

Acesso a cuidados de saúde sexual e planeamento familiar em adolescentes**Reproductive and sexual health care in adolescents**

DOI:10.34119/bjhrv5n6-254

Recebimento dos originais: 14/11/2022

Aceitação para publicação: 21/12/2022

Catarina Sofia Serrasqueiro Teixeira

Mestra em Medicina

Instituição: Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Endereço: Avenida, R. Dr. Afonso Romão, CEP: 3000-602, Coimbra, Portugal

E-mail: catarinateixeira60@gmail.com

Inês Veríssimo Pedrosa

Mestra em Medicina

Instituição: Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria

Endereço: Rua das Olhalvas, 2410-197 Leiria, Portugal

E-mail: inesverissimop@gmail.com

João Manuel Graça Frade

Doutoramento em Saúde Pública e Epidemiologia

Instituição: Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechcare), Polytechnic of Leiria, Leiria, Portugal

Endereço: Rua de Santo André, 66-68, Campus 5, Politécnico de Leiria, 2410-541 Leiria, Portugal

E-mail: joao.frade@ipleiria.pt

Sónia Isabel Horta Salvo Moreira de Almeida Ramalho

Doutoramento em “Psychological Intervention in Health, Eduaction and Quality of Life”

Instituição: Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechcare), Polytechnic of Leiria, Leiria, Portugal

Endereço: Rua de Santo André, 66-68, Campus 5, politécnico de Leiria, 2410-541 Leiria, Portugal

E-mail: sonia.ramalho@ipleiria.pt

Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe

Doutoramento em Psicologia

Instituição: Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechcare), Polytechnic of Leiria, Leiria, Portugal

Endereço: Rua de Santo André, 66-68, Campus 5, Politécnico de Leiria, 2410-541 Leiria, Portugal

E-mail: maria.dixe@ipleiria.pt

Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros

Doutoramento em Ciências de Enfermagem

Instituição: Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechcare), Polytechnic of Leiria, Leiria, Portugal

Endereço: Rua de Santo André, 66-68, Campus 5, Politécnico de Leiria, 2410-541 Leiria, Portugal

E-mail: teresa.kraus@ipleiria.pt

Pascoal Moleiro

Mestre em Medicina

Instituição: Centro Hospitalar de Leiria

Endereço: Hospital de Santo André, Rua das Olhalvas, 2410-197 Leiria, Portugal

E-mail: pascoal.moleiro@chleiria.min-saude.pt

RESUMO

Introdução: Os adolescentes valorizam o aconselhamento os profissionais de saúde sobre métodos contraceptivos e sexualidade como fonte de informação. **Objetivos:** Caracterizar o conhecimento dos adolescentes sobre sexualidade e a adesão às consultas de medicina do adolescente/planeamento familiar; avaliar diferenças no conhecimento sobre métodos contraceptivos e comportamentos sexuais de risco no grupo que frequenta as consultas; analisar limitações na comunicação sobre sexualidade com profissionais de saúde. **Material e métodos:** Estudo transversal e observacional, com amostra não probabilística e intencional, constituída por adolescentes de duas escolas do centro do país, dividida em dois grupos etários: G1 (13-15A); G2 (16-19A). Após consentimento informado dos pais e participantes aplicou-se um instrumento de colheita de dados, assumindo-se nível de significância estatística quando $p < 0,05$. **Resultados:** Incluídos 394 adolescentes, 276 (70%) do G1, 53% do sexo feminino avaliam os serviços de saúde como fonte de informação fidedigna. Frequentavam as consultas de medicina do adolescente/planeamento familiar 119 (30,8%), destes 61,3% do G1 ($p=0,02$) e 66,3% do sexo feminino ($p=0,01$). Consideram-se esclarecidos sobre métodos contraceptivos 64,2%, sendo o grau de esclarecimento semelhante em G1 e G2, mas superior nas raparigas frequentadoras das consultas ($p=0,03$). Iniciaram relações sexuais 21,1%, com mediana da idade de início de 15A, superior à dos adolescentes do G1 não frequentadores das consultas de medicina do adolescente/planeamento familiar ($p=0,007$). Em 32,8% dos adolescentes sexualmente ativos existiram relações sexuais desprotegidas, sobretudo no G2, e 8 não usavam habitualmente métodos contraceptivos, sem diferença quanto à frequência das consultas. “A falta de abertura por parte dos profissionais, medo de serem mal interpretados e medo de que o profissional de saúde quebre a confidencialidade” foram os fatores mais frequentemente apontados como limitantes na comunicação com os profissionais de saúde. **Discussão/Conclusão:** Frequentavam as consultas de medicina do adolescente/planeamento familiar 30,8%, com predomínio do G1 e sexo feminino, com idade mais tardia da primeira relação sexual e a registar melhor esclarecimento sobre métodos contraceptivos, respetivamente. Os fatores apontados como limitantes da comunicação com profissionais de saúde salientam a necessidade destes, a par dos cuidados de saúde preventivos, rastreio de comportamentos de risco e aconselhamento sobre saúde sexual, adotarem estratégias eficazes de comunicação com os adolescentes.

Palavras-chave: saúde sexual, planeamento familiar, contraceção, comportamentos de risco.

ABSTRACT

Introduction: Adolescents value counselling health professionals on contraceptive methods and sexuality as a source of information. This study aimed to characterize adolescents' knowledge about sexuality and adherence to adolescent medicine/family planning consultations; evaluate differences in knowledge about contraceptive methods and sexual risk behaviors in the group attending consultations; analyze communication limitations about sexuality with health professionals. **Material and Methods:** A cross-sectional study was performed with a non-probabilistic and intentional sample of adolescents from two schools in the centre of the country, divided into two age groups: G1 (13-15A); G2 (16-19A). After informed consent from parents and participants, a data collection instrument was applied, assuming a statistical significance level of $p < 0.05$. **Results:** Included 394 adolescents, 276 (70%) from G1, 53% of females evaluate health services as a reliable source of information. 119 adolescent medicine/family planning consultations were attended (30.8%), of these 61.3% from G1 ($p=0.02$) and 66.3% female ($p=0.01$). The knowledge about contraceptive methods was similar in G1 and G2, but higher in girls attending the consultations ($p=0.03$). 21.1% initiated sexual intercourse, with a median age of onset of 15A, higher than that of G1 adolescents that did not attend the adolescent medicine/family planning consultations ($p=0.007$). In 32.8% of the sexually active adolescents, there was unprotected sexual intercourse, especially in G2, and eight did not habitually use contraceptive methods, with no difference regarding the frequency of consultations. "Lack of openness on the part of professionals, fear of being misinterpreted, and fear that the health professional will break confidentiality" were the most frequently pointed out as limiting communication with health professionals. **Discussion/Conclusion:** 30.8% attended the adolescent medicine/family planning consultations, with a predominance of G1 and female sex, with a later age of first sexual intercourse and with better information on contraceptive methods, respectively. The factors identified as limiting the communication with health professionals highlight the need for them to adopt effective strategies of communication with adolescents, together with preventive health care, screening of risk behaviors, and counselling on sexual health.

