

## **OS AFETOS E A SEXUALIDADE NUMA AMOSTRA DE ADOLESCENTES DIABÉTICOS**

**Autores:** Pascoal Moleiro, Ester Pereira, Sofia Ferreira, Ester Gama

**Instituição:** Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Leiria Pombal, EPE

**Objetivo:** Avaliar a afetividade e sexualidade em adolescentes diabéticos.

**Material e Métodos:** Estudo transversal analítico efetuado em 2009 baseado num questionário anónimo e confidencial. Amostra: adolescentes diabéticos (AD) entre os 14-19A, >6M de doença. Duas amostras de adolescentes saudáveis (AS) e asmáticos (AA). Análise estatística: SPSSv16.0 ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** Responderam 23AD, duração média de doença 3,6A+/-2,9A, idade média 15A, 61% rapazes. Assumiram estar bem adaptados à diabetes 39%, conformados/revoltados 61%. Avaliamos: 24AA (média 15A, 50% rapazes) e 26AS (média 15,5A, 69% rapazes). A relação dos AD com os pais é democrática em 70% (AA83%, AS73%), referindo boa relação com os mesmos 91% (AA e AS96%). Todos referem outros modelos de afetividade (AD86%, AA82%, AS71%;  $p > 0,05$ ). Têm alguém especial 52%AD (AA42%, AS35%). Nenhum dos AD e apenas um AA que não namorava o atribuiu à doença. Todos os grupos revelaram preocupações com a sexualidade e a maioria valoriza o afeto na relação sexual. Cerca 30%AD tiveram relações sexuais (RS) (AA17%, AS23%), 86% usando sempre um método anticoncetivo (AA75%, AS67%). Nenhum caso referiu a doença como motivo para não ter tido RS. Preocupações relacionadas com a gravidez estiveram presente uniformemente em todos os grupos.

**Conclusão:** A diabetes não condicionou as relações de afetividade com pais e pares, nem sexualidade. Apesar da ausência de significado estatístico, verificou-se uma tendência dos que estão conformados ou revoltados com a doença apresentarem piores modelos de afetividade parental, maior vulnerabilidade relativamente aos pares e início mais precoce de RS. Não se identificaram diferenças nos comportamentos sexuais de risco.

**Palavras-chave:** adolescência, diabetes, afetividade, sexualidade

**Palabras clave:** adolescencia, diabetes, afectividad, sexualidad

**Keywords:** adolescence, diabetes, affectivity, sexuality

## INTRODUÇÃO

Na literatura abundam trabalhos sobre a sexualidade em adolescentes no geral, colocando a ênfase em aspectos relacionados como o acto sexual em si (a idade da 1ª relação sexual, a utilização de métodos contraceptivos, o n.º de parceiros sexuais, etc). Existem igualmente muitos trabalhos sobre a sexualidade em adolescentes com doença crónica (DC), sendo que estes trabalhos têm como denominador comum o enfoque nos comportamentos de risco (sexuais e outros). A tudo isto se acresce que muitas vezes os profissionais de saúde que atendem adolescentes com DC negligenciam a saúde reprodutiva, estando demonstrado que @s adolescentes com DC são sexualmente activos e interessados em saber sobre contracepção, fertilidade e transmissibilidade da sua doença.

Como evocado nesta diplomatura, o trabalho com @s adolescentes (nomeadamente com DC) deve ser integral, reunindo as várias facetas da sua vida para a sua melhor compreensão e abordagem. Desta forma e no que concerne à sexualidade, descontextualizá-la da componente afectiva não permitirá a sua real compreensão e adequada abordagem (quer a nível do indivíduo em si que ao nível d@s adolescentes vistos como um grupo). Como referido no módulo III desta diplomatura: *“La afectividad es un ámbito íntimamente relacionado con el desarrollo sexual en la adolescencia, concebido como uno de los elementos mas complejos dentro de la sexualidad, ya que no solamente se refiere a la posibilidad que tenemos como seres humanos de establecer vínculos afectivos con otras personas, sino sobretudo, porque guarda relación con la estructura afectiva individual, es decir la autoestima, autovaloración y el manejo de las emociones”*.

## OBJECTIVOS

Os autores propuseram-se a:

- objectivo principal: avaliar a afectividade e sexualidade dos adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 (DM1) atendidos na sua actividade clínica;
- objectivo específico: avaliar se a DM1 em si mesma condiciona a afectividade e a sexualidade destes adolescentes.

## POPULAÇÃO

O grupo alvo deste trabalho foram @s adolescentes diabéticos tipo 1 (AD) entre os 14 e os 19 anos de idade com pelo menos seis meses de doença, seguidos na Consulta de Diabetes do Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Leiria-Pombal (CHLP).

