

Comportamento sexual em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012)

Sexual behavior among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012)

Maryane Oliveira-Campos^{III}, Marília Lavocart Nunes^I, Fátima de Carvalho Madeira^{III}, Maria Goreth Santos^{III}, Sílvia Reize Bregmann^{III}, Deborah Carvalho Malta^I, Luana Giatti^{III,IV}, Sandhi Maria Barreto^{II}

RESUMO: *Objetivo:* Este estudo descreve o comportamento sexual entre estudantes que participaram da Pesquisa Nacional sobre a Saúde do Escolar (PeNSE) 2012 e investiga se as desigualdades sociais, o uso de substâncias psicoativas e a presença de informações sobre a saúde sexual e reprodutiva na escola estão associados a diferenças nesse comportamento. *Metodologia:* A variável resposta foi o comportamento sexual descrito em três categorias (nunca teve relação sexual, teve relação sexual com proteção, teve relação sexual sem proteção). As variáveis explicativas foram agrupadas em características sociodemográficas, uso de substâncias psicoativas e informações sobre saúde sexual e reprodutiva na escola. As variáveis associadas a realizar sexo com e sem proteção foram identificadas por meio de regressão logística multinomial, tendo como referência “não teve relação sexual”. *Resultados:* Mais de um quarto dos adolescentes já tiveram relação sexual na vida, sendo mais frequente entre os meninos. Cerca de 25% não fizeram uso de preservativo na última relação sexual. Baixa escolaridade materna e trabalhar aumentaram a chance de comportamento sexual de risco. Tanto a chance de sexo protegido quanto de desprotegido aumentou com o número de substâncias psicoativas utilizadas. Entre os que não recebem orientação sobre prevenção de gravidez na escola, a chance ter relação sexual aumentou, sendo a magnitude maior para sexo desprotegido (OR = 1,87). *Conclusão:* As informações sobre prevenção de gravidez e DST/AIDS necessitam ser disseminadas antes da 9ª série. As desigualdades sociais afetam negativamente o comportamento sexual de risco. O uso de substâncias psicoativas está fortemente associado ao sexo desprotegido.

Palavras-chave: Adolescentes. Inquérito. Comportamento sexual. Escolas. Preservativos. Relação sexual.

^ICoordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.

^{II}Grupo de Pesquisa Doenças Crônicas e Ocupacionais - Germinal, Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{III}Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

^{IV}Escola de Nutrição, Universidade Federal de Ouro Preto – Ouro Preto (MG), Brasil.

Autor correspondente: Maryane Oliveira-Campos. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. SAF Sul, Trecho 02, Lotes 05 e 06, Edifício Premium, Bloco F, Torre 1, Térreo, Sala 16, CEP: 70070-600, Brasília, DF, Brasil. E-mail: oliveiracampos.maryane@yahoo.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

ABSTRACT: Objective: This study describes the sexual behavior among students who participated in the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE) 2012 and investigates whether social inequalities, the use of psychoactive substances and the dissemination of information on sexual and reproductive health in school are associated with differences in behavior. **Methodology:** The response variable was the sexual behavior described in three categories (never had sexual intercourse, had protected sexual intercourse, had unprotected sexual intercourse). The explanatory variables were grouped into socio-demographic characteristics, substance use and information on sexual and reproductive health in school. Variables associated with the conduct and unprotected sex were identified through multinomial logistic regression, using “never had sexual intercourse” as a reference. **Results:** Over nearly a quarter of the adolescents have had sexual intercourse in life, being more frequent among boys. About 25% did not use a condom in the last intercourse. Low maternal education and work increased the chance of risky sexual behavior. Any chance of protected and unprotected sex increased with the number of psychoactive substances used. Among those who don't receive guidance on the prevention of pregnancy in school, the chance to have sexual intercourse increased, with the largest magnitude for unprotected sex (OR = 1.41 and OR = 1.87). **Conclusion:** The information on preventing pregnancy and STD/AIDS need to be disseminated before the 9th grade. Social inequalities negatively affect risky sexual behavior. Substance use is strongly associated with unprotected sex. Information on the prevention of pregnancy and STD/AIDS need to be disseminated early. **Keywords:** Adolescents. Survey. Sexual behavior. Schools. Condoms. sexual intercourse.

INTRODUÇÃO

Em quase todos os países, a atividade sexual se inicia na adolescência tardia, geralmente entre 15 a 19 anos de idade¹⁻⁴. Para as meninas, a idade média da primeira relação sexual é menor nas regiões do mundo em que o casamento precoce é a regra, como na Ásia (região central, oeste e leste) e África; e alta na América Latina e em alguns países do Oriente Médio e sudeste da Ásia. Para os meninos, a idade da primeira relação sexual em geral não é associada à idade do casamento. Diferenças entre sexos para a idade da primeira relação sexual são mais pronunciadas no países menos industrializados^{4,5}.

No Brasil, a proporção de adolescentes que já tiveram relação sexual antes dos 15 anos tem aumentado entre os meninos, mas não entre as meninas, nas últimas quatro décadas⁵. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) em 2009, nas capitais brasileiras, mostrou que entre os adolescentes com 14 anos que já tiveram relação sexual, cerca de mais de um terço (35,4%) tiveram a primeira relação sexual com 12 anos ou menos, sendo 42,3% entre os meninos e 19,7% entre as meninas⁶.

