

Vida sexual de adolescentes escolares da rede pública de Porto Velho-RO

Rafaela Vanzin

Denise Aerts

Gehysa Alves

Sheila Câmara

Lilian Palazzo

Eliane Elicker

Leila Aparecida Evangelista

Manoel L. Neto

Resumo: *Objetivo:* Estudar a prevalência de início de vida sexual (IVS) e seus fatores associados em escolares do 8º ano da rede pública de Porto Velho-RO, em 2010. *Material e métodos:* estudo transversal com amostra representativa de 996 escolares analisada com teste T Student e regressão de Cox. *Resultados:* a prevalência de IVS foi 25,5%. O IVS associou-se com sexo, idade, prática de atividades físicas, consumo de álcool, tabaco e drogas, falta às aulas sem o conhecimento dos pais, sentimento de tristeza e planejamento suicida. Os jovens que referiram que seus pais os entendem, que sabem onde estão no seu tempo livre e sentem discriminação apresentaram menos início de vida sexual. *Considerações finais:* A escola deve discutir com seus alunos questões referentes à sexualidade e a estilos de vida saudáveis o mais precocemente possível, a fim de prepará-los para sua iniciação sexual e uma vida com mais qualidade.

Palavras-chave: Adolescente, Comportamento sexual, Comportamento do adolescente, Escola.

Sex life of school adolescents from Porto Velho-RO

Abstract: *Objective:* To study the prevalence of the beginning of sexual life (IVS) and related factors in school adolescents on the 8º year of the public school in Porto Velho-RO in 2010. *Material and methods:* Transversal study with a representative sample of 996 school analyzed with t-Student test and Cox Regression. *Results:* The prevalence of IVS was 25.5%. The IVS is associated with age, physical activity, alcohol, tobacco and drugs consumption, missing school without their parents' knowledge, sadness and suicidal plans. The adolescents, who reported that their parents understand them, know where they are in their free time and feel discrimination showed fewer sexual beginning. *Conclusions:* The school has to deal with the students questions related to sexuality and healthy lifestyle the early as possible, in a way to prepare them for their sexual initiation and a life with more quality.

Keywords: Adolescent, Sexual behavior, Adolescent behavior, School.

Introdução

A adolescência é definida como um período da vida entre 10 e 19 anos, quando o jovem vivencia inúmeras transformações do ponto de vista físico e psicológico (Yahzlle, 2006). No Brasil, os adolescentes correspondem a 20,8% da população geral (IBGE, 2001).

A análise do perfil de morbidade deste grupo populacional revela a presença de doenças crônicas, como a obesidade; transtornos psicossociais, como a depressão; uso de drogas lícitas e ilícitas; doenças sexualmente transmissíveis e problemas relacionados à gravidez, parto e puerpério (IBGE, 2001). Nesse contexto, a primeira relação sexual é considerada um marco na vida do jovem, pois, além de ser um fator importante na passagem para a vida adulta, também o inclui em um grupo de risco para doenças sexualmente transmissíveis, gestações não planejadas, complicações na gestação e no parto, e abortos (Gravena, Paula, Marcon, Carvalho & Pelloso, 2013).

No Brasil, 30,5% dos adolescentes já tiveram relação sexual alguma vez. Os meninos relataram mais início de atividade sexual do que as meninas e também a idade da iniciação foi mais precoce (16,2 anos) quando comparados com as meninas (17,9 anos) (Campos, Schall & Nogueira, 2013). A idade da iniciação sexual na adolescência é muito variável entre os países. No mundo, os adolescentes têm a primeira relação sexual, em média, aos 17,3 anos e as mulheres tornam-se sexualmente ativas mais cedo (Ferreira & Torgal, 2011).

Vários fatores determinam a tomada de decisão em iniciar a vida sexual ou adia-la para um momento considerado mais adequado. Por essa razão, a forma como tem ocorrido entre homens e mulheres, nos diferentes grupos sociais ou gerações, não é homogênea. No Brasil, 20,3% da fecundidade total está concentrada no grupo de mulheres com menos de sete anos de estudo e com idades entre 15 e 19 anos (IBGE, 2010). Em função disso, o início da vida sexual e as informações disponíveis aos jovens são de extrema relevância.

