



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E
COMUNIDADE



LAYANNE LIMA MONTE

**COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO DE ADOLESCENTES
ESCOLARES NO BRASIL: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS**

TERESINA
2022

LAYANNE LIMA MONTE

**COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO DE ADOLESCENTES
ESCOLARES NO BRASIL: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Alberto Pereira Madeiro

Área de Concentração: Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Saúde na Escola

TERESINA
2022

Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do CCS
Serviço de Processamento Técnico

M772c

Monte, Layanne Lima.

Comportamento sexual de risco de adolescentes escolares no Brasil : prevalência e fatores associados / Layanne Lima Monte. -- Teresina, 2022.

99 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, 2022.

Orientação : Prof. Dr. Alberto Pereira Madeiro.

Bibliografia

1. Saúde do Adolescente. 2. Comportamento sexual. 3. Parceiros sexuais. 4. Preservativos. I. Madeiro, Alberto Pereira. II. Título.

CDD 613.907 1

Elaborada por Fabíola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014

LAYANNE LIMA MONTE

**COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO DE ADOLESCENTES
ESCOLARES NO BRASIL: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde e Comunidade.

Orientador: Prof. Dr. Alberto Pereira Madeiro.

Área de concentração: Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Saúde na Escola

Teresina, 24 de novembro de 2022

BANCA EXAMINADORA

Presidente/Orientador: Prof. Dr. Alberto Pereira Madeiro
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

1ª Examinadora: Profa. Dra. Elyrose Sousa Brito Rocha (externo)
Universidade Estadual do Piauí (UESPI)

2ª Examinadora: Profa. Dra. Andréa Cronemberger Rufino (interno)
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Examinadora suplente: Profa. Dra. Malvina Thais Pacheco Rodrigues (interno)
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

RESUMO

Introdução: A adolescência se caracteriza por ser uma fase de intensas transformações nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. É nessa fase da vida vivenciam a iniciação sexual que aliada à falta de informações, pode levar esses jovens à prática de comportamento sexual de risco. **Objetivos:** caracterizar o comportamento sexual de risco de adolescentes escolares do Brasil e identificar os fatores a ele associados. **Métodos:** Trata-se de pesquisa transversal e analítica, tendo como cenário o Brasil, as cinco regiões e 26 estados, além do Distrito Federal. Os dados são secundários, oriundos da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar, edição 2015, cuja população foi composta por escolares matriculados e frequentando escolas públicas e privadas, do 6º ano do ensino fundamental ao 3º ano do ensino médio. A variável dependente foi o comportamento sexual de risco (CSR), caracterizado pelo não uso de preservativo na última relação sexual e dois ou mais parceiros sexuais ao longo da vida. Já as variáveis independentes foram sociodemográficas, práticas de comportamento de risco, características de saúde sexual e reprodutiva, de saúde mental e de sociabilidade, orientações na escola e autoimagem corporal. Empregou-se o teste do qui-quadrado para avaliar eventuais diferenças de proporções. A associação entre as variáveis independentes e dependente foi expressa em razões de prevalências ajustadas (RP_{aj}), com intervalos de confiança de 95% (IC95%). A análise multivariada, por meio da regressão de Poisson, foi realizada com hierarquização das variáveis independentes em blocos. **Resultados:** Houve prevalência de CSR de 19% no país, com os maiores percentuais nas regiões Sudeste (21,2%), Nordeste (19,2%) e Norte (19,1%) e nos estados de São Paulo (23,4%), Pará (22,2%) e Bahia (21,7%). O CSR foi associado com o sexo masculino ($RP_{aj}=1,17$; IC95% 1,10-1,29), com a prática de *bullying* ($RP_{aj}= 1,51$; IC95% 1,39-1,62), ter tido primeira relação sexual com idade de 9 anos ou menos ($RP_{aj}= 2,67$; IC95% 1,64-3,01), ter vivenciado a gravidez na adolescência ($RP_{aj}= 1,68$; IC95% 1,34-1,98) ou ter sido vítima de violência sexual ($RP_{aj}= 1,42$; IC95% 1,18-1,86), além de ter usado drogas ilícitas ($RP_{aj}= 1,67$; IC95% 1,21-2,01), cigarro ($RP_{aj}= 1,58$; IC 1,33-1,76) e bebidas alcoólicas ($RP_{aj}=1,52$; IC95% 1,32-1,96). Em contrapartida, observou-se menor prevalência de CSR entre os adolescentes que moravam com mãe e/ou pai ($RP_{aj}=0,82$; IC95% 0,71-0,95), que receberam orientações sobre prevenção de gravidez ($RP_{aj}= 0,80$; IC95% 0,72-0,90) e entre aqueles que usaram preservativo na primeira relação sexual ($RP_{aj}=0,26$; IC95% 0,23-0,35). **Conclusões:** Os dados apontam alta prevalência de CSR entre adolescentes escolares no Brasil, notadamente nas regiões e estados com os piores índices socioeconômicos. Variáveis socioeconômicas, de saúde sexual e reprodutiva, de comportamentos de risco, assim como a vivência de violência sexual e de *bullying* demonstraram associação ao desfecho. Há necessidade de planejamento e implementação de políticas e programas que visem à redução desses índices e que possibilitem a vivência da sexualidade entre adolescentes de forma plena e saudável no país.

Palavras-chaves: Saúde do Adolescente. Comportamento sexual. Parceiros sexuais. Preservativos.

ABSTRACT

Introduction: Adolescence is characterized by being a phase of intense changes in biological, psychological and social aspects. It is at this stage of life that they experience sexual initiation, which, combined with the lack of information, can lead these young people to practice risky sexual behavior. **Objectives:** to characterize the risky sexual behavior of school adolescents in Brazil and to identify the factors associated with it. **Methods:** This is a cross-sectional and analytical research, having as a scenario Brazil, the five regions and 26 states, in addition to the Federal District. The data are secondary, from the National School Health Survey, 2015 edition, whose population was composed of students enrolled and attending public and private schools, from the 6th grade of elementary school to the 3rd year of high school. The dependent variable was risky sexual behavior (CSR), characterized by not using a condom at the last sexual intercourse and having two or more sexual partners throughout life. The independent variables were sociodemographic, risk behavior practices, characteristics of sexual and reproductive health, mental health and sociability, school orientation and body self-image. The chi-square test was used to assess possible differences in proportions. The association between the independent and dependent variables was expressed in adjusted prevalence ratios (APRj), with 95% confidence intervals (95%CI). Multivariate analysis, using Poisson regression, was performed with a hierarchy of independent variables in blocks. **Results:** There was a prevalence of CSR of 19% in the country, with the highest percentages in the Southeast (21.2%), Northeast (19.2%) and North (19.1%) and in the states of São Paulo (23.4%), Pará (22.2%) and Bahia (21.7%). CSR was associated with being male (PRaj=1.17; 95%CI 1.10-1.29), with bullying (PRaj=1.51; 95%CI 1.39-1.62), having had first sexual intercourse at the age of 9 years or younger (PRaj= 2.67; 95%CI 1.64-3.01), having experienced pregnancy in adolescence (PRaj= 1.68; 95%CI 1.34-1.98) or having been a victim of sexual violence (PRaj= 1.42; 95%CI 1.18-1.86), in addition to having used illicit drugs (PRaj= 1.67; 95%CI 1.21-2.01), cigarettes (PRaj=1.58%; CI 1.33-1.76) and alcoholic beverages (PRaj=1.52; CI95% 1.32-1.96). On the other hand, a lower prevalence of CSR was observed among adolescents who lived with their mother and/or father (PRaj=0.82; 95%CI 0.71-0.95), who received guidance on pregnancy prevention (RPaj= 0.80; 95%CI 0.72-0.90) and among those who used a condom at the first sexual intercourse (PRaj=0.26; 95%CI 0.23-0.35). **Conclusions:** The data point to a high prevalence of CSR among school adolescents in Brazil, especially in regions and states with the worst socioeconomic indices. Socioeconomic, sexual and reproductive health variables, risk behaviors, as well as the experience of sexual violence and bullying showed an association with the outcome. There is a need to plan and implement policies and programs aimed at reducing these rates and enabling adolescents to experience sexuality in a full and healthy way in the country.

Keywords: Adolescent Health. Sexual behavior. Sexual partners. Condoms.

LISTA DE SIGLAS

ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC95%	Intervalo de Confiança de 95%
IMC	Índice de Massa Corporal
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Educacionais
Anísio Teixeira	
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
RPbr	Razão de Prevalência brutas
RPaj	Razão de Prevalência ajustada

LISTA DE FIGURA

Figura 1. Modelo hierarquizado para comportamento sexual de risco entre adolescentes.....	24
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo geral	11
2.1 Objetivos específicos	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO	12
3.1 Adolescência: definições e características	12
3.2 Direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes	13
3.3 Iniciação sexual de adolescentes: características e implicações	15
3.4 Comportamentos sexuais de risco em adolescentes	18
4 MÉTODOS	21
4.1 Desenho do estudo.....	21
4.2 Local do estudo.....	21
4.3 População e amostra	22
4.4 Coleta de dados/instrumentos de pesquisa.....	23
4.5 Variáveis e categorias	23
4.6 Análise dos dados	25
4.7 Aspectos éticos	28
5 RESULTADOS	29
6 DISCUSSÃO	44
7 CONCLUSÕES	57
REFERÊNCIAS	58
ANEXO A	67
ANEXO B	74

1 INTRODUÇÃO

A adolescência se caracteriza por ser uma fase de intensas transformações nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. É um período em que os jovens vivenciam diversas mudanças no corpo e nas interações sociais que culminam no despertar de novos interesses, marcada ainda pela busca de autonomia em decisões, emoções e ações. Nesta fase, os jovens vivenciam mais fortemente a sua sexualidade, com maior possibilidade de exposição a diversas violências e a comportamentos de risco, com destaque para o consumo de álcool e drogas ilícitas, susceptibilidade às infecções sexualmente transmissíveis (IST) e à gravidez não planejada (OPAS, 2017).

Sendo a adolescência a fase em que há experimentação das primeiras práticas sexuais, necessita de muita atenção e deve ser foco de políticas, programas e práticas na área de saúde. Dados brasileiros indicam que 28% dos jovens têm a primeira relação sexual na adolescência, podendo chegar até 56,4% entre aqueles com 17 anos ou mais. Essa prevalência ocorre de forma heterogênea nas diversas regiões do país, sendo a região Norte aquela onde os jovens iniciam a vida sexual mais precocemente. O início da atividade sexual pode ser influenciado por características de gênero e aspectos sociais, tendo em vista que é mais frequente no sexo masculino e entre estudantes de escolas públicas (BORGES *et al.*, 2016).

A iniciação sexual precoce, aliada à falta de informações, pode levar esses jovens à prática de comportamento sexual de risco. Apesar de existirem várias definições para este, uma das mais empregadas no âmbito acadêmico é a associação da prática sexual sem preservativo com o número de parceiros sexuais igual ou superior a dois (PIMENTEL *et al.*, 2013; LIMA *et al.*, 2017; LIMA *et al.*, 2019). Sua prevalência no país é de aproximadamente 12% entre adolescentes, sendo mais evidente entre jovens de pele não branca, com estrutura familiar não tradicional, cujo núcleo familiar não é composto pela figura materna e paterna, e entre aqueles com pouca idade (NEVES *et al.*, 2017).

O uso de preservativos entre os jovens ainda é uma preocupação no Brasil. Há dados que apontam que apenas 60,7% utilizaram esse método na sua primeira relação sexual. Dentre os fatores apontados por adolescentes para o não uso do preservativo estão a diminuição do prazer sexual, a confiança no parceiro (especialmente entre mulheres casadas), não possuir o preservativo no momento da

prática sexual e a iniciação sexual precoce (notadamente entre aqueles menores de 15 anos) (GUTIERREZ *et al.*, 2019).

Sabe-se que o não uso de preservativo entre os jovens pode acarretar desfechos negativos, com destaque para a gravidez precoce, quase sempre não planejada. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que utilizou informações de Registro Civil do ano de 2018, ocorreram 414.866 partos de adolescentes entre 15 e 19 anos no Brasil, o que representa 14% de todos os nascimentos ocorridos no período (IBGE, 2019a). No país, cerca de 2% das adolescentes engravidam logo na primeira relação sexual e 77% destas gestações terminam em abortos (MIRANDA *et al.*, 2018).

Embora ainda seja considerado alarmante o número de adolescentes que engravidam no Brasil, estudos apontam para redução deste índice nas últimas duas décadas. Entre eles, pode-se citar a pesquisa realizada por Monteiro *et al.* (2019), que avaliou a tendência da gravidez na adolescência no período compreendido entre 2006 e 2015. Este estudo mostrou decréscimo de 14% de nascimentos oriundos de jovens entre 15 e 19 anos e de 3% na faixa etária de 10 a 14 anos. Os percentuais exibiram queda ainda maior naquelas regiões com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais alto, tais como Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

Além da gravidez precoce, a prática de sexo desprotegido pode acarretar IST. Notadamente em países em desenvolvimento, estas infecções contribuem para o aumento da morbimortalidade em todas as regiões do mundo, causando sobrecarga nos serviços de saúde, atingindo a saúde de recém-nascidos e crianças, determinando lesões precursoras malignas e facilitando a transmissão de outros patógenos, tais como o vírus da imunodeficiência humana - HIV (OMS, 2016). No Brasil, é difícil determinar a verdadeira situação epidemiológica das IST, porque a maioria delas não é de notificação compulsória e pelo fato de existirem escassos estudos de base populacional que determinem melhor sua prevalência (BRASIL, 2020b).

Vários países têm vivenciado crescente aumento nos números de IST em adolescentes. Dados dos Estados Unidos evidenciam que os adolescentes já figuram como a faixa etária mais acometida por infecções de *Chlamydia trachomatis* (4,1% em meninas e 15,3% em meninos), *Neisseria gonorrhoeae* (11,3%), como também de sífilis (24,5%). Essas IST são mais prevalentes entre a população negra, hispânica e de descendência indígena, assim como entre homens

que fazem sexo com homens (SHANNON; KLAUSNER, 2019). Já no Brasil, um estudo em 2018 com 8.562 jovens sexualmente ativos entre 16 e 25 anos das 26 capitais e do Distrito Federal demonstrou prevalência de IST de 12%. Além disso, houve associação com características sociais e comportamentais, tais como o consumo de álcool e drogas ilícitas, práticas sexuais que não a vaginal, número elevado de parceiros, relações homossexuais masculinas e baixa escolaridade (WENDLAND *et al.*, 2018).

Há consenso que a ampla compreensão sobre aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes permite melhor oferta de estratégias para evitar desfechos negativos. Apesar de existirem publicações sobre o tema no país, estas possuem lacunas e fragilidades, como prevalência de estudos com amostragens pequenas e representativas apenas de municípios e/ou estados isolados (SASAKI *et al.*, 2015; NEVES *et al.*, 2017). Tal fato impossibilita a análise comparativa entre as diversas regiões, necessária em um país de dimensões continentais e pluriculturais. Nos últimos anos, houve poucos estudos de base populacional, de âmbito nacional, que utilizaram dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar - PeNSE (WOOLLEY; MACINKO, 2019) e do Estudo dos Riscos Cardiovasculares em Adolescentes - ERICA (BORGES *et al.*, 2016), ambos de base escolar.

Os estudos de âmbito nacional apresentam grande ênfase no que se refere à utilização de variáveis sociodemográficas e de saúde sexual para verificar associação com o comportamento sexual de risco (GONÇALVES *et al.*, 2015; SPINOLA; BERIA; SCHERMAN, 2017; WOOLLEY; MACINKO, 2019; ARRUDA *et al.*, 2020). Outras variáveis, que podem influenciar nesse comportamento, tal como a autoimagem e a composição corporal, são pouco estudadas no país e apresentaram resultados divergentes entre si, assim como com a literatura internacional. Ao avaliar a associação entre sobrepeso e obesidade com comportamento sexual de risco em adolescentes, Lima *et al.* (2019) não demonstraram associação estatística entre as variáveis. Já o estudo de Sasaki *et al.* (2015) demonstrou que aqueles que se julgavam gordos/muito gordos tiveram menor prevalência de relações sexuais. Dados internacionais, embora não tendo investigado adolescentes, mostraram resultados diferentes. Grabovac *et al.* (2020) pesquisaram a associação entre índice de massa corporal (IMC), atividade física e

de lazer com a atividade sexual e identificaram que o excesso de peso foi associado com maior chance de atividade sexual frequente.

Além disso, aspectos relacionados às relações interpessoais e comportamentos antissociais, já investigados em adolescentes em outros países quanto à sua associação com o comportamento sexual de risco, ainda não foram avaliados no Brasil. Não ter amigos próximos na escola (PELTZER, 2010; PELTZER; PENGPID, 2016) associou-se ao comportamento sexual de risco, embora com associação estatística não muito forte. Esses resultados vão ao encontro de um estudo que examinou a relação entre comportamento sexual de risco em adolescentes e vitimização por *bullying* em 53 países e demonstrou que sofrer algum tipo de vitimização aumenta em mais de duas vezes a probabilidade de ter prática sexual sem preservativo e com múltiplos parceiros ao longo da vida (SMITH *et al.*, 2020).

Diante do exposto, e amparado pela hipótese de alta prevalência de comportamento sexual de risco entre os adolescentes, este estudo objetivou caracterizar o comportamento sexual de risco entre os adolescentes escolares do Brasil e identificar os fatores a ele associados.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o comportamento sexual de risco de adolescentes escolares no Brasil.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Determinar a prevalência do comportamento sexual de risco de adolescentes escolares no Brasil, regiões e estados.

2.2.2 Caracterizar os fatores associados ao comportamento sexual de risco de escolares adolescentes no país.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Adolescência: definições e características

A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza a adolescência como o período de transição entre a infância e a idade adulta, compreendendo a faixa etária que vai dos 10 aos 19 anos. Esta fase se configura como um período de transição de fundamental importância na vida dos seres humanos, marcado por crescimento físico e desenvolvimento acelerados, que culminam com intensas transformações e que tem como marco inicial o surgimento de características puberais. Além das transformações físicas e sexuais, esta fase também é marcada por intensas mudanças sociais, tais como a busca pela independência financeira, o desenvolvimento da identidade e das funções da vida adulta (OMS, 2021).

Já a Organização das Nações Unidas (ONU) define juventude como a faixa etária de indivíduos entre 15 e 24 anos. Assim como a OMS, também caracteriza essa fase como um período de transição entre infância e idade adulta, porém abrange mais características no que se refere aos contextos sociocultural, político e econômico. Há ênfase, ainda, nas implicações das escolhas realizadas pelos jovens nesta fase como fatores que poderão ampliar ou limitar suas possibilidades na vida adulta. A ONU considera até mesmo a utilização dos dois termos - adolescência e juventude - para caracterizar os múltiplos tipos de comportamento, de hábitos e de condutas desta fase da vida (UNVPA, 2010).

O Brasil possui legislação própria sobre o tema. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído no país pela lei nº 8.069 de 13 de junho de 1990, considera adolescente o indivíduo na faixa etária de 12 a 18 anos. Este estatuto define os direitos fundamentais de crianças e adolescentes de forma a assegurar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, assim como o dever da família, da comunidade, da sociedade e do poder público para a efetivação destes direitos em plenas condições de liberdade e dignidade. O ECA considera a infância e a adolescência fases peculiares do desenvolvimento e que merecem cuidados especiais (BRASIL, 1990).

Mais do que um marco etário do desenvolvimento, a adolescência é considerada por alguns estudiosos como uma construção social. As exigências e os comportamentos típicos desta fase são determinados a partir de variáveis que são

específicas de cada cultura e de diferentes épocas, onde os jovens buscam a aceitação dos direitos e deveres do indivíduo adulto. Essa visão contemporânea e ocidental do entendimento da adolescência é alicerçada nos estudos da antropologia social e permite um olhar completamente novo sobre o tema. Dois pontos são considerados principais, como o entendimento da adolescência como fase que não necessariamente necessita ser turbulenta e que as características psicossociais desta fase não são universais (SCHOEN-FERREIRA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2010).

Julgada por muito tempo como período de instabilidade, de crises, de busca por emancipação e independência e, ainda, de abandono da infância e da busca da identidade adulta, é uma fase em que os adolescentes procuram se cercar de amigos e conviver em grupos. Além disso, se antes foi conceituada como mero rito de passagem, atualmente o que se busca é o reconhecimento desta fase como momento único, legítimo e oportuno para expressão e construção de identidades, influenciada por condicionantes sociais e históricos de cada época. Dessa forma, a adolescência não é mais vista como uma fase da vida passiva, que visa apenas a chegada à vida adulta, mas sim um período de novos significados, de protagonismo e produção de cultura (QUIROGA; VITALLE, 2013).

É também na adolescência que ocorre a puberdade, caracterizada pelo amadurecimento das características sexuais, que culmina com a intensificação de questões relacionadas à sexualidade, conduzindo o adolescente a comportamentos que o introduzem na vida social adulta, tais como a vivência da primeira relação sexual. A partir desse momento, os adolescentes estão mais propensos à gravidez não desejada ou a IST, se não utilizarem preservativos. Esse fato demanda a necessidade de promoção de orientações, com informações amplamente abrangentes sobre o tema de saúde sexual e reprodutiva (SPINOLA; BERIA; SCHERMANN, 2017).

3.2 Direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes

A Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento, realizada em 1994 no Cairo, Egito, foi um marco na alteração do paradigma sobre a saúde sexual e direitos reprodutivos. Houve mudança do foco, até então direcionado ao controle do crescimento demográfico, considerado como condição

imprescindível para superação de problemas econômicos e sociais dos países. A partir de então, as atenções foram orientadas para o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos e, portanto, imprescindíveis para o alcance da igualdade entre homens e mulheres (ONU, 1994)

Foi também nesta Conferência que se definiu, pela primeira vez, o conceito de saúde reprodutiva como sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos” (ONU, 1994). A consequência dessa definição é a garantia para que as pessoas possam exercer sua capacidade de reprodução e o comprometimento de como e quantas vezes queiram fazê-la de forma livre (ONU, 1994).

Em consonância com essas definições e orientações, o Brasil publicou em 1996 a Lei n. 9.263, que trata sobre o planejamento familiar, estabelecendo penalidades ao seu descumprimento e versando sobre outras providências sobre o tema. Segundo esta legislação, o planejamento familiar se configura como o conjunto de ações destinada a todos os cidadãos, seja elas preventivas, educativas ou de garantia de meios métodos e técnicas, que regulam a fecundidade, permitindo à mulher, ao homem ou ao casal a garantia da constituição, limitação ou aumento da prole, respeitando os princípios da universalização do acesso aos meios e técnicas e a integralidade dos cuidados aos indivíduos (BRASIL, 1996).

Desta forma, ao se discutir saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, deve-se reconhecer inicialmente esses jovens como sujeitos de direitos e não apenas agentes passivos da intervenção do estado, da família e da sociedade. O ECA foi um marco histórico na garantia e na defesa dessas prerrogativas (BRASIL, 1990). O artigo 1º desta lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, tornando indispensável o respeito e o cumprimento de assuntos relacionados à sexualidade. Por sua vez, no artigo 8º é assegurado às mulheres adolescentes o acesso a políticas e a programas de planejamento reprodutivo, gravidez, parto e puerpério. Porém, mesmo com esse avanço, o ECA ainda é insuficiente por não trazer nenhum capítulo ou parágrafo que verse especificamente sobre sexualidade (MORAES; VITALLE, 2012).

A partir desta concepção, crianças e adolescentes são considerados indivíduos que estão em processo de amadurecimento físico e psicológico, envolvendo diversas dimensões da vida, indo desde a construção da autonomia até

aos cuidados de controle sobre o corpo e sobre a sexualidade (CABRAL; BRANDÃO, 2020). A escola ocupa papel fundamental na garantia e orientações quanto à saúde sexual e reprodutiva nos diversos aspectos, uma vez que o amadurecimento corporal ocasionado pelos hormônios da adolescência coincide com o período escolar. Neste ambiente, torna-se relevante discutir temas sobre orientação sexual de jovens, tais como gravidez na adolescência e IST, que poderiam impactar na redução da escolaridade e no aumento do desemprego e do abandono de menores (ALMEIDA *et al.*, 2017).

Nesse sentido, no ano de 2007 foi instituído o Programa Saúde na Escola, uma estratégia integrada entre o Ministério da Saúde e da Educação. O intuito seria ampliar ações de saúde voltadas aos estudantes das escolas públicas, tendo como uma de suas áreas prioritárias a promoção da saúde sexual e reprodutiva dos discentes (BRASIL, 2007). Ainda nessa perspectiva da escola como espaço promotor e de garantia de direitos sexuais e reprodutivos, merece destaque a Lei 6.202 de 1975, que atribuiu à aluna o direito aos exercícios domiciliares a partir do 8º mês de gestação (BRASIL, 1975). Além disso, também deve ser mencionado o Projeto de Lei 2.350 de 2015, já aprovado pela Câmara dos Deputados, que estendeu esse período para 6 meses (BRASIL, 2015) e a criação da Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, instituído pela Lei 13.798 de janeiro de 2019 (BRASIL, 2019).

3.3 Iniciação sexual de adolescentes: características e implicações

Embora as taxas de iniciação sexual em adolescentes sejam consideravelmente altas, estas vem apresentando tendência de redução no Brasil. Um estudo realizado com dados da PeNSE demonstrou que, no ano de 2015, cerca de 27,5% dos adolescentes já tiveram a primeira relação sexual, uma redução de 3% quando comparado ao ano de 2009, que evidenciou prevalência de 30,5%. Os meninos apresentaram piores avaliações quando comparados às meninas, com maior prevalência de iniciação sexual, menor uso de preservativo na primeira relação, menor uso de métodos contraceptivos com o intuito de evitar gravidez e número de parceiros sexuais mais elevado (FELISBINO-MENDES *et al.*, 2018).