Keywords: sexual health, family planning services, contraception, health risk behaviors.

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos registou-se, a nível nacional, um esforço crescente para a criação de consultas de atendimento a adolescentes e jovens assim como de consultas de planeamento familiar (PF), com o objetivo de melhorar o acesso deste grupo etário aos recursos de saúde⁽¹⁾. Portugal é um dos países da União Europeia com menor taxa de educação sexual nas escolas, sendo o aconselhamento junto de profissionais de saúde pouco habitual nesta faixa etária⁽²⁾.

A educação sexual e a promoção da saúde devem antecipar-se ao início da vida sexual, com o objetivo de prevenir a ocorrência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e gravidez na adolescência⁽¹⁾. Deste modo, a avaliação da saúde sexual dos adolescentes é uma componente essencial dos cuidados prestados a esta população⁽³⁾.

Estudos revelaram que mais de 2/3 dos adolescentes sexualmente ativos nunca frequentaram uma consulta de PF⁽²⁾. Apesar da fraca adesão, os adolescentes valorizam a

informação adquirida junto dos profissionais de saúde sobre contraceção e práticas de sexo seguro⁽⁴⁾.

De acordo com a literatura, as adolescentes portuguesas eram quem mais frequentemente recorria às consultas de PF, sem diferença quanto à idade e escolaridade⁽³⁾. O menor recurso aos cuidados de saúde, por parte dos rapazes, foi descrito por outros autores, que verificavam que os rapazes mais jovens frequentavam as consultas em contexto de consultas de rotina com o pediatra, médico de família e/ou serviço de urgência em proporção semelhante às raparigas, mas à medida que a idade aumentava, esta proporção reduzia-se significativamente⁽⁵⁾.

A carência de informação adequada dos adolescentes, leva a que estes apreendam e disseminem informações erradas e preconceitos que, somados à negação do risco de engravidar devido a um pensamento “mágico” característico da adolescência, e da sua imaturidade psicoemocional, contribuem para que as experiências sexuais possam condicionar riscos acrescidos⁽⁶⁾. Adicionalmente, autores sugerem que o aumento da disponibilidade de serviços de PF conduz a uma diminuição dos comportamentos sexuais de risco entre os adolescentes mais velhos⁽⁷⁾. Deste modo, é importante desenvolver estratégias que aumentem o recurso às consultas de PF pelos adolescentes, quer através da sua maior disponibilidade quer através da quebra de barreiras que possam existir e que impeçam o recurso dos jovens a estas consultas^(8, 9).

Com este estudo pretendemos conhecer as características demográficas e conhecimentos sobre sexualidade dos adolescentes; avaliar o conhecimento dos adolescentes e importância atribuída à existência de serviços de saúde que disponibilizam informação sobre sexualidade bem como caracterizar a frequência de consultas de PF e medicina do adolescente (MA) pelos jovens e avaliar o seu grau de satisfação relativamente às consultas; comparar o conhecimento sobre sexualidade, frequência de consultas de PF/MA, hábitos relativos à sexualidade e comportamentos sexuais de risco consoante a idade e sexo dos adolescentes.

Tivemos como outros objetivos avaliar a relação entre a frequência destas consultas com o conhecimento sobre métodos contraceptivos, sexualidade e hábitos relativos à sexualidade por sexo e idade. Por último, pretendemos ainda avaliar eventuais fatores limitantes na comunicação entre profissionais de saúde e adolescentes sobre sexualidade.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Realizamos um estudo observacional e transversal em que a amostra, não probabilística e intencional, foi constituída por adolescentes que frequentavam o ensino básico e secundário

de duas instituições de ensino da região Centro do país. Como critérios de inclusão foram definidos: ser estudante do 8º, 9º, 10º, 11º ou 12º ano de escolaridade, de ambos os sexos, possuir domínio da língua portuguesa e ter idade inferior ou igual a 19 anos. Os adolescentes foram recrutados pelos professores das escolas, mediante interesse manifestado pelos pais e aprovação dos alunos, após reunião de apresentação e sensibilização para o projeto.

Todos os participantes e os pais ou encarregados de educação (se o adolescente tivesse menos do que 18 anos), foram previamente informados dos objetivos e finalidades do estudo, tendo sido pedido o consentimento informado e esclarecido por escrito quando aceitaram participar no estudo de forma voluntária e anónima. Participaram no estudo 394 adolescentes. De modo a dar resposta a alguns dos objetivos, dividimos a amostra em dois grupos: o Grupo 1 (G1), que inclui as idades compreendidas entre 13 e 15 anos, e o Grupo 2 (G2), com idade compreendida dos 16 aos 19 anos. Esta divisão foi feita com base nos dados descritos de que os adolescentes mais novos são os que mais frequentam as consultas e na média de idade de início da atividade sexual relatada noutros estudos (14 aos 16 anos)^(2, 3, 5).

Os dados foram colhidos entre 23 de abril e 4 de maio de 2018. Os estudantes, que consentiram participar no estudo, responderam ao instrumento de colheita de dados na sala de informática por meio do Google Docs. O questionário demorou cerca de 15 minutos a responder. O protocolo foi aprovado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (autorização nº 10421/2017 de 12/09/2017).

O instrumento de colheita de dados estava estruturado em dois grupos: dados de caracterização sociodemográfica e académicos (idade, sexo, escolaridade atual e escolaridade futura) e sexual. Este último grupo inclui questões sobre nível de informação sobre sexualidade, nível de conhecimentos em relação aos métodos contraceptivos (MC) e sua utilização, significado de planeamento sexual, frequência de consultas de Planeamento Familiar, início e idade do início da atividade sexual, ocorrência de relações sexuais (RS) desprotegidas, motivos para não usar MC, importância atribuída à existência de serviços de saúde como fonte de informação sobre sexualidade e fatores limitantes da comunicação com os profissionais de saúde.

