

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Alan Roger José Maria

**SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E AUTOESTIMA EM ADOLESCENTES DO  
SEXO FEMININO RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, MG.**

Juiz de Fora

2020

Alan Roger José Maria

**SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E AUTOESTIMA EM ADOLESCENTES DO  
SEXO FEMININO RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, MG.**

Projeto apresentado ao Programa de Pós graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Processo Saúde-adoecimento e seus Determinantes, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Michele Pereira Netto  
Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliane Rodrigues de Faria

Juiz de Fora

2020

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Maria, Alan Roger José.

Saúde sexual e reprodutiva e autoestima em adolescentes do sexo feminino no município de Juiz de Fora, MG / Alan Roger José Maria. -- 2020.

188 f. : il.

Orientadora: Michele Pereira Netto

Coorientadora: Eliane Rodrigues de Faria

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2020.

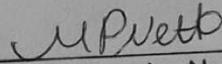
1. Adolescente. 2. Comportamento sexual. 3. Autoestima. I. Netto, Michele Pereira, orient. II. Faria, Eliane Rodrigues de, coorient. III. Título.

ALAN ROGER JOSÉ MARIA

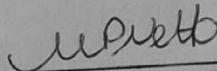
**“Saúde Sexual e Reprodutiva e Autoestima em Adolescentes do Sexo Feminino Residentes do Município de Juiz de Fora”.**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

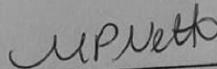
Aprovado em 30/06/2020



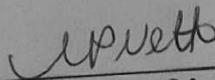
Michele Pereira Netto – UFJF



Eliane Rodrigues e Faria – UFJF



Poliana Cardoso Martins – UFBA



Ana Paula Carlos Cândido Mendes – UFJF

## **AGRADECIMENTOS**

O campo dos agradecimentos é uma tarefa ingrata e hercúlea, pois fatalmente você esquecerá nominalmente de alguém, assim como jamais será capaz de expressar em palavras o muito que a pessoa representa pra você. Já dizia o grande pensador Pedro: “é uma cilada, Bino!”

De antemão já aviso, quem foi importante durante tal jornada sabe de seu valor. Não são meia dúzia de parágrafos ou menções que mudarão tal fato. Dito isto, não custa nada tirar um pouco de tempo para agradecer aos que caminharam comigo, bem como aqueles que abriram e pavimentaram o caminho.

Um imenso obrigado a todos os professores e funcionários da Saúde Coletiva, vocês foram de suma importância nessa caminhada. O SUS persiste!

Bolsistas e voluntários do Estudo-EVA, nada teria ocorrido sem vocês. A contribuição e o comprometimento de vocês foi sem precedentes e imensurável.

Ana Livia e Arlete, fico feliz em ter sido aluno de vocês. E fico ainda mais feliz por ainda estar aprendendo com vocês, mesmo que não cultivemos mais a relação de aluno-professor. Vocês são o norte da minha bússola.

Michele, que felicidade em ser orientado por você! Obrigado por me forçar a demonstrar o quão melhor eu podia ser. Obrigado por me ouvir e me entender. Obrigado por me confiar tantas tarefas. Você não foi só uma orientadora, foi amiga e companheira.

Eliane, que grata surpresa foi o estágio em docência com você! Cresci muito ao seu lado, como pessoa e profissional. Obrigado por entender minha luta e obrigado por não desistir da sua própria luta. Quando crescer eu quero ser como você.

Polly, o que a EAN uniu ninguém separa. Brilhe no mestrado!

Luiz, se existisse um prêmio de melhor pessoa entre os alunos da Saúde Coletiva, ele seria seu sem discussão. Saiba que sua sabedoria e sua experiência foram de grande valia para todos.

Meninas (Adriana, Andressa e Thais), feliz em poder dividir essa jornada com vocês! Creio que saímos dessa fortalecidos e mais senhores de nós mesmos. Admito que sem o apoio, tanto intelectual quanto emocional, de vocês esse mestrado não teria saído.

Mãe, obrigado por ser minha mãe. Isso basta e sobra.

Crianças (Ruan, Yasmin, Júnior, Júlia e Bernardo), obrigado por me atrapalharem em meu estudo e me resgatarem do mundo das letras. A presença de vocês foi respiro em momentos de sufoco.

Rachid e Bárbara, obrigado por existirem.

Pai, obrigado por se preocupar.

Hugo, você me manteve atrelado às minhas raízes, me fez ser menos acadêmico, me manteve nas ruas. É tudo nosso cara. E se não for, nós toma.

Meninos (Barata, Charlin, Diogo, Junin, Vitim e Wilson William), cada um de vocês tem uma importância ímpar nessa jornada. Não só no mestrado, mas todo o caminho que o precedeu. E tenho certeza que vocês continuarão a ser significativos nos anos que não de vir. Vocês são meus espelhos, cada um a seu modo. A cada dia que passa almejo ser um pouco mais como vocês. Caminhamos muito e caminharemos ainda mais. Eu e vocês somos nós, e nós que ninguém desata.

Letícia, você foi alicerce, foi caminho e foi farol. Tudo que eu conquistei tem o seu dedo. Talvez devessem te chamar de Midas, já que o seu toque me deixou mais valioso. Obrigado por ter compartilhado tanto comigo, obrigado por ser amiga, namorada e às vezes mãe. Eu nem precisava escrever isso aqui, até porque eu escrevi um livro só pra te impressionar. Daí você já vê o quão importante é.

## RESUMO

O início da vida sexual dos brasileiros se dá geralmente na adolescência. Sabe-se que a prática sexual na adolescência expõe este público a situações de gravidez não planejada, abortos inseguros e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's). O risco de exposição a tais situações é considerável, visto que parcela da população adolescente relata não ter utilizado métodos contraceptivos na última relação sexual. A autoestima é apontada como um dos fatores determinantes na adoção de comportamentos de risco na adolescência, seja em relação aos comportamentos sexuais de risco ou o consumo de álcool e drogas. Avaliar a saúde sexual e reprodutiva e a autoestima de adolescentes do sexo feminino de Juiz de Fora. Consiste num estudo de corte transversal com adolescentes (14-19 anos) do sexo feminino matriculadas em escolas públicas de Juiz de Fora, MG. Dentre as variáveis dependentes citam-se: sexarca, idade de sexarca, utilização de métodos contraceptivos na primeira e na última relação sexuais e autoestima. Realizou-se aferições antropométricas e aplicações de questionários para a obtenção dos dados. Para identificar os fatores associados aos desfechos utilizou-se o Teste Qui-quadrado de Pearson e análises de regressão logística e linear (ambas multivariadas). Julgou-se como significativas as variáveis que apresentaram  $p < 0,05$ . Avaliou-se 480 adolescentes. Dentre elas, 44,1% já tiveram relações sexuais, 34,8% tiveram seu debute sexual com menos de 15 anos. Observou-se que o uso de preservativo decresceu entre a primeira (67,3%) e a última relação (52,9%), enquanto o uso de outros métodos contraceptivos cresceu entre a primeira (26,1%) e a última relação (44,7%). Tem-se ainda, que 35,8% da amostra apresentou baixa autoestima. Observou-se associação entre a sexarca e as seguintes variáveis: experimentação de cigarro, histórico anterior de embriaguez, conversa com familiares sobre sexo, idade e autoestima. Quanto a idade de sexarca, associaram-se: idade de experimentação de cigarro e idade de menarca. No que se refere ao uso de métodos contraceptivos, constatou-se que as variáveis número de idas ao serviço de saúde, experimentação de cigarro, grau de escolaridade da mãe, maturação dos pelos pubianos, idade de sexarca, uso de preservativo na primeira e na última relação, uso de outros métodos contraceptivos na última relação, autoestima, idade e conversa com familiares sobre sexo, associaram-se aos desfechos. Quanto a autoestima, notou-se associação com as seguintes variáveis: grau de escolaridade da mãe, classe econômica, percepção

de saúde dos adolescentes e dos pais, experimentação de álcool e de cigarro, triagem de bulimia nervosa, idade, satisfação com o peso e com a imagem corporal. Diante da diversidade de fatores que afetam a saúde sexual e reprodutiva das adolescentes, parece sensato afirmar que os programas e políticas que terão como foco essa temática, deverão tratar não só sobre a prevenção de IST's e outros agravos que a relação sexual desprotegida implica, como também englobar aspectos da autoestima e de imagem corporal, visto que a autoestima baixa e a insatisfação corporal podem ser gatilhos para o consumo de álcool e cigarro, consumo que pode inclusive favorecer à adoção de comportamentos sexuais de risco entre as adolescentes.

**Palavras-chave:** Adolescente. Comportamento sexual. Autoestima.

## ABSTRACT

The sexual life of Brazilians usually begins in adolescence. It is notorious that sexual practice in adolescence exposes this public to situations of unplanned pregnancy, unsafe abortions and Sexually Transmitted Infections (STI's). The risk of exposure to such situations is considerable, since a portion of the adolescent population reports not having used contraceptive methods in the last sexual intercourse. Self-esteem is one of the determining factors in the adoption of risky behavior in adolescence, whether in relation to risky sexual behaviors or the consumption of alcohol and drugs. To evaluate sexual and reproductive health and self-esteem in female adolescents from Juiz de Fora. It consists of a cross-sectional study with female adolescents (14-19 years) enrolled in state schools in Juiz de Fora, MG. The dependent variables include sexarche, age at sex, use of contraceptive methods in the first and last sexual intercourse and self-esteem. Anthropometric measurements and questionnaires were used to obtain data. Pearson's chi-square test and logistic and linear regression analyzes (both multivariate) were used to identify factors associated with outcomes. The variables with  $p < 0.05$  were considered significant. 480 adolescents were evaluate. Among them, 44.1% have had sexual intercourse, 34.8% had their sexual debut under the age of 15. It was notice that condom use decreased between the first (67.3%) and the last relationship (52.9%), while the use of other contraceptive methods grew between the first (26.1%) and the last relationship (44.7%). In addition, 35.8% of the sample had low self-esteem. An association was observed between sexarche and the variables cigarette experimentation, previous history of drunkenness, age, self-esteem and conversation with family members about sex. Regarding the age of the debut sexual, they were associated: age of experimentation with cigarettes and age of menarche. Regarding the use of contraceptive methods, the following variables were associated with the outcomes: number of visits to the health service, experimentation with cigarettes, mother's education level, maturation of pubic hair, age of sexarche, condom use in the first and last relationship, use of other contraceptive methods in the last relationship, self-esteem, age and conversation with family members about sex. As for self-esteem, an association was observed with the following variables: mother's education level, economic class, adolescents 'and parents' perception of health, experimentation with alcohol and cigarettes, screening for bulimia nervosa, age, satisfaction with weight and

with body image. In view of the diversity of factors that affect the sexual and reproductive health of adolescents, it seems sensible to say that the programs and policies that will focus on this theme, should address not only the prevention of STIs and other problems that unprotected sexual intercourse entails, as well as encompass aspects of self-esteem and body image, since low self-esteem and body dissatisfaction can be triggers for the consumption of alcohol and cigarettes, consumption that can even increase the adoption of risky sexual behaviors among adolescents.

**Keywords:** Adolescent. Sexual Behavior. Selfsteem.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Determinantes Sociais de Saúde: modelo de Dalhlgren e Whitehead .....	35
Figura 2 -	Determinantes Sociais de Saúde: modelo de Solar e Irwin .....	36
Figura 3 -	Marco conceitual para ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde .....	38
Figura 4 -	Fluxograma do processo de amostragem .....	45
Figura 5 -	Fluxograma da coleta de dados .....	51
Quadro 1 -	Categorização das variáveis dependentes do estudo .....	52
Quadro 2 -	Categorização das variáveis independentes do estudo .....	53
Figura 6 -	Modelo conceitual hierárquico do processo de determinação da sexarca e da idade de sexarca .....	55
Figura 7 -	Modelo conceitual hierárquico do processo de determinação da utilização de preservativo e de outros métodos contraceptivos na primeira e na última relação sexual .....	56
Figura 8 -	Modelo conceitual hierárquico do processo de determinação da autoestima .....	57

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACO - Anticoncepcionais Orais  
BSQ - Body Shape Questionary  
CDSS - Comissão de Determinantes Sociais de Saúde  
CNDSS - Comissão Nacional sobre os de Determinantes Sociais de Saúde  
CIPD - Conferência Internacional Sobre a População em Desenvolvimento  
DSS - Determinantes Sociais de Saúde  
EAR - Escala de Autoestima de Rosenberg  
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente  
ERICA - Estudo dos Riscos Cardiovasculares em Adolescentes  
ESA - Escala de Silhuetas de adolescentes  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
ESR - Educação Sexual e Reprodutiva  
EVA - Estilo de Vida na Adolescência  
IMC - Índice de Massa Corporal  
IST's- Infecções Sexualmente Transmissíveis  
HERA - Health, Empowerment, Rights and Accountability  
HPV - Papiloma Vírus Humano  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
OR - Odds Ratio  
PAISM - Programa de Assistência integral a Saúde da Mulher  
PCN - Parâmetros Curriculares Nacionais  
PeNSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar  
PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde  
PROSAD - Programa de Saúde do Adolescente  
PSE - Programa Saúde na Escola  
SSR - Saúde Sexual e Reprodutiva  
SUS - Sistema Único de Saúde  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
UFJF - Universidade Federal de Juiz de Fora  
WHO - World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	17
2.1	SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA .....	17
<b>2.1.1</b>	<b>Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes</b> .....	17
<b>2.1.2</b>	<b>Saúde Sexual e Reprodutiva – Ações e Programas</b> .....	20
2.2	AUTOESTIMA .....	23
2.3	IMAGEM CORPORAL .....	28
2.4	DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE .....	33
<b>2.4.1</b>	<b>Modelos de Determinantes Sociais de Saúde</b> .....	33
<b>2.4.2</b>	<b>Determinantes Sociais da Saúde Sexual e Reprodutiva</b> .....	39
<b>2.4.3</b>	<b>Determinantes Sociais da Autoestima</b> .....	41
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	43
3.1	OBJETIVO GERAL .....	43
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	43
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	44
4.1	ESTUDO ESTILO DE VIDA NA ADOLESCÊNCIA .....	44
4.2	DELINEAMENTO DA PESQUISA .....	44
4.3	ÁREA DE ESTUDO .....	44
4.4	CÁLCULO DA AMOSTRA .....	44
<b>4.4.1</b>	<b>Critérios de inclusão</b> .....	45
<b>4.4.2</b>	<b>Critérios de exclusão</b> .....	45
4.5	SELEÇÃO DA AMOSTRA .....	45
4.6	COLETA DE DADOS .....	46
4.7	CARACTERÍSTICAS SEXUAIS E REPRODUTIVAS .....	46
<b>4.7.1</b>	<b>Maturação sexual</b> .....	46
<b>4.7.2</b>	<b>Saúde sexual e reprodutiva</b> .....	46
4.8	CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS .....	47
<b>4.8.1</b>	<b>Experimentação e consumo de bebidas alcoólicas e cigarro</b> .....	47
4.9	CARACTERÍSTICAS DE AUTOESTIMA .....	47
<b>4.9.1</b>	<b>Autoestima</b> .....	47
4.10	CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS .....	48
<b>4.10.1</b>	<b>Peso, estatura e excesso de peso</b> .....	48

4.10.2	<b>Porcentagem de gordura corporal</b> .....	48
4.11	<b>CARACTERÍSTICAS DE IMAGEM CORPORAL</b> .....	49
4.11.1	<b>Distúrbio dismórfico corporal</b> .....	49
4.11.2	<b>Anorexia nervosa</b> .....	49
4.11.3	<b>Bulimia nervosa</b> .....	50
4.12	<b>CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DE SAÚDE</b> .....	50
4.12.1	<b>Parâmetros socioeconômicos e condições sanitárias</b> .....	50
4.12.2	<b>Percepção sobre o estado de saúde e uso de serviços de saúde</b> .....	51
4.13	<b>FLUXOGRAMA DA COLETA DE DADOS</b> .....	51
4.14	<b>ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	51
4.14	<b>QUESTÕES ÉTICAS</b> .....	57
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	58
5.1	<b>ARTIGO ORIGINAL 1</b> .....	59
5.2	<b>ARTIGO ORIGINAL 2</b> .....	79
5.3	<b>ARTIGO ORIGINAL 3</b> .....	101
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	119
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	120
	<b>APÊNDICE A – ARTIGO ORIGINAL SUBMETIDO AO PERIÓDICO</b>	
	<b>CADERNOS DE SAÚDE COLETIVA</b> .....	130
	<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS</b> .....	152
	<b>APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E</b>	
	<b>ESCLARECIDO</b> .....	180
	<b>APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E</b>	
	<b>ESCLARECIDO</b> .....	182
	<b>ANEXO A - ESCALA DE MATURAÇÃO SEXUAL ILUSTRADA DE</b>	
	<b>TANNER</b> .....	184
	<b>ANEXO B – ESCALA DE SILHUETAS DE STUNKARD</b> .....	185
	<b>ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE</b>	
	<b>ÉTICA EM PESQUISA</b> .....	186

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, 17,9% da população brasileira é composta por adolescentes (BRASIL, 2010a). A World Health Organization (WHO) descreve a adolescência como o período entre 10 e 19 anos de idade (WHO, 1986). O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) destaca que tanto a criança quanto o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana (BRASIL, 1990a), dentre estes, inclui-se o direito à saúde. Por sua vez, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 1946). Diante do fato que a sexualidade é inerente à condição humana, tem-se que os direitos sexuais e reprodutivos também compõem o espectro da saúde (OMS, 1989).

Associados aos direitos sexuais e reprodutivos encontram-se a Saúde Sexual e a Saúde Reprodutiva. A Saúde Sexual é definida como a habilidade de mulheres e homens desfrutarem e expressarem sua sexualidade, sem riscos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), gestações indesejadas, coerção, violência e discriminação (CORREA; ALVES; JANUZZI, 2006). Ao passo que a Saúde Reprodutiva é tida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não a mera ausência de doenças ou enfermidades (NACIONES UNIDAS, 1995).

O início da vida sexual dos brasileiros se dá geralmente na adolescência (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2016a; GONÇALVES et al., 2015). É sabido que a prática sexual na adolescência expõe este público a situações de gravidez não planejada/indesejada, abortos inseguros e infecções por IST's (BRETAS, 2010; VITALLE, 2003). O risco de exposição a tais situações é considerável, visto que parcela da população adolescente relata não ter utilizado métodos contraceptivos na última relação sexual (BORGES et al., 2016; OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2014).

O consumo de drogas, tanto lícitas quanto ilícitas é um fator que na literatura é frequentemente associado aos comportamentos sexuais de risco, como por exemplo, a não utilização de preservativos e a iniciação sexual precoce (BERTONI et al., 2009; GONÇALVES et al., 2015).

A autoestima também tem sido apontada como um dos fatores determinantes na adoção ou não-adoção de comportamentos de risco por parte dos adolescentes,

seja em relação ao consumo de drogas e álcool, na adoção de comportamentos sexuais de risco ou no desenvolvimento de transtornos alimentares (ENEJOH et al., 2015; FARID et al., 2014; FORTES et al., 2014; FORTES et al., 2016; MELO NETO; CERQUEIRA-SANTOS, 2012). A mesma consiste no entendimento que um indivíduo tem de si e de suas características frente à sociedade, ou seja, quão bom ou ruim, superior ou inferior, valioso ou inútil o mesmo se considera (FLAMENT, et al. 2012; HUTZ; ZANON, 2011).

Atrelada a autoestima encontra-se a imagem corporal, que também exerce impacto na Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) dos adolescentes (DUMITH et al., 2012; POLTRONIERIA et al., 2016; SASAKI, et al., 2015). A mesma consiste na percepção que o sujeito tem do próprio corpo (FARIA, 2005; SCHILDER, 1981). É notório que o adolescente passa por diversas transformações corporais durante a adolescência (SAITO, 2000), e, em decorrência de tais transformações, alguns adolescentes tornam-se insatisfeitos com seu próprio corpo. Tal como a autoestima, o sentimento de insatisfação corporal também pode levar o adolescente a adotar comportamentos de risco (ENEJOH et al., 2015; FORTES et al., 2014; FORTES et al., 2016; MELO NETO; CERQUEIRA-SANTOS, 2012). Sabe-se também, que os indivíduos do sexo feminino tendem a apresentar menores níveis de autoestima e maiores níveis de insatisfação corporal que os do sexo masculino (FELDEN et al., 2015; MATIAS et al., 2010; MIRANDA et al., 2011; RENTZ-FERNANDES et al., 2017).

O sexo feminino é o mais prevalente no que se refere a baixa autoestima e a insatisfação corporal. Ressalta-se ainda, que tal parcela da sociedade é a que mais sofre com os comportamentos sexuais de risco, visto que são as mulheres que gestam e sofrem imposições e sanções sociais. Apesar de tais fatos, é perceptível que ainda são escassos na literatura estudos que busquem associar o comportamento sexual das adolescentes com a autoestima e a imagem corporal.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

Os tópicos pertinentes à fundamentação teórica do trabalho estão dispostos a seguir.

### **2.1 SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA**

Abordou-se a SSR por dois prismas, um focado nos parâmetros epidemiológicos da população adolescente e outra nas ações e programas de SSR.

#### **2.1.1 Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes**

No Brasil, 17,9% da população brasileira é composta por adolescentes (BRASIL, 2010). A WHO descreve a adolescência como o período entre 10 e 19 anos de idade (WHO, 1986). Por sua vez o ECA, previsto na Lei n.º 8.069/90, descreve a adolescência como o período de vida contido entre 12 e 18 anos de idade. Além disso, o ECA também destaca em seu art. 3º que tanto a criança quanto o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, direitos necessários para um desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social (BRASIL, 1990a).

Nota-se uma carência no ECA no que concerne os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes (BRASIL, 1990a). Entretanto, tais aspectos são de suma importância, uma vez que a sexualidade é uma condição inerente à pessoa humana (OMS, 1989).

A Conferência Internacional Sobre a População e Desenvolvimento (CIPD), que ocorreu no Cairo no ano de 1994, apresenta os conceitos de Saúde Reprodutiva e de Saúde Sexual:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui também a saúde sexual, cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças

sexualmente transmissíveis (NACIONES UNIDAS, 1995, anexo, cap. VII, par. 7.2).

Já o conceito de saúde sexual fornecido por um coletivo internacional formado por mulheres que atuam no campo da saúde, denominado Health, Empowerment, Rights and Accountability (HERA), destaca:

A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens de desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima, que implica abordagem positiva da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações (HERA, 1999 apud CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006, p. 45).

A SSR não aborda somente a anatomia e a fisiologia do sexo e da reprodução. De acordo com Martino et al. (2008), o desenvolvimento de uma sexualidade saudável engloba aspectos como as relações interpessoais, a identidade de gênero, o afeto, a intimidade, a imagem corporal e o desenvolvimento sexual. Além de fornecer subsídios para que os adolescentes possam decidir “se” e “quando” devem fazer sexo, o desenvolvimento da SSR também fornece aos adolescentes a capacidade de refletir acerca da escolha de parceiros, a utilização de métodos contraceptivos, bem como a valorizar o próprio corpo, interagir com ambos os sexos de maneira respeitosa e se relacionar amorosamente de forma consentida (GROSSMAN et al., 2014; HEILBORN et al., 2006; MARTINO et al., 2008).

Durante a adolescência ocorrem diversas transformações físicas, biológicas e psicológicas. Em conjunto das mesmas acontecem processos de descoberta, experimentação e adoção de comportamentos relacionados ao consumo de substâncias lícitas e/ou ilícitas, bem como à esfera da sexualidade (AQUINO et al., 2003; SAITO, 2000).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006 (PNDS 2006), o início da vida sexual dos brasileiros ocorre geralmente na adolescência (17,9 anos de idade em média) (BRASIL, 2009a). Os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2015 (PeNSE 2015) indicam que 27,5% dos escolares brasileiros no 9º ano do ensino fundamental (13-15 anos) já tiveram relação sexual alguma vez na vida (BRASIL, 2016). Estudo realizado com adolescentes (10-14 anos) da cidade de Pelotas no Rio Grande do Sul, mostrou que 16,4% das meninas haviam iniciado vida sexual até os 14 anos, valor diferente ao

observado no sexo masculino (20,9%) (GONÇALVES et al. 2015). Tais achados demonstram que a iniciação sexual dos adolescentes tem sido cada vez mais precoce.

O início da vida sexual na adolescência é preocupante, pois a prática sexual expõe o adolescente a uma série de riscos. Dentre os mais graves pode-se citar: gestação não planejada/indesejada, abortos inseguros e infecções por IST's (BRETAS, 2010; VITALLE, 2003).

De acordo com a PeNSE de 2015, 66,2% dos adolescentes utilizaram preservativo na sua última relação sexual, enquanto 38,7% utilizou algum outro método para evitar a gravidez (FELISBINO-MENDES et al., 2018). Já no Estudo dos Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA), observou-se que 82,3% dos adolescentes avaliados fez uso de métodos contraceptivos na última relação sexual. A camisinha foi referida como o método contraceptivo mais utilizado pelos adolescentes (68,8%), seguida pelos Anticoncepcionais Orais (ACO) com 13,4% (BORGES et al., 2016).

O consumo de drogas, tanto lícitas quanto ilícitas é um fator que na literatura é frequentemente associado ao exercício da sexualidade. Em estudo realizado com os adolescentes (10-19 anos) do estado de Minas Gerais, percebeu-se que os adolescentes (10-14 anos) que não consumiram drogas ilícitas apresentaram maior porcentagem de uso de preservativos (65,4%) quando comparados aos que fizeram uso de tais substâncias (55,7%). Cenário semelhante pôde ser observado entre os adolescentes mais velhos (15-19 anos), visto que apenas 42,7% dos adolescentes que haviam utilizado drogas ilícitas relataram uso de preservativos, porcentagem inferior à observada entre os adolescentes que não usaram drogas ilícitas (64,1%). Quanto ao uso de drogas lícitas, como o cigarro e o álcool, foi relatado menor uso de camisinha por indivíduos de 15 a 19 anos que fazem uso de cigarro e/ou álcool (60,7%) quando comparados aqueles que não faziam uso de tais substâncias, 71,1% (BERTONI et al., 2009).

Gonçalves et al. (2015), em coorte realizada na cidade de Pelotas demonstraram que a atividade sexual estava relacionada com o consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas, pois enquanto somente 8,2% dos adolescentes que não haviam feito uso experimental de álcool iniciaram a prática sexual antes dos 15 anos de idade, o percentual de 25,8% foi encontrado naqueles que relataram consumo de tais substâncias. Situações semelhantes puderam ser observadas em relação ao uso

experimental de cigarro, aos episódios de embriaguez e ao uso de drogas ilícitas. Em todos os casos citados, o percentual de iniciação sexual antes dos 15 anos foi no mínimo duas vezes superior em adolescentes que efetuaram o uso destas substâncias quando comparados aos que não haviam feito.

### **2.1.2 Saúde Sexual e Reprodutiva – Ações e Programas**

De acordo com o Artigo 196 da Constituição Federativa do Brasil, a saúde é um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). A Lei Federal nº 8.080/90, em seu art. 7º, aponta que o indivíduo deve receber cuidado na perspectiva da integralidade, que pode ser compreendida como “um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (p. 4) (BRASIL, 1990b). Considerando o artigo em questão, é seguro dizer que os aspectos sexuais e reprodutivos também estão inclusos no conjunto de ações e serviços a serem disponibilizados.

A garantia irrestrita de preservativos masculinos, fornecida pela nota técnica 13/2009 do Programa Nacional – DST/AIDS, é uma conquista (BRASIL, 2009b). Porém, a simples disponibilidade de métodos contraceptivos parece não ser suficiente para evitar a gravidez e as IST's, uma vez que esta medida abrange somente o aspecto mais imediatista da prevenção.

Em busca da integralidade, a criação do Programa Saúde na Escola (PSE) no ano de 2007 teve como intuito gerar maior aproximação com o público jovem por meio de estratégias educativas com foco em redução das vulnerabilidades dos adolescentes (BRASIL, 2007a). O PSE é uma estratégia intersetorial que funciona em conjunto com a esfera escolar, trata-se de um espaço privilegiado para a captação deste público, visto que reúne grande parte dos jovens da comunidade e consiste em um espaço de socialização, formação e informação (BRASIL, 2007a; MOIZES; BUENO, 2010).

As práticas de saúde previstas pelo PSE abrangem a atenção, promoção, prevenção e assistência à saúde e encontram-se em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo compreender uma gama de ações, neste caso com destaque para a promoção da SSR e a prevenção e redução do consumo de álcool e drogas (BRASIL, 2007a).

De acordo com Nery et al. (2015), são encontradas barreiras em relação a SSR dos adolescentes no ambiente escolar, pois segundo Demaria et al. (2009), o currículo

escolar foi considerado defasado em 27 países da América Latina no que se referia à SSR. Inclusive dentre os países avaliados, somente a Argentina, o Brasil e a Costa Rica apresentavam legislação específica sobre educação sexual na escola.

No Brasil, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional 9.394/96 estabeleceu as diretrizes e bases da educação nacional (BRASIL, 1996a). Já em 1997, os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) estabeleceram que temas como, ética, saúde, meio ambiente, orientação sexual e pluralidade cultural deveriam ser incorporados, abordados, analisados e problematizados como temas transversais. Tais conteúdos são necessários para o desenvolvimento do aluno e para sua formação como cidadão, e possibilitam que o aluno possa utilizar estes conhecimentos na transformação e na construção de novas relações sociais e políticas (BRASIL, 1997a).

Embora a sexualidade seja um dos temas previstos pela PCN, tem-se alegado que a educação escolar deveria ser estritamente utilizada para a instrução dos alunos, pois de acordo com os pais e responsáveis, abordar este tema com os adolescentes contribuirá para o início da prática sexual mais precoce neste público. Sendo assim, para os responsáveis, assuntos relacionados a sexualidade deveriam ser de responsabilidade dos pais e não da escola (AWUSABO-ASARE et al., 2008; BORGES; NICHATA; SCHOR, 2006; CARVALHO; FIGUEIREDO, 2011; JANEIRO, 2008).

Para Jackson et al. (2012), a SSR deveria ser discutida pelos pais e pela escola, visto que não falar sobre a mesma pode levar a efeitos contrários aos desejados pelos mesmos. Ou seja, o não conhecimento acerca da prática sexual adequada e segura pode levar a comportamentos de risco, que poderiam desencadear em gestações não planejadas e em infecções por IST's.

Estudos demonstram que a educação sexual e reprodutiva pode prevenir e/ou reduzir os riscos de gravidez na adolescência e de infecções por IST's, uma vez que quanto maior o número de oportunidades de conversar e discutir sobre a sexualidade, menores são as chances de adoção aos comportamentos de risco (BORGES et al., 2006; CHIN et al., 2012).

Além da dificuldade referente ao âmbito escolar e familiar, o adolescente também encontra dificuldades de acesso aos serviços do SUS. Pois ainda que existam estratégias como Estratégia Saúde na Família (ESF) e o PSE, que em sua

concepção visam a integralidade e a universalidade de acesso (BRASIL, 1997b; BRASIL, 2007a), percebe-se em estudo realizado no interior da Bahia, que o padrão hegemônico biomédico e fragmentado ainda direciona boa parte das práticas dos profissionais. Situação que impossibilita a superação do reducionismo da saúde, uma vez que aspectos tão importantes como a interdisciplinaridade, multiprofissionalidade e o cuidado a saúde não são implementados de forma plena (MELO; COELHO, 2011). Por sua vez, o estudo de Taquette et al. (2017), mostra que os atendimentos realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Rio de Janeiro, reproduzem um modelo semelhante ao exposto acima. Inclusive, a própria marcação de consultas é dificultada pela ausência de responsáveis. Outro fator agravante, demonstrado no mesmo estudo, é o despreparo do serviço das UBS em receber esses adolescentes, visto que em certos locais o acompanhamento destes ocorre em conjunto da população em geral.

A discussão e a reflexão acerca da sexualidade deveriam acontecer antes da primeira relação sexual, no entanto de acordo com o “Marco Teórico e Referencial: saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens”, os serviços de saúde têm priorizado aspectos tardios, focando-se no planejamento familiar depois que as famílias já foram iniciadas (BRASIL, 2007b).

Parte do problema se dá justamente pela dificuldade na acessibilidade citada no artigo de Taquette et al. (2017). De acordo com o Conselho Federal de Medicina, o adolescente, independente da sua idade, tem o direito de ser atendido sozinho, caso assim deseje, com exceção para casos de deficiências intelectuais e psiquiátricas. Além disso, o artigo 20º do Código de Ética Médica, estabelece que o médico deve manter as informações referentes ao paciente em sigilo, com exceção para os casos onde a vida do próprio adolescente ou de terceiros encontre-se em risco, ou ainda, quando o médico percebe incapacidade por parte do paciente em exercer o autocuidado. Porém, ainda que o médico opte por quebrar o sigilo, o paciente deve ser comunicado previamente da decisão do profissional (BRASIL, 2009c).

Considerando que a obtenção de ACO está diretamente vinculada a apresentação de prescrição médica, que por sua vez está atrelada ao acesso à consulta médica (MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007), é possível afirmar que a falta de acesso a consultas fere os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes, pois os impede de realizar o próprio planejamento familiar (BRASIL, 1996b).

Em estudo realizado com adolescentes (15-19 anos) da cidade de São Paulo, percebeu-se que 80,2% das adolescentes obtiveram o ACO na rede comercial de farmácias. Além disso, 70,7% das usuárias de ACO relataram nunca ter procurado o SUS para possível obtenção. Dentre os motivos referidos para a não procura do SUS foram citados: ser mais fácil ou rápido comprar na farmácia (21,1%), não saber se podia obter no SUS (20,7%), nunca ter pensado nisso (16,5%), usar outro tipo de marca ou pílula que o SUS não fornece (15,9%) e não frequentar o SUS (9%) (OLSEN et al., 2018).

Tais dados são preocupantes, pois o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), implantado em 1985, destacava a necessidade de implantação de ações em saúde que contemplassem mulheres adolescentes. O PAISM também enfatizava a importância da criação de ações abrangentes que acompanhassem as mudanças na sociedade (BRASIL, 2007c). Entretanto, de acordo com Olsen et al. (2018), parece que os serviços de saúde demonstram certa resistência frente as mudanças sociais.

Em 1989, foi lançado o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), este possuía como proposta principal a saúde integral do adolescente, abrangendo aspectos como a contracepção, saúde materna, planejamento familiar e a redução da morbimortalidade (BRASIL, 1989).

Dado o tempo decorrido desde a implementação dos diversos programas citados, das diversas legislações criadas e diante dos dados expostos, é perceptível que promover ações de saúde voltadas para o público adolescente é dificultoso, seja pela baixa adesão dos adolescentes aos serviços de saúde, ou pelas lacunas presentes desde a legislação até a formação dos profissionais que lidam com estes jovens.

