4</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>4</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>7</b>
<b>Desenvolvimento .....</b>	<b>10</b>
Gravidez Adolescente - As Estatísticas .....	10
Comportamentos sexuais dos jovens portugueses.....	11
Gravidez adolescente - O problema.....	14
A mãe e a criança.....	14
O pai.....	15
O impacto socioeconómico.....	16
Os factores de risco.....	17
O estatuto socioeconómico.....	17
Escolaridade.....	20
A família.....	21
Os pares.....	24
Os media.....	26
Biológicos.....	30
Comportamentais.....	31
Migração.....	31
A vertente Masculina da Gravidez Adolescente.....	32
A Estratégia .....	35
<b>Conclusão.....</b>	<b>39</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>40</b>

## Abreviaturas

**CAJ** - Centros de Atendimento aos Jovens

**CPLP** - Comunidade de Países de Língua Portuguesa

**DST** - Doenças sexualmente transmissíveis

**DL**- Decreto Lei

**EPDS** – Edinburgh Postnatal Depression Scale

**E.U.A.** - Estados Unidos da América

**HBSC** – Health Behaviour in School-aged Children

**IPJ** - Instituto Português da Juventude

**IST** - Infecções Sexualmente Transmissíveis

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**SIDA**- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**SNS**- Serviço Nacional de Saúde

**U.E.** - União Europeia

**VIH**- Vírus da Imunodeficiência Humana

## Resumo

A adolescência constitui um período de grandes mudanças e instabilidade.

Esta etapa do desenvolvimento humano, correspondente aproximadamente à faixa etária entre os 10 e os 19 anos de idade (segundo a OMS), constitui uma fase na qual o ser humano experimenta grandes alterações ao nível físico, psíquico e social. Corresponde à ponte entre a dependência inerente à infância e a independência a que é associado o estado adulto.

A parentalidade nesta fase da vida interrompe o percurso para a vida adulta, pois condiciona a formação académica conduzindo à diminuição do leque de empregos disponíveis, levando ao desempenho de empregos com menores rendimentos e consequentemente à pobreza. Para além das consequências económicas a gravidez adolescente está associada a consequências negativas para a saúde materna e da criança.

Ao nível da Europa, o Reino Unido é o país com a maior taxa de gravidez na adolescência, ocupando Portugal o 2º lugar neste âmbito, dentro dos 15 países fundadores da União Europeia.

O contexto em que o adolescente se desenvolve pode funcionar como factor protector ou factor de risco: Estatuto socioeconómico, Escolaridade, Família, Pares, Mass-media, Factores biológicos, comportamentais e migração.

O baixo estatuto socioeconómico é o factor de risco mais referido na literatura.

Tendo em conta a sua multifactorialidade, as estratégias que visem diminuir os números de gravidez adolescente têm também elas que incidir sobre várias dimensões.

Em Portugal a informação, formação e cuidados de saúde acerca de contraceção e sexualidade está delineada essencialmente ao nível das instituições de saúde e Gabinetes de Apoio à Sexualidade Juvenil e dos CAJ, no âmbito das Delegações Regionais do IPJ. Está ainda

contemplada a educação sexual nas escolas pelas leis nº 3/84 de 24 de Março e nº 120/99 de 11 de Agosto e clarificada no DL 259/00 de 17 de Outubro.

Este trabalho visa explorar a problemática da gravidez adolescente, nomeadamente determinar factores de risco e o papel da família, pares, escola, mass-média e serviços de saúde como factores de risco ou como factores protectores, assim como de estratégias para a evitar recorrendo a trabalhos realizados ao nível nacional e internacional.

**Palavras chave:** *Gravidez adolescente, Factores socioeconómicos, Escolaridade, Família, Pares, Mass Media, Factores Biológicos, Hábitos, Migração, Estratégia.*

## Abstract

Adolescence is a period of significant changes and instability.

This stage of human development, roughly corresponding to the age group between 10 and 19 years of age (according to WHO), is a phase in which the human experience physical, psychological and social transformations. It makes the transition between the dependency of the childhood and the independence that is associated with the adult state. To become a parent in this phase of life compromise the trajectory to adulthood because jeopardizes the academic training leading to the performance of jobs with lower incomes and consequently poverty.

Beyond the economics implications, the teenage pregnancy is associated with negative outcomes on maternal and child's health.

In Europe , United Kingdom has the highest rate of births among teenagers, Portugal occupies the 2nd place in this domain within the 15 founding countries of the European Union.

The context in which the adolescent develops can act as protective factor or risk factor: socioeconomic status, Education, Family, Peers, Mass-media, biological factors, behavioral and migration.

Low socioeconomic status is the risk factor most frequently mentioned in the literature.

Multifactorial as it is, teenage pregnancy can only be reduced by applying multidimensional strategies.

In Portugal, information, training and care about sexuality and contraception is outlined mainly at the level of health institution and in specific youth institutions as *CAJ* and *Gabinetes de Apoio à Sexualidade* of *IPJ*.

Sexual Education in school are legislated by laws as 3/84, March 24 and No. 120/99 of 11 August and DL 259/00 of 17 October.

This study aims to explore the issue of teen pregnancy, including determining the role of family, peers, schools, mass media and health care as risk factors or protective factors as well as strategies to avoid it, using work done at national and international.

**Key-words:** teenage pregnancy, socioeconomic factors, Education, Family, Peers, Mass Media, Biological Factors, Habits, Migration, Strategy.

# ***Gravidez Na Adolescência***

## ***A Realidade Portuguesa***

## Introdução

A adolescência é uma fase de preparação para a vida adulta, na qual o jovem selecciona a sua identidade. <sup>[1]</sup> Esta fase distinta só foi considerada como tal com a industrialização.

A parentalidade nesta fase da vida interrompe o percurso para a vida adulta, pois condiciona a formação académica conduzindo à diminuição do leque de empregos disponíveis, levando ao desempenho de empregos com menores rendimentos e consequentemente à pobreza. <sup>[1]</sup>

Actualmente, a adolescência, segundo a OMS, é considerada como o período entre os 10 e os 19 anos, sendo que o período entre os 10 e os 14 anos, corresponde à puberdade e o período entre os 15 e os 19 anos à adolescência propriamente dita. <sup>[2,3]</sup>

Ao nível da Europa, o Reino Unido é o país com a maior taxa de gravidez na adolescência, com 30.8 nascimentos por 1000 jovens entre os 15 e os 19 anos (1998). <sup>[4,5]</sup> Portugal está em 2º lugar neste âmbito, dentro dos 15 países fundadores da União Europeia, com 21.2 nascimentos por 1000 jovens entre os 15 e os 19 anos (1998). <sup>[5]</sup>

A gravidez na adolescência em Portugal tem, contudo, vindo a diminuir desde meados dos anos 80, altura em que foram introduzidas melhorias no planeamento familiar e medidas específicas para a saúde nesta faixa etária. <sup>[6]</sup>

De 1970 a meados dos anos 90 assistiu-se a uma descida de 30% nos nascimentos de mães adolescentes. Neste período verificou-se uma descida na generalidade dos países desenvolvidos. Apontada como principal razão para este facto está o aumento da importância atribuída à educação e formação na vida dos jovens, tendo os jovens alterado os seus projectos de vida da constituição de família para a sua formação e educação. Além deste facto, também contribui para esta diminuição, um melhor acesso a contraceptivos e

uma melhor educação sexual que tinha surgido com o objectivo inicial, de evitar a infecção por HIV. <sup>[7]</sup>

Alguns autores referem que os jovens não estão convenientemente preparados para a nova sociedade em que a sexualidade está constantemente presente, a que chamam sociedade sócio-sexual. <sup>[4,5]</sup> Países que prepararam melhor os jovens para esta transformação social, têm agora menores taxas de gravidez na adolescência. <sup>[4]</sup>

A gravidez adolescente apresenta vários aspectos negativos associados, nomeadamente: saúde materna e da criança <sup>[2,3,8,9,10,11,12]</sup> e ao nível económico <sup>[1,10]</sup>.

São reconhecidos vários factores de risco associados a esta realidade, entre eles:

- Socioeconómicos <sup>[1,13,14,15,16,17,18,19,20,21]</sup> ;
- Escolaridade <sup>[13,16,20,22]</sup>;
- Família <sup>[16,21,22,23,24]</sup> ,
- Pares <sup>[20,24,25,26]</sup> ;
- Media <sup>[11, 26,27, 28,29,30]</sup> ,
- Biológicos <sup>[22,23,31]</sup> ,
- Comportamentais <sup>[22,31]</sup> ,
- Migração <sup>[16,32]</sup> .

Tendo em conta a sua *etiologia* multifactorial, as estratégias implementadas no sentido de diminuir os números de gravidez adolescente só serão eficazes se actuarem nos vários campos de risco.

A Inglaterra já iniciou, em 1999, uma estratégia especialmente dirigida para esta problemática, envolvendo várias componentes, sendo que os primeiros estudos realizados após esta implementação mostraram uma diminuição na taxa de concepção em idade

adolescente; Apesar de precoces, estes estudos parecem indicar que esta será pelo menos a direcção a seguir <sup>[33,34]</sup>.