Na análise descritiva dos dados, apresentamos as variáveis categóricas em frequências absolutas e relativas e as contínuas em medidas de tendência central e de dispersão. Em virtude de as variáveis em estudo não apresentarem distribuição normal, nem se observarem os pressupostos do teorema do limite central, para os testes de hipóteses utilizamos os testes não paramétricos de Mann-Whitney U (2 amostras independentes) para comparações das variáveis contínuas em função dos grupos etários e sexo. A análise comparativa das variáveis categóricas

foi realizada com recurso ao teste qui-quadrado de Pearson ou ao teste exato de Fisher, conforme estatisticamente mais adequado.

Aceitaram-se valores estatisticamente significativos de p, quando este foi inferior a 0,05. A análise estatística foi realizada com recurso ao programa Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS).

3 RESULTADOS

Participaram 394 adolescentes, com uma média de idade de $15 \pm 1,4$ anos, sendo 210 do sexo feminino (53%). A maioria (n=175; 44%) eram alunos do 9º ano e quanto ao futuro, a maioria (65,0%) pretendia seguir para o ensino superior. Relativamente ao significado de PF, mais de metade concordaram que é uma ajuda para uma vida sexual saudável (58,1%), uma forma de obtenção de métodos contraceptivos (56,6%) e uma forma de prevenção de IST (54,8%). Na tabela 1 encontra-se a caracterização demográfica e de aspetos relacionados com a saúde sexual da amostra.

Tabela 1 – Caracterização demográfica e de aspetos relacionados com a saúde sexual da amostra.

	Adolescentes avaliados (n=394)
Idade em anos (média \pm DP)	15 \pm 1,4
Sexo feminino n (%)	210 (53)
Escolaridade n (%)	
- 8º ano	99 (25,1)
- 9º ano	175 (44,4)
- 10º ano	56 (14,2)
- 11º ano	21 (5,3)
- 12º ano	43 (10,9)
Escolaridade futura n (%)	
- 12º ano	84 (21,3)
- Curso técnico-profissional	54 (13,7)
- Ensino superior	256 (65)
<i>“Para ti planeamento familiar significa:”</i>	
- <i>“Prevenção de IST”</i>	216 (54,8)
- <i>“Forma de evitar gravidez”</i>	175 (44,1)
- <i>“Ajuda para uma vida sexual saudável”</i>	229 (58,1)
- <i>“Informação/Obtenção de MC”</i>	223 (56,6)
- <i>“Tratamento de infertilidade”</i>	118 (29,9)
- <i>“Controlo de natalidade”</i>	186 (47,2)
<i>“Como classificas os teus conhecimentos em relação aos MC e sua utilização?”</i>	
- <i>“Esclarecido” n (%)</i>	253 (64,2)
- <i>“Muito esclarecido” n (%)</i>	84 (21,3)
<i>“Como classificas a informação que possuis sobre sexualidade?”</i>	
- <i>“Boa” n (%)</i>	220 (55,8)
- <i>“Muito boa” n (%)</i>	55 (14,0)
Já teve Relações Sexuais n (%)	
Sim	77 (21,1)
Não	286 (78,9)

Idade de início da atividade sexual em anos <i>mediana (média±DP)</i>	15 (15±1,3)
Frequência de consultas de PF/MA n (%)	
Sim	119 (30,8)
Não	232 (60,1)
Não sei	35 (9,1)

Legenda: DP – Desvio-padrão; IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis; MC – Métodos Contracetivos; PF/MA – Planejamento Familiar / Medicina do Adolescente

O G1 era constituído por 276 adolescentes e o G2 por 118, não havendo diferença estatisticamente significativa quanto ao sexo nestes grupos ($p=0,9$). Na Tabela 2 estão descritos os dados referentes a cada um dos grupos.

No total, afirmaram ter conhecimento sobre a existência de serviços de saúde como fonte de informação e/ou ajuda sobre sexualidade, 70 % dos adolescentes ($n = 276$), com o G1 a apresentar maior conhecimento destes serviços ($p=0,03$). Mais de metade dos adolescentes ($n = 199$) inquiridos considerava importante a existência desta fonte de informação.

Menos de um terço dos adolescentes ($n = 119/386$; 30,8%) frequentava as consultas de PF/MA, sendo os adolescentes do G1 ($n = 73$; $p=0,02$) e do sexo feminino ($n = 79$; $p=0,001$), os utilizadores mais frequentes destas consultas (Tabela 2). Em média, 56% dos adolescentes afirmaram estar satisfeitos com as consultas, sem diferença significativa entre os grupos.

Relativamente ao início da atividade sexual, 21,1% ($n = 77$) dos adolescentes já tinham tido relações sexuais (RS), 61% ($n = 47$) do G2. A mediana da idade da 1ª RS na amostra foi de 15 anos, sem diferença quanto ao sexo (teste Mann-Whitney U: 15 vs 15; $p=0,8$), mas com diferença relativa à idade, com os adolescentes do G2 a apresentarem uma idade da 1ªRS superior à dos adolescentes do G1 (teste Mann-Whitney U: 14 vs 16; $p=0,001$) (Tabela 2). Destes adolescentes que já tinham tido RS, frequentavam as consultas de PF/MA 41,6% ($n = 32$).

Tabela 2 – Comparação entre o grupo 1 e grupo 2 quanto ao conhecimento e importância atribuída aos serviços de saúde onde se possa obter informação sobre sexualidade, frequência de consultas de PF/MA e hábitos relativos à sexualidade.

