

Fatores associados ao início da vida sexual ativa de escolares em uma cidade do sul do Brasil

Denise Rangel Ganzo de Castro Aerts
Giani Terezinha da Costa Scarin Ottoni
Gehysa Guimarães Alves
Lílian dos Santos Palazzo
Ana Maria Pujol Vieira dos Santos

Resumo: Estudo transversal com objetivo de investigar a prevalência do início da vida sexual (IVS) e fatores associados em escolares da 7ª série da rede municipal de ensino. A amostra representativa de 1170 escolares foi analisada com regressão de Cox multivariada. A prevalência de IVS foi de 20,3%, sendo maior entre meninos (RP: 2,4 IC95%:1,86-3,06); cor de pele não branca (RP: 1,3 IC95%:1,05-1,64); uso na vida de álcool (RP: 2,3 IC95%: 1,68-3,24), tabaco (RP: 2,1 IC95%:1,62-2,61) e drogas ilícitas (RP: 1,6 IC95%:1,11-2,29); sentimento de discriminação (RP: 1,4 IC95%:1,01-1,96) e ideação suicida (RP: 1,3 IC95%:1,03-1,67); pais não sabem o que os jovens fazem no tempo livre (RP: 1,6 IC95%:1,28-2,08) e jovens que faltam a aula sem conhecimentos dos pais (RP: 1,6 IC95%:1,32-2,07). O sobrepeso/obesidade (RP: 0,7 IC95%:0,47-0,94) teve comportamento protetor para o início da vida sexual. O IVS precoce esteve associado com estilo de vida pouco saudável e má qualidade da relação dos jovens com seus pais.

Palavras-chave: Adolescente; escolar; comportamento sexual.

Associated Factors in the initiation of sexual activity of students in a city in southern Brazil

Abstract: Cross-sectional study in order to investigate the prevalence of sexual debut (PSD) and associated factors in students from 7th grade of municipal schools. A representative sample of 1170 students was analyzed with multivariate Cox regression. The prevalence of PSD was 20.3%, which is higher among boys (PR: 2.4 CI95%: 1.86 - 3.06); non-white skin color (PR: 1.3 CI95%: 1.05 - 1.64); use of alcohol (RP: 2.3 CI95%: 1.68 - 3.24), tobacco (RP: 2.1 CI95%: 1.62 - 2.61) and illicit drugs (PR: 1.6 CI95%: 1.11 - 2.29); feelings of discrimination (RP: 1.4 CI95%: 1.01 - 1.96) and suicidal ideation (PR: 1.3 95% CI: 1.03 to 1.67); parents do not know what the adolescent does in free time (RP: 1.6 CI95%: 1.28 to 2.08) and adolescents who miss class without parental knowledge (RP: 1.6 95% CI: 1.32 - 2.07). Overweight/obesity (RP: 0.7 CI95%: 0.47 - 0.94) had a protective behavior to sexual debut. Early PSD was associated with unhealthy lifestyle and poor quality of the relationship of young people with their parents.

Keywords: Adolescent; scholar, sexual behavior.

Introdução

Na transição da infância para a adolescência, ocorrem importantes mudanças na vida do sujeito, como o aparecimento dos caracteres sexuais secundários, elaboração da identidade pessoal e sexual, e exercício da sexualidade, intimidade e afetividade (Carlini, Gazal, & Gouveia, 2000). Neste período, vários fatores podem influenciar de modo adverso a saúde dos jovens, podendo contribuir para gravidez precoce, doenças

sexualmente transmissíveis – DSTs, uso de drogas e evasão escolar, que acabam comprometendo seu processo natural de crescimento e de desenvolvimento (Albino, Vitale, Schussel, & Batista, 2005).

Tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, observa-se uma tendência da ocorrência, cada vez mais precoce, da menarca, expondo as jovens ao risco de gravidez. Aos 14 anos, aproximadamente, 90% das meninas já apresentaram a menarca (Roman *et al.*, 2009). Paralelo a isso, verifica-se que o início da vida sexual também é precoce, sendo que a média para o sexo masculino é de 14 anos e 15 anos para o feminino (Hugo *et al.*, 2011). Grande parte desses jovens não utiliza proteção adequada, expondo-se à gravidez e às doenças sexualmente transmissíveis – DSTs (Gonçalves *et al.*, 2015; Teixeira, Knauth, Fachel, & Leal, 2006).

Nas últimas décadas, em todo o mundo, em decorrência do aumento de gestação na adolescência, essa passou a ser considerada como importante problema de saúde pública (Lawlor & Shaw, 2004). Diante desta realidade, e para que ocorra uma iniciação sexual segura, é fundamental que os adolescentes tenham acesso a métodos contraceptivos e a informações referentes aos riscos advindos de relações sexuais desprotegidas. Assim, poderão vivenciar o sexo de maneira saudável, além de assegurar a prevenção da gravidez indesejada e das DSTs/AIDS. No entanto, estudos têm mostrado que o conhecimento sobre prevenção existe, mas o uso irregular e inadequado dos métodos de proteção, torna-o ineficaz (Castro, Abramovay, & Silva, 2004; Pinho *et al.*, 2002; Teixeira *et al.*, 2006).