## 2.2 AUTOESTIMA

No decorrer da história, uma série de definições foram atribuídas ao termo “autoestima” (ASSIS; AVANCI, 2004). James (1890), em seu livro *The Principles of Psychology*, definiu a autoestima como a percepção do que se é e do que se faz, sendo esta percepção determinada pela relação das supostas realidades e potencialidades individuais. O mesmo ainda afirmou que o sentimento de autoestima está diretamente ligado às atitudes e valores sociais. E tal como estes valores, a autoestima encontra-se sujeita a mudanças pautadas por cada sociedade e cultura.

James (1890) destacou ainda três aspectos que influenciam a autoestima do indivíduo, que seriam: o *self* material, o *self* social e o *self* espiritual. Sendo o primeiro formado pelos bens materiais, o segundo pela percepção dos outros em relação ao indivíduo e o último engloba as faculdades e disposições psicológicas.

Coopersmith (1967) definiu autoestima como a avaliação que o indivíduo faz de si mesmo, bem como suas atitudes de aprovação e/ou repulsa pautadas pelos supostos sucessos e fracassos. Já para Branden (1969), a autoestima é definida como o valor que o indivíduo tem por si próprio e a competência que possui nas atividades que realiza. Rogers (1977) associa o conceito de autoestima à coragem necessária para que o indivíduo torne-se e mantenha-se autêntico a si mesmo. Em 1984, foi formada uma comissão de estudiosos chamada de *Task Force to Promote Self-Steem*, a mesma acrescentava ao conceito de autoestima o compromisso do indivíduo em assumir as responsabilidades por si mesmo e suas relações interpessoais (apud VOLI, 1998).

Rosenberg (1989) por sua vez, definiu a autoestima como uma avaliação que o indivíduo efetua em relação a si mesmo, expressando uma atitude positiva (aprovação) ou negativa (desaprovação). O mesmo demonstrou concepção semelhante a de James (1890), uma vez que acreditava que os parâmetros definidos culturalmente para uma efetiva aceitação social forneceriam o modelo no qual o olhar do indivíduo pautaria-se para realizar as devidas avaliações relacionadas a si mesmo.

Em suma, a autoestima corresponde ao entendimento que um indivíduo tem de si e de suas características frente à sociedade, ou seja, quão bom ou ruim, superior ou inferior, valioso ou inútil o mesmo se considera. Tem em seu alicerce características como autorrespeito, autoconfiança, competência e valor pessoal, características que denotam a possibilidade do indivíduo sentir-se amado, livre, e capaz de obter sucesso em suas ações, bem como estabelecer metas e projetar expectativas para o futuro (FLAMENT, et al., 2012; HUTZ; ZANON, 2011).

Um fator que causa discussão entre os estudiosos refere-se a estabilidade da autoestima, se a mesma encontra-se estável ou não no decorrer da vida do indivíduo. Alguns autores afirmam que a autoestima estabelecida na infância mantém-se no decorrer da vida (BEDNAR; WELLS; PETERSON, 1989; ROSENBERG, 1989). Enquanto outros afirmam que a autoestima é mutável e dinâmica, que altera-se de acordo com as fases da vida e que pode eventualmente tender para a estabilidade

(COOPERSMITH, 1967; JAMES, 1890; MRUK, 2013; POPE; MCHALE; CRAIGHEAD, 1988). Por outro lado, Huebner (1997) e Martins (1997), afirmam que momentos significativos da vida são capazes de afetar a autoestima do indivíduo de maneira negativa e/ou positiva.

A autoestima pode ser classificada como baixa, média ou alta. A baixa autoestima é caracterizada pelo sentimento de inadequação à vida, incapacidade de superação de desafios e incompetência. A média por sua vez, orbita entre um sentimento de adequação e inadequação à vida, no qual o sentimento do indivíduo oscila entre estes dois extremos. Já a alta, expressa um sentimento de confiança, adequação à vida e competência (BRANDEN, 2000; ROSENBERG, 1989). Contudo a literatura não estabelece um ponto de corte específico para as respectivas classificações de autoestima. Certos trabalhos optam por classificá-las em baixa, média e alta (AGUIRRE; CASTILLO; ZANETTI, 2010; MELO NETO; CERQUEIRA-SANTOS, 2012), enquanto outros seguem uma classificação dicotômica, categorizando a autoestima em baixa ou alta (ENEJOH, 2015; FORTES et al., 2014; FORTES et al., 2015a). Além disso, mesmo entre os trabalhos que optam por dividir em tercis, ou entre os que optam por dicotomizar, não existe consenso acerca dos valores de ponto de corte, tornando difícil a padronização e avaliação dos resultados.

Pesquisadores afirmam que a autoestima é um dos principais preditores de resultados na adolescência e na vida adulta, sejam estes favoráveis ou não (TRZESNIEWSKI; DONNELLAN; ROBINS, 2003). Dentre os positivos encontram-se a maior possibilidade de sucesso ocupacional (JUDGE; BONO, 2001), aumento das relações sociais saudáveis (NEYER; ASENDORPF, 2001), melhor percepção dos pares para com o indivíduo (ROBINS; HENDIN; TRZESNIEWSKI, 2001), aumento de persistência diante de insucessos (MCFARLIN; BAUMEISTER; BLASCOVICH, 1984), dentre outras. Já dentre as negativas encontram-se sintomas de depressão (WHISMAN; KWON, 1993), problemas de saúde (ANTONUCCI; JACKSON, 1983; O'CONNOR; VALLERAND, 1998) e comportamento antissocial (DONNELLAN et al., 2002; ROSENBERG; SCHOOLER; SCHOENBACH, 1989).

Sabendo da importância da autoestima na vida de um indivíduo é necessário destacar que existem diversos métodos para a mensuração da mesma. Os de maior destaque são o Inventário de Autoestima de Coopersmith (1981) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (1956), ambos são autoaplicáveis.

O primeiro consiste em um questionário com 58 itens agrupados em quatro subescalas: Autoestima Familiar (oito itens), Autoestima Social (oito itens), Autoestima Escolar (oito itens), Autoestima Geral (26 itens) e uma subescala de insinceridade (oito itens). Como alternativas de respostas o indivíduo deve responder para cada uma das questões se encaixa-se ou não na característica investigada, ou seja, são respostas de tom dicotômico, pautadas por “sim” ou “não”. Cada item marcado pode variar entre zero e um ponto.

A Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), tal como o Inventário de Autoestima de Coopersmith, é constituída por questões fechadas, porém apresenta número reduzido de questões, um total de 10. Estas, por sua vez são do tipo *Likert*, e apresentam as seguintes alternativas de resposta: “concordo totalmente”, “concordo”, “discordo”, “discordo totalmente”; no qual cada item da resposta varia entre zero e três pontos (ROSENBERG, 1989).

Para ambos os métodos quanto maior o valor obtido na somatória, maior será a autoestima do indivíduo. Além disso, as respostas apresentam valores diferentes de acordo com a sua construção. No caso do Inventário de Autoestima de Coopersmith, quando a premissa da resposta é enaltecida e positiva, responder que se enquadra naquele cenário proposto lhe forneceria um ponto, caso a premissa fosse depreciativa e negativa, afirmar que se encontra naquele cenário forneceria ao indivíduo zero ponto. O mesmo pode ser dito da EAR, contudo a mesma varia entre zero e três pontos, logo em um cenário positivo concordar plenamente geraria um total de três pontos, enquanto discordar plenamente geraria zero ponto. O raciocínio inverso seria empregado caso o cenário da pergunta fosse depreciativo.

Para Rosenberg (1989) pessoas com baixa autoestima adotam comportamentos que afrontam os valores da sociedade em que estão inseridas, seja por retaliação e/ou como forma de obter autoestima. Sendo assim, a baixa autoestima demonstra-se prejudicial para o indivíduo uma vez que o mesmo adota comportamentos de risco ou deixa de adotar comportamentos preventivos (ALONSO-CASTILLO et al., 2001).

Pesquisas demonstram que a autoestima tem sido apontada como um dos fatores determinantes na adoção ou não-adoção de comportamentos sexuais de risco ou no desenvolvimento de transtornos alimentares (FORTES et al., 2014; FORTES et al., 2016; MELO NETO; CERQUEIRA-SANTOS, 2012). Em estudo realizado com os

adolescentes (17-20 anos) da cidade de Querétaro, no México, verificou-se que dentre os adolescentes que apresentaram autoestima baixa ( $EAR \leq 25$ ), o risco de consumir álcool era mais elevado quando comparado ao risco daqueles com autoestima alta ( $EAR \geq 30$ ) (AGUIRRE; CASTILLO; ZANETTI, 2010). Tal situação ocorre, pois pessoas com autoestima baixa ao se depararem com situações adversas buscam por subterfúgios inapropriados e prejudiciais para combater as situações de ansiedade em que se encontram (CHAVEZ; ANDRADE, 2005; LÓPEZ; MORENO, 2002; MALDONADO et al., 2008).

A baixa autoestima tem sido associada ao abuso de substâncias como o álcool e o cigarro, bem como o consumo de drogas ilícitas como a maconha e a adoção de comportamentos sexuais de risco (MCGEE; WILLIANS, 2010). E como já mencionado anteriormente, o consumo de drogas lícitas e ilícitas está diretamente associado a atividade sexual e aos comportamentos de risco que envolvem tal prática (BERTONI, et al., 2009; GONÇALVES et al., 2015; MELO NETO; CERQUEIRA-SANTOS, 2012).

Em estudo realizado com estudantes (14-23 anos) da cidade de Aracaju, encontrou-se relação entre a variável sexo sob o efeito de drogas e as categorias de autoestima. Os dados apresentaram diferenças significativas ( $p=0,028$ ), mostrando que à medida que aumentam os níveis de autoestima, diminui a probabilidade de o jovem fazer sexo sob o efeito de drogas (MELO NETO; CERQUEIRA-SANTOS, 2012). Já em estudo realizado com universitários (20 anos  $\pm$  2,4) da Universidade de Geórgia, notou-se nos universitários que apresentaram autoestima alta ( $EAR \geq 32$ ) um menor senso de risco, quando comparados aqueles possuíam autoestima baixa ( $EAR \leq 31$ ). Os pesquisadores sugerem que o ato de não utilizar preservativos pelos jovens que possuem alta autoestima esteja relacionado a um falso senso de segurança originário do sentimento de autoestima elevada (MCNAIR; CARTER; WILLIANS, 1998).

Em estudo realizado na Nigéria, investigou-se o comportamento sexual de risco dos adolescentes (15-18 anos), e foi observado que os adolescentes que com autoestima alta ( $EAR \geq 19$ ) apresentavam um menor escore de comportamento sexual de risco quando comparados àqueles que apresentavam baixa autoestima ( $EAR \leq 18$ ). É interessante enfatizar que o escore de comportamento sexual de risco utilizado, englobava aspectos como o uso de camisinha (seja na primeira relação sexual ou na última), número de parceiros sexuais em determinado período de tempo, histórico

anterior de IST, dentre outros (ENEJOH et al., 2015). Por sua vez, em estudo realizado com adolescentes (12-19 anos) da Malásia, observou-se que a baixa autoestima apresentava associação com o comportamento de risco das adolescentes do sexo feminino ( $p=0,002$ ). Tem-se ainda, que o consumo de álcool apresentou associação significativa tanto no sexo masculino ( $p=0,004$ ), quanto no feminino ( $p=0,002$ ) no que se refere ao comportamento sexual de risco (FARID et al., 2014).

Ao observar os diversos pontos de corte atribuídos para a autoestima, percebe-se uma ausência de consenso no que se refere as formas de categorização da autoestima e aos valores correspondentes para mesma. Inclusive certos artigos não deixam claro, se a contagem de pontos da autoestima variava entre 0 e 30 pontos, ou entre 10 e 40 pontos. Fator que dificulta a análise dos resultados destes estudos.

De posse de destas informações, fica claro que a autoestima exerce importante influência na saúde dos indivíduos, visto que uma autoestima elevada está geralmente associada, seja de maneira direta e/ou indireta, aos comportamentos preventivos de saúde. Sendo assim, faz-se necessário investigar mais a fundo a relação da autoestima com a SSR no contexto adolescente.

### 2.3 IMAGEM CORPORAL

A imagem corporal é definida como a percepção que o sujeito tem do próprio corpo. Tal percepção é condicionada não só pelo tamanho e forma do corpo, mas também pelas vivências e sensações experimentadas no decorrer da vida do indivíduo (FARIA, 2005; SCHILDER, 1981). Além disso, fatores como o Índice de Massa Corporal (IMC), cultura, idade, sexo e o modelo de beleza vigente na sociedade também podem afetar a percepção do indivíduo quanto ao seu próprio corpo (FIDELIX et al., 2013; FINATO et al., 2013; FORTES et al., 2013; SMOLAK, 2000).

Sabe-se que durante a adolescência ocorrem transformações físicas, psicológicas e biológicas em ambos os sexos (AQUINO et al., 2003; SAITO, 2000). São observadas neste período mudanças relacionadas ao percentual de massa magra, massa mineral óssea, gordura e água (LOOMBA-ALBRECHT; STYNE, 2009; MIRANDA et al., 2014). Tais alterações podem influenciar diretamente o processo de “construção” da imagem corporal do adolescente, impactando-o de maneira positiva ou negativa (TONI et al., 2012; WANG; LIANG; CHENG, 2009).

Diante dos padrões de beleza impostos pela sociedade e pela mídia, nota-se maior preocupação quanto a imagem corporal, e em decorrência de tais padrões

serem em sua grande maioria inatingíveis, o nível de insatisfação corporal presente na sociedade aumenta, principalmente na porção feminina, visto que tal parcela está mais suscetível às pressões midiáticas (ALVARENGA et al., 2010; CONTI et al., 2009).

O adolescente diante do físico “perfeito” imposto pelas fotografias, filmes e outras mídias que expõem e enaltecem corpos extremamente esculpidos, rijos e com baixíssimos percentuais de gordura, tende a idealizar e buscar uma imagem corporal que não corresponda com a sua realidade (ADAMI et al., 2008; BRANCO; HILARIO; CINTRA, 2006; CONTI et al., 2009). Dentre as mulheres é frequente a vontade de ser e/ou parecer mais magra para se adequarem aos padrões impostos pela sociedade. Os homens, por sua vez, são mais pressionados a apresentarem um corpo com características musculosas e atléticas (PASSOS et al., 2013; PELEGRINI et al., 2011).

A insatisfação corporal é tida como um incômodo relacionado à aparência física do indivíduo (STICE; WHITENTON, 2002). A mesma é mais presente em indivíduos do sexo feminino, e, dentre os fatores associados a esta maior prevalência estão presentes a forte cobrança social e a já mencionada influência midiática (FELDEN et al., 2015; MATIAS et al., 2010; MIRANDA et al., 2011). Aliás, quando os adolescentes são questionados quanto a sua imagem corporal e peso tendem a superestimar os resultados (QUICK et al., 2014). Estudos demonstram que a insatisfação corporal no sexo feminino é presente tanto entre as meninas obesas quanto nas eutróficas (MIRANDA et al. 2014; PALUDO et al. 2011). Sabe-se ainda, que a insatisfação corporal está associada com transtornos alimentares, baixa autoestima, sintomas depressivos, consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas, distúrbios metabólicos, estresse, dentre outros fatores (CORTESE et al., 2009; DUMITH et al., 2012; FELDEN et al., 2015; IEPSSEN; SILVA, 2012; POLTRONIERIA et al., 2016).

Cerca de 72% dos estudantes brasileiros afirmaram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com seu corpo, contudo variações foram encontradas nos diferentes perfis etários. Dentre os adolescentes de 16 a 17 anos de idade o percentual de satisfação foi de 66,6%, já dentre os adolescentes de 13 a 15 anos de idade o percentual foi de 72,4% de satisfação. No que se refere ao sexo, os meninos apresentaram maior satisfação (77,9%) com a imagem corporal quando comparados ao sexo oposto (66,9%) (BRASIL, 2010b). Já em estudo realizado com adolescentes (15,6±2,2 anos) matriculados em escolas públicas da Zona da Mata Mineira, observou-se que as

adolescentes do sexo feminino apresentaram mais chances de insatisfação corporal na Escala de Silhuetas para Adolescentes (ESA) e no *Body Shape Questionary* (BSQ) (ESA – OR=1,494,  $p < 0,001$ ; BSQ – OR=2,893,  $p < 0,001$ ) quando comparadas ao sexo masculino. No geral, 78,9% dos adolescentes estudados estavam insatisfeitos com a sua imagem corporal de acordo com a ESA. Dentre os insatisfeitos, 60,8% queriam uma silhueta menor que a atual (MIRANDA et al., 2014).

Em estudo realizado com estudantes (14-18 anos) de escolas privadas da cidade de Florianópolis, verificou-se que 32,2% dos adolescentes estavam satisfeitos com sua imagem corporal (32,8% das meninas e 31,7% dos meninos). Dentre aqueles que gostariam de diminuir sua silhueta, 55% eram meninas, enquanto 35,7% eram meninos; já entre aqueles que gostariam de aumentar sua silhueta, 12,2% pertenciam ao sexo feminino, enquanto 32,6% pertencia ao sexo masculino. As diferenças apresentadas entre meninos e meninas foram significativas ( $p < 0,001$ ). Muito embora o nível de insatisfação entre os meninos tenha sido superior, é interessante ressaltar como as participantes do sexo feminino buscam o ideal da magreza (RENTZ-FERNANDES et al., 2017).

Outro ponto interessante a ser destacado no estudo, foi a presença de insatisfação corporal tanto entre indivíduos obesos quanto entre os eutróficos, contudo o nível de insatisfação foi maior entre os indivíduos obesos. Também foram encontradas diferenças entre meninos e meninas quanto ao nível de insatisfação corporal ( $0,7 \pm 1,2$  para as meninas,  $0,1 \pm 1,3$  para os meninos) e a autoestima ( $29,4 \pm 4,6$  para as meninas e  $32,2 \pm 4,8$  para os meninos) demonstrando que as meninas apresentaram menores níveis de autoestima e maiores de insatisfação corporal quando comparadas aos meninos ( $p < 0,001$ ). Além disso, dentre as adolescentes que consumiam bebidas alcoólicas, foram encontrados maiores níveis de insatisfação corporal (RENTZ-FERNANDES et al., 2017).

No que se refere a SSR dos adolescentes, é interessante lembrar que o consumo de álcool e tabaco é visto como um comportamento sexual de risco (BERTONI, et al., 2009; MELO NETO; CERQUEIRA-SANTOS, 2012). Em estudo realizado com adolescentes (10-14 anos) no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, verificou-se que os adolescentes que percebiam-se muito gordos apresentaram maiores chances de experimentação de fumo (OR=13,57; IC95%=2,05-89,8;  $p=0,007$ ). Situação semelhante foi encontrada quanto ao consumo de álcool,

uma vez que os adolescentes que viam-se gordos apresentaram maiores chances de uso de álcool do que aqueles que se viam com peso normal (OR=2,4; IC95%1,08-5,32;  $p=0,03$ ) (GARCIA et al., 2015). Já em estudo realizado com adolescentes (11-17 anos) do município de Goiânia, perceber-se como obeso foi considerado fator protetor no que se refere ao início de relações sexuais ( $p=0,035$ ), visto que os indivíduos que classificavam-se como gordos ou muito gordos apresentaram menor prevalência de prática sexual (21,6%) quando comparados aos indivíduos de peso normal (27,4%) e aos indivíduos classificados como magros ou muito magros (26,4%) (SASAKI et al., 2015).

Por sua vez, a relação da imagem corporal com a autoestima é abordada em estudo realizado com adolescentes (12-17 anos) do sexo feminino da cidade de Juiz de Fora, no qual 30,6% das adolescentes demonstraram-se insatisfeitas com a imagem corporal. Dentre estas, 16,1% apresentavam leve insatisfação, 8,9% moderada insatisfação e 5,6% grave insatisfação corporal. No que se refere à autoestima, os achados evidenciaram que 56% das adolescentes estavam com baixa autoestima ( $EAR < 26$ ) (FORTES et al., 2014). De acordo com Flament et al. (2012), os jovens com maior autoestima são menos suscetíveis a internalizarem o ideal da magreza apresentado pela mídia.

Em estudo realizado em uma Escola Militar de Fortaleza com adolescentes (14-18 anos) do sexo feminino, demonstrou-se como o ideal da magreza está presente na sociedade, uma vez que dentre as adolescentes eutróficas, 57,8% apresentavam insatisfação corporal (ALVES et al., 2017). O mesmo pode ser dito quanto ao estudo realizado com universitárias (>18 anos) da cidade de Santa Cruz do Sul, pois quando as mesmas foram questionadas acerca do peso desejado, 74,7% relataram o desejo de emagrecer, em média  $4,62 \pm 6,39$  kg; dentre estas, 64,9% eram eutróficas (KESSLER; POLL, 2018). Como é possível perceber, mesmo dentre os eutróficos a percepção de uma imagem corporal depreciativa pode estar presente, tal descontentamento com a imagem corporal pode levar o indivíduo a adotar atitudes alimentares inadequadas (BITTENCOURT; ALMEIDA, 2013).

A preocupação exagerada com o peso é um dos principais fatores associados ao aumento da insatisfação corporal (LAGHI et al., 2015; SANTOS, 2011). Tal preocupação com a imagem corporal leva os adolescentes a adotarem comportamentos de risco à saúde com o intuito de alcançar e/ou manter o corpo

desejado. Dentre os comportamentos de risco pode-se citar: realizar dietas e restrições alimentares sem acompanhamento profissional, o uso abusivo de diuréticos e laxantes, a autoindução a vômitos, a realização de prática de atividade física extenuante e o uso de anabolizantes (LAGHI et al., 2015). Inclusive, tais comportamentos de risco podem desencadear transtornos alimentares como a bulimia nervosa, a anorexia nervosa, dentre outros (FORTES et al., 2013; VALE; KERR; BOSI, 2011).

A bulimia nervosa tem como características episódios recorrentes de compulsão alimentar e comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, no mínimo uma vez por semana, durante três meses. A anorexia nervosa por sua vez, é caracterizada pela restrição da ingestão calórica; peso corporal baixo em relação à idade, gênero e desenvolvimento associados a um grande medo de ganhar peso, ou um comportamento persistente que interfere no ganho de peso; presença de perturbação na forma de perceber o corpo e ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2014). Fortes et al. (2015a), em estudo realizado na cidade Juiz de Fora, demonstraram que as adolescentes (12-16 anos) que possuíam autoestima baixa ( $EAR < 11$ ) apresentavam maior frequência de comportamentos compulsivos e purgativos ( $F=5,66$ ;  $p=0,05$ ) quando comparadas àquelas caracterizadas com autoestima alta ( $EAR \geq 11$ ).

Da mesma forma que a insatisfação corporal afeta mais o sexo feminino que o masculino (FELDEN et al., 2015), os transtornos alimentares também encontram-se mais presentes no público feminino (FORTES et al., 2015b; LIMA et al., 2012).

Diante do exposto, percebe-se que a imagem corporal, e conseqüentemente, a insatisfação corporal possuem papel importante na saúde dos indivíduos, principalmente nos adolescentes, uma vez que encontram-se vulneráveis em decorrência das mudanças características deste período da vida. Além disso, as adolescentes do sexo feminino encontram-se ainda mais suscetíveis aos agravos de uma imagem corporal depreciativa. Sendo assim, são necessárias maiores investigações acerca da insatisfação corporal, bem como seus fatores associados, para melhor planejamento de estratégias de prevenção e promoção de saúde.

## 2.4 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

Quanto aos DSS, os mesmos foram explanados em três esferas distintas. Inicialmente abordou-se o histórico dos DSS e seus respectivos modelos, em seguida foi descrita a relação dos DSS com a SSR, e por fim, foi demonstrada a relação dos DSS com a autoestima.

### 2.4.1 Modelos de Determinantes Sociais de Saúde

A OMS define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 1946). Contudo, mesmo após a definição de tal conceito, o modelo biomédico, que apresenta um caráter reducionista, fragmentado, mecanicista e unicausal, continuou a reger o processo saúde-doença (PUTTINI; JUNIOR; OLIVEIRA, 2010), contrapondo-se assim ao conceito fornecido pela OMS, que por definição apresenta a saúde como algo complexo, dinâmico e multidimensional.

No Brasil, na década de 50, diversos questionamentos acerca do modelo biomédico passaram a ganhar força, inicialmente com o projeto preventivista que torna-se presente nas escolas médicas na década de 60. Mais adiante, na década de 70, maiores questionamentos acerca do modelo hegemônico biomédico surgem diante da impossibilidade de compreender e explicar as doenças cardiovasculares e tumores malignos que emergiam na época. Tais questionamentos serviram como campo fértil para a ascensão de modelos mais voltados para as características sociais dos indivíduos e da população (LAURELL, 1982; NUNES, 2009).

Dentre os modelos de saúde que apresentam os aspectos sociais mais presentes em seu cerne, destaca-se atualmente o modelo de Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Segundo a Comissão para os Determinantes Sociais de Saúde (CDSS), os DSS referem-se as condições em que as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem (OMS, 2010). Por sua vez, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), adota um conceito mais abrangente quando afirma que os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007; COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, 2008).

O modelo adotado pela OMS em 2005, apresentado na figura 1, trata-se do modelo criado por Dahlgren e Whitehead (1991), que ilustra as fatores contidos nos DSS.

No modelo em questão, os determinantes sociais de saúde são distribuídos em camadas, partindo do centro para as camadas mais externas, abordando desde as características individuais até os macrodeterminantes do processo saúde-doença (CNSDSS, 2008).

A porção mais central aborda os aspectos individuais, dentre estes estão presentes características como sexo, idade e fatores hereditários. A camada seguinte, representada pelo o estilo de vida dos indivíduos, apresenta caráter dúbio, pois ao passo que as características mais centrais não podem ser controladas pelos indivíduos, o estilo de vida pode. Contudo, o mesmo é condicionado pelas camadas mais externas, que estão diretamente relacionadas as condições de vida e ao ambiente em que o indivíduo poderá realizar escolhas de vida. De maneira semelhante ao estilo de vida dos indivíduos, a camada seguinte, referente as redes comunitárias e sociais também apresenta relação com os determinantes mais externamente posicionados no esquema (CNSDSS, 2008).

A penúltima camada aborda justamente as condições de vida e trabalho em que os indivíduos encontram-se, fatores como o acesso a alimentação, acesso a serviços de saúde, condições de trabalho, saneamento básico, acesso a informação, dentre outras (CNSDSS, 2008). A última camada, por sua vez, aborda os macrodeterminantes relacionados com as condições socioeconômicas, ambientais em que vive a população, ou seja, a criação de políticas e ações que afetariam direta e/ou indiretamente as condições de vida e trabalho da população (CNSDSS, 2008).

Já em 2010, a OMS propõe um novo modelo, este baseado nas ideias de Solar e Irwin (2010). O mesmo seria adotado em 2011, na Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais de Saúde, sendo posteriormente incluído no relatório denominado, “Diminuindo as diferenças: a prática das políticas sobre os determinantes sociais de saúde” (OMS, 2011).

Neste modelo, apresentado na figura 2, os determinantes estruturais impactam diretamente sobre os determinantes intermediários, estes, por sua vez geram impacto sobre a saúde (SOLAR; IRWIM, 2010).

Figura 1 – Determinantes Sociais de Saúde: modelo de Dahlgren e Whitehead



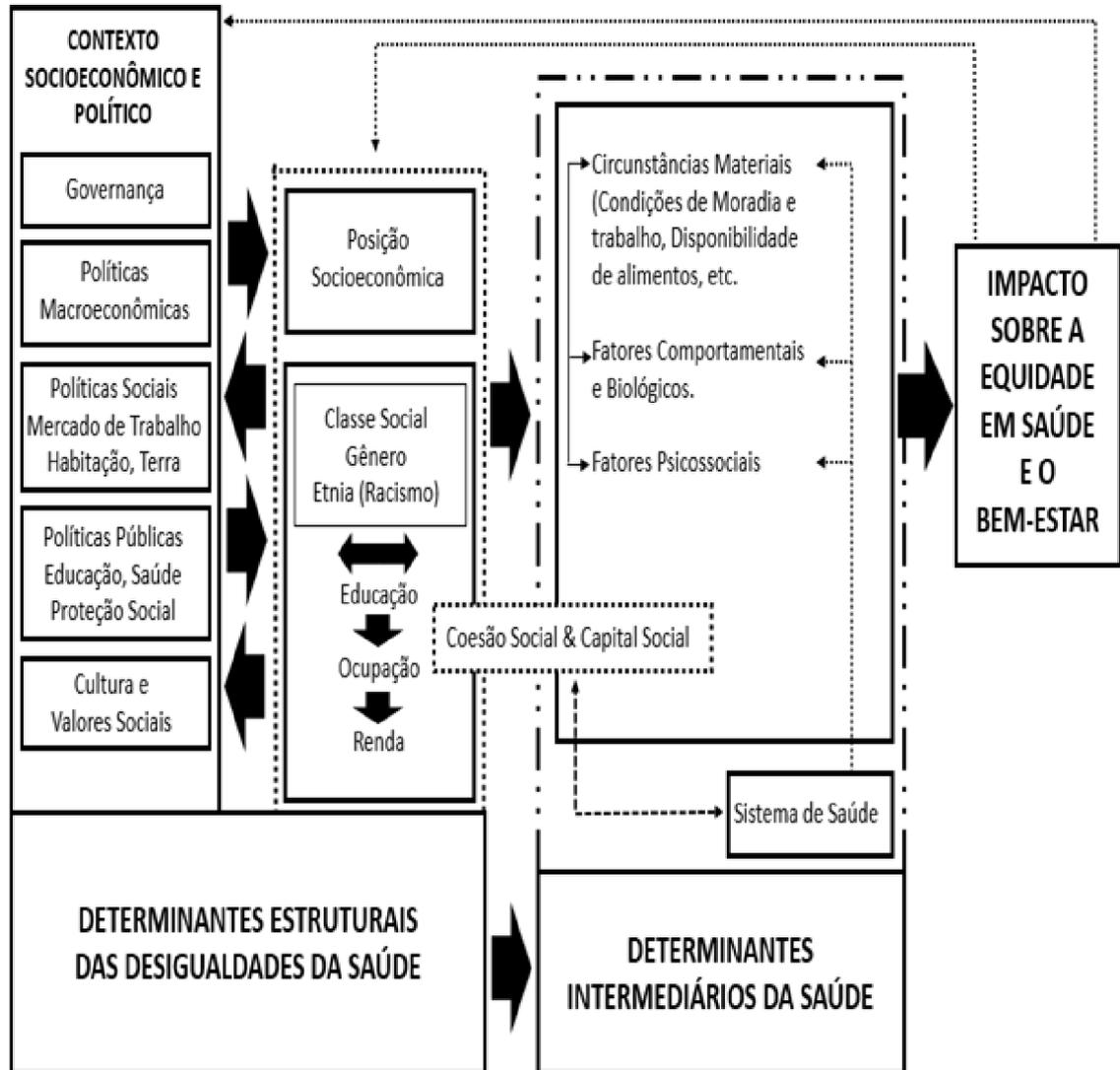
Fonte: Carvalho (2012)

Dentro dos determinantes estruturais estão contidos os aspectos sociais, econômicos e políticos, estes por sua vez estão relacionados com as possíveis estratificações presentes na sociedade, como nível de renda e educação; ocupação; raça/cor; dentre outros fatores. Essas posições socioeconômicas vistas no processo de estratificação, determinam a quais determinantes intermediários o indivíduo e/ou o grupo estão expostos (SOLAR; IRWIM, 2010).

Já os determinantes intermediários, referem-se a um conjunto de circunstâncias materiais, os fatores comportamentais, os psicossociais e os biológicos. As circunstâncias materiais abrangem as condições de moradia, características da vizinhança, acesso ao sistema de saúde, condições de trabalho, qualidade do ar, acesso e disponibilidade a alimentos e água seguros para consumo. Já os fatores comportamentais englobam os estilos de vida, padrões de consumo de tabaco, álcool e o nível de atividade física. Estressores psicossociais, circunstâncias

estressantes e falta de apoio social estão contidos nos fatores psicossociais. Já os biológicos abrangem os aspectos genéticos e hereditários (SOLAR; IRWIM, 2010).

Figura 2 – Determinantes Sociais de Saúde: modelo de Solar e Irwin.



Fonte: Solar e Irwin (2010)

Entre os fatores contextuais, são destacados pelos autores (SOLAR; IRWIM, 2010):

- as estruturas de governança, sejam estas formais ou informais, relacionadas aos mecanismos de participação social da sociedade;
- as políticas macroeconômicas, com destaque para as políticas fiscais, monetárias, de mercado e de estrutura de mercado de trabalho;
- as políticas sociais na área de emprego, posse de terra e habitação;
- as políticas públicas em áreas como educação, saúde, água e saneamento, assim como as políticas redistributivas como as de seguridade social e de proteção;
- e por fim, os aspectos socioculturais e morais de uma sociedade.

Nota-se que o modelo de Solar e Irwim apresenta certa evolução quando comparado ao modelo de Dahlgren e Whitehead, uma vez que os fatores estruturais possuem mais destaque, demonstrando de maneira mais clara como as iniquidades de saúde se dão e como o ambiente interfere na qualidade de vida dos indivíduos e dos grupos de indivíduos.

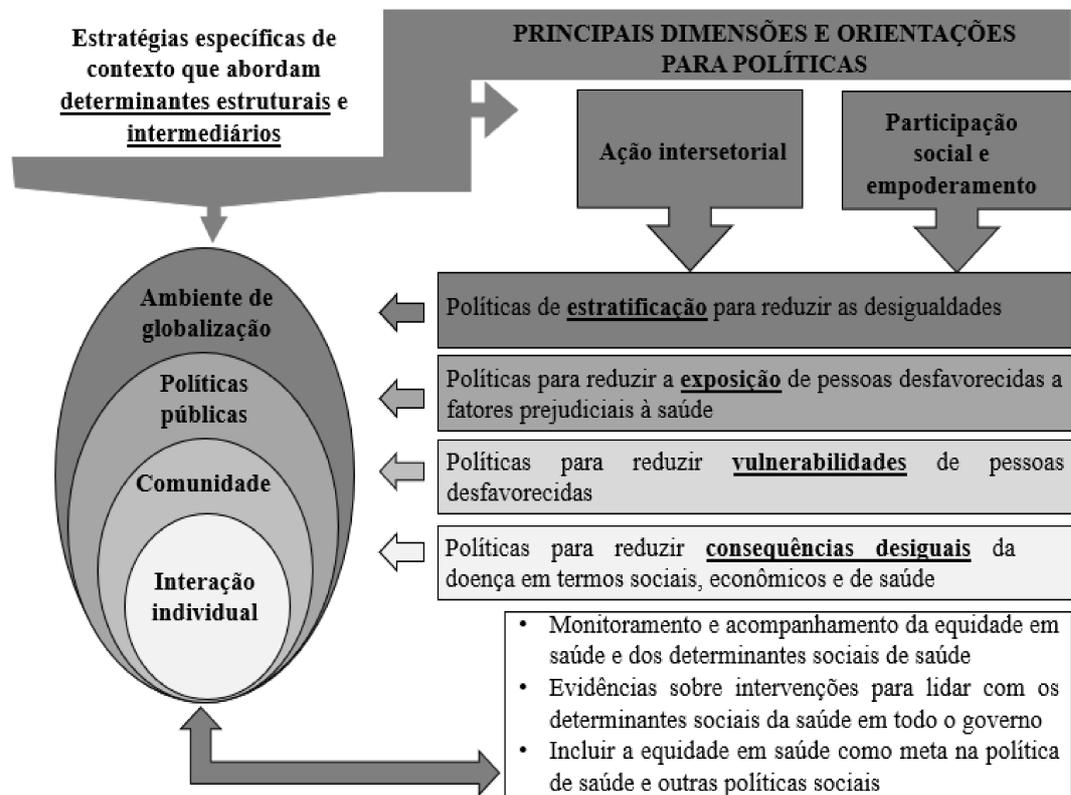
É importante ressaltar a distinção entre os determinantes de saúde dos indivíduos e os de coletivos, visto que as diferenças de incidência e prevalência de determinadas doenças entre as classes sociais, não são explicadas pelos fatores individuais, como os hereditários, a idade e até mesmo os estilos de vida, pois mesmo quando tais fatores são controlados, as diferenças entre os grupos permanecem inalteradas (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007).