	Grupo 1 (n = 276)	Grupo 2 (n = 118)	p
Sexo feminino n (%)	147 (53,2)	63 (53,3)	0,9*
Conhecimento de serviços de saúde onde se possa obter informação sobre sexualidade/resolver algum problema neste domínio n (%)	Sim: 189 (68,7) Não: 86 (31,3)	Sim: 87 (75) Não: 29 (25)	0,03*
<i>Consideras importante a existência de locais onde possas falar com profissionais sobre as tuas dúvidas e problemas relacionados com a sexualidade *** (mediana, (média±DP))</i>	4 (4,33±0,64)	4 (4,30±0,7)	0,860**

Frequência de consultas de PF/MA n (%)			
Sim	73 (26,8)	46 (40,4)	0,016*
Não	170 (62,5)	62 (54,4)	
Não sei	29 (10,6)	6 (5,2)	
<i>Grau de satisfação acerca das consultas PF/MA*** (mediana, (média±DP))</i>	4 (3,8±0,72)	4 (3,81±0,92)	0,705**
Já teve RS n (%)			
Sim	30 (11,7)	47 (44,3)	<0,001**
Não	227 (88,3)	59 (55,7)	
Idade da 1ª RS anos (<i>mediana, (média±DP)</i>)	14 (13,8± 0,68)	16 (15,56± 1,16)	<0,001**
Já teve RS desprotegidas n (%)			
Sim	7 (25,9)	15 (32,6)	0,372
Não	20 (74,1)	31 (67,4)	
Uso habitual de MC n (%)			
Sim	23 (85,2)	42 (91,3)	0,675*
Não	4 (14,8)	4 (8,7)	
Motivo para RS desprotegidas *** (<i>mediana, (média±DP)</i>)			
- Não tinha informação	2 (2,3±0,8)	2 (1,6±0,67)	0,065**
- Não tinha MC	2,5 (2,6±1,3)	2,7 (2,8±1,4)	0,622**
- Tinha vergonha de adquirir MC	2 (1,8±0,78)	1,8 (1,8±0,9)	0,938**
- Os MC incomodam/atrapalham	2,8 (2,9±1,5)	2 (2,8±1,3)	0,895**
- Os MC tiram prazer	3 (2,9±1,5)	3 (3,1±1,3)	0,640**
- Diminuem a confiança no(a) parceiro(a) / na relação	1,5 (1,8±1,0)	1,8 (1,8±0,8)	0,627**
- Estava sobre o efeito de álcool e/ou outras drogas	1 (1,7±1,0)	1,6 (1,5±0,7)	0,951**

* Teste qui-quadrado de Pearson; ** Teste de Mann-Whitney U; *** classificados de 1 a 5

Legenda: DP – Desvio-padrão; MC – Métodos Contraceptivos; PF/MA – Planejamento Familiar / Medicina do Adolescente; RS – Relações Sexuais.

No G1, os adolescentes que frequentavam as consultas de PF/MA apresentaram uma mediana de idade da 1ª RS superior à dos adolescentes que não frequentavam esta consulta, sendo esta diferença estatisticamente significativa (teste Mann-Whitney U: 14 vs 13; $p=0,007$). Não se verificou diferença da idade da 1ª RS entre os adolescentes do G2 utilizadores de consultas de PF/MA (Tabela 3).

No total da amostra, 64,2% ($n = 253$) dos adolescentes consideravam-se esclarecidos quanto ao uso de métodos contraceptivos (MC), sendo que referiam utilizar MC 16,5% dos adolescentes ($n = 65$), não existindo diferença entre grupos (Tabela 2). Aproximadamente metade destes adolescentes frequentava as consultas de PF/MA (12 no G1; 19 no G2), sendo que os adolescentes que não o faziam apresentaram taxas semelhantes de utilização de MC ($p = 0,6$ no G1; $p = 0,2$ no G2) (Tabela 3).

Tabela 3 – Comparação dos grupos quanto à frequência de consultas de PF/MA e conhecimentos sobre uso de MC e sexualidade e hábitos relativos à sexualidade.

	Grupo 1 (n = 276)			Grupo 2 (n = 118)		
	Consultas de PF/MA n = 73	Sem consultas de PF/MA n = 199	p	Consultas de PF/MA n = 46	Sem consultas de PF/MA n = 68	p
“Como classificas os teus conhecimentos em relação aos MC e sua utilização? ***” (mediana (média±DP))	4 (3,9±0,6)	4 (4,0±0,6)	0,098**	4 (4,1±0,6)	4 (4,2±0,6)	0,358**
“Como classificas a informação que possuis sobre sexualidade?***” (mediana (média±DP))	4 (3,6±0,7)	4 (3,8±0,7)	0,059**	4 (3,8±0,7)	4 (4,1±0,5)	0,038**
Já teve RS n (%)						
Sim	13 (19,1)	16 (10,1)	0,102*	19 (44,2)	25 (46,3)	0,998*
Não	55 (80,9)	142 (89,9)		24 (55,8)	29 (53,7)	
Idade da 1ª RS anos (mediana (média±DP))	14 (13,7±0,3)	13 (13,4±0,6)	0,007**	16 (15,5±1,2)	16 (15,7±1,1)	0,762**
Uso habitual de MC n (%)						
Sim	12 (92,3)	10 (76,9)	0,587*	19 (100)	20 (83,3)	0,180*
Não	1 (7,7)	3 (23,1)			4 (16,7)	
RS desprotegidas n (%)						
Sim	3 (23,1)	4 (30,8)	0,7*	6 (33,3)	9 (36)	0,6*
Não	10 (76,9)	9 (69,2)		13 (72,2)	16 (64)	
Motivo para RS desprotegidas *** (mediana (média±DP))						
- Não tinhas informação	3 (3± 1)	2 (2,1±0,7)	,216**	1 (1,4±0,7)	2 (1,8±0,7)	,093**
- Não tinhas MC	4 (4± 0)	2 (2,1±1,1)	,041**	3,5 (3,2±1,4)	2 (2,6±1,3)	,329**
- Tinhas vergonha de adquirir MC	1 (2,0± 1,1)	2 (2±0,6)	,490**	1,5 (1,6±0,6)	2 (2,0±1)	,272**
- Os MC incomodam/atrapalham	4 (3±1,7)	3,5 (3,1±1,4)	,892**	3,5 (3,1±1,2)	2 (2,6±1,2)	,343**
- Os MC tiram prazer	3 (2,6±1,5)	3 (3,3±1,6)	,511**	3,5 (3,4±0,9)	3 (3±1,5)	,530**
- Diminuem a confiança no(a) parceiro(a) / na relação	2 (2,3±1,5)	1,5 (1,6±0,8)	,492**	2 (1,5±0,5)	2 (2±0,9)	,171**
- Estava sobre o efeito de álcool e/ou outras drogas	2 (2±1)	1 (1,6±1,2)	,477**	NA	1 (1,5±0,8)	1,000**

* Teste qui-quadrado de Pearson; ** Teste de Mann-Whitney U; NA- não foi possível verificar porque várias células n<5; *** classificados de 1 a 5

Legenda: DP – Desvio-padrão; MC – Métodos Contracetivos; PF/MA – Planeamento Familiar / Medicina do Adolescente; RS – Relações Sexuais.