A maioria dos jovens que se iniciou sexualmente já fez uso de maconha ou bebida alcoólica, sendo que a chance de ter a primeira relação sexual é maior em adolescentes usuários de drogas (França, 2008). A estrutura familiar também está associada à iniciação sexual; jovens que vivem com apenas um dos pais têm maior propensão a iniciar-se sexualmente do que os que vivem com os dois pais (Upchurch, Levy-Storms, Sucoff & Aneshensel, 1998). As consequências dessa iniciação precoce, como gestação e DSTs, são problemas de saúde pública. Além disso, as intercorrências na gestação têm maior incidência entre as adolescentes por ser uma população mais vulnerável à ocorrência de problemas como a síndrome hipertensiva específica da gestação, a falta de informação e a dificuldade de acesso ao sistema de saúde (Silva, Santos, Nascimento & Fonteles, 2010).

Neste contexto, as escolas exercem papel fundamental na transmissão de informações sobre comportamentos de risco e as suas consequências. Em função disso, este trabalho teve como objetivo estudar o início de vida sexual e os fatores associados em escolares do oitavo ano da rede pública de Porto Velho em 2010, visando fornecer informações para a realização de programas de promoção da saúde dos jovens.

Materiais e métodos

O presente trabalho faz parte de um estudo maior, com delineamento transversal, que avaliou a saúde do escolar da rede pública da região Norte do Brasil. Para este

trabalho, foram utilizados os dados referentes ao município de Porto Velho-RO, coletados em 2010.

O município apresentava, na área urbana, uma população de 4667 escolares matriculados no oitavo ano, distribuídos em 47 escolas e 150 turmas, no ano de 2009. Para o cálculo amostral, tomou-se como ponto de partida esse número; uma estimativa de prevalência de 50% para os desfechos de interesse do estudo maior; um erro máximo tolerado de +4% e um nível de confiança de 95%. Considerando que o delineamento do estudo é transversal, aplicou-se um efeito de delineamento de 1,5, acrescido de 25% de sujeitos para repor possíveis perdas, totalizando 994 escolares. Para a obtenção desses escolares, foi utilizada uma amostragem por conglomerado, estratificada por região administrativa do município.

O número sorteado de alunos em cada região foi proporcional ao número existente na região em relação ao total matriculado no município. Foram sorteadas tantas turmas quantas necessárias para a obtenção do número estipulado, considerando-se a turma como um conglomerado.

Os critérios de inclusão foram estar matriculado nas escolas públicas sorteadas e aceitar participar do estudo. De um total de 1075 alunos sorteados, foram perdidos 244, totalizando uma amostra de 831 escolares. Essa perda de 22,7% foi em decorrência da faltas às aulas, da dificuldade em contatar esses alunos após três tentativas, da transferência para outras escolas e da não entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Antes do início da coleta de dados, foi realizada reunião com a comunidade escolar (pais, alunos, funcionários, professores e equipe diretiva) para explicar a pesquisa e distribuir os termos de consentimento aos responsáveis. Após, para o registro da antropometria, foi utilizada uma ficha coletiva (por turma/escola) para a anotação do peso, altura, sexo, cor da pele autorreferida e data de nascimento de cada aluno. O peso e a altura foram obtidos com o mínimo de roupa possível (calcinha, sutiã, cueca e camiseta) em ambiente privado. As técnicas utilizadas foram as recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1995).

Para a classificação do estado nutricional, segundo o índice de massa corporal-IMC, foram utilizadas curvas do *National Center os Health Statistics-NCHS* de acordo com o sexo e a idade em meses dos escolares (Must, Dallal & Dietz, 1991). Foram considerados com baixo peso um índice de massa corporal (IMC) \leq percentil 5; eutrófico, quando os percentis estiveram entre 5 e 85; e com sobrepeso ou obesidade, os com percentil $>$ 85 (Must, Dallal & Dietz, 1991).