A CDSS em seu relatório final, publicado em 2008, solicita à OMS e aos países do mundo que aumentassem seus esforços para reduzir as desigualdades sociais de saúde. Dentre as recomendações proferidas pela CNSS, destacam-se três pontos: melhorar as condições de vida do cotidiano; combater a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; e medir a magnitude do problema e avaliar o impacto das ações realizadas (WHO, 2008).

Na figura 3 está apresentada a estrutura conceitual de ações relacionadas aos determinantes sociais de saúde. Nota-se que parte das recomendações são direcionadas para os aspectos relacionados a estratificação social na população e aos aspectos em que as pessoas vivem. Isto ocorre, pois o nível de desigualdade social de uma população está diretamente relacionado aos DSS (ZIONI; WESTPHAL, 2007).

É possível afirmar que quanto maior a desigualdade presente em uma sociedade, maiores serão as iniquidades de saúde presentes nos estratos mais pobres da população. Faz-se necessário estabelecer a diferença entre desigualdade e iniquidade em saúde. A primeira refere-se às diferenças perceptíveis e mensuráveis nas condições de saúde, sejam estas relacionadas a serviços de prevenção, cura e/ou reabilitação. A segunda, por sua vez, refere-se as desigualdades consideradas injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça (KAWACHI; SUBRAMANIA; ALMEIDA-FILHO, 2002; RAPHAEL, 2012); como por exemplo, desigualdades étnico-raciais ou de gênero que historicamente estão presentes no Brasil.

Figura 3 - Um marco conceitual para ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde.



Fonte: OMS adaptada (2007)

Estas desigualdades frequentemente transferem-se para o campo da saúde, tornando-se perceptíveis nas condições de saúde de diversos grupos sociais no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, fatores de proteção e níveis de exposição à riscos (MARMOT, 2015). Para que os problemas e desigualdades de saúde sejam resolvidos e ou amenizados são necessárias abordagens intersetoriais, que extrapolem o setor saúde (ZIONI; WESTPHAL, 2007). Uma vez que para o combate

efetivo das iniquidades de saúde se concretize é indispensável que as iniquidades sociais sejam combatidas (CARVALHO, 2012; PELLEGRINI FILHO, 2011).

No que se refere a promoção a saúde, ações intersetoriais englobam os aspectos relacionados a equidade, direitos sociais, econômicos, ambientais, civis e políticos (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012). Logo, as políticas de promoção e proteção à saúde deveriam ter seu foco nos DSS, pois de acordo com Barata (2013), as ações de promoção a saúde são normalmente pautadas por estratégias de educação em saúde, que apesar de necessárias demonstram pouca efetividade, uma vez que apresentam foco nas mudanças comportamentais dos indivíduos desconsiderando os aspectos ambientais que produzem, condicionam e determinam tais comportamentos.

Os DSS são muito diversos e abrangem diversos campos da sociedade, contudo de acordo com Carvalho (2012) nem todos os determinantes sociais apresentam o mesmo peso. Carvalho enfatiza que os DSS que mais impactam na saúde das pessoas são aqueles que causam estratificação social, como por exemplo o nível de renda, nível de educação, ocupação, raça/cor e gênero.

#### **2.4.2 Determinantes Sociais da Saúde Sexual e Reprodutiva**

A SSR também é impactada pelos DSS, pois de acordo com Gonçalves et al. (2008), em coorte realizada na cidade de Pelotas, quando uma família pobre não conseguia ascender socialmente e/ou aumentar sua renda familiar, havia maior chance de início precoce da atividade sexual (<13 anos de idade) entre os adolescentes. Em relação aos anos de estudo, foi observado que indivíduos com menor escolaridade iniciaram sua vida sexual mais cedo que aqueles que apresentavam maior grau de escolaridade. Os autores destacam ainda, que alguns grupos populacionais aparecem com maior frequência entre os jovens que iniciaram-se precocemente. Dentre eles pode-se citar, os de pele preta ou parda (28%), os de baixa escolaridade (33%) e os de baixa renda (28%). Dentre os grupos, o único que não mostrou significância estatística foi a cor da pele. Além disso, dentre as mulheres que relataram ter ao menos um filho (39%), 59,6% haviam iniciado a vida sexual antes dos 13 anos.

Dados semelhantes foram encontrados em coorte realizada na cidade de Pelotas, na qual quanto menor a série escolar dos adolescentes, maior foi o percentual de iniciação sexual precoce. Dentre os indivíduos que haviam cursado até a 4ª série,

28,9% iniciou-se precocemente, 23,3% dentre os da 5ª, 21,1% dentre os da 6ª, 18,5% dentre os da 7ª e 11,1% dentre os da 8ª série. Relação semelhante foi vista no que se referia a renda familiar, visto que dentre os indivíduos pertencentes ao quintil inferior de bens, 24,3% havia iniciado a atividade sexual precocemente, enquanto somente 11,6% do quintil superior havia iniciado precocemente (GONÇALVES, et al. 2015).

Almeida e Aquino (2011), em estudo realizado nas cidades de Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador, relataram que a prevalência de gravidez na adolescência esteve diretamente associada ao nível de escolaridade da mãe e o fato da adolescente ter ou não ter completado o ensino básico. Por sua vez, Berquó, Garcia e Lima (2012), demonstraram que o grupo de mulheres brasileiras que havia iniciado a vida sexual e engravidado antes dos 20 anos de idade era composto em sua maioria por jovens negras, de menor escolaridade e renda. Inclusive, as jovens pertencentes a esse grupo, apresentaram menor percentual de adoção de medidas contraceptivas na primeira relação sexual quando comparadas ao grupo de mulheres que iniciou a vida sexual antes dos 20 anos e não engravidou. Já Wooley e Macinko (2019), em estudo que utilizou os dados da PeNSE 2015, constataram que adolescentes do sexo feminino que apresentavam baixa renda, bem como as adolescentes que eram filhas de mães que possuíam baixa escolaridade, apresentaram maiores chances de sexarca. Os autores observaram ainda que os adolescentes do sexo masculino que se autodeclaravam negros também apresentaram maiores chances de sexarca.

Em estudo realizado com mães adolescentes (14-16 anos), na cidade de Porto Alegre, investigou-se quais fatores influenciaram a iniciação sexual precoce ( $\leq 14$  anos). Destaca-se no estudo a relação entre a menarca e a iniciação sexual precoce das adolescentes, pois as adolescentes que tiveram menarca até 12 anos de idade apresentaram 1,26 mais chances de ter iniciação sexual precoce quando comparadas com as que apresentaram a primeira menstruação com 13 anos ou mais (SPINOLA; BERIA; SCHERMANN, 2017). De acordo com Carvalho et al. (2007) além dos fatores genéticos, os aspectos étnico-raciais, ambientais e socioeconômicos influenciam na idade de menarca. Cezimbra (2007) relata que quanto mais cedo ocorre a menarca mais cedo ocorrerá a iniciação sexual; visto que a menarca indica que a adolescente encontra-se biologicamente preparada para a atividade sexual.

Além dos determinantes já citados, é necessário dar destaque a religiosidade e a religião, pois são aspectos que afetam o comportamento sexual dos indivíduos,

principalmente se considerarmos que iniciação sexual ocorre de maneira mais precoce, ocasionando na prática de sexo pré-marital, que por sua vez vai contra os preceitos de diversas religiões presentes no Brasil (COUTINHO; MIRANDA-RIBEIRO, 2014). Whitehead et al. (2001) verificaram que o exercício da religiosidade associava-se ao adiamento da prática sexual. Já Ogland et al. (2011), sugerem que adolescentes com alguma vocação religiosa apresentavam uma menor chance de ter filhos quando comparados aos que não possuíam filiação religiosa. Diversos estudos foram realizados no Brasil, e percebeu-se por meio deles que quanto maior o grau de religiosidade dos indivíduos, menor era a chance da iniciação sexual ter ocorrido (COUTINHO, 2011; HUGO et al., 2011; LONGO, 2001).

### **2.4.3 Determinantes Sociais da Autoestima**

A autoestima também é afetada pelos DSS, pois de acordo com Gaspar e Balancho (2017), fatores contidos nos determinantes estruturais dos DSS, ou seja, fatores que causam estratificação social, como raça/cor, sexo, escolaridade e situação de trabalho apresentam associação direta com a autoestima. De acordo com Rosenberg e Pearlin (1978) indivíduos pertencentes às classes trabalhadoras tendem a apresentar menor autoestima que aqueles presentes nos estratos mais elevados da sociedade, pois são julgados pelo seu nível de instrução, educação e nível ocupacional, uma vez que a construção da autoestima é pautada pelos padrões impostos pela sociedade.

O sentimento de autoestima começa a se desenvolver desde a infância, sendo assim o meio social em que a criança vive, exerce influência direta sobre a autoestima da mesma (COOPERSMITH, 1967; ROSENBERG, 1989). Considerando que a instituição familiar representa um meio social (CASTRO, 1998) faz-se necessário enfatizar os diversos contextos que podem promover e/ou dificultar o desenvolvimento da esfera familiar e de seus respectivos membros, pois as redes sociais e comunitárias são parte integrante dos DSS, bem como aspectos como o desemprego, moradia, e a presença de serviços sociais (CNSDSS, 2008). Logo, caso a criança cresça em um ambiente familiar conflituoso e/ou empobrecido na esfera material, afetiva e/ou intelectual, a mesma tende a apresentar uma baixa autoestima (ASSIS; AVANCI, 2004).

Diante do exposto, é perceptível que a melhora dos DSS é de suma importância no combate às desigualdades/iniquidades sociais e de saúde. Além disso, fica claro

que o combate às desigualdades e iniquidades de saúde deve ser pautado em ações intersetoriais para que seja realizado de forma mais efetiva.

### **3 OBJETIVOS**

Abaixo encontram-se os objetivos do trabalho.

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a situação de saúde sexual e reprodutiva e de autoestima em adolescentes do sexo feminino matriculadas em escolas públicas do município de Juiz de Fora.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Averiguar a sexarca e a idade de sexarca das adolescentes matriculadas em escolas públicas e seus respectivos fatores associados.
- Investigar a utilização de métodos contraceptivos na primeira e na última relação sexual das adolescentes matriculadas em escolas públicas e seus respectivos fatores associados.
- Analisar a relação entre a autoestima das adolescentes matriculadas nas escolas públicas e seus respectivos fatores associados.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

Encontra-se abaixo a metodologia do estudo.

### 4.1 ESTUDO ESTILO DE VIDA NA ADOLESCÊNCIA

Este estudo está contido em um pesquisa de maior abrangência, denominada “Estudo do Estilo de Vida na Adolescência” (Estudo EVA). O Estudo EVA investiga os mais diversos aspectos da vida adolescente (ambos os sexos), dentre estes encontram-se: aspectos antropométricos, socioeconômicos, comportamentais, clínicos e bioquímicos (NEVES et al., 2019).

### 4.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, de corte transversal, de caráter descritivo e analítico. As coletas de dados incluíram adolescentes (14-19 anos) do sexo feminino, matriculadas em escolas públicas de Juiz de Fora (MG), Brasil.

### 4.3 ÁREA DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Juiz de Fora, a mesma situa-se na mesorregião da Zona da Mata mineira, distando, aproximadamente, 269 km da capital Belo Horizonte. A cidade detém uma área territorial de 1.435,749 Km<sup>2</sup>, sendo que o perímetro urbano é constituído por 317,740 Km<sup>2</sup> (IBGE, 2017).

### 4.4 CÁLCULO DA AMOSTRA

O cálculo do tamanho da amostra mínimo ( $n=475$ ) foi realizado por meio do *software* Epi Info™ (versão 7.2.2.6; *Centers for Disease Control and Prevention*, EUA) de acordo com os respectivos critérios:

- Total de matrículas na Educação Básica, em 2017, referentes à faixa etária entre 14 a 19 anos: 33.098 (INEP, 2018).
- Considerou-se que 50% eram do sexo feminino.
- Estimativa da proporção: 50% (utilizada quando a frequência do fator é desconhecida).
- Intervalo de confiança: 95%.
- Efeito de desenho: 1%.
- Previsão de perdas, em virtude de ausências eventuais de alunos nos dias das coletas de dados ou de recusas para a participação: 25,0%.

#### 4.4.1 Critérios de inclusão

Foram incluídas no estudo as adolescentes entre 14 e 19 anos de idade matriculadas em escolas públicas de Juiz de Fora, selecionadas no critério de amostragem.

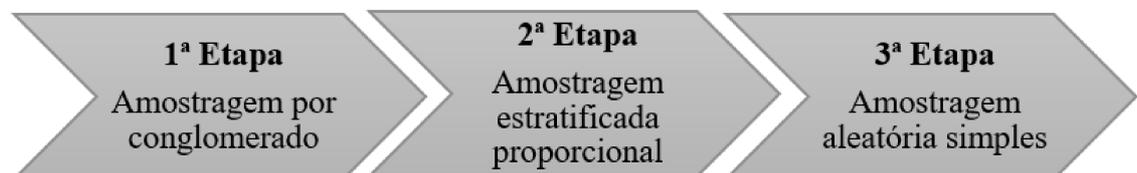
#### 4.4.2 Critérios de exclusão

- Adolescentes que declararam uso crônico ou prolongado de medicamentos que promovessem alterações no metabolismo de carboidratos e lipídeos, tais como: corticoides, anticonvulsivantes e/ou anti-inflamatórios.
- Adolescentes em uso de marca-passo e/ou próteses ortopédicas que comprometam as avaliações antropométricas e/ou da composição corporal.
- Portadoras de necessidades especiais.
- Meninas que relataram gestação ou lactação.

#### 4.5 SELEÇÃO DA AMOSTRA

A seleção das participantes se deu da seguinte maneira (Figura 4):

Figura 4 – Fluxograma do processo de amostragem



Fonte: Autor, 2020.

- Amostragem por conglomerados: as escolas públicas elegíveis foram designadas de maneira aleatória simples nas regiões do município, tidas como “unidades de amostragem”.
- Amostragem estratificada proporcional: o total de participantes foi estratificado proporcionalmente em relação às escolas, às séries/idades.
- Amostragem aleatória simples: os diários de classe foram reordenados com auxílio de um gerador de números aleatórios do software Stats™ (versão 2.0; Decision Analyst, EUA). As participantes foram nomeadas à medida em que foram preenchidas as quantidades necessárias. Diante

de recusas ou transferências de matrículas, foram convidadas as próximas alunas contidas nas listagens.

#### 4.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu em espaço cedido pela própria escola. A coleta ocorria em um dia da semana (quinta-feira ou sexta-feira) e o tempo disponibilizado para coleta correspondia ao tempo de aula dos alunos (entre 7:00h e 11:30h).

A coleta foi realizada por acadêmicos do curso de Nutrição da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) devidamente treinados, e mestrandos e doutorandos do Programa de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Excetuando-se os questionários autoaplicáveis, os demais dados eram coletados por meio de *tablets*, visando maior padronização dos dados, economia de tempo, agilidade nos procedimentos estatísticos e menor consumo de papel e tinta.

#### 4.7 CARACTERÍSTICAS SEXUAIS E REPRODUTIVAS

Abaixo encontram-se as características sexuais e reprodutivas.

##### 4.7.1 Maturação Sexual

A maturação sexual foi autopreenchida por intermédio da escala ilustrada de Tanner (Anexo I) (CHAVARRO et al., 2017; MARSHALL; TANNER, 1969; MARSHALL; TANNER, 1970; TANNER, 1962). Como a população do estudo era somente composta por indivíduos do sexo feminino, somente as integrantes do sexo feminino forneceram explicações acerca da Escala de Tanner para deixar as estudantes mais à vontade e/ou evitar constrangimentos.

Os estágios puberais correspondentes à mama feminina e aos pelos pubianos dividem-se de 1 a 5 e foram categorizados em pré-púbere, púbere e pós-púbere.

##### 4.7.2 Saúde Sexual e Reprodutiva

As adolescentes foram questionadas desde aspectos referentes à prática sexual (sexarca, idade de sexarca, histórico familiar de gravidez na adolescência, dentre outros) até sobre as principais fontes de informação acerca de métodos contraceptivos.

O questionário de SSR foi baseado em uma compilação de diversos estudos, dentre estes encontram-se: o ERICA, A PNDS-2006 e a PeNSE-2015 (BORGES et al., 2016; BRASIL, 2009a, BRASIL, 2016).

Todas as questões sobre as variáveis sexuais e reprodutivas foram coletadas em questionário autoaplicável para maximizar o conforto das adolescentes ao

responderem, tornando a comunicação mais privada e encorajando-as a responderem com verdade.

As classificações definidas para as variáveis de SSR foram adotadas para fins de análise estatística.

#### 4.8 CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS

Abaixo localizam-se as características comportamentais.

##### 4.8.1 Experimentação e consumo de bebidas alcoólicas e cigarro

As participantes foram indagadas quanto ao consumo de bebidas alcoólicas e/ou de cigarro, sendo questionadas sobre a quantidade e a frequência de consumo de ambos.

As classificações definidas para as características comportamentais foram adotadas para fins de análise estatística.

#### 4.9 CARACTERÍSTICAS DE AUTOESTIMA

Elucida-se abaixo as características de autoestima.

##### 4.9.1 Autoestima

A Escala de Autoestima de Rosenberg (1956) é um método autoaplicável para a mensuração de autoestima do indivíduo. É constituída por 10 questões fechadas, sendo cinco questões relacionadas à autoestima positiva (1, 2, 4, 6, 7) e cinco referidas à autoestima negativa (3, 5, 8, 9, 10). Estas, por sua vez são do tipo *Likert*, e apresentam as seguintes alternativas de resposta: “concordo totalmente”, “concordo”, “discordo”, “discordo totalmente”; no qual cada item da resposta varia entre zero e três. A medida permite um resultado que varia entre 0 e 30 pontos, e quanto maior for o resultado da soma total, mais elevado será o nível de autoestima do indivíduo (ROSENBERG, 1989). No Brasil, a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) foi adaptada e validada por Hutz em 2000 e revalidada por Hutz e Zanon em 2011.

Como já fora relatado anteriormente, não existe consenso acerca dos valores de ponto de corte. Sendo assim foi adotado como ponto de corte o primeiro tercil da população, categorizando a amostra como “baixa” ( $\leq 16$ ) e “alta” ( $>16$ ).

#### 4.10 CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS

Abaixo encontram-se as características antropométricas.

##### 4.10.1 Peso, estatura e excesso de peso

O peso foi aferido em tomada única por meio da balança Tanita Ironman™ (modelo BC-553; *Tanita Corporation*, Japão), com capacidade máxima para 136,0 Kg e divisão de 50,0 g. As participantes foram avaliadas em posição ortostática, no centro da plataforma, descalças e vestindo roupas leves (LOHMAN; ROCHE; MARTORELL, 1988).

A estatura foi mensurada por meio do estadiômetro Altuxata® (Altuxata, Brasil), com escala em centímetros e precisão de 1,0 mm. As participantes foram colocadas de costas para o marcador, em posição ortostática, descalças e com os pés unidos pelos tornozelos (LOHMAN; ROCHE; MARTORELL, 1988).

O excesso de peso foi determinado com o auxílio do *software* WHO AnthroPlus® (versão 1.0.4; *World Health Organization*, Suíça), pela categorização do índice de massa corporal (IMC) – fração entre o peso (Kg) e a estatura (m<sup>2</sup>) – em relação ao sexo e à idade (de ONIS et al., 2007).

##### 4.10.2 Porcentagem de gordura corporal

A porcentagem de gordura corporal foi obtida com equipamento de bioimpedância elétrica tetrapolar horizontal Sanny® (modelo BI-1010; *Sanny Corporation*, EUA). Para tanto, foram seguidas as instruções normatizadas pelo fabricante, assim como um protocolo padrão (BARBOSA, 2006):

- Participantes relaxados, em decúbito dorsal sobre uma superfície não condutora.
- Mãos abertas voltadas para baixo e apoiadas na superfície; pernas afastadas e braços estendidos, sem calçados, meias, brincos, relógio, pulseiras, anéis ou afins.
- Pé direito: eletrodo distal colocado na base do dedo médio; eletrodo proximal colocado ligeiramente acima da linha da articulação do tornozelo, entre os maléolos medial e lateral.
- Mão direita: eletrodo distal colocado na base do dedo médio; eletrodo proximal colocado ligeiramente acima da linha da articulação do punho, coincidindo com o processo estilóide.

As adolescentes com massas adiposas superiores a 25,0% foram identificadas com excesso de gordura corporal (LOHMAN; ROCHE; MARTORELL, 1988)

#### 4.11 CARACTERÍSTICAS DE IMAGEM CORPORAL

Foram utilizadas as escalas subsequentes, traduzidas e validadas para a população brasileira. Abaixo, os instrumentos:

##### 4.11.1 Distúrbio dismórfico corporal

A percepção da imagem corporal foi analisada por versão traduzida e validada no Brasil da escala de silhuetas (Anexo II) proposta por Stunkard et al. (1983). Após observarem o conjunto de imagens, as adolescentes responderam as seguintes perguntas (PETROSKI; PELEGRINI; GLANER, 2012; SCAGLIUSI, et al., 2006):

- Para você, qual imagem representa o seu corpo atual?
- Qual imagem corporal você gostaria de ter?

Para avaliação da satisfação corporal, subtraiu-se da aparência real a aparência ideal. Em variações iguais a zero, a adolescente foi classificada como satisfeita; quando a diferença encontrada foi diferente de zero, a adolescente foi classificada como insatisfeita (PETROSKI; PELEGRINI; GLANER, 2012; SCAGLIUSI, et al., 2006). Perante o resultado de insatisfação, as participantes responderam a seguinte pergunta:

- Qual o principal motivo da insatisfação?

A percepção da imagem fornecida pelas participantes foi contrastada com as suas respectivas classificações do IMC para a idade e com a triagem positiva para transtorno alimentar (anorexia nervosa e/ou bulimia nervosa) (PETROSKI; PELEGRINI; GLANER, 2012; SCAGLIUSI, et al., 2006).

##### 4.11.2 Anorexia nervosa

A triagem de anorexia nervosa foi realizada por meio da versão traduzida e validada no Brasil do *Eating Attitudes Test* (EAT-26 – Teste de Atitudes Alimentares), o qual é constituído por 26 questões distribuídas em três fatores (BIGHETTI et al., 2004):

- Dieta: reflete a esquia patológica de alimentos com alto teor calórico e preocupação com a aparência física;
- Bulimia: referem-se a episódios de compulsão alimentar, seguidos por comportamentos purgativos para perda/controlar de peso corporal;

- Controle oral: consiste no autocontrole em relação à comida e avalia as forças ambientais e sociais estimulantes à ingestão alimentar.

Cada uma das 26 questões apresenta seis itens de múltipla escolha em escala *Likert*, que conferem entre 0 e 3 pontos cada (“sempre” = 3; “muitas vezes” = 2; “às vezes” = 1; “poucas vezes, quase nunca ou nunca” = 0). Somente a questão 25 é pontuada de maneira inversa (BIGHETTI et al., 2004).

A pontuação do EAT-26 é feita pela soma de seus itens. As participantes com escore  $\geq 21$  foram classificadas com triagem positiva para anorexia nervosa (BIGHETTI et al., 2004).

#### **4.11.3 Bulimia nervosa**

A triagem de bulimia nervosa foi realizada por meio da versão traduzida e validada no Brasil do *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (BITE – Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo), o qual é constituído por 33 questões com respostas “sim” ou “não”, que conferem de zero a 30 pontos. Cada resposta “sim” corresponde a presença de sintoma e equivale a um ponto, enquanto uma resposta negativa implica na ausência de sintomas e corresponde a uma pontuação nula (XIMENES et al., 2011).

Para cada afirmativa, é atribuído o valor um. Apenas os itens 1, 13, 21, 23 e 31 são pontuados inversamente. A escala de gravidade dos sintomas é avaliada pelos itens 6, 7 e 27, sendo aplicada somente quando o escore total encontrado fosse superior a 10. As adolescentes que apresentaram um escore  $\geq 20$  foram classificadas com triagem positiva para bulimia nervosa (XIMENES et al., 2011).

#### **4.12 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DE SAÚDE**

Expõe-se abaixo as características socioeconômicas e de saúde.

##### **4.12.1 Parâmetros socioeconômicos e condições sanitárias**

Os parâmetros socioeconômicos foram avaliados por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2015). As participantes foram questionadas em relação aos aspectos do domicílio em que residiam (posses e itens de conforto), ao grau de instrução do(a) chefe de família e ao acesso a serviços públicos (água encanada e rua pavimentada). Além disso, também foi investigado a estrutura familiar das mesmas (com quem residiam, número de moradores no mesmo domicílio, dentre outras questões).

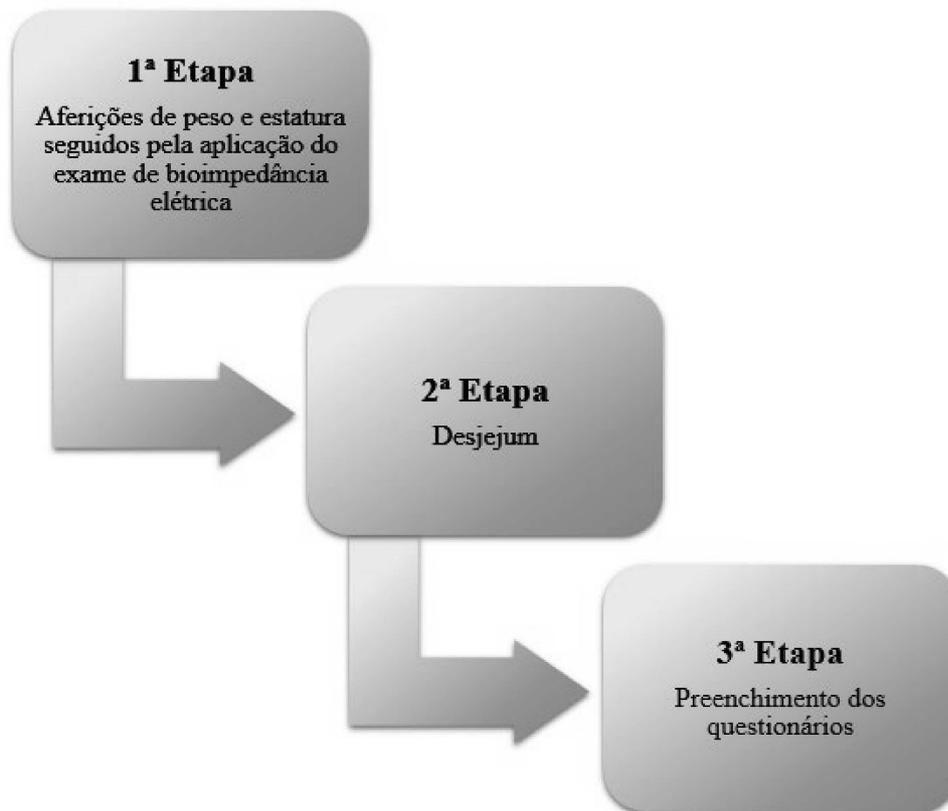
#### 4.12.2 Percepção sobre o estado de saúde e o uso de serviços de saúde

As participantes foram indagadas quanto à procura e ao acesso por atendimento em saúde, bem como a percepção da própria saúde e a saúde dos pais.

#### 4.13 FLUXOGRAMA DAS COLETAS DE DADOS

As avaliações foram conduzidas nas unidades escolares e somente foram avaliadas as adolescentes que portavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice III) devidamente assinado. A ordem das aferições está representada na Figura 5:

Figura 5 - Fluxograma da coleta de dados



Fonte: Autor, 2020.

#### 4.14 ANÁLISE DOS DADOS

Para fins estatísticos, as variáveis dependentes e independentes foram categorizadas. As mesmas encontram-se no Quadro 1 e 2. Todas as análises estatísticas descritas abaixo foram efetuadas por meio dos *softwares* SPSS® (versão

20.0; SPSS Inc., EUA). Além disso, para fins estatísticos as variáveis dependentes e independentes foram categorizadas (Quadros 1-2).

No que se refere a análise dos dados coletados, a princípio realizou-se verificações de consistência com intuito de assegurar a integridade do banco de dados. Em seguida, descreveu-se a amostra do estudo, com as variáveis categóricas descritas por frequências absolutas e relativas, e as quantitativas por meio de medidas de tendência central e de dispersão. Para verificar os fatores associados à autoestima das adolescentes, foram realizados testes Qui-quadrado de Pearson, nos quais o nível de significância admitido foi de 5%.

Quadro 1 – Categorização das variáveis dependentes do estudo

<b>VARIÁVEIS DEPENDENTES</b>		
<b>CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA</b>		
<b>Variável</b>	<b>Tipo</b>	<b>Descrição</b>
Sexarca	Dicotômica	Sim, Não
Idade de sexarca	Dicotômica	Menor que 15 anos, Maior ou igual a 15 anos
	Discreta	-
Preservativo na primeira relação	Dicotômica	Sim, Não
Outros métodos contraceptivos na primeira relação	Dicotômica	Sim, Não
Preservativo na última relação sexual	Dicotômica	Sim, Não
Outros métodos contraceptivos na última relação	Dicotômica	Sim, Não
<b>CARACTERÍSTICAS DE AUTOESTIMA</b>		
Autoestima	Dicotômica	Baixa ( $\leq 16$ ), Alta ( $> 16$ )
	Discreta	-

Fonte: Autor, 2020.

Ainda com o intuito de investigar os fatores associados aos desfechos, realizou-se análises de regressão logística univariada (sexarca, utilização de preservativo na primeira e na última relação, utilização de outros métodos contraceptivos na primeira e na última relação) e de regressão linear univariada (idade de sexarca, escore de

autoestima). Considerou-se significativas todas as variáveis que apresentaram  $p < 0,20$ . As variáveis independentes submetidas ao processo de regressão estão descritas nas figuras 6-8. Os modelos propostos são pautados na literatura e nas variáveis que encontravam-se disponíveis no banco de dados.

Quadro 2 – Categorização das variáveis independentes do estudo

<b>VARIÁVEIS INDEPENDENTES</b>		
<b>CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA</b>		
<b>Variável</b>	<b>Tipo</b>	<b>Descrição</b>
Tipo de parceiro na primeira relação	Dicotômica	Estável, Não estável
Estágio de maturação das mamas	Dicotômica	Pré-púbere ou púbere, Pós-púbere
Estágio de maturação dos pelos pubianos	Dicotômica	Pré-púbere ou púbere, Pós-púbere
Vacina contra HPV	Dicotômica	Sim, Não
Exame de Papanicolau	Dicotômica	Sim, Não
Conversa sobre vida sexual com familiares	Dicotômica	Sim, Não
Educação Sexual e Reprodutiva (gravidez)	Dicotômica	Sim, Não
Educação Sexual e Reprodutiva (IST's)	Dicotômica	Sim, Não
Educação Sexual e Reprodutiva (preservativos)	Dicotômica	Sim, Não
Fonte de orientação (Educação Sexual e Reprodutiva)	Categórica	Escola, Serviço de Saúde, Pais ou responsáveis, Amigos, Mídia, Outro
Histórico familiar de gravidez na adolescência	Dicotômica	Sim, Não
<b>CARACTERÍSTICAS IMAGEM CORPORAL, COMPOSIÇÃO CORPORAL</b>		
Satisfação com a imagem corporal	Dicotômica	Satisfeita, Insatisfeita
Satisfação com o peso corporal	Dicotômica	Satisfeita, Insatisfeita
Triagem de Anorexia Nervosa	Dicotômica	Positiva, Negativa
Triagem de Bulimia Nervosa	Dicotômica	Positiva, Negativa
Gordura corporal	Dicotômica	Sem excesso de gordura, Com excesso de gordura
	Discreta	-
Composição corporal	Dicotômica	Sem excesso de peso, Com excesso de peso
	Discreta	-

(Continua)

Quadro 2 (Conclusão)

<b>CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS</b>		
<b>Variável</b>	<b>Tipo</b>	<b>Descrição</b>
Experimentação de bebida alcoólica	Dicotômica	Sim, Não
Idade de experimentação de bebida alcoólica	Discreta	-
Consumo de bebida alcoólica (12 meses)	Dicotômica	Sim, Não
Histórico de embriaguez anterior	Dicotômica	Sim, Não
Experimentação de cigarro	Dicotômica	Sim, Não
Idade de experimentação de cigarro	Discreta	-
Consumo de cigarro (12 meses)	Dicotômica	Sim, Não
<b>CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS</b>		
Idade	Discreta	-
Cor da pele/raça	Categórica	Branca, Parda, Preta, Outros
Religião	Categórica	Católica, Evangélica, Outros, Nenhuma
Pessoas com quem reside	Categórica	Ambos os pais, Mãe, Pai, Outros
Grau de escolaridade dos responsáveis	Categórica	Ensino médio completo ou mais, Ensino fundamental completo ou mais, Analfabeto ou ensino fundamental incompleto
Situação ocupacional dos responsáveis	Dicotômica	Trabalha (emprego formal ou informal), Não Trabalha (desempregado, do lar, aposentado ou pensionista)
Classe econômica	Categórica	A, B1, B2, C1, C2, D-E
Percepção da saúde do adolescente	Dicotômica	Negativa, Positiva
Percepção da saúde dos pais	Dicotômica	Negativa, Positiva
Utilização do serviço de saúde (12 meses)	Dicotômica	Sim, Não
Número de idas ao serviço de saúde (12 meses)	Discreta	-

Fonte: Autor, 2020.