Tabela 4 – Comparação relativamente ao sexo da frequência de consultas de PF/MA e conhecimentos sobre uso de MC e sexualidade e hábitos relativos à sexualidade.

	Sexo feminino n = 210			Sexo masculino n = 184		
	Consultas de PF/MA n = 79	Sem consultas de PF/MA n = 129	p	Consultas de PF/MA n = 40	Sem consultas de PF/MA n = 138	p
“Como classificas os teus conhecimentos em relação aos MC e sua utilização? ***” (mediana, (média±DP))	4 (4,1±0,6)	4 (3,9±0,6)	,010**	4 (4,1±0,6)	4 (4±0,6)	,341**
“Como classificas a informação que possuis sobre sexualidade? ***” – (mediana, (média±DP))	4 (3,9±0,7)	4 (3,7±0,6)	,029**	4 (4±0,6)	4 (3,7±0,7)	,024**
Já teve RS n (%)						
Sim	18 (24,3)	17 (16,2)	,246*	14 (37,8)	24 (22,4)	,106*
Não	56 (75,7)	88 (83,8)		23 (62,2)	83 (77,6)	
Idade da 1ª RS anos (mediana (média±DP))	15 (15,1±1,3)	15 (14,6±1,3)	,258**	14,5 (14,8±1,1)	15,5 (15,1±0,6)	,547**
Uso habitual de MC						
Sim	18 (100)	14 (87,5)	,414*	13 (92,8)	16 (76,2)	,410*
Não	0	2 (12,5)		1 (7,1)	5 (23,8)	
RS desprotegidas n (%)						
Sim	6 (33,3)	5 (33,3)	1,00*	3 (21,4)	8 (34,8)	,623*
Não	12 (66,7)	10 (66,7)		11 (78,6)	15 (65,2)	
Motivo para RS desprotegidas *** (mediana, (média±DP))						
- Não tinhas informação	2 (1,5±0,7)	2 (2,5±1,2)	,470**	2 (2±1)	2 (2±0,7)	,965**
- Não tinhas MC	4 (3,5±1,1)	2 (2,5±1,2)	,155**	4 (3,2±1,6)	2(2,5±1,3)	,349**
- Tinhas vergonha de adquirir MC	1,5 (1,6±0,7)	2 (2,1±0,9)	,258**	1 (1,6±0,8)	2 (2±0,9)	,379**
- Os MC incomodam/atrapalham	4 (3,2±1,1)	3 (2,8±1,3)	,565**	2 (2,8±1,6)	2 (2,7±1,4)	1,00**
- Os MC retiram prazer	4 (3,3±1,5)	3 (3,3±0,7)	,586**	4 (3,2±1,6)	3 (3±1,5)	,858**
- Diminuem a confiança no(a) parceiro(a) / na relação	2 (1,5±0,5)	1 (1,3±0,5)	,409**	2 (2±1,2)	2 (2,2±0,8)	,526**
- Estava sobre o efeito de álcool e/ou outras drogas	1 (1,6±0,9)	1,5 (1,8±1,1)	,719**	2 (1,8±0,8)	1 (1,4±0,6)	,377**

* Teste qui-quadrado de Pearson; **Teste de Mann-Whitney U; *** classificados de 1 a 5

Legenda: DP – Desvio-padrão; MC – Métodos Contracetivos; PF/MA – Planeamento Familiar / Medicina do Adolescente; RS – Relações Sexuais.

Nos dois grupos não se verificou diferença significativa relativamente à frequência de consultas de PF/MA e grau de esclarecimento sobre MC (Tabela 3). Porém, verificou-se que as raparigas frequentadoras destas consultas referiam um maior grau de esclarecimento sobre este tema (p=0,03) (Tabela 4).

Por outro lado, 32,3% (n = 22) dos adolescentes que já tinham iniciado a sua atividade sexual, referiam já ter tido RS desprotegidas, não se verificando diferença quanto ao grupo (7 do G1 e 15 do G2), sexo nem quanto à frequência de consultas de PF/MA. Negaram usar MC

de modo habitual 10,4% (n = 8) dos adolescentes sexualmente ativos, com predomínio do sexo masculino (n = 6), sem diferença quanto aos grupos (4 do G1 e 4 do G2). Um destes adolescentes frequentava as consultas de PF/MA.

Os principais motivos apontados para a ocorrência de RS desprotegidas foram “não ter MC consigo” (57% no G1, 73% no G2), “incômodo causado pelos MC” (71% no G1, 60% no G2) e considerar que “os MC retiram prazer” (57% no G1, 80% no G2). Os motivos apontados para a ocorrência de RS desprotegidas foram semelhantes entre os adolescentes utilizadores e não utilizadores das consultas de PF/MA em ambos os grupos, não havendo diferença entre os rapazes e raparigas (Tabela 3 e Tabela 4, respetivamente).

Quanto ao conhecimento sobre sexualidade, 55,8% (n = 220) dos adolescentes inquiridos referiu ter uma boa informação sobre este tema. Verificou-se que as raparigas (p=0,03) e os rapazes (p=0,02) que frequentavam as consultas consideravam ter melhor informação sobre sexualidade (Tabela 4).

O nível de importância atribuído às consultas de PF/MA como fonte de informação, foi semelhante entre grupos (p=0,86), contudo as raparigas de ambos os grupos tiveram uma maior pontuação nesta resposta relativamente aos rapazes (Tabela 5). Quanto aos fatores limitantes na comunicação entre os profissionais de saúde e adolescentes, “a falta de abertura por parte dos profissionais”, o “medo de sermos mal interpretados” e “medo de que o profissional de saúde conte a outra pessoa” foram os fatores mais frequentemente apontados pelos jovens, não havendo diferença entre os grupos e sexo, à exceção do fator “medo de sermos mal interpretados” que foi mais frequentemente apontado pelas raparigas do G2 (p=0,02) (Tabela 5).

Tabela 5 – Comparação da importância atribuída à existência de serviços de saúde como fonte de informação sobre sexualidade e dos fatores limitantes da comunicação com os profissionais de saúde quanto ao sexo e grupos.