Entre os fatores que estão associados ao início precoce da vida sexual, pode-se citar a baixa inserção socioeconômica, a cor da pele não branca, o frágil vínculo familiar e escolar e o uso de drogas lícitas e ilícitas (Gonçalves *et al.*, 2008; Heilborn, Aquinino, Bozon, & Knauth, 2006; Madkour, Farhat, Halpern, Godeau & Gabhainn, 2010; Sasaki, Leles, Malta, Sardinha, & Freire, 2015). Assim, a fim de contribuir para um maior conhecimento sobre o problema e subsidiar a elaboração de ações preventivas no âmbito escolar, o presente estudo teve como objetivo investigar a prevalência de início da vida sexual e sua associação com fatores demográficos, familiares, psicossociais e estilo de vida em escolares de sétima série da rede municipal de ensino em uma cidade da região metropolitana do Sul do Brasil.

Método

O delineamento utilizado foi o estudo transversal, tendo como população alvo os 2.282 alunos matriculados na sétima série da rede pública municipal do ensino fundamental de Gravataí, em 2005, atualmente denominada de oitavo ano. Para o cálculo do tamanho da amostra, foram utilizados como parâmetros: prevalência de 50% para início da vida sexual, erro máximo aceito de +3,0% e nível de significância de 0,05, totalizando 728 sujeitos. Com o objetivo de minimizar o efeito da amostragem por conglomerado, uma vez que se considerou a turma sorteada como um cluster, foi utilizado um efeito de delineamento de 1,5. Para compensar possíveis perdas, ampliou-se a amostra em 20%, chegando-se a 1.312 escolares. Como esse número representava, aproximadamente, a metade dos alunos da 7ª série, optou-se por sortear um número

de turmas que correspondesse à metade mais uma de todas as turmas de cada uma das 15 regiões administrativas do município, sendo selecionados 1.366 alunos. Em função das perdas ocorridas (14,3%), a amostra final foi composta por 1.170 estudantes, tendo poder de 80% para detectar significância estatística em razões de prevalências com magnitude igual ou superior a 1,5.

Os dados foram coletados, em 2005, por acadêmicos e mestrands da área da saúde, previamente capacitados, com auxílio de instrumentos, autoaplicáveis, respondidos em sala de aula, e a avaliação antropométrica. O primeiro questionário continha perguntas do instrumento elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o *Global School-based Student Health Survey*, desenvolvido para avaliar a saúde de escolares. Desse instrumento, foram retirados os possíveis fatores associados ao início da vida sexual do escolar (OMS, 2005).

O segundo questionário forneceu dados referentes à inserção econômica, baseada na proposta da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas-ABEP, classificando as famílias nas classes A, B, C D e E (<http://www.abep.org/>). Em função do pequeno número de adolescentes nas categorias extremas, estas foram agrupadas em A/B, C e D/E.

O terceiro instrumento, o *Body Shape Questionnaire* (BSQ), foi validado por Conti, Cordás e Latorre (2009) para adolescentes brasileiros, sendo utilizado para avaliar a preocupação com a imagem corporal. BSQ recebe uma pontuação que é classificada em quatro grupos: (1) não preocupados com a imagem corporal (<81 pontos); (2) levemente preocupados (81 a 110 pontos); (3) moderadamente preocupados (111 a 140 pontos); e (4) extremamente preocupados (>141 pontos) (Cooper, Taylor, Cooper, & Fairbum, 1987). Para o presente estudo, essas categorias foram reagrupadas em: não preocupados (< 81 pontos) e preocupados com a imagem corporal (> 81 pontos).

A maturidade sexual foi autoavaliada utilizando a ficha de Tanner (Tanner, 1962), possibilitando a identificação de cinco estágios que foram reagrupados em fase inicial (estágios um e dois), fase de aceleração (estágio três) e fase de desaceleração (estágios quatro e cinco). A ficha de avaliação antropométrica também continha dados referentes à cor da pele autorreferida. Os adolescentes foram pesados com balanças digitais Seca, da UNICEF. A altura foi medida com auxílio de estadiômetro de metal, com precisão em milímetros. Todas as técnicas foram recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995). Para a avaliação do estado nutricional, foi calculado o índice de massa corporal (IMC) e avaliado com as curvas do NCHS, segundo sexo e idade em meses (Brasil, 2008). Os jovens foram categorizados em três grupos: baixo peso (<percentil 15), eutróficos (entre percentil 15 e 85) e sobrepeso/obesidade (>percentil 85).

Para as análises uni e multivariadas, foi utilizada a regressão de Cox modificada para estudos transversais, a fim de verificar a associação do início da vida sexual e fatores demográficos, familiares, psicossociais e estilo de vida. A análise multivariada foi realizada segundo um modelo hierarquizado, composto por quatro etapas. Na primeira etapa, foram introduzidas as variáveis: sexo, cor da pele autorreferida e inserção econômica. Na segunda etapa, introduziram-se o estado nutricional, a

percepção da imagem corporal, o recebimento de orientação sobre gestação e DSTs/ AIDS na escola, sentimento de serem entendidos pelos pais e se os mesmos sabiam o que os jovens faziam em seu tempo livre. Na terceira etapa, ingressaram no modelo as variáveis: o uso na vida de álcool, tabaco e drogas, e, na última etapa, os fatores: sentimento de discriminação, ideação suicida e falta às aulas sem conhecimento dos pais.

Participaram da etapa seguinte à introdução no modelo, aquelas variáveis que apresentaram associação com o desfecho com nível de significância $<0,10$. Uma vez incluídas, permaneceram até a última etapa da regressão. Para o modelo final, consideram-se somente as que apresentaram nível de significância $<0,05$ na etapa em que foram incluídas inicialmente.