Resultados semelhantes foram encontrados por Maranhão *et al.* (2017) na cidade de Teresina, capital do Piauí. A idade na primeira relação entre os jovens

investigados variou de 9 a 19 anos, ocorrendo em média por volta dos 15 anos. Cerca de 38% das mulheres relataram que o primeiro coito ocorreu entre 16 e 17 anos. As variáveis associadas à iniciação sexual foram baixa escolaridade, menarca precoce, longo tempo de namoro com o primeiro parceiro sexual e ter tido orientação sexual na escola. A idade da primeira relação sexual apresentou correlação negativa com o número de parceiros e a gravidez entre meninas, demonstrando que quanto mais cedo a idade da primeira relação sexual, maiores seriam o número de gestações e de parceiros sexuais.

A iniciação sexual, muitas vezes desinformada, expõe essa população a uma série de implicações, merecendo destaque a gravidez não planejada. Dados mundiais indicam que aproximadamente 16 milhões de adolescentes com idades entre 15 e 19 anos dão à luz por ano, o que representa 11% de todos os nascimentos. Muitos fatores estão envolvidos na gênese da gravidez na adolescência, tais como a pressão social para que meninas se casem e tenham filhos cedo, limitadas perspectivas relacionadas à educação e ao emprego, falta de conhecimento sobre métodos contraceptivos e exposição à violência sexual, onde jovens vivenciam o sexo sem consentimento ou sob coerção (OMS, 2012).

A gravidez na adolescência se configura como um grave problema de saúde pública, tendo sua maior prevalência em países em desenvolvimento, que são responsáveis por aproximadamente 95% dos nascimentos de crianças de mães desta faixa etária. A gravidez nesta fase da vida pode trazer uma série de implicações negativas à saúde não só destas mulheres como também dos seus filhos. Recém-nascidos de mães adolescentes possuem maior risco de nascimentos com baixo peso (assim como sua manutenção no longo prazo) e taxas mais elevadas de mortes perinatais, que são 50% maiores entre os filhos de mães com menos de 20 anos quando comparadas aos nascimentos de crianças de mães de 20 a 29 anos (OMS, 2012).

No Brasil, no ano de 2014, a taxa bruta de fecundidade na adolescência foi de 65,1 por mil mulheres entre 15 e 19 anos. Essas taxas foram expressivamente maiores nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste e menores nas regiões Sul e Sudeste. As taxas de gravidez na adolescência foram mais elevadas nos municípios que apresentaram maior proporção de famílias com baixa renda familiar *per capita*, com menor proporção de consultas de pré-natal de mulheres de 15 a 19 anos e com baixas coberturas da Estratégia de Saúde da Família. Por outro lado, foram menores

nos municípios com melhor índice de Gini, naqueles com maior densidade demográfica e entre adolescentes que apresentavam escolaridade maior que 8 anos de estudo (NASCIMENTO *et al.*, 2021).

Como já especificado, as iniquidades sociais são fatores importantes na causalidade e na prevalência da gravidez na adolescência, assim como fator significativo para seu desfecho. Dados do Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas, que congrega dados de todos os países sul-americanos, Costa Rica e República Dominicana, demonstraram que as maiores frequências de eventos perinatais adversos, como baixo peso ao nascer, prematuridade e restrição do crescimento intrauterino, foram observadas entre as mães adolescentes com baixa escolaridade (RATOWIECKI *et al.*, 2020).

Além da gravidez na adolescência, a iniciação sexual nesta fase da vida coloca essa população em situação de vulnerabilidade às IST. No mundo, todo ano são registrados cerca de 357 milhões de casos de IST curáveis, tais como infecção por clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase. A prevalência de IST virais também é alta, uma vez que aproximadamente 417 milhões de pessoas estão contaminadas com herpes simples tipo 2 e existem cerca de 291 milhões de mulheres infectadas com o papilomavírus humano (HPV). A distribuição destas IST ocorre de forma heterogênea entre as regiões do globo e diferentes grupos populacionais, afetando indiscriminadamente a saúde de crianças, adolescentes e adultos (OMS, 2016).

Um estudo realizado em Medellín, Colômbia, identificou alta prevalência de IST entre adolescentes. Dos 569 estudantes investigados verificou-se prevalência, entre as mulheres, de HPV em 28,1% delas e 11,4% de *C. trachomatis*. Já entre os homens se observou uretrite não gonocócica em 6,2%. Os principais fatores associados foram relações sexuais antes dos 15 anos, não utilizar camisinha ou não ter utilizado na última relação, falta de conhecimentos adequados sobre saúde sexual, ter tido relações com múltiplos parceiros, ter relações sexuais com parceiros com diferenças de idade de 10 anos ou mais e prática de relações sexuais homoafetivas (VILLEGAS-CASTAÑO; TAMAYO-ACEVEDO, 2016).

No Brasil, a identificação de sua prevalência é pouco conhecida, uma vez que apenas algumas IST são de notificação compulsória, sendo elas a sífilis em gestantes, a sífilis adquirida, as infecções pelo HIV em gestantes, parturientes, puérperas e crianças expostas e os casos de AIDS. Aliado a isso, existem poucos estudos de base populacional sobre essas doenças. Há três grandes pesquisas, de

iniciativa governamental, sobre o tema: o estudo sobre prevalências e frequências relativas de IST em populações selecionadas de seis capitais brasileiras com dados de 2005 e publicado em 2008 (BRASIL, 2008b); o Estudo POP Brasil, uma pesquisa epidemiológica sobre a prevalência nacional do HPV (ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO, 2020); e o SenGono, que testou a resistência da gonorréia no Brasil (BAZZO *et al.*, 2018). Nenhum destes estudos, porém, categorizou os dados por faixa etária, o que impossibilita a definição do seu comportamento entre os adolescentes.

3.4 Comportamento sexual de risco em adolescentes

O comportamento sexual dos adolescentes é um tema bastante estudado na literatura internacional e nacional, sendo um problema de saúde comum a vários países e que demanda atenção de pesquisadores, do poder público, da sociedade e das famílias. Existem muitas definições para o comportamento sexual de risco (PIMENTEL *et al.*, 2013; LIMA *et al.*, 2017; LIMA *et al.*, 2019), sendo uma das mais utilizadas a que considera a associação da prática sexual com dois ou mais parceiros ao não uso do preservativo. Levando em consideração esse conceito, sua prevalência é de aproximadamente 12% entre adolescentes brasileiros (NEVES *et al.*, 2017). Resultado semelhante foi observado em Portugal entre 2002 e 2014, com demonstração que 12% das adolescentes sexualmente ativas informaram que elas ou seus parceiros sexuais não utilizaram preservativo na última relação sexual, configurando como comportamento sexual de alto risco (REIS *et al.*, 2018). Já no México, cerca de 19% das meninas e 22% dos meninos apresentaram práticas sexuais de risco (CASTILHO-ARCOS; KANTUN-MARIN; MASS GONGORA, 2020).

Vários fatores se associam à prática de sexo desprotegido. Há consenso na literatura que contextos familiares, escolares e econômicos vulneráveis associam-se fortemente ao sexo sem proteção (MOURA *et al.*, 2018). Estudos nacionais e internacionais evidenciaram comportamento sexual de risco associado ao sexo masculino (CASTILLO; KANTUN-MARTÍN; GONGORA, 2020) ou feminino (VIEIRA *et al.*, 2021), à idade menor ou igual a 13 anos, a ter cor da pele não branca, a não morar com ambos os pais ou não possuir supervisão frequente dos mesmos (NEVES *et al.*, 2017), a pertencer a famílias menos abastadas

(WOOLLEY; MACINKO, 2019), a possuir mães com escolaridade até o ensino médio incompleto ou inferior, além do consumo de álcool (MOLA *et al.*, 2017). Outras variáveis que demonstraram associação positiva foram a ausência de conhecimentos adequados sobre saúde sexual e a prática de relações sexuais entre casais não heterossexuais (VILLEGAS-CASTAÑO; TAMAYO-ACEVEDO, 2016).

Além do já mencionado, outras variáveis têm sido consideradas e investigadas quanto à associação com o comportamento sexual de risco no Brasil e no mundo. Uma delas se refere à autoimagem corporal. Entre esses, destaca-se o estudo brasileiro realizado por Lima *et al.* (2019) na cidade de Petrolina, Pernambuco, com 1.226 adolescentes com idade entre 12 e 17 anos, avaliando escolaridade da mãe, IMC, percepção de peso corpóreo, número de parceiros durante a vida e a violência por parceiros íntimos. Os dados mostraram que a única variável que permaneceu associada com comportamento sexual de risco foi o número de parceiros. Já o estudo de Sasaki *et al.* (2015), realizado em Goiânia, Goiás, identificou que os adolescentes que se julgavam gordos e muito gordos apresentaram menor chance de início da prática sexual. De forma diversa, o estudo realizado por Grabovac *et al.* (2020), nos EUA, embora realizado com adultos, teve como objetivo avaliar a associação entre atividade física, comportamento sedentário e peso com a prática sexual e número de parceiros, sendo demonstrado que o excesso de peso se associou à prática sexual mais frequente.

Outras variáveis que têm ganhado atenção nos últimos anos referem-se à sociabilidade e saúde mental dos adolescentes. Um desses estudos foi realizado em 8 países africanos e contou com a participação de 10.070 jovens com 15 anos, tendo como objetivo avaliar a iniciação sexual precoce. Foi caracterizado que não ter amigos próximos aumentou a chance de iniciação sexual precoce em meninas, embora com associação estatística não muito forte (PELTZER, 2010). Achados similares foram encontrados em um estudo nas Ilhas do Pacífico Sul. Esta pesquisa identificou que o sofrimento mental, a falta de amigos íntimos e a evasão escolar estavam associados a vários comportamentos sexuais de risco entre os adolescentes (PELTZER; PENGPID, 2016). Dados de adolescentes entre 12 e 15 anos de 53 países mostraram que sofrer vitimização por *bullying* aumenta a probabilidade em 2,08 vezes de ter relações sexuais, em 1,72 de não usar preservativos e em 1,70 de ter múltiplos parceiros sexuais (SMITH *et al.*, 2020).

Por fim, deve ser destacada a possível associação do comportamento sexual de risco com o antecedente de violência sexual. Um estudo realizado na cidade de Pittsburgh, Estados Unidos, com 2.450 meninas com idade de 13 a 15 anos demonstrou que ter sido vítima de assédio sexual nessa fase da vida aumenta em 21% a propensão de ter múltiplos parceiros sexuais e de contrair alguma IST no início da vida adulta. Isso as coloca em situação de comportamento sexual de alto risco, podendo afetar fortemente sua saúde sexual e reprodutiva (NORCOTT *et al.*, 2021).

4 MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de estudo observacional, transversal e analítico. Os estudos observacionais são aqueles onde o pesquisador não atua na aplicação da intervenção, apenas observando e coletando informações de interesse do estudo, com posterior análise. A abordagem transversal, por sua vez, configura-se como ferramenta muito utilizada para descrever características de uma população, com especial função de identificar grupos e fatores de risco e, por isso, é comumente empregada para o planejamento e ações em saúde (BASTOS; DUQUIA, 2007).

Este projeto de pesquisa utilizou dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), edição de 2015. A PeNSE é um estudo que objetiva conhecer e dimensionar os fatores de risco e proteção relacionados à saúde dos adolescentes. A pesquisa é realizada com periodicidade eventual e teve sua primeira edição no ano de 2009, com repetição em 2012. A edição de 2015 foi realizada a partir de um convênio celebrado entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Ministério da Saúde, com apoio do Ministério da Educação (IBGE, 2016).

4.2 Local do estudo

Este estudo teve como cenário o Brasil, as cinco regiões e os 26 estados, além do Distrito Federal. De acordo com o último Censo Demográfico, realizado no ano de 2010, o país possuía população de 190.775.799 habitantes. Além disso, havia maior prevalência de mulheres em relação aos homens, numa relação de 96 homens a cada 100 mulheres. As regiões mais populosas continuaram sendo Sudeste, Nordeste, Sul e Centro-Oeste, nesta ordem de importância (IBGE, 2011).

Em relação à idade, os Censos das duas últimas décadas têm demonstrado mudanças na pirâmide etária da população residente no país. Pode-se observar estreitamento da base, ao mesmo tempo em que o ápice se torna cada vez mais largo. Essas alterações são fruto tanto da diminuição dos níveis de fecundidade quanto da queda da taxa de mortalidade, o que determina desaceleração no

crescimento populacional de jovens e adolescentes, ao passo que outros grupos etários vêm aumentando, em especial os idosos (IBGE, 2011).

No país, havia população residente estimada de 15.534.788 jovens na faixa etária de 10 a 15 anos e aproximadamente 16.623.017 entre 15 e 19 anos (IBGE, 2013). No que se refere à inserção destes jovens na educação básica regular, no ano de 2020 o Brasil contabilizou 11.928.415 matrículas no ensino fundamental maior (que compreende as séries do 6º ao 9º ano) e 7.461.486 matrículas no ensino médio, apenas nas séries de 1º, 2º e 3º ano, não considerando neste total os alunos de Educação de Jovens e Adultos, da Educação Técnica e Profissionalizante, assim como alunos do 4º ano do ensino médio (INEP, 2020).

4.3 População e amostra

A população deste estudo foi composta por escolares matriculados e regularmente frequentando escolas públicas e privadas no Brasil. A edição de 2015 da PeNSE contou com ampliação e duas amostras distintas, diferente das edições anteriores. A amostra 1 incluiu escolares matriculados e frequentando regularmente o 9º ano do ensino fundamental, com abrangência para o Brasil, grandes regiões, unidades da federação e municípios das capitais. Já a amostra 2 foi composta por escolares de 13 a 17 anos matriculados e frequentando regularmente turmas do 6º ano do ensino fundamental ao 3º ano do ensino médio, com abrangência geográfica para Brasil e grandes regiões.

Os critérios de inclusão para definição da amostra foram: ser aluno do ensino fundamental regular e ensino médio; de escolas listadas no Censo Escolar de 2013 com no mínimo 15 alunos; e estar matriculado nas etapas do ensino correspondente a cada amostra. Para a definição da amostra 1 foram incluídos apenas escolares nos turnos matutino e vespertino, enquanto para a amostra 2 foram considerados escolares dos três turnos, matutino, vespertino e noturno. Além disso, foram incluídos todos os alunos que aceitaram participar da pesquisa e responderam às perguntas referentes ao sexo e idade.

Foram excluídos do cadastro de seleção para composição da amostra 1 escolas com menos de 15 alunos matriculados no 9º ano do ensino fundamental em 2013, assim como os estudantes do turno noturno. Para a definição da amostra 2 foram excluídos os escolares do turno noturno da faixa etária de 16 e 17 anos (uma

vez que uma quantidade expressiva de escolares nessa faixa etária estuda no turno noturno) e as seguintes etapas e modalidades de ensino médio: Educação de Jovens e Adultos, Educação Profissional Concomitante, Educação Profissional Subsequente, Educação Profissional Mista, 4º ano do ensino médio regular, integrado ou normal/magistério.

4.4 Coleta de dados/instrumento de pesquisa

A pesquisa foi composta por dois instrumentos de coleta de dados. O primeiro diz respeito ao questionário referente à escola, sendo a entrevista realizada por um técnico do IBGE e respondido pelo diretor da unidade escolar ou alguém por ele designado (ANEXO A). O segundo instrumento, por sua vez, foi o questionário (ANEXO B) destinado à coleta dos dados dos estudantes, disponibilizados por meio de *smartphones*, permitindo que os próprios alunos registrassem suas respostas através do aparelho. Nesta pesquisa serão utilizados dados do questionário destinado à escola e aos alunos. No questionário da escola foi utilizada apenas a variável dependência administrativa (se pública ou privada).

A técnica utilizada para a coleta de dados dos alunos foi a entrevista pessoal assistida por computador e o instrumento empregado foi um questionário eletrônico autopreenchido pelos escolares. A coleta dos dados se iniciou em 08 de abril e se encerrou no dia 30 de setembro de 2015.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, foram coletados 102.301 questionários referentes à amostra 1 e, destes, 102.072 foram considerados válidos. Já na amostra 2 foram 16.608, sendo considerado válidos 16.556.

4.5 Variáveis e categorias

4.5.1 Variável dependente

Este estudo teve como variável dependente o comportamento sexual de risco. Considerou-se como comportamento sexual de risco o não uso de preservativo na última relação sexual e ter número de parceiros sexuais maior ou igual a 2. As categorias foram: sim; não; não se aplica.

4.5.2 Variáveis independentes

4.5.2.1 Características sociodemográficas

- sexo: masculino; feminino;
- cor da pele: branca; preta; amarela; parda; indígena;
- faixa etária (em anos): 11 ou menos; 12-14; 15-18; 19 ou mais;
- ano/série do ensino: 6º ano; 7º ano; 8º ano; 9º ano; 1º ano ensino médio; 2º ano ensino médio; 3º ano ensino médio;
- mora com a mãe e/ou pai: sim; não;
- escolaridade materna: não estudou; ensino fundamental (incompleto/completo); ensino médio (incompleto/completo); ensino superior (incompleto/completo);
- acesso à internet: sim, não.

4.5.2.2 Práticas comportamentais de risco

- uso de cigarro (alguma vez na vida): sim; não;
- uso de bebida alcoólica (alguma vez na vida): sim; não;
- uso de drogas ilícitas (maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança-perfume, ecstasy, oxy/alguma vez na vida): sim; não.

4.5.2.3 Saúde sexual e reprodutiva

- iniciação sexual (se já teve relação sexual alguma vez na vida): sim; não;
- idade na primeira relação sexual (em anos): 9 ou menos; 10-14; 15-18; não se aplica;
- uso de preservativo na primeira relação sexual: sim; não; não se aplica;
- gravidez (se já engravidou alguma vez na vida): sim; não; não se aplica;
- conhecimento sobre vacina contra HPV: sim; não;
- vacina contra HPV (se já foi vacinado contra HPV): sim; não.

4.5.2.4 Saúde mental, sociabilidade e violência

- solidão (frequência que se sentiu sozinho, considerando o período dos últimos 12 meses): não (nunca); sim (raramente; às vezes; na maioria das vezes);
- amigos(as) próximos (em número): nenhum; 1-2; 3 ou mais;

- sofreu *bullying* (esculacharam, zoaram, mangaram, intimidaram ou caçoaram tanto que você ficou magoado, incomodado, aborrecido, ofendido ou humilhado por parte dos seus colegas): não (nunca); sim (raramente; às vezes; na maior parte do tempo; sempre).

- praticou *bullying* (você esculachou, zombou, mangou, intimidou ou caçoou algum de seus colegas da escola tanto que ele ficou magoado, aborrecido, ofendido ou humilhado): sim; não.

- violência sexual (relação sexual forçada alguma vez na vida): sim; não.

4.5.2.5 Orientações na escola

- orientação sobre prevenção de gravidez: sim; não; não sei;

- orientação sobre AIDS ou outras IST: sim; não; não sei;

- orientação sobre como conseguir camisinha (preservativo) gratuitamente: sim; não; não sei;

4.5.2.6 Autoimagem corporal

- satisfação em relação ao corpo: insatisfeito (muito insatisfeito; insatisfeito); indiferente; satisfeito (satisfeito; muito satisfeito);

- percepção corporal (relação com o peso): magro (muito magro; magro); normal; gordo (gordo; muito gordo).

4.5.2.7 Características da escola

- Região geográfica: Norte; Nordeste; Sul; Sudeste; Centro-Oeste.

- Unidade da Federação: Acre; Alagoas; Amapá; Amazonas; Bahia; Ceará; Distrito Federal; Espírito Santo; Goiás; Maranhão; Mato Grosso; Mato Grosso do Sul; Minas Gerais; Pará; Paraíba; Paraná; Pernambuco; Piauí; Rio de Janeiro; Rio Grande do Norte; Rio Grande do Sul; Rondônia; Roraima; Santa Catarina; São Paulo; Sergipe; Tocantins.

- Dependência administrativa: pública; privada.

- Tipo de município: capital; não capital.

4.6 Análise de dados

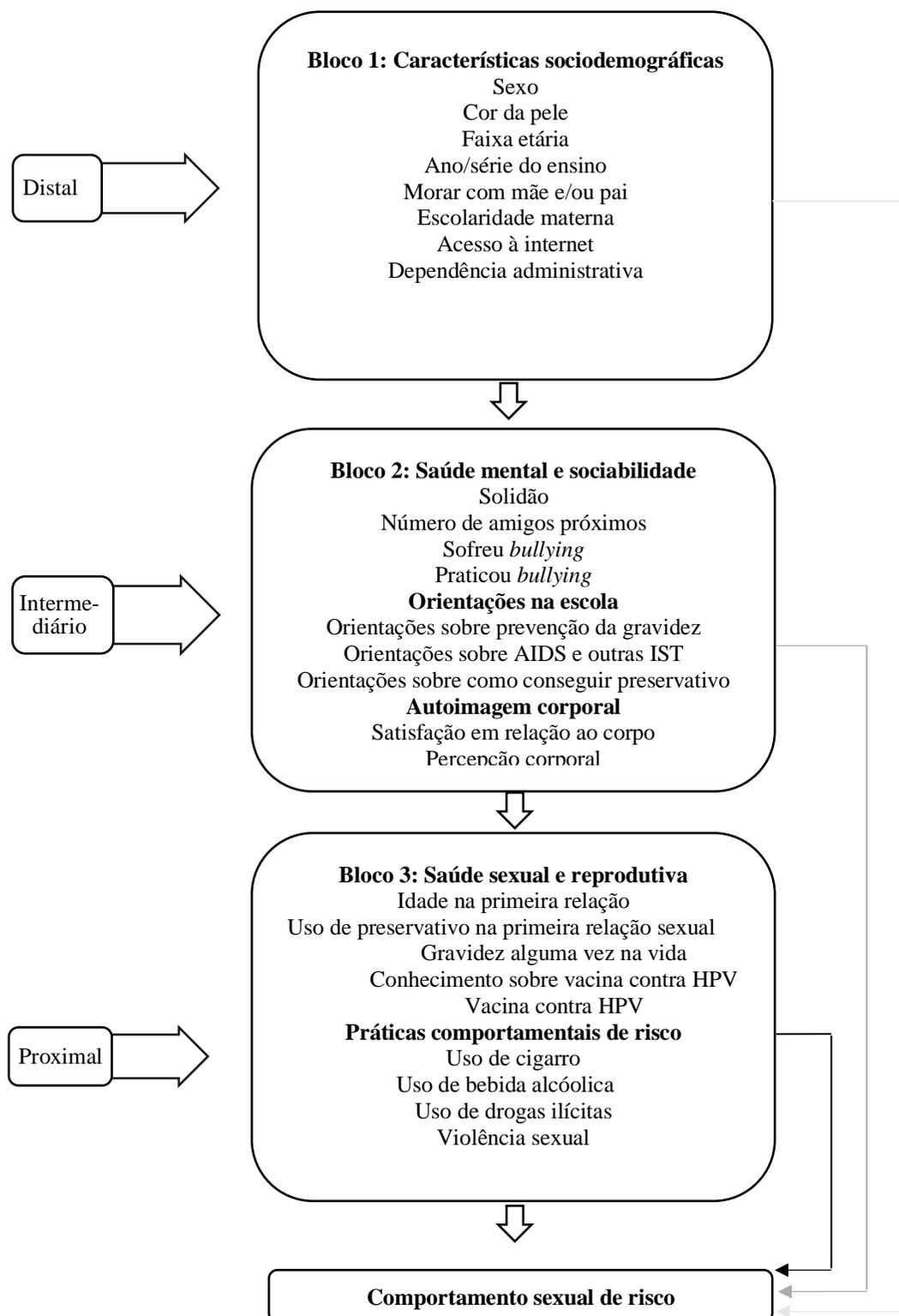
Os dados coletados da PeNSE foram digitados no programa *Microsoft Excel* e, depois, exportados para o programa STATA (versão 14.0 for Windows), no módulo *survey (svy)*, em decorrência da amostragem complexa.

Inicialmente, foi feita análise descritiva das variáveis, com frequências absolutas e percentuais. A seguir, as características do grupo de adolescentes com e sem comportamento sexual de risco foram comparadas, utilizando-se o teste do qui-quadrado (com nível de significância estatística de 5%/ $p < 0,05$) para testar eventuais diferenças de proporções. A avaliação da associação entre as variáveis independentes e dependentes foi expressa em valores de razões de prevalência brutas (RP_{br}) e ajustadas (RP_{aj}), com intervalos de confiança de 95% (IC95%)

A análise multivariada utilizou regressão de Poisson com variância robusta para análise estatística de associação e foi realizada com hierarquização das variáveis independentes. O tratamento hierarquizado das variáveis permite identificar quais delas são variáveis de exposição que contribuem para o desfecho. As variáveis foram estruturadas em blocos e hierarquizadas em níveis distal, intermediário e proximal. No distal foram dispostas aquelas com menor proximidade com o desfecho e, no nível proximal, as que interferem fortemente no desfecho (MORAES *et al.*, 2018). Para a hierarquização das variáveis independentes utilizou-se de marco conceitual, sendo mantidas durante toda a análise dos dados. Um aspecto positivo da hierarquização é a utilização do número necessário de variáveis para testar associações entre elas, sem permitir que a análise se sature em decorrência do número elevado de variáveis (FUCHS; VICTORA; FACHEL, 1996).