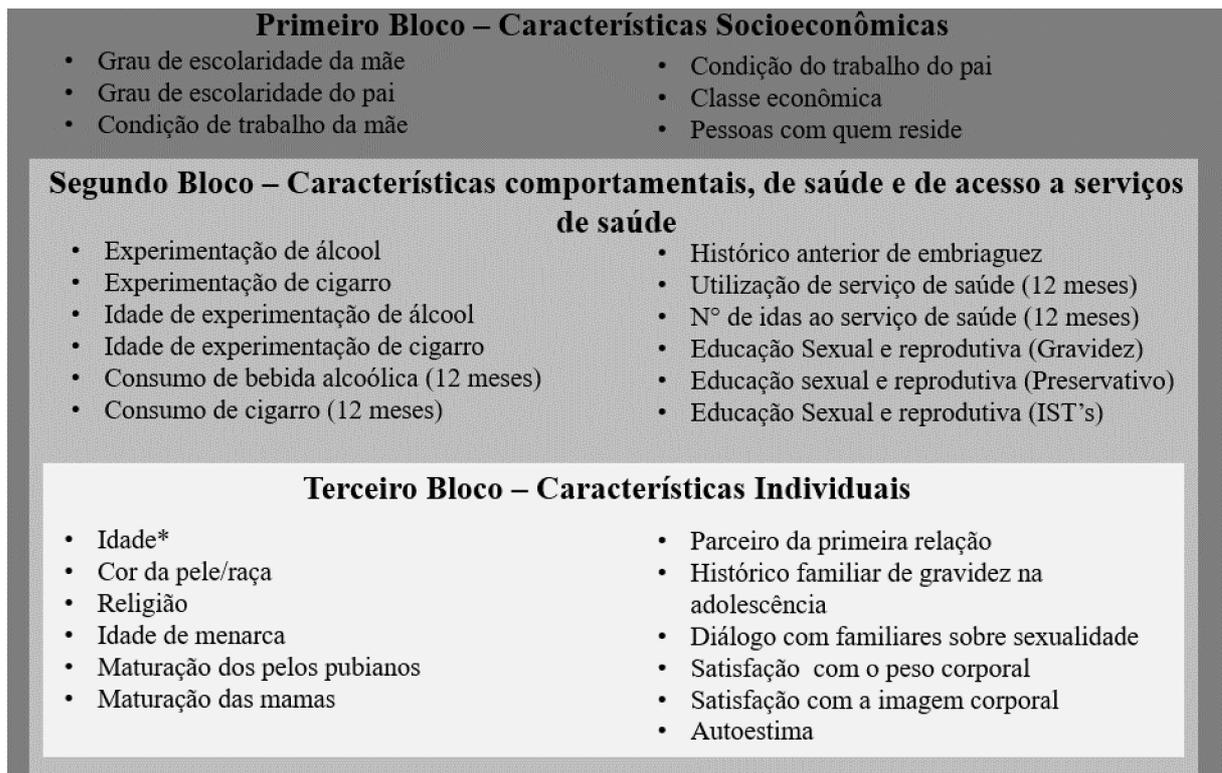
IST's: Infecções sexualmente transmissíveis. HPV: Papiloma vírus humano.

Adotou-se, para todos os desfechos, a entrada hierárquica das variáveis em blocos (VICTORA et al., 1997), a mesma seguiu a seguinte ordem: Bloco 1: variáveis socioeconômicas; Bloco 2: variáveis comportamentais, de saúde e de acesso a serviços de saúde; Bloco 3: variáveis individuais das adolescentes (figura 6-8).

A análise logística múltipla hierarquizada foi realizada da seguinte forma: foram inseridas todas as variáveis pertencentes ao bloco 1 que apresentaram  $p < 0,20$  (análise univariada), e analisados os efeitos sobre o desfecho; as variáveis

remanescentes foram incorporadas juntamente com as variáveis do bloco 2; novamente as variáveis que permaneceram foram adicionadas com as do bloco 3; por fim, as variáveis que se mantiveram, compuseram o modelo final. Utilizou-se, para a análise múltipla hierarquizada, o método *backward LR*.

Figura 6 – Modelo conceitual hierárquico do processo de determinação da sexarca e da idade de sexarca.

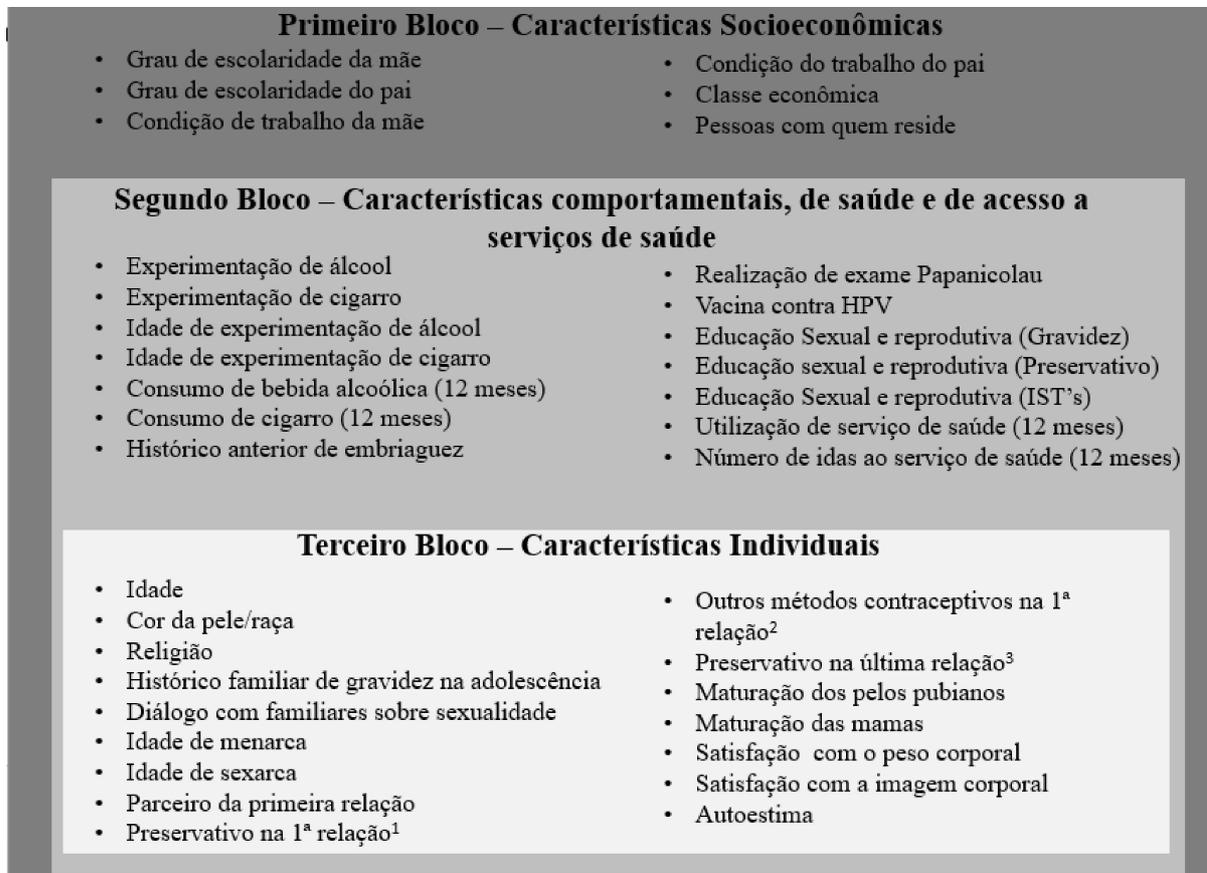


Fonte: Autor, 2020

\*Variáveis pertencem somente ao modelo da sexarca. IST's: Infecções sexualmente transmissíveis.

No que se refere a interpretação dos resultados, a mesma se deu por meio da identificação da associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), tanto na regressão logística quanto na linear. Além disso, na regressão logística foi empregado também o teste *Hosmer-Lemeshow* para avaliar a consistência do ajuste do modelo final (considerando-se adequado o ajuste quando o  $p > 0,05$ ), e a análise do poder explicativo foi analisado por *Nagelkerke R Square*.

Figura 7 - Modelo conceitual hierárquico do processo de determinação da utilização de preservativo e de outros métodos contraceptivos na primeira e na última relação sexual.

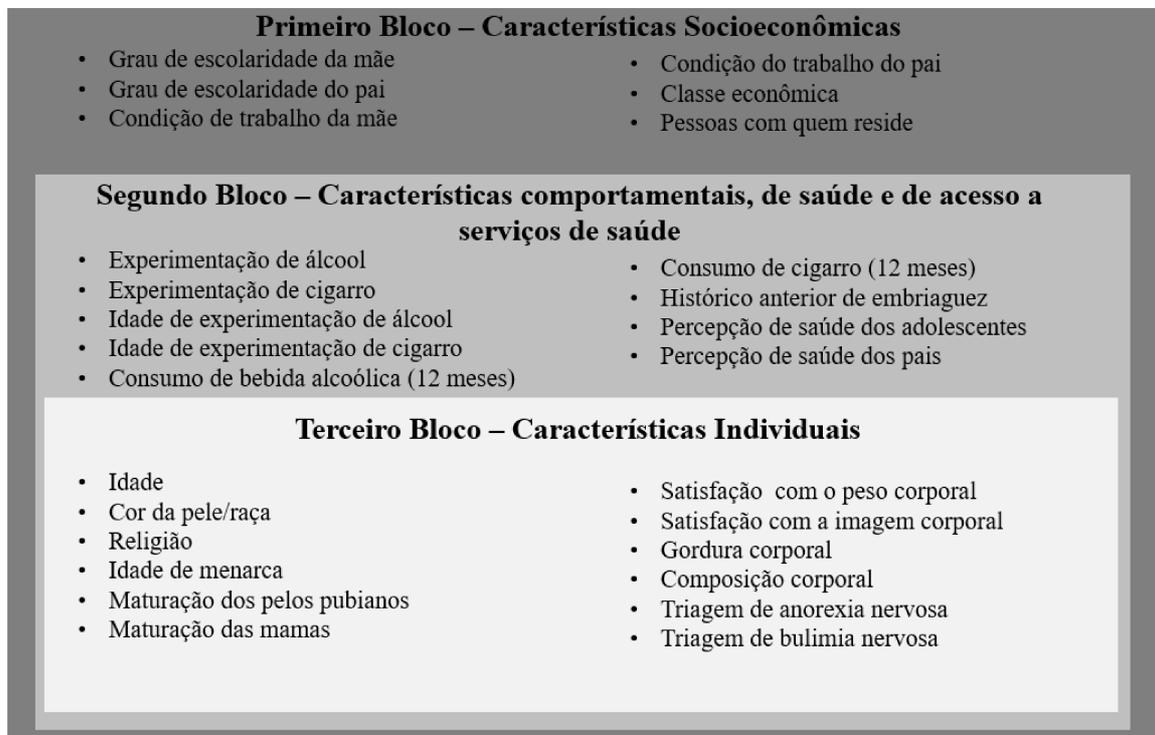


Fonte: Autor, 2020.

<sup>1</sup>Variável ausente no modelo de utilização de preservativos na primeira relação. <sup>2</sup>Variável ausente nos modelos de utilização de preservativos e de outros métodos contraceptivos na primeira relação. <sup>3</sup> Variável pertence somente ao modelo de utilização de outros métodos contraceptivos na última relação. HPV: Papiloma vírus humano/ IST's: Infecções sexualmente transmissíveis.

Já na análise de regressão linear múltipla hierarquizada, utilizou-se o mesmo processo de inserção de variáveis, contudo o método utilizado para a análise múltipla hierarquizada foi o *backward*. A interpretação dos resultados se deu por meio do poder explicativo que foi avaliado através do *R Square Change*, enquanto a estatística ANOVA avaliou a significância do modelo. Resíduos também foram avaliados e considerados como adequados quando os valores oscilavam entre -3 e +3. Por sua vez, o teste de Durbin-Watson foi utilizado para detectar a independência nos resíduos da análise de regressão, sendo considerados como independentes os valores entre 1,5-2,5, também foram analisados gráficos de normalidade e homocedasticidade.

Figura 8 – Modelo conceitual hierárquico do processo de determinação da autoestima.



Fonte: Autor, 2020

#### 4.15 QUESTÕES ÉTICAS

Este estudo seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/12) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (68601617.1.0000.5147).

Visando cumprir as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, foram solicitados os consentimentos de participação por escrito tanto aos responsáveis legais pelos estudantes, quanto aos diretores das instituições requisitadas para as coletas de dados.

Em reuniões efetuadas anteriormente às coletas de dados, foram ratificados os esclarecimentos pertinentes à pesquisa, tais como o documento de assentimento, o anonimato dos adolescentes e a possibilidade de desistência da participação. Posteriormente, as adolescentes receberam retorno dos resultados e orientações.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados e discussão foram apresentados nos seguintes artigos:

- Quais são os fatores associados ao início da prática sexual em adolescentes do sexo feminino?
- O declínio dos preservativos e a ascensão de outros métodos contraceptivos: comportamento sexual de adolescentes do sexo feminino.
- Fatores associados à autoestima em adolescente do sexo feminino do município de Juiz de Fora.

A formatação destes está de acordo com as normas do periódico (Cadernos de Saúde Pública) ao qual os artigos serão submetidos.

## 5.1 ARTIGO ORIGINAL 1

### **QUAIS SÃO OS FATORES ASSOCIADOS AO INÍCIO DA ATIVIDADE SEXUAL EM ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO?**

#### **RESUMO**

Objetivou-se avaliar a sexarca (primeira relação sexual) e a idade de sexarca das adolescentes e seus respectivos fatores associados. Trata-se de um estudo transversal com 480 adolescentes (14-19 anos) do sexo feminino matriculadas em escolas públicas de Juiz de Fora, MG. A coleta de dados deu-se através da aplicação de questionários autoaplicáveis e entrevistas face a face. Para identificar os fatores associados à sexarca e à idade da mesma, a regressão logística multivariada e a regressão linear multivariada foram utilizadas, respectivamente. Considerou-se como significativas as variáveis que apresentaram  $p < 0,05$  nos modelos finais. A primeira relação sexual havia ocorrido em 44,1% das adolescentes, destas 34,8% teve seu debute sexual com menos de 15 anos. Constatou-se maiores chances de sexarca naquelas que experimentaram cigarro, que se embriagaram, que não conversavam com os familiares sobre sexo, que apresentavam autoestima elevada e nas adolescentes mais velhas. Além disso, observou-se que quanto maiores fossem as idade de experimentação de cigarro e a idade de menarca, maior seria a idade de sexarca. O fato de um terço da amostra ter iniciado a vida sexual com menos de 15 anos é preocupante, visto que iniciar a atividade sexual precocemente potencializa a exposição aos comportamentos sexuais de risco.

**Palavras-chave:** Comportamento Sexual; Adolescente; Relação Sexual; Autoimagem; Bebidas Alcoólicas.

## **INTRODUÇÃO**

No Brasil, 17,9% da população é composta por adolescentes<sup>1</sup>. A fase em questão é caracterizada como a passagem da infância para a vida adulta, e abrange o período entre 10 e 19 anos de idade<sup>2</sup>. Tem-se ainda, que a adolescência é marcada por uma série de transformações físicas, biológicas, emocionais e psicossociais<sup>3-4</sup>.

Dentre as transformações presentes nesta fase encontra-se o desenvolvimento da atividade sexual, tal fenômeno é um dos marcos mais notáveis deste período<sup>5</sup>. Sabe-se também que a sexarca (primeira relação sexual) geralmente ocorre entre 14 e 19 anos de idade<sup>6-8</sup>. Contudo, ao iniciarem-se sexualmente, os adolescentes acabam conseqüentemente expostos às infecções sexualmente transmissíveis (IST's), gestações não planejadas e abortos<sup>9</sup>. Tais contextos de vulnerabilidade e exposição são ainda mais agravados se considerarmos as condições daqueles jovens que carecem de um melhor cenário social para o seu pleno desenvolvimento<sup>10</sup>.

Sabe-se que a prática sexual é fortemente influenciada por questões socioculturais e de gênero, visto que a atividade sexual do sexo masculino é encorajada e associada ao prazer, enquanto a do sexo feminino é tolhida e associada principalmente ao ato de gerar vida<sup>11-12</sup>.

Tal fato justifica a menor frequência de sexarca, bem como a idade de sexarca mais tardia no sexo feminino<sup>13</sup>. Entretanto por mais que as mulheres iniciem sua vida sexual um pouco mais tarde, estas ainda estão mais expostas a riscos que os indivíduos do sexo oposto, visto que diante da estrutura vigente na sociedade, as mesmas encontram-se intrinsecamente ligadas ao âmbito gestacional<sup>11-12</sup>. Todavia, é fato que a expressão sexual feminina encontra-se em mudança, uma vez que a diferença da frequência de sexarca e da idade de sexarca vêm diminuindo entre os sexos<sup>13-15</sup>.

Diante do exposto, este artigo busca avaliar a sexarca e a idade de sexarca das adolescentes matriculadas em escolas públicas do município de Juiz de Fora, bem como investigar os fatores associados a estes desfechos.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

O presente trabalho faz parte de um estudo de maior abrangência, denominado Estudo do Estilo de Vida na Adolescência (Estudo EVA), que teve como foco principal avaliar o estilo de vida dos adolescentes matriculados em escolas públicas localizadas no município de Juiz de Fora (MG), Brasil<sup>16</sup>. O recorte aqui apresentado consiste em

um estudo epidemiológico observacional de corte transversal de caráter descritivo e analítico com adolescentes (14-19 anos) do sexo feminino, matriculadas nas escolas públicas do município previamente mencionado.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF (CAAE 68601617.1.0000.5147). Além disso, no ato da coleta, requisitou-se os termos de assentimento e consentimento, ambos assinados pelos participantes e seus responsáveis legais.

O cálculo da amostra foi obtido por meio do *software* Epi Info™ (versão 7.2.2.6; *Centers for Disease Control and Prevention*, EUA) e considerou os seguintes critérios: o total de matrículas na Educação Básica em 2017, referentes à faixa etária entre 14 e 19 anos<sup>17</sup>; 50% do sexo feminino; estimativa de proporção de 50% (utilizada quando a frequência de fator é desconhecida); intervalo de confiança de 95%; 1% de efeito de desenho e 25% em decorrência de possíveis perdas e recusas, resultando no tamanho amostral mínimo de 475 indivíduos.

Após a determinação amostral, as escolas elegíveis foram classificadas em “unidades de amostragem”, a amostra foi estratificada de maneira proporcional em relação às escolas, séries/idades. Já na etapa de seleção dos participantes, reordenaram-se os diários de classe das turmas elegíveis com o auxílio de um gerador de números aleatórios do *software* Stats™ (versão 2.0, *Decision Analyst*, EUA).

As adolescentes foram escolhidas de acordo com os critérios previamente citados, e em decorrência de recusas e/ou transferências de matrículas, foram convidados os próximos nomes contidos nas listagens para complementação da amostra.

Por meio dos critérios de exclusão foi vedada a participação de gestantes e/ou lactantes, adolescentes em uso de marca-passo e/ou próteses ortopédicas, portadoras de necessidades especiais e aquelas que relatassem uso crônico ou prolongado de medicamentos que promovesse alterações no metabolismo de carboidratos e/ou lipídeos.

A coleta de dados ocorreu de maio de 2018 a maio de 2019. A mesma ocorria no período matutino, em dias letivos, em espaço cedido pela própria escola. O processo foi realizado por pesquisadores da UFJF devidamente treinados. Excetuando-se os questionários autoaplicáveis, os demais dados foram coletados por

meio de entrevista face a face, com preenchimento eletrônico no aplicativo *KoboToolbox* (versão 1.14.0a, *Harvard Humanitarian Initiative*, EUA).

Foram adotadas como variáveis dependentes a sexarca e a idade de sexarca. Além disso, buscou-se associá-las com variáveis independentes, destaca-se primeiro as investigadas por meio de entrevista face a face:

- Variáveis socioeconômicas;
- Variáveis de saúde e de acessos à serviços de saúde.

Dentre as coletadas por meio de questionário autoaplicável citam-se:

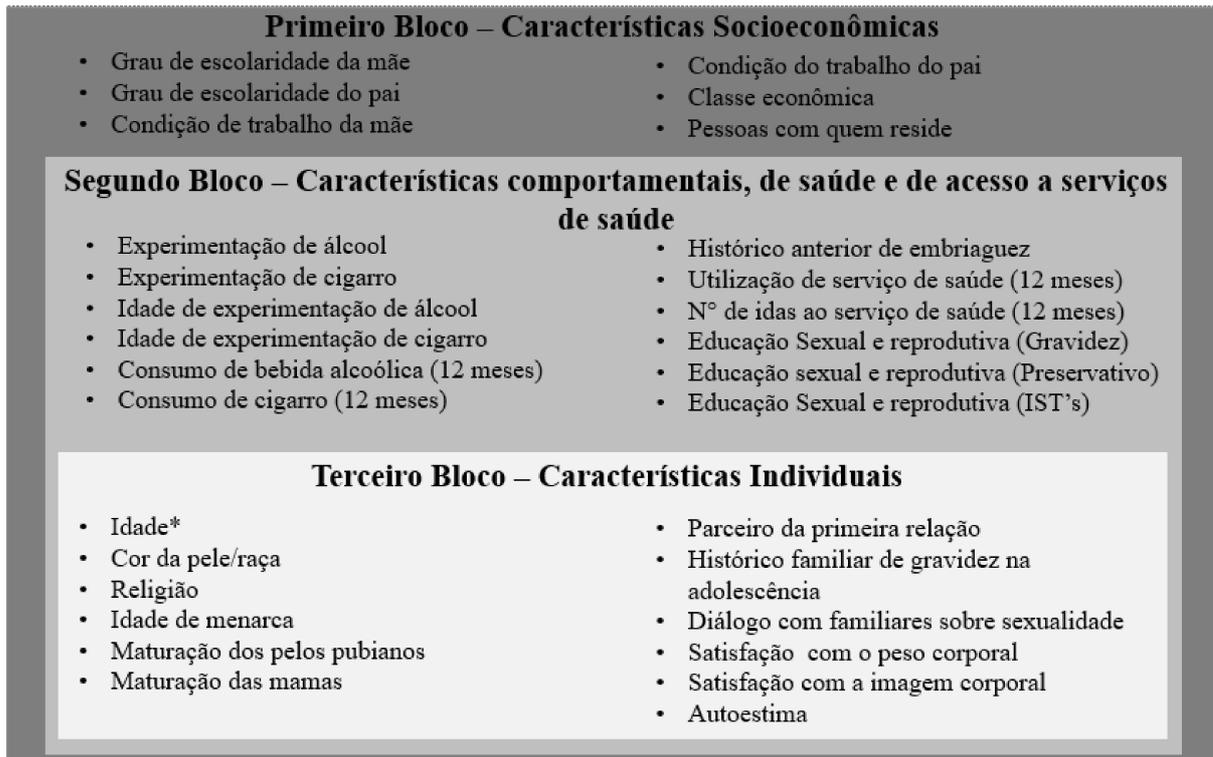
- Variáveis de maturação sexual;
- Variáveis de saúde sexual e reprodutiva;
- Variáveis de percepção da imagem corporal e do peso corporal;
- Variáveis de autoestima;
- Variáveis de consumo de bebida alcoólica e/ou cigarro.

Maiores informações acerca dos instrumentos e dos procedimentos empregados na coleta de dados, estão disponíveis no artigo de referência do Estudo EVA<sup>16</sup>.

No que concerne a análise dos dados, a princípio realizou-se verificações de consistência com intuito de assegurar a integridade do banco de dados. Em seguida, descreveu-se a amostra do estudo, com as variáveis categóricas descritas por frequências absolutas e relativas, e as quantitativas por meio de medidas de tendência central e de dispersão.

Para verificar os fatores associados à sexarca e a idade de sexarca das adolescentes, inicialmente realizou-se respectivamente as análises de regressão logística univariada e de regressão linear univariada. Considerou-se significativas todas as variáveis que apresentaram  $p < 0,20$ . As variáveis submetidas aos processos de regressão estão descritas na figura 1, que contempla o modelo conceitual de fatores associados à sexarca, bem como o modelo conceitual de fatores associados à idade de sexarca. Os modelos propostos são pautados na literatura.

Adotou-se, para ambos os desfechos, a entrada hierárquica das variáveis em blocos<sup>18</sup>; na seguinte ordem: Bloco 1: variáveis socioeconômicas; Bloco 2: variáveis comportamentais, de saúde e de acesso a serviços de saúde; Bloco 3: variáveis individuais das adolescentes (Figura 1).



**Figura 1** – Modelo conceitual hierárquico do processo de determinação da sexarca e da idade de sexarca

\* Variáveis pertencem somente ao modelo de idade de sexarca. IST's: Infecções sexualmente transmissíveis.

Fonte: Autor, 2020

A análise logística múltipla hierarquizada foi realizada da seguinte forma: foram inseridas todas as variáveis pertencentes ao bloco 1 que apresentaram  $p < 0,20$  (análise univariada), e analisados os efeitos sobre o desfecho; as variáveis remanescentes foram incorporadas juntamente com as variáveis do bloco 2; novamente as variáveis que permaneceram foram adicionadas com as do bloco 3; por fim, as variáveis que se mantiveram, compuseram o modelo final. Utilizou-se, para a análise múltipla hierarquizada, o método *backward LR*.

No que se refere a interpretação dos resultados, a mesma se deu por meio da identificação da associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), tanto na regressão logística quanto na linear. Além disso, na regressão logística foi empregado o teste *Hosmer-Lemeshow* para avaliar a consistência do ajuste do modelo final (considerando-se adequado quando o  $p > 0,05$ ), e a análise do poder explicativo foi feita por *Nagelkerke R Square*.

Já na análise de regressão linear múltipla hierarquizada, utilizou-se o mesmo processo de inserção de variáveis, contudo o método utilizado para a análise múltipla

hierarquizada foi o *backward*. A interpretação dos resultados se deu por meio do poder explicativo que foi avaliado através do *R Square Change*, enquanto a estatística ANOVA avaliou a significância do modelo. Resíduos também foram avaliados e considerados como adequados quando os valores oscilavam entre -3 e +3. Por sua vez, o teste de Durbin-Watson foi utilizado para detectar a independência nos resíduos da análise de regressão, sendo considerados como independentes os valores entre 1,5-2,5; além desses, também foram analisados gráficos de normalidade e homocedasticidade.

## RESULTADOS

Foram avaliadas 480 adolescentes com idade mediana de 16 (14-19) anos, destas 36,8% declaravam-se de cor branca e 39,5% evangélicas. Observou-se ainda que 49,2% das mães ou responsáveis do sexo feminino possuíam o ensino médio completo ou mais, porcentagem semelhante (50,6%) foi observada entre os representantes do sexo masculino. Pouco mais de 70,0% das mães ou responsáveis do sexo feminino trabalhavam (formal ou informal), diferindo dos 83,0% observados no sexo oposto. Notou-se que 60,9% das adolescentes residia com ambos os pais (responsáveis dos dois sexos). Já em relação a classe econômica, tem-se que 24,4% era pertencente a classe baixa (C2, D-E).

No que diz respeito as características de saúde sexual e reprodutiva, observou-se uma prevalência de sexarca de 44,1%, e dentre estas, 34,8% teve seu debute sexual com menos de 15 anos de idade. Além disso, percebeu-se que 75,8% iniciou a vida sexual com parceiro estável (namorado, noivo); 57,6% relataram que algum familiar já havia engravidado durante a adolescência. Observou-se ainda, que a mediana de idade de menarca foi de 12 (9-16) anos; que 70,1% das adolescentes encontrava-se no estágio pré-púbere ou púbere em relação a maturação das mamas e 69,5% encontrava-se no mesmo estágio acerca da maturação dos pelos pubianos.

Ressalta-se que 55,2% das adolescentes não se sentam à vontade para conversar com os familiares sobre tópicos que englobassem a sexualidade, contudo as adolescentes declararam ter recebido orientações acerca da prevenção da gravidez (98,5%), prevenção contra IST's (96,5%) e utilização de preservativo (85,4%), sendo a escola o principal canal de informação no que concerne a prevenção de IST's (54,6%) e a utilização de preservativos (41,1%), seguidos de perto pelos pais ou responsáveis, com as respectivas frequências (26,3% e 30,3%). Os pais foram

referenciados como a principal fonte de informação quanto ao tópico da gravidez (48,3%). Nota-se também, que o serviço de saúde apresentou pouca relevância no que se refere aos tópicos abordados, visto que o mesmo foi referenciado como a terceira fonte de informação para a prevenção de gravidez (8,5%), a prevenção de IST's (9,9%) e a utilização de preservativos (11,7%).

Destaca-se que 69,6% declarou ter usado o serviço de saúde no último ano, com uma mediana de 3 (1-30) idas neste período. Observa-se ainda, que 49,5% das adolescentes encontrava-se insatisfeita com o seu peso corporal e 67,8% insatisfeita com a sua imagem corporal. Já em relação a autoestima, observou-se um escore mediano de autoestima de 19 (0-30) pontos. Quanto ao consumo de bebida alcóolica e/ou de cigarro, 78,7% já havia experimentado álcool, enquanto 30,1% já havia experimentado cigarro. Notou-se que a mediana de idade de experimentação para ambas as substâncias foi de 14 (7-18) anos. Além disso, 77,7% consumiram álcool no último ano, enquanto 61,1% consumiram cigarro no mesmo período de tempo; 41,2% das adolescentes já se embriagaram alguma vez na vida.

Quanto a análise univariada da sexarca, em relação as variáveis do bloco 1, tem-se que as variáveis grau de escolaridade da mãe, grau de escolaridade do pai, situação ocupacional do pai, classe econômica (escore) e responsáveis com quem mora apresentaram  $p > 0,20$  (Tabela 1). No que concerne o bloco 2, apresentaram associação ( $p < 0,20$ ) com o desfecho estudado: experimentação de álcool, experimentação de cigarro, idade de experimentação de bebida alcóolica, consumo de bebida alcóolica no último ano, histórico de embriaguez anterior, educação sexual e reprodutiva (IST's), educação sexual e reprodutiva (preservativo) e nº de idas ao serviço de saúde (12 meses). Já em relação ao bloco 3, apresentaram associação com a sexarca as variáveis idade, religião, conversa com familiares sobre o sexo, histórico familiar de gravidez na adolescência, maturação dos pelos pubianos, autoestima (escore), satisfação com a imagem corporal e satisfação com o peso corporal.

Para a análise de regressão logística multivariada hierárquica foram inseridas todas as variáveis que permaneceram com  $p < 0,20$  da análise univariada (tabela 1). Na primeira etapa, todas as variáveis referentes ao bloco 1 foram inseridas no modelo, permanecendo somente o grau de escolaridade da mãe. Em seguida, inseriu-se o grau de escolaridade da mãe junto às variáveis pertencentes ao bloco 2. Ao fim desta

etapa persistiram as seguintes variáveis: grau de escolaridade da mãe, experimentação de cigarro, idade de experimentação de álcool, histórico anterior de embriaguez e educação sexual e reprodutiva (IST's). Todas as variáveis que seguiram na segunda etapa foram inseridas com as respectivas variáveis do bloco 3. Permaneceram no modelo as seguintes variáveis: grau de escolaridade da mãe, experimentação de cigarro, histórico anterior de embriaguez, idade (anos), conversa com os familiares sobre sexo e satisfação com o peso corporal. Tais variáveis compuseram o modelo final explicativo para a sexarca (tabela 2).

Por meio do modelo final de regressão logística múltipla hierarquizada (tabela 2), percebeu-se que apesar do grau de escolaridade da mãe ter permanecido no modelo final, o mesmo não apresentou associação significativa ( $p < 0,05$ ). Já em relação as variáveis do bloco 2, tem-se que a experimentação de cigarro ( $p < 0,001$ ; OR=2,876; IC=1,66-4,98) e o histórico anterior de embriaguez associaram-se de forma positiva à sexarca ( $p = 0,001$ ; OR=2,537; IC95%=1,49-4,31). Dentre as variáveis pertencentes ao bloco 3, constata-se que quanto maior a idade ( $p < 0,001$ ; OR=1,487; IC95%=1,19-1,85) e quanto maior a autoestima (escore) ( $p = 0,008$ ; OR=1,059; IC95%=1,02-1,11), maiores as chances de sexarca. Observou-se também que as adolescentes que declararam não conversar com os familiares sobre sexo ( $p = 0,008$ ; OR=2,004; IC95%=1,20-3,33) e aquelas insatisfeitas com seu peso corporal ( $p = 0,021$ ; OR=1,831; IC95%=1,09-3,06) também apresentavam maiores chances de sexarca.

**Tabela 1 – Modelo de regressão logística univariada explicativo da sexarca de adolescentes matriculadas em escolas públicas de Juiz de Fora – MG, Brasil, 2018-2019.**

Variável	$\beta$	p	OR	IC95%
<b>BLOCO 1</b>				
<b>Grau de escolaridade da mãe</b>				
Ensino médio completo ou mais			1	
Fundamental ou médio incompleto	0,043	0,861	1,044	0,64-1,69
Analfabeto ou ensino fundamental incompleto	0,744	0,002*	2,105	1,32-3,35
<b>Grau de escolaridade do pai</b>				
Ensino médio completo ou mais			1	
Fundamental ou médio incompleto	-0,102	0,727	0,903	0,51-1,60
Analfabeto ou ensino fundamental incompleto	0,415	0,093	1,514	0,93-2,46
<b>Situação ocupacional do pai</b>				
Trabalha (formal ou informal)			1	
Não trabalha (desempregado, do lar, aposentado ou pensionista)	0,443	0,092	1,558	0,93-2,61
<b>Classe econômica (Escore)</b>				
	-0,025	0,015*	0,975	0,99-0,99
<b>Responsáveis com quem mora</b>				
Ambos os pais			1	
Somente um dos pais	0,396	0,044*	1,485	1,01-2,18
<b>BLOCO 2</b>				
<b>Experimentação de álcool</b>				
Não			1	
Sim	2,678	0,000*	15,925	7,19-35,22
<b>Experimentação de cigarro</b>				
Não			1	
Sim	1,626	0,000*	5,082	3,32-7,78
<b>Idade de Experimentação de álcool</b>				
	0,078	0,120	1,081	0,98-1,19
<b>Consumo de álcool (12 meses)</b>				
Não			1	
Sim	0,523	0,036*	1,687	1,03-2,75
<b>Histórico anterior de embriaguez</b>				
Não			1	
Sim	1,129	0,000*	3,092	2,01-4,74
<b>Educação sexual e reprodutiva (IST's)</b>				
Sim			1	
Não	-0,970	0,094	0,379	0,12-1,18
<b>Educação sexual e reprodutiva (preservativo)</b>				
Sim			1	
Não	-0,784	0,006*	0,457	0,26-0,79
<b>Número de idas ao serviço de saúde (12 meses)</b>				
	0,041	0,136	1,042	0,99-1,10

(Continua)

Tabela 1 (Conclusão)

Variável	$\beta$	p	OR	IC95%
<b>BLOCO 3</b>				
<b>Idade (anos)</b>	0,504	0,000*	1,655	1,41-1,95
<b>Religião</b>			1	
Católica			1	
Evangélica	-0,311	0,141	0,733	0,48-1,10
Nenhuma	0,226	0,439	1,235	0,70-2,22
<b>Conversa com familiares sobre sexo</b>			1	
Sim			1	
Não	0,369	0,048*	1,446	1,00-2,08
<b>Histórico familiar de gravidez na adolescência</b>			1	
Não			1	
Sim	0,513	0,007*	1,670	1,15-2,42
<b>Maturação dos pelos pubianos</b>			1	
Pré-púbere ou púbere			1	
Pós púbere	-0,266	0,188	0,767	0,52-1,14
<b>Autoestima (score)</b>	0,022	0,149	1,022	0,99-1,05
<b>Satisfação com imagem corporal</b>			1	
Satisfeita			1	
Insatisfeita	- 0,342	0,087	0,710	0,48-1,05
<b>Satisfação com peso corporal</b>			1	
Satisfeita			1	
Insatisfeita	0,422	0,023*	1,525	1,06-2,19

\*Variáveis com  $p < 0,05$ .  $\beta$  = estimativa  $\beta$ / p = p-valor/ OR = OddsRatio/ IC95% = Intervalo de confiança 95%. IST: Infecções sexualmente transmissíveis.