Como etapas anteriores à coleta dos dados foram realizadas reuniões com o corpo diretivo das escolas para esclarecimentos sobre o estudo e com os pais ou responsáveis pelos alunos, para a obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo é parte integrante de um projeto maior denominado “A saúde do Escolar da Rede Pública Municipal de Gravataí/RS”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil (n. 2004-375H).

Resultados

Características dos adolescentes

A prevalência de início de vida sexual foi de 20,3%, sendo que 6,8% haviam mantido relações nos últimos 12 meses e a grande maioria utilizou camisinha (82,3%) e algum método contraceptivo (85,7%) na última relação sexual (tabela 1). As idades dos escolares da amostra variaram de 12 a 18 anos, com média de 14 anos (DP: + 1,13 anos). Essa foi de 13,9% (DP: + 1,63 anos) para início de vida sexual. Entre as meninas, foi de 13,4 anos e, entre os meninos, de 12,6 anos (DP: + 1,14 anos), sendo essa diferença estatisticamente significativa.

Tabela 1 – Distribuição dos escolares de sétima série da rede municipal segundo aspectos da vida sexual, Gravataí, RS, 2005.

	n	%
Relações sexuais no último ano		
Sim	80	33,6
Não	158	66,4
Utilizou método para evitar gravidez		
Sim	204	85,7
Não	23	9,7
Ignorado	11	4,6
Usou camisinha última relação		
Sim	196	82,3
Não	34	14,3
Ignorado	8	3,4
Total	238	100,0

Em relação às características dos escolares, 52,5% eram do sexo feminino, 47,4% não se consideraram brancos e a classe econômica predominante das famílias foi a C (58,8%). A maioria encontrava-se eutrófica, sendo o excesso de peso mais prevalente do que o baixo peso. A avaliação da imagem corporal mostrou que 23,6% estavam insatisfeitos e mais de 80% dos jovens sentiram-se orientados pela escola sobre gestação e HIV/DSTs. Porém, quase metade raramente ou nunca se sentia entendida por seus pais, cerca de 74% dos escolares referiram que esses sabiam o que eles faziam em seu tempo livre e 20% informaram que faltavam à escola sem o conhecimento da família.

No que diz respeito aos hábitos de vida, mais da metade dos adolescentes referiu já ter usado álcool, sendo menos frequente a experiência com cigarro e bastante incomum o uso de drogas ilícitas, sendo que apenas 27 informaram haver experimentado. O sentimento de discriminação foi referido por 21,0% dos jovens e a ideação suicida por 10,9%.

Fatores associados ao início da vida sexual

Na primeira etapa da regressão multivariada, foram incluídas no modelo três variáveis, sendo que duas demonstraram associação significativa (Tabela 2). O sexo masculino apresentou uma prevalência quase 2,4 vezes maior de início da vida sexual do que o sexo feminino e os escolares não brancos tiveram uma frequência 31% maior do desfecho do que os brancos.

Na segunda etapa, das seis novas variáveis inseridas no modelo de regressão, apenas duas mostraram associação estatisticamente significativa (Tabela 2). O excesso de peso (sobrepeso/obesidade) apresentou um comportamento de fator protetor para o início da vida sexual, sendo que esses jovens apresentaram uma prevalência 33% menor de IVS do que os eutróficos. O fato de os pais raramente saberem ou não saberem o que os escolares faziam no seu tempo livre contribuiu para um aumento do desfecho em 63%.

Tabela 2 – Resultados da primeira e segunda etapa da regressão de Cox para início da vida sexual, Gravataí, RS, 2005.

Variáveis	IVS		Análise bivariada				Análise multivariada		
	N	n	%	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
Etapa I									
Sexo									
Feminino	614	75	12,2	1,00	-	-	1,00	-	-
Masculino	556	163	29,3	2,40	1,87 - 3,08	0,000	2,39	1,86-3,06	0,000
Cor da pele									
Branco	615	107	17,4	1,00	-	-	1,00	-	-
Não Branco	555	131	23,6	1,36	1,08 - 1,70	0,009	1,31	1,05 - 1,64	0,018
Inserção econômica									
A+B	256	57	22,3	1,00	-	-	1,00	-	-
C	688	130	18,9	0,85	0,64 - 1,12	0,245	0,87	0,66 - 1,14	0,306
D+E	226	51	22,6	1,01	0,73 - 1,41	0,937	1,06	0,77 - 1,47	0,720
Etapa II									
Estado Nutricional									
Eutrófico	773	171	22,1	1,00	-	-	1,00	-	-
Risco + Desnutrição	157	30	19,1	0,86	0,61 - 1,22	0,410	0,81	0,57 - 1,13	0,212
Sobrepeso + obesidade	240	37	15,4	0,70	0,50 - 0,96	0,029	0,67	0,47 - 0,94	0,023
Percepção da Imagem Corporal									
Satisfeito	890	193	21,7	1,00	-	-	1,00	-	-
Leve insatisfação	169	25	14,8	0,68	0,46 - 1,00	0,050	1,09	0,72 - 1,65	0,688
Moderada + grave insatisfação	106	20	18,9	0,87	0,57 - 1,32	0,510	1,44	0,89 - 2,32	0,134
Orientação gestação									
Sim	963	193	20,0	1,00	-	-	1,00	-	-
Não	128	33	25,8	1,29	0,93 - 1,77	0,123	1,19	0,83 - 1,69	0,336
Não souberam opinar	79	12	15,2	0,76	0,44 - 1,29	0,311	0,86	0,51 - 1,43	0,560
Orientação HIV/AIDS									
Sim	994	206	20,7	1,00	-	-	1,00	-	-
Não	95	20	21,0	1,01	0,67 - 1,53	0,940	0,74	0,46 - 1,18	0,210
Não souberam opinar	81	12	14,8	0,71	0,42 - 1,22	0,220	0,81	0,47 - 1,37	0,430
Entendimento pelos pais									
Sempre + quase sempre	601	103	17,1	1,00	-	-	1,00	-	-
Raramente + nunca	569	135	23,7	1,38	1,10 - 1,74	0,005	1,12	0,88 - 1,43	0,342
Pais sabiam tempo livre									
Sempre +quase sempre	863	142	16,4	1,00	-	-	1,00	-	-
Nunca + raramente + às vezes	307	96	31,3	1,90	1,52 - 2,38	0,000	1,63	1,28 - 2,08	0,000