	Grupo 1 n = 276			Grupo 2 n = 118		
	Sexo feminino n = 147	Sexo masculino n = 129	P**	Sexo feminino n = 63	Sexo masculino n = 55	P*
“Consideras importante a existência de locais onde possas falar com profissionais sobre as tuas dúvidas e problemas relacionados com a sexualidade?***” (mediana (média±DP))	4 (4,3±0,6)	4 (4,2±0,6)	,050	4 (4,4±0,6)	4 (4,1±0,7)	,041
“Qual consideras ser o fator limitante na comunicação entre os profissionais de saúde e os adolescentes sobre a sexualidade?***” (mediana (média±DP))						
“Falta de abertura por parte dos profissionais”	4 (3,3±1)	4 (3,5±0,8)	,067	4 (3,4±0,9)	4 (3,3±0,9)	,834
“Medo de sermos mal interpretados”	4 (3,8±0,6)	4 (3,7±0,7)	,807	4 (4±0,5)	4 (3,5±0,8)	,002
“Medo de que o profissional conte a outra pessoa”	4 (3,7±0,8)	4 (3,6±0,8)	,636	4 (3,6±0,9)	4 (3,5±0,9)	,361
“Falta de conhecimento dos profissionais para falarem livremente sobre o assunto”	4 (3,1±1,1)	4 (3,1±1,2)	,779	3 (3,1±1,2)	4 (3,3±1,0)	,179

* Teste de Mann-Whitney U; **classificados de 1 a 5

Legenda: DP – Desvio-padrão

4 DISCUSSÃO

A maioria dos adolescentes tinha conhecimento da existência de serviços de saúde como fonte de informação sobre sexualidade, atribuindo-lhes um elevado grau de importância. Destes, menos de um terço recorria a estes serviços, tendo os participantes deste estudo identificado alguns fatores limitantes na comunicação entre o profissional de saúde e o adolescente que podem explicar o menor o recurso aos cuidados de saúde para aconselhamento sobre saúde sexual.

No nosso estudo, frequentavam as consultas de PF e/ou MA 30,8% dos adolescentes. Este número é semelhante aos dados disponíveis na literatura sobre os adolescentes portugueses. Um estudo europeu que envolvia Portugal e foi realizado em 2005, revelou que 31% dos adolescentes tinham tido pelo menos uma consulta para procurar informação sobre contraceção, gravidez, aborto ou IST, sendo que a maioria procurou os cuidados de saúde no âmbito de consulta de Ginecologia e não de PF ⁽⁶⁾. Num outro estudo realizado em 2012, com 690 adolescentes portugueses do ensino secundário, 34% afirmaram ter aconselhamento sobre saúde sexual junto dos profissionais de saúde, reforçando, mais uma vez, que o aconselhamento sexual junto dos cuidados de saúde não é uma prática comum dos adolescentes portugueses ⁽³⁾. Apesar da adesão às consultas de PF/MA não ser elevada, os adolescentes da nossa amostra

reportaram altos níveis de satisfação (56%), resultado semelhante ao encontrado no estudo europeu de 2005⁽⁶⁾, em que 75% dos jovens que frequentavam os cuidados de saúde mostraram-se satisfeitos com os cuidados prestados⁽⁶⁾.

Verificamos que os adolescentes do grupo etário mais novo (G1) eram aqueles que mais frequentavam as consultas de PF/MA. Este dado está de acordo com os resultados encontrados por outro estudo português em que os mais jovens e de escolaridade mais baixa (10º ano) eram os que procuravam aconselhamento médico sobre sexualidade com maior regularidade⁽³⁾. Os participantes mais jovens (G1) também foram aqueles que mostraram maior conhecimento da existência destes recursos de saúde como fonte de informação sobre sexualidade, o que pode condicionar uma maior procura e, conseqüentemente, uma maior assiduidade nestas consultas.

Adicionalmente, observou-se que as raparigas eram aquelas que mais recorriam às consultas de PF/MA e dentro de cada um dos grupos também foram os elementos do sexo feminino que atribuíram um maior nível de importância a estas consultas, o que está de acordo com os dados descritos nos adolescentes portugueses⁽³⁾. A diminuição do recurso aos cuidados de saúde e de PF pelo sexo masculino com a idade é uma problemática conhecida. Assim, os contactos que os profissionais de saúde têm com os indivíduos do sexo masculino, mesmo que noutra contexto que não o PF, constituem oportunidades únicas para estabelecer cuidados antecipatórios relativamente à puberdade e sexualidade^(10, 11). Os rapazes tendem a ter um início mais precoce da atividade sexual, o que se pode associar a um menor uso de MC bem como uma maior probabilidade de IST e maior número de parceiros sexuais⁽⁹⁻¹¹⁾. Dada a diferença de comportamentos sexuais, o aconselhamento sexual deve ser dirigido ao género⁽¹¹⁾.

Mais de metade dos adolescentes da amostra (64,2%) sentiam-se esclarecidos quanto ao uso de MC. Este nível de esclarecimento, que parece ser independente quanto à frequência de consultas de PF/MA quando comparamos os grupos, pode ser explicado pelo uso de outras fontes de informação sobre esta temática. O estudo europeu realizado em 2005 concluiu que as principais fontes de informação dos adolescentes portugueses sobre puberdade, sexualidade e saúde reprodutiva eram os livros e os professores da escola, respetivamente⁽⁶⁾. Dados mais recentes, apontam os amigos como a principal fonte de informação sobre saúde sexual, sendo os irmãos, primos, Internet e revistas, a segunda opção no aconselhamento sobre sexualidade⁽⁴⁾. Atualmente, os adolescentes usam uma variedade de redes sociais para socializar e desenvolver a sua atividade sexual⁽¹⁰⁾. Deste modo, estes meios constituem uma nova fonte de informação, mas também uma possibilidade deles se envolverem em comportamentos de risco. Na amostra, as raparigas que frequentavam as consultas PF/MA referiam ter um maior esclarecimento sobre MC, sendo que quer as raparigas quer os rapazes frequentadores destes recursos de saúde

sentiam-se mais informados quanto à sexualidade. Estes resultados exemplificam o impacto positivo dos cuidados de saúde na educação sexual dos adolescentes, destacando-se a importância do aconselhamento médico sobre saúde sexual junto do sexo masculino nesta amostra.