Fonte: Autor, 2020.

O teste de *Hosmer and Lemeshow* demonstrou o ajuste adequado do modelo final ( $p=0,481$ ), no teste *Nagelkerke R Square* verificou-se que o poder explicativo foi de aproximadamente de 30%.

Quanto a idade de sexarca, como mencionado anteriormente, foi utilizado a regressão linear para a determinação do modelo. No bloco 1 nenhuma variável apresentou  $p < 0,20$ . Já no bloco 2, apresentaram associação com o desfecho estudado as seguintes variáveis: experimentação de álcool, experimentação de cigarro, idade de experimentação de álcool, idade de experimentação de cigarro (tabela 3). No que se refere ao bloco 3, tem-se que as respectivas variáveis apresentaram associação com a idade de sexarca: idade de menarca, tipo de parceiro na primeira relação, autoestima.

**Tabela 2 – Modelo final de regressão logística múltipla hierarquizada explicativo para a sexarca de adolescentes matriculadas em escolas públicas do município de Juiz de Fora – MG, Brasil, 2018-2019.**

Variável	$\beta$	p	OR	IC95%
<b>BLOCO 1</b>				
<b>Grau de escolaridade da mãe</b>				
Ensino médio completo ou mais			1	
Ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto	-0,026	0,935	0,975	0,53-1,81
Analfabeto ou ensino fundamental incompleto	0,582	0,059	1,790	0,98-3,27
<b>BLOCO 2</b>				
<b>Experimentação de cigarro</b>				
Não			1	
Sim	1,057	0,000	2,876	1,66-4,98
<b>Histórico anterior de embriaguez</b>				
Não			1	
Sim	0,931	0,001	2,537	1,49-4,31
<b>BLOCO 3</b>				
<b>Idade (anos)</b>	0,397	0,000	1,487	1,19-1,85
<b>Conversa com familiares sobre sexo</b>				
Sim			1	
Não	0,695	0,008	2,004	1,20-3,33
<b>Satisfação com peso corporal</b>				
Satisfeita			1	
Insatisfeita	0,605	0,021	1,831	1,09-3,06
<b>Autoestima (escore)</b>	0,058	0,008	1,059	1,02-1,11

$\beta$ = estimativa  $\beta$ / p= p-valor/ OR= OddsRatio/ IC95%= Intervalo de confiança 95%/ Hosmer and Lemeshow Test=0,481/ Nagelkerke R Square=0,295.

Fonte: Autor, 2020

Para a análise de regressão linear multivariada hierárquica foram inseridas todas as variáveis que permaneceram com  $p < 0,20$  na análise univariada (tabela 3). Na primeira etapa, todas as variáveis referentes ao bloco 2 foram inseridas no modelo analítico, permanecendo somente a idade de experimentação de cigarro. Posteriormente, a idade de experimentação de cigarro foi inserida com as variáveis pertencentes ao bloco 3. Por fim, permaneceram a idade de experimentação de cigarro e a idade de menarca. Tais variáveis compuseram o modelo final explicativo para a idade de sexarca (tabela 4).

No modelo final de regressão linear múltipla hierarquizada (tabela 4), percebeu-se que quanto maior fosse a idade de experimentação de cigarro, maior seria a idade de sexarca ( $\beta=0,254$ ;  $p < 0,001$ ; IC95%=0,13-0,38). O mesmo pode ser dito em relação a idade de menarca, uma vez que quanto maior esta for, maior será a idade de sexarca ( $\beta=0,175$ ;  $p=0,041$ ; IC95%=0,08-0,34).

**Tabela 3 – Modelo de regressão linear univariada explicativo da idade de sexarca de adolescentes matriculadas em escolas públicas do município de Juiz de Fora – MG, Brasil, 2018-2019.**

Variável	Estimativa $\beta$	Valor-p	IC95%
<b>BLOCO 2</b>			
<b>Experimentação de álcool</b>			
Sim	-0,704	0,180	-1,74-0,33
<b>Experimentação de cigarro</b>			
Sim	-0,621	0,001*	-0,98-0,26
<b>Idade de experimentação de álcool</b>	0,206	0,000*	0,12-0,29
<b>Idade de experimentação de cigarro</b>	0,292	0,000*	0,16-0,42
<b>BLOCO 3</b>			
<b>Idade de menarca</b>	0,197	0,003*	0,07-0,33
<b>Tipo de parceiro na primeira relação</b>			
Não estável	-0,568	0,009*	-0,99- -0,14
<b>Autoestima</b>			
Baixa ( $\leq 16$ )	-0,280	0,166	-0,68-0,12

\*Variáveis com  $p < 0,05$ . IC95%= Intervalo de confiança 95%.

Fonte: Autor,2020

Por fim, também estão descritos os resultados da ANOVA demonstrando que o modelo final foi significativo ( $p < 0,001$ ), o poder explicativo através do *R Square Change*, aproximadamente 19%, a variação dos resíduos de - 2,88 até -3,94 demonstrando anormalidade nos resíduos, entretanto o valor de *Durbin-Watson* foi igual à 1,89 demonstrando assim a independência dos resíduos, além disso todos os gráficos apresentaram-se adequados para normalidade e homocedasticidade.

**Tabela 4 – Modelo final de regressão linear múltipla hierarquizada explicativo para a idade de sexarca em adolescentes matriculadas em escolas públicas do município de Juiz de Fora – MG, Brasil, 2018-2019.**

Variável	Estimativa $\beta$	Valor-p	IC95%
<b>BLOCO 2</b>			
<b>Idade de experimentação de cigarro</b>	0,254	0,000	0,13-0,38
<b>BLOCO 3</b>			
<b>Idade de menarca</b>	0,175	0,041	0,01-0,34

ANOVA ( $p < 0,001$ ) / *R square Change*=0,188 / *Durbin-Watson*=1,89 / Residual=-2,88– -3,94. Fonte: Autor,2020.

## DISCUSSÃO

O presente estudo apresentou uma maior frequência de sexarca em relação a outros realizados em território nacional<sup>19-20</sup>, talvez a referida disparidade possa ser atribuída às diferentes idades médias observadas nas respectivas amostras dos estudos em questão, visto que a sexarca está diretamente atrelada à idade dos indivíduos<sup>8,19-21</sup>.

Há de se considerar que a amostra do presente trabalho reflita uma tendência de aumento de relações sexuais no sexo feminino, propensão muito observada e constatada pela aproximação da idade de sexarca entre os sexos<sup>20,22</sup>. A tendência em questão pode estar atrelada a emancipação da sexualidade da mulher, ou ainda, há uma ruptura dos arquétipos impostos pela sociedade, a qual instituí que a mulher deva se guardar<sup>23-25</sup>.

Apesar de tal ruptura estar presente na sociedade, nota-se que a maioria das adolescentes (75,8%) iniciou a vida sexual com parceiro estável, pois diferente do sexo masculino, que socialmente enxerga as relações sexuais como algo mais casual, a esfera feminina busca confiança e amor na sua primeira relação sexual<sup>24,26-27</sup>.

É interessante destacar que cerca de 35% da população estudada teve sua primeira relação sexual com menos de 15 anos, um percentual expressivo, principalmente se considerarmos as experiências que os indivíduos dessa idade normalmente vivenciaram. Em sua grande maioria, adolescentes dessa faixa etária ainda não concluíram o ensino fundamental, e muito embora a temática da sexualidade seja discutida, ela ainda não encontra-se plenamente sedimentada na mente destes estudantes. Tal afirmação vai de encontro ao fato das meninas de 14 anos terem apresentado o menor percentual de orientação quanto ao uso de preservativo (77,4%), em contrapartida, 100% das de 19 anos já haviam recebido a respectiva orientação. Inclusive, estudos demonstram que a educação sexual e reprodutiva pode prevenir e/ou reduzir os riscos de gravidez na adolescência e de IST'S, visto que quanto maior o número de oportunidades de conversar e discutir sobre a sexualidade, menores são as chances de adoção de comportamentos de risco<sup>28-29</sup>. Aliás, um estudo realizado com adolescentes (15-19 anos) do Piauí demonstrou que receber educação sexual e reprodutiva configurou-se em um adiamento da primeira relação sexual<sup>22</sup>.

Cerca de 86% da população estudada já havia passado pelo processo de menarca aos 14 anos, tal fato é relevante pois de acordo com a literatura, a menarca indica que a mulher está fisiologicamente preparada para ter relações sexuais e gestar<sup>30-31</sup>, contudo estar pronta fisiologicamente não garante que a adolescente esteja social e psicologicamente pronta para a sexarca e suas possíveis implicações. Ademais, sabe-se que a adolescência é marcada por uma série de mudanças<sup>3-4</sup>,

assim, acredita-se que os indivíduos nessa faixa etária encontram-se ainda mais vulneráveis aos riscos envolvidos na relação sexual<sup>8</sup>.

Diante do modelo de regressão final da sexarca, pôde-se observar que as filhas de mães analfabetas apresentaram maiores chances de sexarca, contudo apesar de tal variável ter se mantido no modelo final, a mesma permaneceu somente para ajuste. Entretanto, a literatura aponta que o grau de escolaridade da mãe impacta nesse desfecho, uma vez que uma melhor escolaridade pode estar atrelada a um maior esclarecimento, bem como a uma melhor condição socioeconômica<sup>19,23</sup>.

Quanto ao bloco intermediário, percebeu-se que aquelas que já haviam experimentado cigarro, bem como as que já haviam se embriagado, apresentaram maiores chances de sexarca. Tal fenômeno é também observado em outros estudos<sup>6,36</sup>, uma vez que a adolescência é uma fase de descobertas e de experimentação<sup>3</sup>, muitos passam a adotar comportamentos de risco.

Em estudo realizado com adolescentes (14,86±0,65 anos) dos Estados Unidos da América, foi observado que aqueles que consumiram álcool, cigarro ou substâncias psicoativas apresentaram maior chance de sexarca, bem como de adotar outros comportamentos de risco (não utilização de preservativo, múltiplos parceiros sexuais)<sup>37</sup>. Essa associação já é muito discutida, uma vez que o álcool pode servir como muleta, para auxiliar no processo de relações sociais, amenizando a timidez e o filtro moral das pessoas<sup>38</sup>.

Adentrando o bloco 3, percebe-se que à medida que a idade das adolescentes aumentava, aumentavam também as chances de sexarca. No Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA), observou-se o aumento de prevalências de sexarca de acordo com a idade, chegando a 56,4% em adolescentes de 17 anos<sup>8</sup>. Tem-se que apesar de haver certa pressão para que a virgindade das meninas seja mantida, há também uma pressão dos pares para que a virgindade seja perdida, e como o adolescente busca se encaixar em grupos, por vezes ele cede<sup>24,39</sup>. Para alguns jovens o fato de passar pela adolescência sem ter tido uma relação sexual pode significar um estigma<sup>41</sup>. Além disso, as experiências que os indivíduos estão sujeitos com o decorrer da idade favorecem o desenvolvimento da sexarca, visto que relações mais estáveis tendem a ocorrer com o passar do tempo<sup>22,25</sup>.

Tal como a educação sexual e reprodutiva, que em muitos estudos é vista como um fator de proteção no que se refere a sexarca<sup>28-29</sup>, percebe-se nesta pesquisa, que

as meninas que declararam conversar com os familiares sobre a sexualidade apresentaram menores chances de sexarca. Aliás, como mencionado anteriormente, os pais foram citados como uma das principais fontes de informação acerca das práticas sexuais. Sabe-se que a esfera familiar atua como fator de proteção no que se refere a sexarca precoce e ao consumo de álcool e/ou cigarro<sup>41</sup>. Crê-se ainda, que o fato de não poder conversar com os familiares sobre a sexualidade, em decorrência do não entendimento dos mesmos sobre as dinâmicas estabelecidas nos relacionamentos dos jovens, possa limitar o diálogo entre as partes. Esta limitação pode fazer com que as adolescentes busquem por informações em locais de pouca credibilidade, favorecendo assim um comportamento sexual de risco<sup>25,42-43</sup>.

Nota-se também que meninas insatisfeitas com seu próprio peso corporal apresentaram maiores chances de sexarca, tal fato talvez seja explicado pela necessidade de se sentir desejada, na qual a obtenção de um parceiro sexual que deseje aquele corpo em questão, favoreça o processo de aceitação do mesmo<sup>40,44</sup>. A afirmação faz sentido, principalmente se considerarmos o modelo de beleza vigente na sociedade, que prega um ideal de magreza por vezes inatingível<sup>46</sup>. Modelo este, que entra em conflito com as mudanças presentes nessa fase da vida, uma vez que em decorrência da puberdade, as características secundárias de maturação sexual tornam-se presentes, fazendo com que os corpos das adolescentes sigam na contramão dos corpos idealizados<sup>46</sup>. O resultado em questão difere-se do estudo realizado com adolescentes (11-17 anos) de Goiânia, no qual considerar-se acima do peso foi fator protetor no que se refere a sexarca<sup>6</sup>. Possivelmente, a explicação para tal diferenciação seja pautada também no modelo de beleza<sup>45</sup>, visto que algumas adolescentes seriam mais afetadas pelo mesmo, e conseqüentemente se sentiriam mais desconfortáveis em mostrar seus corpos.

É relevante salientar que as meninas que apresentaram maior autoestima, demonstraram maiores chances de sexarca, pois de acordo com a literatura, adolescentes com autoestima alta tendem a protelar a sexarca<sup>47-49</sup>. Todavia, há também a vertente que julga que a autoestima muito alta pode levar à despercepção dos riscos envolvidos, originando um senso de onipotência e falsa segurança em alguns adolescentes, que inclusive pode influenciar na adoção de comportamentos sexuais de risco<sup>43,50</sup>. É importante mencionar que o resultado da satisfação com o peso corporal e da autoestima são conflitantes, visto que a percepção da imagem

corporal, e conseqüentemente a percepção do peso corporal, são fatores constituintes da autoestima<sup>51-52</sup>. Logo, esperava-se que os dois apontassem no mesmo sentido. Entretanto, parece que a autoestima alta apresenta tanto potencial protetor quanto de risco<sup>48,50</sup>.

Em relação ao modelo final da idade de sexarca, tem-se que quanto maior fosse a idade de experimentação de cigarro, maior seria a idade de sexarca. O dado em questão vai de encontro a tantos outros, uma vez que a utilização de cigarro é vista como um fator de risco para a sexarca e normalmente está atrelada ao consumo de álcool, que como já mencionado, é uma substância que nubla o julgamento das pessoas<sup>19,37</sup>.

Já em relação a idade de menarca, observa-se que quanto maior ela for, maior será a idade de sexarca. Tal associação foi também observada na literatura<sup>22</sup>. Como dito anteriormente, o fato da sexarca ocorrer mais tardiamente, favorece com que a adolescente não esteja só pronta fisicamente, como também social e psicologicamente<sup>30-31</sup>.

Dentre as potencialidades do presente estudo, destaca-se a relação com os aspectos de imagem corporal (satisfação com o peso corporal e autoestima); e a abordagem hierárquica das análises. Quanto as limitações, salienta-se a possibilidade de sub e/ou superestimação dos dados referentes à saúde sexual e reprodutiva e ao consumo de álcool e cigarro, visto que por se tratarem de aspectos delicados de suas vivências, as adolescentes podem não ter fornecido respostas inteiramente fidedignas.

Dito isso, Observou-se que os aspectos associados à sexarca e à idade de sexarca das participantes englobam fatores atrelados ao consumo de substâncias (experimentação de cigarro, idade de experimentação de cigarro e histórico anterior de embriaguez), aos aspectos corporais (satisfação com o peso corporal e autoestima), à saúde sexual e reprodutiva (conversa com familiares sobre o sexo) e aos aspectos individuais como a idade. Nota-se diante dessa gama de fatores, que estudos que englobem essas temáticas são de suma importância, principalmente se considerarmos os resultados controversos.

Ademais, o fato de um terço da amostra ter iniciado a vida sexual com menos de 15 anos é preocupante, visto que iniciar a atividade sexual precocemente potencializa a exposição aos comportamentos sexuais de risco. Percebe-se então,

que são necessários não só um melhor entendimento dos fatores que influenciam a sexarca e a idade de sexarca, como também políticas e programas de educação sexual e reprodutiva mais condizentes com a realidade do público adolescente, uma vez que na população estudada o serviço de saúde se fez pouco presente.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Características da População e dos Domicílios: Resultados do universo. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd\\_2010\\_caracteristicas\\_populacao\\_d\\_omicilios.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_d_omicilios.pdf)
2. World Health Organization. Young people's health a challenge for society. Geneva: World Health Organization; 1986. (WHO Technical Report Series, 731).
3. Saito MI. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. *Pediatria* 2000; 22:217-9.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília: MS; 2010.
5. Borges ALV. Relações de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(4):597-604.
6. Sasaki RSA, Leles CR, Malta DC, Sardinha LMV, Freire MCM. Prevalência de relação sexual e fatores associados em adolescentes escolares de Goiânia, Goiás, Brasil. *Cien Saúde Colet* 2015; 20(1):95-104.
7. Silva GS, Lourdes LA, Barroso KA, Guedes HM. Comportamento sexual de adolescentes escolares. *Rev Min Enferm* 2015; 19(1):154-160.
8. Borges ALV, Fujimori E, Kuschnir MCC, Chofakian CBN, Moraes AJP, Azevedo GD, Santos KF, Vasconcellos MTL. ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros. *Rev Saúde Pública* 2016; 50(supl 1):1-11.
9. Borges ALV, Nakamura E. Normas sociais de iniciação sexual entre adolescentes e relações de gênero. *Rev Latino-Am Enferm* 2009; 17:94-100.
10. Pessalacia JDR, Menezes ES, Massuia D. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. *Rev Bioethikos* 2010; 4(4):423-30.
11. Ribeiro JSB. Brincadeiras de meninas e de meninos: socialização, sexualidade e gênero entre crianças e a construção social das diferenças. *Cad Pagu* 2006; (26):145-168.
12. Kofes S. Categorias analíticas e empíricas: gênero e mulher; disjunções, conjunções e mediações. *Cad Pagu* 1993; (1):19-30.
13. Felisbino-Mendes MS, Paula TF, Machado ÍE, Oliveira-Campos M, Malta DC. Análise dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes brasileiros, 2009, 2012 e 2015. *Rev bras epidemiol [Internet]*. 2018 [citado 2019 dez 08]; 21(Suppl 1): e180013.
14. Carvalho NS, Winkler AM, Formighieri L, Vianna OS, Varaschin PV, Carvalho BF, Gabardo J. A survey on adolescent sexual behavior in a public brazilian high school: some data to HPV vaccination introduction. *J Bras Doenças Sex Transm* 2013; 25(2):103-108.
15. Vonk ACRP, Bonan C, Silva KS. Sexualidade, reprodução e saúde: experiências de adolescentes que vivem em município do interior de pequeno porte. *Cien Saúde Colet* 2013; 18(6):1795-1807.
16. Neves FS, Fontes VS, Pereira PML, Lombelo-Campos AA, Batista AP, Machado-Coelho GLL, Faria ER, Netto MP, Oliveira RMS, Cândido APC. Estudo EVA-JF: aspectos metodológicos, características gerais da amostra e potencialidades de uma pesquisa sobre o estilo de vida de adolescentes brasileiros. *Adolesc Saude* 2019; 16(4):113-129
17. Brasil. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Sinopse Estatística da Educação Básica 2017. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/web/quest/sinopses-estatisticas-da-educacao-basica>
18. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997; 26(1):224-7.
19. Oliveira-Campos M, Nunes ML, Madeira FC, Santos MG, Bregmann SR, Malta DC, Giatti L, Barreto SM. Comportamento sexual em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol*. 2014; (Suppl. Pense):116-130.

20. Oliveira NP, Béria JU, Schemann LB. Sexualidade na adolescência: um estudo com escolares da cidade de Manaus/AM. *Aletheia* 2014; 44:129-146.
21. Gonçalves H, Machado EC, Soares ALG, Camargo-Figueira FA, Seering LM, Mesenburg MA, Guttier MC, Barcelos RS, Buffarini R, Assunção MCF, Hallal PC, Menezes AMB. Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18(1):25-41.
22. Maranhão TA, Gomes KRO, Oliveira DC, Moita Neto JM. Repercussão da iniciação sexual na vida sexual e reprodutiva de jovens de capital do Nordeste brasileiro. *Cien Saúde Colet* 2017; 22(12):4083-94.
23. Hugo TODO, Maier VT, Jansen K, Rodrigues CEG, Cruzeiro ALS, Ores LC, Pinheiro RT, Silva R, Souza LDM. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(11):2207-14.
24. Borges AL, Schor N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(2):499-507.
25. Stengel M, Tozo SMPS. Projetos afetivo-sexuais por adolescentes e seus pais. *Pesquisas e Práticas Psicossociais* 2010; 5(1):72-82.
26. Brêtas JRS, Ohara CVS, Jardim DP, Aguiar JW, Oliveira JR. Aspectos da sexualidade na adolescência. *Cien Saúde Colet* 2011; 16(7):3221-28.
27. Borges ALV, Latorre MRDO, Schor N. Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(7):1583-94.
28. Borges ALV, Nichiata YI, Schor N. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescente. *Rev Latino-Am. Enfermagem* 2006; 14(3):422-7.
29. Chin HB, Sipe TA, Elder R, Mercer SL, Chattopadhyay SK, Jacob V, Wethington HR, Kirby D, Elliston DB, Griffith M, Chuke SO, Briss SC, Ericksen I, Galbraith JS, Herbst JH, Johnson RL, Kraft JM, Noar SM, Romero LM Santelli J. The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections. *Am J Prev Med* 2012; 42(3):272-294.
30. Pereira SM, Taquette SR, Pérez MA. Consulta ginecológica sob a ótica de estudantes do ensino médio do Rio de Janeiro, RJ. *Rev Saúde Pública* 2013; 47(1):2-10.
31. Spindola T, Silva LFF. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. *Esc Anna Nery Rev de Enferm* 2009, 13(1), 99-107.
32. Sousa BC, Santos RS, Santana KC, Souza R, Leite AJM, Medeiros DS. Comportamento sexual e fatores associados em adolescentes da zona rural. *Rev Saúde Pública* 2018; 52:39
33. Gonçalves HB, Gigante DP, Minten DP, Horta GC, Horta BL, Victora CG, Barros FC. Determinantes sociais da iniciação sexual precoce na coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública* 2008; 42:34-41.
34. Santelli JS, Lowry R, Brener ND, Robin L. The association of sexual behaviors with socio-economic status, family structure, and race/ ethnicity among US adolescents. *Am J Public Health* 2000; 90:1582-8.
35. Wooley NO, Macinko J. Association between sociodemographic characteristics and sexual behaviors among a nationally representative sample of adolescent students in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2019; 35(2):1-13.
36. Cardoso LRD, Malbergier A, Figueiredo TFB. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. *Rev Psiquiatr Clín* 2008; 35(supl 1):70-5
37. Elkington KS, Bauermeister JA, Zimmerman MA. Do parents and peers matter? A prospective socio-ecological examination of substance use and sexual risk among African American youth. *J Adolesc* 2011; 34(5):1035-47.

38. Wheeler SB. Effects of self-esteem and academic performance on adolescent decision making: an examination of early sexual intercourse and illegal substance use. *J Adolesc Health* 2010; 47(6):582-90.
39. Borges ALV. Pressão social do grupo de pares na iniciação sexual de adolescentes. *Rev Esc Enferm* 2007; 41(spe):782-6.
40. Wiederman MW, Hurst SR. Body size, physical attractiveness, and body image among young adult women: relationships to sexual experience and sexual esteem. *The Journal of Sex Research* 1998; 35:272–281.
41. Manlove, J, Wildsmith E, Ikramullah E, Terry-Humen E, Schelar E. Family environments and the relationship context of first adolescent sex: Correlates of first sex in a casual versus steady relationship. *Soc Sci Res* 2012; 41(4):861-875.
42. Malta DC, Porto DL, Melo FCM, Monteiro RA, Sardinha LMV, Lessa BH. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(Supl. 1):166-177.
43. Moura LNB, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Oliveira DC. Informação sobre contracepção e sexualidade entre adolescentes que vivenciaram uma gravidez. *Acta Paul Enferm* 2011; 24(3):320-326.
44. Vasilenko SA, Ram N, Lefkowitz ES. Body image and first sexual intercourse in late adolescence. *J of Adolescence* 2011 34:327–335.
45. Fortes LS, Amaral ACS, Almeida SS, Ferreira MEC. Efeitos de variáveis psicológicas, morfológicas e sociodemográficas sobre o comportamento alimentar de adolescentes. *Rev Paul Pediatr* 2013; 31(2):182-8.
46. McCabe MP, Ricciardelli LA, Banfield S. Body image strategies to change muscles and weight, and puberty: do they impact on positive and negative affect among adolescent boys and girls? *Eat Behav* 2001; 2(2):129-49.
47. Melo Neto OC, Cerqueira-Santos E. Comportamento sexual e autoestima em adolescentes. *Contextos Clínic* 2012; 5(2):100-111.
48. Farid NDN, Rus SC, Dahlui M, Al-Sadat N, Aziz NA. Predictors of sexual risk behaviour among adolescents from welfare institutions in Malaysia: a cross sectional study. *BMC Public Health* 2014; 14(Suppl. 3): 1-8.
49. Swenson RR, Houck CD, Barker D, Zeanah PD, Brown LK. Prospective analysis of the transition to sexual experience and changes in sexual self-esteem among adolescents attending therapeutic schools. *J of Adolescent* 2012; 35:77-85.
50. McNair LD, Carter JA, Williams MK. Selfesteem, gender, and alcohol use: relationships with HIV risk perception and behaviors in college students. *Journal Sex Marital Ther* 2008; 24(1):29-36.
51. Faria L. Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Aná. Psicológica* 2005; 23(4):361-71.
52. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1989.

## 5.2ARTIGO ORIGINAL 2

### **O DECLÍNIO DOS PRESERVATIVOS E A ASCENSÃO DE OUTROS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS: COMPORTAMENTO SEXUAL DE ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO**

#### **RESUMO**

O estudo objetivou investigar o uso de métodos contraceptivos nas relações sexuais (primeira e última) das adolescentes e seus respectivos fatores associados. Trata-se de um estudo de corte transversal com 480 adolescentes (14-19 anos) do sexo feminino matriculadas em escolas públicas de Juiz de Fora, MG. Realizou-se a coleta de dados por meio de aplicação de questionários autoaplicáveis e de entrevistas face a face. Para identificar os fatores associados ao uso de métodos contraceptivos nas relações sexuais, utilizou-se a regressão logística multivariada. Considerou-se como significativas as variáveis que apresentaram  $p < 0,05$  nos modelos finais. Observou-se que o uso de preservativo decresceu entre a primeira (67,3%) e a última relação (52,9%). Em contrapartida, o uso de outros métodos contraceptivos cresceu entre a primeira (26,1%) e a última relação (44,7%). Associaram-se ao uso de métodos contraceptivos na primeira relação as seguintes variáveis: número de idas ao serviço de saúde, experimentação de cigarro, maturação dos pelos pubianos e grau de escolaridade da mãe. Quanto a utilização de métodos contraceptivos na última relação, associaram-se: idade de sexarca, uso de preservativo na primeira e na última relação, uso de outros métodos contraceptivos na última relação, conversa com familiares sobre sexo, autoestima e idade. O baixo uso de métodos contraceptivos nos leva a concluir que por mais que existam políticas voltadas para a saúde sexual e reprodutiva, as mesmas falham em atingir os jovens com efetividade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Anticoncepção; Adolescente; Comportamento Sexual.

## **INTRODUÇÃO**

Os brasileiros tendem a ter seu debute sexual (sexarca) entre 14 e 19 anos de idade<sup>1-3</sup>. A atividade sexual carrega consigo alguns riscos intrínsecos, como o risco de exposição às infecções sexualmente transmissíveis (IST's), gestações não planejadas e abortos. Contudo, tais riscos são extremamente minimizados caso a utilização de métodos contraceptivos esteja presente no intercuro sexual<sup>4</sup>.

Diante do impacto que as relações sexuais desprotegidas podem causar no âmbito da saúde pública, o Ministério da Saúde por meio da nota técnica 13/2009 do Programa Nacional – DST/AIDS, consolidou a disponibilidade gratuita de tal método contraceptivo<sup>5</sup>. Tem-se ainda, que o preservativo masculino é o método de contracepção mais utilizado pelos adolescentes<sup>3,6</sup>. Apesar disso, os dados da última Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2015), demonstram que o uso de preservativos pelos adolescentes (13-17 anos) foi inferior à 70%, tanto na primeira quanto na última relação sexual<sup>7</sup>.

É notório que o sexo feminino apresenta um percentual superior de utilização de métodos contraceptivos que a sua contraparte<sup>3</sup>. Entretanto, observa-se uma diminuição na utilização de preservativo entre a primeira e a última relação<sup>8</sup>. Nota-se ainda, que as mulheres tendem a não utilizar preservativo, optando somente pelo anticoncepcional oral (ACO) à medida que a relação torna-se mais estável, fato preocupante, visto que a utilização de preservativo é de suma importância para a prevenção de IST's<sup>9</sup>.

O consumo de drogas (lícitas e/ou ilícitas) é associado à adoção de comportamentos sexuais de risco<sup>10-12</sup>, e considerando que o adolescente tende a experimentar tais substâncias<sup>13-14</sup>, estima-se que o mesmo esteja ainda mais exposto aos riscos de relações sexuais desprotegidas.

Posto isso, este artigo busca investigar o uso de métodos contraceptivos nas relações sexuais (primeira e última) das adolescentes matriculadas em escolas públicas do município de Juiz de Fora e seus respectivos fatores associados.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

O presente trabalho faz parte de um estudo de maior abrangência, denominado Estudo do Estilo de Vida na Adolescência (Estudo EVA), que teve como foco principal avaliar o estilo de vida dos adolescentes matriculados em escolas públicas localizadas no município de Juiz de Fora (MG), Brasil<sup>15</sup>. O recorte aqui apresentado consiste em

um estudo epidemiológico observacional de corte transversal de caráter descritivo e analítico com adolescentes (14-19 anos) do sexo feminino, matriculadas nas escolas públicas do município.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF (CAAE 68601617.1.0000.5147). Além disso, no ato da coleta, requisitou-se os termos de assentimento e consentimento, ambos assinados pelos participantes e seus responsáveis legais.

Obteve-se o cálculo da amostra por meio do *software* Epi Info™ (versão 7.2.2.6; *Centers for Disease Control and Prevention*, EUA), o mesmo pautou-se nos seguintes critérios: o total de matrículas na Educação Básica em 2017, referentes à faixa etária entre 14 e 19 anos<sup>16</sup>; 50% do sexo feminino; estimativa de proporção de 50% (utilizada quando a frequência de fator é desconhecida); intervalo de confiança de 95%; 1% de efeito de desenho e 25% em decorrência de possíveis perdas e recusas, resultando no tamanho amostral mínimo de 475 indivíduos.

Após a determinação amostral, as escolas elegíveis foram classificadas em “unidades de amostragem”, a amostra foi estratificada de maneira proporcional em relação às escolas, séries/idades. Já na etapa de seleção dos participantes, reordenaram-se os diários de classe das turmas elegíveis com o auxílio do gerador de números aleatórios do *software* Stats™ (versão 2.0, *Decision Analyst*, EUA). As adolescentes foram escolhidas de acordo com os critérios previamente citados, e em decorrência de recusas e/ou transferências de matrículas, foram convidados os próximos nomes contidos nas listagens para complementação da amostra.

Foram excluídas da amostra gestantes e/ou lactantes, adolescentes em uso de marca-passo e/ou próteses ortopédicas, portadoras de necessidades especiais e aquelas que relatassem uso crônico ou prolongado de medicamentos que promovessem alterações no metabolismo de carboidratos e/ou lipídeos.

A coleta de dados ocorreu de maio de 2018 até maio de 2019. A mesma ocorria no período matutino, em dias letivos, em espaço cedido pela própria escola. O processo foi realizado por pesquisadores da UFJF devidamente treinados. Excetuando-se os questionários autoaplicáveis, os demais dados foram coletados por meio de entrevista face a face, com preenchimento eletrônico no aplicativo *KoboToolbox* (versão 1.14.0a, *Harvard Humanitarian Initiative*, EUA).

Foram adotadas como variáveis dependentes a utilização de preservativo e a utilização de outros métodos contraceptivos nas relações sexuais (primeira e última). Além disso, buscou-se associá-las com variáveis independentes, destaca-se primeiro as investigadas por meio de entrevista face a face:

- Variáveis socioeconômicas;
- Variáveis de saúde e de acessos à serviços de saúde.