Estudos realizados no Brasil^{7,8} e no mundo^{4,5,9} mostram que a precocidade da relação sexual está associada ao sexo desprotegido e ao maior número de parceiros ao longo da vida. O sexo desprotegido é um dos fatores que mais contribuem para aumentar o número

de anos de vida perdidos ajustados por incapacidades (DALY) em adolescentes e adultos jovens¹⁰. O não uso ou o uso inadequado de preservativo pode acarretar em infecção por doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e gravidez indesejada^{4,5,9,11}.

A alta prevalência de DST em adolescentes brasileiros, como a infecção por clamídia e HPV, é preocupante¹². Observa-se entre os jovens uma tendência recente de aumento na prevalência da infecção pelo HIV. No período de 2002 a 2006, no Brasil, houve uma diminuição da taxa de incidência de Aids em jovens (15 – 24 anos) de 10,3 para 7,8/100.000 habitantes/ano. Mas, a partir de 2007, a incidência em jovens aumentou até atingir 10,9/100.000 habitantes/ano em 2011¹³.

Outro fator que pode ser evitado pelo uso de preservativos é a gravidez indesejada, que além de comprometer o desenvolvimento sexual e emocional, está associada ao abandono da escola^{14,15} e piores oportunidades de emprego¹⁶. Na Pesquisa Nacional Demografia e Saúde, em 2006, 16,2% das adolescentes na faixa etária de 15 – 19 anos já eram mães e 13,5% tinham dois filhos ou mais¹⁷. Além disso, mães adolescentes têm maior risco de complicações graves na gravidez. Em estudo na América Latina com meninas que engravidaram antes de completar 16 anos, a chance de falecer devido a complicações na gravidez ou parto foi três a quatro vezes maior do que mulheres maiores de 20 anos de idade¹⁸.

O comportamento sexual de risco em adolescentes está fortemente associado a outros comportamentos de risco, como uso de álcool, tabagismo e drogas ilícitas^{19,20}. Estudo de coorte nos Estados Unidos¹⁵ e na Escócia²¹ encontrou forte associação entre o uso precoce de substâncias psicoativas, iniciação sexual precoce e sexo desprotegido em adolescentes. Além disso, Cavazos-Reigh et al.²² verificaram que o uso de substâncias psicoativas contribuiu com uma maior chance de gravidez/parentalidade indesejada em adolescentes.

A grande maioria dos adolescentes passa a maior parte do seu tempo na escola, onde os contatos sociais e grupos de pares são estabelecidos e mantidos. Evidências científicas²³⁻²⁵ mostram que um bom envolvimento com a escola afeta positivamente comportamentos em saúde. As escolas contribuem para a saúde do adolescente indiretamente, por meio de sua organização, desenvolvimento do currículo e prática pedagógica, e diretamente, por meio de programas educacionais relacionados à saúde²⁶. Assim, estudos científicos mostram que a educação sexual nas escolas é importante para passar aos adolescentes informações sobre a prevenção de novas infecções pelo HIV, DSTs e gravidez indesejada²⁶.

Partindo da hipótese de que o uso de substâncias psicoativas e não ter informações sobre saúde sexual e reprodutiva na escola estão associados com o adolescente ter relação sexual com e sem o uso de preservativo, com maior magnitude para o sexo desprotegido, o presente estudo tem como objetivo descrever o comportamento sexual dos adolescentes em escolas brasileiros e verificar os fatores comportamentais e do contexto da escola associados.

MÉTODOS

Participaram da segunda edição da PeNSE, em 2012, 110.109 estudantes cursando o 9º ano do ensino fundamental em turnos diurnos de escolas públicas e privadas do Brasil. Deste total, 2.641

foram excluídos do presente estudo porque não responderam à pergunta sobre o uso de preservativo na última relação sexual. Dos 107.468 alunos estudados, 52,5% eram do sexo feminino, 23% tinham 13 anos ou menos, 45,6% tinham 14 anos e 31,4%, 15 anos ou mais.

A amostra foi planejada para representar Brasil, grandes regiões geográficas e capitais. Para o plano amostral, foram definidos 27 estratos geográficos correspondendo a todas as capitais de estados e Distrito Federal. A amostra de cada estrato geográfico foi alocada proporcionalmente ao número de escolas segundo sua dependência administrativa (privada e pública). Para cada um desses estratos, uma amostra de conglomerados em dois estágios foi selecionada, sendo o primeiro estágio as escolas, e o segundo estágio, as turmas elegíveis nas escolas selecionadas (9º ano do ensino fundamental).

Os demais municípios foram agrupados dentro de cada uma das cinco grandes regiões geográficas, formando cinco estratos geográficos. No estrato formado pelos municípios não capitais, optou-se por agrupá-los seguindo critérios de homogeneidade e vizinhança, obtendo-se grupos de 300 a 600 turmas do 9º ano, sendo uma amostra desses grupos em cada região. Para os esses municípios não capitais, as unidades primárias de amostragem foram os agrupamentos de municípios, as unidades secundárias de amostragem foram as escolas e as turmas dessas escolas foram as unidades terciárias de amostragem. Em ambos os casos, todos os alunos das turmas selecionadas, presentes no dia da coleta de dados, formaram a amostra de estudantes e foram convidados a participar da pesquisa²⁷.

Foram excluídas do cadastro as escolas com menos de 15 alunos na série desejada, pois, ainda que representassem cerca de 10% das escolas, totalizavam menos de 1% do total dos alunos. Foram também excluídas do cadastro as turmas do turno noturno, pois estes alunos em geral eram mais velhos e poderiam ter risco diferenciado em relação aos demais alunos da 9º ano.