Já tinham iniciado a sua atividade sexual 21,1% dos participantes, com uma mediana de idade da 1ª RS de 15 anos. Embora o número de adolescentes sexualmente ativos seja inferior ao descrito noutros estudos portugueses, a idade de início é semelhante à descrita em estudos nacionais e internacionais (média dos 14 aos 16 anos)^(2, 3). Neste estudo, a idade de início das RS nas raparigas foi semelhante à dos rapazes, o que está de acordo com alguns estudos recentes⁽²⁾ e difere de resultados anteriores, em que as raparigas iniciavam a sua atividade sexual mais tarde⁽³⁾. Por sua vez, os adolescentes mais velhos (G2) apresentaram uma idade mais tardia de início das RS. Esta antecipação do início da atividade sexual dos adolescentes, nomeadamente das raparigas, pode sugerir uma alteração no comportamento sexual dos adolescentes.

Dos que já tinham tido RS, menos de metade (41,5%) frequentava as consultas de PF/MA. Apesar desta percentagem ser superior à descrita noutros estudos portugueses^(3, 12), muitos adolescentes portugueses sexualmente ativos não procuram aconselhamento junto dos cuidados de saúde. Assim é necessário, adotar estratégias para aumentar o recurso ao aconselhamento sobre saúde sexual junto dos profissionais de saúde bem como a oportunidade que cada contacto dos adolescentes com os cuidados de saúde representa quanto à possibilidade de abordar/informar sobre saúde sexual⁽⁶⁾.

O início precoce da atividade sexual associa-se ao desconhecimento de aspetos biológicos do sexo e da reprodução assim como a um aumento da prática de sexo desprotegido na primeira RS⁽⁶⁾. Nos adolescentes utilizadores das consultas de PF/MA, o G1 apresentou idade mais tardia na primeira RS. Este resultado reforça o papel preventivo dos cuidados de saúde nos comportamentos de risco e vai ao encontro do descrito por outros autores de que estas consultas têm outros efeitos para além do fornecimento de contraceção⁽¹³⁾.

Aproximadamente um terço dos adolescentes sexualmente ativos afirmavam ter tido RS desprotegidas. Não se verificou diferença quanto à ausência de/ frequência de consultas de PF/MA e foram apontados como principais motivos “não ter informação”, “não ter MC consigo, os MC causarem incómodo e retirarem prazer” para a prática de sexo desprotegido. Estes dados podem sugerir que uma menor eficácia na transmissão da informação ao adolescente sobre saúde sexual e comportamentos sexuais de risco. Este dado, juntamente, com o facto de a

maioria dos adolescentes ter RS esporádicas e não se considerarem sexualmente ativos, pode aumentar a possibilidade da ocorrência de comportamentos sexuais de risco^(3, 14).

A par do elevado conhecimento sobre contraceção e sexualidade manifestado, 16,4% dos adolescentes sexualmente ativos referiam utilizar pelo menos um MC. Este resultado é relativo à amostra e pode incluir adolescentes que realizam MC, mas ainda não são sexualmente ativos. Os números encontrados nos estudos nacionais referem-se à utilização de MC na primeira RS e apontam para taxas entre 84 e 91%^(2, 3). De forma diferente, ao descrito na literatura em que os adolescentes mais novos são os que usam mais MC^(2, 3), neste estudo não houve diferenças quanto à idade.

Segundo a literatura, quanto mais favoráveis as atitudes em relação à contraceção e maior o conhecimento quer sobre MC quer sobre fisiologia da reprodução adquiridos durante a adolescência, maior a probabilidade do uso eficaz de MC durante a vida adulta⁽¹⁵⁾.

Neste estudo, referiram ter conhecimento da existência de serviços de saúde como possibilidade de aconselhamento sobre saúde sexual ou como local de auxílio relativamente a problemas sobre sexualidade, 70% dos adolescentes e metade considerava que este tipo de recursos é importante, o que contrasta com a percentagem daqueles que realmente frequentam as consultas. Os profissionais de saúde devem encorajar o desenvolvimento da saúde sexual junto dos adolescentes através do fornecimento de informação adequada sobre sexualidade, promovendo a comunicação responsável, estimulando a capacidade de decisão e fornecendo orientação aos jovens para explorar as suas atitudes sexuais e desenvolver atitudes positivas na sexualidade⁽⁴⁾.

Neste estudo, foram apontados diversos fatores limitantes na comunicação dos profissionais de saúde com os adolescentes, sendo os principais a “falta de abertura dos profissionais, o medo da interpretação errada por parte do profissional e receio de que este quebre a confidencialidade”. Estes aspetos condicionantes da relação do profissional com o adolescente são comuns a estudos anteriores, que mostraram que os adolescentes se mostravam menos disponíveis em discutir a sua saúde sexual quando estavam preocupados com a confidencialidade ou quando tinham a perceção de que os profissionais iriam realizar julgamentos sobre a informação obtida⁽¹⁶⁾.

Os adolescentes que se encontram preocupados quanto à quebra de confidencialidade pelos profissionais de saúde apresentam maior probabilidade de atrasar ou evitar o recurso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva e têm maior dificuldade em partilhar informação sobre estes temas com os profissionais de saúde⁽¹⁷⁾. As preferências relativamente ao estilo de comunicação variam entre os adolescentes, mas aquelas que incluem profissionais que não

emitem julgamentos e adotam um estilo simples, capaz de normalizar as questões de saúde sexual⁽¹⁶⁾ estão entre as mais bem-sucedidas. Alguns adolescentes podem considerar a entrevista sobre saúde sexual invasiva em vez de reconhecerem os seus objetivos de avaliar os riscos e ajustar o aconselhamento sobre a saúde sexual. Assim, os profissionais de saúde devem explicar o intuito desta entrevista e explicar o motivo da abordagem dos comportamentos sexuais, de modo a adaptar a sua abordagem à maturidade do adolescente⁽¹⁶⁾.