Para a avaliação da maturidade sexual, os alunos utilizaram a ficha de Tanner (Tanner, 1981), identificando as imagens que mais correspondem a seus estágios de maturação sexual. Além disso, em sala de aula e com auxílio do professor responsável pela turma, os alunos preencheram o instrumento autoaplicado sobre percepção da imagem corporal, conhecido como *body shape questionnaire – BSQ* (Cooper, 1987). O BSQ é um questionário validado para o português (Conti, Cordás & Latorre, 2009) que é utilizado para avaliar o medo do ganho de peso, a baixa estima relacionada à aparência física, o desejo da perda de peso e a insatisfação com o corpo. A soma dos pontos relacionados a cada uma das 34 perguntas permite a classificação 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 (>140 pontos) (Cooper & Taylor, 1988). A preocupação com a imagem corporal foi categorizada em sim e não.

Também foi utilizado um questionário para avaliar a prática de atividade física baseado no Questionário Internacional de Atividade Física-IPAQ (Pardini, Matsudo, Araújo, Matsudo, Andrade, Braggion, *et al.*, 2001), segundo o qual os jovens que relataram praticar 300 ou mais minutos de atividade semanal foram classificados como fisicamente ativos. Neste mesmo instrumento, foram coletados dados para a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa-ABEP (ABEP, 2008) que dispõe as pessoas em classes econômicas. Em decorrência do pequeno número de escolares na classe A e nenhuma na E, foi necessário reagrupar as categorias da seguinte forma: A+B, C e D.

Por fim, foi utilizado um questionário abrangendo várias temáticas, embasado no baseado no *Global School-Based Student Health Survey* (WHO, s.d.), do qual foram utilizadas as seguintes variáveis: uso na vida de tabaco, álcool e drogas; pais entendem os filhos; pais sabem onde seus filhos estão no seu tempo livre; faltas à escola sem o conhecimento dos pais; número de amigos; sentimento de discriminação; sentimento de tristeza e planejamento suicida. Para a caracterização da amostra quanto à vida sexual, foi investigado o recebimento de orientações sobre gravidez e DSTs na escola, idade de início de vida sexual ativa, número de parceiros, relações sexuais nos últimos 12 meses, uso de método contraceptivo e uso de preservativo. O desfecho “início de vida sexual” foi categorizado em sim e não. Além dessas variáveis, dos outros instrumentos foram utilizadas: sexo, cor da pele autorreferida, faixa etária, classificação econômica, IMC, prática de atividade física, estado nutricional, maturação sexual e preocupação com a imagem corporal. Os dados foram digitados em arquivo no software Epi Info e analisados com o auxílio do software Stata 6.0. As associações foram investigadas com o auxílio da regressão de Cox univariada para obtenção da razão de prevalência, intervalo de confiança de 95%, e teste t Student com um nível de significância de 0,05.

O projeto maior, do qual esse estudo faz parte, foi aprovado pelo Comitê de Ética da ULBRA (nº 2009-251H). Todos os responsáveis pelos escolares que participaram deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Entre os adolescentes estudados, a idade variou de 12 a 19 anos, com uma média de 12,45 anos (DP \pm 2,16). A maioria era do sexo feminino (56,6%), com a cor da pele autodeclarada como não branca (73,8%) e pertencia a classe econômica A ou B (53,4%). Muitos já haviam tido sua primeira relação sexual (25,5%) e a média de idade entre os meninos (\bar{x} = 11,87 anos) foi significativamente menor ($p < 0,001$) do que as meninas (\bar{x} = 13,56 anos). Quanto às orientações recebidas na escola, 90,1% dos jovens relataram já terem recebido informações sobre gestação e 92,8% sobre DSTs (Tabela 1).

No que diz respeito à prática sexual nos últimos 12 meses, foi observada uma diferença significativa ($p < 0,001$) entre meninos (57,3%) e meninas (86,3%), sendo que

essas também utilizaram mais métodos contraceptivos do que os meninos (94,5% x 75,4%, $p < 0,001$). Todos os jovens, que afirmaram usar métodos contraceptivos, utilizaram como um desses o preservativo. A maioria dos adolescentes (57,5%) afirmou ter tido mais de um parceiro (Tabela 1).