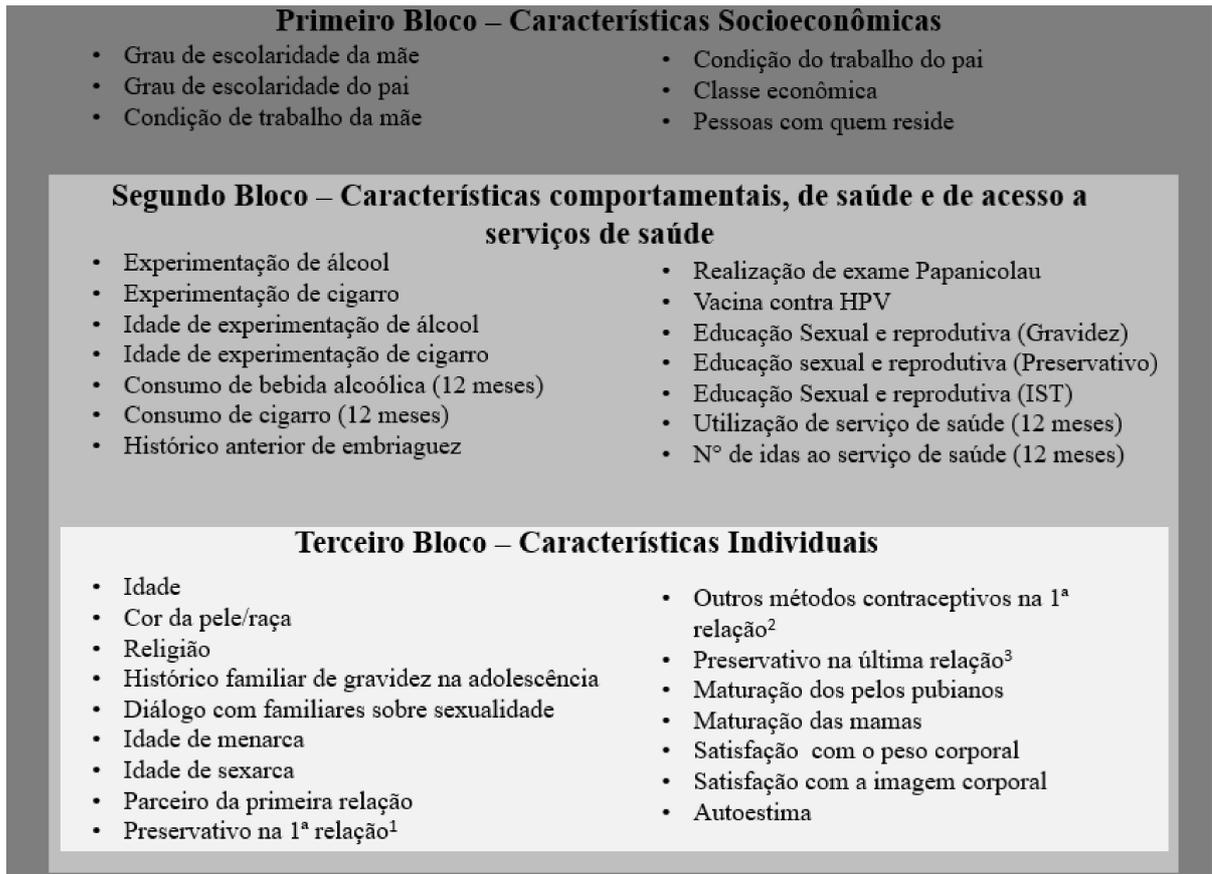
Dentre as coletadas por meio de questionário autoaplicável citam-se:

- Variáveis de maturação sexual;
- Variáveis de saúde sexual e reprodutiva (SSR);
- Variáveis de percepção da imagem corporal e do peso corporal;
- Variáveis de autoestima;
- Variáveis de consumo de bebida alcoólica e/ou cigarro.

Maiores informações acerca dos instrumentos e procedimentos empregados na coleta de dados, encontram-se disponíveis no artigo de referência do Estudo EVA<sup>15</sup>.

Quanto a análise dos dados, realizou-se verificações de consistência com intuito de assegurar a integridade do banco de dados. Em seguida, descreveu-se a amostra do estudo, com as variáveis categóricas descritas por frequências absolutas e/ou relativas, e as quantitativas por meio de medidas de tendência central e dispersão. Para verificar os fatores associados às respectivas variáveis dependentes foram realizadas análises de regressão logística univariada. Considerou-se significativas as variáveis que apresentaram  $p < 0,20$ . As variáveis submetidas aos processos de regressão estão presentes na figura 1 que contempla o modelo conceitual hierárquico de fatores associados à utilização de preservativos e de outros métodos contraceptivos na primeira e na última relação sexual. Os modelos propostos pautaram-se na literatura.

Adotou-se, para todos os desfechos, a entrada hierárquica das variáveis em blocos<sup>17</sup> na seguinte ordem: Bloco 1: variáveis socioeconômicas; Bloco 2: variáveis comportamentais, de saúde e de acesso a serviços de saúde; Bloco 3: variáveis individuais das adolescentes, segundo o modelo conceitual (figuras 1).



**Figura 1** – Modelo conceitual hierárquico do processo de determinação da utilização de preservativo e de outros métodos contraceptivos na primeira e na última relação sexual.

<sup>1</sup>Variável ausente no modelo de utilização de preservativos na primeira relação. <sup>2</sup>Variável ausente nos modelos de utilização de preservativos e de outros métodos contraceptivos na primeira relação. <sup>3</sup> Variável pertence somente ao modelo de utilização de outros métodos contraceptivos na última relação. HPV: Papiloma vírus humano/ IST's: Infecções sexualmente transmissíveis. Fonte: Autor, 2020.

Realizou-se a análise logística múltipla hierarquizada da seguinte maneira: foram inseridas as variáveis pertencentes ao bloco 1 que apresentaram  $p < 0,20$  (análise univariada); em seguida as variáveis remanescentes foram incorporadas com as variáveis do bloco 2; novamente as variáveis que permaneceram foram adicionadas com as do bloco 3; por fim, as variáveis que se mantiveram, compuseram o modelo final. Utilizou-se, para a análise múltipla hierarquizada, o método *backward LR*.

Quanto a interpretação dos resultados, a mesma se deu por meio da identificação da associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ). Além disso, Foi empregado o teste *Hosmer-Lemeshow* para avaliar a consistência do ajuste do

modelo final (considerando-se adequado o ajuste quando o  $p > 0,05$ ), e o poder explicativo foi analisado por *Nagelkerke R Square*.

## RESULTADOS

Foram avaliadas 480 adolescentes com idade mediana de 16 (14-19) anos, destas 63,2% declaravam-se não-brancas (preta ou parda) e 39,5% evangélica. Notou-se que 49,2% das mães (responsáveis do sexo feminino) e 50,6% dos pais (responsáveis do sexo masculino) possuíam o ensino médio completo ou mais. Percebe-se ainda, que 70,1% das mães trabalhavam (formal ou informal), contrastando com 83,0% do sexo oposto. Além disso, observou-se que 60,9% das adolescentes residia com ambos os pais (responsáveis dos dois sexos). Em relação a classe econômica, 24,4% eram de classe baixa (C2, D-E).

Quanto as características de SSR, a prevalência de sexarca foi de 44,1%, e dentre estas, 34,8% iniciaram-se sexualmente com idade inferior à 15 anos. Notou-se um decréscimo na utilização de preservativo entre a primeira (67,3%) e a última relação sexual (52,9%). Em contrapartida, percebeu-se um aumento na utilização de outros métodos contraceptivos entre a primeira (26,1%) e a última relação sexual (44,7%). Observou-se que as adolescentes apresentaram uma mediana de idade de menarca de 12 (9-16) anos. Percebeu-se ainda, que 75,8% iniciaram-se sexualmente com parceiro estável (namorado, noivo); 91,3% tomaram ao menos uma dose da vacina contra HPV (Papiloma vírus humano); 28,3% realizaram exame de Papanicolau; 70,1% encontravam-se em estágio pré-púbere ou púbere de maturação das mamas e 69,5% encontrava-se no mesmo estágio de maturação dos pelos pubianos; 57,6% apresentaram histórico familiar positivo de gravidez na adolescência.

Salienta-se que 55,2% das adolescentes não sentiam-se à vontade para conversar sobre sexo com os familiares, contudo as mesmas receberam orientações acerca da prevenção da gravidez (98,5%) e das IST's (96,5%), bem como a utilização de preservativo (85,4%), sendo a escola o principal canal de informação quanto às IST's (54,6%) e a utilização de preservativos (41,1%), seguida de perto pelos pais ou responsáveis, com as respectivas frequências (26,3%) e (30,3%). Os pais foram a principal fonte de informação acerca da prevenção de gravidez (48,3%). Ressalta-se que o serviço de saúde apresentou pouca relevância, visto que foi referenciado como a terceira fonte de informação para a gravidez (8,5%), IST's (9,9%) e a utilização de preservativos (11,7%).

Destaca-se que 69,6% usou o serviço de saúde no último ano, com uma mediana de 3 (1-30) idas neste período. Percebe-se ainda, que 35,8% das adolescentes apresentavam autoestima baixa; 49,5% apresentavam insatisfação com o peso corporal e 67,8% insatisfação com a imagem corporal. Constatou-se também, que as adolescentes já experimentaram álcool (78,7%) e cigarro (30,1%), com uma mediana de idade de experimentação de 14 (7-18) anos para ambas as substâncias. Respectivamente, 77,7% e 61,1% das adolescentes consumiram álcool e cigarro no último ano. Além disso, 41,2% embriagaram-se ao menos uma vez na vida.

Na análise univariada da utilização de preservativo na primeira relação, nenhuma variável do bloco 1 apresentou  $p > 0,20$  (tabela 1). Quanto ao bloco 2, as seguintes variáveis foram significativas: nº de idas ao serviço de saúde, vacina contra HPV, educação sexual e reprodutiva - ESR (gravidez), experimentação de cigarro, idade de experimentação de álcool, histórico anterior de embriaguez. Já no bloco 3, as variáveis que apresentaram associação foram: maturação dos pelos pubianos, tipo de parceiro na primeira relação, histórico familiar de gravidez na adolescência e religião.

Para a análise de regressão logística multivariada hierárquica foram inseridas todas as variáveis que permaneceram com  $p < 0,20$  da análise univariada (tabela 1). Inseriu-se as variáveis pertencentes ao bloco 2 no modelo, permanecendo o nº de idas ao serviço de saúde, vacina contra HPV, ESR (gravidez) e experimentação de cigarro. Em seguida, foram inseridas as variáveis remanescentes junto às do bloco 3. Permaneceram no modelo o nº de idas ao serviço de saúde, ESR (gravidez), experimentação de cigarro e maturação dos pelos pubianos. Tais variáveis compuseram o modelo final explicativo para a utilização de preservativos na primeira relação sexual (tabela 2).

**Tabela 1 – Modelo de regressão logística univariada explicativo da utilização de preservativo na primeira e na última relação sexual de adolescentes matriculadas em escolas públicas do município de Juiz de Fora – MG, Brasil, 2018-2019.**

Variável	$\beta$	P	OR	IC95%
<b>UTILIZAÇÃO DE PRESERVATIVO NA PRIMEIRA RELAÇÃO</b>				
<b>BLOCO 2</b>				
Número de idas ao serviço de saúde (12 meses)	-0,089	0,037*	0,915	0,84-0,99
<b>Vacina contra HPV</b>				
Sim			1	
Não	1,497	0,051	4,467	1,00-20,02
<b>Educação sexual e reprodutiva (gravidez)</b>				
Sim			1	
Não	-1,460	0,097	0,232	0,04-1,30
<b>Experimentação de cigarro</b>				
Não			1	
Sim	-1,071	0,001*	0,343	0,19-0,63
<b>Idade de experimentação de álcool</b>				
Histórico anterior de embriaguez	0,119	0,103	1,127	0,98-1,30
Não			1	
Sim	-1,108	0,004*	0,330	0,16-0,71
<b>BLOCO 3</b>				
<b>Maturação dos pelos pubianos</b>				
Pré-púbere ou púbere			1	
Pós púbere	-0,834	0,009*	0,434	0,23-0,81
<b>Tipo de parceiro na primeira relação</b>				
Estável			1	
Não Estável	-0,820	0,013*	0,440	0,23-0,84
<b>Histórico familiar de gravidez na adolescência</b>				
Não			1	
Sim	-0,438	0,167	0,646	0,35-1,20
<b>Religião</b>				
Nenhuma			1	
Católica	0,859	0,044*	2,360	1,02-5,45
Evangélica	0,715	0,101	2,043	0,87-4,80
<b>UTILIZAÇÃO DE PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO</b>				
<b>BLOCO 2</b>				
<b>Realização do exame de Papanicolau</b>				
Sim			1	
Não	0,537	0,082	1,710	0,94-3,12
<b>Experimentação de cigarro</b>				
Não			1	
Sim	-0,633	0,024*	0,531	0,31-0,92
<b>Consumo de cigarro (12 meses)</b>				
Não			1	
Sim	-0,656	0,114	0,519	0,23-1,17

(Continua)

Tabela 1 (Conclusão)

Variável	$\beta$	P	OR	IC95%
<b>BLOCO 3</b>				
<b>Idade de sexarca</b>				
Maior ou igual a 15 anos			1	
Menor que 15 anos	-0,834	0,009*	0,434	0,23-0,81
<b>Preservativo na primeira relação</b>				
Sim			1	
Não	-0,820	0,013*	0,440	0,23-0,84
<b>Cor da pele/raça</b>				
Branca			1	
Não branca	-0,438	0,167	0,646	0,35-1,20
<b>Satisfação com a imagem corporal</b>				
Satisfeita			1	
Insatisfeita	0,859	0,044*	2,360	1,02-5,45
<b>Idade (anos)</b>	0,715	0,101	2,043	0,87-4,80

Variáveis com  $p < 0,05$ .  $\beta$  = estimativa  $\beta$ /  $p$  = p-valor/ OR = Odds Ratio/ IC95% = Intervalo de confiança 95%. IMC: Índice de Massa Corporal. Fonte: Autor, 2020.

Por meio do modelo final (tabela 2), constatou-se que indivíduos que possuíam pelos pubianos em estágio pós-púbere ( $p = 0,014$ ; OR = 0,368; IC95% = 0,17-0,82), que já haviam experimentado cigarro ( $p < 0,001$ ; OR = 0,266; IC95% = 0,12-0,58) e que apresentavam um maior número de idas ao serviço de saúde ( $p = 0,046$ ; OR = 0,909; IC95% = 0,83-0,99), demonstraram menores chance de utilizar preservativo na primeira relação. Por fim, mediante o teste de *Hosmer and Lemeshow* percebeu-se um ajuste adequado do modelo final ( $p = 0,481$ ) enquanto o teste *Nagelkerke R Square* apresentou poder explicativo de aproximadamente 30%.

Quanto a análise univariada da utilização de preservativo na última relação, nenhuma variável do bloco 1 apresentou  $p > 0,20$  (tabela 1). No bloco 2, associaram-se ao desfecho as variáveis de realização de exame de Papanicolau, experimentação de cigarro e consumo de cigarro (12 meses). Já no bloco 3, as seguintes variáveis associaram-se: idade, idade de sexarca, preservativo na primeira relação, cor da pele/raça, satisfação com a imagem corporal.

Para a análise de regressão logística multivariada, foram inseridas as variáveis que permaneceram com  $p < 0,20$  na análise univariada (tabela 1). Nas duas primeira etapas, inseriu-se as variáveis pertencentes ao bloco 1 e ao bloco 2, respectivamente, nenhuma delas permaneceu no modelo. Em seguida, efetuou-se a inserção das variáveis do bloco 3, permaneceram no modelo: idade, idade de sexarca, preservativo na primeira relação e cor da pele/raça. Tais variáveis constituíram o modelo final explicativo para a utilização de preservativos na última relação sexual (tabela 2).

**Tabela 2 – Modelo final de regressão logística múltipla hierarquizada explicativo para a utilização de preservativos na primeira e na última relação sexual de adolescentes matriculadas em escolas públicas do município de Juiz de Fora – MG, Brasil, 2018-2019.**

Variável	$\beta$	p	OR	IC95%
<b>UTILIZAÇÃO DE PRESERVATIVO NA PRIMEIRA RELAÇÃO<sup>a</sup></b>				
<b>BLOCO 2</b>				
<b>Número de idas ao serviço de saúde (12 meses)</b>	-0,095	0,046	0,909	0,83-0,99
<b>Educação sexual e reprodutiva (gravidez)</b>			1	
Sim			1	
Não	-2,054	0,160	0,128	0,01-2,26
<b>Experimentação de cigarro</b>			1	
Não			1	
Sim	-1,322	0,001	0,266	0,12-0,58
<b>BLOCO 3</b>				
<b>Maturação dos pelos pubianos</b>			1	
Pré-púbere ou púbere			1	
Pós Púbere	-0,998	0,014	0,368	0,17-0,82
<b>UTILIZAÇÃO DE PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO<sup>b</sup></b>				
<b>BLOCO 3</b>				
<b>Idade de sexarca</b>			1	
Maior ou igual a 15 anos			1	
Menor que 15 anos	-1,183	0,001	0,306	0,15-0,63
<b>Preservativo na primeira relação</b>			1	
Sim			1	
Não	-1,572	0,000	0,208	0,11-0,41
<b>Idade (anos)</b>	-0,045	0,001	0,956	0,93-0,98
<b>Cor da pele/raça</b>			1	
Branca			1	
Não branca	0,613	0,068	1,847	0,96-3,57

$\beta$ = estimativa  $\beta$ / p= p-valor/ OR=OddsRatio/ IC95%= Intervalo de confiança 95%/ Hosmer and Lemeshow Test<sup>a</sup>=0,701/ Nagelkerke R Square<sup>a</sup>=0,20. Lemeshow Test<sup>b</sup>=0,248/ Nagelkerke R Square<sup>b</sup>=0,29.

Fonte: Autor, 2020.

Através do modelo final (tabela 2), observou-se que a cor da pele/raça permaneceu no modelo só para ajuste, visto que não apresentou significância estatística ( $p < 0,05$ ). Dentre as que apresentaram significância, notou-se que as adolescentes que iniciaram a vida de sexual com idade inferior à 15 anos ( $p = 0,001$ ; OR=0,306; IC95%=0,15-0,63) e que não utilizaram preservativo na primeira relação ( $p < 0,001$ ; OR=0,208; IC95%=0,11-0,41) apresentaram menores chances de usar preservativo na última relação. Constatou-se ainda, que quanto maior fosse a idade das adolescentes, menores foram as chances de utilizar preservativo na última relação ( $p = 0,001$ ; OR=0,956; IC=95%0,93-0,98). Ademais, o modelo demonstrou ajuste adequado ( $p = 0,248$ ) e um poder explicativo de aproximadamente 29%.

Em relação a análise univariada da utilização de outros métodos contraceptivos na primeira relação, as variáveis do bloco 1 que apresentaram  $p < 0,20$  foram: grau de

escolaridade da mãe e grau de escolaridade do pai (tabela 3). No bloco 2, as seguintes variáveis apresentaram associação: nº de idas ao serviço de saúde e idade de experimentação de cigarro. Já no bloco 3, permaneceram a idade, idade de sexarca, satisfação com o peso corporal, satisfação com a imagem corporal e cor da pele/raça.

**Tabela 3 – Modelo de regressão logística univariada explicativo da utilização de outros métodos contraceptivos na primeira e na última relação sexual de adolescentes matriculadas em escolas públicas do município de Juiz de Fora – MG, Brasil, 2018-2019**

Variável	$\beta$	p	OR	IC95%
<b>OUTROS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NA PRIMEIRA RELAÇÃO</b>				
<b>BLOCO 1</b>				
<b>Grau de escolaridade da mãe</b>				
Ensino médio completo			1	
Ensino fundamental ou médio incompleto	-1,079	0,032*	0,340	0,13-091
Analfabeto ou ensino fundamental incompleto	-0,261	0,476	0,770	0,38-1,58
<b>Grau de escolaridade do pai</b>				
Ensino médio completo			1	
Ensino fundamental ou médio incompleto	0,864	0,074	2,373	0,92-6,13
Analfabeto ou ensino fundamental incompleto	-0,079	0,855	0,924	0,40-2,14
<b>BLOCO 2</b>				
<b>Número de idas ao serviço de saúde (12 meses)</b>	0,096	0,025*	1,101	1,01-1,20
<b>Idade de experimentação de cigarro</b>	0,278	0,047*	1,320	1,00-1,74
<b>BLOCO 3</b>				
<b>Idade de sexarca</b>				
Maior ou igual a 15 anos			1	
Menor que 15 anos	-0,467	0,177	0,627	0,32-1,23
<b>Satisfação com o peso corporal</b>				
Satisfeita			1	
Insatisfeita	0,457	0,157	1,579	0,84-2,97
<b>Satisfação com a imagem corporal</b>				
Satisfeita			1	
Insatisfeita	0,723	0,064	2,061	0,96-4,42
<b>Cor da pele/raça</b>				
Branca			1	
Não branca	0,623	0,092	1,864	0,90-3,84
<b>Idade (anos)</b>	0,196	0,168	1,217	0,92-1,61

(Continua)

Tabela 3 (Conclusão)

Variável	$\beta$	p	OR	IC95%
<b>OUTROS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NA ÚLTIMA RELAÇÃO</b>				
<b>BLOCO 2</b>				
<b>Utilização de serviços de saúde (12 meses)</b>				
Sim			1	
Não	-0,573	0,080	0,564	0,30-1,07
<b>Realização do exame de Papanicolau</b>				
Sim			1	
Não	-0,736	0,019*	0,479	0,26-0,86
<b>Educação sexual e reprodutiva (gravidez)</b>				
Sim			1	
Não	-1,429	0,196	0,240	0,03-2,09
<b>Consumo de cigarro (12 meses)</b>				
Não			1	
Sim	0,577	0,173	1,781	0,78-4,09
<b>BLOCO 3</b>				
<b>Outros métodos contraceptivos na primeira relação</b>				
Sim			1	
Não	-1,506	0,000*	0,222	0,11-0,43
<b>Preservativo na última relação</b>				
Sim			1	
Não	0,617	0,030*	1,853	1,06-3,23
<b>Conversa com familiares sobre sexo</b>				
Sim			1	
Não	-0,776	0,007*	0,460	0,26-0,81
<b>Satisfação com o peso corporal</b>				
Satisfeita			1	
Insatisfeita	0,396	0,162	1,486	0,85-2,60
<b>Autoestima</b>				
Alta (>16)			1	
Baixa ( $\leq 16$ )	-0,716	0,022*	0,489	0,27-0,90

Variáveis com  $p < 0,05$ .  $\beta$  = estimativa  $\beta$ /  $p$  = p-valor/ OR = Odds Ratio/ IC95% = Intervalo de confiança 95%. IMC: Índice de Massa Corporal. Fonte: Autor, 2020.

Quanto a análise de regressão logística multivariada, na primeira etapa foram inseridas as variáveis do bloco 1 (tabela 3). Permanecendo no modelo o grau de escolaridade da mãe e o grau de escolaridade do pai. Logo após, acrescentou-se as variáveis remanescentes junto às variáveis do bloco 2. Destas, somente permaneceu o grau de escolaridade da mãe. Na última fase, inseriu-se o grau de escolaridade da mãe e as variáveis do bloco 3. Permanecendo no modelo o grau de escolaridade da mãe, sendo esta, a única variável presente no modelo final explicativo para a utilização de outros métodos na primeira relação sexual (tabela 4).

Mediante o modelo final (tabela 4), percebe-se que as filhas de mães que não haviam concluído o ensino médio apresentaram menores chances de utilizar outros métodos contraceptivos na primeira relação que as filhas de mães que haviam

concluído o ensino médio ( $p=0,032$ ;  $OR=0,340$ ;  $IC95\%=0,13-0,91$ ). Por fim, observou-se ajuste adequado do modelo ( $p=1,000$ ) e um poder explicativo de 4%.

**Tabela 4 – Modelo final de regressão logística múltipla hierarquizada explicativo para a utilização de preservativos na primeira e na última relação sexual de adolescentes matriculadas em escolas públicas do município de Juiz de Fora – MG, Brasil, 2018-2019.**

Variável	$\beta$	p	OR	IC95%
<b>OUTROS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NA PRIMEIRA RELAÇÃO<sup>a</sup></b>				
<b>BLOCO 1</b>				
<b>Grau de escolaridade da mãe</b>				
Ensino médio completo			1	
Ensino fundamental completo ou médio incompleto	-1,079	0,032	0,340	0,13-91
Analfabeto ou ensino fundamental incompleto	-0,261	0,476	0,770	0,37-1,58
<b>OUTROS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NA ÚLTIMA RELAÇÃO<sup>b</sup></b>				
<b>BLOCO 3</b>				
<b>Outros métodos contraceptivos na primeira relação</b>				
Sim			1	
Não	-1,796	0,000	0,166	0,08-0,35
<b>Preservativo na última relação</b>				
Sim			1	
Não	0,899	0,006	2,457	1,30-4,65
<b>Conversa com familiares sobre sexo</b>				
Sim			1	
Não	-0,857	0,009	0,424	0,23-0,81
<b>Autoestima</b>				
Alta (>16)			1	
Baixa ( $\leq 16$ )	-0,905	0,011	0,405	0,20-0,81

$\beta$ = estimativa  $\beta$ /  $p$ = p-valor/  $OR$ =OddsRatio/  $IC95\%$ = Intervalo de confiança 95%/  $IMC$ = Índice de massa corporal/ Hosmer and Lemeshow Test<sup>a</sup>=1,000/ Nagelkerke R Square<sup>a</sup>=0,04. Lemeshow Test<sup>b</sup>=0,332/ Nagelkerke R Square<sup>b</sup>=0,26. Fonte: Autor, 2020

No que concerne a análise univariada da utilização de outros métodos contraceptivos na última relação sexual, nenhuma variável do bloco 1 apresentou  $p>0,20$  (tabela 3). Por sua vez, as variáveis do bloco 2 que mostraram-se associadas ao desfecho foram: utilização de serviço de saúde, realização de exame de Papanicolau, ESR (gravidez) e consumo de cigarro (12 meses). Quanto ao bloco 3, associaram-se ao desfecho as seguintes variáveis: outros métodos contraceptivos na primeira relação, preservativo na última relação, conversa com familiares sobre a sexualidade, satisfação com o peso corporal e autoestima.

Para a análise de regressão logística multivariada hierárquica, inseriu-se as variáveis do bloco 2 (tabela 3), e nenhuma delas permaneceu no modelo. Em seguida, acrescentou-se ao modelo as variáveis do bloco 3. Permaneceram as seguintes variáveis: outros métodos na primeira relação, preservativo na última relação, conversa com familiares sobre sexo, autoestima. Tais variáveis, compuseram o

modelo final explicativo para a utilização de outros métodos na última relação sexual (tabela 4).

Por meio do modelo final de regressão logística múltipla hierarquizada (tabela 4), notou-se que as adolescentes que não utilizaram outros métodos na primeira relação ( $p < 0,001$ ;  $OR = 0,166$ ;  $IC95\% = 0,08-0,35$ ), que não conversavam sobre sexo com seus familiares ( $p = 0,009$ ;  $OR = 0,424$ ;  $IC95\% = 0,22-0,81$ ) e as que possuíam autoestima baixa ( $p = 0,011$ ;  $OR = 0,405$ ;  $IC95\% = 0,20-0,81$ ), apresentaram menores chances de utilizar outros métodos contraceptivos na última relação. Observa-se ainda, que as adolescentes que não utilizaram preservativo na última relação apresentaram maiores chances de utilizar outros métodos contraceptivos nesta mesma ocasião ( $p = 0,006$ ;  $OR = 2,457$ ;  $IC95\% = 1,30-4,65$ ). Ademais, constatou-se um ajuste adequado do modelo final ( $p = 0,332$ ) e um poder explicativo de aproximadamente 26%.

## **DISCUSSÃO**

Ao analisar os resultados, percebe-se que a frequência de sexarca em indivíduos do sexo feminino foi superior a encontrada em outros estudos realizados em território nacional<sup>8,18</sup>. Tal percentual de sexarca é preocupante, principalmente se considerarmos que cerca de um terço das adolescentes tiveram debute sexual com menos de 15 anos. Tal dado é relevante, uma vez que indivíduos que iniciam a vida sexual mais cedo, apresentam maiores chances de adotar comportamentos sexuais de risco<sup>3,19</sup>.

No presente estudo, nota-se um decréscimo na utilização de preservativos entre a primeira (67,3%) e a última relação (52,9%). Tal fenômeno é observado em outros trabalhos<sup>20-22</sup>, e ao que tudo indica, o mesmo cenário pode ser visto na amostra deste estudo, pois um dos motivos associados ao decréscimo do uso de métodos de barreira é o aumento do uso de outros métodos contraceptivos<sup>23</sup>, quadro também verificado na população avaliada.

Acredita-se que o referido fenômeno, perpassa as questões de gênero vigentes na sociedade, visto que diferente dos indivíduos do sexo masculino, a esfera feminina é propensa a ter sua primeira relação sexual atrelada à situações envoltas por amor, entrega e romance<sup>24-25</sup>. Dito isso, é importante ressaltar que a maioria das adolescentes avaliadas (75,8%) iniciou-se sexualmente com parceiro estável. Este fato é importante, pois sabe-se que à medida que os relacionamentos tornam-se mais

estáveis, os indivíduos tendem a abandonar o uso do preservativo em detrimento de outros métodos contraceptivos<sup>23</sup>.

Cabe destacar que as adolescentes tendem a debutar sexualmente com indivíduos mais velhos<sup>26-27</sup>, fato que pode afetar a autonomia de escolha de métodos a serem utilizados nas relações sexuais, uma vez que a diferença de gênero presente na nossa sociedade, poderia ser agravada em decorrência das disparidades de idade e experiência, debilitando assim o poder de negociação da mulher no relacionamento<sup>25,27</sup>.

Embora a população tenha apresentado elevados percentuais de ESR, observa-se uma adesão de métodos contraceptivos aquém das expectativas. Situação que faz questionar a qualidade e a frequência em que os tópicos pertinentes à ESR são abordados. É interessante levantar tal questionamento, pois apesar dos estudos demonstrarem que a ESR pode prevenir e/ou reduzir os riscos de IST's e de gravidez na adolescência<sup>18,28</sup>, alguns pais creem que a escola (apontada como uma das principais fontes de informação neste estudo) deva deixar assuntos referentes à sexualidade para serem discutidos apenas no âmbito familiar<sup>29-30</sup>.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) destacam que a sexualidade deve ser tratada como tema transversal no decorrer do percurso escolar da criança e do adolescente<sup>31</sup>. Contudo, se o desejo de certa parcela dos pais, que objetivam “monopolizar” a ESR se concretizasse, teríamos que somente 44,8% da amostra estudada estaria à vontade para discutir tais assuntos com os familiares. Cenário que poderia impulsionar ainda mais os comportamentos sexuais de risco, visto que em decorrência da incompreensão dos pais acerca das dinâmicas estabelecidas nos relacionamentos dos jovens, ocorreria a limitação do diálogo, fazendo com que as adolescentes buscassem por informações em locais de pouca credibilidade<sup>32-33</sup>.

Ressalta-se ainda, a baixa relevância atribuída aos serviços de saúde, que foram indicados por pouco mais de 10% da amostra nos assuntos referentes à SSR. Tal panorama não é inédito<sup>34</sup> e torna-se ainda mais alarmante a partir do momento que consideramos as diversas políticas que abrangem essa temática, bem como o tempo de vigência das mesmas<sup>13,35-37</sup>.

É fato que as políticas públicas propiciam disponibilidade de preservativo e de outros métodos contraceptivos. Contudo, a população adolescente parece não acessar tais recursos de maneira devida, visto que as adolescentes e as mulheres

jovens tendem a adquirir seus métodos contraceptivos majoritariamente na rede comercial de farmácias<sup>34,38</sup>. Além disso, há relatos de que o atendimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) falha em atender as demandas apresentadas por este público. Inclusive, estudos descreveram problemas quanto ao acolhimento e aos aspectos de confidencialidade que deveriam estar garantidos no momento da consulta<sup>39-40</sup>. Tal cenário de insegurança, pode dificultar o acesso e a adesão dos adolescentes aos serviços de saúde, principalmente das integrantes do sexo feminino, que em decorrência da pressão social de se manterem virgens, seriam ainda mais desencorajadas. Impossibilitando assim, que os direitos sexuais e reprodutivos dessa população fossem validados<sup>36,41</sup>.

Adentrando os resultados das regressões multivariadas, em relação ao modelo final de utilização de preservativo na primeira relação sexual, tem-se que acumular um maior número de visitas ao serviço de saúde no último ano, ter experimentado cigarro e encontrar-se em estágio pós-puberal (pelos pubianos) associaram-se de maneira negativa ao desfecho em questão.

Quanto ao número de visitas ao serviço de saúde foram levantadas duas hipóteses. A primeira atribui-se ao processo falho de comunicação previamente relatado, no qual as informações seriam passadas, porém não assimiladas pelos adolescentes<sup>39-40</sup>. Já a segunda, estaria vinculada a possibilidade destas visitas serem referentes a utilização de outros métodos contraceptivos<sup>42</sup>, contribuindo assim para uma menor adesão da camisinha.

Em relação ao consumo de cigarro, a literatura demonstra que indivíduos que já consumiram cigarro apresentaram menor frequência de uso de camisinha nas relações sexuais, quando comparados com aqueles que jamais haviam experimentado<sup>43-45</sup>. Tem-se ainda, que consumo de cigarro ocorre de maneira concomitante ao consumo de álcool<sup>46-47</sup>, que por sua vez é tido como uma substância que afeta negativamente o julgamento dos indivíduos e favorece a adoção de comportamentos sexuais de risco<sup>13-14</sup>.

Acerca do estágio puberal, o mesmo confunde-se com o espectro etário, visto que a maturação sexual avança de acordo com a idade dos adolescentes; e considerando que a utilização de preservativo tende a diminuir com o envelhecimento dos jovens<sup>12</sup>, estima-se que a baixa utilização esteja mais ligada ao campo etário que ao próprio estágio de maturação.

No tocante ao modelo final de utilização de preservativo na última relação sexual, observou-se que não utilizar preservativo na primeira relação, apresentar idade de sexarca inferior à 15 anos e apresentar idades mais elevadas associaram-se de maneira negativa a utilização de preservativo na última relação sexual.

Quanto a não utilização de preservativo na primeira relação, os resultados encontrados condizem com a literatura, uma vez que quando comparados aos adolescentes que não utilizaram proteção no primeiro intercurso sexual, aqueles adolescentes que fizeram uso de preservativo apresentaram maior propensão ao uso nas relações subsequentes<sup>38,48-49</sup>.

No que se refere à idade de sexarca, sabe-se que quanto mais novo o indivíduo é no momento da sexarca, maiores são as chances do mesmo se expor a comportamentos de risco<sup>26,50</sup>. Tal situação pode ser explicada pelos dados do presente estudo, visto que as adolescentes de 14 anos apresentaram o menor percentual de orientação quanto ao uso de preservativo (77,4%), contrapondo-se às adolescentes de 19 anos (100,0%). Tais dados encontram-se em confluência com a literatura, posto que os indivíduos que iniciam a vida sexual mais precocemente possuem menor acesso a informações referentes aos métodos contraceptivos<sup>51</sup>.

Acerca da idade das adolescentes, a mesma pode estar associada ao perfil das relações em que as adolescentes encontram-se, nas quais há o abandono do uso de preservativo ao passo que o relacionamento se estabiliza<sup>23,25</sup>. Há ainda a possibilidade das adolescentes não perceberem os riscos a que estão expostas, e pautarem suas ações em um falso senso de onipotência<sup>12,27</sup>. Em estudo realizado com adolescentes (13-19 anos) da cidade de Diamantina-MG, cerca de 10% da amostra declarou que seria impossível contrair alguma IST. Relato que coaduna com a hipótese previamente mencionada<sup>2</sup>.