## 1. Gravidez Adolescente - As Estatísticas

Portugal tem a segunda taxa de gravidez adolescente mais elevada entre os 15 países fundadores da UE .<sup>[5]</sup>

O primeiro lugar ao nível europeu é ocupado pelo Reino Unido.<sup>[4]</sup>

Os E.U.A, ocupam o 1º lugar entre os países desenvolvidos.<sup>[4]</sup>

Ao nível dos países industrializados a taxa de maternidade adolescente e gravidez adolescente têm vindo a diminuir nos últimos 25 anos (1970-1995). O facto de ter ocorrido no mesmo período simultaneamente em diferentes países, sugere que os motivos de

descida serão comuns e estarão provavelmente relacionados com a

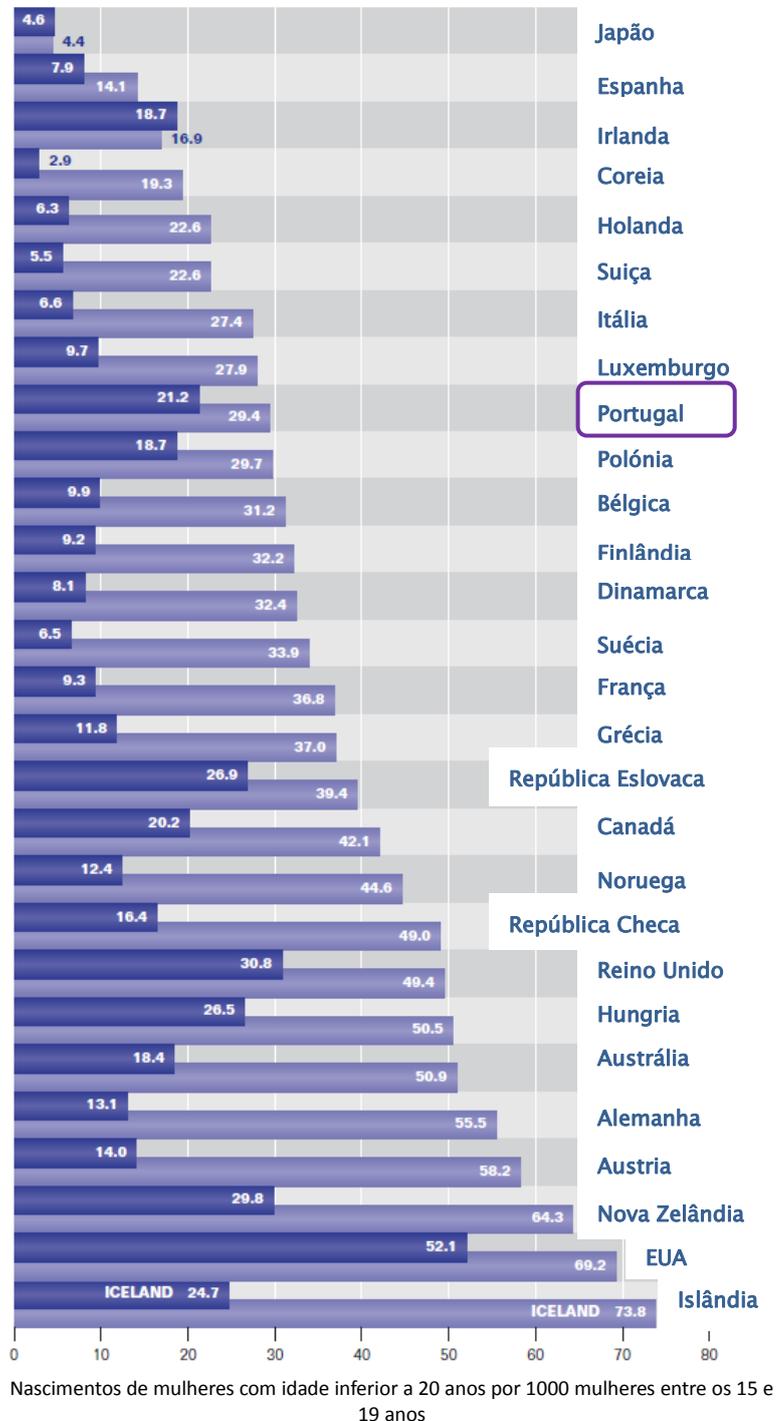


Gráfico I- Nascimentos de mães adolescentes em 1970 (barras claras) e 1998 (barras escuras). Adaptado de UNICEF [5]

maior importância dada à escolaridade e formação, assim como à carreira profissional, em detrimento da formação de família, entre outros factores. [7]

Um estudo da Unicef revela para Portugal uma descida de nascimentos de mães entre os 15 e os 19 anos de idade entre 1970 e 1998, de 29.4 por 1.000 mulheres nesta faixa etária, para 21.2 (Gráfico I) . [5]

Em 2003, 5.5% de todos os nascimentos corresponderam a nascimentos de mães com idade < 20 anos, correspondendo a um total aproximado de 6.144 crianças nascidas de mães adolescentes.

## **2. Comportamentos sexuais dos Jovens Portugueses**

Um estudo que incluía alunos adolescentes distribuídos pelas 5 regiões educativas de Portugal continental em 2002 e repetido em 2006, no âmbito do estudo internacional “Health Behaviour in School-aged Children”, revelou que, comparando os resultados dos dois estudos :

- Existiu uma tendência para o aumento da idade de início de actividade sexual (tabela I), sendo que os rapazes iniciam mais precocemente em relação às raparigas;
- Percepção pelos jovens de que os pares iniciam a actividade sexual mais tarde;
- Diminuição dos comportamentos de risco (uso de preservativo/percepção de risco de infecção por VIH);
- Maior número de adolescentes com à vontade para convencer o parceiro a ter relações sexuais com preservativo, no entanto revelam menor à vontade para recusa de relações sexuais sem preservativo;

- A maioria dos jovens que já teve relações sexuais utilizou método contraceptivo na última relação (tabela I), tendo sido o mais utilizado o preservativo, seguido da pílula, coito interrompido, e por último outros métodos não especificados e espermicida;

	2002 (%)	2006 (%)
<b>Relações Sexuais</b>		
Sim	23.7	22.7
Não	76.3	77.3
<b>Jovens que já tiveram Relações Sexuais</b>		
<b>Idade da 1ª relação Sexual</b>		
11 anos ou menos	17.2	9.7
12-13 anos	26.1	19.2
14 anos ou mais	56.8	71.1
<b>Uso de métodos contraceptivos na relação sexual</b>		
Sim	85.5	87.8
Não	14.5	12.2

**Tabela I** - Diferenças entre 2002 e 2006 para as questões relativas ao comportamento sexual – amostras parciais (apenas alunos do 8º e 10º ano). Adaptado de Camacho, I. *et al* [25]

- A maioria destes revela que utilizou preservativo na última relação sexual (81.3% em 2006) e que nunca associou relações sexuais ao consumo de drogas ou álcool (85.9% em 2006) ;
- Revelaram maiores dúvidas no que diz respeito ao modo de transmissão de VIH/SIDA;
- Para falar acerca de Educação Sexual os adolescentes parecem preferir os amigos, seguidos de colegas, pais e por último os professores;

<b>Como te sentes a falar de Educação Sexual com:</b>	
	<b>%</b>
<b>Os teus amigos (N=3165)</b>	
Pouco à vontade (N= 461)	14.6
À vontade(N=2704)	85.4
<b>Os teus pais (N=3197)</b>	
Pouco à vontade(N=1966)	61.5
À vontade(N=1231)	38.5
<b>Os teus colegas(N=3191)</b>	
Pouco à vontade (N=962)	30.1
À vontade(N=2229)	69.9
<b>Os teus professores(N=3183)</b>	
Pouco à vontade (N=2333)	73.3
À vontade(N=850)	26.7

**Tabela II-** Frequências sobre questões relacionadas com educação Sexual – Amostra Parcial 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano. Adaptado de Camacho, I. *et al* (25)

- Como fontes de informação sobre HIV e outras IST's, referem mais frequentemente programas de televisão, folhetos, internet, falar com amigos e revistas/livros, apesar de de 2002 para 2006 o uso de internet ter aumentado e o uso dos programas de televisão ter diminuído;
- No que diz respeito à nacionalidade, verificou-se que um maior número de jovens migrantes afirma que os jovens da sua idade já teve relações sexuais comparativamente com os jovens portugueses e que iniciam a actividade sexual mais precocemente, assim como, referem mais frequentemente relações sexuais sem preservativo (26.1% vs 7.6%) e outros comportamentos de risco (partilha de seringas, 5.4% vs 1.7%).
- Relativamente ao estatuto socioeconómico, os jovens de baixo estatuto socioeconómico referem mais frequentemente que já tiveram relações sexuais sem preservativo (8.5%), quando comparados com os de estatuto socioeconómico médio/alto (6%).<sup>[25]</sup>

### 3. Gravidez Adolescente - O Problema

A gravidez/maternidade na adolescência é referida como sendo um problema a vários níveis: saúde materna <sup>[8,9,10, 35]</sup>, saúde da criança <sup>[8,10]</sup> e económicos <sup>[10]</sup>.