Tabela 1 – Variáveis relacionadas ao início da vida sexual, informações sobre gestação e DSTs e uso de métodos contraceptivos entre escolares da rede pública de Porto Velho-RO, em 2010.

VARIÁVEL	N	%
Início da vida sexual		
Não	610	74,5
Sim	212	25,5
Informações sobre gravidez na escola		
Sim	750	90,1
Não	65	7,8
Ignorado	17	2,1
Informações sobre DST na escola		
Sim	772	92,8
Não	45	5,4
Ignorado	15	1,8
Idade de início da vida sexual		
6 anos	5	2,4
7 anos	2	0,9
8 anos	11	5,2
9 anos	6	2,8
10 anos	11	5,2
11 anos	11	5,2
12 anos	39	18,4
13 anos	53	25,0
14 anos	49	23,1
15 anos	20	9,4
16 anos	5	2,4
Relações sexuais nos últimos 12 meses		
Sim	144	67,8
Não	68	32,1
Uso de método preservativo		
Sim	171	81,3
Não	37	17,4
Ignorado	5	2,3
Uso de camisinha		
Sim	171	81,3
Não	37	17,4
Ignorado	5	2,3
Número de parceiros		
1	90	42,5
2 ou 3	60	28,3
4 ou mais	62	29,2

Os jovens do sexo masculino e os nas faixas etárias acima de 14 anos tiveram mais do que o dobro de prevalência de IVS do que seus pares de referência. No que se refere ao estilo de vida, os adolescentes que praticavam 300 minutos ou mais de atividade física diária tiveram 54% mais iniciação sexual quando comparados com os jovens que não tem esse hábito. Além disso, os que fizeram uso de bebidas alcoólicas ou tabaco tiveram, em média, duas vezes mais iniciação sexual. Já os que consumiram drogas ilícitas pelo menos uma vez na vida tiveram 3,4 vezes mais iniciação sexual do que os que nunca tiveram essa experiência. Diferente desses, os jovens preocupados com sua imagem corporal relataram 37% menos iniciação sexual. As variáveis relacionadas ao estado nutricional e maturação sexual não apresentaram associações significativas, assim como a cor da pele e a classificação econômica (Tabela 2).

Tabela 2 – Resultados da regressão de Cox univariada entre início da vida sexual e características demográficas, estilo de vida, estado nutricional, maturidade sexual, percepção da imagem corporal e início de vida sexual em adolescentes escolares da rede pública, Porto Velho, RO, 2010.

Variável análise univariada	Início de vida sexual					
	N	n	%	RP	IC95%	p
Sexo						
Masculino	366	139	39,0	2,54	1,98 – 3,25	0,000
Feminino	477	73	15,4	1,00	-	-
Cor da pele						
Branco	207	47	26,2	0,89	0,67 – 1,19	0,463
Não Branco	582	148	73,8	1,00	-	-
Classificação econômica						
A+B	444	108	53,4	1,00	-	-
C	364	97	43,7	1,10	0,86 – 1,39	0,426
D+E	24	6	2,9	1,01	0,49 – 2,07	0,960
Faixa etária						
< 14 anos	141	18	12,8	1,00	-	-
14 a 15 anos	595	144	24,5	1,91	1,21 – 3,02	0,005
≥ 16 anos	104	50	50,5	3,93	2,46 – 6,35	0,000
Atividade física						
> 300 minutos	439	133	30,7	1,54	1,20 – 1,96	0,001
≤ 300 minutos	393	78	20,0	1,00	-	-
Uso de álcool na vida						
Não	419	64	15,3	1,00	-	-
Sim	413	148	35,8	2,34	1,80 – 3,03	0,000
Uso de fumo na vida						
Não	686	135	19,7	1,00	-	-
Sim	146	77	52,7	2,67	2,15 – 3,31	0,000
Uso de drogas ilícitas						
Não	788	178	22,6	1,00	-	-
Sim	44	34	77,3	3,41	2,78 – 4,19	0,000