Na terceira etapa, além das variáveis previamente selecionadas, foram incluídas outras três (Tabela 3). Embora parte da magnitude da associação apresentada na análise univariada tenha sido perdida na multivariada, constatou-se que tanto o uso na vida de álcool, quanto de tabaco e drogas ilícitas são fatores associados ao início da vida sexual. Os adolescentes que já haviam experimentado álcool ou tabaco apresentaram mais que

o dobro de prevalência do desfecho que seus pares de referência e, nos que haviam experimentado drogas ilícitas, encontrou-se um aumento de 59%.

Tabela 3 – Resultados da segunda e terceira etapa regressão de Cox para início da vida sexual, Gravataí, RS, 2005.

	IVS		Análise bivariada			Análise multivariada			
	N	%	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p	
Etapa III									
Uso na vida de álcool									
Sim	710	197	27,7	3,11	2,27 – 4,27	0,000	2,33	1,68 – 3,24	0,000
Não	460	41	8,9	1,00	-	-	1,00	-	-
Uso na vida de tabaco									
Sim	195	87	44,6	2,88	2,32 – 3,57	0,000	2,06	1,62 – 2,61	0,000
Não	975	151	15,5	1,00	-	-	1,00	-	-
Uso na vida de drogas ilícitas									
Sim	27	18	66,7	3,46	2,59 – 4,64	0,000	1,59	1,11 – 2,29	0,012
Não	1.143	220	19,2	1,00	-	-	1,00	-	-
Etapa IV									
Sentimento de Discriminação									
Sim	246	64	26,0	1,38	1,08 – 1,77	0,011	1,40	1,01 – 1,96	0,045
Não	924	174	18,8	1,00	-	-	1,00	-	-
Ideação suicida									
Sim	127	30	23,6	1,19	1,08 – 1,89	0,000	1,31	1,03 – 1,67	0,028
Não	1.043	208	19,9	1,00	-	-	1,00	-	-
Falta às aulas									
Sim	236	93	39,4	2,54	2,04 – 3,16	0,000	1,65	1,32 – 2,07	0,000
Não	934	145	15,5	1,00	-	-	1,00	-	-

Na última etapa, as três variáveis incluídas se associaram ao desfecho. Em relação ao sentimento de discriminação e à ideação suicida, os jovens que apresentaram esses fatores tiveram respectivamente 40% e 31% mais início de vida sexual. Para os que faltaram às aulas sem conhecimento dos pais, o desfecho foi 65% mais frequente do que entre aqueles que nunca faltaram.

Discussão

A idade do início da vida sexual dos escolares de Gravataí foi semelhante à encontrada em alguns estudos nacionais (Carvalho, Farias, & Guerra-Junior, 2007; Gonçalves *et al.*, 2008; Hugo *et al.*, 2011; Souza, Fernandes, & Barroso, 2006). Em Maringá (PR), estudo mostrou que 37,5% das meninas e 44,4% dos meninos, entre 12 e 14 anos, já haviam iniciado sexualmente e 10%, entre 10 e 14 anos (Düsmann *et al.*, 2008). Em pesquisa realizada com adolescentes de Santa Catarina (Camargo, Giacomozzi, Wachelke, & Aguiar, 2010) e de São Paulo (Bergamin & Borges, 2009; Paiva, Calazans, Venturi, & Dias, 2008), a média foi de 14 anos e nove meses. O sexo masculino iniciou a

vida sexual mais cedo (Hugo *et al.*, 2011), confirmando o que foi encontrado no presente estudo, em que os meninos iniciaram mais precocemente do que as meninas.

Além do sexo, outro fator que influência no início da vida sexual é a cor da pele. Pesquisa realizada sobre a população brasileira revelou que os afrodescendentes iniciam mais precocemente a vida sexual. Entre os adolescentes, 53% dos negros revelaram que já haviam se iniciado sexualmente antes dos 14 anos, sendo que, entre os adolescentes brancos, foi de apenas 25,7% (<http://www.saúde.gov.br>). Em outro estudo, realizado na periferia das cidades de Florianópolis, Itajaí e Balneário Camboriú (SC), também os afrodescendentes haviam se iniciado sexualmente mais cedo (14 anos e seis meses comparado com 14 anos e 11 meses em branco) e possuíam mais relações amorosas esporádicas, enquanto os brancos mantinham mais relações sexuais (Camargo *et al.*, 2010). Em Pelotas (RS), os jovens de cor negra ou parda iniciaram mais precocemente sua vida sexual dos que os demais (Gonçalves *et al.*, 2008), semelhante ao encontrado em Gravataí.