#### 3.1. A mãe e a criança

Ao nível da saúde materna, as grávidas adolescentes apresentam com maior frequência anemia <sup>[2,8,10]</sup> e pielonefrite <sup>[8]</sup>. Num estudo no Reino Unido os valores foram para a anemia, 19.3% no grupo com idade <20 anos vs 11.8% no grupo com idades entre os 20-25 anos. A anemia é frequentemente ferropénica que se deve a uma dieta inadequada. <sup>[10]</sup> Os riscos para a saúde materna incluem também maiores riscos psicológicos, sendo mais frequente a depressão durante a gravidez e no período pós-parto. <sup>[9]</sup> Num estudo português comparando um grupo de grávidas adolescentes e adultas, 25.9% das adolescentes apresentou uma EPDS >12 versus 11.1% no grupo das adultas, durante a gravidez, mantendo-se a diferença 2-3 meses após o parto (25.9% vs 9.3%). <sup>[9]</sup>

Para a criança, os riscos iniciam-se mesmo antes do nascimento, sendo mais frequente os fetos pequenos para a idade gestacional, o baixo peso à nascença <sup>[10]</sup>, e os partos pré-termo <sup>[8,10]</sup>. O baixo peso à nascença, os fetos pequenos para a idade gestacional e a prematuridade são associadas a complicações clínicas e a mortalidade neonatal. <sup>[10]</sup>

Existe também um maior risco de maus tratos, doença, acidentes e alterações de comportamento, cognitivas e emocionais nos filhos de mães adolescentes. <sup>[10]</sup> Este risco de alterações de comportamento é referido como estando associado mais ao estado mental materno que à idade materna. <sup>[10]</sup>

Foi referido por alguns autores que os impactos ao nível da saúde materna e da criança estariam relacionados com os factores socioeconómicos em que geralmente ocorrem estas

gravidezes, assim como a insuficientes cuidados pré-natais e a hábitos pouco saudáveis. <sup>[3,10]</sup>

As adolescentes têm com maior frequência hábitos prejudiciais à saúde fetal como: dieta inadequada, álcool e uso de drogas. <sup>[10,12]</sup> Um estudo português realizado na Maternidade Júlio Dinis comparando as diferentes circunstâncias de risco entre grávidas adolescentes e grávidas adultas revelou uma associação significativa entre a gravidez adolescente e o consumo de tabaco anterior à gravidez (69.4% nas adolescentes vs 30.6% nas adultas) e durante a gravidez (84,2% vs 15.8%). No que diz respeito ao consumo de substâncias ilícitas não foi conclusivo, sendo que, no entanto, os poucos casos referidos pertenciam ao grupo das adolescentes. <sup>[12]</sup>

Contudo um estudo nos E.U.A. contrariou este argumento. Neste estudo foram controladas várias variáveis (raça materna, estado civil, consumo de álcool e tabaco durante a gravidez, cuidados pré natais), tendo concluído, mesmo após controlo destas variáveis, que os riscos referidos acima se mantinham (parto pré-termo, baixo peso à nascença, pequeno para a idade gestacional e mortalidade neonatal). Deixou, contudo, de lado o controlo de outras variáveis que mostraram ter influência no parto pré-termo como: ocupação/emprego, uso de drogas recreativas, stresse psicológico e emocional durante a gravidez. <sup>[10]</sup>

Apesar das razões ainda não estarem completamente esclarecidas é facto referido por vários estudos o risco para a criança filha de mãe adolescente como referido acima.

### **3.2. O Pai**

O modo de exercício da paternidade também influencia a saúde da criança.

O pai jovem geralmente provém de baixo estatuto socioeconómico, tem um baixo nível de escolaridade, tem uma profissão de baixos rendimentos, tendo maior probabilidade de ser desempregado. <sup>[10]</sup>

Os jovens que se tornam pais têm o dobro da probabilidade de serem desempregados, receberem benefícios sociais ou de necessitarem de uma habitação social. <sup>[10]</sup>

Estudos mostraram que têm maior probabilidade de terem um QI maior e menos problemas comportamentais as crianças cujos pais têm maior envolvimento no seu desenvolvimento. <sup>[10]</sup>

Existe um sentimento de exclusão da gravidez pelos jovens pais pelos profissionais de saúde. Estes, por sua vez revelam frequentemente pouco conhecimento acerca do pai. <sup>[10]</sup>

### **3.3.O Impacto Socioeconómico**

A gravidez adolescente é um problema ao nível socioeconómico na medida em que compromete a formação e percurso escolar das mães adolescentes. <sup>[10,1]</sup> O comprometimento da formação escolar ocorre principalmente em classes sociais mais desfavorecidas e/ou quando o adolescente não tem o apoio dos pais. Nos casos em que os pais têm condições económicas e morais que os permitam ajudar o adolescente, a parentalidade na adolescência não tem um impacto importante na sua formação, embora as mães possam atrasar um pouco os seus estudos devido à dependência da criança principalmente nos dois primeiros anos. Noutros casos o percurso escolar já teria sido interrompido antes da parentalidade, ocorrendo mais frequentemente em classes sociais mais desfavorecidas, sendo a parentalidade mais uma etapa no percurso para a vida adulta. <sup>[36]</sup>

A baixa formação é muitas vezes sinónimo de desempenho de empregos com menores rendimentos <sup>[1]</sup>, perpetuando um ciclo de pobreza, e de risco para gravidez adolescente, tendo em conta que o baixo estatuto socioeconómico constitui ele próprio um factor de risco <sup>[12,13,14, 15,16,19,22]</sup>.

## 4. Os Factores de Risco

Um artigo de revisão de estudos realizados entre 1995-2005, na Europa em 25 países constituintes da U.E., revelou que os factores de risco mais frequentemente referidos como estando associados à gravidez adolescente são: baixo nível socioeconómico, a proveniência de uma família desestruturada, baixo nível de formação/escolaridade e as baixas aspirações a nível académico. <sup>[13]</sup> Para além destes outros factores de risco foram apontados em outros trabalhos.

### 4.1. O estatuto socioeconómico

É dos mais frequentemente referidos na literatura. Vários estudos revelam a associação entre baixo nível socioeconómico e a gravidez adolescente. <sup>[13,14,15,16,17]</sup>

O baixo nível socioeconómico implica muitas vezes a limitação das opções futuras para as jovens, vendo estas na maternidade uma perspectiva de futuro acessível. <sup>[1]</sup>

Um estudo em Portugal, envolvendo dois grupos: adolescentes nunca grávidas/ adolescentes grávidas chegou à conclusão que um Índice de Graffar  $\geq 4$  constituía factor de risco para a maternidade adolescente. <sup>[22]</sup>

Um estudo realizado no Reino Unido com 34 jovens entre os 16 e os 20 anos, divididas em 2 grupos: as que nunca estiveram grávidas (N=18) e as jovens mães/grávidas (N=16), revelou que as jovens provenientes de meios sociais mais desfavorecidos acham que a idade mais adequada para iniciar família é entre os 17 anos e os 25 anos enquanto que as de classes sociais mais favorecidas dão maior importância à carreira profissional, formação, recursos económicos e realização pessoal, achando que a idade adequada para iniciar família será no final da segunda década de vida/início da terceira.

Este estudo revelou ainda que as jovens provenientes de meios sociais mais desfavorecidos aceitavam mais facilmente uma gravidez e maternidade em idade precoce quando comparadas com as de meios sociais desfavorecidos.

Quanto ao uso de contracepção, a diferença entre estes dois grupos não foi significativa, assim como na área dos comportamentos de risco (Tabela III). Apesar deste facto o grupo das jovens provenientes de meios sociais mais favorecidos apresentavam maior facilidade de acesso a serviços de contracepção fiáveis e aceitavam mais facilmente o aborto e a contracepção de emergência (Tabela III).

	Mães Jovens/Jovens Grávidas N=16	Jovens não grávidas/ Não mães N=18
Grupo socioeconómico		
Desfavorecido	16	8
Favorecido	0	10
Contracepção na 1ª relação sexual		
Nenhuma	4	5
Pílula	7	1
Preservativo	6	9
Não activa sexualmente	0	3
Uso de contracepção de Emergência		
Sim	5	11
Não	11	7

**Tabela III-** Características e comportamentos sexuais das jovens. Adaptado de Jewell, D. *et al* [18]

A atitude em relação à componente emocional também se revelou diferente. Nas jovens provenientes de meios sociais mais desfavorecidos as relações amorosas/estado emocional assumem um papel preponderante nas suas vidas em detrimento da sua saúde sexual. [18]

Um estudo realizado em São Paulo comparando duas zonas, uma de maior exclusão social se outra de maior inclusão social concluiu que foi nas zonas de piores condições económicas que existiu um maior número de recém-nascidos entre as jovens. [14]

Estes factos ocorrem para o menor ou maior rendimentos, sendo também verdade para as desigualdades de distribuição de rendimentos.