Variável análise univariada	Início de vida sexual					
	N	n	%	RP	IC95%	p
Estado nutricional						
Eutrófico	477	128	27,1	1,00	-	-
Risco/Desnutrido	164	36	22,4	0,82	0,59 – 1,13	0,243
Sobrepeso/Obeso	148	31	20,9	0,77	0,54 – 1,09	0,144
Preocupação com imagem corporal						
Sim	183	32	27,8	0,63	0,45 – 0,88	0,008
Não	648	178	17,6	1,00	-	-
Maturação sexual						
Estágio 1+2	27	2	7,7	1,00	-	-
Estágio 3	113	18	15,9	2,07	0,51 – 8,38	0,308
Estágio 4+5	649	175	27,3	3,54	0,92 – 13,51	0,064

Em relação às características psicofamiliares (Tabela 3), das sete variáveis investigadas, apenas o número de amigos não se associou ao desfecho. Os adolescentes que faltaram às aulas sem o conhecimento dos pais tiveram duas vezes mais iniciação sexual do que os que não o fizeram. Diferente desses, os que se sentiam compreendidos pelos pais e cujos pais sabiam onde o filho estava no seu tempo livre relataram, respectivamente, 41% e 42% menos iniciação sexual. Da mesma forma, os jovens que se sentiam discriminados tiveram uma prevalência do desfecho 57% menor. Também foi encontrado que os adolescentes que se sentiam tristes tiveram 48% mais iniciação sexual, assim como os que planejaram suicídio no último ano tiveram o dobro da frequência que os seus pares de referência.

Tabela 3 – Resultados da regressão de Cox univariada entre início da vida sexual e características psicofamiliares em adolescentes escolares da rede pública, Porto Velho, RO, 2010.

Variável análise univariada	Início de vida sexual					
	N	n	%	RP	IC95%	p
Número de amigos						
≥ 3	645	163	25,3	1,00	-	-
2	105	30	28,6	1,12	0,81 – 1,57	0,472
≤ 1	81	19	23,5	0,92	0,61 – 1,40	0,720
Falta às aulas sem conhecimento dos pais						
Não	634	129	20,3	1,00	-	-
Sim	196	82	42,0	2,06	1,64 – 2,58	0,000
Pais entendem						
Nunca/quase nunca	501	151	30,2	1,00	-	-
Sempre/quase sempre	326	59	18,1	0,59	0,45 – 0,78	0,000
Pais sabem onde estão no tempo livre						
Nunca/quase nunca	268	95	35,6	1,00	0,46 – 0,73	0,000
Sempre/quase sempre	559	116	20,7	0,58	0,46 – 0,73	0,000

Variável análise univariada	Início de vida sexual					
	N	n	%	RP	IC95%	p
Sentimento de discriminação						
Não	692	186	26,9	1,00	-	-
Sim	112	13	11,6	0,43	0,25 – 0,72	0,002
Sentimento de tristeza						
Não	591	132	22,4	1,00	-	-
Sim	413	148	35,8	2,34	1,80 – 3,03	0,000
Planejamento suicida						
Não	686	135	19,7	1,00	-	-
Sim	237	79	33,3	1,48	1,17 – 1,88	0,001
Uso de drogas ilícitas						
Não	740	173	23,4	1,00	-	-
Sim	79	37	46,8	2,00	1,52 – 2,61	0,000

Discussão

A iniciação sexual na adolescência tem ocorrido cada vez mais precocemente. Pesquisa realizada pela UNESCO com crianças e adolescentes de escolas do ensino fundamental e médio, de 13 capitais brasileiras e do Distrito Federal, revelou que, em quase todas as capitais, mais de 10% dos adolescentes, entre 10 e 14 anos, já tiveram uma relação sexual (Castro, Abramovay & Silva, 2004).