Repercussões psíquicas e orgânicas foram verificadas em decorrência da obesidade na infância e na adolescência. Em Gravataí, o sobrepeso/obesidade esteve associado ao retardo da iniciação sexual, apresentando um comportamento de proteção, em semelhança ao encontrado por Escrivão, Oliveira, Tadder e Ancora (2000). Por outro lado, a percepção da imagem corporal não se associou com o desfecho. Pesquisa na França, com mais de 12 mil pessoas, para investigar o impacto do peso extra na atividade sexual mostrou que mulheres obesas têm 30% menos chance de ter parceiro sexual, utilizam menos métodos anticoncepcionais e apresentam risco quatro vezes maior de gravidez indesejável. Outro dado, não menos importante, é o fato de que os homens obesos têm suas relações sexuais sem proteção, e taxa de DSTs cinco vezes maior, embora tenham relatado menos parceiros quando comparados com os de peso normal (Bajos, Wellings, Laborde, & Moureau, 2010). Algumas possíveis causas são baixa alta estima e falta de cuidado com a prevenção da gravidez e das DSTs. Isso ocorre, possivelmente, em função da dificuldade de negociar o uso de métodos protetivos com o parceiro por medo da rejeição. Adolescentes obesos são sexualmente inseguros, realizando substituição dos conflitos pelo alimento (ABESO, 2010).

Em relação às orientações sobre gravidez e doenças sexualmente transmissíveis recebidas na escola, observa-se neste estudo, que a maioria dos entrevistados informou ter recebido alguma instrução. A escola, juntamente com a televisão, foram as principais fontes de informações para sobre a temática HIV/AIDS, mostrando a importância do ambiente escolar para a abordagem de questões que envolvem sexualidade. Esse espaço é considerado como o melhor ambiente para as ações de educação sexual com os adolescentes, visto que passam ali muito tempo, além de se sentirem mais confortáveis para discutir os assuntos relacionados à sexualidade, pois estão no grupo de iguais com o qual possuem maior afinidade (Chaves, Bezerra, Pereira, & Wagner, 2014). A educação sexual é uma excelente estratégia para a prevenção de problemas relacionados ao desenvolvimento dos jovens, embora as escolas apresentem dificuldades, pois os docentes não são capacitados para discutir esses temas (Costa, Lopes, Souza, & Patel, 2001). A sexualidade deve ser abordada por professores de qualquer disciplina, constituindo-se em um tema transversal que extrapola as fronteiras disciplinares (Altmann, 2001).

A orientação sobre sexualidade é importante, pois quanto mais tarde ocorrer a iniciação sexual, maiores são as chances dos jovens, de ambos os sexos, usarem preservativos (Carvalho *et al.*, 2007; Paiva *et al.*, 2008). O não uso de métodos de proteção, muitas vezes, ocorre por dificuldade em negociar com maior eficácia seu uso com o parceiro (Heilborn *et al.*, 2006; Chalem *et al.*, 2007). A orientação sexual instituída precocemente tem o potencial de minimizar as intercorrências que podem comprometer a saúde sexual e reprodutiva do adolescente (Souza *et al.*, 2006). Mesmo em tempos de AIDS e de um discurso social de incentivo ao exercício sexual, os jovens ainda estão vulneráveis e iniciam a vida sexual expondo-se a riscos, pois, embora tenham as informações necessárias para se protegerem, não incorporaram os usos e os costumes sexuais considerados seguros (Cedaro, Vilas Boas, & Martins, 2012). Apesar da reconhecida importância das orientações sobre sexualidade e métodos anticoncepcionais, neste estudo não houve associação entre o início da vida sexual e as orientações recebidas na escola sobre gestação e HIV.

O uso de preservativo na última relação sexual nos escolares de Gravataí foi superior ao encontrado entre os adolescentes escolares da Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (IBGE, 2011), mas ainda longe do ideal, que seria a manutenção da medida protetiva sempre. Em estudo multicêntrico, realizado nas cidades de Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador, o uso do preservativo na primeira relação foi de 80,7% entre as moças e 88,6% entre os rapazes. Porém, quando avaliada a última relação, esses números caíram para 38,8% e 56%, respectivamente (Teixeira *et al.*, 2006). Além disso, em escolares na Espanha, a idade de iniciação sexual teve implicações na saúde sexual dos jovens. O uso do preservativo foi reduzido consideravelmente na medida em que a idade do início sexual diminuiu. Quando esse início é anterior aos 15 anos, há maior risco de contrair um DST pela falta do uso do preservativo (Espada, Morales, & Orgilés, 2014). Em Portugal, a maioria dos adolescentes escolares (89,1%) usou algum método contraceptivo na primeira relação sexual e os participantes que se iniciaram aos 13 anos foram os que mais referiram não ter utilizado contraceptivos (Ferreira & Torgal, 2011). Em escolares de Canoas (RS), 49,4% dos jovens referiram ter mantido relações sexuais sem preservativo poucas vezes ou apenas em uma ocasião isolada nos últimos anos. A prevalência de exposição ao risco de DST-HIV/AIDS, encontrada neste estudo, pode ser considerada elevada (Chinazzo, Câmara, & Frantz, 2014). Os jovens não costumam usar preservativos, o que prejudica a saúde dos adolescentes, criando hábitos que poderão se estender pela vida adulta (Coutinho, Santos, Folmer, & Puntel, 2013). No entanto, as meninas têm uma atitude mais favorável ao uso do preservativo que os meninos (Camargo *et al.*, 2010).