Para a coleta de dados utilizou-se um questionário estruturado autoaplicável. Os estudantes responderam em um *smarthphone*. A participação no estudo foi voluntária, com possibilidade de não resposta. Não foi coletada nenhuma informação que pudesse identificar o aluno e os dados da escola foram confidenciais e não estão contidos na base de dados. O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, nº 11.537.

VARIÁVEIS

No presente estudo, as seguintes variáveis foram utilizadas para descrever o comportamento sexual entre os escolares:

- Relato de relação sexual alguma vez na vida, obtida pela pergunta “Você já teve relação sexual (transou) alguma vez?”;
- Idade da primeira relação sexual, obtida pela pergunta: “Que idade você tinha quando teve relação sexual (transou) pela primeira vez?”;
- Número de parceiros sexuais na vida, obtida pela pergunta: “Na sua vida, você já teve relação sexual (transou) com quantas pessoas?”;

- A variável dependente, comportamento sexual, foi obtida pela pergunta “Na última vez que você teve relação sexual (transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou camisinha (preservativo)?” e categorizada em: nunca teve relação sexual, teve relação sexual com o uso de preservativo e teve relação sexual sem preservativo.

As variáveis explicativas foram agrupadas em três domínios:

1. Características sócio-demográficas dos escolares:
 - Sexo (masculino, feminino);
 - Idade em anos (≤ 13 , 14, 15, ≥ 16);
 - Etnia/cor (branca, preta, parda, amarela, indígena).
2. Fatores comportamentais de risco:
 - Uso regular de álcool, obtido pelo relato de consumo de pelo menos um copo de bebida alcoólica nos últimos trinta dias (não, sim);
 - Tabagismo atual, obtido pelo relato de ter fumado cigarros pelo menos um dia nos últimos trinta dias anteriores (não, sim);
 - Experimentação de drogas, como maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume, ecstasy ou outra, alguma vez na vida (não, sim). O uso combinado de substâncias psicoativas foi realizado pela soma dos três indicadores (uso regular de álcool, tabagismo e experimentação de drogas), sendo codificado em 0 (não usou substâncias), 1 (usou uma substância), 2 (usou duas substâncias) e 3 (usou três substâncias).
3. Fatores da escola:
 - Natureza jurídica da escola (pública, privada);
 - Informações sobre uso de preservativo, obtido pela pergunta: “Na escola, você já recebeu orientação sobre como conseguir camisinha (preservativo) gratuitamente?” (sim, não);
 - Informações sobre AIDS ou outras DSTs, cuja pergunta foi: “Na escola, você já recebeu orientação sobre AIDS ou outras doenças sexualmente transmissíveis?” (sim, não);
 - Informações sobre prevenção de gravidez, por meio da pergunta: “Na escola, você já recebeu orientação sobre prevenção de gravidez?” (sim, não).

ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada análise descritiva do comportamento sexual segundo as variáveis independentes. As associações entre as variáveis independentes e o comportamento sexual foram mensuradas pelo teste χ^2 de Pearson, com nível de significância de 0,05.

A regressão logística multinomial foi utilizada para identificar as variáveis individuais e contextuais independentemente associadas com o comportamento sexual, tendo como categoria de referência para a análise “nunca ter tido relação sexual”. Inicialmente, foi realizada uma análise univariada multinomial dentro de cada domínio. As variáveis que apresentaram associadas ao nível de $p < 0,20$ foram selecionadas para o modelo multivariado em cada domínio.

Foi construído um modelo para cada domínio e depois um modelo final considerando todas as variáveis estatisticamente associadas à variável resposta em cada domínio. Os domínios foram incluídos de forma sequencial: primeiro, as características individuais, seguidas pelas comportamentais, e, por último os fatores da escola. A magnitude das associações foi determinada pelo *Odds ratio* (OR), com intervalo de confiança de 95% (IC95%). As análises foram realizadas com o software Stata (versão 11) usando o comando *survey*, que considera os pesos proporcionais estimados para corrigir as diferentes probabilidades de seleção dos estudantes em cada estrato e o efeito do delineamento da amostra.

RESULTADOS

Os resultados da PeNSE mostram que 28,7% (IC95% 26,4 – 31,2) dos escolares já tiveram relação sexual alguma vez na vida, sendo esse percentual de 40,1% (IC95% 37,6 – 42,6) nos meninos e 18,3% (IC95% 15,3 – 21,8) nas meninas. Essa proporção aumentou com a idade, passando de 13,7% (IC95% 12,1 – 15,5) entre os escolares de até 13 anos, 22,9% (IC95% 21,2 – 24,7) entre os escolares com 14 anos e 48,1% (IC95% 41,7 – 54,5) entre os que tinham 15 anos ou mais. Com relação à dependência administrativa das escolas, 30,9% (IC95% 27,7 – 34,3) dos estudantes de escolas públicas e 18% (IC95% 17,1 – 19,5) de escolas privadas declararam que tiveram relação sexual. A Região Norte apresentou o maior percentual (38,2%; IC95% 37,1 – 39,3) de escolares que relataram relação sexual, seguida da região Centro-Oeste (32,1%; IC95% 29,1 – 35,3), região Sudeste (29,1%; IC95% 28,3 – 30,0), Sul (27,3%; IC95% 26,4 – 28,3) e Nordeste (24,9%; IC95% 22,9 – 27,1).