Para a hierarquização, utilizou-se referenciais teóricos anteriores (BORGES *et al.*, 2016; PELTZER; PENGPID, 2016; NEVES *et al.*, 2017; LIMA *et al.*, 2019; GRABOVAC *et al.*, 2020; SMITH *et al.*, 2020). Desta forma, considerou-se como variáveis de nível distal ao desfecho as características sociodemográficas. Já o intermediário foi composto pelas variáveis relacionadas às orientações na escola, à saúde mental/sociabilidade dos escolares e à autoimagem corporal. Por fim, foram consideradas variáveis proximais as características da saúde sexual e reprodutiva e as práticas comportamentais de risco, conforme descrito abaixo (Figura 1).

Figura 1. Modelo hierarquizado para comportamento sexual de risco entre adolescentes.



Foram incluídas no modelo hierarquizado multivariado todas as variáveis com valor de $p < 0,20$ na análise bivariada. O modelo hierárquico foi realizado

seguindo a direção distal-proximal. Inicialmente, foram incluídas somente as variáveis do nível distal ao desfecho, permanecendo aquelas que apresentaram valor de $p \leq 0,05$. Em seguida, foram incluídas as do nível intermediário, permanecendo as variáveis desse nível que apresentaram valor de $p \leq 0,05$ e ajustadas para as variáveis do nível anterior, realizando-se o mesmo procedimento para o nível proximal. No modelo final, foram consideradas associadas ao comportamento sexual de risco aquelas que apresentarem valor de $p < 0,05$.

4.7 Aspectos éticos

A pesquisa original foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e Conselho Nacional de Saúde (CNS) (relatório 1.006.467 de 30 de março de 2015), atendendo à Resolução do CNS nº 466/2012 (BRASIL, 2012). Sendo assim, este projeto de pesquisa não foi submetido à análise ética de acordo com a Resolução 510/2016 da CONEP, uma vez que pesquisas com dados secundários de domínio público são isentas de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2016a).

Aos participantes da pesquisa e/ou seus responsáveis legais foram apresentados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento para assinatura daqueles que aceitaram participar da pesquisa. A PeNSE apresentou riscos mínimos, caracterizados pela dificuldade/desconforto em responder algumas perguntas sensíveis. Assegurou-se confidencialidade e privacidade, assim como a garantia das informações apenas para finalidades científicas e divulgação pública dos resultados.

Os benefícios foram indiretos, baseados na aquisição de informações que podem auxiliar na construção de políticas públicas voltadas para o público adolescente. O recorte de saúde sexual e reprodutiva poderá ser utilizado para definição de estratégias de prevenção da gravidez na adolescência e de transmissão de IST entre os jovens nas diversas regiões do país.

5 RESULTADOS

Foram entrevistados 102.072 adolescentes. A maior parte deles era do sexo feminino (51,7%), de cor da pele branca (48,3%), com faixa etária entre 12 e 14 anos (67,5%) e residia com a mãe e/ou pai (57,5%). Além disso, a maioria possuía mãe com ensino médio completo ou mais (45,9%), tinha acesso à internet (76,8%) e frequentava o 9º ano do ensino fundamental (98,5%), conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos adolescentes. PeNSE, Brasil, 2015.

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	49.290	48,3
Feminino	52.782	51,7
Cor da pele^a		
Branca	33.775	48,3
Preta	12.849	12,5
Amarela	4.580	4,5
Parda	46.935	45,0
Indígena	3.825	3,8
Faixa etária		
11 ou menos	28	0,03
12 a 14	68.843	67,5
15 a 18	32.629	31,0
19 ou mais	572	0,6
Mora com mãe e/ou pai		
Sim	58.669	57,5
Não	43.403	42,5
Escolaridade materna^b		
Não estudou	5.531	5,4
Ensino fundamental	24.241	23,8
Ensino médio	24.178	23,7
Ensino superior	22.688	22,2
Acesso à internet^c		
Sim	78.395	76,8
Não	23.572	23,1
Ano/série do ensino		
6º/7º ano	80	0,1
8º ano	1,247	1,2
9º ano	100.497	98,5
1º ano ensino médio	124	0,1
2º/3º ano do ensino médio	39	0,1

^aIgnorado: n=108 (0,1%); ^bIgnorado: n=25.434 (24,9%); ^cIgnorado: n=105 (0,1%).

Fonte: PeNSE (2015).

Quanto à localização geográfica, os adolescentes da região Nordeste foram mais frequentes (35,6%), e dentre os estados desta região, a Paraíba apresentou o maior quantitativo de entrevistados (4,7%). Além disso, foram mais frequentes escolares da capital (50,2%) e de instituições públicas (79,5%) (Tabela 2).

Tabela 2. Localização geográfica dos adolescentes e características das escolas. PeNSE, Brasil, 2015.

Variável	N	%
Região geográfica		
Norte	23.937	23,5
Nordeste	36.334	35,6
Sudeste	17.772	17,4
Sul	9.850	9,7
Centro-Oeste	14.179	13,9
Unidade da Federação		
Acre	3.244	3,2
Alagoas	3.381	3,3
Amapá	4.014	3,9
Amazonas	3.357	3,3
Bahia	3.705	3,6
Ceará	3.661	3,6
Distrito Federal	2.521	2,5
Espírito Santo	4.586	4,5
Goiás	5.359	5,3
Maranhão	4.028	4,0
Mato Grosso	3.226	3,2
Mato Grosso do Sul	3.073	3,0
Minas Gerais	5.258	5,2
Pará	3.833	3,8
Paraíba	4.794	4,7
Paraná	3.864	3,8
Pernambuco	4.537	4,4
Piauí	3.888	3,8
Rio de Janeiro	4.251	4,2
Rio Grande do Norte	4.358	4,3
Rio Grande do Sul	2.383	2,3
Rondônia	3.232	3,2
Roraima	3.112	3,1
Santa Catarina	3.603	3,5
São Paulo	3.677	3,6
Sergipe	3.982	3,9
Tocantins	3.145	3,1
Tipo de município		
Capital	51.192	50,2
Não capital	50.880	49,9

Tabela 2. Localização geográfica dos adolescentes e características das escolas. PeNSE, Brasil, 2015. (Continuação)

Variável	N	%
Dependência administrativa		
Pública	81.154	79,5
Privada	20.918	20,5

Fonte: PeNSE (2015)

O consumo de bebida alcoólica foi relatado por pouco mais da metade (51,6%) dos entrevistados. Em contrapartida, foram menos frequentes o uso de cigarro (18,3%) e de drogas ilícitas (8,5%). (Tabela 3).

Tabela 3. Práticas comportamentais de risco dos adolescentes. PeNSE, Brasil, 2015.

Variável	N	%
Uso de cigarro^a		
Sim	18.723	18,3
Não	83.158	81,5
Uso de bebida alcoólica^b		
Sim	52.701	51,6
Não	49.143	48,2
Uso de drogas ilícitas^c		
Sim	8.656	8,5
Não	93.144	91,3

^aIgnorado: n=191 (0,2%); ^bIgnorado: n=228 (0,2%). ^cIgnorado: n=272 (0,3%). Fonte: PeNSE (2015)

A prevalência de iniciação sexual foi de 28,1%, com idade de início mais frequente entre 10 e 14 anos (74,4%). A maioria relatou uso de preservativo na primeira relação (61,3%). No tocante à gravidez, esta foi relatada por 9,4% das entrevistadas. Cabe destacar, também, a alta frequência de conhecimento sobre vacina contra o HPV (88,9%) e de imunização (71,8%). A maior parte dos adolescentes informou ter recebido orientações na escola sobre prevenção de gravidez (83,3%), sobre AIDS/ISTs (90,0%) e sobre como conseguir preservativos (71,9%). Para compor o valor de N em todos da tabela abaixo, excluiu-se as respostas ignoradas, as não aplicáveis e os pulos de questionário, tendo como base de cálculo inicial a população de 102.072 participante. (Tabela 4)

Tabela 4. Características da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. PeNSE, Brasil, 2015.

Variável	n	%
Iniciação sexual (n=101.566)		
Sim	28.577	28,1
Não	72.989	71,9
Idade na primeira relação sexual (n=28.346)		
9 ou menos	1.783	6,3
10-14	21.086	74,4
15-18	5.477	19,3
Uso de preservativo na primeira relação (n=28.466)		
Sim	17.465	61,3
Não	11.001	38,7
Gravidez (n= 10.332)		
Sim	973	9,4
Não	9.359	90,6
Orientação sobre prevenção de gravidez (n=95.574)		
Sim	79.585	83,3
Não	15.989	16,7
Orientação sobre AIDS ou outras IST (97.744)		
Sim	87.973	90,0
Não	9.771	10,0
Orientação sobre como conseguir preservativo (94.595)		
Sim	68.054	71,9
Não	26.541	28,1
Conhecimento sobre vacina contra HPV (n= 101.000)		
Sim	89.810	88,9
Não	11.190	11,1
Vacina contra HPV (n= 52.427)		
Sim	37.667	71,8
Não	14.760	28,2

Fonte: PeNSE (2015)

No que diz respeito à saúde mental e sociabilidade, destacou-se o frequente relato de solidão (65,9%), mesmo diante da maior frequência relatada de maiores números de amigos próximos (3 ou mais) (76,4%). Grande número de escolares evidenciou estar satisfeito com a autoimagem corporal (70,8%), com pouco mais da metade relatando percepção de peso corporal como sendo normal (55,5%). Quanto ao *bullying*, a vitimização foi mais frequente (44,0%) que a sua prática (18,6%). Por sua vez, a vivência de violência sexual foi relatada por 4% dos entrevistados (Tabela 5).

Tabela 5. Características da saúde mental, sociabilidade, violência e percepção corporal de adolescentes. PeNSE, Brasil, 2015.

Variável	N	%
Solidão^a		
Sim	67.307	65,9
Não	34.361	33,7
Amigos(as) próximos^b		
Nenhum	4.179	4,1
1-2	19.439	19,0
3 ou mais	78.020	76,4
Sofreu <i>bullying</i>^c		
Sim	44.921	44,0
Não	56.584	55,4
Praticou <i>bullying</i>^d		
Sim	19.002	18,6
Não	82.595	80,9
Violência sexual^e		
Sim	4.124	4,0
Não	97.176	95,2
Satisfação em relação ao corpo^f		
Insatisfeito	17.973	17,6
Indiferente	10.614	10,4
Satisfeito	72.280	70,8
Percepção corporal^g		
Magro	26.265	25,7
Normal	56.611	55,5
Gordo	18.119	17,7

^aIgnorado: n=404 (0,4%); ^bIgnorado: n=434 (0,4%); ^cIgnorado: n=567 (0,6%); ^dIgnorado: n=475 (0,5%); ^eIgnorado: n=772 (0,8%); ^fIgnorado: n=1.205 (1,2); ^gIgnorado: 1.077 (1,1%).
Fonte: PeNSE (2015).

A prevalência de CSR no Brasil foi de 19,0% (Tabela 6). A região com a maior prevalência de CSR foi a Sudeste (21,2%), tendo a região Sul (15,1%) a menor, conforme Gráfico 1 e Mapa 1. No tocante aos estados (Tabela 6 e Gráfico 2), as maiores prevalências foram identificadas em São Paulo (23,4%), no Pará (22,2%) e na Bahia (21,7%). Em contrapartida, os menores índices foram observados no Rio Grande do Sul (13,6%), no Piauí (15,4%) e em Santa Catarina (15,6%), como observado na Tabela 6 e Gráfico 1.

Tabela 6. Prevalência de comportamento sexual de risco no Brasil e estados. PeNSE, Brasil, 2015.

Variável	N	%
País (n=28.577)		

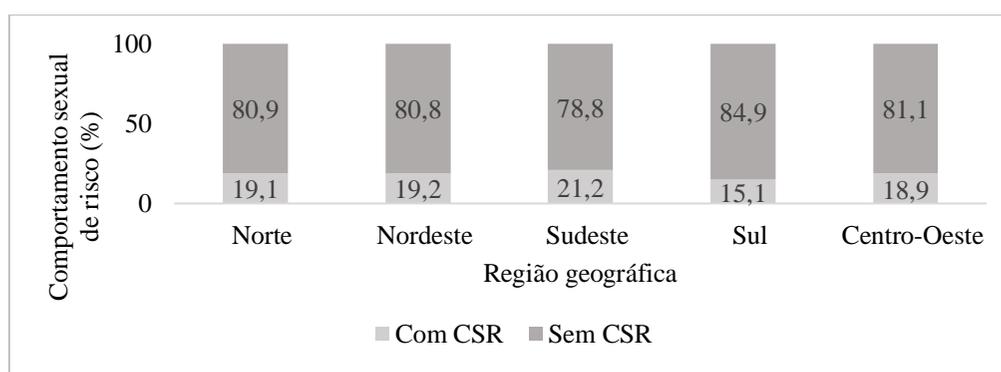
Tabela 6. Prevalência de comportamento sexual de risco no Brasil e estados. PeNSE, Brasil, 2015. Continuação

Variável	N	%
Brasil ^a	5.438	19,0
Unidade da Federação		
Acre	202	17,5
Alagoas	150	20,5
Amapá	277	18,4
Amazonas	225	16,8
Bahia	262	21,7
Ceará	194	20,3
Distrito Federal	120	21,1
Espírito Santo	218	21,6
Goiás	283	18,2
Maranhão	214	19,1
Mato Grosso	181	19,7
Mato Grosso do Sul	183	18,1
Minas Gerais	239	19,8
Pará	263	22,2
Paraíba	205	20,3
Paraná	145	16,0
Pernambuco	182	17,8
Piauí	144	15,4
Rio de Janeiro	260	20,6
Rio Grande do Norte	173	17,1
Rio Grande do Sul	117	13,6
Rondônia	205	19,5
Roraima	280	21,6
Santa Catarina	140	15,6
São Paulo	202	23,4
Sergipe	197	19,9
Tocantins	177	17,7

^a Não se aplica: n=73.495 (72,0%).

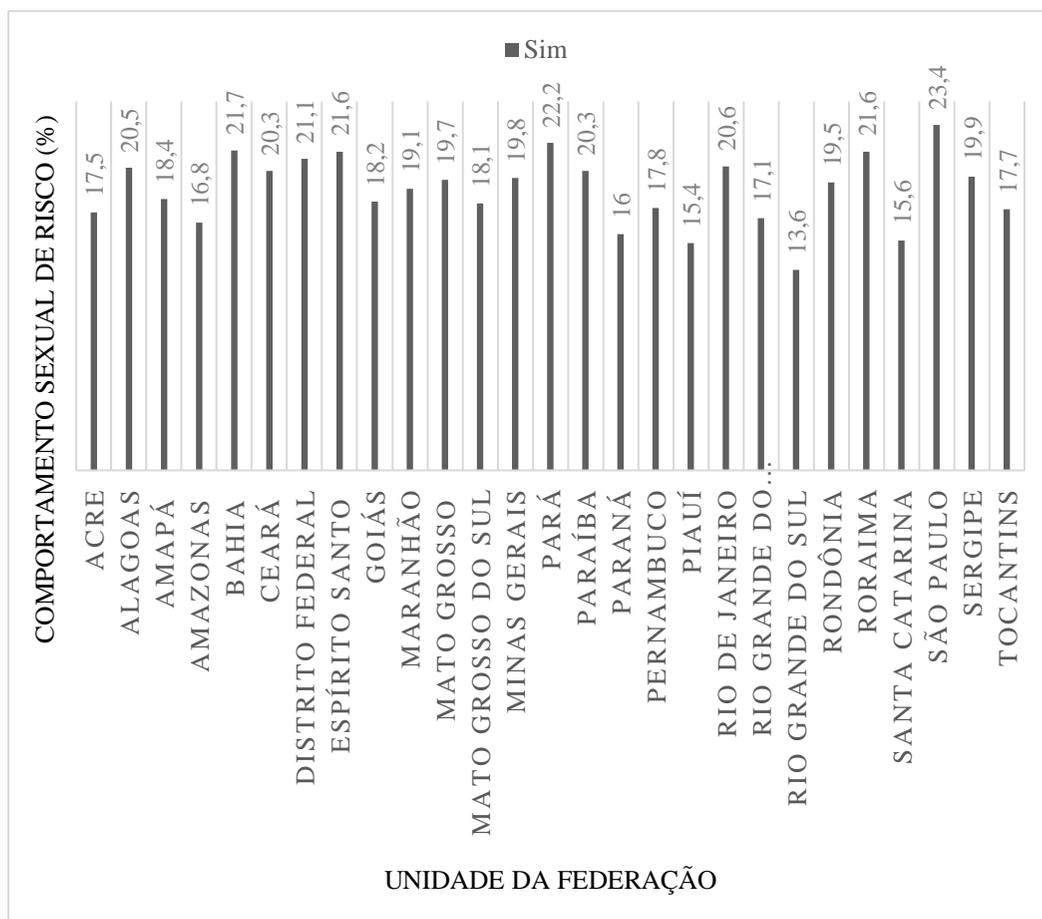
Fonte: PeNSE (2015).

Gráfico 1. Comportamento sexual de risco (%) em adolescentes por regiões



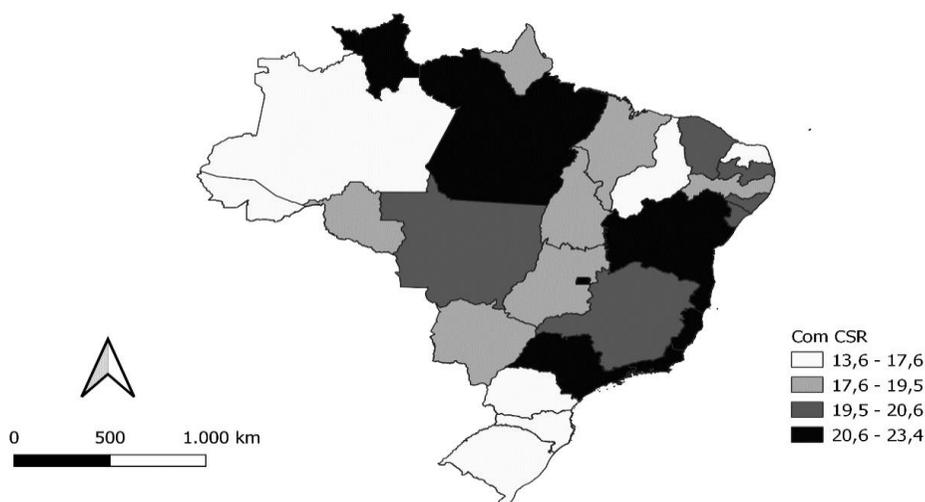
Fonte: PeNSE (2015).

Gráfico 2. Comportamento sexual de risco (%) por estado. PeNSE, Brasil, 2015.



Fonte: PeNSE (2015)

Figura 1. Comportamento Sexual de Risco (%) por estado. PeNSE, Brasil, 2015.



Fonte: PeNSE (2015)

O não uso de preservativo na última relação sexual foi mais prevalente nas regiões Sudeste (31,9%) e Nordeste (30,9%), com os maiores índices em Alagoas (35,0%), Ceará (33,3%), Espírito Santo (33,3) e Paraíba (33,3%). Já a menor prevalência foi observada nas regiões Sul (25,1%) e Norte (27,8%) e nos estados do Rio Grande do Sul (23,1%), Acre (23,2%) e Amazonas (24,5%). Já para o relato de dois ou mais parceiros, observou-se prevalência mais elevada na região Norte (64,3%) e em Roraima (69,8%), Acre (68,4%) e Tocantins (67,7%). Por sua vez, as proporções foram menores nas regiões Sul (56,1%) e Nordeste (58,9%) e nos estados de Santa Catarina (54,2%), Rio Grande do Norte (54,7%) e Paraná (56,2%), conforme Tabela 7.

Tabela 7. Não uso de preservativo na última relação sexual e número de parceiros, por região e Unidade da Federação. PeNSE, Brasil, 2015.

Local	Não uso do preservativo na última relação sexual (%)	2 ou mais parceiros (%)
Região		
Sul	25,1	56,1
Sudeste	31,9	61,9
Centro-Oeste	28,7	63,2
Nordeste	30,9	58,9
Norte	27,8	64,3
Unidade da Federação		
Acre	23,2	68,4
Alagoas	35,0	59,1
Amapá	24,9	67,1
Amazonas	24,5	67,1
Bahia	31,3	65,6
Ceará	33,3	59,3
Distrito Federal	30,1	63,4
Espírito Santo	33,3	61,4
Goiás	28,0	62,8
Maranhão	28,2	65,2
Mato Grosso	29,1	64,7
Mato Grosso do Sul	28,4	62,2
Minas Gerais	29,8	62,2
Pará	31,0	66,1
Paraíba	33,3	59,0
Paraná	27,3	56,2
Pernambuco	29,5	59,7

Tabela 7. Não uso de preservativo na última relação sexual e número de parceiros, por região e Unidade da Federação. PeNSE, Brasil, 2015. (Continuação)

Local	Não uso do preservativo na última relação sexual (%)	2 ou mais parceiros (%)
Piauí	24,9	56,4
Rio de Janeiro	32,1	64,5
Rio Grande do Norte	30,7	54,7
Rio Grande do Sul	23,1	57,9
Rondônia	30,3	65,2
Roraima	30,0	69,8
Santa Catarina	24,8	54,2
São Paulo	32,9	58,4
Sergipe	33,0	49,4
Tocantins	26,0	67,7

Fonte: PeNSE (2015).

A Tabela 8 exibe a análise bivariada entre o comportamento sexual de risco e as características sociodemográficas, evidenciando associação com o sexo masculino ($RP_{br}=1,15$; IC95% 1,09-1,20) e com morar com mãe e/ou pai ($RP_{br}=0,86$; IC95% 0,75-0,94). As demais variáveis não demonstraram associação. No que se refere às características da escola, o comportamento sexual de risco associou-se significativamente às escolas da capital ($RP_{br}=1,11$; IC95% 1,06-1,15) e às públicas ($RP_{br}=1,14$; IC95% 1,04-1,29) (Tabela 8).

Tabela 8. Análise bivariada entre o comportamento sexual de risco e as características sociodemográficas e da escola. PeNSE, Brasil, 2015.

Variáveis	CSR ^a				RP _{br} ^b	IC95% ^c	p ^d
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Sexo							
Masculino	3.636	20,0	14.578	80,0	1,15	1,09-1,20	0,001
Feminino	1.802	17,4	8.561	82,6	1		
Cor da pele/raça							
Branca	1.399	17,2	6.755	82,8	1		
Preta	938	20,8	3.577	79,2	1,20	1,08-1,30	0,841
Amarela	212	18,2	951	81,8	1,05	0,93-1,21	0,231
Parda	2636	19,5	10.856	80,5	1,13	0,99-1,13	0,478
Indígena	248	20,2	980	79,8	1,18	1,04-1,33	0,321
Faixa etária (em anos)							
11 ou menos	4	30,8	9	69,2	1,51	0,60-3,31	0,217

Tabela 8. Análise bivariada entre o comportamento sexual de risco e as características sociodemográficas e da escola. PeNSE, Brasil, 2015. (Continuação)

Variáveis	CSR ^a				RP _{br} ^b	IC95% ^c	p ^d
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
12-14	2.232	17,5	10.490	82,5	0,85	0,68-1,05	0,763
15-18	3.126	20,2	12.343	79,8	0,99	0,81-1,22	0,862
19 ou mais	76	20,4	297	79,6	1		
Mora com a mãe/pai							
Sim	2.419	17,6	11.335	82,4	0,86	0,75-0,94	0,013
Não	3.019	20,4	11.804	79,6	1		
Escolaridade materna							
Não estudou	357	17,1	1.734	82,9	1		
Ensino fundamental	1.497	19,5	6.190	80,5	1,14	0,93-1,16	0,548
Ensino médio	1.294	19,4	5.393	80,6	1,13	0,95-1,13	0,228
Ensino superior	954	18,5	4.207	81,5	1,08	0,97-1,21	0,376
Acesso à internet							
Sim	4.010	19,0	17.076	81,0	0,99	0,94-1,04	0,891
Não	1.426	19,1	6.044	80,9	1		
Ano/série do ensino							
6º a 7º ano	13	36,1	23	63,9	1,54	0,76-3,09	0,871
8º ano	90	19,5	371	80,5	0,84	0,47-1,49	0,864
9º ano	5.314	19,0	22.666	81,0	0,82	0,47-1,41	0,763
1º ano ensino médio	10	21,7	36	78,3	0,94	0,43-2,02	0,763
2º a 3º ano ensino médio	10	23,3	33	76,7	1		
Tipo de município							
Capital	2.783	20,1	11.076	79,9	1,11	1,06-1,15	
Não capital	2.655	18,0	12.063	82,0	1		
Dependência administrativa							
Pública	4.879	19,3	20.392	80,7	1,14	1,04-1,29	0,014
Privada	559	16,9	2.747	83,1	1		

^aCSR: Comportamento sexual de risco; ^bRP_{br}: razão de prevalência bruta; ^cIC95%: intervalo de confiança de 95%; ^dp: teste do qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Os autores (2022).

Houve associação entre o comportamento sexual de risco e o uso de cigarro (RP_{br}=1,84; IC95% 1,70-1,98), o uso de drogas ilícitas (RP_{br}=1,70; IC95% 1,63-1,84) e o consumo de bebidas alcóolicas (RP_{br}=1,65; IC95% 1,52-1,81) (Tabela 9).