A escolaridade parece ser um dos determinantes na iniciação sexual, pois mulheres que interrompem seus estudos, sem completar o ensino fundamental, tiveram iniciação sexual, em média, dois anos antes das que prosseguiram os estudos ou começaram cursos superiores (Berquó & Barbosa, 2008). A baixa escolaridade também vem sendo apontada como fator de risco para a iniciação sexual precoce (Gonçalves *et al.*, 2008; Hugo *et al.*, 2011). Observou-se neste estudo que para os jovens que faltam as aulas, o início da vida sexual foi 65% mais frequente do que aqueles que nunca faltaram.

Os escolares de Gravataí, que afirmaram que seus pais não sabiam ou raramente sabiam o que eles faziam no tempo livre, iniciaram mais precocemente sua vida sexual. O frágil vínculo familiar, bem como o monitoramento ineficaz ou ausente dos filhos parece estar associado ao adiantamento da primeira relação sexual, como enfatiza Romer *et al.*, (2005), corroborando com os resultados do presente estudo. Acredita-se que a qualidade da comunicação e do relacionamento com os pais influencia fortemente a vida do jovem, pois eles são os primeiros modelos de vida e transmissores de valores. As características familiares podem ser fatores de proteção ou risco para o jovem, pois é no ambiente familiar que surge a herança de atitudes e os exemplos para os adolescentes (Vitalle, 2003). As questões familiares, tais como os valores parentais no tocante às práticas sexuais de adolescentes e a presença de irmão ou irmã que já passou por gravidez antes de uma união, são aspectos que precisam ser incorporados na formulação de políticas de saúde reprodutiva e sexual voltadas aos adolescentes, pois mostraram ser determinantes na iniciação sexual dos jovens (Borges, Latorre, & Schor, 2007).

Talvez seja necessário ressignificar valores para que os pais possam olhar para os adolescentes com maior atenção. Geralmente, os jovens reconhecem a sua influência em seus comportamentos sexuais e a maioria aponta a falta ou a deficiente comunicação entre eles como fator de risco para comportamentos pouco saudáveis (Dias, Matos, & Gonçalves, 2007). Em função disso, é preciso investir na família como um espaço essencial na formação do indivíduo. Assim, são necessárias políticas públicas que invistam na aproximação dessas com o ambiente escolar para que possam estar mais presentes na vida dos jovens, já que a iniciação sexual não é um projeto individual, mas, sobretudo, socialmente determinado, estando centrado na família e nas relações sociais (Bergamim & Borges, 2009). É importante que os pais possam acompanhar seus filhos, conhecendo suas atividades escolares, de lazer, suas amizades, e, especialmente, participem de suas vidas. Para que isso seja possível, é necessário que passem mais tempo com seus filhos ou qualifiquem o tempo que passam com eles, pois é na família que os adolescentes encontraram apoio e segurança para enfrentar os conflitos da própria idade (Souza *et al.*, 2006).

Em relação ao estilo de vida, nesta pesquisa, encontrou-se associação com o início da vida sexual precoce e o uso na vida de drogas lícitas e ilícitas, resultado que se confirma em várias pesquisas nacionais e internacionais (Cruzeiro *et al.*, 2010; Miozzo, Dalberto, Silveira, & Terra, 2013; Taquette, Vilhena, & Paula, 2004). A idade da primeira relação sexual foi menor entre os adolescentes de Pelotas (RS) que faziam uso de maconha, cocaína e bebidas alcoólicas quando comparados com os não usuários destas substâncias (Cruzeiro, Souza, & Silva, 2008). No grupo dos que consumia bebidas alcoólicas e fumavam houve o maior percentual de adolescentes que já iniciou a vida sexual. Além disso, a baixa escolaridade e o histórico de abuso sexual também estiveram associados ao início da vida sexual ativa (Ferreira & Torgal, 2011).

Expectativas escolares, sociais ou familiares pouco reais podem criar nos adolescentes sentimentos de rejeição, discriminação e de que a vida é injusta. Como consequência, podem desenvolver depressão, ideação e planejamento suicida. O indivíduo com ideação suicida não está buscando a morte e, sim, procura acabar com seu sofrimento (Cury, 2005). Entre os escolares de Gravataí, a ideação suicida foi referida por 10,9%,

sendo que a prevalência de iniciação foi 31% maior do que entre os que não referiram. Da mesma forma, os jovens que se sentiram discriminados, tiveram 40% mais de IVS do que seus pares de referência. É possível que esses jovens busquem o contato sexual como consequência de sua carência afetiva, em uma tentativa de se sentirem menos infelizes.

Como o delineamento utilizado no presente estudo foi do tipo transversal, as associações aqui discutidas devem ser interpretadas com cuidado, pois os fatores investigados não podem ser os considerados como causas da iniciação sexual. Outro aspecto a ser ressaltado é que fizeram parte desta investigação adolescentes que frequentavam as escolas municipais e, portanto, podem apresentar características distintas de jovens de escolas privadas e daqueles que se encontram fora do ambiente escolar. Em especial esses últimos, tendem a já terem iniciado sua vida sexual, sendo a gravidez um dos fatores que contribui para a interrupção dos estudos tanto de meninos quanto de meninas (Berquó & Barbosa, 2008; Gonçalves *et al.*, 2008; Hugo *et al.*, 2011). Apesar dessas limitações, como a amostra estudada é representativa dos escolares de escolas públicas municipais, acredita-se que os resultados aqui apresentados possam ser extrapolados para outros municípios com características semelhantes.