Entre os adolescentes que já tiveram relação sexual, 75,3% (IC95% 74,5 – 76,1) usaram preservativo na última relação sexual. Desse total, 77,1% (IC95% 76,2 – 78,0) são meninos e 71,8% (IC95% 70,5 – 73,1), meninas. Com relação à dependência administrativa da escola, não houve diferença significativa: 75,0% (IC95% 70,2 – 79,8) dos estudantes da rede privada e 75,4% (IC95% 74,7 – 76,1) da rede pública relataram não ter feito uso de preservativo. Somente para os dados das capitais brasileiras em 2012, 30,8% (IC95% 29,6% – 32,1) tiveram relação sexual, 40,9% (IC95% 39,2 – 42,6) entre os meninos e 21,1% (IC95% 20,0 – 22,2) entre as meninas, além de maior percentual na escola pública (34,8%, IC95% 33,5 – 36,1) que na privada (19,2%; IC95% 17,6 – 20,7).

A frequência de escolares que relataram já ter tido relação sexual é maior no sexo masculino, que também apresentou maior prevalência de sexo sem uso de preservativo na última relação (7,9% entre os meninos e 4,8% entre as meninas). Com o aumento da idade, aumenta também a frequência de relação sexual com e sem uso de preservativo. A prevalência de relação sexual é menor entre estudantes com mães com maior escolaridade (superior completo), e apenas 3,8% desses escolares relataram sexo sem preservativo. O sexo desprotegido é menor entre os escolares que se declararam brancos (4,9%), e maior entre aqueles que trabalham atualmente (10,2%). Entre as regiões, a região Norte apresentou a maior prevalência de estudantes que tiveram relação sexual com e sem proteção (Tabela 1).

Tabela 1. Comportamento sexual dos adolescentes brasileiros na 9ª série segundo características sociodemográficas (PeNSE, 2012).

	Relação sexual		
	Não	Sim*	
		% (IC95%)	Com preservativo
Fatores sociodemográficos			
Sexo			
Masculino	60,4 (57,9 – 63,0)	31,7 (29,7 – 33,9)	7,9 (7,3 – 8,4)
Feminino	81,8 (78,4 – 84,7)	13,4 (11,2 – 16,0)	4,8 (4,0 – 5,8)
Idade			
≤ 12 anos	90,4 (89,3 – 91,4)	7,8 (6,6 – 9,2)	1,8 (1,1 – 3,0)
13 anos	86,8 (84,9 – 88,5)	10,1 (8,6 – 11,8)	3,1 (2,7 – 3,5)
14 anos	77,5 (75,8 – 79,1)	17,5 (16,2 – 18,9)	5,0 (4,5 – 5,5)
15 anos	57,9 (52,0 – 63,5)	33,2 (28,6 – 38,2)	8,9 (7,9 – 10,0)
≥ 16 anos	43,4 (35,9 – 51,1)	43,9 (37,9 – 50,3)	12,8 (11,2 – 14,7)
Raça/Cor			
Branca	74,5 (73,3 – 75,7)	20,3 (19,2 – 21,4)	5,2 (5,0 – 5,5)
Preta	64,2 (61,8 – 66,5)	27,4 (25,4 – 29,5)	8,4 (7,9 – 9,1)
Parda	72,5 (69,4 – 75,4)	21,3 (18,8 – 24,0)	6,3 (5,5 – 7,1)
Amarela	71,8 (67,9 – 75,4)	21,9 (19,2 – 24,9)	6,3 (5,4 – 7,3)
Indígena	66,4 (64,0 – 68,7)	25,3 (23,1 – 27,5)	8,4 (7,6 – 9,2)
Escolaridade materna			
Ensino superior completo	78,6 (75,6 – 81,2)	17,8 (15,9 – 19,7)	3,8 (2,8 – 4,9)
Ensino superior incompleto	73 (71,2 – 74,8)	21,2 (19,5 – 23,1)	5,8 (5,2 – 6,2)
Ensino médio incompleto	69,8 (67,6 – 71,9)	23,5 (21,9 – 25,1)	6,8 (6,0 – 7,5)
Não estudou/ fundamental incompleto	68,6 (63,5 – 73,3)	24,2 (20,5 – 28,4)	7,2 (6,3 – 8,3)
Não sabe informar	73,7 (71,1 – 75,9)	20,5 (18,4 – 22,6)	6,0 (5,4 – 6,6)
Trabalho atualmente			
Não	74,6 (72,3 – 76,8)	19,7 (18,0 – 21,6)	5,6 (5,2 – 6,2)
Sim	51,7 (48,6 – 54,8)	38,0 (35,6 – 40,5)	10,2 (9,5 – 11,1)
Região			
Sudeste	71,4 (70,7 – 72,1)	22,3 (21,7 – 22,9)	6,3 (6,0 – 6,5)
Norte	62,1 (61,0 – 63,1)	30,1 (28,9 – 31,4)	7,8 (7,3 – 8,2)
Nordeste	75,2 (73,2 – 77,1)	19,1 (18,1 – 20,2)	5,7 (4,9 – 6,7)
Sul	73,0 (72,1 – 73,9)	21,0 (20,2 – 21,8)	6,0 (5,9 – 6,1)
Centro-Oeste	68,5 (65,2 – 71,5)	24,8 (22,0 – 27,9)	6,7 (6,5 – 6,9)

Todas as variáveis apresentaram valor $p < 0,001$ através do teste χ^2 de Person.