Um estudo que comparou a desigualdade social de distribuição de rendimentos com as taxas de nascimentos de mães adolescentes e homicídios em 24 países, revelou que a desigualdade social está associada positivamente a estas duas realidades e que estas são fruto dos efeitos sociopsicológicos e comportamentais da desigualdade social. <sup>[15]</sup>

Um estudo realizado nos E.U.A também acerca de desigualdades sociais, teve resultados semelhantes ao comparar diferentes estados. Nos estados com maiores desigualdades sociais existiram uma média de 54 nascimentos por 1000 adolescentes entre os 15 e 17 anos, enquanto nos estados com menores desigualdades sociais existiram 19 nascimentos. <sup>[19]</sup>

No entanto, é também facto que nem todas as jovens provenientes de classes sociais desfavorecidas engravidam na sua adolescência.

Um estudo realizado em Portugal investigou as variáveis protectoras e as que constituíam factores de risco da gravidez adolescente dentro de um grupo de adolescentes de baixo estatuto socioeconómico, utilizando como amostra 2 grupos: adolescentes grávidas (N=57) e adolescentes sem história prévia de gravidez (N=81) com idades entre os 14 e os 18 anos.

Como factores de risco foram encontrados a baixa protecção materna, baixo suporte emocional paterno (medida utilizada: EMBU<sup>1</sup>), a mãe ter sido ela própria uma grávida adolescente, uma relação pobre com os pares (medida usada: Convoy model<sup>2</sup>) e um número elevado de reprovações escolares.

Apenas 12.3% das adolescentes grávidas se mantêm a estudar sendo que 52.6% já não frequentavam a escola antes da gravidez. <sup>[20]</sup>

---

<sup>1</sup> EMBU- Perceived Parental Child Rearing

<sup>2</sup> Convoy Model- Medida do suporte social

As justificações encontradas pelos autores para estes factos, recorrendo a conclusões de outros estudos já efectuados foram as seguintes:

- Jovens que percebem menor suporte emocional pelos seus pais compensam este facto recorrendo ao suporte dado pelas relações românticas;

- Existe uma associação entre a menor supervisão dos pais e o início precoce da vida sexual, comportamentos de risco como relações sexuais desprotegidas e baixo sucesso escolar;

- A existência de história de gravidez precoce da própria mãe pode transmitir a ideia de maior tolerância no que diz respeito ao início precoce de actividade sexual e em relação à gravidez adolescente;

- As reprovações associadas a baixas expectativas e dificuldades económicas podem conduzir o adolescente a considerar a maternidade como único projecto de futuro possível;

- A relação pobre com os pares pode conduzir à procura deste apoio emocional ao nível social e através do próprio parceiro, apoios que conseguem na gravidez. <sup>[20]</sup>

Como factores protectores foram encontrados o apoio emocional e supervisão parental adequada, uma boa relação com os pares e a ausência de reprovações escolares. <sup>[20]</sup>

Em jovens com mães com baixa formação e baixo estatuto social o facto da jovem ter como objectivo um percurso escolar constitui um factor protector. <sup>[21]</sup>

#### **4.2. Escolaridade**

A baixa escolaridade e as baixas expectativas de formação escolar aparecem como factores de risco associados à gravidez adolescente. <sup>[13]</sup>

Esta associação foi encontrada em populações de risco, como as jovens de baixo estatuto socioeconómico <sup>[20]</sup>, e em vários outros estudos que não usavam apenas esta população <sup>[13,16]</sup>.

Um estudo realizado em Portugal acerca dos factores de risco para a gravidez adolescente comparando grávidas adolescentes com adolescentes nunca grávidas revelou que reprovações prévias e abandono escolar são factores de risco para a gravidez adolescente. <sup>[22]</sup>

### **4.3. A família**

A família pode afectar o comportamento sexual e contraceptivo das adolescentes de vários modos, incluindo: a estrutura familiar e contexto de desenvolvimento da adolescente; laços familiares e papel parental; factores biológicos. <sup>[23]</sup>

#### ▪ Ao nível da estrutura

A pertença a uma família não nuclear aumenta o risco de gravidez adolescente <sup>[22]</sup>, o desconhecimento da identidade do pai <sup>[16]</sup>, a pertença a famílias monoparentais <sup>[21,23]</sup> estão associados a maior risco de gravidez adolescente. Adolescentes que não conhecem o pai têm um risco 4.32 vezes maior de ficar grávida que uma adolescentes que conheça. <sup>[16]</sup>

#### ▪ O contexto

Pertencer a família com baixo estatuto socioeconómico, como já referido, ter mãe /irmã com história de gravidez adolescente <sup>[21,23,26]</sup>, história pessoal de abuso sexual <sup>[23]</sup>, uso de drogas ilícitas por um membro da família <sup>[21]</sup> constituem factores de risco para a gravidez adolescente.

- Laços familiares/papel parental

Ambiente familiar conflituoso, laços familiares pouco fortes são favorecedores de comportamentos sexuais de risco. [24]

A ausência de comunicação entre pais e filhos ou a sua insuficiência é outro dos factores de risco ao nível familiar. [24]

Dois terços dos jovens de 10ºano (N=72), num estudo realizado em Portugal acerca da percepção dos adolescentes em relação à influência dos pais e pares nos seus comportamentos referiu que não conversa com os pais sobre sexualidade, referindo na sua maioria que os pais não se sentiam à vontade para discutirem assuntos de natureza sexual. Neste estudo a maioria dos jovens acha que os pais não têm conhecimento e informação suficientes e mais correctas. Todos os jovens consideraram como factor protector de comportamentos sexuais de risco a boa comunicação entre pais e filhos acerca da sexualidade, de modo a que os jovens percepcionem uma sensação de suporte e apoio por parte dos pais. [24]

A boa relação com os pais é apontada como factor protector da gravidez adolescente, sendo associada ao atraso da iniciação sexual, diminuição do número de parceiros sexuais e aumento do uso de contraceção. [23]

Autores defendem que os valores dos pais acerca da sexualidade e gravidez adolescente influênciam as decisões acerca da vida sexual destes em vários campos tais como a altura de iniciação sexual, número de parceiros, uso de contraceção e existência ou não de gravidez. Estes valores são melhor transmitidos aos filhos se existe uma boa relação entre pais e filhos.

[23]

Quanto ao papel parental, o modo como os pais exercem a sua parentalidade também influencia os comportamentos sexuais dos jovens.<sup>[23,24]</sup>

Existe um menor risco de associação com pares desviantes, uso de drogas e álcool e diminuição do número de relações desprotegidas quando existe monitorização do comportamento dos filhos por parte dos pais, podendo assim este facto diminuir o risco de gravidez adolescente.<sup>[23]</sup>

Um estilo parental vigilante que promova a responsabilidade e confiança do adolescente conduz a um maior respeito pelos pais diminuindo os comportamentos de risco.<sup>[24]</sup>

Por outro lado um estilo parental opressivo e demasiado autoritário incentiva os comportamentos de risco. Este efeito é explicada por alguns jovens, num estudo português, pela necessidade de se sentirem independentes e aproveitar as poucas oportunidades para o fazerem, referem que a proibição é ela própria proibida e que o papel dos pais é o de alertar para as consequências, o de aconselhar mas apontando sempre as razões do porquê de não o dever fazer.<sup>[24]</sup>

Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos que concluíram que um estilo maternal intrusivo está associado ao início de vida sexual precoce e que as jovens sexualmente activas tinham mais comportamentos de risco quando tinham pais demasiado controladores.<sup>[23]</sup>

No entanto o extremo oposto constitui também ele factor de risco. Uma monitorização fraca dos comportamentos dos filhos por parte dos pais permite um excesso de liberdade e ausência de limites e indicações do que está correcto e do que está errado.<sup>[24]</sup>

- *Biológicos*

Ao nível biológico estão incluídos alguns antecedentes familiares que são parcialmente hereditários como a idade de desenvolvimento pubertário e o nível hormonal que influenciam comportamentos sexuais .<sup>[23]</sup>

O nível de androgénio está relacionado com o início de comportamentos sexuais em adolescentes, sendo preditivo de relações sexuais. Esta associação é mais consistente entre jovens do sexo masculino que no feminino.<sup>[23]</sup>

O desenvolvimento pubertário precoce é preditivo de início sexual em idades também mais precoces que por sua vez predispõem à prática sexual menos segura.<sup>[23]</sup>

A família influencia em parte os comportamentos sexuais dos jovens adolescentes não sendo contudo, por si só, capaz de controlar as decisões sexuais dos jovens; pode, no entanto, constituir mais um factor de risco ou pelo contrário um factor protector.<sup>[23]</sup>

#### **4.4. Os Pares**

O grupo de pares encontra-se presente na vida quotidiana dos jovens a nomeadamente: escola, vizinhança, clubes e círculo amigos. Estes grupos de pares têm normas próprias sendo frequente a pressão para a adesão a essas normas.<sup>[26]</sup>