Tabela 9. Análise bivariada do comportamento sexual de risco e as práticas comportamentais de risco dos adolescentes. PeNSE, Brasil, 2015.

Variáveis	CSR ^a				RP _{br} ^b	IC95% ^c	p ^d
	Sim		Não				
	N	%	N	%			

Tabela 9. Análise bivariada do comportamento sexual de risco e as práticas comportamentais de risco dos adolescentes. PeNSE, Brasil, 2015. Continuação

Variável	CSR ^a				RP _{br} ^b	IC95% ^c	p ^d
	Sim		Não				
	N	%	N	%			
Uso de cigarro							
Sim	2.964	26,4	8.282	73,6	1,84	1,70-1,98	<0,001
Não	2.467	14,3	14839	85,7	1		
Uso de bebida alcoólica							
Sim	4.614	20,9	17.442	79,1	1,65	1,52-1,81	<0,001
Não	822	12,6	5.680	87,4	1		
Uso de drogas ilícitas							
Sim	1.737	28,2	4.421	71,8	1,70	1,63-1,84	<0,001
Não	3.694	16,5	18.688	83,5	1		

^aCSR: Comportamento sexual de risco; ^bRP_{br}: razão de prevalência bruta; ^cIC95%: intervalo de confiança de 95%; ^dp: teste do qui-quadrado Pearson.

Fonte: Os autores (2022).

No tocante às características relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, a análise bivariada demonstrou associação do CSR com a idade na primeira relação sexual de 9 anos ou menos (RP_{br}=3,00; IC95% 2,65-3,34) e entre 10-14 anos (RP_{br}=1,55; IC95% 1,44-1,67), além do relato de gravidez (RP=2,07; IC95% 1,80-2,21). Observou-se menor prevalência de CSR quando houve uso do preservativo na primeira relação sexual (RP_{br}=0,23; IC95% 0,20-0,26) e quando ocorreu orientação sobre prevenção de gravidez na escola (RP_{br}=0,80; IC95% 0,75-0,85) (Tabela 10).

Tabela 10. Análise bivariada do comportamento sexual de risco e características da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. PeNSE, Brasil, 2015.

Variáveis	CSR ^a				RP _{br} ^b	IC95% ^c	p ^d
	Sim		Não				
	N	%	N	%			
Idade na primeira relação sexual							
9 ou menos	663	37,2	1.120	62,8	3,00	2,65-3,34	<0,001
10-14	4.073	19,3	17.013	80,7	1,55	1,44-1,67	<0,001
15-18	681	12,4	4.796	87,6	1		
Uso de preservativo na primeira relação sexual							
Sim	1.472	8,4	15.993	91,6	0,23	0,20-0,26	<0,001
Não	3.963	36,0	7.038	64,0	1		
Gravidez							
Sim	319	32,8	654	67,2	2,07	1,80-2,21	<0,001
Não	1.482	15,8	7.877	84,2	1		

Tabela 10. Análise bivariada do comportamento sexual de risco e características da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. PeNSE, Brasil, 2015. (Continuação)

Variáveis	CSR ^a				RP _{br} ^b	IC95% ^c	p ^d
	Sim		Não				
	N	%	N	%			
Orientação sobre prevenção de gravidez							
Sim	3.992	18,2	17.895	81,8	0,80	0,75-0,85	<0,001
Não	1.230	22,8	4.160	77,2	1		
Orientação sobre AIDS ou outras IST							
Sim	4.490	18,5	19.814	81,5	0,78	0,71-1,05	0,235
Não	776	23,7	2.505	76,3	1		
Orientação sobre como conseguir preservativo							
Sim	3.956	18,7	17.168	81,3	0,91	0,86-1,02	0,483
Não	1.283	20,5	4.967	79,5	1		
Conhecimento sobre vacina contra HPV							
Sim	4.425	18,5	19.505	81,5	0,83	0,78-1,05	0,281
Não	954	22,3	3.324	77,7	1		
Vacina contra HPV							
Sim	772	13,6	4.921	86,4	0,61	0,55-1,01	0,382
Não	1.019	22,1	3.585	77,9	1		

^aCSR: Comportamento sexual de risco; ^bRP_{br}: razão de prevalência bruta; ^cIC95%: intervalo de confiança de 95%; ^dp: teste do qui-quadrado Pearson.

Fonte: Os autores (2022).

Houve maior prevalência do comportamento sexual nos adolescentes que relataram solidão (RP_{br}=1,20; IC95% 1,14-1,27) e que sofreram (RP_{br}=1,17; IC95% 1,10-1,26) ou praticaram *bullying* (RP_{br}=1,45; IC95% 1,38-1,52). Além disso, identificou-se associação do CSR com a vivência de violência sexual (RP_{br}=1,68; IC95% 1,52-1,82) (Tabela 11).

Tabela 11. Análise bivariada do comportamento sexual de risco e características da saúde mental, sociabilidade, violência e percepção corporal de adolescentes. PeNSE, Brasil, 2015.

Variáveis	CSR ^a				RP _{br} ^b	IC95% ^c	p ^d
	Sim		Não				
	N	%	N	%			
Solidão							
Sim	3.788	20,2	14.964	79,8	1,20	1,14-1,27	<0,001
Não	1.642	16,8	8.130	83,2	1		
Amigos próximos							
Nenhum	321	22,3	1.117	77,7	1,21	0,99-1,28	0,382
1-2	1.184	20,2	4.671	79,8	1,09	0,94-1,20	0,481
3 ou mais	3.924	18,5	17.280	81,5	1		

Tabela 11. Análise bivariada do comportamento sexual de risco e características da saúde mental, sociabilidade, violência e percepção corporal de adolescentes. PeNSE, Brasil, 2015. (Continuação)

Variáveis	CSR ^a				RP _{br} ^b	IC95% ^c	p ^d
	Sim		Não				
	n	%	N	%			
Sofreu <i>bullying</i>							
Sim	2.562	20,7	9.786	79,3	1,17	1,10-1,26	0,013
Não	2.851	17,7	13.245	82,3	1		
Praticou <i>bullying</i>							
Sim	1.941	24,5	5.980	75,5	1,45	1,38-1,52	<0,001
Não	3.487	17,0	17.081	83,0	1		
Violência sexual							
Sim	725	30,3	1.666	69,7	1,68	1,52-1,82	<0,001
Não	4.675	18,0	21.264	82,0	1		
Satisfação em relação ao corpo							
Insatisfeito	1.016	22,3	3.542	77,7	1,01	0,80-1,18	0,543
Satisfeito	3.774	18,0	17.191	82,0	0,82	0,66-1,12	0,291
Indiferente	583	21,9	2.085	78,1	1		
Percepção corporal							
Magro	1.445	20,4	5.629	79,6	1,14	1,02-1,22	0,232
Gordo	961	21,0	3.621	79,0	1,17	1,07-1,21	0,612
Normal	2.976	18,0	13.597	82,0	1		

^aCSR: Comportamento sexual de risco; ^bRP_{br}: razão de prevalência bruta; ^cIC95%: intervalo de confiança de 95%; ^dp: teste do qui-quadrado Pearson.

Fonte: Os autores (2022).

A análise hierarquizada é mostrada na Tabela 12. No modelo foram associadas ao CSR as variáveis sexo, morar com a mãe e/ou pai, tipo de município e dependência administrativa. Já no modelo 2 permaneceram todas as do modelo 1, com adição de solidão, sofrer *bullying*, praticar *bullying* e receber orientações sobre gravidez na escola. No modelo final (modelo 3), após ajustes com as variáveis do modelo 2, houve associação com CSR ser do sexo masculino (RP_{aj}=1,17; IC95% 1,10-1,29), praticar *bullying* (RP_{aj}=1,5; IC95% 1,39-1,62), ter idade na primeira relação sexual de 9 anos ou menos (RP_{aj}=2,67; IC95% 1,64-3,01), ter vivenciado a gravidez na adolescência (RP_{aj}=1,68; IC95% 1,34-1,98) ou ter sido vítima de violência sexual (RP_{aj}=1,68; IC95% 1,52-1,82) e usar drogas ilícitas (RP_{aj}=1,67; IC95% 1,21-2,01), cigarro (RP_{aj}=1,58; IC95% 1,33-1,76) e bebidas alcóolicas (RP_{aj}=1,52; IC95% 1,33-1,76). Ocorreu menor prevalência de CSR quando o adolescente morava com mãe e/ou pai (RP_{aj}=0,82; IC95% 0,71-0,95) e usou preservativo na primeira relação sexual (RP_{aj}=0,26; IC95% 0,23-0,35).

Tabela 12. Análise multivariada e hierarquizada do comportamento sexual de risco. PeNSE, Brasil, 2015.

Variáveis	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	RP _{aj} ^a	IC95% ^b	RP _{aj} ^a	IC95% ^b	RP _{aj} ^a	IC95% ^b
Sexo						
Masculino	1,13	1,06-1,27	1,16	1,09-1,25	1,17	1,10-1,29
Feminino	1		1		1	
Morar com a mãe e/ou pai						
Sim	0,80	0,72-0,94	0,84	0,77-0,96	0,82	0,71-0,95
Não	1		1		1	
Tipo de município						
Capital	1,13	1,04-1,17	1,10	1,03-1,19	1,06	0,95-1,14
Não capital	1		1		1	
Dependência administrativa						
Pública	1,10	1,03-1,27	1,08	1,04-1,29	1,01	0,90-1,20
Privada	1		1			
Solidão						
Sim			1,17	1,07-1,30	1,08	0,97-1,16
Não			1			
Sofrer <i>bullying</i>						
Sim			1,08	1,01-1,19	1,01	0,90-1,21
Não			1			
Praticar <i>bullying</i>						
Sim			1,47	1,38-1,57	1,51	1,39-1,62
Não			1		1	
Orientação sobre prevenção de gravidez						
Sim			0,82	0,69-0,91	0,80	0,72-0,90
Não			1		1	
Idade na primeira relação sexual						
9 ou menos					2,67	1,64-3,01
10-14					1,32	0,96-1,87
15-18					1	
Uso do preservativo na primeira relação sexual						
Sim					0,26	0,23-0,35
Não					1	
Violência sexual						
Sim					1,42	1,18-1,86
Não					1	
Gravidez						
Sim					1,68	1,34-1,98
Não					1	
Uso do cigarro						
Sim					1,58	1,33-1,76
Não					1	
Uso de bebida alcóolica						
Sim					1,52	1,32-1,96
Não					1	
Uso de drogas ilícitas						
Sim					1,67	1,21-2,01

Tabela 12. Análise multivariada e hierarquizada do comportamento sexual de risco. PeNSE, Brasil, 2015. (Continuação)

Variáveis	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	RP _{aj} ^a	IC95% ^b	RP _{aj} ^a	IC95% ^b	RP _{aj} ^a	IC95% ^b
Uso de drogas ilícitas						
Não					1	

^aRP_{aj}: razão de prevalência ajustada; ^bIC95%: Intervalo de confiança de 95%.

Modelo múltiplo: *stepwise backward* (inclusão de $p < 0,20$), Teste de Hosmer-Lemeshow (ajuste do modelo): $p = 0,583$.

Fonte: Os autores (2022).

6 DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou prevalência nacional de CSR em 19,0% dos adolescentes. Por região, o maior índice foi observado no Sudeste (21,1%) e o menor no Sul (15,1%). No que diz respeito às unidades da federação, as maiores prevalências ocorreram em São Paulo (23,4%), no Pará (22,2%) e na Bahia (21,7%). O CSR demonstrou associação com o sexo masculino, com a prática de *bullying*, ter tido primeira relação sexual com idade de 9 anos ou menos, ter vivenciado a gravidez na adolescência ou ter sido vítima de violência sexual, além de ter usado drogas ilícitas, cigarro e bebidas alcóolicas. Em contrapartida, observou-se menor prevalência de CSR entre os adolescentes que moravam com mãe e/ou pai e entre aqueles que usaram preservativo na primeira relação sexual.

Caracterizado neste estudo como a prática de sexo sem preservativo e com relato de dois parceiros sexuais ao longo da vida, a comparação do CSR com a literatura nacional e internacional deve ser realizada com bastante parcimônia, uma vez que existem inúmeras maneiras de defini-lo. Em Portugal, por exemplo, Reis *et al.* (2018) definiram CSR como o não uso de preservativo na última relação sexual, identificando prevalência de 12% entre estudantes adolescentes do ensino secundário entre 2002 e 2014. Já no México, Castilho-Arcos, Cantun-Marin e Mass Gongora (2020), apesar de não definirem o termo CSR, informaram ser práticas sexuais que colocam os adolescentes em risco para contrair alguma IST. Estes autores avaliaram 190 adolescentes entre 15 e 18 anos em 2019, tendo sido observado práticas sexuais de risco em 9,7% das adolescentes do sexo feminino e em 19,2% do sexo masculino.

No Brasil, Cruzeiro *et al.* (2010) realizaram pesquisa na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, com definição de CSR como ter tido dois ou mais parceiros sexuais nos últimos doze meses ou ter usado ocasionalmente preservativo nas três últimas relações sexuais. Dos 513 adolescentes que já haviam vivenciado a iniciação sexual, 32,7% relataram ter tido dois ou mais parceiros sexuais e 43,7% usaram ocasionalmente o preservativo. Palacio *et al.* (2021) em Fortaleza, Ceará, verificaram que 26,9% dos estudantes não utilizaram camisinha na última relação sexual (critério usado para definir CSR), sendo mais frequente entre as adolescentes do sexo feminino (28,3%) em comparação ao masculino (25,6%).

Porém, há também pesquisas no Brasil com abordagem metodológicas semelhantes à do presente estudo, como a realizada por Gräf, Mesenburg e Fassa (2020), com prevalência de 9% de CSR em jovens ingressantes universitários da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. Com essa mesma definição, cabe ainda destacar a pesquisa realizada por Neves *et al.* (2017), que identificou prevalência de CSR de 12% em adolescentes de ambos os sexos. Esta última também utilizou dados da PeNSE, porém do ano de 2012, o que possibilita comparação mais aproximada com o presente estudo e aponta para o aumento de 7% na prática de CSR entre adolescentes escolares (12% para 19% na atual pesquisa). Embora a multiplicidade de parceiros sexuais seja considerada fator de risco relevante para a ocorrência de IST (ARAGÃO *et al.*, 2016), sabe-se que o método mais eficaz para minimizar sua transmissão é a utilização do preservativo, masculino ou feminino, em todas as relações sexuais, uma vez que a principal forma de veiculação se dá por contato sexual (BRASIL, 2020a). Desta forma, o não uso do preservativo na última relação sexual desponta como variável de maior relevância entre aquelas aqui utilizadas para definir o CSR (SHAFII; STOVEL; HOLMES, 2007).

Entre as regiões do país, a prevalência de CSR foi mais elevada no Sudeste (21,2%), Nordeste (19,2%) e Norte (19,1%). Porém, esses dados são divergentes daqueles observados por Leite, Rodrigues e Fonseca (2004), que avaliaram comparativamente o comportamento sexual e reprodutivo de adolescentes do Nordeste e Sudeste, constatando que a chance de uma adolescente residente da região Sudeste usar algum tipo de método anticoncepcional na primeira relação sexual é duas ou mais vezes maior que o do Nordeste. Estudo mais recente demonstrou redução nas disparidades regionais quanto ao uso do preservativo entre essas duas regiões. Trindade *et al.* (2021) avaliaram o uso de métodos contraceptivos entre mulheres de 18 a 49 anos e demonstraram uso do preservativo como método preferencial por 15,3% das entrevistadas do Nordeste e 12,9% do Sudeste. Entre as possíveis justificativas para redução destas diferenças, além de melhoria do uso de preservativo no país como um todo, pode-se citar programas governamentais que expandiram ações de planejamento reprodutivo, tais como o Programa Mais Saúde (BRASIL, 2008a), a Rede Cegonha (BRASIL, 2011) e o Plano Nacional de Política para Mulheres em 2004 (BRASIL, 2005) e em 2013, (BRASIL, 2013).

No presente estudo, as regiões com maior prevalência do uso de preservativo foram a Sul e Norte e as menores no Sudeste e Nordeste. Resultados semelhantes foram observados por Berquó, Barbosa e Lima (2008), que investigaram a tendência do uso do preservativo no Brasil em 2005 e também demonstraram que a região Sul foi a que mostrou seu maior uso entre jovens de 16 a 24 anos. A alta prevalência de uso de preservativo na região Sul do país ancora-se nos bons índices educacionais desta região. Segundo a Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílio de 2019, essa é a região que apresenta a menor taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais, a maior taxa de escolarização de pessoas entre 15 e 17 anos e a que possui a maior média de anos de estudo (IBGE, 2019b). Sabe-se que quanto maior a escolaridade das pessoas, maior a prevalência do uso de preservativo no Brasil (BRASIL, 2016b; FELISBINO-MENDES *et al.*, 2021).

Por outro lado, os motivos que justificam a alta prevalência de uso de preservativo na região Norte possivelmente não sejam os mesmos. O elevado percentual de uso de preservativo nesta região pode não necessariamente refletir melhoria da saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres, mas sim revelar vulnerabilidades sociais. Acredita-se que, nesta região, a escolha desse método se deve muito mais ao acesso gratuito pelo Sistema Único de Saúde, não necessitando de prescrição médica e com facilidade de uso, do que à escolha consciente do preservativo como melhor método contraceptivo (TRINDADE *et al.*, 2021). Outras investigações também demonstraram a associação entre o uso do preservativo e seu acesso gratuito, uma vez que a região Norte foi aquela que apresentou a maior porcentagem de pessoas que receberam o preservativo de forma gratuita, assim como aquela que demonstrou seu maior uso (BRASIL, 2016b).

Os dados do presente estudo, porém, divergem daquele realizado por Felisbino-Mendes *et al.* (2021), que investigaram o uso consistente de preservativo, caracterizado como sendo em todas as relações sexuais nos últimos 12 meses, entre adultos de todo o Brasil, com dados da Pesquisa Nacional de Saúde em 2019. Os autores supracitados demonstraram que as regiões Norte (28%) e Sudeste (23,3%) foram aquelas com maior prevalência do uso consistente, tendo a região Sul (20,3%) a menor. Uma das explicações para as divergências entre os dois estudos pode ser a diferença entre adolescentes e adultos, visto que estes últimos utilizam com mais frequência outros métodos contraceptivos, em detrimento do

preservativo, tais como anticoncepcionais orais, especialmente entre mulheres de 18 a 35 anos, e métodos cirúrgicos, entre aquelas de 35 a 49 anos. As mulheres adultas sulistas também utilizam métodos contraceptivos mais diversificados, tais como anticoncepcionais orais, dupla proteção e dispositivo intrauterino (TRINDADE *et al.*, 2021). Merece destaque, ainda, que a variável “uso do preservativo” teve definição diferente entre o presente estudo (última relação sexual) e a pesquisa de Felisbino-Mendes *et al.* (2019) (últimos 12 meses). Por ser método de curta duração, sabe-se que o uso do preservativo na última relação pode não garantir sua utilização de forma subsequente e consistente (LEITE; RODRIGUES; FONSECA, 2004).

A Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira, realizada em 2013, de base domiciliar, com dados dos 27 estados, avaliou 12.000 mil indivíduos entre 15 e 65 anos. A análise por regiões demonstrou que aquelas que apresentaram maiores proporções de pessoas com mais de um parceiro sexual ao longo da vida foram as regiões Norte (74,1%), Sul (72,4%) e Centro-Oeste (71,6%) (BRASIL, 2016b). Esses resultados são semelhantes aos do presente estudo, cujas prevalências de dois ou mais parceiros sexuais foi mais elevado nas regiões Norte (64,3%) e Centro-Oeste (63,2%), porém menor na região Sul (56,1%). No que diz respeito ao CSR, a região Sul também despontou como a de menor prevalência, possivelmente em decorrência da mais frequente utilização de método contraceptivo de dupla proteção (TRINDADE *et al.*, 2021). Além disso, detém os melhores índices socioeconômicos e de escolaridade (IBGE, 2011), fatores sabidamente relacionados com a proteção de comportamentos sexuais de risco na adolescência (LEITE; RODRIGUES; FONSECA, 2004; CRUZEIRO *et al.*, 2010).

Há aparente paradoxo de a região Norte apresentar a maior prevalência de uso do preservativo (TRINDADE *et al.*, 2021) e, por outro lado, figurar entre as regiões com as maiores prevalências de CSR. Além do fato de este método contraceptivo ser de baixa duração, não garantindo continuidade de uso em práticas sexuais subsequentes (LEITE; RODRIGUES; FONSECA, 2004), a escolha do preservativo pode não ter ocorrido pelo reconhecimento da importância desse método na prevenção de gravidez indesejada e IST, mas por sua facilidade de acesso gratuito e facilidade de uso (TRINDADE *et al.*, 2021). Deve ser enfatizado, também, o fato de ser a região Norte aquela com a maior prevalência de relato de

dois ou mais parceiros (64,3%) no presente estudo. Além disso, há necessidade de se considerar que, de todo o país, esta região apresenta a maior prevalência de relações sexuais com parceiros eventuais, assim como a maior proporção de ter tido mais de um parceiro sexual ao longo da vida (BRASIL, 2016b).

O CSR é sabidamente influenciado por múltiplos fatores, que podem atuar de maneira isolada ou simultânea para a sua prática, a exemplo do consumo e/ou abuso de substâncias psicoativas. Entre essas substâncias, cabe destacar o consumo de álcool, que neste estudo demonstrou associação com o CSR. É consenso na literatura a relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e práticas sexuais de risco em adolescentes e adultos jovens (GUO *et al.*, 2017; MOLA *et al.*, 2017; SWARTZENDRUBER *et al.*, 2019). Estudo realizado com 1.862 mulheres afro-americanas, com idade entre 16 e 25 anos, demonstrou associação da quantidade de consumo de álcool no mês com a maior frequência de sexo em todas as idades, com a maior probabilidade de manter relações sexuais com múltiplos parceiros entre 17 e 24 anos e com a maior probabilidade de sexo sem o uso de preservativo em maiores de 18,5 anos (SWARTZENDRUBER *et al.*, 2019). Resultados semelhantes foram encontrados entre jovens chineses de 15 a 24 anos, com associação do consumo de álcool e CSR, tais como risco maior de não uso do preservativo na primeira relação sexual, de prática sexual com múltiplos parceiros, de sexo forçado, de parceiros casuais, de sexo comercial, de sexo anal e de não uso de preservativo na última relação sexual (GUO *et al.*, 2017).

Sabe-se que o consumo de álcool pode se relacionar com os comportamentos sexuais de risco de maneiras distintas. Uma delas se refere aos efeitos farmacológicos do álcool no organismo, conhecida como a teoria da miopia do álcool. Neste modelo, acredita-se que durante a intoxicação por álcool ocorram alterações das funções cognitivas, tais como redução na atenção e no pensamento, desajustes nas emoções e nas percepções de risco e, até mesmo, desencadeamento de comportamentos agressivos. Segundo essa teoria, durante a embriaguez a atenção dos usuários é desviada para acontecimentos emocionais mais importantes, deixando em segundo plano tarefas menos exigentes e relevantes (MOCAÍBER *et al.*, 2011). Outra teoria, denominada de modelo da expectativa, enfatiza os efeitos das drogas nas crenças das pessoas (BANDURA, 1978). Para esse modelo, o álcool seria utilizado com expectativas individuais de oportunizar experiências sexuais positivas, o que na prática pode se revelar de forma contrária, como demonstra o

estudo de Hurley *et al.* (2017). Esses autores evidenciaram que adolescentes usuários de álcool eram mais predispostos à prática de sexo sem proteção e com múltiplos parceiros, apresentavam capacidade reduzida para resistir a práticas sexuais indesejadas, assim como capacidade diminuída para negociação do uso do preservativo (HURLEY *et al.*, 2017).

No presente estudo, o CSR também se associou ao uso de drogas ilícitas, fato já evidenciado por outras investigações (BOSKA *et al.*, 2017; SWARTZENDRUBER *et al.*, 2019). Pesquisa realizada por Boska *et al.* (2017), em 2014, na cidade de São Paulo, mostrou que o cotidiano de usuários de drogas possui influências importantes quanto à prática de CSR e vulnerabilidades para IST, demonstrando que o número de “dias de uso de crack” se associa positivamente com o risco sexual. Estudo realizado em Atlanta, Estados Unidos, com dados de 2002 a 2014, demonstrou associação entre o uso da maconha e a maior frequência sexual (entre 16,5 e 24 anos), como também maior probabilidade de ter múltiplos parceiros (entre 18 e 24 anos) (SWARTZENDRUBER *et al.*, 2019). Entre as possíveis explicações para tal associação, cabe destacar a fissura do usuário pela droga, levando seus dependentes às práticas sexuais de riscos, tais como não uso do preservativo quando sob o efeito de drogas e a prática de atos de violência para conseguir adquiri-la (REIS, 2010).