Foi identificado que os meninos, os jovens que se autodeclararam como não brancos, os que relataram experiência com drogas lícitas e ilícitas, os com dificuldade na relação com seus pais e os que se sentiam discriminados e os com ideação suicida apresentaram mais alta prevalência de iniciação sexual. Esses resultados apontam a necessidade de políticas públicas promotoras da saúde dos jovens, desenvolvendo ações que incentivem práticas sexuais seguras e que incidam positivamente em seu comportamento sexual (Campo-Arias, Ceballo, & Herazo, 2010). Para isso, é necessário que os profissionais da área da saúde e da educação sejam capacitados para trabalhar com a diversidade de modos de viver a adolescência e a sexualidade dos jovens. Com isso, será possível a implantação de programas mais seguros e eficazes, articulando um trabalho em rede, sem esquecer das famílias e da comunidade, importantes aliados dos profissionais neste universo chamado adolescência.

Referências

- Albino, G. C., Vitalle, M. S. de S., Schussel, E. Y., & Batista, N. A. (2005). A sexualidade pelo olhar das jovens: contribuições para a prática do médico de adolescentes. *Revista Paulista de Pediatria*, 23(3), 124-129.
- Altmann, H. (2001). Orientação sexual nos parâmetros curriculares nacionais. *Revista Estudos Feministas*, 9(2), 575-585.
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) (2010). *Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010*. (3.ed.). Itapevi: AC Farmacêutica.
- Bajos, N., Wellings, K., Laborde, C., & Moreau, C. (2010). Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. *British Medical Journal*, 340, 2573-2584.
- Bergamim, M. D. & Borges, A. L. V. (2009). Fatores associados à iniciação sexual entre adolescentes da zona oeste do município de São Paulo, *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(3), 420-428.
- Berquó, E. & Barbosa, R. M. (2008). Introdução. *Revista de Saúde Pública*, 42(Suppl. 1), 7-11.

- Brasil. (2008). *Vigilância alimentar e nutricional – SISVAN: orientação básica para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Borges, A. L. V., Latorre, M. R. D. O., & Schor, N. (2007). Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo, Brasil, *Cadernos de Saúde Pública*, 23(7) 1583-1594.
- Camargo, B. V., Giacomozzi, A. I., Wachelke, J. F., & Aguiar, A. (2010). Relações amorosas, comportamento sexual e vulnerabilidade de adolescentes afrodescendentes e brancos em relação ao HIV/AIDS, *Saúde e Sociedade*, 19(supl.2), 36-50.
- Campo-Arias, A., Ceballo, G. A., & Herazo, E. (2010). Prevalência do padrão de comportamento de risco para a saúde sexual e reprodutiva em estudantes adolescentes [Versão eletrônica], *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(2), 26-30.
- Carlini, C. B., Gazal C., & Gouveia N. (2000). Comportamento de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 34, 636-45.
- Carvalho, W. R. G, Farias, E. S., & Guerra-Júnior, G. (2007). A idade da menarca está diminuindo? *Revista Paulista de Pediatria*, 25,76-81.
- Castro, M. G., Abramovay, M., & Silva, L. B. (2004). *Juventudes e Sexualidade*. Brasília: UNESCO – Brasil.
- Cedaro, J. J., Vilas Boas, L. M. S., & Martins, R. M. (2012). Adolescência e sexualidade: um estudo exploratório em uma escola de Porto Velho – RO, *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(2), 320-339.
- Chalem, E., Mitsuihiro, S. S., Ferri, C. P., Barros, M. C. M., Guinsburg, R., & Laranjeira, R. (2007). Gravidez na Adolescência: perfil sociodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1), 177-186.
- Chaves, A. C. P., Bezerra, E. O., Pereira, M. L. D., & Wagner, W. (2014). Conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do HIV, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(1), 48-53.
- Chinazzo, I. R., Câmara, S. G., & Frantz, D. G. (2014). Comportamento sexual de risco em jovens: aspectos cognitivos e emocionais, *Psico-USF*, 19(1), 1-12.
- Conti, M. A, Cordas, T. A., & Latorre, R. D. O. (2009). A study of the validity and reliability of the Brazilian version of the body shape questionnaire (BSQ) among adolescents. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 9(3), 331-338.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairbum, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Costa, C., Lopes, C. P. A., Souza, R. P., & Patel B. N. (2001). Sexualidade na adolescência: Desenvolvimento vivencia e proposta de intervenção. *Jornal de Pediatria*, 77(2), 217-224.
- Coutinho, R. X., Santos, W. M., Folmer, V., & Puntel, R. L. (2013). Prevalência de comportamentos de risco em adolescentes, *Cadernos de Saúde Coletiva*, 21(4), 441-449.
- Cruzeiro, A. L. S., Souza, L. D. M., Silva R. A., Horta, B. L., Muenzer, R. M., Faria, A.D., & Pinheiro, R. T. (2008). Iniciação sexual entre adolescentes de Pelotas, Rio