## MATERIAL E MÉTODOS

Procedeu-se a um estudo transversal analítico, durante o ano 2009, após a autorização pelo Director do Serviço de Pediatria do CHLP para a sua aplicação. Foi baseado num questionário anónimo e confidencial elaborado pelos autores e previamente testado.

De forma a avaliar o efeito da DM1 na afectividade e na sexualidade dos adolescentes participantes, durante o período de estudo, foram constituídas duas amostras de conveniência emparelhadas por idade (“grupos-controlo”): de adolescentes com asma (AA) seguidos na Consulta de Pneumologia do mesmo serviço e de adolescentes saudáveis (AS) abordados em contexto de rua. Os questionários, contendo questões similares, foram adaptados à condição de AA ou de AS e previamente testados. Foram excluídos os adolescentes com outra doença ou incapacidade crónica.

As variáveis analisadas foram: demográficas, relações familiares e com os pares, história sexual, comportamentos de risco, preocupações relacionadas com os afectos, sexualidade e gravidez.

Foi pedido o consentimento dos participantes e/ou dos seus pais/representantes legais. O tratamento estatístico foi realizado em SPSS v16.0, com comparação de variáveis categóricas usando o teste Qui-quadrado e o teste exacto de Fisher, para um nível de significância 0,05.

## **AVALIAÇÃO**

### **Caracterização do grupo estudado e dos “grupos-controlo”**

Participaram no estudo 23AD, com uma duração média da doença de 3,6A+/-2,9A, uma média de idade de 15A+/-1,5A, 61% rapazes. Consideraram estar bem adaptados à DM1 39% e conformados/revoltados com a doença 61%. Referiram ter a doença bem controlada 48%.

Nos dois “grupos-controlo”:

- avaliaram-se 24AA com uma média 15A+/-0,9A e 50% rapazes, bem adaptados à asma 58% (42% conformados, nenhum revoltado) e 75% com a doença bem controlada;
- 26AS com uma idade média 15,5A+/-1,4A e 69% rapazes.
- Não houve diferença estatisticamente significativa ( $p>0,05$ ) na adaptação à doença entre AD e AA.

### **Família e Afectos**

A relação dos AD com os pais foi descrita como democrática em 53% (AA 78%, AS 68%;  $p>0,05$ ) tendo sido referido uma boa relação com os mesmos em 91% (AA e AS 96%;  $p>0,05$ ). Consideraram que “os pais têm boa relação entre si” 65% (AA 63%, AS 92%;  $p>0,05$ ). Dos AD, 22% (todos “conformados/revoltados”) tinham os pais como pior modelo de afectividade.

Tinham outros modelos de afectividade 86% AD (AA 82%, AS 71%;  $p>0,05$ ), em particular os amigos.

### **Os Pares e as Amizades**

Referiram que a doença os tornava “mais fracos” em relação aos pares 48% AD (42% AA). Ao discriminar este item pela categoria de adaptação à doença, encontramos 82% AD “conformados/revoltados” que se achavam “mais fracos” (70% AA “conformados”).

Existia melhor amig@ em 96% AD (88% AA, 77% AS). Referiram “dificuldade em partilhar a doença” 17% AD e “prejudicar a doença para estarem com amigos” 22%AD (29% AA).

### **Afectos e Sexualidade**

Afirmaram ter preocupações com a sexualidade (ex. diminuição do desejo sexual, dificuldades na penetração, no orgasmo...) 39% AD (AA 33%, AS 35%;  $p>0,05$ ), com 83% a valorizar o afecto na relação sexual (AA 87%, AS 92%;  $p>0,05$ ). Valorizaram igualmente o afecto com @ parceir@ como forma de ultrapassar as preocupações em relação à sexualidade 74% AD (AA 75%, AS 73%;  $p>0,05$ )

As preocupações relacionadas com a gravidez estiveram presentes em 48% AD (AA 30%, AS 46%): risco de transmitir doença ao filho 64% (AA 86%, AS 50%), risco de complicações na gravidez/parto 45% (AA 43% e AS 67%) e infertilidade 27% (AA 43% e AS 67%).

Tinham “namorado/a” ou “alguém especial com envolvimento afectivo” 52%AD (AA 42%, AS 35%;  $p>0,05$ ). Nenhum dos AD que não namorava o atribuiu à doença (apenas um AA o referiu).

Tiveram relações sexuais (RS) sete AD (30%) (AA 17%, AS 23%;  $p>0,05$ ), seis (86%) dos quais usando sempre um método contraceptivo (AA 75%, AS 67%;  $p>0,05$ ). Dos AD com início da sua actividade sexual, 6 pertenciam ao grupo dos “conformados/revoltados” (43% AD “conformados/revoltados” vs 20% AA “conformados”). A discriminação por categoria de adaptação à doença na importância do afecto na RS e o afecto como forma de ultrapassar as preocupações na RS, não apresentou diferenças estatisticamente significativas.