Os pares constituem uma fonte de influência de comportamentos sexuais de várias formas, nomeadamente: ao exercer pressão para início de actividade sexual, como fonte de informação, fonte de compreensão e apoio emocional, como estabelecadores de normas comportamentais ao nível sexual dentro do grupo de pares.<sup>[24]</sup>

A existência de pressão por parte dos pares para o inicio da actividade sexual é um factor de risco para comportamentos sexuais inadequados. Este facto é explicado pelos jovens como sendo um factor de inclusão ou exclusão do grupo. Este tipo de influência é mais

marcado no sexo masculino. Apontada também como factor de risco é a associação a grupos de jovens com comportamentos inadequados. [24]

Os pares constituem uma fonte de informação facilmente acessível e com os quais os jovens sentem facilidade em discutir ideias e dúvidas. [24]

Num estudo realizado em Portugal no âmbito do Health Behaviour in School-aged Children, com alunos do 8º ao 10º anos em 2006, verificou-se que a maioria se sentia à vontade para falar de educação sexual com amigos e colegas, ao contrário do que se passava em relação a discutirem o assunto com pais e professores (TabelaII). [25]

Os jovens consideraram contudo, que nem sempre a informação prestada pelos pares é fiável ou correcta. [24]

Os pares são também considerados pelos jovens como uma fonte de apoio, ajuda e compreensão por terem maior proximidade com a realidade que o próprio jovem vive, podendo os pares representar um factor protector para comportamentos de risco. [24]

De facto, um estudo revelou que a existência de uma rede deficiente de amigos constituía um factor de risco em grupos de jovens de meio socioeconómico desfavorecido, sendo que estas jovens encontram na gravidez a forma de ter este apoio ao nível social e do parceiro. [20]

No que diz respeito a normas de comportamento sexual do grupo de pares, a percepção de que os jovens do grupo já tiveram relações sexuais, e que não usam preservativo, constituem factores de risco. Os jovens têm tendência a repetir os comportamentos do grupo como forma de inclusão de modo a enquadrar-se nas normas deste. [24]

Deste modo a percepção do adolescente de que no seu grupo ainda não iniciaram actividade sexual e que praticam relações sexuais protegidas funciona como factor protector. [24]

Em Portugal, no estudo Health Behaviour in School-aged Children, a comparação entre 2002 e 2006 em relação aos alunos do 8º e 10º anos, verificou-se que os jovens pensam que os pares iniciam a actividade sexual mais tarde(Tabela IV).<sup>[25]</sup>

	2002 %	2006 %
<b>Maioria dos Jovens da tua idade já teve relações sexuais</b>		
Sim	53.9	44.9
Não	46.1	55.1
<b>Percepção da idade em que os outros jovens tiveram a primeira relação sexual</b>		
11 anos ou menos	4.6	2.7
12-13 anos	20.0	17.0
14 anos ou mais	75.4	80.2

**Tabela IV-** Diferenças entre 2002 e 2006 para as questões relativas ao comportamento sexual – amostras parciais (apenas alunos do 8º e 10º ano). Adaptado de Camacho, I. *et al* [25]

No entanto a influência dos pares não tem a mesma dimensão para diferentes adolescentes. Na opinião destes esta influência toma maiores proporções quando a relação com os pais é pouco próxima tornando os jovens mais susceptíveis a recorrer aos pares perante dúvidas.<sup>[24]</sup>

#### 4.5. Os Media

A socialização sexual consiste na aprendizagem de quando ter relações, com quem e que precauções tomar.<sup>[28]</sup>

O processo de socialização envolve várias influências : família, pares, escola e mass-media.<sup>[27]</sup>

O próprio grupo de pares com as suas normas próprias está sujeito a pressões sociais com origem na vasta diversidade de mass-media.<sup>[26]</sup>

Os mass-media são uma fonte eficaz de divulgação de ideias e informações, sendo contudo, frequente o fornecimento de informações incompletas e superficiais. [27]

A sexualidade como componente de grande interesse na vida pessoal e social é um excelente tema para assegurar a eficácia comercial dos mass-media. [27]

O efeito de condicionamento de pensamentos/ acção do espectador das mensagens televisivas relacionadas com a actividade sexual é cumulativo e progressivo não tendo um efeito directo. [28]

As ideias/informação sexual podem ser transmitidas através da observação de conversas com conteúdo sexual ou através de comportamentos relacionados com actividade sexual. [28]

- O conteúdo sexual na televisão

Um estudo realizado entre 2001 e 2002 nos EUA revelou que 64% dos programas televisivos continham mensagens sexuais (excluindo notícias, desporto e programas infantis). [28]

Dentro dos programas com conteúdo sexual existiam aproximadamente 4.4 mensagens com conteúdo sexual por hora.

Quando comparado com os estudos efectuados em 1999/2000 o número de programas com conteúdo sexual diminuiu de 68% para 64%; o número de cenas com conteúdo sexual aumentou de 4.1 cenas por hora para 4.4. [28,29]

Nos programas com conteúdo sexual a forma de apresentação deste conteúdo alterou-se de 1999/2000 para 2001/2002, tendo diminuído a forma verbal (conversas acerca de temas sexuais) de 65% para 61% e aumentado a forma de transmissão do conteúdo sexual através

de comportamentos, de 27% para 32%, mantendo a tendência de 1997/98 e 1999/2000.

[28,29]

No que diz respeito ao conteúdo acerca de riscos ou responsabilidades da actividade sexual, apenas 15% dos programas com conteúdo sexual abordam estes temas, tendo existido, contudo uma tendência de subida (5% em 1999/2000 para 6% em 2001/2002). O número de cenas que abordam este tema também aumentou. [28]

Apesar do aumento do conteúdo acerca de riscos e responsabilidades da actividade sexual nos programas televisivos, é-lhe dado pouco ênfase nas cenas em que é abordado. [28]

A devida importância só é dada em 37% da totalidade das cenas que o abordam. [28]

Ao nível do número de programas com conteúdo sexual apenas 1% dá ênfase aos riscos ou responsabilidades da actividade sexual. [28]

Em relação aos programas cujo público alvo são os adolescentes, 83% apresentam conteúdo sexual: 80% através de conversas acerca de sexo e 49% com comportamentos sexuais. Neste tipo de programas o conteúdo em temas como risco e responsabilidades acerca da actividade sexual foi ligeiramente inferior em relação aos restantes programas. [28]

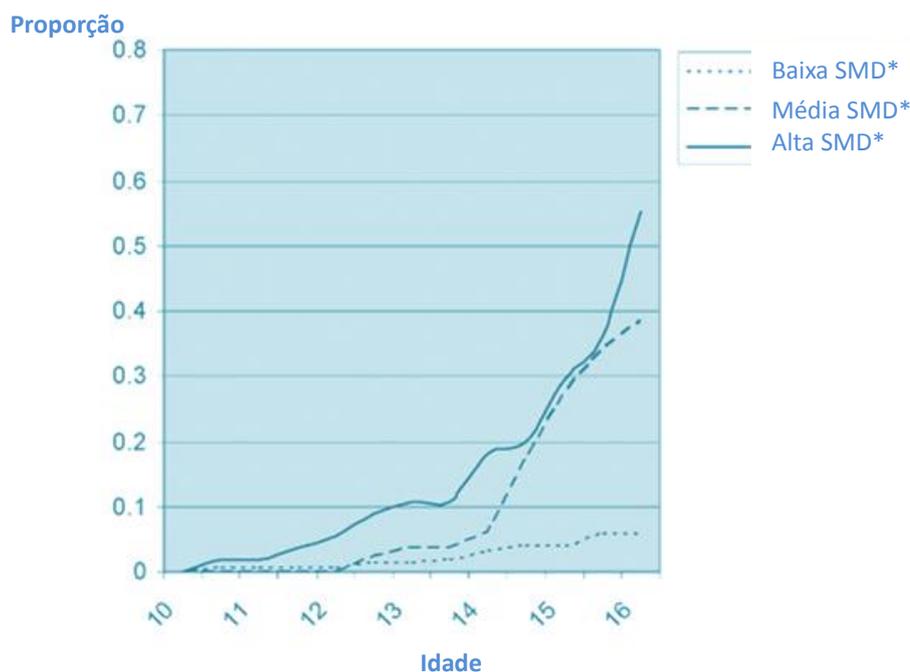
Os adolescentes estão assim mais expostos a conteúdo sexual que a população no geral. [28]

Adolescentes mais expostas a conteúdo sexual televisivo apresentavam o dobro da probabilidade de terem uma gravidez adolescente nos 3 anos seguintes em relação às que estavam menos expostas. [37]

- Outros media

Num estudo que relacionava o conteúdo sexual presente em músicas, filmes, televisão e revistas com o comportamento sexual dos adolescentes brancos e de raça negra, concluiu

que esta exposição acelerava o início de actividade sexual nos adolescentes brancos. Sendo que quanto maior a exposição mais frequente era o início de actividade sexual em idades mais jovens (Gráfico II). Esta relação não foi evidenciada nos adolescentes de raça negra, sendo estes mais influenciados pelas expectativas dos pais e pelos comportamentos sexuais dos amigos. [11]



**Gráfico II.** Proporção de adolescentes de raça branca que referem actividade sexual por idades e SMD (\*Sexual Media Diet). Adaptado de Brown, J. [11]

No grupo de jovens que atingem a puberdade mais precocemente esta influência pode ter um papel mais marcante na medida em que estas jovens não podem ou não têm vontade para falar sobre sexualidade com os pares que ainda não têm tanto interesse neste assunto como elas, funcionando os mass-media (filmes, televisão, revistas e músicas) como fonte de informação e estabelecimento de normas. [30]

De facto um estudo revelou que estas jovens demonstravam maior interesse em ver conteúdo sexual nos media acima referidos. [30] Os profissionais de saúde devem estar atentos a estas jovens e à sua necessidade de informação sexual.