- Grande do Sul. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 18(2), 116-125.
- Cruzeiro, A. L. S., Souza, L. D. M., Silva, R. A., Pinheiro, R. T., Rocha, C. L. A. & Horta, B. L. (2010). Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes, *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(supl.1), 1149-1158.
- Cury, A. (2005). *O futuro da humanidade: a saga de um pensador*. Rio de Janeiro: Sextante.
- Dias, S., Matos, M. G., & Gonçalves, A. (2007). Percepção dos adolescentes acerca da influência dos pais e pares nos seus comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 25(4), 625-634.
- Düsmann, E., Góis, K. S., Gomes, E. M. V., Penna, L. M. C., Camargo, T., & Guhur, M. L. P. (2008). Estudo da iniciação sexual e da gravidez de jovens adolescentes na cidade de Maringá-PR. *Revista de Saúde e Biologia*, 3(2), 23-29.
- Escrivão, M., Oliveira, F. L. C., Tadder, J. A. A. C., & Ancona L. F. (2000) Obesidade exógena na infância e na adolescência. *Jornal de Pediatria*, 76(3), 305-10.
- Espada, J. P., Morales, A., & Orgilés, M. (2014). Riesgo sexual em adolescentes según la edad de debut sexual, *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1), 53-60.
- Ferreira, M. M. S. R. S., & Torgal, M. C. L. F. P. R. (2011). Estilos de vida na adolescência: comportamento sexual dos adolescentes portugueses. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 589-593.
- Gonçalves, H., Machado, E. C., Soares, A. L. G., Camargo-Figuera, F. A., Seering, L. M., Mesenburg, M. A., Guttier, M. C., Barcelos, R. S., Buffarini, R., Assunção, M. C. F., Hallal, P. C., & Menezes, A. M. B. (2015). Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(1), 25-41.
- Gonçalves, H., Béhague, D. P., Gigante, D. P., Minten, G. C., Horta, B. L., Victora, C. G., & Barros, F. C. (2008). Determinantes sociais da iniciação sexual precoce na coorte de nascimento de 1982 a 2004-5, Pelotas- RS. *Revista de Saúde Pública*, 42(Supl. 2), 34-41.
- Heilborn, M. L., Aquinino, E. L., Bozon, M., & Knauth, D. R. (2006). *O Aprendizado da Sexualidade: Reprodução, Trajetórias Sociais de Jovens Brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Hugo, T. D. O., Maier, V. T., Jansen, K., Rodrigues, C. E. G., Cruzeiro, A. L. S., Ores, L. C., Pinheiro, R. T., Silva, R., & Souza, L. D. M. (2011). Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional, *Cadernos de Saúde Pública*, 27(11), 2207-2214.
- Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. (2009). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar-PENSE*. Acessado em: mar. 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf>>.
- Lawlor, D. A., & Shaw, M. (2004). Teenage pregnancy rates: high compared with where and when? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97(3)121-123.
- Madkour, A. S., Farhat, T., Halpern, C. T., Godeau, E., & Gabhainn, S. N. (2010). Early Adolescent Sexual Initiation as a Problem Behavior: A Comparative Study of Five Nations. *Journal of Adolescent Health*, 47, 389-398.

- Miozzo, L., Dalberto, E. R., Silveira, D. X., & Terra, M. B. (2013). Consumo de substâncias psicoativas em uma amostra de adolescentes e sua relação com o comportamento sexual, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(2), 93-100.
- Organização Mundial da Saúde. (2005). *The health of youth*. Documento de trabalho para las discusiones tecnicas. Genebra.
- Paiva, V., Calazans, G., Venturi, G., & Dias, R. (2008). Idade e uso de preventivo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 42(1), 45-53.
- Pinho, M. D. G., Berquó, E., Lopes, F., Oliveira, K. A., Lima, L. C. A., & Pereira, N. (2002). Juventudes, raça e vulnerabilidades. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, 19(2), 277-294.
- Roman, E. P., Ribeiro, R. R., Guerra-Júnior, G., & Barros-Filho, A. A. (2009). Antropometria, maturação sexual e idade da menarca de acordo com o nível socioeconômico de meninas escolares de Cascavel (PR). *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55(3), 317-321.
- Romer, D., Black, M., Ricardo, I., Feigelman, S., Kaljee, L., Galbraith, J., Nesbit, R., Homik, R. C., & Stanton, B. (2005). Social influences on the sexual behavior of youth at risk of HIV exposure. *American Journal Public Health*, 84(6), 977-985.
- Sasaki, R. S. A., Leles, C. R., Malta, D. C., Sardinha, L. M. V., & Freire, M. C. M. (2015). Prevalência de relação sexual e fatores associados em adolescentes escolares de Goiânia, Goiás, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(1), 95-104.
- Sousa, L. B., Fernandes, J. F. P., & Barroso, M. G. T. (2006). Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(4), 408-413.
- Tanner, J. M. (1962). *Growth and adolescence* (2 ed.). Oxford: Blakwell Scientific Publications.
- Taquette, S. R., Vilhena, M. M., & Paula, M. C. (2004). Fatores associados à iniciação sexual genital: estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro, *Adolescência & Saúde*, 1(3), 17-21.
- Teixeira, A. M. F. B., Knauth, D. R., Fachel, J. M. G., & Leal, A. F. (2006). Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(7), 1385-1396.
- Vitalle, M. S. S. (2003). Alguns pontos conceituais sobre sexualidade na adolescência. *Revista Paulista de Pediatria*, 21(02), 89-94.

Recebido em fevereiro de 2015

Aceito em maio de 2015

Denise Rangel Ganzo de Castro Aerts: Médica, Doutora, Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde/ULBRA.

Giani Terezinha da Costa Scarin Ottoni: Enfermeira, Mestre, Mestrado em Saúde Coletiva/ULBRA.

Gehysa Guimarães Alves: Socióloga, Doutora, Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde/ULBRA.

Lílian dos Santos Palazzo: Médica, Doutora, Curso de Medicina da ULBRA/Canoas.

Ana Maria Pujol Vieira dos Santos: Bióloga, Doutora, Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde/ULBRA.

Endereço para contato: daerts.md@gmail.com