*última relação sexual

O comportamento sexual dos estudantes na 9ª série e o uso de substâncias psicoativas está descrito na Tabela 2. Entre os estudantes que já tiveram relação sexual na vida, tiveram relação sexual com preservativo 38,9% (IC95% 36,4 – 41,5) dos que fizeram uso de álcool, 48,9% (IC95% 47,2 – 50,6) dos que fumam e 45,6% (IC95% 43,1 – 48,0) dos que experimentaram substâncias psicoativas. E, não usaram preservativo na última relação sexual: 11,2% (IC95% 10,5 – 12,0) dos adolescentes que fizeram uso de álcool, 21,3% (IC95% 19,9 – 22,7) dos que fumam e 19% (IC95% 17,8 – 20,1) dos que experimentaram substâncias psicoativas (Tabela 2).

Tabela 2. Comportamento sexual dos adolescentes brasileiros na 9ª série segundo uso de substâncias psicoativas e características do contexto escolar (PeNSE, 2012).

	Relação sexual		
	Não	Sim*	
		Com preservativo	Sem preservativo
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Uso de substâncias psicoativas			
Consumo atual de álcool			
Não	79,3 (77,2 – 81,2)	16,2 (14,7 – 17,9)	4,5 (4,1 – 5,0)
Sim	49,9 (46,8 – 53,0)	38,9 (36,4 – 41,5)	11,2 (10,5 – 12,0)
Tabagismo atual			
Não	73,8 (71,7 – 75,9)	20,7 (19,0 – 22,5)	5,4 (5,1 – 5,9)
Sim	29,8 (28,0 – 31,6)	48,9 (47,2 – 50,6)	21,3 (19,9 – 22,7)
Uso atual de drogas ilícitas			
Não	74,3 (72,2 – 76,4)	20,4 (18,7 – 22,2)	5,3 (4,9 – 5,7)
Sim	35,5 (33,0 – 38,1)	45,6 (43,1 – 48,0)	18,9 (17,8 – 20,1)
Características do contexto escolar			
Domínio administrativo da escola			
Público	69,5 (66,2 – 72,5)	23,8 (21,4 – 26,4)	6,7 (6,1 – 7,4)
Privado	82,1 (80,9 – 83,3)	13,9 (12,9 – 14,9)	4,0 (3,5 – 4,5)
Informações sobre orientação sobre prevenção de gravidez AIDS ou outras DST			
Sim	71,6 (69,1 – 73,9)	22,2 (20,3 – 24,2)	6,2 (5,8 – 6,7)
Não	58,5 (55,8 – 61,1)	31,6 (29,8 – 33,4)	10,0 (8,9 – 11,0)
Informações na escola sobre aquisição de preservativos gratuitos			
Sim	61,2 (58,3 – 64,0)	28,4 (26,2 – 30,7)	10,3 (9,6 – 11,0)
Não	72,7 (70,4 – 74,8)	21,7 (19,9 – 23,6)	5,6 (5,3 – 6,1)

As escolas públicas tiveram maior frequência de escolares que já tiveram relação sexual com e sem preservativo (23,8%; IC95% 21,4 – 26,4 e 6,7%; IC95% 12,9 – 14,9, respectivamente) do que os estudantes de escola privadas (13,9%; IC95% 12,9 – 14,9 e 4,0%; IC95% 3,5 – 4,5, respectivamente). Não usaram preservativo na última relação sexual 10% (IC95% 8,9 – 11,0) dos estudantes que não receberam informações sobre prevenção de AIDS ou outras DST na escola, e 10% (IC95% 9,6 – 11,0) dos que não receberam informações sobre aquisição de preservativos gratuitos (Tabela 3).

ANÁLISE MULTIVARIADA

Entre as características sociodemográficas, a chance de ter feito sexo com e sem preservativo aumenta com a idade. Observando-se o gênero, os meninos têm maior chance de ter tido relação sexual protegida (OR = 3,54) e desprotegida (OR = 2,53), mas os IC95%

Tabela 3. Fatores associados ao comportamento sexual dos adolescentes brasileiros na 9ª série, medido através da regressão múltipla multinomial.

	Relação sexual com preservativo*	Relação sexual sem preservativo*
	OR (IC95%)	OR (IC95%)
Fatores sociodemográficos		
Sexo		
Feminino	1	1
Masculino	3,54 (2,84 – 4,40) [†]	2,53 (2,05 – 3,12) [†]
Idade		
13 anos	1	1
14 anos	1,72 (1,55 – 1,91) [†]	1,60 (1,40 – 1,82) [†]
≥ 15 anos	4,60 (4,22 – 5,02) [†]	4,10 (3,60 – 4,70) [†]
Raça/Cor		
Branca	1	1
Preta	1,18 (1,03 – 1,36)	1,46 (1,40 – 1,51) [†]
Parda	0,99 (0,93 – 1,18)	1,11 (0,97 – 1,26)
Amarela	1,08 (0,98 – 1,19)	1,17 (1,08 – 1,29) [‡]
Indígena	1,27 (1,18 – 1,37) [†]	1,60 (1,41 – 1,81) [†]

Continua...

Tabela 3. Continuação.