Quanto à maior prevalência de CSR entre adolescentes que relataram uso do cigarro, o atual estudo corrobora com a pesquisa realizada por Järvelaid (2004) na Estônia com escolares entre 14 e 18 anos. Houve evidência que o uso do tabaco diariamente se associou à presença de múltiplos parceiros sexuais na adolescência. Para este autor, essa associação se deve ao fato de o pico da experimentação do cigarro ocorrer exatamente entre 10 e 14 anos nos meninos e entre 12 e 16 anos nas meninas. Além disso, o uso de tabaco demonstrou associação com a má comunicação e pior convívio próximo entre os adolescentes e pais (JÄRVELAID, 2004), fatores sabidamente relacionados a uma vida sexual satisfatória nesta fase (DILORIO *et al.*, 2000). No Brasil, Cruzeiro *et al.* (2010) também demonstraram associação entre o uso de álcool na última relação sexual, de drogas alguma vez na vida e de cigarro no último mês com o CSR. Os dados mostram prevalência de CSR 54%, 31% e 52% maiores entre os usuários de álcool, drogas ilícitas e cigarro, respectivamente. Uma possível causa para as interrelações entre os comportamentos de risco supracitados na adolescência seria a conduta típica desta

fase da vida, marcada por constantes buscas por novas experiências e sensações (CRUZEIRO *et al.*, 2010).

O CSR foi mais prevalente também entre adolescentes do sexo masculino, semelhante a outros estudos nacionais e internacionais (CRUZEIRO *et al.*, 2010; MOLINA; ROJAS TEJADA, 2018; CASTILLO; KANTUN-MARTÍN; MASS GONGORA, 2020). Na Espanha, uma pesquisa com 886 jovens universitários demonstrou que os homens apresentaram maior média de parceiros sexuais (4,75), quando comparado às mulheres (3,80) (MOLINA; ROJAS TEJADA, 2018). Adolescentes mexicanos também demonstraram maior prevalência de CSR entre os rapazes (19,2%) do que entre as moças (9,7%), embora não tenha havido explicitação com clareza dos critérios utilizados para identificar o CSR, citando apenas “práticas sexuais que favorecem a transmissão de IST” (CASTILLO; KANTUN-MARTÍN; MASS GONGORA, 2020). Muitos autores defendem que adolescentes do sexo masculino são os que se envolvem com mais frequência em outros comportamentos de risco, tais como o uso de drogas (COELHO *et al.*, 2017), consumo de álcool (ELICKER *et al.*, 2015; SWARTZENDRUBER *et al.*, 2019), inicial sexual mais precoce (PALÁCIO *et al.*, 2021) e práticas sexuais com múltiplos parceiros (CRUZEIRO *et al.*, 2010; MOLINA; ROJAS TEJADA, 2018). Assim, todos esses fatores se inter-relacionariam para a ocorrência do CSR.

O fato de o sexo masculino se envolver mais em condutas de risco, incluindo os comportamentos sexuais, deve-se, em grande parte, ao conceito da masculinidade hegemônica. Segundo essa ideia, muitas vezes os homens preferem ter práticas sexuais desprotegidas ao invés de perder o que é considerado padrão de masculinidade, dando maior importância a esse quesito em detrimento de fatores relacionados à sua saúde e bem-estar pessoal (GRAVE *et al.*, 2020). Um estudo realizado com universitários nos Estados Unidos por Kalish (2015) evidencia bem esse aspecto. Nessa pesquisa, alguns homens relataram que preferem fazer sexo sem proteção, com risco de contrair IST, a ter sua masculinidade questionada (KALISH, 2015).

Ter iniciado a prática sexual com 09 anos ou menos também se associou ao CSR no presente estudo. Pesquisa realizada por Gräf, Mesenburg e Fassa (2020) identificou que quanto menor a idade de iniciação sexual, maior seria a prevalência de CSR, definida por esses autores como a prática de sexo com mais de um parceiro nos últimos três meses e o não uso do preservativo na última relação sexual (GRÄF;

MESENBURG; FASSA, 2020). A iniciação sexual precoce, caracterizada como sendo antes dos 15 anos, associa-se com o não uso do preservativo e com relações sexuais com múltiplos parceiros (HUGO *et al.*, 2011; MARANHÃO *et al.*, 2017). Neves *et al.* (2017), com dados da PeNSE de 2012, demonstraram que a simultaneidade de comportamentos sexuais de risco (ter dois parceiros sexuais ou mais e não uso do preservativo) foi 11% menor entre adolescentes com 16 anos ou mais de idade do que jovens com idade igual ou menor que 13 anos. É de se esperar que iniciação sexual com 9 anos ou menos predisponha ao CSR. A ocorrência de relações sexuais nessa idade indica fortes violações dos direitos dessas crianças e se configura como prática de crime no Brasil, tipificada no Código Penal Brasileiro, em seu artigo 21, como estupro de vulnerável, definido como a prática de conjugação carnal ou prática de qualquer ato de cunho libidinoso com menores de 14 anos (BRASIL, 2009).

Sabe-se também que a vivência de abuso sexual na infância é um fator de risco importante para CSR na vida adulta (HIRSCHMANN; MARTINS; GONÇALVES, 2021). Estudo longitudinal realizado por Londres *et al.* (2017) nos Estados Unidos entre 1994 e 2008, também demonstrou forte associação entre vivência de violência sexual na infância e prática de sexo com fins comerciais no início da idade adulta, considerado como CSR nessa investigação. Uma *coorte* na Austrália com 3.081 participantes também demonstrou que comportamentos sexuais mais arriscados foram mais frequentes entre as crianças que vivenciaram maus-tratos confirmados na infância, quando comparados àquelas que não sofreram violência nessa fase da vida (ABAJOBIR *et al.*, 2018). Segundo esses autores, a vivência de violência na infância demonstrou-se associada, principalmente, com maior frequência de iniciação sexual precoce e de gravidez no início da idade adulta (ABAJOBIR *et al.*, 2018).

Cabe destacar que a vivência de maus tratos na infância, principalmente de abuso emocional e sexual, reverbera em outras etapas da vida, como a adolescência e idade adulta, e traz sérias consequências à saúde mental desses indivíduos, como a maior incidência de sintomas de transtornos pós-traumáticos ao longo da vida (GAMA *et al.*, 2021). A presença de estados de humor negativo (ansiedade e depressão) é associada à compulsividade sexual que, por sua vez, associa-se ao CSR, notadamente de relações sexuais mais frequentes, maior número de parceiros

sexuais, maior frequência de relações anais e vaginais com parceiros eventuais e não uso de preservativo em relações sexuais anais (SCANAVINO *et al.*, 2018).

Ter sofrido violência sexual alguma vez na vida também se demonstrou associada ao CSR no presente estudo. Essa associação entre vivência de violência sexual e CSR tem sido foco de investigações recentes (KALTIALA-HEINO *et al.*, 2018; NORCOTT *et al.*, 2021). Sofrer assédio sexual nos anos iniciais da adolescência (13 a 15 anos) predispõe ao CSR no final da adolescência e no início da vida adulta (16 a 20 anos), como maiores probabilidade de ter múltiplos parceiros sexuais nos últimos 30 dias (até três vezes mais), assim como de contrair alguma IST (NORCOTT *et al.*, 2021). Já na Finlândia, Kaltiala-Heino *et al.* (2018) também demonstraram resultados semelhantes. Estes autores identificaram associação entre vivência de assédio sexual e ter múltiplos parceiros sexuais em um estudo que envolveu 182.699 adolescentes na faixa etária de 14 a 18 anos (KALTIALA-HEINO *et al.*, 2018)

Embora o assédio sexual seja visto como menos grave, quando comparado ao estupro propriamente dito, ele se enquadra no espectro de agressão sexual. Acredita-se que esse tipo de vitimização possa diminuir a capacidade de defesa ou resistência de meninas adolescentes às pressões dos parceiros durante experiências de cunho mais íntimo (NORCOTT *et al.*, 2021). Já Kaltiala-Heino *et al.* (2018) defendem que adolescentes envolvidas em relacionamentos românticos ou em práticas sexuais se envolvem em contextos em que o assédio sexual seja mais provável de acontecer. Esse ponto de vista deve ser visto com ressalvas, já que traz um viés que implica culpa à vítima pela violência que sofreu. Outras hipóteses que justificam essa associação defendem que a vivência de assédio sexual pode desencadear um trauma nesses adolescentes, fazendo-os assumir CSR como uma forma de atuação (KALTIALA-HEINO *et al.*, 2018). É válido destacar, ainda, que as maiores prevalências de violência contra a mulher, seja psicológica, física ou sexual, demonstraram associação significativa com a recusa dos parceiros para o uso do preservativo, onde as vítimas estão em situação que as impedem de negociar esse método (LEITE *et al.*, 2019).

Ainda no grande âmbito das práticas de violência, o presente estudo também verificou associação entre prática de *bullying* e CSR. Assim como a violência sexual, o *bullying* tem sido foco recente de investigações internacionais (SMITH *et al.*, 2020) e nacionais (SANTOS; JÚNIOR, 2021). No estudo de Smith *et al.*

(2021), com dados de adolescentes entre 12 e 15 anos de mais de cinquenta países, houve evidência que ser vítima de *bullying* aumenta a probabilidade de não usar o preservativo, assim como de ter múltiplos parceiros sexuais. Esse achado diverge do presente estudo, onde a associação com CSR foi identificada entre aqueles que praticavam *bullying* e não entre os vitimados por esse tipo de violência. No Brasil, Santos e Júnior (2021), com dados de adolescente da região Norte do país em 2015, evidenciaram associação dos perpetradores de *bullying* com todas as práticas comportamentais de risco, tais como uso de álcool, cigarro e não uso regular do preservativo. Segundo esses autores, a chance de apresentarem simultaneidade desses comportamentos de risco entre os praticantes de *bullying* é três a quatro vezes maior, quando comparados aos que não sofrem e não praticam esse tipo de violência. Cabe destacar ainda prevalência maior de perpetradores de adolescentes do sexo masculino (SANTOS; JÚNIOR, 2021).

Outra variável que se associou ao CSR no presente estudo foi a gravidez na adolescência. Dados brasileiros também demonstraram associação com o não uso de métodos contraceptivos (PINHEIRO; PEREIRA; FREITAS, 2019) e com maior número de parceiros ao longo da vida (MARANHÃO *et al.*, 2017) e a gravidez na adolescência. Em 2016, estudo realizado por Pinheiro, Pereira e Freitas (2019) em João Pessoa, Paraíba, com mulheres com idade entre 12 e 19 anos, identificou que o uso do preservativo reduz em 42% o risco de ter uma gestação na adolescência. Em 2008, Maranhão *et al.* (2017) em um estudo realizado em Teresina, Piauí, com meninas que engravidaram entre 15 e 19 anos, demonstrou associação com a iniciação sexual precoce que, por sua vez, apresentou intersecção com o maior número de gestações ao longo da vida e com o maior número de parceiros sexuais. Essa associação entre gravidez na adolescência e CSR é esperada, uma vez que a ocorrência de gravidez é resultante de relações sexuais desprotegidas ou devido a falhas no uso de métodos contraceptivos. O uso de preservativo ou da dupla proteção por adolescentes brasileiros ainda é um desafio no país, pois cerca de 28% dos homens adolescentes com idade entre 12 e 17 anos relatam não ter utilizado preservativo na última relação sexual e apenas 3,6% desses jovens fizeram uso da dupla proteção em suas relações sexuais (BORGES *et al.*, 2021).

Em contrapartida, a prevalência de CSR foi menor entre os adolescentes que vivem com a mãe e/ou pai, atuando, portanto, como variável de proteção. A importância do convívio familiar, especialmente do pai e/ou mãe, demonstrou

resultados divergentes entre a literatura nacional e internacional. No Brasil, Cruzeiro *et al.* (2010) demonstraram associação entre morar com pai e mãe e uso ou não do preservativo na última relação sexual e com práticas sexuais com dois ou mais parceiros entre adolescentes escolares na análise bivariada, porém essa associação não permaneceu como significativa na análise multivariada. Já um estudo realizado em Jimma Zone, na Etiópia, em 2012, com alunos com idade entre 15 e 24 anos, por Fentahun e Mamo (2014) evidenciaram que estudantes do sexo feminino que não moravam com os pais apresentaram risco 3 vezes maior de apresentarem CSR, definido por estes autores como uso inconsistente do preservativo e a presença de dois ou mais parceiros sexuais nos últimos seis meses.

Sabe-se que relacionamentos positivos entre pais são fatores que potencializam o desenvolvimento de crianças e adolescentes (FOX; INAZU, 1980; MOORE *et al.*, 2004). Dessa forma, é extremamente valioso a proximidade entre pais e filhos, uma vez que boas relações reduzem as chances dos adolescentes de apresentarem comportamentos problemáticos (MOORE *et al.*, 2004). Há de se considerar, ainda, a importância da comunicação entre adolescentes e pais, uma vez que a comunicação frequente e de alta qualidade entre esse binômio associa-se a padrões sexuais mais responsáveis por parte dos filhos (FOX; INAZU, 1980). Ainda mais, o não recebimento de informações sobre educação sexual e reprodutiva aumenta as chances de adolescentes para ter relações sexuais, principalmente de sexo sem proteção (OLIVEIRA-CAMPOS *et al.*, 2014).

O CSR foi também menos prevalente entre os adolescentes que relataram uso de preservativo na primeira relação sexual. Essa associação também foi identificada em um estudo nos Estados Unidos com amostra nacionalmente representativa, composta por 80 escolas secundárias e com 90.000 alunos, entre 1994 e 2002. Essa pesquisa identificou que os adolescentes que informaram ter utilizado o preservativo na primeira relação sexual eram mais propensos a utilizarem esse método na última relação sexual, além de apresentarem metade da chance de adquirir IST (clamídia e gonorreia), além de não terem tido maiores chances de múltiplos parceiros sexuais ao longo da vida (SHAFII; STOVEL; HOLMES, 2007). Esses dados reforçam a ideia que o uso precoce do preservativo contribui para a manutenção de hábitos sexuais saudáveis, mesmo após alguns anos, caracterizando o uso desse método, ainda que de forma isolada, como fator protetor ao longo da vida (SHAFII; STOVEL; HOLMES, 2007).

Por fim, demonstrou associação com a menor prevalência de CSR o recebimento de orientações sobre prevenção de gravidez, evidenciando a importância da implementação de ações que intensifiquem essa prática nas escolas e nos lares no país. O Brasil se destaca como um país que institucionalizou ações de educação sexual nas escolas e prevenção da gravidez na adolescência no país. A exemplo dessas ações, cabe destacar a implementação do Programa Saúde na Escola (PSE), em 2007, uma parceria entre o Ministério da Saúde e Educação para execução de ações de saúde nas escolas públicas no país pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família cadastradas nesse programa. Entre as ações prioritárias do PSE estão aquelas relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos e relacionadas à prevenção de IST/AIDS (BRASIL, 2007). Em 2019 foi sancionada a Lei 13.798/2019, que institui a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência com o objetivo de intensificar a disseminação de medidas de prevenção e educação sexual nas escolas visando a redução da gravidez nessa fase da vida (BRASIL, 2019).

Estudo realizado por Almeida *et al.* (2017) destaca a importância da educação sexual trazendo a visão dos próprios adolescentes sobre a temática. Os entrevistados deste estudo demonstraram entendimento sobre a importância da escola na implementação de ações de educação sexual, além de apontarem a corresponsabilidade dos pais e necessidade de envolvimento das famílias na sua implementação. Cabe ainda destacar que a implementação e real efetividade dessas ações ainda necessita superar uma série de desafios, como a superação da dificuldade de pais para estabelecimento de comunicação com seus filhos sobre o assunto, assim como o uso de linguagem e metodologias pouco apropriadas ao público adolescente (ALMEIDA *et al.* 2017).

O presente estudo apresentou algumas limitações. Entre elas, cabe destacar o tipo de estudo transversal. Uma de suas características metodológicas é a impossibilidade de verificação da relação de causa e efeito entre variáveis e desfecho, embora a prevalência identificada possa ser utilizada como inferência entre os achados e os resultados encontrados. Outra limitação reside na utilização de dados secundários, o que impossibilita a análise de outras variáveis possivelmente relacionadas ao desfecho, tendo em vista que a análise dos dados se restringe ao que foi perguntado no estudo primário. Ainda relacionado à utilização de microdados da PeNSE, cabe salientar o possível viés de memória, realizada

através de questionários autoaplicados que pode comprometer as respostas dos participantes.

Apesar das limitações, a realização deste estudo possibilitou o conhecimento e identificação de fatores de risco e proteção em diversos aspectos da vida dos adolescentes e sua relação com o CSR. Além das já conhecidas associações com as características sociodemográficas e de saúde sexual e reprodutiva, outras variáveis foram testadas para avaliar a influência sobre o CSR, tais como as vivências de violências sexual e *bullying*. Outro ponto que merece destaque é a utilização de estudo de âmbito nacional, possibilitando comparação dos resultados por regiões e estados da federação. Os resultados do presente estudo, desta forma, podem ser utilizados para o desenvolvimento de políticas públicas e programas voltados à redução da magnitude do CSR entre adolescentes no país, considerando a diversidade de fatores associados à sua ocorrência. A compreensão ampliada destes fatores poderá possibilitar a implementação de intervenções que reduzam os altos índices de CSR e os desfechos negativos a ele relacionados, como a gravidez na adolescência e ocorrência de IST.

Identificar os grupos mais vulneráveis pode favorecer o direcionamento de políticas públicas e programas a esse público. Sendo o Brasil um país continental, fortemente marcado por disparidades regionais, tanto nos aspectos socioeconômicos como culturais, deveria ser considerado o princípio da equidade para a implementação de ações, priorizando aqueles adolescentes que mais necessitam de cuidados. É direito do adolescente e, portanto, dever do estado, a garantia à educação e à saúde, inclusive a sexual, assim como à moradia, ao esporte e ao lazer. A adolescência não deve ser considerada apenas um rito de passagem para idade adulta, e muito menos uma fase marcada por adversidades, como gravidez precoce e não planejada ou de contaminação por IST. Somente reconhecendo todos os riscos associados à saúde dos adolescentes pode-se garantir a vivência de uma adolescência plena e saudável, aspectos fundamentais para a construção de um futuro promissor na idade adulta.

7 CONCLUSÕES

O estudo identificou alta prevalência de CSR entre adolescentes escolares no Brasil. A análise da prevalência do CSR por regiões e estados mostrou diferenças, sendo maiores nas regiões Sudeste, Nordeste e Norte e nos estados de São Paulo, Pará, Espírito Santo, Roraima e Bahia.

Fatores como sexo masculino, morar com pai e/ou mãe, assim como idade da primeira relação sexual de 9 anos ou menos, ter vivenciado a gravidez na adolescência, uso do preservativo na primeira relação sexual, recebimento de orientações sobre prevenção de gravidez, uso de drogas ilícitas, de cigarro e bebidas alcoólicas demonstraram associação com CSR em adolescentes no presente estudo. Esta pesquisa analisou também verificou associação entre CSR e a prática de *bullying* e a violência sexual, demonstrando a importância do reconhecimento das particularidades e individualidades socioculturais de cada país.

REFERÊNCIAS

ABAJOBIR, A. A. *et al.* Risky sexual behaviors and pregnancy outcomes in young adulthood following substantiated childhood maltreatment: findings from a prospective birth cohort study. **Journal of Sex Research**, v. 55, n. 1, p. 106-119, 2018.

ALMEIDA, R. A. A. S. *et al.* Conhecimento de adolescentes relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 1033-1039, 2017.

ARAGÃO, J. S. *et al.* Vulnerabilidade associada às infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com deficiência física. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3143-3152, 2016.

ARRUDA, E. P. T. *et al.* Sexual practices during adolescence. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 42, n. 11, p. 731-738, 2020.

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO. **Estudo Epidemiológico sobre a Prevalência Nacional de Infecção pelo HPV (POP-BRASIL) - 2015-2017**. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento, p. 86; 2020.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Advances in Behaviour Research and Therapy**, v. 1, n. 4, p. 139-161, 1978.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, v. 17, n. 4, p. 229-232, 2007.

BAZZO, M. L. *et al.* First nationwide antimicrobial susceptibility surveillance for *Neisseria gonorrhoeae* in Brazil, 2015-16. **Journal of Antimicrobial Chemotherapy**, v. 73, n. 7, p. 1854-1861, 2018.

BERQUÓ, E.; BARBOSA, R. M.; LIMA, L. P. Uso do preservativo: tendência entre 1998 e 2005 na população brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, supl. 1, p. 34-44, 2008.

BORGES, A. L. V. *et al.* ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, supl. 1, p. 1-11, 2016.

BORGES, A. L. V. *et al.* Uso de preservativo masculino e dupla proteção por homens adolescentes no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, e109, 2021.

BOSKA, G. A. *et al.* Vulnerabilidade para o comportamento sexual de risco em usuários de álcool e outras drogas. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 13, n. 4, p. 189-195, 2017.

BRASIL. **Decreto nº 6.202 de 17 de abril de 1975**. Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei nº 1.044, de 1969, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República

Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1975. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/16202.htm. Acesso em: 09 mai. 2021.

_____. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 31 mar. 2021.

_____. **Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996.** Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm. Acesso em: 31 mar. 2021.

_____. Presidência da República. Secretaria de Política para Mulheres. **Plano Nacional de Política para Mulheres.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

_____. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007.** Institui o Programa Saúde na Escola-PSE, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em 09 mai. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008-2011.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. 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, 2008b.

_____. **Lei 12.015, de 07 de agosto de 2009.** Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos. Brasil, DF: Senado Federal, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 2011. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 25 mai. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 2012. Disponível em

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 02 mai. 2021.

_____. Presidência da República. Secretária de Política para Mulheres. **Plano Nacional de Política para Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2013.

_____. **Projeto de Lei 2350 de 14 de julho de 2015**. Dá nova redação à Lei nº 6.202, de 17 de abril de 1975, que “Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei nº 1.044, de 1969, e dá outras providências”. 2015. Disponível em <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=1579163>>. Acesso em: 01 fev. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2016a. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html>. Acesso em: 02 mai. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

_____. **Lei nº 13.798, de 3 de janeiro de 2019**. Acrescenta art. 8º-A à Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para instituir a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13798.htm. Acesso em: 11 mai. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, 2020a. Disponível em <[https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/i/infecoes-sexualmente-transmissiveis-ist-1#:~:text=O%20uso%20da%20camisinha%20\(masculina,hepatites%20virais%20B%20e%20C](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/i/infecoes-sexualmente-transmissiveis-ist-1#:~:text=O%20uso%20da%20camisinha%20(masculina,hepatites%20virais%20B%20e%20C)>. Acesso em: 05 jun. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Distribuição espacial da participação em Webinares pcdt-ist**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

CABRAL, C. S.; BRANDÃO, E. R. Gravidez na adolescência, iniciação sexual e gênero: perspectivas em disputa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, p. 1-5, 2020.

CASTILLO-ARCOS, L. C.; KANTUN-MARIN, M. A. J.; MAAS GONGORA, L. Incertidumbre sexual en adolescentes de una escuela preparatoria pública en el sureste de México. **Horizonte Sanitario**, v. 19, n. 3, p. 325-332, 2020.

COELHO, M. E. G. M. *et al.* Fatores de risco para saúde de adolescentes escolares: diferença entre os sexos. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 11, n. 5, p. 2138-44, 2017.

CRUZEIRO, A. L. S. *et al.* Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, s. 1, p. 1149-1159, 2010.

DILORIO, C. *et al.* Correlates of safer sex communication among college students, **Journal of Advanced Nursing**, v. 32, n. 3, p. 658-665, 2000.

ELICKER, E. *et al.* Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares de Porto Velho-RO, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p. 399-410, 2015.

FELISBINO-MENDES, M. S. *et al.* Análise dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes brasileiros, 2009, 2012 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, s. 1, p. 1-14, 2018.

FELISBINO-MENDES, M. S. *et al.* Comportamento sexual e uso de preservativos na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, s. 2, p. e-210018, 2021.

FENTAHUN, N.; MAMO, A. Risky sexual behaviors and associated factors among male and female students in Jimma Zone preparatory schools, South West Ethiopia: comparative study. **Ethiopian Journal of Health Science**, v. 24, n. 1, p. 59-68, 2014.

FOX, G. L.; INAZU, K. Patterns and outcomes of mother-daughter communication about sexuality. **Journal of Social Issues**, v. 36, p. 7-29, 1980.

FUCHS, S. C.; VICTORA, C. G.; FACHEL, J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 168-178, 1996.

FUNDO DE POPULAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS (UNVPA). **Direitos da população jovem: um marco para o desenvolvimento**. 2ª ed. Brasília: UNVPA, 2010.

GAMA, C. M. F. *et al.* The invisible scars of emotional abuse: a common and highly harmful form of childhood maltreatment. **BMC Psychiatry**, v. 21, n. 156, p. 1-14, 2021.

GONÇALVES, H. *et al.* Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 1, p. 25-41, 2015.

GRABOVAC, I. *et al.* Associations among physical activity, sedentary behavior, and weight status with sexuality outcomes: analyses from National Health and

Nutrition Examination Survey. **Journal of Sexual Medicine**, v. 17, n. 1, p. 60-68, 2020.

GRÄF, D. D.; MESENBURG, M. A.; FASSA, A. G. Comportamento sexual de risco e fatores associados em universitários de uma cidade do Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 41, p. 1-13, 2020.

GRAVE, R. *et al.* Uma metassíntese sobre o estudo do comportamento sexual masculino pela lente da masculinidade hegemônica. **Psicologia**, v. 34, n. 2, p. 225-244, 2020.

GUO, C. *et al.* Is cigarette and alcohol use associated with high-risk sexual behaviors among youth in China? **Original Research Epidemiology and Risk Factors**, v. 14, n. 1, p. 79-86, 2017.

GUTIERREZ, E. B. *et al.* Fatores associados ao uso de preservativo em jovens - inquérito de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190034, 2019.

HUGO, T. D. O. *et al.* Fatores associados à idade na primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2207-2214, 2011.