Deste modo, teria interesse os media serem incentivados a transmitir conteúdos mais responsáveis em relação aos temas sexuais. [30]

#### **4.6. Biológicos**

No risco da gravidez adolescente não estão envolvidos apenas factores relacionados com o meio, mas também factores biológicos. [22]

O nível de androgénio está relacionado com início de comportamentos sexuais em adolescentes, sendo preditivo de relações sexuais. Esta associação é mais consistente entre jovens do sexo masculino que no feminino. [23]

O desenvolvimento pubertário precoce é preditivo de início sexual em idades também mais precoces que por sua vez predispõem à prática sexual menos segura. [23]

Num estudo realizado em Portugal, que comparava adolescentes grávidas e adolescentes que nunca estiveram grávidas, são considerados factores de risco biológicos, idade menarca <12A, irregularidades dos ciclos menstruais e IMC> p85.

As perturbações da saúde mental, o início da vida sexual <15A e a existência de mais de um parceiro sexual, não se revelaram factores de risco, ao contrário de outros estudos. A explicação sugerida pelos autores é a de a amostra ser provavelmente pequena. [22]

As jovens com puberdade precoce têm maior probabilidade de iniciar mais precocemente hábitos alcoólicos e actividade sexual, o que as torna um grupo de risco para a gravidez adolescente. [31]

#### **4.7. Comportamentais**

A existência de hábitos de consumo, revelam-se factores de risco, nomeadamente hábitos tabágicos. <sup>[22]</sup>

O consumo de álcool e a idade de iniciação da actividade sexual revelam-se factores, importantes na determinação da idade da primeira gravidez, nas jovens com menarca precoce. O álcool pela desinibição que causa estará relacionado com a idade de iniciação sexual que por sua vez está relacionada com a idade da 1ª gravidez. <sup>[31]</sup>

#### **4.8. Migração**

Um estudo realizado em Portugal, no âmbito do estudo Health Behaviour in School-aged Children, revelou que jovens estudantes do 8º e 10º anos de escolaridade, pertencente à Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), já tinham tido relações mais frequentemente do que os jovens de nacionalidade portuguesa (45.2% vs 22%).

São também os jovens do CPLP, que referem relações sexuais associado ao consumo de álcool ou drogas (33.3% vs 12.6%). Concluiu assim que os jovens da CPLP, têm mais frequentemente comportamentos de risco. <sup>[25]</sup>

Num estudo realizado nos EUA de 2001, que tinha como objectivo determinar os factores preditivos de risco para a maternidade adolescente, revelou que após controlo de outras variáveis, o risco de uma jovem Afro Americana engravidar era 2.91 vezes maior que para adolescentes brancos. <sup>[17]</sup>

Um estudo Português utilizou protocolo internacional HBSC, sendo a população de estudo, alunos 6º, 8º, 10º anos, de 4 zonas mais desfavorecidas e com maior concentração de adolescentes migrantes. Este estudo revelou que os migrantes apresentam mais frequentemente factores de risco, para a gravidez adolescente, no que diz respeito a

comportamentos e nível socioeconómico. Os pais mais frequentemente têm baixo nível educacional e situação profissional desfavorável. As condições ao nível do agregado familiar, é também mais frequentemente não convencional: monoparentalidade, viver com mais de 6 pessoas na mesma casa, maior número de irmãos (5 a 10) e têm mais frequentemente dificuldade na comunicação com os pais. Ao nível escolar, referem mais frequentemente faltar às aulas e ficar sozinhos na escola.

No que diz respeito aos pares, referem maior dificuldade em desenvolver amizades e referem mais frequentemente não ter amigo nenhum.

Em relação aos comportamentos, os adolescentes migrantes, referem um maior consumo de tabaco, álcool e haxixe e referem, mais frequentemente, comportamentos sexuais de risco, nomeadamente referem mais frequentemente que já tiveram relações sexuais e menos frequentemente usaram preservativo na última relação sexual. [32]

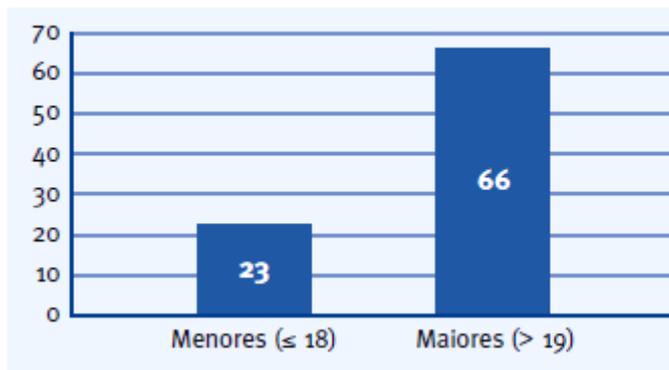
## **5. A vertente Masculina da Gravidez Adolescente**

A Investigação da gravidez Adolescente, negligencia frequentemente o papel do elemento do sexo masculino. [10,38]

Estudos revelaram que o envolvimento activo paterno, no desenvolvimento da criança, afecta positivamente, o futuro desta, em termos de comportamento e inteligência, como já foi referido anteriormente. [10]

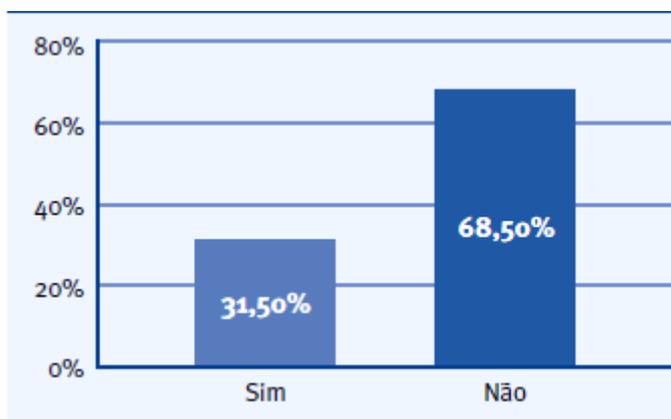
Num estudo realizado em Portugal com o objectivo de estudar a forma como os companheiros das grávidas adolescentes vivem a gravidez, foi aplicado aos pais um questionário na sala de espera de consultas de seguimento de gravidez, tendo o grupo de

pais sido dividido em 2 sub-grupos os maiores de idade e os menores de idade (Gráfico III).



**Gráfico III** – Distribuição das idades dos pais acompanhantes das grávidas adolescentes. Adaptado de Correia, M. & Sereno, S. [38]

Verificou-se que a maioria dos pais tinha baixa escolaridade. No que diz respeito às profissões 22,5% eram estudantes, 56,25% eram trabalhadores e 21,25% desempregados. A maioria dos casais apresentava uma relação recente (6meses-1ano).

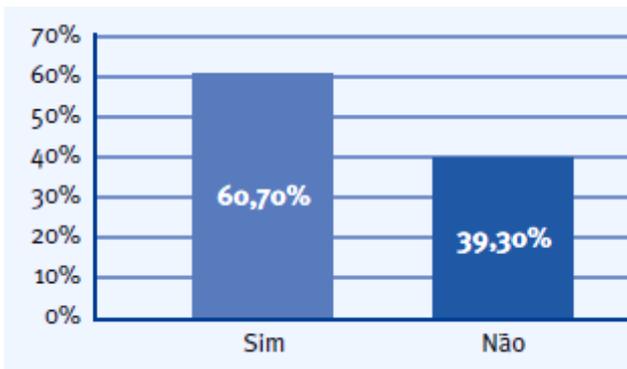


**Gráfico IV** – Uso de métodos contraceptivos. Adaptado de Correia, M. & Sereno, S. [38]

Quanto ao uso de contracepção verificou-se que a maioria não utilizava contracepção (68,5%)(Gráfico IV), não se verificando diferenças significativas entre os dois subgrupos.

Dos que utilizavam contracepção o método mais utilizado era o preservativo (21,3%), seguido de pílula(7.9%), calendário (1.1%) e coito interrompido (1.1%).

No que diz respeito ao desejo de gravidez a maioria desejava a gravidez (60,7%) (Gráfico V), não existindo diferenças significativas entre os dois subgrupos .