Dos AD que não tiveram RS, os principais motivos para não terem tido foram: “ser muito nov@” 69% (AA 63%, AS 58%), “ainda não estar preparado” 62% (AA 37%, AS 68%) e “medo de IST (infecção sexualmente transmissível)” 25%, (AA 16%, AS 11%,  $p>0,05$ ), não tendo sido referido em nenhum caso por causa da doença.

### **CONCLUSÕES**

No seu conjunto, os AD avaliados, comparativamente aos seus pares asmáticos (AA) e saudáveis (AS), apresentaram relações de afecto para com os seus pais e pares sobreponíveis e com percentagens que podem ser consideradas como muito satisfatórias (acima dos 90%). Em percentagens próximas (86%), afirmaram ter outros modelos de afectividade para além dos pais, sobretudo entre os amigos (aspecto que vai de encontro à valorização dos pares nesta faixa etária). Ao nível da sexualidade e das preocupações relacionadas (ao acto sexual em si e à gravidez) revelaram valorizar os afectos na sexualidade, nomeadamente no ultrapassar de dificuldades e preocupações decorrentes do exercício da mesma. (e novamente de forma semelhante aos AA e AS). Embora sem significado estatístico, a existência de uma “pessoa especial” ocorreu em cerca de metade dos AD, valor acima dos AA e AS, o iniciar das RS foi mais frequente (30%) assim como a utilização de preservativo em todas as RS (83%). O não ter iniciado RS nunca foi atribuído à doença e com “justificações” sobreponíveis aos AA e AS.

Desta forma e neste estudo, a DM1 não condicionou as relações de afectividade dos adolescentes com os seus pais e pares, nem a sua sexualidade. No entanto e apesar da ausência de significado estatístico, o tipo de adaptação à doença (“bem adaptados” vs “conformados/revoltados”) pareceu exercer efeito nestes relacionamentos. Houve uma tendência dos AD que estão conformados ou revoltados com a doença apresentarem piores modelos de afectividade parental (22%), maior vulnerabilidade em relação aos pares (a doença torna-os “mais fracos”, têm dificuldade em partilhar a doença, prejudicam a doença para estar com os amigos) e um início mais frequente de relações de intimidade, nomeadamente de actividade sexual. Embora com pior adaptação à doença, estes mesmos AD valorizaram de igual modo a afectividade nas RS e não se identificaram diferenças nos comportamentos sexuais de risco (o uso de preservativo até foi mais frequente). À sua semelhança, os AA conformados tiveram percentagens superiores aos bem adaptados nestes itens.

As conclusões retiradas deste estudo estão limitadas ao tamanho da amostra. Não tendo sido objectivo deste trabalho, teria sido importante avaliar se existiam diferenças por géneros. Os resultados encontrados foram, no entanto, de encontro aos de outros estudos que demonstraram que:

- no processo de adolecer com doença crónica (DC), as tarefas no geral destes adolescentes são iguais à dos seus pares saudáveis mas acrescido de maior stress biopsicossocial (quer para os próprios quer para as famílias);
- os adolescentes com DC (e suas famílias) devem ser “vistos” para além das especificidades da sua doença porque têm as mesmas tarefas e partilham as mesmas dificuldades/stress (são as designadas comunalidades das DC).
- A relação de apoio com pelo menos um dos pais, coesão familiar, regras paternas adequadas são um factor protector;
- a DC pode condicionar isolamento para com os pares.

Este estudo permitiu melhorar o atendimento dos profissionais de saúde para com os AD e suas famílias. A exploração do tema com este questionário abriu a possibilidade da sua abordagem nas consultas e a incluí-lo nos temas abordados nas consultas realizadas, para além das especificidades inerentes à doença.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. *Acta Pædiatrica* 2010; 99: 1237-41
2. *Arch Dis Child* 2004;89:938-942
3. *Arch Dis Child* 2004;89:943-949
4. *Australian Family Physician* Vol. 36, No. 8, August 2007
5. *Chronic Conditions*. In: [www.euteach.com](http://www.euteach.com)
6. *Eur J Public Health* 2005;155(5):484-8
7. *J Adolesc Health* 1996; 19: 124-31
8. *J Adolesc Health* 1997; 20: 38-45
9. *J Adolesc Health* 1997; 20: 62-67
10. *J Adolesc Health* 2007; 40: 36-43

11. *Lancet* 2007;369:1481-89
12. *Pediatrics* 1998;102:137-40.
13. *Pediatrics* 2008; 122:e1113
14. *Pediatric Annals* 2006; 35:3.
15. *Paediatr Child Health* Vol 11 nº1 January 2006
16. *West J Med* 2001;175:293-295