HIRSCHMANN, R.; MARTINS, R. C. GONÇALVES, H. Maus-tratos infantis e comportamentos sexuais de risco na idade adulta: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, s. 3, p. 5057-5068, 2021.

HURLEY, E. A. The role of alcohol expectancies in sexual risk behaviors among adolescents and young adults in the Democratic Republic of the Congo. **Journal of Adolescent Health**, v. 60, n. 1, p. 79-86, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

_____. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 2020/2060**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde Escolar: 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p.

_____. **Estatística do Registro Civil**. Rio de Janeiro: IBGE; 2019a.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio Contínua Educação 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019b. 16 p.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). **Sinopse Estatística da Educação Básica 2020**. Brasília: INEP; 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/sinopses-estatisticas/educacao-basica>. Acesso em: 31 mar. 2021.

JÄRVELAID, M. Adolescent tobacco smoking and associated psychosocial health risk factors, **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 22, n. 1, p. 50-53, 2004.

KALISH, R. "I won't stop having sex": the male peer group and men's sexual decision-making. **Proceedings of the American Sociological Association**, p. 1-19, 2015.

KALTIALA-HEINO, R. *et al.* Experiences of sexual harassment are associated with the sexual behavior of 14- to 18-year-old adolescents. **Child Abuse and Neglect**, v. 77, p. 46-57, 2018.

LEITE, I. C.; RODRIGUES, R. N.; FONSECA, M. C. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 474-481, 2004.

LEITE, F. M. C. *et al.* Violência contra a mulher e sua associação com o perfil do parceiro íntimo: estudo com usuárias da atenção primária. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190056, 2019.

LIMA, A. S. *et al.* Comportamentos sexuais de risco e associação com sobrepeso e obesidade em adolescentes escolares: um estudo transversal. **Einstein**, v. 17, n. 3, p.1-7, 2019.

LIMA, C. A. G. *et al.* Prevalência e fatores associados a comportamento de riscos à saúde em universitários no norte de Minas Gerais. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 183-191, 2017.

LONDRES, S. *et al.* Adverse experiences in childhood and sexually transmitted infection risk from adolescence into adulthood. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 44, n. 9, p. 524-532, 2017.

MARANHÃO, T. A. *et al.* Impacto da primeira relação sexual na vida sexual e reprodutiva de jovens em uma capital do Nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 4083-4094, 2017.

MIRANDA, P. S. F. *et al.* Comportamentos sexuais: estudo de jovens. **Einstein**, v. 16, n. 3, p. 1-7, 2018.

MOCAÍBER, I. *et al.* Álcool, emoção e atenção: revisando a Teoria da Miopia do Álcool. **Psicologia Reflexiva Crítica**, v. 24, n. 2, p. 403-410, 2011.

MOLA, R. *et al.* Associação entre o número de parceiros sexuais e consumo de álcool entre crianças em idade escolar. **Jornal de Pediatria**, v. 93, p. 192-199, 2017.

MOLINA, A. B.; ROJAS TEJADA, A. J. Uso del preservativo, número de parejas y debut sexual em jóvenes em coito vaginal, sexo oral y sexo anal. **Revista Internacional de Andrologia**, v. 16, n. 1, p. 8-14, 2018.

MONTEIRO, D. L. M. *et al.* Adolescent pregnancy trends in the last decade. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 65, n. 9, p. 1209-1215, 2019.

MOORE, K. A. *et al.* Parent-teen relationships and interactions: far more positive than not. **Child Trends**. Washington, p. 1-8, 2004. Disponível em: http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2014/10/2004-25Parent_TeenRB.pdf. Acesso em: 20 jun. 2022.

MORAES, L. M. V. *et al.* Fatores associados à peregrinação para o parto em São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil: uma contribuição da coorte BRISA. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 11, p. e00151217, 2018.

MORAES, S. P.; VITALLE, M. S. S. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 48, n. 1, p. 48-52, 2012.

MOURA, L. R. *et al.* Fatores associados aos comportamentos de risco à saúde entre adolescentes brasileiros: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. 1-11, 2018.

NASCIMENTO, T. L. C. *et al.* Fatores associados à variação espacial da gravidez na adolescência no Brasil, 2014: estudo ecológico de agregados espaciais. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 1, p. e00151217, 2021.

NEVES, R. G. *et al.* Simultaneidade de comportamentos de risco para infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes brasileiros. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3, p. 443-454, 2017.

NORCOTT, C. *et al.* The impact of adolescent sexual harassment experiences in predicting sexual risk taking in young women. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 36, n. 15-16, p. 8961-8973, 2021.

OLIVEIRA-CAMPOS, M. *et al.* Comportamento sexual entre adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, s. 1, p. 116-130, 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Cairo: ONU; 1994.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Departamento de salud materna, del recién nacido, del niño y el adolescente. **Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias**. Ginebra: OMS, 2012.

_____. **Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021**. Geneve: OMS; 2016.

_____. **Desarrollo en la adolescencia. Un periodo de transición de crucial importancia**. 2021. Disponível em:

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/. Acesso em: 11 mai. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Ministério da Saúde. **Saúde e sexualidade de adolescentes**. Brasília: OPAS, MS; 2017.

PALACIO, D. *et al.* Comportamento de risco à saúde do estudante adolescente. **Revista Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 22, n. 3, p. 1036-1046, 2021.

PELTZER, K. Early sexual debut and associated factors among in-school adolescents in eight African countries. **Acta Paediatrica**, v. 99, n. 8, p. 1242-1247, 2010.

PELTZER, K.; PENGPID, S. Risk and protective factors affecting sexual risk behavior among school-aged adolescents in Fiji, Kiribati, Samoa, and Vanuatu. **Asia Pacific Journal of Public Health**, v. 28, n. 5, p. 404-415, 2016.

PIMENTEL, J. *et al.* Associação entre prática de atividade física e indicadores de comportamento sexual de risco em adolescentes. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 18, n. 4, p. 493-500, 2013.

PINHEIRO, Y. T.; PEREIRA, N. H.; FREITAS, G. D. M. Fatores associados à gravidez em adolescentes de um município do Nordeste do Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 363-367, 2019.

QUIROGA, F. L.; VITALLE, M. S. S. O adolescente e suas representações sociais: apontamentos sobre a importância do contexto histórico. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 863-878, 2013.

RATOWIECKI, J. *et al.* Inequidades sociales en madres adolescentes y la relación con resultados perinatales adversos en poblaciones sudamericanas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 12, p. 1-11, 2020.

REIS, M. *et al.* Trends in Portuguese adolescents' sexual behavior from 2002 to 2014: HBSC Portuguese Study. **Portuguese Journal of Public Health**, v. 36, n. 1, p. 32-40, 2018.

REIS, N. B. **Conhecimento sobre HIV/AIDS entre usuários de drogas**. 2010, 111 p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

SANTOS, R. F.; JÚNIOR, E. V. *Bullying* e associação de comportamentos de risco entre adolescentes da Região Norte: um estudo a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015. **Desidades**, n. 29, p. 217-229, 2021.

SASAKI, R. S. A. *et al.* Prevalência de relação sexual e fatores associados em adolescentes escolares de Goiânia, Goiás, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 95-104, 2015.

- SCANAVIANO, M. D. T. Sexual compulsivity, anxiety, depression, and sexual risk behavior among treatment-seeking men in São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 40, n. 4, p. 424-431, 2018.
- SCHOEN-FERREIRA, T. H.; AZNAR-FARIAS, M.; SILVARES, E. F. M. Adolescência através dos séculos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 227-234, 2010.
- SHAFII, T.; STOVEL, K.; HOLMES, K. Association between condom use at sexual debut and subsequent sexual trajectories: a longitudinal study using biomarkers. **American Journal of Public Health**, v. 97, n. 6, p. 1090-1095, 2007.
- SHANNON, C. L.; KLAUSNER, J. D. The growing epidemic of sexually transmitted infections in adolescents: a neglected population. **Current Opinion in Pediatrics**, v. 30, n. 1, p. 137-143, 2019.
- SMITH, L. *et al.* Bullying victimization and sexual behavior among adolescents aged 12-15 years from 53 countries: a global perspective. **Journal of Sexual Medicine**, v. 17, n. 11, p. 2148-2155, 2020.
- SPINOLA, M. C. R.; BERIA, J. U.; SCHERMANN, L. B. Fatores associados à iniciação sexual em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre/RS, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 11, p. 3755-3762, 2017.
- SWARTZENDRUBER, A. *et al.* Age-related associations between substance use and sexual risk behavior among high-risk young African American women in the South. **Addictive Behaviors**, v. 96, p. 110-118, 2019.
- TRINDADE, R. E. *et al.* Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, s. 2, p. 3493-3504, 2021.
- VIEIRA, K. J. *et al.* Início de atividade sexual e sexo protegido em adolescentes. **Escola Anna Nery**, v. 25, n.3, e20200066, 2021.
- VILLEGAS-CASTAÑO, A.; TAMAYO-ACEVEDO, L. S. Prevalência de infecções sexualmente transmissíveis e fatores de risco para a saúde sexual em adolescentes escolares, Medellín, Colômbia, 2013. **Iatreia**, v. 29, n. 1, p. 5-17, 2016.
- WENDLAND, E. M. *et al.* Sexual behavior across the transition to adulthood and sexually transmitted infections: findings from the National Survey of Human Papillomavirus Prevalence (POP-Brazil). **Medicine**, v. 97, n. 33, p. 1-7, 2018.
- WOOLLEY, N. O.; MACINKO, J. Association between sociodemographic characteristics and sexual behaviors among a nationally representative sample of adolescent students in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 1-13, 2019.

ANEXO A - QUESTIONÁRIO PeNSE 2015 ESCOLA

DATA DA VISITA (registro manual)
 NOME DA ESCOLA (seleção no PDA)
 ID DA ESCOLA (automático)
 TIPO DA AMOSTRA – ESCOLA (Ao escolher a escola onde será realizada a pesquisa, automaticamente o TIPO da amostra será preenchido)
 NÚMERO DE CADASTRO NO MEC (automático)
 UF (automático)
 MUNICÍPIO (automático)
 SITUAÇÃO (automático)
 Urbana
 Rural
 DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA (automático)
 Pública
 Privada
 ESFERA ADMINISTRATIVA (automático)
 Municipal
 Estadual
 Federal
 Privada
 TIPO DE ESCOLA PRIVADA (não sabemos se esta variável será necessária)
 Particular
 Comunitária
 Confessional
 Filantrópica

LEGENDA DE CORES:

Sombreado: questões que já existiam em 2012

Azul: pulos, filtros, críticas e alertasAs perguntas a seguir referem-se ao ambiente

escolar. Deverão ser preenchidas a partir de entrevista realizada com o Diretor, Coordenador ou o responsável pela Escola.

E01P29

01. Qual é o seu cargo ou função na escola?

- Diretor(a) / Vice-diretor(a)
- Coordenador(a)
- Administrador(a)
- Secretário(a)
- Professor(a)
- Outro

E01P30

02. A escola funciona em quais turnos? (múltipla resposta)

- Manhã
- Intermediário
- Tarde
- Noite

E01P31

03. A escola funciona em regime integral?

- Sim
- Não

E01P32

04. A escola funciona em regime de internato?

- Sim
- Não

E01P03a

05. A escola atende a quais etapas de ensino? (múltipla resposta)

- Educação Infantil (creche, pré-escola)
- Ensino Fundamental (8 anos, 9 anos)
- Ensino Médio (médio, integrado, normal/magistério, educação profissional)
- Educação de Jovens e Adultos (fundamental, projuvem urbano, médio)

E01P02a

06. Qual é o TOTAL de alunos matriculados?

- Até 50 alunos
- De 51 a 100 alunos
- De 101 a 200 alunos
- De 201 a 500 alunos
- De 501 a 1.000 alunos

Mais de 1.000 alunos

E01P04a

07. Qual é a quantidade TOTAL de salas de aula da escola?

Até 10 salas

De 11 a 20 salas

De 21 a 30 salas

De 31 a 40 salas

De 41 a 50 salas

Mais de 50 salas

E01P01 [FILTRO: Escolas Privadas]

08. Qual a faixa de valor da mensalidade do 9º

ano na escola? (se não houver 9º ano, considerar

1º ano do Ensino Médio)

Não tem mensalidade

Até R\$ 394,00

Mais de R\$ 394,00 até R\$ 788,00

Mais de R\$ 788,00 até R\$

1.576,00

Mais de R\$ 1.576,00 até R\$

3.152,00

Mais de R\$ 3.152,00 até R\$

6.304,00

Mais de R\$ 6.304,00

[Salário Mínimo em 01/01/2015 = R\$ 788,00]

E01P05a

09. A escola tem biblioteca EM CONDIÇÕES DE USO?

Sim

Não está em condições de uso

Não tem biblioteca

E01P06a

10. A escola tem sala ou laboratório de informática EM CONDIÇÕES DE USO para os alunos?

Sim

Não está em condições de uso

Não tem sala ou laboratório de informática

E01P33

11. Quantos computadores (desktops, laptops,

notebooks, netbooks, tablets) da escola EM

CONDIÇÕES DE USO estão

disponíveis para os

alunos em sala de aula e/ou salas

específicas de

informática?

Não existem computadores em condições de

uso para os alunos

Até 10 computadores

De 11 a 20 computadores

De 21 a 30 computadores

2 De 31 a 40 computadores

De 41 a 50 computadores

Mais de 50 computadores

E01P09

12. Os alunos têm acesso à internet através de

equipamentos da escola?

Sim

Não

E01P10a

13. A escola tem sala de recursos de mídia/comunicação EM CONDIÇÕES DE USO?

(Exemplos: televisão, videocassete, dvd, projetor etc)

Sim

Não está em condições de uso

Não tem sala de recursos de mídia/comunicação

E01P23

14. A escola tem conselho escolar?

Sim

Não [pular para E01P34]

E01P24a

15. Com que frequência o conselho escolar se reúne?

Não se reúne com frequência

1 a 3 vezes por ano

4 a 6 vezes por ano

7 a 9 vezes por ano

10 a 12 vezes por ano

Mais de 12 vezes por ano

E01P34

16. A escola fica aberta nos finais de semana para

uso da comunidade?

- Sim
- Não [pular para E01P15a]

E01P35

17. As ações desenvolvidas na escola, no final de semana, são pactuadas com a comunidade?

- Sim
- Não

PRÁTICA DE ESPORTES

E01P15a

18. A escola tem quadra de esportes EM

CONDIÇÕES DE USO?

- Sim
- Não está em condições de uso [pular para E01P18a]
- Não tem quadra de esportes [pular para E01P18a]
- Não tem quadra de esportes [pular para E01P16a]

19. Quantas quadras de esporte EM CONDIÇÕES DE USO a escola tem?

- 1
- 2
- 3 ou mais

E01P17a

20. Quantas das quadras de esporte EM

CONDIÇÕES DE USO da escola são cobertas?

- Nenhuma
- 1
- 2
- 3 ou mais

Todas

E01P18a

21. A escola tem pista para corrida/atletismo EM CONDIÇÕES DE USO?

- Sim
- Não está em condições de uso
- Não tem pista de atletismo

E01P20

22. A escola tem piscina EM CONDIÇÕES DE USO?

- Sim
 - Não está em condições de uso
 - Não tem piscina
- E01P19
23. O pátio da escola é utilizado para prática regular de atividade física com instrutor?

- Sim
- Não é utilizado para prática regular de atividade física com instrutor

Não tem pátio

E01P36

24. A escola tem material esportivo ou para jogos e brincadeiras EM CONDIÇÕES DE USO?

- Sim
- Não está em condições de uso
- Não tem material esportivo ou para jogos e brincadeiras

E01P21

25. A escola tem vestiário EM CONDIÇÕES DE USO para os alunos?

- Sim
- Não está em condições de uso [pular para E01P22]

Não tem vestiário [pular para E01P22]

E01P37

26. A escola tem vestiários separados para alunos e alunas EM CONDIÇÕES DE USO?

- Sim
- Não estão em condições de uso
- Não tem vestiários separados

E01P22

27. A escola oferece atividades esportivas para os alunos fora do horário regular de aula?

- Sim, gratuito
- Sim, pago
- Sim, pago e gratuito
- Não

E01P38

28. A escola participa de jogos entre escolas?

- Sim
 Não

E01P39

29. A escola realiza jogos entre as classes, turmas ou turnos?

- Sim
 Não

ACESSIBILIDADE

E01P40

30. A escola possui alunos com deficiência ou com transtorno global do desenvolvimento?

- Sim
 Não [pular para E01P43]

E01P41

31. Qual(is) tipo(s) de deficiência? (múltipla resposta)

- Deficiência intelectual
 Transtornos do espectro do autismo
 Transtornos mentais e de comportamento
 Deficiência física
 Deficiência auditiva
 Deficiência visual
 Deficiência múltipla (2 ou mais deficiências simultâneas)

E01P42

32. A escola oferece atividade física adaptada para alunos com deficiência?

- Sim
 Não

E01P43

33. A escola possui estrutura para assegurar a acessibilidade dos alunos com necessidades especiais?

- Sim
 Não [pular para E01P45]

E01P44

34. Quais estruturas existem na escola para assegurar a acessibilidade dos alunos com

necessidades especiais? (múltipla resposta)

- Rampas de acesso
 Interior adequado para locomoção
 Móveis adequados para alunos com necessidades especiais
 Sanitário adequado para alunos com necessidades especiais

ALIMENTAÇÃO

E01P45

35. A escola oferece comida (merenda escolar / almoço) para os estudantes?

- Sim
 Não [pular para E01P47]

E01P46

36. A escola oferece comida (merenda escolar / almoço) para alunos de quais turnos e níveis de ensino? (múltipla resposta)

- Manhã
 Intermediário
 Tarde
 Noite
 Integral

4 Internato Educação Infantil 1º a 5º ano do Ensino Fundamental 6º a 9º ano do Ensino Fundamental Ensino Médio Educação de Jovens e Adultos**CRÍTICA:** verificar se pelo menos 1 turno e pelo

menos 1 nível de ensino foram assinalados

ALERTA: “Assinalar pelo menos 1 turno e 1

nível de ensino”

BOTÃO: “Corrigir”

E01P47

37. A escola tem cozinha EM CONDIÇÕES DE USO?

- Sim
 - Não está em condições de uso
 - Não tem cozinha
- E01P48
38. A escola tem refeitório EM CONDIÇÕES DE USO? (espaço exclusivo para servir alimentação)
- Sim
 - Não está em condições de uso
 - Não tem refeitório
- E01P11
39. A escola tem cantina?
- Sim
 - Não [pular para E01P13]
- E01P12a
40. Que tipos de bebidas e produtos alimentícios são vendidos na cantina? (múltipla resposta)
- Refrigerante
 - Suco ou refresco natural de frutas
 - Bebidas açucaradas (suco artificial, chá gelado, isotônicos, águas com sabor, energéticos, leite de soja etc. Não contar bebida láctea)
 - Leite ou bebida a base de leite (excluir leite de soja)
 - Salgados fritos (coxinha, pastel, quibe, batata frita etc)
 - Salgados assados (pastel, empada, esfirra etc)
 - Salgadinhos industrializados vendidos em pacotes, tipo “chips” e outros (incluindo batata frita de pacote)
 - Biscoitos ou bolachas salgadas ou doces
 - Balas, confeitos, doces, chocolates, sorvetes, dim-dim, sacolé, chupe-chupe e outros
 - Sanduíches (cachorro quente, misto quente, hambúguer etc)

- Frutas frescas ou salada de frutas
- E01P13
41. Existe algum ponto alternativo de venda de produtos alimentícios dentro ou na entrada da escola? (ex: ambulante/carrocinha)
- Sim
 - Não [pular para E01P49]
- E01P14a
42. Que tipos de bebidas e produtos alimentícios são vendidos no ponto alternativo de vendas? (múltipla resposta)
- Refrigerante
 - Suco ou refresco natural de frutas
 - Bebidas açucaradas (suco artificial, chá gelado, isotônicos, águas com sabor, energéticos, leite de soja etc. Não contar bebida láctea)
 - Leite ou bebida a base de leite (excluir leite de soja)
 - Salgados fritos (coxinha, pastel, quibe, batata frita etc)
 - Salgados assados (pastel, empada, esfirra etc)
 - Salgadinhos industrializados vendidos em pacotes, tipo “chips” e outros (incluindo batata frita de pacote)
 - Biscoitos ou bolachas salgadas ou doces
 - Balas, confeitos, doces, chocolates, sorvetes, dim-dim, sacolé, chupe-chupe e outros
 - Sanduíches (cachorro quente, misto quente, hambúguer etc)
 - Frutas frescas ou salada de frutas
- E01P49
43. A escola tem horta?
- Sim
 - Não

SANEAMENTO BÁSICO E
HIGIENE

E01P50

44. A escola tem água potável (adequada para beber) para uso dos alunos?

- Sim
- Não [pular para E01P53]
- Não tem água [pular para E01P53]

5E01P51

45. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, alguma vez a água da escola foi testada quanto a sua potabilidade (se é adequada para beber)?

- Sim
- Não
- Não sabe

E01P52

46. Qual é a principal fonte de água potável (adequada para beber) da escola?

- Rede de abastecimento de água
- Poço ou nascente
- Água de chuva (cisterna)
- Açude, lago ou rio
- Outra fonte

E01P53

47. A escola tem banheiros EM CONDIÇÕES DE USO?

- Sim
- Não está em condições de uso [pular para

E01P56]

- Não tem banheiro [pular para E01P56]

E01P54

48. A escola tem banheiros separados para alunos e alunas EM CONDIÇÕES DE USO?

- Sim
- Não estão em condições de uso
- Não tem banheiros separados

E01P55

49. A escola oferece papel higiênico para uso nos banheiros da escola?

- Sim

- Não

E01P56

50. A escola tem pia ou lavatório EM

CONDIÇÕES DE USO onde os estudantes

possam lavar as mãos depois de ir ao banheiro e/ou antes das refeições?

- Sim

- Não está em condições de uso

- Não tem pia ou lavatório

E01P57

51. A escola oferece sabão para que os alunos

lavem as mãos após usar o banheiro e/ou antes das refeições?

- Sim

- Não

E01P58

52. Normalmente, com que frequência a remoção do lixo é feita pela escola?

- Nenhum dia por semana

- 1 a 2 dias por semana

- 3 a 4 dias por semana

- 5 a 6 dias por semana

- Todos os dias da semana

SEGURANÇA

E01P25

53. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, com que frequência, a localidade onde a escola está

situada foi considerada área de risco em termos

de violência (roubos, furtos, assaltos, troca de tiros, consumo de drogas, homicídios etc)?

- Nenhuma vez

- Raramente

- Às vezes

- Na maior parte do tempo

- Em todo período

E01P59

54. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, a escola teve

que suspender ou interromper suas aulas por motivo de segurança em termos de violência?

- Nenhuma vez
- 1 vez
- 2 a 4 vezes
- 5 ou mais vezes

POLÍTICAS DE SAÚDE

E01P60

55. A escola tem algum grupo ou comitê responsável por orientar ou coordenar ações e/ou atividades relacionadas à saúde?

- Sim
- Não

E01P61

56. A escola aderiu ao Programa Saúde da Escola (PSE)?

- Sim
- Não [pular para E01P63]

6E01P62

57. A escola implementa ações do Programa Saúde da Escola (PSE)?

- Sim
- Não

E01P63

58. A escola implementa ações do Programa Mais Educação?

- Sim
- Não

E01P64

59. A escola realiza ações conjuntas com Unidade Básica de Saúde ou Equipe de Saúde da Família ou Equipe de Atenção Básica?

- Sim
- Não

E01P65

60. A escola mantém registros sobre a caderneta de vacinação dos escolares?

- Sim
- Não

E01P66

61. A escola mantém outros registros sobre a saúde dos escolares? (histórico clínico, ocorrência de alergias, acidentes, tipo sanguíneo, doenças etc)

- Sim
- Não

E01P67

62. A escola tem material e/ou medicamentos de Primeiros Socorros mantidos em local adequado?

- Sim
- Não está(ão) em local adequado
- Não tem material e/ou

medicamentos de Primeiros Socorros

E01P26

63. A escola tem conhecimento de consumo de cigarro por professores nas suas dependências?

- Sim
- Não

E01P27

64. A escola tem conhecimento de consumo de cigarro por alunos nas suas dependências?

- Sim
- Não

E01P28a

65. A escola tem alguma política, norma ou regra escrita que proíba o uso do tabaco nas suas dependências?

- Sim
- Não

E01P68

66. A escola tem alguma política, norma ou regra escrita que proíba o consumo de bebidas alcoólicas nas suas dependências?

- Sim
- Não

E01P69

67. A escola tem alguma política, norma ou regra escrita que proíba o uso de drogas ilícitas nas suas dependências?

Sim

Não

E01P70

68. A escola tem alguma política, norma ou regra escrita que proíba bullying nas suas dependências?

Sim

Não

E01P71

69. A escola tem alguma política, norma ou regra escrita que proíba brigas nas suas dependências?

Sim

Não

E01P72

70. A escola tem alguma política, norma ou regra escrita que proíba punição física dos estudantes pelos professores ou funcionários nas suas dependências?

Sim

Não

ANEXO B - QUESTIONÁRIO PeNSE 2015 ALUNO

DATA DA PESQUISA (variável preenchida pelo técnico do IBGE)

MUNICÍPIO (variável selecionada pelo técnico do IBGE)

BAIRRO (variável selecionada pelo técnico do IBGE)

NOME DA ESCOLA (variável escolhida pelo técnico do IBGE)

ID DA ESCOLA (Ao escolher a escola onde será realizada a pesquisa, automaticamente o ID da escola será preenchido.)