Em relação ao modelo final de utilização de outros métodos contraceptivos na primeira relação sexual, notou-se que as filhas de mães com ensino médio incompleto apresentaram menores chances de utilizar outros métodos no primeiro intercurso sexual do que as filhas de mães que haviam concluído tal etapa. É importante salientar que um maior grau de escolaridade é constantemente descrito como um fator que favorece a utilização de métodos contraceptivos<sup>24,45</sup>, visto que uma maior escolaridade pode favorecer um maior esclarecimento.

No que concerne o modelo final de utilização de outros métodos contraceptivos na última relação, percebe-se que não utilizar outros métodos contraceptivos na primeira relação, não conversar com os familiares sobre sexo e apresentar autoestima baixa associaram-se negativamente com a utilização de outros métodos contraceptivos. Por outro lado, não utilizar preservativo na última relação associou-se positivamente com o desfecho.

No tocante à utilização de outros métodos contraceptivos na primeira relação, há semelhança com a situação referente à utilização de preservativos previamente relatada, uma vez que utilizar determinado método na primeira relação sexual, favorece o uso em situações posteriores<sup>38,48-49</sup>. No que diz respeito à utilização de preservativo na última relação, tal resultado ilustra o fenômeno já relatado, no qual as adolescentes tendem a abandonar o uso da camisinha em detrimento de outros métodos contraceptivos<sup>20-23</sup>.

Já em relação à autoestima, sabe-se que a mesma é apontada como dos fatores determinantes na adoção ou não-adoção de comportamentos de risco<sup>52-53</sup>. Em estudo realizado na Nigéria, investigou-se o comportamento sexual de risco dos adolescentes (15-18 anos), e foi observado que dentre os adolescentes que apresentavam autoestima alta ( $EAR \geq 19$ ), um menor escore de comportamento sexual de risco quando comparados aos que apresentavam baixa autoestima ( $EAR \leq 18$ )<sup>54</sup>.

Quanto à conversa com os familiares sobre sexo, observa-se que o diálogo estabelecido com os pais é tido como fator protetor para a relação sexual precoce e o uso de substâncias lícitas e/ou ilícitas<sup>34</sup>. Ademais, como relatado previamente, o consumo de álcool e de cigarro está atrelado às práticas sexuais de risco<sup>10-12</sup>, logo um cenário onde o diálogo entre os familiares é favorecido, pode breçar a exposição dos adolescentes a situações de risco<sup>33,55</sup>.

Dentre as fortalezas deste estudo, destacam-se a abordagem hierárquica das análises e a relação observada entre a utilização de outros métodos contraceptivos e a autoestima, uma vez que a mesma é pouco estudada na literatura. Quanto as limitações, salienta-se que a ausência da identificação dos outros métodos contraceptivos se fez presente. Ressalta-se ainda, que pode haver sub e/ou superestimação de alguns dados, visto que algumas variáveis abordavam componentes íntimos da vida das adolescentes.

Constatou-se que as variáveis nº de idas ao serviço de saúde, experimentação de cigarro, maturação dos pelos pubianos e grau de escolaridade da mãe estiveram associadas à utilização de métodos contraceptivos na primeira relação sexual. No que concerne a utilização de tais métodos na última relação sexual, observou-se que as variáveis preservativo na primeira e na última relação, outros métodos contraceptivos na primeira relação, idade de sexarca, conversa com familiares sobre sexo, autoestima e idade demonstraram-se associadas.

Diante do baixo percentual de utilização de métodos contraceptivos e do declínio no uso de preservativo entre as relações, percebe-se que há pouco cuidado empreendido na prevenção das IST's por parte da amostra estudada. Contudo, tal ausência de cuidado parece estar condicionada pela inabilidade dos serviços de saúde em alcançarem e conscientizarem o público adolescente de maneira mais efetiva. Logo, percebe-se que são necessárias mudanças nas políticas e programas que abordam a saúde sexual e reprodutiva da população adolescente, e conseqüentemente, mais estudos para desnudar onde reside a falha de comunicação com o público em questão.

## REFERÊNCIAS

1. Sasaki RSA, Leles CR, Malta DC, Sardinha LMV, Freire MCM. Prevalência de relação sexual e fatores associados em adolescentes escolares de Goiânia, Goiás, Brasil. *Ciê & Saúde Coletiva* 2015; 20(1):95-104.
2. Silva GS, Lourdes LA, Barroso KA, Guedes HM. Comportamento sexual de adolescentes escolares. *Rev Min Enferm.* 2015; 19(1):154-160.
3. Borges ALV, Fujimori E, Kuschnir MCC, Chofakian CBN, Moraes AJP, Azevedo GD, Santos KF, Vasconcellos MTL. ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros. *Rev Saúde Pública* 2016; 50(supl 1):1-11.
4. Borges ALV, Nakamura E. Normas sociais de iniciação sexual entre adolescentes e relações de gênero. *Rev Latino-Am Enferm* 2009; 17:94-100.
5. Nota técnica n°. 13/2009/GAB/PN-DST-AIDS/SVS/MS. Recomendação para a ampliação de acesso aos preservativos masculinos na rede de serviços do Sistema único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2009. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/nota\\_tecnica\\_13\\_2009.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/nota_tecnica_13_2009.pdf)
6. Duarte CD, Holanda LB, Medeiros ML. Avaliação de conhecimento contraceptivo entre adolescentes grávidas em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal. *J Heal Sci Inst.* 2012; 30:140-3.
7. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
8. Oliveira NP, Béria JU, Schemann LB. Sexualidade na adolescência: um estudo com escolares da cidade de Manaus/AM. *Aletheia* 2014; 44:129-146.
9. Cano MAT, Ferriani MGC (2000). Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. *Rev Latino-Am Enferm* 2000; 8(2):18-24.
10. Lomba L, Apóstolo J, Mendes F. Drugs and alcohol consumption and sexual behaviours in night recreational settings in Portugal. *Adicciones* 2009; 21(4):309-25.
11. Stoner SA, George WH, Peters LM, Norris J. Liquid courage: alcohol fosters risky sexual decision-making in individuals with sexual fears. *AIDS Behav* 2007; 11(2):227-37.
12. Santos CP, Barboza ECS, Freitas NO, Almeida JC, Dias AC, Araújo EC. Adesão ao uso do preservativo masculino por adolescentes escolares. *Rev Bras Pesq Saúde* 2016; 18: 60-70.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília: MS; 2010.
14. Saito MI. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. *Pediatria (São Paulo)* 2000; 22:217-9.
15. Neves SN, Fontes VS, Pereira PML, Lombelo-Campos AA, Batista AP, Machado-Coelho GLL, Faria ER, Netto MP, Oliveira RMS, Cândido APC. Estudo EVA-JF: aspectos metodológicos, características gerais da amostra e potencialidades de uma pesquisa sobre o estilo de vida de adolescentes brasileiros. *Adolesc Saude* 2019; 16(4):113-129.
16. Brasil. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Sinopse Estatística da Educação Básica 2017. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/web/quest/sinopses-estatisticas-da-educacao-basica>
17. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol.* 1997; 26(1):224-7.
18. Oliveira-Campos M, Nunes ML, Madeira FC, Santos MG, Bregmann SR, Malta DC, Giatti L, Barreto SM. Comportamento sexual em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol.* 2014; (Suppl. Pense):116-130.
19. Finer LB, Philbin JM. Sexual initiation, contraceptive use, and pregnancy among young adolescents. *Pediatrics* 2013; 131(5):1-6.
20. Felisbino-Mendes MS, Paula TF, Machado ÍE, Oliveira-Campos M, Malta DC. Análise dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes brasileiros, 2009, 2012 e 2015. *Rev bras epidemiol [Internet].* 2018 [citado 2019 dez 08]; 21(Suppl 1): e180013.

21. Castro JFL, Araujo RC, Pitangui ACR. Comportamento e práticas sexuais de adolescentes escolares da cidade do Recife, Brasil. *J Hum Growth Dev.* 2017; 27(2):219-227.
22. Teixeira AM, Knauth DR, Fachel JM, Leal AF. Teenagers and condom use: choices by young Brazilians from three Brazilian State capitals in their first and last sexual intercourse. *Cad Saude Publica* 2006; 22:1385-96.
23. Committee on Adolescence. Condom use by adolescents. *Pediatrics.* 2013; 132(5):973-81.
24. Marinho LFB, Aquino EML, Almeida MCC. de. Práticas contraceptivas e iniciação sexual entre jovens de três capitais brasileiras. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(supl. 2):227-239.
25. Brêtas JRS, Ohara CVS, Jardim DP, Aguiar JW, Oliveira JR. Aspectos da sexualidade na adolescência. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(7):3221-28.
26. Paiva V, Calazans G, Venturi G, Dias R. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(Suppl 1):45-53
27. Silva MRB, Silva LA, Maturana HCA, Silva RB, Santos ME, Figueiredo Filho V. Por que elas não usam?: um estudo sobre a não adesão das adolescentes aos métodos contraceptivos e suas repercussões. *Saúde Redes [Internet].* 2015 [citado 2019 dez. 08]; 1:75-83.
28. Li C, Cheng Z, Wu T, Liang X, Gaoshan J, Li L, et al. The relationships of school-based sexuality education, sexual knowledge and sexual behaviors—a study of 18,000 Chinese college students. *Reprod Health* 2017; 14:103.
29. Carvalho LM, Figueiredo CC. Configurações de conhecimento e política na regulação da educação sexual em meio escolar. *Educação, Sociedade & Culturas* 2011; (34):67-88.
30. Janeiro JM. Educar sexualmente os adolescentes: uma finalidade da família e da escola? *Rev Gaúcha Enferm* 2008; 29(3):382-90.
31. Brasil. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais. Brasília: MEC/SEF; 1997.
32. Malta DC, Porto DL, Melo FCM, Monteiro RA, Sardinha LMV, Lessa BH. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(Supl. 1):166-177.
33. Stengel M, Tozo SMPS. Projetos afetivo-sexuais por adolescentes e seus pais. *Pesquisas e Práticas Psicossociais.* 2010; 5(1):72-82.
34. Vonk ACRP, Bonan C, Silva KS. Sexualidade, reprodução e saúde: experiências de adolescentes que vivem em município do interior de pequeno porte. *Ciência & Saúde Coletiva,* 2013; 18(6):1795-1807.
35. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília(DF); 2005.
36. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 192, de 27 de maio de 2009. Dispõe sobre a cobertura aos atendimentos nos casos de planejamento familiar e dá outras providências.
37. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: MS; 2006.
38. Olsen JM, Lago TDG, Kalckmann S, Alves MCGP, Escuder MML. Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2018; 34(2):e00019617.
39. Taquette SR, Vilhena MM, Silvia MM, Vale MP . Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. *Cad Saude Publica* 2005; 21(pt. 6):1717-25
40. Taquette SR, Monteiro DLM, Rodrigues NCP, Rozenberg R, Menezes DCS, Rodrigues AO et al. Saúde sexual e reprodutiva para a população adolescente, Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2017; 22(6):1923-32.
41. Oliveira LDFR, Nascimento EGC, Pessoa Júnior JM, Cavalcanti MAF, Miranda FAN, Alchieri JC. Adesão de adolescentes à camisinha masculina. *Rev Pesq Cuidado Fundamental Online [Internet].* 2015 [citado 2020 ago. 01]

42. Rozenberg R, Silva KS, Bonan C, Ramos EG. Contraceptive practices of Brazilian adolescents: social vulnerability in question. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18:3645-52.
43. Bertoni N, Bastos FI, Mello MB, Makuch MY, Sousa MH, Osis MJ et al. Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(6):1350-1360.
44. Domingues S, Leite J, Martins I, Sampaio J, Fonseca G, Lira S. Comportamentos de risco dos adolescentes portugueses e influência do meio ambiente. *Nascer e Crescer*. 2014; 23(3):124-33.
45. Cruzeiro ALS, Mattos Souza LD, da Silva RA, Pinheiro RT, da Rocha CLA, Horta BL. Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. *Cienc Saude Coletiva* 2010; 15(supl 1):1149-58.
46. Jackson C, Sweeting H, Haw S. Clustering of substance use and sexual risk behaviour in adolescence: analysis of two cohort studies. *BMJ Open* 2012; 2:e000661.
47. Neves RG, Wendt A, Flores TR, Costa CS, Costa FS, Tovo-Rodrigues L et al. Simultaneidade de comportamentos de risco para infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes brasileiros, 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2017; 26(3):443-454.
48. Shafii T, Stovel K, Holmes K. Association between condom use at sexual debut and subsequent sexual trajectories: a longitudinal study using biomarkers. *Am J Public Health*. 2007; 97(6):1090-5.
49. Shafii T, Stovel K, Davis R, Holmes K. Is condom use habit-forming? Condom use at sexual debut and subsequent condom use. *Sex Transm Dis*. 2004; 31(6):366-72.
50. Kirby D, Lepore G. Sexual risk and protective factors. Factors affecting teen sexual behavior, pregnancy, childbearing and sexually transmitted disease: which are important? Which can you change? Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 2007.
51. Aerts DRGC, Ottoni GTCS, Alves GG, Palazzo LS, Santos AMPV. Fatores associados ao início da vida sexual ativa de escolares em uma cidade do sul do Brasil. *Aletheia* 2014; 45:87-100.
52. Melo Neto OC, Cerqueira-Santos E. Comportamento sexual e autoestima em adolescentes. *Contextos Clínic* 2012; 5(2):100-111.
53. Aguirre AA, Alonso-Castillo MM, Zanetti ACG. Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enferm*. 2010; 18(Spec):634-40.
54. Enejoh V, Pharr J, Magevam BO, Olutola A, Karick H, Ezenolue EE. Impact of self-esteem on risky sexual behaviors among Nigerian adolescents. *AIDS Care* 2016; 28(5):672-6.
55. Ohene SA, Ireland M, Blum RW. The Clustering of Risk Behaviors Among Caribbean Youth. *Maternal and Child Health J* 2005; 9(1):91-100.

### 5.3 ARTIGO ORIGINAL 3

#### **FATORES ASSOCIADOS À AUTOESTIMA EM ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA**

##### **RESUMO**

O estudo objetivou avaliar a autoestima das adolescentes e seus respectivos fatores associados. Trata-se de um estudo de corte transversal com 480 adolescentes (14-19 anos) do sexo feminino matriculadas em escolas públicas de Juiz de Fora, MG. Realizou-se a coleta de dados por meio de questionários autoaplicáveis, entrevistas face a face e aferições antropométricas. Os fatores associados à autoestima foram investigados por meio do Teste Qui-quadrado de Pearson e da regressão linear multivariada. Julgou-se como significativas as variáveis que apresentaram  $p < 0,05$ . Apresentaram autoestima baixa, 35,8% das adolescentes. O teste Qui-quadrado indicou que as variáveis grau de escolaridade da mãe, classe econômica, percepção de saúde dos adolescentes e dos pais, experimentação de álcool e de cigarro, triagem de bulimia nervosa, satisfação com o peso e a imagem corporal associaram-se à autoestima. Já o modelo final de regressão, demonstrou que as seguintes variáveis associaram-se ao desfecho: percepção da saúde dos adolescentes, idade, satisfação com a imagem corporal e triagem de bulimia nervosa. Diante de um cenário em que a autoestima pode ser impactada por fatores tão distintos, se faz necessário o desenvolvimento de estratégias multiprofissionais que abordem não só a referida temática, como também os aspectos que perpassam a mesma no público feminino, como a objetificação do corpo feminino e o “culto ao corpo”, pois apesar da autoestima não ser composta somente por características de ligadas ao corpo, é fato que para a população estudada, tais características têm papel extremamente relevante no constructo da autoestima.

**Palavras-chave:** Autoestima; Adolescente; Imagem corporal.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, 17,9% da população é composta por adolescentes<sup>1</sup>. A fase em questão é caracterizada como a passagem da infância para a vida adulta, e abrange o período entre 10 e 19 anos de idade<sup>2</sup>. Tem-se ainda, que a adolescência é marcada por uma série de transformações físicas, biológicas, emocionais e psicossociais<sup>3,4</sup>.

Diante dessas transformações corporais, alguns adolescentes tornam-se insatisfeitos com seu próprio corpo. Tal insatisfação deve-se em grande parte aos padrões de beleza impostos pela sociedade, que enaltecem modelos de corpos inatingíveis. Em decorrência da construção social, a esfera feminina encontra-se mais suscetível a essas pressões externas<sup>5-6</sup>.

Atrelada a imagem corporal encontra-se a autoestima, que consiste no entendimento que um indivíduo tem de si e de suas características frente à sociedade, ou seja, quão bom ou ruim, superior ou inferior, valioso ou inútil o mesmo se considera<sup>7-8</sup>.

A autoestima e a imagem corporal têm sido apontadas como fatores determinantes na adoção ou não-adoção de comportamentos de risco por parte dos adolescentes, seja em relação ao consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas, no desenvolvimento de comportamentos sexuais de risco ou no desenvolvimento de transtornos de imagem e alimentares<sup>9-12</sup>. Devido à construção social, os indivíduos do sexo feminino estão mais propensos a apresentar um menor nível de autoestima que a sua contraparte<sup>9,13-14</sup>.

Em estudo realizado com adolescentes (12-17 anos), da cidade de Juiz de Fora, 30,6% das adolescentes demonstraram insatisfação corporal. No que se refere à autoestima, os achados evidenciaram que 56% das adolescentes estavam com baixa autoestima ( $EAR < 26$ )<sup>11</sup>. De acordo com Flament et al. (2012), os jovens com maior autoestima são menos suscetíveis a internalizarem o ideal da magreza apresentado pela mídia<sup>7</sup>.

Diante disso, percebe-se que a autoestima, e conseqüentemente a imagem corporal, apresentam papel importante na saúde dos indivíduos, principalmente dos adolescentes, visto que os mesmos estão passando por um processo de diversas mudanças corporais e psicossociais, que os deixa ainda mais vulneráveis a certas situações de risco<sup>3-4</sup>.

Sendo assim, este trabalho busca avaliar a autoestima das adolescentes matriculadas nas escolas públicas do município de Juiz de Fora (MG) e seus respectivos fatores associados.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

O presente trabalho faz parte de um estudo de maior abrangência, denominado Estudo do Estilo de Vida na Adolescência (Estudo EVA), que teve como foco principal avaliar o estilo de vida dos adolescentes matriculadas em escolas públicas localizadas no município de Juiz de Fora (MG), Brasil<sup>15</sup>. O recorte aqui apresentado consiste em um estudo epidemiológico observacional de corte transversal de caráter descritivo e analítico com adolescentes (14-19 anos) do sexo feminino, matriculadas nas escolas públicas do município previamente mencionado.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF (CAAE 68601617.1.0000.5147). Além disso, no ato da coleta, requisitou-se os termos de assentimento e consentimento, ambos assinados pelos participantes e seus responsáveis legais.

Obteve-se o cálculo da amostra por meio do *software* Epi Info<sup>TM</sup> (versão 7.2.2.6; *Centers for Disease Control and Prevention*, EUA), o mesmo pautou-se nos seguintes critérios: o total de matrículas na Educação Básica em 2017, referentes à faixa etária entre 14 e 19 anos<sup>16</sup>; 50% do sexo feminino; estimativa de proporção de 50% (utilizada quando a frequência de fator é desconhecida); intervalo de confiança de 95%; 1% de efeito de desenho e 25% em decorrência de possíveis perdas e recusas, resultando no tamanho amostral mínimo de 475 indivíduos.

Após a determinação amostral, as escolas elegíveis foram classificadas em “unidades de amostragem”, a amostra foi estratificada de maneira proporcional em relação às escolas, séries/idades. Já na etapa de seleção dos participantes, reordenaram-se os diários de classe das turmas elegíveis com o auxílio de um gerador de números aleatórios do *software* Stats<sup>TM</sup> (versão 2.0, *Decision Analyst*, EUA). As adolescentes foram escolhidas de acordo com os critérios previamente citados, e em decorrência de recusas e/ou transferências de matrículas, foram convidados os próximos nomes contidos nas listagens para complementação da amostra.

Por meio dos critérios de exclusão foi vedada a participação de gestantes e/ou lactantes, adolescentes em uso de marca-passo e/ou próteses ortopédicas, portadoras de necessidades especiais e aquelas que relatassem uso crônico ou

prolongado de medicamento que promovesse alterações no metabolismo de carboidratos e/ou lipídeos.

A coleta de dados ocorreu de maio de 2018 até maio de 2019. A mesma ocorria no período matutino, em dias letivos, em espaço cedido pela própria escola. O processo foi realizado por pesquisadores da UFJF devidamente treinados. Excetuando-se os questionários autoaplicáveis, os demais dados foram coletados por meio de entrevista face a face, com preenchimento eletrônico no aplicativo *KoboToolbox* (versão 1.14.0a, *Harvard Humanitarian Initiative*, EUA) e por aferição antropométrica.

Foi adotada como variável dependente a autoestima das adolescentes estudadas. A mensuração da mesma se deu por meio da Escala de Autoestima de Rosenberg<sup>8</sup>. A escala é constituída por 10 questões fechadas, sendo cinco questões relacionadas à autoestima positiva (1, 2, 4, 6, 7) e cinco referidas à autoestima negativa (3, 5, 8, 9, 10). Estas, por sua vez, são do tipo *Likert*, e apresentam as seguintes alternativas de resposta: “concordo totalmente”, “concordo”, “discordo”, “discordo totalmente”; no qual cada item da resposta varia entre zero e três. A medida permite um resultado que varia entre 0 e 30 pontos, e quanto maior for o resultado da soma total, mais elevado será o nível de autoestima do indivíduo<sup>17</sup>. Como não há consenso na literatura acerca do ponto de corte para a autoestima, caracterizou-se a amostra da seguinte forma:  $\leq$  ao primeiro tercil ( $\leq 16$ ) como “autoestima baixa” e maior que o primeiro tercil ( $> 16$ ) como “autoestima alta”. No Brasil, a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) foi adaptada e validada por Hutz e Zanon<sup>8</sup>.

Buscou-se associar a autoestima com uma variáveis independentes, destaca-se primeiro as investigadas por meio de entrevista face a face e por aferição antropométrica:

- Variáveis socioeconômicas;
- Variáveis de percepção de saúde;
- Variáveis de composição corporal.

Dentre as coletadas por meio de questionário autoaplicável encontram-se:

- Variáveis de maturação sexual;
- Variáveis de saúde sexual e reprodutiva;
- Variáveis de percepção da imagem corporal e do peso corporal;
- Variáveis de triagem de transtorno alimentar;
- Variáveis de consumo de bebida alcoólica e/ou cigarro.

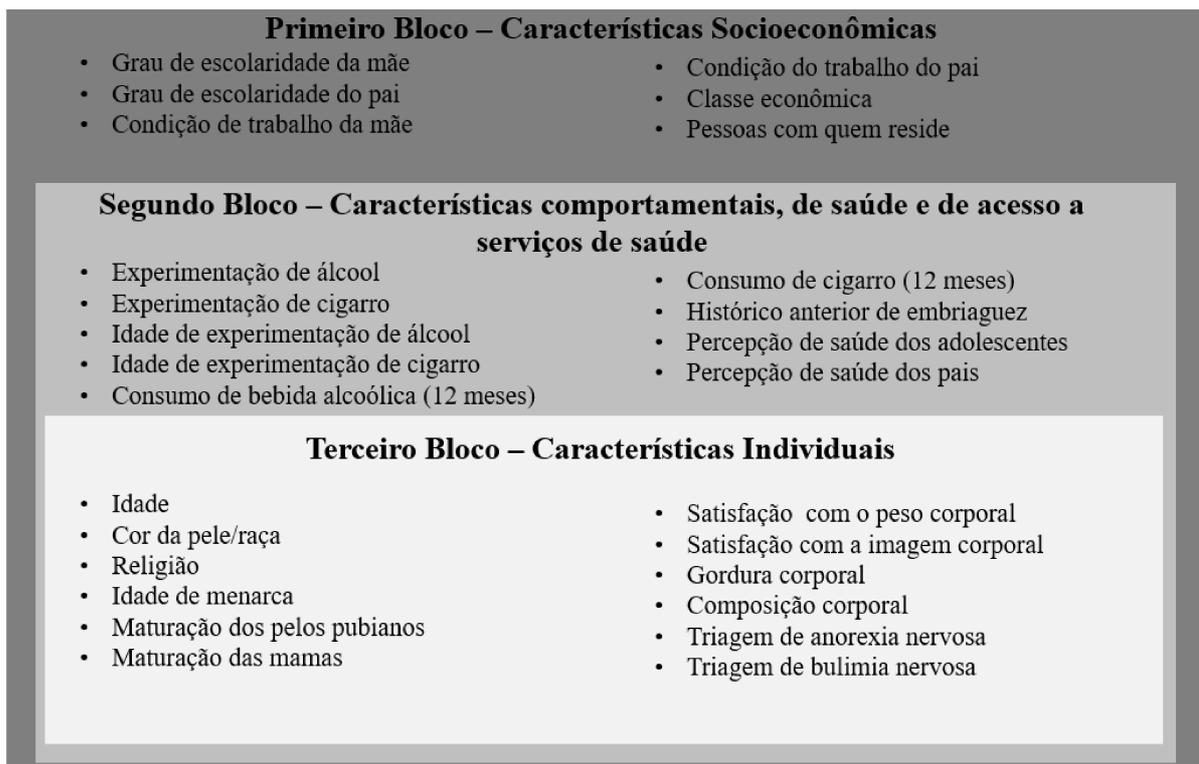
Maiores informações acerca dos instrumentos e procedimentos empregados na coleta de dados, encontram-se disponíveis no artigo de referência do Estudo EVA<sup>15</sup>.

No que se refere a análise dos dados coletados, a princípio realizou-se verificações de consistência com intuito de assegurar a integridade do banco de dados. Em seguida, descreveu-se a amostra do estudo, com as variáveis categóricas descritas por frequências absolutas e relativas, e as quantitativas por meio de medidas de tendência central e de dispersão. Para verificar os fatores associados à autoestima das adolescentes, foram realizados testes Qui-quadrado de Pearson, nos quais o nível de significância admitido foi de 5%.

Ainda com o intuito de investigar os fatores associados à autoestima, realizou-se a análise de regressão linear univariada. Considerou-se significativas todas as variáveis que apresentaram  $p < 0,20$ . As variáveis submetidas ao processo de regressão estão descritas na figura 1, que contempla o modelo conceitual de fatores associados à autoestima. O modelo proposto é pautado na literatura.

Adotou-se, para o desfecho, a entrada hierárquica das variáveis em blocos<sup>18</sup>; na seguinte ordem: Bloco 1: variáveis socioeconômicas; Bloco 2: variáveis comportamentais, de saúde e de acesso a serviços de saúde; Bloco 3: variáveis individuais das adolescentes (figura 1).

A análise linear múltipla hierarquizada foi realizada da seguinte forma: foram inseridas todas as variáveis pertencentes ao bloco 1 que apresentaram  $p < 0,20$  (análise univariada), e analisados os efeitos sobre o desfecho; as variáveis remanescentes foram incorporadas juntamente com as variáveis do bloco 2; novamente as variáveis que permaneceram foram adicionadas com as do bloco 3; por fim, as variáveis que se mantiveram, compuseram o modelo final. Utilizou-se, para a análise múltipla hierarquizada, o método *backward*.



**Figura 1** – Modelo conceitual hierárquico do processo de determinação da autoestima

Fonte: Autor, 2020

A interpretação dos resultados se deu por meio da identificação da associação estaticamente significativa ( $p < 0,05$ ). O poder explicativo foi avaliado através do *R Square Change*, enquanto a estatística *ANOVA* avaliou a significância do modelo. Resíduos também foram avaliados e considerados como adequados quando os valores oscilavam entre -3 e +3. Por sua vez, o teste de Durbin-Watson foi utilizado para detectar a independência nos resíduos da análise de regressão, sendo considerados como independentes os valores entre 1,5-2,5, também foram analisados gráficos de normalidade e homocedasticidade.

### **RESULTADOS:**

Avaliou-se 480 adolescentes do sexo feminino com idade mediana de 16 (14-19) anos, dentre estas cerca de um terço (36,8%) declarava-se de cor branca e 39,5% classificou-se como evangélica. Percebeu-se que cerca de metade dos responsáveis do sexo feminino (49,2%) e masculino (50,6%) já haviam concluído o ensino médio. Notou-se que 70,1% das mães ou responsáveis do sexo feminino trabalhavam (formal ou informal), porcentagem menor que a do sexo oposto (83,0%). Observou-se que a maioria das adolescentes (60,9%) residia com ambos os pais (responsáveis dos dois sexos). Quanto a classe econômica, 24,4% pertencia a classe baixa (C2, D-E).

Em relação as variáveis de imagem e de composição corporal, observou-se uma mediana de 19 (0-30) pontos para o escore de autoestima, ou ainda que 35,8% das adolescentes apresentaram autoestima baixa ( $EAR \leq 16$ ). Verificou-se ainda, que 70,2% das adolescentes não apresentavam excesso de peso e 41,7% não apresentavam excesso de gordura corporal. Contudo, apesar da maioria da amostra não apresentar excesso de peso, notou-se que 49,5% das adolescentes encontrava-se insatisfeita com o seu peso corporal e 67,8% com a sua imagem corporal. Além disso, tem-se que os motivos atribuídos à insatisfação com a imagem corporal foram os seguintes: estética (55,1%), saúde (39,1%) e opinião de terceiros (5,8%). Nota-se também, que 10,4% apresentou triagem positiva para a bulimia nervosa e 21,8% triagem positiva para anorexia nervosa.

Observou-se que a mediana de idade de menarca foi de 12 (9-16) anos. Além disso, constatou-se que 70,1% das adolescentes encontrava-se no estágio pré-púbere ou púbere em relação a maturação das mamas e 69,5% encontrava-se no mesmo estágio acerca da maturação dos pelos pubianos. Salienta-se ainda, que 37,3% dos adolescentes apresentaram percepção negativa quanto a própria saúde, e 33,0% julgava a saúde dos pais ou responsáveis de igual modo.

Quanto ao consumo de álcool e/ou de cigarro, 78,7% já havia experimentado álcool, enquanto 30,1% já havia experimentado cigarro. A mediana de idade de experimentação para ambas as substâncias foi de 14 (7-18) anos. Além disso, 77,7% consumiram álcool no último ano, enquanto 61,1% consumiu cigarro no mesmo período de tempo; 41,2% das adolescentes avaliadas já se embriagaram alguma vez na vida.

**Tabela 1 - Variáveis associadas à autoestima de adolescentes do sexo feminino matriculadas em escolas públicas do município de Juiz de Fora/MG, 2018-2019.**

Variável	Autoestima			p-valor
	Baixa n (%)	Alta n (%)	Total n (%)	
<b>Grau de escolaridade da Mãe</b>				0,003
Ensino médio incompleto ou menos	63 (40,9)	149 (55,8)	212 (50,4)	
Ensino médio completo ou mais	91 (59,1)	118 (44,2)	209 (49,6)	
Total	154 (100,0)	267 (100,0)	421 (100,0)	
<b>Classe econômica*</b>				0,014*
Classe baixa (C2 e D-E) <sup>(c)</sup>	35 (20,8) <sup>(c)</sup>	79 (26,2) <sup>(c)</sup>	114 (24,3) <sup>(c)</sup>	
Classe média (B2-C1) <sup>(b)</sup>	87 (51,8) <sup>(b)</sup>	173 (57,5) <sup>(b)</sup>	260 (55,4) <sup>(b)</sup>	
Classe alta (A e B1) <sup>(a)</sup>	46 (27,4) <sup>(a)</sup>	49 (16,3) <sup>(a)</sup>	95 (20,3) <sup>(a)</sup>	
Total	168 (100,0)	301 (100,0)	469 (100,0)	
<b>Percepção da saúde dos adolescentes</b>				0,010
Negativa	76 (45,2)	100 (33,2)	176 (37,5)	
Positiva	92 (54,8)	201 (66,8)	293 (62,5)	
Total	168 (100,0)	301 (100,0)	469 (100,0)	
<b>Percepção da saúde dos pais</b>				0,046
Negativa	65 (38,7)	89 (29,7)	154 (32,9)	
Positiva	103 (61,3)	211 (70,3)	314 (67,1)	
Total	168 (100,0)	300 (100,0)	468 (100,0)	
<b>Experimentação de álcool</b>				0,036
Não	27 (16,1)	73 (24,3)	100 (21,4)	
Sim	141 (83,9)	227 (75,7)	368 (78,6)	
Total	168 (100,0)	300 (100,0)	468 (100,0)	
<b>Experimentação de cigarro</b>				0,005
Não	104 (61,9)	223 (74,3)	327 (69,9)	
Sim	64 (38,1)	77 (25,7)	141 (30,1)	
Total	168 (100,0)	300 (100,0)	468 (100,0)	
<b>Satisfação com o peso corporal</b>				0,001
Insatisfeita	100 (59,5)	131 (43,7)	231 (49,4)	
Satisfeita	68 (40,5)	169 (56,3)	237 (50,6)	
Total	168 (100,0)	300 (100,0)	468 (100,0)	
<b>Satisfação com a imagem corporal</b>				0,001
Insatisfeita	130 (77,4)	186 (62,2)	316 (67,7)	
Satisfeita	38 (22,6)	113 (37,8)	151 (32,3)	
Total	168 (100,0)	299 (100,0)	467 (100,0)	
<b>Triagem bulimia nervosa</b>				0,000
Negativa	138 (82,1)	282 (93,7)	420 (89,6)	
Positiva	30 (17,9)	19 (6,3)	49 (10,4)	
Total	168 (100,0)	301 (100,0)	469 (100,0)	

Qui-quadrado de Pearson. \*Correção de Bonferroni - Letras distintas mostram a diferença entre os grupos.

Fonte: Autor, 2020.

Quanto ao teste Qui-quadrado de Pearson, encontrou-se associação com as respectivas variáveis: grau de escolaridade da mãe, classe econômica, percepção da saúde dos adolescentes, percepção da saúde dos pais, experimentação de álcool,

experimentação de cigarro, satisfação com o peso corporal, satisfação com a imagem corporal e triagem de bulimia nervosa ( $p < 0,05$ ) (tabela 1). As adolescentes que possuíam as respectivas características, apresentavam maiores frequências de autoestima baixa do que de autoestima alta: ser filha de mãe que possuía ao menos o ensino médio completo, ser de classe alta (A e B1), ter experimentado álcool e/ou cigarro, estar insatisfeita com seu peso e/ou imagem corporais, apresentar triagem positiva para bulimia, apresentar percepção negativa da própria saúde e/ou da saúde dos pais.