Outro estudo realizado com adolescentes do 8º ano do ensino fundamental das capitais brasileiras, em 2009, encontrou que 30,5% dos escolares já tiveram pelo menos uma relação sexual (Campos, Schall & Nogueira, 2013). Entre os de Porto Velho, um em cada quatro já havia iniciado vida sexual ativa e a média de idade foi, cerca de, 12 anos. Em Porto Alegre, a média encontrada foi 14,5 anos (Troncol & Dell’Aglia, 2012). Essa diferença na média de idade de IVS pode estar relacionada com a inclusão de escolares mais velhos na amostra, pois o estudo referido foi realizado com adolescentes da 7ª série até o 2º ano do ensino médio da rede pública de Porto Alegre. Desses, apenas 53% deles afirmaram utilizar camisinha nas relações sexuais (Troncol & Dell’Aglia, 2012). Em Porto Velho, mais que 80% dos escolares relataram ter usado algum método contraceptivo na primeira relação sexual. É possível que este achado tenha sido proporcionado pelas informações oferecidas nas escolas. Esse resultado é semelhante ao encontrado no Rio de Janeiro, onde a prevalência de gestação na adolescência foi mais baixa entre os adolescentes que mencionaram a escola como fonte das primeiras informações sobre reprodução e contracepção (Aquino *et al.*, 2003).

Os meninos relataram um maior número de parceiras sexuais do que as meninas. Sobre essa informação pode ter ocorrido um viés de aferição em função da tendência das meninas em diminuir o número de parceiros e dos meninos a aumentarem, vangloriando-se das suas experiências sexuais. Outra possibilidade é que os adolescentes do sexo masculino tenham, de fato, mais parceiros e as do sexo feminino mantenham relações mais estáveis.

Semelhante à média das capitais brasileiras (Castro, Abramovay & Silva, 2004), nesta pesquisa, os meninos iniciaram suas atividades sexuais antes do que as meninas. Segundo o IBGE, em levantamento realizado em 2010 com estudantes do 9º ano do ensino fundamental, houve uma maior proporção de meninos que já haviam tido a primeira experiência quando comparados com as meninas. Apesar das mudanças sociais, que permitiram que a mulher fosse conquistando maior espaço ao longo dos anos, o fato de os meninos terem IVS antes das meninas é reflexo de uma cultura que ainda os estimula a iniciarem as atividades sexuais enquanto as meninas são desestimuladas. Além disso, um em cada três escolares que já teve a primeira experiência relata que atividade sexual nos últimos 12 meses. Porém, as meninas, após iniciarem as atividades sexuais, mantiveram-se com maior regularidade do que os meninos, provavelmente por se iniciarem com parceiros com quem estabeleceram relações afetivas.

Os escolares entre 14 e 15 anos tiveram duas vezes mais iniciação sexual do que os mais jovens e os entre 16 e 19 anos tiveram quatro vezes mais. Esse achado já era esperado visto que, à medida que os jovens crescem, aumenta a probabilidade de IVS. Conforme observado em outros estudos, a idade foi considerada um fator de risco isolado quando se trata de iniciação sexual (Santelli, Lowry, Brener & Robin, 2000, Upchurch *et al.*, 1998).

Não foi observada associação entre iniciação sexual e inserção econômica. Já na Colômbia, as taxas de fecundidade na adolescência são consideravelmente maiores no grupo de jovens pertencentes às classes baixas quando comparadas as jovens de classe média e alta (Flórez, 2005).

No que se refere ao estilo de vida, os adolescentes fisicamente ativos tiveram mais iniciação sexual quando comparados com os jovens que não têm esse hábito. Da mesma maneira, os jovens não satisfeitos com sua imagem corporal apresentaram menos iniciação sexual. Esses dados parecem estar correlacionados e sugerem que os adolescentes fisicamente ativos são mais satisfeitos com a imagem corporal, provavelmente mais seguros e com maior autoestima. Talvez essas características sejam facilitadoras das relações interpessoais, aumentando as oportunidades de maior intimidade com o parceiro. Por outro lado, a insatisfação com a imagem corporal parece exercer um efeito repressor sobre esses adolescentes em uma sociedade que possui padrões de beleza extremamente rígidos (Furtado, 2009).