A par da importância de aproveitar a oportunidade de cada contacto dos adolescentes com os cuidados de saúde para rastrear comportamentos de risco e prestar aconselhamento sobre saúde sexual, os profissionais de saúde devem adotar estratégias de modo a obterem a colaboração do adolescente e que a comunicação entre ambos seja eficaz^(4, 16). É importante assegurar a privacidade e confidencialidade, proporcionando um ambiente sem julgamentos e sem preconceitos^(4, 11, 16, 17). Os profissionais devem ter conhecimentos sobre a área e mostrar-se preparados para abordar as questões, removendo eventuais barreiras de comunicação⁽¹⁷⁾. A informação apenas com base nos MC existentes, na prevenção de IST ou da gravidez é importante, mas revela-se insuficiente na mudança de comportamento dos jovens⁽¹¹⁾. Assim, devem ser abordadas questões como os motivos que levam os adolescentes a terem sexo, mostrando disponibilidade para esclarecer preocupações e dúvidas, bem como avaliar as preferências relativamente aos MC e prevenção de IST, barreiras a estes métodos, preocupações com efeitos secundários, avaliar potenciais dificuldades na adesão e desmitificar as crenças em torno destes temas^(11, 17). Por último, a violência no namoro na adolescência é uma preocupação crescente, sendo que os profissionais de saúde que lidam com estes adolescentes devem ter formação suficiente para os preparar para discutirem este tema, incluindo violência sexual, assim como fornecer cuidados de modo a minimizar a probabilidade de abusos futuros^(18, 19).

O estudo apresenta diversas limitações, dentro das quais, o facto de se ter utilizado uma amostra intencional, o que limita a extrapolação dos resultados para a população portuguesa. Adicionalmente, o maior número de participantes do G1 e do sexo feminino, pode condicionar os resultados obtidos assim como a sua interpretação.

5 CONCLUSÃO

No nosso estudo, os adolescentes mostraram ter conhecimento da existência de serviços de saúde para obterem informação sobre sexualidade. Destes, 30,8% referiram frequentar consultas de PF/MA, com predomínio do grupo etário mais novo e do sexo feminino, o que está de acordo com a literatura.

Aproximadamente um terço dos adolescentes sexualmente ativos, já tinha tido RS desprotegidas. Não se verificaram diferenças na prática de RS desprotegidas entre os grupos, quando comparados relativamente à frequência de consultas de PF/MA. Nos adolescentes com frequência a estas consultas, o grupo etário mais novo apresentou idade mais tardia na primeira RS e o sexo feminino registou um maior esclarecimento sobre MC. Estes resultados vão ao encontro do descrito por outros autores, de que estas consultas têm outros efeitos para além do fornecimento de contraceção.

Os fatores apontados como limitantes na comunicação com os profissionais de saúde reforçam a necessidade de se informar os adolescentes nos seus vários contextos (serviços de saúde, escola e na comunidade) sobre a garantia de confidencialidade e privacidade nas consultas. Por outro lado, por parte dos profissionais vem alertar sobre a necessidade de preparação sobre esta área bem como para a importância da adoção de uma postura empática, sem preconceitos, neutra e aberta para com todos os adolescentes atendidos.

REFERÊNCIAS

1. Miranda P, Moleiro P, Gaspar P, Luz A. [Contraception for Adolescents: Knowledge and Practices in Portugal]. *Acta Med Port.* 2019;32(7-8):505-13.
2. Miranda PSF, Aquino JMG, Monteiro R, Dixe M, Luz A, Moleiro P. Sexual behaviors: study in the youth. *Einstein (Sao Paulo).* 2018;16(3):eAO4265.
3. Ferreira MM, Torgal MC. [Life styles in adolescence: sexual behavior of Portuguese adolescents]. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(3):589-95.
4. Sieving RE, Oliphant JA, Blum RW. Adolescent sexual behavior and sexual health. *Pediatr Rev.* 2002;23(12):407-16.
5. Marcell AV, Klein JD, Fischer I, Allan MJ, Kokotailo PK. Male adolescent use of health care services: where are the boys? *J Adolesc Health.* 2002;30(1):35-43.
6. Mendes N, Palma F, Serrano F. Sexual and reproductive health of Portuguese adolescents. *Int J Adolesc Med Health.* 2014;26(1):3-12.
7. Santos C, Nogueira K. Gravidez na adolescência: falta de informação? *Adolescência e saúde.* 2009;6(1).
8. Barros T, Ramalho S, Gordo C, Frade JMG, Luz A, Moleiro P, et al. Adolescent Students' Attitudes Towards Sexuality: The Construction and Validation of a Scale. *Rev Paul Pediatr.* 2020;39:e2019372.
9. Marcell AV, Wibbelsman C, Seigel WM, Committee on A. Male adolescent sexual and reproductive health care. *Pediatrics.* 2011;128(6):e1658-76.
10. Grubb LK, Powers M, Committee On A. Emerging Issues in Male Adolescent Sexual and Reproductive Health Care. *Pediatrics.* 2020;145(5).
11. Coutinho R, Pascoal M. Aconselhamento sexual e contraceptivo aos adolescentes: a importância do gênero. *Adolescência e saúde.* 2017;14(1):112-8.
12. Domingues S, Leite J, Martins I, Sampaio J, Fonseca G, Lira S. Comportamentos de risco dos adolescentes portugueses e influência do meio ambiente. *Nascer e Crescer.* 2014;XXIII(3):124-33.
13. Bersamin M, Todd M, Remer L. Does distance matter? Access to family planning clinics and adolescent sexual behaviors. *Matern Child Health J.* 2011;15(5):652-9.
14. Silva H, Ferreira S, Águeda S, Almeida A, Lopes A, F. P. Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: desafios de uma nova realidade pediátrica. *Nascer e Crescer.* 2012;43:8-15.
15. Guzzo KB, Hayford SR. Adolescent Reproductive and Contraceptive Knowledge and Attitudes and Adult Contraceptive Behavior. *Matern Child Health J.* 2018;22(1):32-40.

16. Hoopes AJ, Benson SK, Howard HB, Morrison DM, Ko LK, Shafii T. Adolescent Perspectives on Patient-Provider Sexual Health Communication: A Qualitative Study. *J Prim Care Community Health*. 2017;8(4):332-7.
17. Santa Maria D, Guilamo-Ramos V, Jemmott LS, Derouin A, Villarruel A. Nurses on the Front Lines: Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health Across Health Care Settings. *Am J Nurs*. 2017;117(1):42-51.
18. Miller E, Decker MR, Raj A, Reed E, Marable D, Silverman JG. Intimate partner violence and health care-seeking patterns among female users of urban adolescent clinics. *Matern Child Health J*. 2010;14(6):910-7.
19. Betz CL. Teen dating violence: an unrecognized health care need. *J Pediatr Nurs*. 2007;22(6):427-9.