**Gráfico V** – Desejo de gravidez. Adaptado de Correia, M. & Sereno, S. [38]

A maioria dos pais ficou contente com a gravidez (79,8%) e sentiu-se mais responsável (70,8%). Quando comparados os dois subgrupos verificou-se que são o subgrupo dos menores de idade que se sente mais frequentemente responsável, mais admirados e mais confusos, sendo o grupo dos maiores que mais frequentemente se encontram contentes revelando que a paternidade produz sentimentos de responsabilização, valorização, promoção e exigência, mas também admiração e confusão resultado do seu não planeamento.

Em relação à transformação da grávida, 51,5% acha que a grávida fica com a cara mais bonita e 72% sente agrado com o crescimento da barriga, revelando a satisfação em relação à grávida e à gravidez.

A maioria dos pais imagina o bebé (64%), sendo que são os menores que mais frequentemente o fazem (73,9% vs 60,6%). Este item conjuntamente com o sentir os movimentos fetais e conhecimento do sexo demonstram o envolvimento dos pais na gravidez e têm valor prognóstico para o exercício da paternidade.

Em relação aos movimentos a maioria ainda não sentiu (mas desconhece-se idade gestacional), e não sabe o sexo (mas desconhece-se o desejo do casal de o saber e idade gestacional).

No que diz respeito ao parto 59,6% gostaria de assistir sendo que são os maiores de idade que mais frequentemente o desejam.

Em relação ao exercício da paternidade a maioria imagina-se a cuidar do bebé, sendo as tarefas que mais frequentemente se imaginam a fazer a de brincar e dar biberão. A que menos se imaginam a fazer é a de dar banho. Não se verificam diferenças significativas neste âmbito entre os dois subgrupos.

Dos que não se imaginam a executar tarefas relacionadas com bebé a maioria justifica-se com a ausência de conhecimento, sendo a segunda justificação mais frequente a crença de que é uma tarefa materna, não tem jeito ou por falta de tempo. Também este item é importante para a avaliação do prognóstico de exercício de paternidade.

Estes resultados demonstram assim que os pais que acompanham as grávidas adolescentes às consultas tendem a envolver-se na gravidez e pretendem exercer a sua paternidade.

Este estudo apenas estudou os pais que acompanham as grávidas adolescentes às consultas ficando por conhecer os restantes não presentes. <sup>[38]</sup>

## **6. A Estratégia**

A gravidez adolescente é uma realidade multifactorial, deste modo uma estratégia com o intuito de diminuir o número de gravidezes adolescentes só será efectiva se incidir sobre várias vertentes, nomeadamente se actuar ao nível pessoal e ao nível do contexto que envolve o sujeito. <sup>[24]</sup>

É igualmente importante que estas acções interventivas actuem precocemente. As medidas de prevenção de comportamentos de risco deverão iniciar-se precocemente uma vez que torna-se mais difícil modificar comportamentos de risco já instalados. <sup>[39]</sup> A altura exacta de iniciação da educação sexual não é ainda consensual. A idade de 3 anos é apontada para alguns autores como a idade ideal, sendo que até aí esse papel cabe aos pais.

Os conteúdos fornecidos na Educação sexual devem ser adaptados às etapas de desenvolvimento sexual. <sup>[40]</sup>

Inglaterra iniciou uma estratégia para diminuir a gravidez adolescente em 1999. <sup>[33, 34]</sup>

Esta estratégia consiste em 4 componentes principais: mass-media, acções conjuntas ao nível local e nacional, melhorias na educação sexual/ acesso a serviços de saúde sexual e finalmente apoio aos jovens pais adolescentes. <sup>[33, 34]</sup>

Ao nível dos mass-media a intervenção consiste na realização de campanhas com mensagens a incentivar o uso de contracepção se sexualmente activo, a fomentar a diminuição da influência da pressão dos pares para início da vida sexual e fornecimento confidencial de informação acerca da disponibilidade de contracepção e aconselhamento sexual/relacionamento. <sup>[33]</sup>

O apoio aos jovens pais adolescentes teria como objectivo a retoma dos estudos/formação.

Para além de todos estes componentes, a estratégia delineada inclui ainda uma linha telefónica de aconselhamento sexual e informação acerca de serviços locais e sites na internet. <sup>[33]</sup>

Os primeiros estudos decorridos entre 1999-2003 acerca desta estratégia revelaram que existiu uma diminuição na concepção e nascimentos em adolescentes com idade inferior a 18 anos, sendo que esta diminuição foi mais acentuada em zonas onde a aplicação desta estratégia foi mais intensiva. A diminuição na concepção foi de cerca de 2% ao ano. Comparando o período de 1994-98 e 1999-2003 verificou-se uma diminuição de 3.2% nas concepções em adolescentes com idade inferior a 18 anos. Apesar de ainda precoces estes resultados podem indicar uma estratégia de sucesso <sup>[33]</sup>.

Em Portugal, existem consultas de Planeamento Familiar gratuitas ao nível dos estabelecimentos de saúde do SNS, assim como os jovens têm ainda disponíveis também os serviços dos Gabinetes de Apoio à Sexualidade Juvenil e dos CAJ, no âmbito das Delegações Regionais do IPJ.

Nestas consultas os jovens têm acesso a informações e aconselhamento ao nível da sua saúde sexual, acerca do modo de funcionamento do seu corpo, de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e de contracepção, sendo os contraceptivos fornecidos gratuitamente. É ainda realizado o rastreio, diagnóstico e tratamento de DST, assim como o rastreio de cancro ginecológico.

Além destas consultas está ainda disponível a linha telefónica “Sexualidade em Linha” também na dependência do IPJ.

Ao nível da Educação Sexual o DL 259/00 de 17 de Outubro e a publicação das “Linhas Orientadoras sobre Educação Sexual em Meio Escolar” vieram clarificar o papel das escolas na educação sexual.

O DL 259/00 de 17 de Outubro veio redefinir e esclarecer o enquadramento legal da Educação sexual já contemplada pelas leis nº 3/84 de 24 de Março (Educação Sexual e Planeamento Familiar) e nº 120/99 de 11 de Agosto, que não tinham produzido efeitos na prática.

Este decreto lei contempla entre outros: a obrigatoriedade da abordagem da promoção da saúde sexual e da sexualidade humana; o apoio aos alunos na qual as escolas e as direcções regionais de educação devem estabelecer parcerias com Centros de Saúde e com as administrações regionais de saúde; o acesso a preservativos em estabelecimentos de ensino secundário, necessitando esta de um amplo consenso da comunidade escolar; a intervenção dos pais e encarregados de educação, devendo ser constituída uma organização,

representativa destes; e a formação de docentes através da realização de acções de formação contínua de professores no domínio da promoção de saúde e da educação sexual. [41,42,43]

Foi desenvolvido um estudo preliminar no ano lectivo 1999/2000 que incluiu uma turma do 11ºano, do agrupamento 1 da escola secundária D.Dinis, a qual foi submetida a um Programa de Educação Sexual com duração aproximada de 27 horas. Este programa foi implementado tendo em conta o DL 259/00 de 17 de Outubro e as “Linhas Orientadoras sobre Educação Sexual em Meio Escolar”.

Este estudo revelou que existiu uma alteração dos conhecimentos tendo estes melhorado após a exposição ao programa (Quadro I), foi contudo inconclusivo em relação às atitudes.

[40]

		Resposta Sexual Humana	Contraceção/ Fertilidade	Anatomia/ Fisiologia do Aparelho Genital	Aspectos da sexualidade/ Orientações sexuais	Gravidez e Desenvolvimento Embrionário
% erros no questionário de conhecimentos aplicado	1	21	16	20	39	25
	2	11	13	8	26	15

**Quadro I-** Alteração dos conhecimentos avaliados nos vários temas do curso. 1- Antes do programa; 2- Após o programa. Adaptado de Lemos, M. [40].

## Conclusão

Actualmente, a adolescência, segundo a OMS, é considerada como período entre os 10 e os 19 anos, sendo que o período entre os 10 e os 14 anos, corresponde à puberdade e o período entre os 15 e os 19 anos à adolescência propriamente dita.

A parentalidade na adolescência interrompe o percurso para a vida adulta, pois condiciona a formação académica conduzindo à diminuição do leque de empregos disponíveis, levando ao desempenho de empregos com menores rendimentos e consequentemente à pobreza. Para além deste factor económico estão ainda associadas consequências para a saúde materna e da criança.

Ao nível da União Europeia, o Reino Unido é o país com a maior taxa de gravidez na adolescência, ocupando Portugal o 2º lugar neste âmbito, dentro dos 15 países fundadores da União Europeia.

O contexto em que o adolescente se desenvolve pode funcionar como factor protector ou factor de risco: Estatuto socioeconómico, Escolaridade, Família, Pares, Mass-media, Factores biológicos, comportamentais e migração.

O baixo estatuto socioeconómico é o factor de risco mais referido na literatura.

Tendo em conta a sua multifactoridade, as estratégias que visem diminuir os números de gravidez adolescente têm também elas que incidir sobre várias dimensões.

Em Portugal a informação, formação e cuidados de saúde acerca de contracepção e sexualidade está delineada essencialmente ao nível das instituições de saúde e Gabinetes de Apoio à Sexualidade Juvenil e dos CAJ, no âmbito das Delegações Regionais do IPJ. Está ainda contemplada a educação sexual nas escolas pelas leis nº 3/84 de 24 de Março e nº 120/99 de 11 de Agosto e clarificada no DL 259/00 de 17 de Outubro.