Os escolares com contato com bebidas alcoólicas ou tabaco têm, em média, duas vezes mais iniciação sexual. Já os que consumiram drogas ilícitas pelo menos uma vez na vida tiveram três vezes mais iniciação sexual do que os jovens sem essa experiência. Estudos revelaram que a maioria dos adolescentes com iniciação sexual já havia fumado maconha ou ingerido bebida alcoólica. Pesquisa realizada, em 2008, revelou que a chance de ter a primeira relação sexual é maior em adolescentes que tem algum problema com drogas (França, 2008). O abuso dessas substâncias faz com que o juízo crítico dos adolescentes fique prejudicado, torna-os mais vulneráveis ao IVS, além de facilitar a prática sexual desprotegida, aumentando assim o risco de gestações indesejadas e a exposição a doenças sexualmente transmissíveis.

Em Porto Velho, os jovens que tem um bom relacionamento com os pais têm menos iniciação sexual. Da mesma forma, os adolescentes que faltam as aulas sem

o conhecimento dos pais têm duas vezes mais IVS do que os que não o fazem. Esse dado também foi observado em São Paulo, onde os adolescentes que eram mais supervisionados pelos pais tiveram menos iniciação sexual (Borges, Latorre & Schor, 2007).

Os jovens que se sentiam discriminados de alguma forma tiveram menos início da vida sexual. Nesse sentido, a não iniciação sexual parece ser uma das consequências da dificuldade em socializar e criar vínculos afetivos. Os escolares que referiram sentimento de tristeza e planejamento suicida no último ano tiveram mais iniciação sexual. Em função do delineamento utilizado, não é possível afirmar se o início da vida sexual ativa foi causa ou consequência dessa tristeza e planejamento suicida. Esse achado indica a necessidade da realização de pesquisas visando, especificamente, o melhor entendimento da relação entre essas situações e a iniciação sexual.

Considerações finais

O período da adolescência oferece enormes oportunidades para adquirir hábitos de vida mais saudável. Nesse contexto, as escolas exercem um papel fundamental na disseminação de informações sobre comportamentos de risco e as suas consequências. Vale lembrar que a família exerce uma grande influência sobre os adolescentes na formação de opiniões. No entanto, muitos pais ainda ficam reticentes ao abordar temas referentes à sexualidade. Outro agravante é a falta de conhecimento de alguns progenitores e a consequente transmissão de informações distorcidas sobre assuntos relacionados a essa temática.

Mesmo nas escolas, a comunicação informal, muitas vezes equivocada, é passada entre colegas, sendo o que prevalece entre os adolescentes (Aquino *et al.*, 2003). Essa situação determina a necessidade da escola em abordar assuntos referentes à vida sexual precocemente, a fim de preparar os jovens para sua iniciação. Além disso, a associação entre IVS e experiência com drogas lícitas e ilícitas aponta a necessidade de que os programas de promoção da saúde do escolar privilegiem a discussão sobre um estilo de vida mais saudável.

Referências

- ABEP. (2008). Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. Acessado em: <15 de dezembro de 2009> Disponível em: <http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf>.
- Aquino, E. M. L., Heilborn, M. L., Knauth, D., Bozon, M., Almeida, M. C., Araújo, J. & Menezes, G. (2003). Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. Rio de Janeiro: *Cad. Saúde Pública*, 19(1), 377-388.
- 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. Rio de Janeiro* 23(7), 1583-1594.