ID DA TURMA (variável selecionada pelo técnico do IBGE) TIPO DA AMOSTRA – ESCOLA (Ao escolher a escola onde será realizada a pesquisa, automaticamente o TIPO da amostra será preenchido)

TIPO DA AMOSTRA – TURMA (Ao escolher a turma onde será realizada a pesquisa, automaticamente o TIPO da amostra será preenchido)

B0003a (variável selecionada pelo técnico do IBGE) O aluno possui alguma deficiência ou transtorno?

Sim Não

B0003b (variável selecionada pelo técnico do IBGE) A deficiência ou transtorno impede o aluno de responder ao questionário sozinho?

Sim Não

O aluno deverá conferir se escola e turma foram selecionadas corretamente. Se não, o técnico do IBGE deverá ser avisado.

ATENÇÃO!

Você estuda na escola “xxx”?

- Sim → continua normalmente
 Não → alerta “Avisar o técnico do IBGE”

ATENÇÃO! Você estuda na turma “xxx”?

- Sim → continua normalmente
 Não → alerta “Avisar o técnico do IBGE”

LEGENDA DE CORES:

Vermelho: questões que foram alteradas

Verde: questões novas

Azul: pulos, filtros, críticas e alertas

B0. INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Este questionário faz parte de uma pesquisa a ser realizada, em todo o país, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), com o objetivo de ajudar na orientação de políticas públicas voltadas para a saúde dos(das) adolescentes brasileiros(as).

Neste questionário, serão levantados dados como, por exemplo, a saúde sexual e reprodutiva, a saúde bucal, o consumo alimentar, a imagem corporal, o uso de cigarro, de bebidas alcoólicas e drogas.

Você não será identificado(a). Suas respostas serão mantidas em sigilo e apenas o resultado geral da pesquisa será divulgado. Existem questões que são confidenciais e podem levar a algum tipo de constrangimento (vergonha). Caso não se sinta confortável em responder a estas questões, você pode deixá-las sem resposta, bem como interromper o preenchimento do questionário a qualquer momento. Você não é obrigado(a) a participar desta pesquisa e, caso não queira, isto não afetará a sua relação com a escola.

Não existem respostas certas ou erradas. O preenchimento do questionário terá duração aproximada de 40 minutos. Responda com atenção, pois suas respostas serão muito importantes para o conhecimento da saúde dos(das) adolescentes brasileiros(as).

B00004 00. Prezado(a) estudante, você concorda em participar dessa pesquisa?

- Sim
- Não → alerta: “Responda pelo menos 3 perguntas” (mas, na verdade, vamos deixá-lo responder mais)

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

Vamos começar com algumas perguntas sobre você, sua casa e sua família. B01001 [obrigatória]

01. Qual é o seu sexo?

- Masculino
- Feminino

B01002

02. Qual é a sua cor ou raça?

- Branca
- Preta
- Amarela
- Parda
- Indígena

B01003 [obrigatória]

03. Qual é a sua idade?

- 11 anos ou menos
- 12 anos
- 13 anos
- 14 anos
- 15 anos
- 16 anos
- 17 anos
- 18 anos
- 19 anos ou mais

B01004

04. Qual é o mês do seu aniversário?

- Janeiro
- Fevereiro
- Março
- Abril
- Maio
- Junho
- Julho
- Agosto
- Setembro
- Outubro
- Novembro
- Dezembro

B01005

05. Em que ano você nasceu?

- Antes de 1996
- 1996
- 1997
- 1998
- 1999

- 2000
- 2001
- 2002
- 2003
- 2004 ou mais

Crítica comparando com B01003.
Alerta: “Idade e ano de nascimento não conferem” Corrigir → volta para questão 2

Continuar → continua questionário

B01021

06. Em que ano/série você está?

- 6º ano / 5ª série do Ensino Fundamental
- 7º ano / 6ª série do Ensino Fundamental
- 8º ano / 7ª série do Ensino Fundamental
- 9º ano / 8ª série do Ensino Fundamental
- 1º ano Ensino Médio
- 2º ano Ensino Médio
- 3º ano Ensino Médio

B01022

07. Em que turno você estuda?

- Manhã
- Intermediário
- Tarde
- Noite
- Integral

Se o aluno respondeu que não quer participar da pesquisa (B00004), alerta: “Você quer continuar respondendo o questionário?”

- Sim → continua normalmente (questão B01023)
- Não → encerra o questionário

B01023

08. Você estuda em regime integral (tem atividades escolares por 7 horas ou mais diárias, durante todo o período escolar)?

- Sim
- Não

B01024

09. Você estuda em regime de internato (a escola possui alojamento onde os alunos permanecem e dormem diariamente, durante todo o período escolar)?

- Sim
- Não

B01025

10. Qual o grau de escolaridade mais elevado que você pretende concluir?

- Ensino Fundamental
- Ensino Médio
- Ensino Médio Técnico
- Ensino Superior
- Pós-graduação
- Não sei

B01026

11. Quando terminar o ciclo/curso que você está frequentando atualmente, você pretende?

- Somente continuar estudando
- Somente trabalhar
- Continuar estudando e trabalhar
- Seguir outro plano
- Não sei

B01006

12. Você mora com sua mãe?

- Sim
- Não

B01007

13. Você mora com seu pai?

- Sim
- Não

B01010a

14. Contando com você, quantas pessoas moram na sua casa ou apartamento?

- 1 pessoa (moro sozinho)
- 2 pessoas
- 3 pessoas
- 4 pessoas
- 5 pessoas
- 6 pessoas
- 7 pessoas
- 8 pessoas

- 9 pessoas
- 10 pessoas ou mais

Se B01006 e B01007="Sim" então B01010 \geq 3, alertar "Você respondeu que mora com seus pais ou responsáveis"

- Corrigir → volta para questão
- Continuar → continua questionário

Se B01006 ou B01007="Sim", então B01010 \geq 2, alertar "Você respondeu que mora com um de seus pais ou responsáveis" Corrigir → volta para questão

- Continuar → continua questionário

Se B01010 $>$ 10 alertar "Moram 10 ou mais pessoas na sua casa?" 3 Corrigir → volta para questão Continuar → continua questionário

B01013

15. Na sua casa tem telefone fixo (convencional)?

- Sim
- Não

B01014

16. Você tem celular?

- Sim
- Não

B01015a

17. Na sua casa tem computador (de mesa, netbook, laptop etc.)?

- Sim
- Não

B01016

18. Você tem acesso à internet em sua casa? Sim

- Não

B01017

19. Alguém que mora na sua casa tem carro?

- Sim
- Não

B01018

20. Alguém que mora na sua casa tem moto?

- Sim
- Não

B01019

21. Quantos banheiros com chuveiro têm dentro da sua casa?

- Não tem banheiro com chuveiro dentro da minha casa
- 1 banheiro
- 2 banheiros
- 3 banheiros
- 4 banheiros ou mais

B01020a

22. Tem empregado(a) doméstico(a) recebendo dinheiro para fazer o trabalho em sua casa, três ou mais dias por semana?

- Sim
- Não

B01008a

23. Qual nível de ensino (grau) sua mãe estudou ou estuda?]

- Minha mãe não estudou
- Minha mãe começou o ensino fundamental ou 1º grau, mas não terminou Minha mãe terminou o ensino fundamental ou 1º grau
- Minha mãe começou o ensino médio ou 2º grau, mas não terminou Minha mãe terminou o ensino médio ou 2º grau
- Minha mãe começou a faculdade (ensino superior), mas não terminou Minha mãe terminou a faculdade (ensino superior)
- Não sei

B01011

24. Você tem algum trabalho, emprego ou negócio atualmente?

- Sim
- Não [pular para B02019a]

B01012

25. Você recebe dinheiro por este trabalho, emprego ou negócio?

- Sim
- Não

B2. ALIMENTAÇÃO

As próximas perguntas referem-se à sua alimentação. Leve em conta tudo o que você comeu em casa, na escola, na rua, em lanchonetes, em restaurantes ou em qualquer outro lugar.

B02019a

01. Você costuma tomar o café da manhã?

- Sim, todos os dias
- Sim, 5 a 6 dias por semana
- Sim, 3 a 4 dias por semana
- Sim, 1 a 2 dias por semana
- Raramente
- Não

B02017a 02. Você costuma almoçar ou jantar com sua mãe, pai ou responsável? Sim, todos os dias

- Sim, 5 a 6 dias por semana
- Sim, 3 a 4 dias por semana
- Sim, 1 a 2 dias por semana
- Raramente
- Não

B02018a

03. Você costuma comer quando está assistindo à TV ou estudando?

- Sim, todos os dias
- Sim, 5 a 6 dias por semana
- Sim, 3 a 4 dias por semana
- Sim, 1 a 2 dias por semana
- Raramente
- Não

B02021

04. Sua escola oferece comida (merenda escolar/almoço) aos alunos da sua turma? (Não considerar lanches/comida comprados na cantina)

- Sim

- Não [pular para B02001]
- Não sei [pular para B02001]

B02020a

05. Você costuma comer a comida (merenda/almoço) oferecida pela escola? (Não considerar lanches/comida comprados na cantina)

- Sim, todos os dias
- Sim, 3 a 4 dias por semana
- Sim, 1 a 2 dias por semana
- Raramente
- Não

Conte agora o que você comeu NOS ÚLTIMOS 7 DIAS. Considere uma semana normal de aulas, sem feriados ou férias.

B02001 06. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu feijão?

- Não comi feijão nos últimos 7 dias (0 dia)
- 1 dia nos últimos 7 dias
- 2 dias nos últimos 7 dias
- 3 dias nos últimos 7 dias
- 4 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias nos últimos 7 dias
- 6 dias nos últimos 7 dias
- Todos os dias nos últimos 7 dias

B02002

07. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu salgados fritos? Exemplo: batata frita (sem contar a batata de pacote) ou salgados fritos como coxinha de galinha, quibe frito, pastel frito, acarajé etc.

- Não comi salgados fritos nos últimos 7 dias (0 dia)
- 1 dia nos últimos 7 dias
- 2 dias nos últimos 7 dias
- 3 dias nos últimos 7 dias
- 4 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias nos últimos 7 dias
- 6 dias nos últimos 7 dias
- Todos os dias nos últimos 7 dias

B02004a

08. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu pelo menos um tipo de legume ou verdura? Exemplos: alface, abóbora, brócolis, cebola, cenoura, chuchu, couve, espinafre, pepino, tomate etc. Não inclua batata e aipim (mandioca/macaxeira).

- Não comi nenhum tipo de legume ou verdura nos últimos 7 dias (0 dia)
- 1 dia nos últimos 7 dias
- 2 dias nos últimos 7 dias
- 3 dias nos últimos 7 dias
- 4 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias nos últimos 7 dias
- 6 dias nos últimos 7 dias
- Todos os dias nos últimos 7 dias

B02010

09. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu guloseimas (doces, balas, chocolates, chicletes, bombons ou pirulitos)?

- Não comi guloseimas nos últimos 7 dias (0 dia)
- 1 dia nos últimos 7 dias
- 2 dias nos últimos 7 dias
- 3 dias nos últimos 7 dias
- 4 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias nos últimos 7 dias
- 6 dias nos últimos 7 dias
- Todos os dias nos últimos 7 dias

B02011

10. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu frutas frescas ou salada de frutas?

- Não comi frutas frescas ou salada de frutas nos últimos 7 dias (0 dia)
- 1 dia nos últimos 7 dias
- 2 dias nos últimos 7 dias
- 3 dias nos últimos 7 dias
- 4 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias nos últimos 7 dias
- 6 dias nos últimos 7 dias
- Todos os dias nos últimos 7 dias

B02013

11. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você tomou refrigerante?

- Não tomei refrigerante nos últimos 7 dias (0 dia)
- 1 dia nos últimos 7 dias
- 2 dias nos últimos 7 dias
- 3 dias nos últimos 7 dias
- 4 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias nos últimos 7 dias
- 6 dias nos últimos 7 dias
- Todos os dias nos últimos 7 dias

B02022

12. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu alimentos industrializados/ultraprocessados salgados, como hambúrguer, presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha, macarrão instantâneo, salgadinho de pacote, biscoitos salgados?

- Não comi alimentos industrializados/ultraprocessados salgados nos últimos 7 dias (0 dia)
- 1 dia nos últimos 7 dias
- 2 dias nos últimos 7 dias
- 3 dias nos últimos 7 dias
- 4 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias nos últimos 7 dias
- 6 dias nos últimos 7 dias
- Todos os dias nos últimos 7 dias

B02023

13. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu em restaurantes fast food, tais como lanchonetes, barracas de cachorro quentes, pizzaria etc.?

- Não comi em restaurantes fast food nos últimos 7 dias (0 dia)
- 1 dia nos últimos 7 dias
- 2 dias nos últimos 7 dias
- 3 dias nos últimos 7 dias
- 4 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias nos últimos 7 dias
- 6 dias nos últimos 7 dias
- Todos os dias nos últimos 7 dias

Agora tente lembrar o que você comeu NOS ÚLTIMOS 30 DIAS. Considere um mês normal de aula, sem feriado ou férias.

B02024

14. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência você ficou com fome por não ter comida suficiente em sua casa?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Na maior parte das vezes
- Sempre B02025 15.

NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes por dia você normalmente comeu frutas frescas ou salada de frutas?

- Não comi frutas nos últimos 30 dias
- Menos de uma vez por dia (não comi todos os dias)
- 1 vez por dia
- 2 vezes por dia
- 3 vezes por dia
- 4 vezes por dia
- 5 ou mais vezes por dia

B02026

16. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes por dia você normalmente comeu legumes ou verduras, tais como alface, abóbora, brócolis, cebola, cenoura, chuchu, couve, espinafre, pepino, tomate etc.? Não inclua batata e aipim (mandioca/macaxeira)

- Não comi legumes ou verduras nos últimos 30 dias
- Menos de uma vez por dia (não comi todos os dias)
- 1 vez por dia
- 2 vezes por dia
- 3 vezes por dia
- 4 vezes por dia
- 5 ou mais vezes por dia

B02027

17. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes por dia você tomou refrigerante?

- Não tomei refrigerante nos últimos 30 dias
- Menos de uma vez por dia (não tomei todos os dias)
- 1 vez por dia
- 2 vezes por dia
- 3 vezes por dia
- 4 vezes por dia
- 5 ou mais vezes por dia

B3. ATIVIDADE FÍSICA

Agora vamos conversar sobre o tempo que você gasta fazendo atividades físicas e de lazer como praticar esportes (futebol, voleibol, basquete, handebol), brincar com amigos, caminhar, correr, andar de bicicleta, nadar, dançar etc. Outros tipos de lazer são: assistir televisão, ficar no computador (jogando, estudando, navegando na internet etc.).

Nas perguntas sobre os ÚLTIMOS 7 DIAS, considerar uma semana normal de aula, sem feriados ou férias.

B03001a1

01. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você FOI a pé ou de bicicleta para a escola?

- Nenhum dia nos últimos 7 dias (0 dia) [pular para B03001a2]
- 1 dia nos últimos 7 dias
- 2 dias nos últimos 7 dias
- 3 dias nos últimos 7 dias
- 4 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias mais sábado, nos últimos 7 dias
- 5 dias mais sábado e domingo, nos últimos 7 dias

B03002a1

02. Quando você VAI para a escola a pé ou de bicicleta, quanto tempo você gasta?

- Menos de 10 minutos por dia
- 10 a 19 minutos por dia
- 20 a 29 minutos por dia
- 30 a 39 minutos por dia
- 40 a 49 minutos por dia
- 50 a 59 minutos por dia
- 1 hora ou mais por dia

B03001a2

03. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você VOLTOU a pé ou de bicicleta da escola?

- Nenhum dia nos últimos 7 dias (0 dia) [[pular para B03003](#)]
- 1 dia nos últimos 7 dias
- 2 dias nos últimos 7 dias
- 3 dias nos últimos 7 dias
- 4 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias mais sábado, nos últimos 7 dias
- 5 dias mais sábado e domingo, nos últimos 7 dias

B03002a2

04. Quando você VOLTA da escola a pé ou de bicicleta, quanto tempo você gasta?

- Menos de 10 minutos por dia
- 10 a 19 minutos por dia
- 20 a 29 minutos por dia
- 30 a 39 minutos por dia
- 40 a 49 minutos por dia
- 50 a 59 minutos por dia
- 1 hora ou mais por dia

B03003a

05. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quantos dias você teve aulas de educação física na escola?

- Nenhum dia nos últimos 7 dias (0 dia) [[pular para B03006a](#)]
- 1 dia nos últimos 7 dias
- 2 dias nos últimos 7 dias
- 3 dias nos últimos 7 dias
- 4 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias nos últimos 7 dias

5 dias mais sábado, nos últimos 7 dias

5 dias mais sábado e domingo, nos últimos 7 dias

B03005a

06. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quanto tempo por dia você fez atividade física ou esporte durante as aulas de educação física na escola?

- Não fiz aula de educação física na escola nos últimos 7 dias.
- Menos de 10 minutos por dia 7
- 10 a 19 minutos por dia
- 20 a 29 minutos por dia
- 30 a 39 minutos por dia
- 40 a 49 minutos por dia
- 50 a 59 minutos por dia
- 1 hora ou mais por dia

B03006a

07. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, sem contar as aulas de educação física da escola, em quantos dias você praticou alguma atividade física, como esportes, dança, ginástica, musculação, lutas ou outra atividade?

- Nenhum dia nos últimos 7 dias (0 dia) [[pular para B03011a](#)]
- 1 dia nos últimos 7 dias
- 2 dias nos últimos 7 dias
- 3 dias nos últimos 7 dias
- 4 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias mais sábado, nos últimos 7 dias
- 5 dias mais sábado e domingo, nos últimos 7 dias

B03007

08. NORMALMENTE, quanto tempo por dia duram essas atividades (como esportes, dança, ginástica, musculação, lutas ou outra atividade) que você faz? (Sem contar as aulas de educação física)

- Menos de 10 minutos por dia
- 10 a 19 minutos por dia
- 20 a 29 minutos por dia
- 30 a 39 minutos por dia

- 40 a 49 minutos por dia
- 50 a 59 minutos por dia
- 1 hora ou mais por dia

B03011a

09. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você fez atividade física por pelo menos 60 minutos (1 hora) por dia? (Some todo o tempo que você gastou em qualquer tipo de atividade física, EM CADA DIA)

- Nenhum dia nos últimos 7 dias (0 dia)
- 1 dia nos últimos 7 dias
- 2 dias nos últimos 7 dias
- 3 dias nos últimos 7 dias
- 4 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias mais sábado, nos últimos 7 dias
- 5 dias mais sábado e domingo, nos últimos 7 dias

B03008

10. Se você tivesse oportunidade de fazer atividade física na maioria dos dias da semana, qual seria a sua atitude?

- Não faria mesmo assim
- Faria atividade física em alguns dias da semana
- Faria atividade física na maioria dos dias da semana
- Já faço atividade física em alguns dias da semana
- Já faço atividade física na maioria dos dias da semana

B03009a

11. Em um dia de semana comum, quantas horas por dia você assiste a TV? (não contar sábado, domingo e feriado)

- Não assisto a TV
- Até 1 hora por dia
- Mais de 1 hora até 2 horas por dia
- Mais de 2 horas até 3 horas por dia
- Mais de 3 horas até 4 horas por dia
- Mais de 4 horas até 5 horas por dia
- Mais de 5 horas até 6 horas por dia

- Mais de 6 horas até 7 horas por dia
- Mais de 7 horas até 8 horas por dia
- Mais de 8 horas por dia

B03010a

12. Em um dia de semana comum, quanto tempo você fica sentado(a), assistindo televisão, usando computador, jogando videogame, conversando com amigos(as) ou fazendo outras atividades sentado(a)? (não contar sábado, domingo, feriados e o tempo sentado na escola)

- Até 1 hora por dia
- Mais de 1 hora até 2 horas por dia
- Mais de 2 horas até 3 horas por dia
- Mais de 3 horas até 4 horas por dia
- Mais de 4 horas até 5 horas por dia
- Mais de 5 horas até 6 horas por dia
- Mais de 6 horas até 7 horas por dia
- Mais de 7 horas até 8 horas por dia
- Mais de 8 horas por dia

B4. USO DE CIGARRO [se amostra for tipo 2 E B01003<13 pular este bloco]

Vamos conversar um pouco sobre uso de cigarro e de outros produtos do tabaco por você e outras pessoas próximas a você. Nas perguntas sobre os ÚLTIMOS 30 DIAS considere um mês normal de aula, sem feriados ou férias.

B04001 01. Alguma vez na vida, você já fumou cigarro, mesmo uma ou duas tragadas?

- Sim
- Não [pular para B04008a]

B04002

02. Que idade você tinha quando experimentou fumar cigarro pela primeira vez?

- 7 anos de idade ou menos
- 8 anos
- 9 anos
- 10 anos

- 11 anos
- 12 anos
- 13 anos
- 14 anos
- 15 anos
- 16 anos
- 17 anos
- 18 anos ou mais

Crítica comparando com B01003.

Alerta: “Idade não confere”

- Corrigir → volta para questão
- Continuar → continua questionário

B04003

03. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você fumou cigarros?

- Nenhum dia nos últimos 30 dias (0 dia)
- 1 ou 2 dias nos últimos 30 dias
- 3 a 5 dias nos últimos 30 dias
- 6 a 9 dias nos últimos 30 dias
- 10 a 19 dias nos últimos 30 dias
- 20 a 29 dias nos últimos 30 dias
- Todos os dias nos últimos 30 dias

B04009

04. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em geral, como você conseguiu seus próprios cigarros?

- Não fumei cigarros nos últimos 30 dias
- Eu os comprei numa loja ou botequim
- Eu os comprei num vendedor ambulante (camelô)
- Dei dinheiro para alguém comprá-los para mim
- Eu os pedi a alguém
- Eu peguei escondido
- Uma pessoa mais velha me deu
- Eu os consegui de outro modo

B04010

05. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, alguém se recusou a lhe vender cigarros por causa de sua idade?

- Não tentei comprar cigarros nos últimos 30 dias

Sim, alguém se recusou a me vender cigarros por causa de minha idade

Não, minha idade não me impediu de comprar cigarros

B04008a

06. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você usou outros produtos de tabaco: cigarros de palha ou enrolados a mão, charuto, cachimbo, cigarrilha, cigarro indiano ou bali, narguilé, rapé, fumo de mascar etc.? (não incluir cigarro comum)

- Não uso outros produtos de tabaco [pular para B04005]
- Nenhum dia nos últimos 30 dias (0 dia) [pular para B04005]
- 1 ou 2 dias nos últimos 30 dias
- 3 a 5 dias nos últimos 30 dias
- 6 a 9 dias nos últimos 30 dias
- 10 a 19 dias nos últimos 30 dias
- 20 a 29 dias nos últimos 30 dias
- Todos os 30 dias nos últimos 30 dias

B04011

07. Qual outro produto do tabaco você usou com mais frequência NOS ÚLTIMOS 30 DIAS?

- Cigarros de cravo (cigarros de Bali)
- Cigarros enrolados à mão (palha ou papel)
- Cigarrilhas
- Charutos, charutos pequenos
- Fumo para mascar
- Narguilé (cachimbo de água)
- Cigarros indianos (bidis)
- Cigarro eletrônico (e-cigarette)
- Outros

Conte agora sobre uso de cigarro e outros produtos do tabaco por pessoas próximas a você. Na pergunta sobre os ÚLTIMOS 7 DIAS, considere uma semana normal de aula, sem feriado ou férias.

B04005

08. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias pessoas fumaram na sua presença?

- Nenhum dia nos últimos 7 dias (0 dia)
- 1 ou 2 dias nos últimos 7 dias
- 3 ou 4 dias nos últimos 7 dias
- 5 ou 6 dias nos últimos 7 dias
- Todos os 7 dias

B04006a

09. Algum de seus pais ou responsáveis fuma?

- Nenhum deles
- Só meu pai ou responsável do sexo masculino
- Só minha mãe ou responsável do sexo feminino
- Meu pai e minha mãe ou responsáveis
- Não sei

B5. BEBIDAS ALCOÓLICAS [se amostra for tipo 2 E B01003<13, pular este bloco]

As próximas perguntas referem-se ao consumo de bebidas alcoólicas por você e pessoas próximas a você.

Para respondê-las, considere que **UMA DOSE DE BEBIDA** corresponde a uma latinha de cerveja ou um copo de chopp, ou uma taça de vinho, ou uma dose de cachaça/pinga, ou vodca, ou vodca-ice, ou uísque etc. **ATENÇÃO!** A ingestão de bebidas alcoólicas não inclui experimentar o gosto ou tomar alguns poucos goles como os de vinho para fins religiosos.

B05002

01. Alguma vez na vida você tomou uma dose de bebida alcoólica (uma dose equivale a uma lata de cerveja ou uma taça de vinho ou uma dose de cachaça ou uísque etc.)?

- Sim
- Não

B05003

02. Que idade você tinha quando tomou a primeira dose de bebida alcoólica (uma dose equivale a uma lata de cerveja ou uma taça de vinho ou uma dose de cachaça ou uísque etc.)?