## Bibliografia:

1. SmithBattle, L.(2000) *The vulnerabilities of teenage mothers: challenging prevailing assumptions. Advances in Nursing Science*, 23(1):29-40. Revisão.
2. Jiménez, M.; Martín, A. & García, J.( 2000) *Comparing the biological and psychosocial risks of pregnancy between groups of adolescents and adults. European Journal of Epidemiology*, 16(6):527-32.
3. Rodríguez, M. & Jiménez, M. (2001) *Epidemiological assessment of the influence of socio-family factors in adolescent pregnancy. European Journal of Epidemiology*, 17(7):653-9.
4. Kmietowicz, Z. (2002) *US and UK are top in teenage pregnancy rates. BMJ*, 324(7350):1354
5. UNICEF (2001), *A league table of teenage births in rich nations, Innocenti Report Card No.3*. UNICEF Innocenti Research Centre, Florence.
6. Mendonça, D. & Calado, B. (2002). *Situação reprodutiva nos países e territórios de língua portuguesa* , pp 153-170. Lisboa: Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia da Horta.
7. Singh, S. & Darroch, J. (2000) *Adolescent pregnancy and childbearing: levels and trends in developed countries. Fam Plann Perspect*, 32(1):14-23.
8. Gupta, N.; Kiran, U. & Bhal, K.(2008) *Teenage pregnancies: obstetric characteristics and outcome. European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 137(2):165-71.
9. Figueiredo, B.; Pacheco, A. & Costa, R.(2007) *Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. Archives of Women's Mental*

*Health*, 10(3):103-9.

10. Paranjothy, S.; Broughton, H.; Adappa, R. & Fone, D.(2009) *Teenage pregnancy: who suffers? . Arch Dis Child*, 94(3):239-45. Revisão. Recuperado a 1 de Outubro, 2009 de [adc.bmj.com](http://adc.bmj.com).

11. Brown, J.; L'Engle, K.; Pardun, C.; Guo, G.; Kenneavy, K. & Jackson, C.(2005) *Sexy Media Matter: Exposure to Sexual Content in Music, Movies, Television, and Magazines Predicts Black and White Adolescents' Sexual Behavior. Pediatrics*, 117: 1018-1027. Recuperado a 10 de Janeiro, 2010, de [www.pediatrics.org](http://www.pediatrics.org).

12. Figueiredo, B.; Pacheco, A. & Magarinho, R.(2005) *Adolescent and adult pregnant women: different risk circumstances? Acta Med Port.*, 18(2):97-105.

13. Imamura, M.; Tucker, J.; Hannaford, P.; da Silva, M.; Astin, M.; Wyness, L.; Bloemenkamp, K.; Jahn, A.; Karro, H.; Olsen, J. & Temmerman, M.(2007) *Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. European Journal of Public Health*, 17(6):630-6. Revisão.

14. Duarte, C.; Nascimento, V. & Akerman, M.(2006) *Adolescent pregnancy and social exclusion: analysis of intra-urban disparities . Rev Panam Salud Publica*, 19(4):236-43.

15. Pickett, K.; Mookherjee, J. & Wilkinson, R.(2005) *Adolescent birth rates, total homicides, and income inequality in rich countries. American Journal Public Health*, 95(7):1181-3.

16. Dormire, S. & Yarandi, H. (2001) *Predictors of risk for adolescent childbearing. Applied Nursing Research*, 14(2):81-6.

17. Arai, L.(2007) *Peer and neighbourhood influences on teenage pregnancy and fertility:*

*qualitative findings from research in English communities. Health Place, 13(1):87-98.*

18. Jewell, D.; Tacchi, J. & Donovan, J.(2000) *Teenage pregnancy: whose problem is it?. Family Practice, 17(6):522-8.*

19. Gold, R.; Kawachi, I.; Kennedy, B.; Lynch, J. & Connell, F. (2001) *Ecological analysis of teen birth rates: association with community income and income inequality. Maternal and Child Health Journal, 5(3):161-7.*

20. Pereira, A.; Canavarro, M.; Cardoso, M. & Mendonça, D. (2005) *Relational factors of vulnerability and protection for adolescent pregnancy: a cross-sectional comparative study of Portuguese pregnant and non pregnant adolescents of low socioeconomic status. Adolescence, 40(159):655-71.*

21. Caputo, V. & Bordin, I. (2008) *Teenage pregnancy and frequent use of alcohol and drugs in the home environment. Rev Saude Publica, 42(3):402-10.*

22. Freira, S.; Pereira-da-Silva, L.; Malveiro, F.; Santos, M.; Santos, S. ; Colaço,C. & Salinas, P. (2007) *Factores de risco social, comportamental e biológico de gravidez na adolescência: estudo caso-controlado; APP, 38, Nº6.*

23. Miller, B. (2002) *Family influences on adolescent sexual and contraceptive behavior. Journal of Sex Research, 39(1):22-6. Revisão.*

24. Dias, S.; Matos, M. & Gonçalves, A (2007) *Percepção dos Adolescentes acerca da Influência dos pais e pares nos seus comportamentos sexuais. Análise Psicológica, 4 (XXV): 625-634.*

25. Camacho, I.; Ferreira, M.; Matos, M.; Morais, M.; Pereira, S.; Simões, C.; Tomé, G. (2008) *O comportamento sexual dos adolescentes portugueses – estudo: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. In: *Sexualidade, Segurança & SIDA - estado da arte e propostas em meio escolar*; pp 43-116.
26. Whitehead, E. (2009) *Understanding the association between teenage pregnancy and inter-generational factors: a comparative and analytical study*. *Midwifery*, 25(2):147-54.
27. Vilar, D. (2005) *Educação Sexual em Rede – nº 1*, pp 10-12.
28. Kunkel, D.; Biely, E.; Eyal, K.; Farrar, K.; Donnerstein, E. & Fandrich, R. (2003), *Sex on TV3*, A biennial report to the Kaiser Family Foundation. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation.
29. Kunkel, D.; Biely, E.; Eyal, K.; Farrar, K.; Donnerstein, E. & Fandrich, R. (2001), *Sex on TV2*, A biennial report to the Kaiser Family Foundation. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation.
30. Brown, J.; Halpern, C. & L'Engle, K.(2005) *Mass media as a sexual super peer for early maturing girls*. *Journal of Adolescent Health*, 36:420–427.
31. Deardorff, J.; Gonzales, N.; Christopher, F.; Roosa, M. & Millsap, R. (2005) *Early Puberty and Adolescent Pregnancy: The Influence of Alcohol Use*. *Pediatrics*, 116:1451-1456.  
Recuperado a 10 de Janeiro, 2010, de [www.pediatrics.org](http://www.pediatrics.org).
32. Gaspare, T. & Matos, M.(2008) *Comportamentos de Saúde de Adolescentes Migrantes e o Efeito Protector da Relação com os Avós*. *Revista de Estudos demográficos nº 41*, pp37-51.  
Recuperado a 10 de Janeiro, 2010, de [www.ine.pt](http://www.ine.pt).
33. Wilkinson, P.; French, R.; Kane, R.; Lachowycz, K.; Stephenson, J.; Grundy, C.; Jacklin, P.; Kingori, P.; Stevens, M. & Wellings, K.(2006) *Teenage conceptions, abortions, and births in*

*England, 1994-2003, and the national teenage pregnancy strategy. Lancet, 368(9550):1879-86.*

34. Galavotti, C. & Green, D.(2006) *England's national Teenage Pregnancy Strategy. Lancet, 368(9550):1846-8.*

35. Freitas, G. & Botega, N.(2002) *Gravidez na Adolescência: Prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. Rev Assoc Med Bras., 48(3):245-9.*

36.Fernandes, L. (2009) *Experiências de mães e pais adolescentes. Sexualidade & Planejamento Familiar nº 52/53, pp 10-17.*

37. Chandra, A.; Martino, S.; Collins, R.; Elliott, M.; Berry , S.; Kanouse, D. & Mil, A. (2008) *Does watching sex on television predict teen pregnancy? Findings from a national longitudinal survey of youth. Pediatrics, 122(5):1047-54.*

38. Correia, M. & Sereno, S.(2005) , *O lado Masculino da Gravidez Adolescente. Sexualidade & Planejamento Familiar nº 40/41, pp 17-30*

39. Matos, M. (2008) *Comunicação, Gestão de conflitos e saúde na escola,(4ª ed.) (on-line, textos seleccionados), pp203-216. CDI / FMH.*

40. Lemos, M. (2002) *O papel dos conhecimentos e atitudes sobre sexualidade como pré-requisitos para comportamentos saudáveis. Sexualidade & Planejamento Familiar nº 33, pp 43-50.*

41. *Decreto-Lei n.º 259/2000, de 17 de Outubro*

42. *Lei n.º 120/99, De 11 de Agosto*

43. *Lei nº 3 / 84 de 24 de Março*