	Relação sexual com preservativo*	Relação sexual sem preservativo*
	OR (IC95%)	OR (IC95%)
Escolaridade materna		
Universitário completo	1	1
Universitário incompleto	1,26 (1,12 – 1,42) †	1,63 (1,11 – 2,39) ‡
Ensino médio incompleto	1,35 (1,10 – 1,65) ‡	1,93 (1,23 – 3,01) †
Não estudou/fundamental incompleto	1,34 (1,1 – 1,81) §	1,92 (1,20 – 3,07) ‡
Não sabe informar	1,18 (0,93 – 1,52)	1,67 (1,14 – 2,46) ‡
Região		
Sudeste	1	1
Norte	1,54 (1,40 – 1,70) †	1,42 (1,26 – 1,60) †
Nordeste	0,76 (0,69 – 0,83) †	0,85 (0,72 – 1,00)
Sul	0,86 (0,81 – 0,90) †	0,88 (0,84 – 0,92) †
Centro-Oeste	1,02 (0,88 – 1,18)	0,97 (0,87 – 1,07)
Trabalha atualmente		
Não	1	1
Sim	1,72 (1,64 – 1,80) †	1,60 (1,43 – 1,80) †
Uso combinado de substâncias psicoativas		
0 (não usou)	1	1
1	3,34 (3,18 – 3,51) †	3,05 (2,83 – 3,28) †
2	8,06 (7,54 – 8,61) †	10,65 (9,38 – 12,1) †
3	18,16 (16,15 – 20,4) †	32,65 (28,4 – 37,5) †
Fatores da escola		
Domínio administrativo da escola		
Privada	1	1
Pública	1,72 (1,49 – 2,00) †	1,69 (1,44 – 1,99) †
Informações sobre orientação sobre prevenção de gravidez Aids ou outras DST		
Sim	1	1
Não	1,41 (1,35 – 1,47) †	1,87 (1,78 – 1,95) †

Nunca teve relação sexual foi utilizado como referência na análise; OR: *odds ratio*; *na última relação sexual; †p < 0,001; ‡p < 0,01; §p < 0,05.

desses OR se sobrepõem. Além disso, os estudantes que se consideraram pretos, indígenas e amarelos tiveram maior chance de sexo desprotegido em relação aos que se consideraram brancos. Os escolares cujas mães têm menor escolaridade e que trabalham atualmente apresentam maior chance de relação sexual, independente do uso de preservativos. Em relação à região Sudeste, a região Norte apresentou maior chance de relação sexual com (OR = 1,54) e sem uso de preservativo (OR = 1,42), e a região Sul apresentou menor chance de relação sexual com (OR = 0,86) e sem preservativo (OR = 0,88), sem diferença significativa entre as magnitudes de associação com sexo protegido e desprotegido.

O uso combinado de substâncias psicoativas aumentou a chance de relação sexual com e sem preservativo, com maior magnitude para esse último. Entre os estudantes que usaram substâncias psicoativas combinadas, a chance de relação sexual desprotegida foi maior, sendo (OR = 10,65) para duas substâncias e (OR = 32,65) para o uso de três substâncias.

Nos fatores da escola, estudantes de escola pública tiveram maior chance de relação sexual com e sem uso de preservativo (OR = 1,72 e 1,69, respectivamente). Entre os alunos que não receberam informações sobre saúde sexual e reprodutiva na escola, a chance de relação sexual foi maior, com maior magnitude para o sexo desprotegido (OR = 1,87).

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que mais de um quarto dos estudantes já tiveram relação sexual, havendo um maior percentual entre os meninos. Um em cada cinco adolescentes sexualmente ativos relatou não ter feito uso de preservativo, um comportamento muito preocupante devido ao risco associado.

Nossos achados confirmam que a presença de uso de substâncias psicoativas e não ter informações sobre saúde sexual e reprodutiva na escola estão associados com o adolescente ter relação sexual, com maior magnitude para o sexo desprotegido.

Quase um terço dos escolares na 9ª série já tiveram relação sexual alguma vez na vida, com diferenças regionais. Nas últimas décadas, na América Latina, houve um aumento significativo na proporção de jovens que tiveram relação sexual precoce⁵. Entretanto, comparando os dados das capitais brasileiras da PeNSE 2009 e 2012, o percentual de estudantes que já tiveram relação sexual permaneceu estável em cerca de 30%²⁷.

Entre os adolescentes que já fizeram sexo, um em cada quatro não fizeram uso de preservativo e estão expostos ao risco de DST/AIDS e/ou gravidez/parentalidade precoce. Estudo longitudinal mostrou que o uso de preservativo na primeira relação sexual está associado ao uso subsequente⁹.

O percentual de exposição ao sexo desprotegido que encontramos no presente estudo é próximo ao observado no inquérito da Organização Mundial da Saúde (23%)¹, mas bem menor do que nos Estados Unidos (39,8%)². Porém, há diferenças entre as faixas etárias destes estudos. Na PeNSE, a maioria dos estudantes tem entre 13 e 15 anos, sendo a mediana 14 anos. No inquérito da OMS, a maioria tem 15 anos, e o inquérito nos Estados Unidos