- Nunca tomei bebida alcoólica
- 7 anos de idade ou menos
- 8 anos
- 9 anos
- 10 anos
- 11 anos
- 12 anos
- 13 anos
- 14 anos
- 15 anos
- 16 anos
- 17 anos
- 18 anos ou mais

Crítica comparando com B01003. Alerta: “Idade não confere”

- Corrigir → volta para questão
- Continuar → continua questionário

Se B05002=“Não” e B05003=“Nunca...” pular para B05010

Agora tente lembrar o que você bebeu NOS ÚLTIMOS 30 DIAS. Considere um mês normal de aula, sem feriado ou férias.

B05004 03. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você tomou pelo menos um copo ou uma dose de bebida alcoólica (uma dose equivale a uma lata de cerveja ou uma taça de vinho ou uma dose de cachaça ou uísque etc.)?

- Nenhum dia nos últimos 30 dias (0 dia)
- 1 ou 2 dias nos últimos 30 dias
- 3 a 5 dias nos últimos 30 dias
- 6 a 9 dias nos últimos 30 dias
- 10 a 19 dias nos últimos 30 dias
- 20 a 29 dias nos últimos 30 dias
- Todos os dias nos últimos 30 dias

B05005 04. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, nos dias em que você tomou alguma bebida alcoólica, quantos copos ou doses você tomou por dia?

- Não tomei nenhuma bebida alcoólica nos últimos 30 dias (0 dia)
- Menos de um copo ou dose nos últimos 30 dias
- 1 copo ou 1 dose nos últimos 30 dias
- 2 copos ou 2 doses nos últimos 30 dias
- 3 copos ou 3 doses nos últimos 30 dias
- 4 copos ou 4 doses nos últimos 30 dias
- 5 copos ou mais ou 5 doses ou mais nos últimos 30 dias

B05006a

05. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, na maioria das vezes, como você conseguiu a bebida que tomou?

- Não tomei nenhuma bebida alcoólica nos últimos 30 dias (0 dia)
- Comprei no mercado, loja, bar ou supermercado
- Comprei de um vendedor de rua
- Dei dinheiro a alguém que comprou para mim
- Consegui com meus amigos
- Peguei na minha casa sem permissão
- Consegui com alguém em minha família
- Em uma festa
- Consegui de outro modo

B05007

06. Na sua vida, quantas vezes você bebeu tanto que ficou realmente bêbado(a)? Nenhuma vez na vida (0 vez) 1 ou 2 vezes na vida 3 a 5 vezes na vida 6 a 9 vezes na vida 10 ou mais vezes na vida

B05009

07. Na sua vida, quantas vezes você teve problemas com sua família ou amigos, perdeu aulas ou brigou por que tinha bebido? Nenhuma vez na

vida (0 vez) 1 ou 2 vezes na vida 3 a 5 vezes na vida 6 a 9 vezes na vida 10 ou mais vezes na vida A próxima pergunta refere-se ao consumo de bebidas alcoólicas por pessoas próximas a você.

B05010

08. Quantos amigos seus consomem bebida alcoólica?

- Nenhum
- Poucos
- Alguns
- A maioria
- Todos
- Não sei

B6. DROGAS ILÍCITAS [se amostra for tipo 2 E B01003<13, pular este bloco]

Vamos conversar um pouco sobre uso de algumas drogas como maconha, cocaína, crack, cola, lolo, lança-perfume, ecstasy, oxy etc. B06001 01. Alguma vez na vida, você já usou alguma droga como: maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança-perfume, ecstasy, oxy etc.?

- Sim
- Não [pular para B06006]

B06002

02. Que idade você tinha quando usou alguma droga como: maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança-perfume, ecstasy, oxy ou outra pela primeira vez?

- 7 anos ou menos
- 8 anos
- 9 anos
- 10 anos
- 11 anos
- 12 anos
- 13 anos
- 14 anos
- 15 anos
- 16 anos
- 17 anos
- 18 anos ou mais

Crítica comparando com B01003.

Alerta: “Idade não confere”

- Corrigir → volta para questão
- Continuar → continua questionário

Nas perguntas sobre OS ÚLTIMOS 30 DIAS, considere um mês normal de aula, sem feriado ou férias.

B06003a

03. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantos dias você usou droga como maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança-perfume, ecstasy, oxy etc.?

- Nenhum dia nos últimos 30 dias (0 dia)
- 1 ou 2 dias nos últimos 30 dias
- 3 a 5 dias nos últimos 30 dias 11
- 6 a 9 dias nos últimos 30 dias
- 10 ou mais dias nos últimos 30 dias

B06004a

04. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantos dias você usou maconha?

- Nenhum dia nos últimos 30 dias (0 dia)
- 1 ou 2 dias nos últimos 30 dias
- 3 a 9 dias nos últimos 30 dias
- 10 ou mais dias nos últimos 30 dias

B06005a

05. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantos dias você usou crack?

- Nenhum dia nos últimos 30 dias (0 dia)
- 1 ou 2 dias nos últimos 30 dias
- 3 a 9 dias nos últimos 30 dias
- 10 ou mais dias nos últimos 30 dias

B06006

06. Quantos amigos seus usam drogas?

- Nenhum
- Poucos
- Alguns
- A maioria
- Todos
- Não sei

B7. SITUAÇÕES EM CASA E NA ESCOLA

As próximas questões referem-se a situações vividas por você em casa e na escola, e o quanto seus pais ou responsáveis sabem sobre o que acontece com você.

Nas perguntas sobre os ÚLTIMOS 30 DIAS, considere um mês normal de aula, sem feriado ou férias.

B07001

01. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você faltou às aulas ou à escola sem permissão dos seus pais ou responsáveis?

- Nenhum dia nos últimos 30 dias (0 dia)
- 1 ou 2 dias nos últimos 30 dias
- 3 a 5 dias nos últimos 30 dias
- 6 a 9 dias nos últimos 30 dias
- 10 ou mais dias nos últimos 30 dias

B07002

02. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência seus pais ou responsáveis sabiam realmente o que você estava fazendo em seu tempo livre?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Na maior parte do tempo
- Sempre

B07003

03. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência seus pais ou responsáveis verificaram se os seus deveres de casa (lição de casa) foram feitos?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Na maior parte do tempo
- Sempre

B07004

04. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência seus pais ou

responsáveis entenderam seus problemas e preocupações?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Na maior parte do tempo
- Sempre

B07005

05. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência seus pais ou responsáveis mexeram em suas coisas sem a sua concordância?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Na maior parte do tempo
- Sempre

B07006

06. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência os colegas de sua escola trataram você bem e/ou foram prestativos contigo?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Na maior parte do tempo
- Sempre

B07007

07. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência algum dos seus colegas de escola te esculacharam, zoaram, mangaram, intimidaram ou caçoaram tanto que você ficou magoado, incomodado, aborrecido, ofendido ou humilhado?

- Nunca [\[pular para B07009\]](#)
- Raramente
- Às vezes
- Na maior parte do tempo
- Sempre

B07008

08. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, qual o motivo/causa de seus colegas terem te esculachado, zombado, zoadado, caçoado, mangado, intimidado ou humilhado?

- A minha cor ou raça
- A minha religião
- A aparência do meu rosto
- A aparência do meu corpo
- A minha orientação sexual
- A minha região de origem
- Outros motivos/causas

B07009

09. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você esculachou, zombou, mangou, intimidou ou caçoou algum de seus colegas da escola tanto que ele ficou magoado, aborrecido, ofendido ou humilhado?

- Sim
- Não

B07010

10. Você já sofreu bullying?

- Sim
 - Não
 - Não sei o que é bullying
-

B12. SAÚDE MENTAL

As próximas perguntas referem-se aos seus sentimentos.

B12001

01. NOS ÚLTIMOS 12 MESES com que frequência tem se sentido sozinho(a)?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Na maioria das vezes
- Sempre

B12002

02. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, com que frequência você não conseguiu dormir à noite porque algo o(a) preocupava muito?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Na maioria das vezes
- Sempre

B12003

03. Quantos amigos(as) próximos você tem?

- Nenhum amigo (0)
- 1 amigo
- 2 amigos
- 3 ou mais amigos

B8. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA [se amostra for tipo 2 E B01003<13, pular este bloco]

Agora vamos conversar sobre sexo, contracepção, saúde sexual e reprodutiva.

B08001

01. Você já teve relação sexual (transou) alguma vez?

- Sim
- Não [pular para B08008]

B08002

02. Que idade você tinha quando teve relação sexual (transou) pela primeira vez? 9 anos ou menos

- 10 anos
- 11 anos
- 12 anos
- 13 anos
- 14 anos
- 15 anos
- 16 anos
- 17 anos
- 18 anos ou mais

Crítica comparando com B01003. Alerta: “Idade não confere”

- Corrigir → volta para questão
- Continuar → continua questionário

B08011

03. Você usou preservativo na primeira relação sexual?

- Sim
- Não

B08003a

04. Na sua vida, com quantas pessoas você teve relações sexuais (transou)?

- 1 pessoa
- 2 pessoas

- 3 pessoas
- 4 pessoas
- 5 pessoas
- 6 ou mais pessoas

B08005

05. Na última vez que você teve relação sexual (transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou algum método para evitar a gravidez e/ou Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)?

- Sim
- Não
- Não sei

B08006

06. Na última vez que você teve relação sexual (transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou camisinha (preservativo)? Sim

- Não
- Não sei

B08007

07. Na última vez que você teve relação sexual (transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou algum outro método para evitar a gravidez (não contar camisinha)?

- Sim
- Não
- Não sei

Se B01001=Feminino e (B08007=“Não” ou “Não sei”), pular para B08013 Se B01001=Masculino e (B08007=“Não” ou “Não sei”), pular para B08008

B08012.

8. Nesta última vez que você teve relação sexual (transou), qual outro método para evitar gravidez você ou sua parceira usou? Pílula anticoncepcional

- Injetável mensal
- Injetável trimestral
- Diafragma
- DIU

Outro

B08013 [filtro B01001=Feminino]

09. Alguma vez na vida você engravidou?

- Sim
 Não

B08008

10. Na escola, você já recebeu orientação sobre prevenção de gravidez?

- Sim
 Não
 Não sei

B08009

11. Na escola, você já recebeu orientação sobre AIDS ou outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)?

- Sim
 Não
 Não sei

B08010

12. Na escola, você já recebeu orientação sobre como conseguir camisinha (preservativo) gratuitamente?

- Sim
 Não
 Não sei

B10. HIGIENE E SAÚDE BUCAL

Vamos conversar agora sobre como você se cuida.

Nas perguntas sobre os ÚLTIMOS 30 DIAS, considere um mês normal de aula, sem feriado ou férias.

B10004

01. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência você lavou as mãos antes de comer?

- Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Na maioria das vezes
 Sempre

B10005

02. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência você lavou as mãos após usar o banheiro ou o vaso sanitário?

- Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Na maioria das vezes
 Sempre

B10006

03. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência você usou sabão ou sabonete quando lavou suas mãos?

- Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Na maioria das vezes
 Sempre

B10001a

04. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes por dia você usualmente escovou os dentes?

- Não escovei meus dentes nos últimos 30 dias
 Não escovei meus dentes diariamente
 1 vez por dia nos últimos 30 dias
 2 vezes por dia nos últimos 30 dias
 3 vezes por dia nos últimos 30 dias
 4 ou mais vezes por dia nos últimos 30 dias

B10002

05. NOS ÚLTIMOS 06 MESES, você teve dor de dente? (excluir dor de dente causada por uso de aparelho)

- Sim
 Não
 Não sei / não me lembro

B10003

06. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, quantas vezes você foi ao dentista?

- Nenhuma vez nos últimos 12 meses (0 vez)
 1 vez nos últimos 12 meses

- 2 vezes nos últimos 12 meses
- 3 ou mais vezes nos últimos 12 meses

B9. SEGURANÇA

Nas próximas questões, você irá responder sobre aspectos de sua segurança relacionados ao ambiente em que você vive (comunidade, escola, família), segurança no trânsito e violência. Nas perguntas sobre os ÚLTIMOS 30 DIAS, considere um mês normal de aula, sem feriados ou férias.

B09001

01. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você deixou de ir à escola porque não se sentia seguro no caminho de casa para a escola ou da escola para casa?

- Nenhum dia nos últimos 30 dias (0 dia)
- 1 dia nos últimos 30 dias
- 2 dias nos últimos 30 dias
- 3 dias nos últimos 30 dias
- 4 dias nos últimos 30 dias
- 5 dias ou mais nos últimos 30 dias

B09002

02. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você não foi à escola porque não se sentia seguro na escola?

- Nenhum dia nos últimos 30 dias (0 dia)
- 1 dia nos últimos 30 dias
- 2 dias nos últimos 30 dias
- 3 dias nos últimos 30 dias
- 4 dias nos últimos 30 dias
- 5 dias ou mais nos últimos 30 dias

B09006a1

03. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência você usou cinto de segurança enquanto andava como passageiro(a) NO BANCO DA FRENTE de carro/automóvel, van ou táxi?

- Não andei nesse tipo de veículo no banco da frente nos últimos 30 dias
- Nunca uso cinto de segurança
- Raramente
- Às vezes
- Na maior parte do tempo
- Sempre

B09006a2

04. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência você usou cinto de segurança enquanto andava como passageiro(a) NO BANCO DE TRÁS de carro/automóvel, van ou táxi?

- Não andei nesse tipo de veículo no banco de trás nos últimos 30 dias
- Nunca uso cinto de segurança
- Raramente
- Às vezes
- Na maior parte do tempo
- Sempre

B09007a

05. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência você usou capacete ao andar de motocicleta?

- Não andei de motocicleta nos últimos 30 dias.
- Nunca uso capacete
- Raramente
- Às vezes
- Na maior parte do tempo
- Sempre

B09008

06. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você dirigiu um veículo motorizado de transporte (carro, motocicleta, voadeira, barco)?

- Nenhuma vez nos últimos 30 dias (0 vez)
- 1 vez nos últimos 30 dias
- 2 ou 3 vezes nos últimos 30 dias
- 4 ou 5 vezes nos últimos 30 dias
- 6 ou mais vezes nos últimos 30 dias

B09009

07. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você andou em carro ou outro veículo motorizado dirigido

por alguém que tinha consumido alguma bebida alcoólica?

- Nenhuma vez nos últimos 30 dias (0 vez)
- 1 vez nos últimos 30 dias
- 2 ou 3 vezes nos últimos 30 dias
- 4 ou 5 vezes nos últimos 30 dias
- 6 ou mais vezes nos últimos 30 dias

B09003

08. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você foi agredido(a) fisicamente por um adulto da sua família?

- Nenhuma vez nos últimos 30 dias (0 vez)
- 1 vez nos últimos 30 dias
- 2 ou 3 vezes nos últimos 30 dias
- 4 ou 5 vezes nos últimos 30 dias
- 6 ou 7 vezes nos últimos 30 dias
- 8 ou 9 vezes nos últimos 30 dias
- 10 ou 11 vezes nos últimos 30 dias
- 12 vezes ou mais nos últimos 30 dias

B09004

09. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você esteve envolvido(a) em alguma briga em que alguma pessoa usou arma de fogo, como revólver ou espingarda?

- Sim
- Não

B09005

10. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você esteve envolvido(a) em alguma briga em que alguma pessoa usou alguma outra arma como faca, canivete, peixeira, pedra, pedaço de pau ou garrafa?

- Sim
- Não

B09010

11. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, quantas vezes você foi agredido(a) fisicamente? Nenhuma vez nos últimos 12 meses (0 vez) 1 vez nos últimos 12 meses

- 2 a 3 vezes nos últimos 12 meses
- 4 a 5 vezes nos últimos 12 meses
- 6 a 7 vezes nos últimos 12 meses

- 8 a 9 vezes nos últimos 12 meses
- 10 a 11 vezes nos últimos 12 meses
- 12 ou mais vezes nos últimos 12 meses

B09011

12. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, quantas vezes você se envolveu em briga (uma luta física)?

- Nenhuma vez nos últimos 12 meses (0 vez)
- 1 vez nos últimos 12 meses
- 2 a 3 vezes nos últimos 12 meses
- 4 a 5 vezes nos últimos 12 meses
- 6 a 7 vezes nos últimos 12 meses
- 8 a 9 vezes nos últimos 12 meses
- 10 a 11 vezes nos últimos 12 meses
- 12 ou mais vezes nos últimos 12 meses

B09012

13. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, quantas vezes você foi seriamente ferido(a)?

- Nenhuma vez nos últimos 12 meses (0 vez)
- 1 vez nos últimos 12 meses
- 2 ou 3 vezes nos últimos 12 meses
- 4 ou 5 vezes nos últimos 12 meses
- 6 ou 7 vezes nos últimos 12 meses
- 8 ou 9 vezes nos últimos 12 meses
- 10 ou 11 vezes nos últimos 12 meses
- 12 ou mais vezes nos últimos 12 meses

B09013a

14. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, qual foi o ferimento ou a lesão MAIS SÉRIA que aconteceu com você?

- Não tive ferimento/lesão séria nos últimos 12 meses [[pular para B09015](#)]
- Tive um osso quebrado ou junta deslocada
- Tive um corte ou perfuração
- Tive um traumatismo ou outra lesão na cabeça ou pescoço e desmaiei ou não consegui respirar

- Tive um ferimento à bala (arma de fogo)
- Tive uma queimadura grave
- Fui envenenado(a) ou tive overdose (consumi drogas em excesso)
- Tive outra lesão ou machucado

B09014a

15. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, qual foi a PRINCIPAL CAUSA do ferimento ou da lesão mais séria que aconteceu com você?

- Foi um acidente ou atropelamento causado por veículo motorizado
- Foi algo que caiu sobre mim ou me atingiu
- Foi um ataque que sofri ou briga com alguém (com ou sem uso de arma)
- Foi um incêndio ou a proximidade com algo quente
- Foi a inalação ou algo que engoli e me fez mal
- Foi praticando alguma atividade física/exercício/esporte
- Foi um acidente que sofri quando estava trabalhando
- Foi um acidente enquanto andava de bicicleta
- Foi uma queda
- Foi outra causa

B09015

16. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, você sofreu algum acidente de bicicleta (caiu e se machucou)?

- Não andei de bicicleta nos últimos 12 meses
- Andei de bicicleta e não sofri acidente
- Andei de bicicleta e sofri acidente

B09016 [se amostra for tipo 2 E B01003<13, pular esta questão]

17. Alguma vez na vida você foi forçado(a) a ter relação sexual?

- Sim
- Não [pular para B13005]

B09017 [se amostra for tipo 2 E B01003<13, pular esta questão]

18. Quem forçou você a ter relação sexual? Namorado(a)/ex-namorado(a)

- Amigo(a)
- Pai/mãe/padrasto/madrasta
- Outros familiares
- Desconhecido(a)
- Outro

[permitir múltipla resposta]

B13. USO DE SERVIÇO DE SAÚDE Vamos conversar agora sobre sua saúde.

B13005

01. Como você classificaria seu estado de saúde?

- Muito bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Muito ruim

B13006

02. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, quantos dias você faltou a escola por motivo(s) relacionado(s) à sua saúde?

- Não faltei a escola nos últimos 12 meses por motivos de saúde
- 1 a 3 dias nos últimos 12 meses
- 4 a 7 dias nos últimos 12 meses
- 8 a 15 dias nos últimos 12 meses
- 16 dias ou mais nos últimos 12 meses

B13001

03. NOS ÚLTIMOS 12 MESES você procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?

- Sim
- Não [pular para B13004a]

B13002a

04. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, qual foi o serviço de saúde que você procurou com MAIS FREQUÊNCIA?

- Unidade Básica de Saúde (Centro ou Posto de 17 saúde ou Unidade de Saúde da Família/PSF)
- Consultório médico particular ou clínica particular
- Consultório odontológico
- Consultório de outro profissional de saúde (fonoaudiólogo, psicólogo etc.)
- Serviço de especialidades médicas ou Policlínica
- Pronto-socorro, emergência ou UPA
- Hospital
- Laboratório ou clínica para exames complementares
- Serviço de atendimento domiciliar
- Farmácia
- Outro

B13004a

05. Você foi atendido(a) NA ÚLTIMA VEZ que procurou alguma Unidade Básica de Saúde (Centro ou Posto de saúde ou Unidade de Saúde da Família/PSF), NESTES ÚLTIMOS 12 MESES?

- Sim
- Não
- Não procurei uma Unidade Básica de Saúde [[pular para B13008](#)]

B13007

06. Qual foi o PRINCIPAL MOTIVO da sua procura na Unidade Básica de Saúde (Centro ou Posto de saúde ou Unidade de Saúde da Família/PSF) NESTA ÚLTIMA VEZ?

- Apoio para controle de peso (ganhar ou perder)
- Apoio para parar de fumar
- Acidente ou lesão
- Reabilitação ou terapia
- Doença
- Problema odontológico
- Vacinação
- Consulta para métodos contraceptivos (preservativos, pílula, DIU etc.)

- Buscar contracepção de emergência (pílula do dia seguinte)
- Teste para HIV, Sífilis ou Hepatite B
- Pré-natal / Teste para gravidez
- Solicitação de atestado médico
- Outro

B13008

07. Você conhece/ouviu falar sobre a campanha de vacinação contra o vírus HPV?

- Sim
 - Não [B13009](#) [[filtro B01001=Feminino](#)]
08. Você foi vacinada contra o vírus HPV? Sim Não
-

B14. ASMA

B14001

01. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, você teve chiado (ou piado) no peito?

- Sim
- Não

B14002

02. Você teve asma alguma vez na vida?

- Sim
 - Não
-

B11. IMAGEM CORPORAL

Agora responda o que você acha de sua própria imagem.

B11006

01. Você considera sua imagem corporal como sendo algo:

- Muito importante
- Importante
- Pouco importante
- Sem importância

B11007

02. Como você se sente em relação ao seu corpo?

- Muito satisfeito(a)
- Satisfeito(a)
- Indiferente

- Insatisfeito(a)
 Muito insatisfeito(a)

B11001

03. Quanto ao seu corpo, você se considera: Muito magro(a)

- Magro(a)
 Normal
 Gordo(a)
 Muito Gordo(a)

B11002

04. O que você está fazendo em relação a seu peso?

- Não estou fazendo nada
 Estou tentando perder peso
 Estou tentando ganhar peso
 Estou tentando manter o mesmo peso

B11003

05. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você vomitou ou tomou laxantes para perder peso ou evitar ganhar peso?

- Sim
 Não

B11004a

06. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você tomou algum remédio, fórmula ou outro produto para perder peso, sem acompanhamento médico?

- Sim
 Não

B11005

07. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você tomou algum remédio, fórmula ou outro produto para ganhar peso ou massa muscular sem acompanhamento médico?

- Sim
 Não

B15. PESO E ALTURA Estamos quase acabando. Responda agora qual é seu peso e sua altura.

Para escrever seu peso, você verá um quadro igual a este aí embaixo onde

deve marcar QUANTOS QUILOS você tem.

Por exemplo: se você pesa 46 quilos deve marcar assim:

0	0	0
1	1	1
2	2	2
	3	3
	4	4
	5	5
	6	6
	7	7

Agora responda: B15001 01. Qual é o seu peso?

B15001

01. Qual é o seu peso?

0	0	0
1	1	1
2	2	2
	3	3
	4	4
	5	5
	6	6
	7	7
	8	8
	9	9

___ ___ quilos

- Não sei

Para escrever sua altura, você verá um quadro igual a este aí embaixo onde deve marcar SUA ALTURA.

Por exemplo: se você tem 1 metro e 52 centímetros, deve marcar assim:

0	0	0
1	1	1
2	2	2
	3	3
	4	4
	5	5
	6	6
	7	7
	8	8
	9	9

Agora responda:

B15002

02. Qual é a sua altura?

1	1	1
2	2	2
	3	3
	4	4
	5	5
	6	6
	7	7
	8	8
	9	9

___ centímetros

Não sei

B16. A SUA OPINIÃO

Expresse a sua opinião, avaliando este questionário.

B16001a

01. O que você achou deste questionário?

- Fácil
- Difícil
- Chato
- Legal
- Interessante
- Informativo

Cansativo

Constrangedor [permitir múltipla resposta]

Fim do questionário do Estudante. Você deve permanecer em seu lugar e informar ao Técnico do IBGE que terminou de responder o questionário. Agradecemos a sua participação. Dados salvos com sucesso!

PARA AMOSTRAS TIPOS 2 E 3:

Fim do questionário do Estudante. Agora seu peso e sua altura serão medidos pelo Técnico do IBGE.

Você deve permanecer em seu lugar e informar ao Técnico do IBGE que terminou de responder o questionário. Agradecemos a sua participação.

B17001 01.

Qual é o peso do(a) aluno(a)?

0	0	0	,0
1	1	1	,1
2	2	2	,2
	3	3	,3
	4	4	,4
	5	5	,5
	6	6	,6
	7	7	,7
	8	8	,8
	9	9	,9

___ quilos

Recusa ou impossibilidade de medição

B17002

02. Qual é a altura do(a) aluno(a)?

0	0	0	,0
1	1	1	,1
2	2	2	,2
	3	3	,3
	4	4	,4
	5	5	,5
	6	6	,6
	7	7	,7
	8	8	,8
	9	9	,9

__ __ __, __ centímetros

Recusa ou impossibilidade de medição

Se o aluno deixar uma questão em branco, alertar “Questão atual não foi respondida. Deseja continuar?”

Sim → continua questionário

Não → volta para questão

Se ficaram questões em branco, no final do questionário, avisar:

“A pergunta “xxx” está sem resposta. Deseja voltar e responder?”

Sim → vai para a pergunta

Não → aviso sobre a próxima questão em branco ou finalizar o questionário, dependendo do caso