- Campos, H. M., Schall, V. T. & Nogueira, M. J. (2013). Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: interlocuções com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Saúde debate*, 37(97), 336-346.
- Castro, G. M., Abramovay, M. & Silva, L. B. (2004). *Juventude e Sexualidade*. Brasília: Edição publicada pelo Escritório da UNESCO no Brasil, 1-426.
- Conti, M. A., Cordás, T. A. & Latorre, M. 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. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-494.
- Cooper, P. J. & Taylor, M. J. (1988). Body image disturbance in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153(2), 32-36.
- Ferreira, M. M. S. R. S. & Torgal, M. C. L. F. P. R. (2011). Estilo de vida en la adolescência: Comportamento sexual de los adolescentes portugueses. São Paulo: *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 45(3), 588-594.
- Flórez, C. E. (2005). Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 18(6), 388-402.
- França, M. B. (2008). *Fatores associados à iniciação sexual e reprodutiva na adolescência: um estudo para Belo Horizonte e Recife*. Belo Horizonte. Dissertação [Mestrado] Universidade Federal de Belo Horizonte.
- Furtado, E. R. G. (2009). *Representações sociais do corpo, mídia e atitudes*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Gravena, A. A. F., Paula, M. G., Marcon, S. S., Carvalho, M. D. B. & Pelloso, S. M. (2013) Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. *Acta Paulista de enfermagem*, 26(2), 130-135.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2001). *Censo demográfico*, 2000. Rio de Janeiro: IBGE.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 27. Rio de Janeiro: IBGE.
- Must, A., Dallal, G. E. & Dietz, W. H. (1991). Reference data for obesity: 85th and 95th percentiles of body mass index (wt/ht²) and triceps skinfold thickness. *American Journal of Clinical Nutrition*, 53(4), 839 – 846.
- Pardini, R., Matsudo, S., Araújo, T., Matsudo, V., Andrade, E. & Braggion, G. (2001). Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ – versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. *Rev. Bra. Ciên. e Mov.* 9(3),45-51.
- Santelli, J. S., Lowry, R., Brener, N. & Robin, L. (2000). The association of sexual behaviors with socioeconomic status, family structure and race/ethnicity among US adolescents. *Am J Public Health*, 90(8), 1582-1588.
- Silva, M. P., Santos, A., Nascimento, R. & Fonteles, J. L. (2010). Avaliação das condutas de prevenção da síndrome hipertensiva espe-cífica da gravidez entre adolescentes. *Revista Rene*, 11(4), 57-65.

- Tanner, J. M. A. (1981). *History of the Study of Human Growth*. Cambridge. Cambridge University Press, 397 – 402.
- Troncol, C. B. & Dell’Aglío, D. D. (2012) Caracterização do Comportamento Sexual de Adolescentes: Iniciação Sexual e Gênero. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 5 (2), 254-69.
- Upchurch, D. M., Levy-Storms, L., Sucoff, C. A. & Aneshensel, C. S. (1998) Gender and Ethnic Differences in the Timing Of First Sexual Intercourse. *Family Planning Perspectives*. Los Angeles, 30(3), 121-127.
- World Health Organization. (1995). *Physical status: the use and interpretation of antropometric*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. *Global School-Base Student Health Survey*. Acessado em: <junho de 2009> Disponível em: <<http://www.who.int/chp/gshs/en>>.
- Yahzlle, M. E. H. D. (2006). Gravidez na adolescência. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*, 28(8), 443-455.

Recebido em outubro de 2014

Aceito em abril de 2014

Rafaela Vanzin: Acadêmica do 11º semestre do curso de Medicina – Universidade Luterana do Brasil.

Denise Aerts: Médica, curso de Medicina e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Universidade Luterana do Brasil.

Gehysa Alves: Socióloga, curso de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Universidade Luterana do Brasil.

Sheila Câmara: Psicóloga, curso de Psicologia e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Universidade Luterana do Brasil. Departamento de Psicologia – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Lilian Palazzo: Médica, curso de Enfermagem – Universidade Luterana do Brasil.

Eliane Elicker: Docente do Departamento de Educação Física Instituto Luterano de Ensino Superior de Porto Velho (ILES/ULBRA/Porto Velho – RO).

Leila Aparecida Evangelista: Docente do Departamento de Educação Física Instituto Luterano de Ensino Superior de Porto Velho (ILES/ULBRA/Porto Velho – RO).

Manoel L. Neto: Docentes do Departamento de Educação Física Instituto Luterano de Ensino Superior de Porto Velho (ILES/ULBRA/Porto Velho – RO).

Endereço para contato: rafavanzin@gmail.com