inclui faixa etária mais ampla. Como a mediana de idade da PeNSE é menor, e a prevalência de relação sexual cresce com a idade²⁸, não é possível afirmar que a prevalência de sexo desprotegido entre os adolescentes brasileiros é menor ou maior do que a verificada nesses inquéritos. A iniciação sexual de meninos foi mais precoce que a de meninas. A pressão social para a iniciação sexual dos meninos como prova de masculinidade é um diferencial de gênero importante. Estudo em três capitais brasileiras mostrou que as meninas tendem a iniciar suas relações sexuais em relações com maior estabilidade e um pouco mais tarde. Já os meninos começam mais cedo e em relacionamentos eventuais²⁹. As associações de sexo com e sem proteção com baixa escolaridade materna, estudar em escola pública, trabalhar e cor da pele preta, indígena e amarela indicam desigualdade social na exposição a este comportamento de risco entre adolescentes no país. Em estudo populacional sobre o comportamento sexual, contraceptivo e reprodutivo de 2.991 mulheres de 15 a 20 anos na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, em 2006, as adolescentes mais pobres e menos escolarizadas tiveram comportamento mais desprotegido, ou seja, menor percentual de uso de contraceptivos na primeira relação sexual e de uso atual do que as jovens em melhores condições sociais¹⁴. No Brasil, a gravidez na adolescência está relacionada com menor renda familiar, abandono da escola no ensino básico para ambos os sexos e maior probabilidade de realizar aborto^{14,29,30}. Além disso, a inserção precoce no trabalho pode induzir à maturidade e à adoção de papéis adultos precocemente, além de reforçar comportamentos não saudáveis e até mesmo estimular a formação de um novo núcleo familiar³¹.

O comportamento sexual de risco dos adolescentes esteve fortemente associado ao uso de substâncias psicoativas, com uma gradiente dose-resposta. Na adolescência, alguns comportamentos se reforçam mutuamente em relações dinâmicas de retroalimentação, como é o caso da associação do comportamento sexual com o uso de substâncias psicoativas. O uso dessas substâncias pode afetar o julgamento, decisão e planejamento e, aliados à inexperiência do adolescente, pode influenciar negativamente o uso do preservativo³². Jackson et al.²¹, em análise de dois estudos de coorte na Escócia, verificaram forte associação entre o uso de substâncias psicoativas antes dos 15 anos de idade e iniciação sexual precoce. No estudo *National Longitudinal Study of Adolescent Health*, realizado em adolescentes nos Estados Unidos, verificou-se que aqueles que relataram uso de substâncias ilícitas na linha de base apresentaram maior probabilidade de relação sexual, e o inverso também foi observado¹⁵. Assim é de extrema importância que a educação sexual e o acesso facilitado a preservativos para todos os adolescentes seja aliado a abordagens educativas de prevenção sexual e de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas.

Não receber informações sobre saúde sexual e reprodutiva na escola aumentou a chance de ter relação sexual, com maior magnitude para o sexo desprotegido. Evidências mostram que um maior envolvimento dos estudantes com a escola e a presença de programas sobre saúde sexual e reprodutiva está associado à iniciação sexual mais tardia e sexo protegido^{25,33,34}. A maioria das jovens brasileiras que engravidaram antes dos 20 anos o fez por desconhecimento ou falha da contracepção¹⁴. Estudo em 27 países da América Latina

verificou que, em grande parte dos países, o currículo escolar carece de informações sobre educação sexual, incluindo a prevenção do HIV e outras DST. Observou-se que apenas três países (Argentina, Brasil e Costa Rica) têm uma legislação específica sobre educação sexual na escola. Há ligação de estudantes com serviços saúde e acesso a preservativos gratuitos apenas na Argentina, Brasil e México³⁵.

Apesar de ser alto o percentual de estudantes que recebeu informação sobre saúde sexual nas escolas, verificamos que não houve ampliação dessa cobertura nas capitais brasileiras entre 2009 e 2012. A discussão sobre a inclusão da temática da sexualidade no currículo das escolas brasileiras tem se intensificado a partir da década de 1970, por ser considerada importante na formação global do indivíduo. Com diferentes enfoques e ênfases, há registros de discussões e de trabalhos em escolas desde a década de 1920. A partir de meados dos anos 1980, a demanda por trabalhos na área da sexualidade nas escolas aumentou, devido à preocupação dos educadores com o grande crescimento da gravidez indesejada entre as adolescentes e com o risco da contaminação pelo HIV entre os jovens. No Brasil, apenas 63% das escolas brasileiras já trabalham com o tema DST e AIDS e há distribuição de preservativos gratuitos, especialmente para pessoas jovens. A escola pública é o segundo lugar de maior acesso a preservativos depois do serviço de saúde. Os brasileiros entre 15 e 24 anos são os que mais usam preservativos em comparação às demais faixas etárias e os que mais obtêm preservativo de graça³⁶.

Entre as limitações do presente estudo, destaca-se que a PeNSE não coletou informações sobre o relacionamento dos adolescentes com seus pares, o que tem uma forte influência sobre comportamentos de risco. A pergunta sobre o uso de preservativos é na última relação sexual e pode haver um viés de memória, mas não há razão para que esse viés possa ser diferencial. Finalmente, devido ao corte transversal, não podemos inferir a natureza temporal da maioria das associações observadas.

CONCLUSÃO

A PeNSE 2012 vem com a inovação de uma amostra nacional, o que é importante para conhecer o perfil da saúde sexual e reprodutiva dos estudantes. Cerca de um em cada três estudantes já tiveram relação sexual, o que reforça a necessidade de iniciar a educação sexual e reprodutiva antes da 9ª série, para que os adolescentes se preparem melhor para essa iniciação, com maior autonomia e uso de métodos contraceptivos.

As desigualdades sociais são importantes marcadores para o comportamento sexual de risco. O uso de substâncias psicoativas está fortemente associado à relação sexual precoce e principalmente ao sexo desprotegido, sendo importante a abordagem combinada desses fatores. O ambiente escolar é um suporte para os estudantes e tem importante implicação no bem-estar e na promoção da saúde sexual e reprodutiva dos mesmos. Receber informações sobre saúde sexual e reprodutiva na escola é um importante instrumento para evitar a gravidez/parentalidade indesejada e DSTs em adolescentes.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).
2. Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2011. *MMWR* 2012; 61(4).
3. Secor-Turner M, Kugler K, Bearinger LH, Sieving R. A global perspective of adolescent sexual and reproductive health: Context matters. *Adolesc Med State Art Rev* 2009; 20(3): 1005-25.
4. Madkour AS, Farhat T, Halpern CT, Godeau E, Gabhainn SN. Early Adolescent Sexual Initiation as a Problem Behavior: A Comparative Study of Five Nations. *J Adolesc Health* 2010; 47 (4): 389-98.
5. Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet* 2006; 368(9548): 1706-28.
6. Oliveira-Campos MO. Fatores contextuais associados ao comportamento sexual em adolescentes brasileiros [tese de doutorado]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG; 2013.
7. Berquó E, Garcia S, Lima L. Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006. *Rev. Saúde Pública* 2012; 46(4): 685-93.
8. Hugo TD, Maier VT, Jansen K, Rodrigues CE, Cruzeiro AL, Ores L, et al. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(11), 2207-14.
9. Shafii T, Stovel K, Holmes K. Association between condom use at sexual debut and subsequent sexual trajectories: a longitudinal study using biomarkers. *Am J Public Health* 2007; 97(6): 1090-5.
10. Gore FM, Bloem PJJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet* 2011; 377(9783): 2093-102.
11. Blum R. Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries. Geneva: World Health Organization; 2005.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
14. Almeida MCC, Aquino EML. Adolescent pregnancy and completion of basic education: a study of young people in three state capital cities in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(12): 2386-400.
15. Wheeler SB. Effects of self-esteem and academic performance on adolescent decision making: an examination of early sexual intercourse and illegal substance use. *J Adolesc Health* 2010; 47(6): 582-90.
16. Chen X, Wen S, Fleming N, Demissie K, Rhoads G, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *Int J Epidemiol* 2007; 36(2): 368-73.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
18. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192(2): 342-9.
19. Boislard PMA, Poulin F. Individual, familial, friends-related and contextual predictors of early sexual intercourse. *J Adolesc* 2011; 34(2): 289-300.
20. Huang DY, Murphy DA, Hser YI. Developmental trajectory of sexual risk behaviors from adolescence to young adulthood. *Youth Soc* 2012; 44(4): 479-99.
21. Jackson C, Sweeting H, Haw S. Clustering of substance use and sexual risk behaviour in adolescence: analysis of two cohort studies. *BMJ Open* 2012; 2: e000661.
22. Cavazos-Rehg PA, Krauss MJ, Spitznagel EL, Schootman M, Cottler LB, Bierut LJ. Substance use and the risk for sexual intercourse with and without a history of teenage pregnancy among adolescent females. *J Stud Alcohol Drugs* 2011; 72(2): 194-8.
23. Saab H, Klinger D. School differences in adolescent health and wellbeing: findings from the Canadian Health Behavior in School-aged Children Study. *Soc Sci Med* 2010; 70(6): 850-8.
24. Aspy CB, Vesely SK, Oman RF, Tolma E, Rodine S, Marshall L. School-related assets and youth risk behaviors: alcohol consumption and sexual activity. *J Sch Health* 2012; 82(1): 3-10.
25. Markham WA, Ayeward P. A new theory of health promoting schools based on human functioning, school organization and practice pedagogic. *Soc Sci Med* 2003; 56(6): 1209-20.

26. Voisin DR, DiClemente RJ, Salazar LF, Crosby RA, Yarber WL. Ecological factors associated with STD risk behaviors among detained female adolescents. *Soc Work* 2006; 51(1): 71-9.
27. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
28. Oliveira-Campos M, Giatti L, Malta DC, Barreto SM. Contextual factors associated with sexual behavior among Brazilian adolescents. *Ann Epidemiol* 2013; 23(10): 629-35.
29. Marinho LFB, Aquino EML, Almeida MCC. Práticas contraceptivas e iniciação sexual entre jovens de três capitais brasileiras. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(2): 227-39.
30. Peres SO, Heilborn ML. Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(7): 1411-20.
31. Staff J, Vaneseltine M, Woolnough A, Silver E, Burrington L. Adolescent Work Experiences and Family Formation Behavior. *J Res Adolesc* 2012; 22(1): 150-64.
32. Elkington KS, Bauermeister JA, Zimmerman MA. Do parents and peers matter? A prospective socio-ecological examination of substance use and sexual risk among African American youth. *J Adolesc* 2011; 34(5): 1035-47.
33. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris K, Jones J. et al. Protecting adolescents from harm. Findings from de National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA* 1997; 278(10): 823-32.
34. Voisin DR, Salazar LF, Crosby R, Diclemente RJ, Yarber WL, Staples-Horne M. Teacher connectedness and healyh-related outcomes among detained adolescents. *J Adolesc Health* 2005; 37(4): 337.
35. Demaria LM, Galárraga O, Campero L, Walker DM. Sex education and HIV prevention: an evaluation in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica* 2009; 26(6): 485-93.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. PCAP: Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira, 2008. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Recebido em: 25/01/2014

Versão final apresentada em: 29/04/2014

Aprovado em: 08/05/2014