**Tabela 2 – Modelo de regressão linear univariada explicativo para a autoestima de adolescentes matriculadas em escolas públicas do município de Juiz de Fora – MG, Brasil, 2018-2019.**

Variável	Estimativa $\beta$	Valor-p	IC 95%
<b>BLOCO 1</b>			
<b>Grau de escolaridade da mãe</b>	0,687	0,059	-0,02-1,40
<b>Situação ocupacional do pai</b>			
Não trabalha	-1,323	0,101	-2,91-0,26
<b>Classe econômica (escore)</b>	-0,072	0,022*	- 0,13- -0,01
<b>BLOCO 2</b>			
<b>Experimentação de álcool</b>			
Sim	-1,017	0,144	-2,38-0,35
<b>Experimentação de cigarro</b>			
Sim	-1,766	0,004*	-2,98- -0,55
<b>Idade de experimentação de cigarro</b>	-0,367	0,157	-0,88-0,14
<b>Percepção de saúde dos adolescentes</b>			
Negativa	-2,373	0,000	-3,51- -1,24
<b>Percepção de saúde dos pais</b>			
Negativa	-1,564	0,010	-2,75- -0,38
<b>BLOCO 3</b>			
<b>Idade (anos)</b>	0,734	0,002*	0,28-1,19
<b>Cor da pele/raça</b>	0,600	0,104	- 0,12-1,32
<b>Triagem bulimia nervosa (escore)</b>	-0,395	0,000*	-0,48- -0,31
<b>Triagem anorexia nervosa (escore)</b>	-0,186	0,000*	-0,25- -0,12
<b>Satisfação com imagem corporal</b>			
Insatisfeita	-2,741	0,000*	-3,92- -1,56
<b>Satisfação com peso corporal</b>			
Insatisfeita	-2,363	0,000*	-3,46- -1,26

\*Variáveis com  $p < 0,05$ . IC95%= Intervalo de confiança 95%.

Fonte: Autor, 2020.

Quanto à análise univariada da autoestima, em relação as variáveis do bloco 1, tem-se que as variáveis grau de escolaridade da mãe, situação ocupacional do pai e classe econômica (escore)  $p > 0,20$  (tabela 2). Já no bloco 2, as seguintes variáveis apresentaram associação com o desfecho: experimentação de álcool, experimentação de cigarro, idade de experimentação de cigarro, percepção da saúde

dos pais e percepção da saúde dos adolescentes. No que concerne o bloco 3, as variáveis que permaneceram para inserção na análise multivariada foram: idade, cor da pele/raça, triagem de bulimia nervosa (escore), triagem de anorexia nervosa (escore), satisfação com a imagem corporal e satisfação com o peso corporal.

Para a análise de regressão linear multivariada hierárquica foram inseridas todas as variáveis que permaneceram com  $p < 0,20$  da análise univariada (tabela 2). Foram inseridas no modelo as variáveis referentes ao bloco 1, permanecendo somente a classe econômica (escore). Em seguida, inseriu-se a variável de classe econômica junto às variáveis pertencentes ao bloco 2, permanecendo a variável classe econômica (escore) e a percepção de saúde dos adolescentes. Logo após, acrescentou-se as variáveis bloco 3 junto às remanescentes do bloco 2. Ao fim desta etapa, mantiveram-se as seguintes variáveis: classe econômica (escore), percepção da saúde dos adolescentes, idade, triagem de bulimia nervosa (escore) e satisfação com a imagem corporal. Tais variáveis compuseram o modelo final explicativo para a autoestima (tabela 3).

**Tabela 3 – Modelo final de regressão linear múltipla hierarquizada explicativo para a autoestima de adolescentes matriculadas em escolas públicas do município de Juiz de Fora – MG, Brasil, 2018-2019.**

Variável	Estimativa $\beta$	Valor-p	IC95%
<b>BLOCO 1</b>			
<b>Classe econômica (escore)</b>	-0,059	0,044	-0,12 - -0,02
<b>BLOCO 2</b>			
<b>Percepção de saúde dos adolescentes</b>			
Negativa	-1,096	0,049	-2,19- -0,01
<b>BLOCO 3</b>			
<b>Satisfação com a imagem corporal</b>			
Insatisfeita	-1,470	0,012	-2,62- -0,32
<b>Idade (anos)</b>	0,708	0,001	0,28-1,13
<b>Triagem de bulimia nervosa (escore)</b>	-0,344	0,000	-0,44- -0,25

ANOVA ( $p < 0,001$ ) /  $R^2$  Change = 0,191 / Durbin-Watson = 2,00 / Residual = -2,83 - -2,80. Fonte: Autor, 2020.

No modelo final de regressão linear múltipla hierarquizada percebeu-se que quanto maior fosse o escore de classe econômica das adolescentes, menor seria a autoestima das mesmas ( $\beta = -0,059$ ;  $p = 0,044$ ; IC95% = -0,12 - -0,02). O mesmo foi observado quanto ao escore de triagem de bulimia ( $\beta = -0,344$ ;  $p < 0,001$ ; IC95% = -0,44 - -0,25). Constatou-se ainda, que à medida que a idade das adolescentes crescia, a autoestima das mesmas aumentava ( $\beta = 0,708$ ;  $p = 0,001$ ; IC95% = 0,28 - 1,13). Além disso, observou-se que as adolescentes insatisfeitas com a própria imagem corporal

( $\beta=-1,470$ ;  $p=0,012$ ;  $IC95\%=-2,62- -0,32$ ) e as que julgavam a própria saúde de forma negativa apresentavam menor autoestima ( $\beta=-1,096$ ;  $p=0,049$ ;  $IC95\%=-2,19- -0,01$ ) e que as adolescentes que julgavam sua saúde de forma negativa

O modelo final foi significativo (*ANOVA*  $p<0,001$ ), o poder explicativo foi de aproximadamente 18% (*R Square Change*), os resíduos variaram entre - 2,83 até - 2,80 demonstrando a normalidade dos mesmos e o valor de *Durbin-Watson* foi igual à 2,00 demonstrando a independência dos resíduos, além disso todos os gráficos apresentaram-se adequados para normalidade e homocedasticidade.

## **DISCUSSÃO**

Ao analisar os resultados do presente estudo, nota-se que a amostra estudada apresentou uma mediana de 19 (0-30) pontos no escore de autoestima, ou ainda que 35,8% das adolescentes apresentaram autoestima baixa ( $EAR\leq 16$ ). É necessária a apresentação dos dados em duas formas, pois o ponto de corte para a autoestima se faz ausente na literatura. Fato que favorece à adoção de pontos de cortes distintos, adaptados para as respectivas populações avaliadas<sup>9-11,19</sup>. Contudo, há consenso quanto a valoração do escore, consenso que determina que quanto maior for o escore encontrado, maior será a autoestima do indivíduo avaliado<sup>17</sup>. Ademais, sabe-se também que a autoestima tende a variar de acordo com a faixa etária e com o sexo do indivíduo<sup>9,13-14</sup>.

É notório que o sexo feminino tende a apresentar menores índices de autoestima e de satisfação com a imagem corporal que o sexo oposto<sup>13-20</sup>, visto que historicamente as mulheres são mais cobradas por seus aspectos estéticos que os indivíduos do sexo masculino<sup>5,21-23</sup>.

Considerando a porcentagem de indivíduos com autoestima baixa (35,8%) encontrada neste estudo, tem-se que o percentual de indivíduos com autoestima baixa foi inferior aos encontrados em outras duas pesquisas que também foram realizadas com adolescentes do sexo feminino (12-17 anos<sup>11</sup> e 12-16 anos<sup>24</sup>) de Juiz de Fora. Nas quais, respectivamente 56,0%<sup>11</sup> e 62,3%<sup>24</sup> das avaliadas apresentaram autoestima baixa. Contudo, tal diferença deve ser observada com cautela, uma vez que os pontos de corte estabelecidos pelos pesquisadores diferenciam-se do ponto de corte utilizado no presente estudo.

Desconsiderando tal discrepância metodológica, há a possibilidade da diferença observada entre os percentuais estar atrelada ao fato do estudo em questão

ter contemplado exclusivamente estudantes de escolas públicas, enquanto as outras duas pesquisas abrangeram populações de escolas públicas e privadas<sup>11,24</sup>. Além disso, tem-se que as adolescentes filhas de mães que possuíam maior escolaridade (ensino médio completo ou mais), bem como aquelas que pertenciam a maiores níveis socioeconômicos (A-B1) apresentaram maiores frequências de autoestima baixa. Dados destoantes da literatura, visto que os estudos destacam a vulnerabilidade socioeconômica como um fator de risco para a autoestima baixa<sup>25-27</sup>.

Tal associação com a esfera socioeconômica também pôde ser observada no modelo de regressão final, o qual indicou que à medida que a classe econômica das adolescentes crescesse, menor seria a autoestima das mesmas. A justificativa para este resultado talvez esteja vinculada a própria característica intrínseca da autoestima, visto que a mesma consiste em uma percepção do quão valioso o indivíduo se considera perante a sociedade<sup>7-8</sup>. E não só perpassa a esfera da autoestima, como também esteja atrelada ao âmbito do estigma. Tem-se que uma pessoa estigmatizada possui “alguma característica que lhe transmita uma identidade social que é desvalorizada em um contexto social específico”<sup>28</sup> (p.505). Contudo, como a própria definição expõe, é uma característica que é atribuída a determinado grupo social e não a um indivíduo em específico. Logo, é plausível que tais pressões não sejam internalizadas pelos integrantes de determinados grupos<sup>28-29</sup>.

A diferença observada nos percentuais de autoestima, pode também ser atribuída à faixa etária das populações, visto que as adolescentes do presente estudo apresentavam 14 anos como idade mínima, enquanto as das pesquisas previamente realizadas no município apresentavam uma idade mínima de 12 anos<sup>11,24</sup>. Essa informação é importante, pois no presente estudo a mediana de idade de menarca foi de 12 (9-16) anos.

É notório que a menarca está associada ao aumento do peso e ao desenvolvimento de características sexuais secundárias<sup>30-31</sup>. Além disso, pesquisadores afirmam que a autoestima tende a variar em decorrência de acontecimentos marcantes da vida<sup>32-33</sup>. Considerando que a menarca é um marco na adolescência feminina, estima-se que as adolescentes mais velhas estejam mais à vontade e acostumadas com os seus respectivos corpos, fato que favorece uma maior autoestima na população do presente estudo<sup>34</sup>. Inclusive, tal relação pôde ser

observada no modelo de regressão final, o qual indicava que à medida que a idade das adolescentes aumentava, maior seria a autoestima das mesmas.

Destaca-se também que cerca de metade (49,5%) das avaliadas encontrava-se insatisfeita com seu peso corporal e que pouco mais de dois terços (67,8%) encontrava-se insatisfeita com a imagem corporal. Observou-se ainda, uma maior frequência de autoestima baixa entre os indivíduos que encontravam-se insatisfeitos com o peso e/ou imagem corporal. Contudo, no modelo final de regressão, somente a variável de satisfação com a imagem corporal manteve-se, no qual as adolescentes insatisfeitas com a imagem corporal apresentavam uma menor autoestima.

Dito isso, se faz necessário salientar o elevado percentual de indivíduos insatisfeitos com a imagem corporal que não apresentavam excesso de peso (63,3%) e/ou excesso de gordura corporal (34,9%). Tal cenário não é inédito, visto que outros estudos já demonstraram que a insatisfação com a imagem corporal encontra-se presente tanto em meninas com excesso de peso, quanto nas eutróficas<sup>35-36</sup>.

O fato desse descontentamento com a imagem corporal ser tão democrático se deve a internalização do modelo de beleza vigente na sociedade atual, o qual enaltece corpos extremamente rijos e com baixíssimos percentuais de gordura<sup>5-6</sup>. Entretanto, tem-se que as adolescentes que possuem autoestima elevada são menos propensas a internalizarem o ideal da magreza apresentado pela mídia<sup>7</sup>. Sabe-se ainda, que diante a internalização deste ideal, o adolescente pode se sentir compelido a adotar comportamentos de risco à saúde com o intuito de alcançar e/ou manter o corpo desejado. Dentre os comportamentos de risco, citam-se: a realização de dietas e restrições alimentares sem acompanhamento profissional, o uso abusivo de diuréticos e laxantes, a autoindução de vômitos, bem como a realização de atividade física extenuante e o uso de anabolizantes<sup>37-38</sup>. Inclusive, tais comportamentos podem desencadear transtornos alimentares como a bulimia nervosa e anorexia nervosa<sup>39-40</sup>.

É de suma importância trazer tais comportamentos à luz, bem como suas possíveis consequências, pois os aspectos estéticos foram relatados como o principal motivo para a insatisfação com a imagem corporal das adolescentes do presente estudo, enquanto a saúde figurou em segundo plano. Fato que sugere que alguns adolescentes estariam mais propensos a adotar os comportamentos de risco<sup>32</sup>, tal como relatado por outros autores<sup>41</sup>. Tem-se ainda, que as adolescentes com triagem positiva para a bulimia apresentaram maior frequência de autoestima baixa do que de

autoestima alta. Além disso, observou-se no modelo de regressão final, que à medida que o escore de bulimia aumentava, diminuía o escore de autoestima.

Considerando que a autopercepção de saúde abrange aspectos físicos, cognitivos e emocionais<sup>42</sup>, há de se questionar qual seria o significado de estar saudável para a amostra em questão, visto que para uma parcela da população adolescente, beleza é sinônimo de saúde<sup>43</sup>; e como sabemos, o modelo de beleza para a população feminina é pautado na magreza. Logo, o fato da autoestima baixa ser mais frequente em pessoas que apresentaram percepções negativas de saúde, pode justamente estar atrelado a imagem da magreza. Tal constatação faz mais sentido ao observarmos a literatura, pois de acordo com a mesma, os indivíduos do sexo feminino apresentam maior frequência de percepção negativa de saúde que os do sexo oposto<sup>44-45</sup>. Alguns autores sugerem que a percepção de saúde das mulheres seja pior, pois elas estão mais cientes do seu estado de saúde que os homens<sup>46-47</sup>. Contudo, tal como a hipótese anterior, a hipótese de que a percepção de saúde esteja ligada a imagem corporal, e conseqüentemente à autoestima, carece de mais estudos.

Parece evidente que a autoestima consiste em um importante componente na vida dos adolescentes, principalmente se considerarmos que a mesma consiste em um fator determinante na adoção de certos comportamentos que podem ser nocivos à saúde dos indivíduos<sup>9-12</sup>. Como visto, boa parte dos resultados vinculados à autoestima orbita aspectos de imagem corporal, contudo também foi observado que os indivíduos que já haviam experimentado álcool e/ou cigarro apresentaram maiores frequências de autoestima baixa quando comparadas aos que não haviam experimentado tais substâncias.

Tal situação também foi observada em estudo realizado com adolescentes e jovens adultos (17-20 anos) da cidade de Querétaro, no México, no qual verificou-se que dentre os adolescentes que apresentaram autoestima baixa ( $EAR \leq 25$ ), o risco de consumir álcool era mais elevado quando comparado ao risco daqueles com autoestima alta ( $EAR \geq 30$ )<sup>19</sup>. Além disso, a autoestima baixa tem sido associada ao abuso de substâncias como o álcool e o cigarro, bem como o consumo de drogas ilícitas como a maconha e a adoção de comportamentos sexuais de risco<sup>48-49</sup>. Tem-se ainda, que pessoas com autoestima baixa ao se depararem com situações adversas podem buscar por subterfúgios prejudiciais à saúde para combater as situações de ansiedade em que se encontram.

Dentre as potencialidade deste estudo, destaca-se a abordagem hierárquica das análises e associação entre a autoestima e a percepção de saúde, visto que tal associação é predominantemente encontrada em estudos que abrangem a população idosa, o que sugere que tal relação deva ser mais explorada em outras pesquisas. Quanto as limitações, ressalta-se a ausência de um ponto de corte pré-estabelecido para a autoestima. Salienta-se ainda, a possibilidade de sub e/ou superestimação dos dados referentes ao consumo de álcool e cigarro, uma vez que por se tratarem de aspectos delicados de suas vidas, as adolescentes podem não ter fornecido respostas inteiramente fidedignas.

Notou-se que os aspectos associados à autoestima das adolescentes são constituídos por fatores socioeconômicos (grau de escolaridade da mãe e classe econômica), de saúde (percepção da própria saúde e percepção de saúde dos pais), comportamentais (experimentação de álcool e/ou cigarro), aspectos corporais (triagem de bulimia nervosa, satisfação com o peso e/ou com a imagem corporal) e aos aspectos individuais como a idade.

Diante de um cenário em que a autoestima pode ser impactada por fatores tão distintos, se faz necessário o desenvolvimento de estratégias multiprofissionais que abordem não só a referida temática, como também os aspectos que perpassam a mesma no público feminino, como a objetificação do corpo feminino e o “culto ao corpo”, pois apesar da autoestima não ser composta somente por características de ligadas ao corpo, é fato que para a população estudada, tais características têm papel extremamente relevante no constructo da autoestima.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Características da População e dos Domicílios: Resultados do universo. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd\\_2010\\_caracteristicas\\_populacao\\_domicilios.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf)
2. World Health Organization. Young people's health a challenge for society. Geneva: World Health Organization; 1986. (WHO Technical Report Series, 731).
3. Saito MI. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. *Pediatria São Paulo* 2000; 22:217-9.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília: MS; 2010.
5. Alvarenga MS, Philippi ST, Lourenço BH, Sato PM, Scagliusi FB. Insatisfação com a imagem corporal em universitárias brasileiras. *J Bras Psiquiatr* 2010; 59(1):44-51.
6. Conti MA, Costa LS, Peres SV, Toral N. A insatisfação corporal de jovens: um estudo exploratório. *Physis* 2009; 19(2):509-28.
7. Flament MF, Hill EM, Buchholz A, Henderson K, Tasca GA, Goldfield G. Internalization of the thin and muscular body ideal and disordered eating in adolescence: the mediation effects of body esteem. *Body Image* 2012; 9(1):68-75.
8. Hutz CS, Zanon C. Revisão da adaptação, validação e normatização da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Aval Psicol.* 2011; 10(1):41-49.
9. Melo Neto OC, Cerqueira-Santos E. Comportamento sexual e autoestima em adolescentes. *Contextos Clínic* 2012; 5(2):100-111.
10. Enejoh V, Pharr J, Magevam BO, Olutola A, Karick H, Ezenolue EE. Impact of self-esteem on risky sexual behaviors among Nigerian adolescents. *AIDS Care* 2016; 28(5):672-6.
11. Fortes LS, Cipriani FM, Coelho FD, Paes ST, Ferreira. A autoestima afeta a insatisfação corporal em adolescentes do sexo feminino?. *Rev Paul Pediatr* 2014; 32(3):236-240.
12. Fortes LS, Filgueiras JF, Oliveira FC, Almeida SS, Ferreira MEC. Modelo etiológico dos comportamentos de risco para os transtornos alimentares em adolescentes brasileiros do sexo feminino. *Cad. Saúde Pública* 2016; 32(4):e00024115.
13. Rentz-Fernandes AR, Silveira-Viana M, Liz CM, Andrade A. Autoestima, imagem corporal e depressão de adolescentes em diferentes estados nutricionais. *Rev Salud Pública* 2017; 19(1):66-72.
14. Mruk CJ. *Self-esteem and positive psychology: Research, theory, and practice*. 4th ed., New York, US: Springer Publishing Co. 2013.
15. Neves FN, Fontes VS, Pereira PML, Lombelo-Campos AA, Batista AP, Machado-Coelho GLL, Faria ER, Netto MP, Oliveira RMS, Cândido APC. Estudo EVA-JF: aspectos metodológicos, características gerais da amostra e potencialidades de uma pesquisa sobre o estilo de vida de adolescentes brasileiros. *Adolesc Saude* 2019; 16(4):113-129.
16. Brasil. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Sinopse Estatística da Educação Básica 2017. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/web/guest/sinopses-estatisticas-da-educacao-basica>
17. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1989.
18. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol.* 1997; 26(1):224-7.
19. Aguirre AA, Alonso-Castillo MM, Zanetti ACG. Afecto y practica de estilos de vida en adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2010; 18(Spec):634-40.
20. Daniel CG, Guimarães G, Aerts DRGC, Rieth S, Baptista RR, Jacob MHVM. Imagem corporal, atividade física e estado nutricional em adolescentes no sul do Brasil. *Aletheia* 2014; 45:128-138.

21. Frois E, Moreira J, Stengel M. Mídias e a imagem corporal na adolescência: o corpo em discussão. *Psicol Estud.* 2011; 16(1):71-7
22. Felden EPG, Claumann GS, Sacomori C, Daronco LSE, Cardoso FL, Pelegrini A. Fatores sociodemográficos e imagem corporal em adolescentes do ensino médio. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015; 20(11):3329-37.
23. Silva MLA, Taquette SR, Coutinho ESF. Senses of body image in adolescents in elementary school. *Rev Saúde Pública* 2014 48(3):438-444.
24. Fortes LS, Meireles JFF, Neves CM, Almeida SS, Ferreira MEC. Autoestima, insatisfação corporal e internalização do ideal de magreza influenciam os comportamentos de risco para transtornos alimentares?. *Rev Nutr* 2015; 28(3):253-264.
25. Quon EC, McGrath JJ. Subjective socioeconomic status and adolescent health: a meta-analysis. *Health Psychol* 2014; 33:433-47
26. Twenge JM, Campbell WK. Self-esteem and socioeconomic status: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review* 2002; 6:59-71.
27. Wagner, J., Lang, F. R., Neyer, F. J., & Wagner, G. G. (2014). Self-esteem across adulthood: The role of resources. *European Journal of Ageing*, 11, 109 –119.
28. Crocker J, Major B. Social stigma and self-esteem: The self protective properties of stigma. *Psychological Review* 1989; 96:608-630.
29. Major B, O'brien LT. The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology* 2005; 56, 393-421.
30. Loomba-albrecht LA, Styne DM. Effect of puberty on body composition. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2009; 16(1):10-15. 2009.
31. MIRANDA VP, Conti MA, Bastos R, Ferreira MEC. Body dissatisfaction in Brazilian adolescents from small municipalities of Minas Gerais. *J Bras Psiquiatr* 2011; 60(3):190-7.
32. Huebner CS. Best practices and intervention with children with low self-esteem. In: Thomas A, Grimes J, (Eds.) *Best practices in School Psychology*, SI: S.n, 1997.
33. MARTINS SRS. Auto-conceito em crianças repetentes e não repetentes: dois procedimentos de avaliação. [Dissertação]. Campinas: Pontífica Universidade Católica de São Paulo; 1997
34. Scherer FC, Martins CR, Pelegrini A, Matheus SC, Petroski EL. Imagem corporal em adolescentes: associação com a maturação sexual e sintomas de transtornos alimentares. *J Bras Psiquiatr.* 2010; 59(3):198-202.
35. Miranda VPN, Imagem corporal de adolescentes de cidades rurais. *Cien Saúde Colet* 2014; 19(6)1791-1801.
36. Paludo AC, Pelegrini A, Grespan F, Caldeira AS, Madureira AS, Junior HS. Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes: prevalência e associação com o estado nutricional. *Conscientia e Saude* 2011; 10(1)143-149.
37. Laghi F, Pompili S, Baumgartner E, Baiocco R. The role of sensation seeking and motivations for eating in female and male adolescents who binge eat. *Eat Behav* 2015; 17:119-24.
38. Alves FR, Bezerra EL, Souza EA, Teixeira FAA. Imagem corporal e fatores associados em meninas de escolas militares. *Rev. Bras Promoç Saúde* 2017; 30(4):1-7.
39. Vale AM, Kerr LR, Bosi ML. Comportamento de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes estratos sociais do Nordeste do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(1):121-32.
40. Fortes LS, Amaral ACS, Almeida SS, Ferreira MEC. Efeitos de variáveis psicológicas, morfológicas e sociodemográficas sobre o comportamento alimentar de adolescentes. *Rev Paul Pediatr* 2013; 31(2):182-8.
41. Talamayan KS, Springer AE, Kelder SH, Gorospe EC, Joye KA: Prevalence of overweight misperception and weight control behaviors among normal weight adolescents in the United States. *Scientific World J* 2006; 6:365-373
42. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15(2):415-28.

43. Ferriani MGC, Dechen S, Dias TS, Iossi MA. A percepção de saúde para adolescentes obesos. *Rev bras enferm* 2000; 53(4):537-543.
44. Richter M, Moor I, van Lenthe FJ. Explaining socioeconomic differences in adolescent self-rated health: the contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *J Epidemiol Community Health* 2012; 66(8):691-7.
45. Meireles AL, Xavier CC, Andrade ACS, Proietti FA, Caiaffa WT. Self-rated health among urban adolescents: the roles of age, gender, and their associated factors. *PLoS One* 2015; 10(7):1–14.
46. Meurer LN, Layde PM, Guse CE. Self-rated health status: a new vital sign for primary care? *Wisconsin Medical J* 2001; 100(7):35-39.
47. Silva BVS, Andrade PMC, Baad VMA, Valença PAM, Menezes VA, Amorim VC et al. Prevalência e fatores associados à autopercepção negativa em saúde dos adolescentes: uma revisão sistemática. *Rev Bras Promoç Saúde* 2016; 29(4):595-601.
48. McGee R, Williams S. Does low self-esteem predict health compromising behaviors among adolescents? *J of Adolescence* 2010; 23:259-582.
49. Formiga NS, Souza RCM, Picanço EL, Santos JDB. Alcohol use disorder and self-esteem: the assessment of an empirical model in diferente social groups. *Advances in Health Psychology*. 2014; 22(1):9-19.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da frequência de sexarca no sexo feminino, bem como o decréscimo da idade do debute sexual desta população é digno de nota, principalmente em um cenário onde quase metade das adolescentes que haviam se iniciado sexualmente não fez uso de métodos contraceptivos na última relação.

Apesar desses resultados serem alarmantes, tem-se que a sexualidade é inerente à condição humana, e que a expressão da mesma é um direito da população adolescente. Logo, se faz necessário que melhores políticas e programas de SSR sejam implementados com o intuito de gerar maior conscientização neste público, visto que as políticas vigentes demonstram-se insuficientes e falhas.

Os resultados encontrados na presente pesquisa indicam que exista uma relação entre a SSR e a autoestima, contudo tal relação não foi elucidada a fundo e carece de mais estudos. Parece que os aspectos comportamentais (consumo de bebida alcoólica e cigarro) e de imagem corporal (satisfação com peso corporal e imagem corporal) mediam tal relação no público feminino.

Diante da diversidade de fatores que afetam a saúde sexual e reprodutiva das adolescentes, parece sensato afirmar que os programas e políticas que terão como foco essa temática, deverão tratar não só sobre a prevenção de IST's e outros agravos que a relação sexual desprotegida implica, como também englobar aspectos da autoestima e da imagem corporal, visto que a autoestima baixa e a insatisfação corporal podem ser gatilhos para o consumo de álcool e cigarro, consumo que pode inclusive favorecer à adoção de comportamentos sexuais de risco entre as adolescentes.

## REFERÊNCIAS

- ADAMI, F. et al. Insatisfação corporal e atividade física em adolescentes da região continental de Florianópolis. **Psic. Teor. e Pesq.**, v. 24, n. 2, p. 143-9, 2008.
- AGUIRRE, A. A.; CASTILLO, M. M. A.; ZANETTI, A. C. G. Consumo de álcool y autoestima en adolescentes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, p. 634-640, jun. 2010.
- ALMEIDA, M. C. C; AQUINO E.M.L. Adolescent pregnancy and completion of basic education: a study of young people in three state capital cities in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2386-400, dec. 2011.
- ALONSO-CASTILLO, M. M. et al. Afecto y practica de estilos de vida en adolescentes. **Desarroll. Cient. Enferm.**, v. 9, n. 10, p. 291-6, 2001.
- ALVARENGA, M. S. et al. Insatisfação com a imagem corporal em universitárias brasileiras. **J. Bras. Psiquiatr.** v. 59, n. 1, p. 44-51, 2010.
- ALVES et al. Imagem corporal e fatores associados em meninas de escolas militares. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 4, p. 1-7, out./dez., 2017.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM5**. Porto Alegre: Artmed, 992 p., 2014.
- ANTONUCCI, T. C.; JACKSON, J. S. Physical health and self-esteem. **Family and Community Health**, v. 6, p. 1-9, 1983.
- AQUINO, E. M. L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 377-88, 2003.
- ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. Uma bússola no labirinto: bases que formam e investigam a auto-estima. In: ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. **Labirinto de espelhos: formação da auto-estima na infância e na adolescência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. p. 25-48.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2015 [Internet]. Disponível em: <[www.abep.org](http://www.abep.org)>. Acesso em: dez. 2018.
- AWUSABO-ASARE, K.; BANKOLE, A.; KUMI-KYEREME, A. **Views of adults on adolescent sexual and reproductive health**: Qualitative evidence from Ghana. Occasional Report, n. 34. Jun. 2008.
- AZEVEDO, E. D.; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis**, v. 22, n. 4 p. 1333-1356, 2012.
- BARATA, R. B. Epidemiologia e políticas públicas. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v. 16, n. 1, p. 3-17, mar. 2013.
- BARBOSA, K. B. F. **Consumo alimentar e marcadores de risco para a síndrome metabólica em adolescentes do sexo feminino**: comparação entre instrumentos de inquérito dietético. 2006. 246p. Dissertação (Mestrado em Ciência da Nutrição) – Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2006.
- BEDNAR, R.; WELLS, G.; PETERSON, R. **Self-Esteem: paradoxes and innovations in clinical theory and practice**. Washington, DC: American Psychological Association, 1989.
- BERQUÓ, E.; GARCIA, S.; LIMA, L. Youth and reproduction: demographic, behavioral and reproductive profiles in the PNDS-2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 685-693, Ago. 2012.

- BERTONI, N. et al. Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1350-1360, jun. 2009.
- BIGHETTI, F. et al. Tradução e validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 53, p. 339-46, nov./dez. 2004.
- BITTENCOURT, L. J.; ALMEIDA, R. A. Transtornos alimentares: patologia ou estilo de vida? **Psicol. Soc.**, v. 25, n. 1, p. 220-9, 2013.
- BRANCO, L. M.; HILÁRIO, M. O. E.; CINTRA, I. P. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. **Rev. Psiquiatr. Clín**, v. 33, p. 292-6, 2006.
- BRANDEN, N. **Auto-estima: Como aprender a gostar de si mesmo**. São Paulo, SP: Saraiva. 143 p. 2000.
- BRANDEN, N. **The Psychology of Self-Esteem**. Nova Iorque: Bantam, 242 p. 1969.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1931, de 24 de setembro de 2009. Aprova o código de ética médica. **Diário Oficial União**. Brasília, DF, 24 set. 2009c;
- BRASIL. **Constituição da República Federativa**, promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, Senado Federal. 1988.
- BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 dez. 2007a.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010. Características da População e dos Domicílios: Resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 270p. 2010<sup>a</sup>.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 132 p. 2016. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>>. Acesso em: dez. 2018.
- BRASIL. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jul. 1990a.
- BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990b.
- BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 dez. 1996a.
- BRASIL. Lei nº 9263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7o do art. 226 da Constituição Federal, que trata do Planejamento Familiar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 jan. 1996b.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. 1ª ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 56 p., 2007b.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **PAISM – Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher**. Brasília, 82 p., 2007c.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde; 300 p. 2009a.

- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas**. 1ª Edição. Brasília, Ministério da Saúde, p. 32, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997b.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010b. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45419.pdf>>. Acesso em: dez. 2018.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa**
- BRASIL. Nota técnica nº 13/2009/GAB/PN-DST-AIDS/SVS/MS. **Recomendação para a ampliação de acesso aos preservativos masculinos na rede de serviços do Sistema único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF, 15 jan. 2009b.
- BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais**. Brasília: MEC/SEF, 126p, 1997a.
- BORGES, A. L. V. et al. ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50 p. 1-11, 2016.
- BORGES, A. L. V.; NICHATA, Y.I.; SCHOR, N. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescente. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 422-7, 2006.
- BRÊTAS, J. R. S. Vulnerabilidade e adolescência. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Pediatr.** São Paulo, v.10, n. 2, p. 89-96, 2010.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI-FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 19-38.
- CARVALHO, L. M.; FIGUEIREDO, C. C. Configurações de conhecimento e política na regulação da educação sexual em meio escolar. **Educação, Sociedade & Culturas**, Porto, n. 34, p. 67-88. 2011.
- CARVALHO, W. R. G.; FARIAS, E. S.; GUERRA-JUNIOR, G. A idade da menarca está diminuindo? **Revi Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 76-81, 2007.
- CASTRO, M. R. B. **A Vida e a Morte nas Representações de Violência de Crianças e Adolescentes**. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.
- CEZIMBRA, G. S. S. **Há associação entre a maturação sexual feminina precoce e a exposição a condições de vulnerabilidades como o início sexual precoce, incidência de DST, gravidez e violência sexual na adolescência?** Dissertação (Mestrado). Brasília: Universidade de Brasília, 2008.
- CHAVARRO, J. E. et al. Validity of self-assessed sexual maturation against physician assessments and hormone levels. **The Journal of Pediatrics**, v. 186, p. 172-178, 2017.

- CHÁVEZ, L. M. C.; ANDRADE, D. La escuela em laprevención del consumo de alcohol y tabaco: retrato de una realidad. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 13, p. 1-10, 2005.
- CHIN, H. B. et al. The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections. **Am. J. Prev. Med.** v. 42, n.3, p. 272–294, 2012.
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 216 p. 2008.
- CONTI, M. A. et al. A insatisfação corporal de jovens: um estudo exploratório. **Physis**. v. 19, n. 2, p. 509-28, 2009.
- COOPERSMITH, S. **SEI: The Self Esteem Inventories**. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 22 p. 1981.
- COOPERSMITH, S. **The Antecedents of Self-Esteem**. São Francisco: Freeman, 283 p. 1967.
- CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D.; JANUZZI, P. M. Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, Suzana (Org.). **Indicadores municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 282 p. 2006.
- CORTESE, S. et al. The relationship between body size and depression symptoms in adolescents. **J. Pediatr.**, v. 154, p. 86-90, 2009.
- COUTINHO, R. Z. **A carne é fraca: religião, religiosidade e iniciação sexual entre estudantes do ensino médio na Região Metropolitana de Belo Horizonte**, 2008. Dissertação (Mestrado). Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional – Cedeplar, UFMG, 2011.
- COUTINHO, R. Z.; MIRANDA-RIBEIRO, P. Religião, religiosidade e iniciação sexual na adolescência e juventude: lições de uma revisão bibliográfica sistemática de mais de meio século de pesquisas. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 333-365, Dez. 2014.
- de ONIS, M. et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 85, n. 9, p. 660-667, Sep. 2007.
- DEMARIA, L. M. et al. Sex education and HIV prevention: an evaluation in Latin America and the Caribbean. **Rev. Panam. Salud. Publica**, v. 26, n. 6, p. 485-93, 2009.
- DONNELLAN, M. B. et al. **Exploring the link between self-esteem and externalizing problems: Low self-esteem is related to antisocial behavior and delinquency**. Manuscript under review. University of California, Davis, Department of Human Development, 2002.
- DUMITH, S. C. et al. Insatisfação corporal em adolescentes: um estudo de base populacional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2499-505, 2012.
- ENEJOH, V. et al. Impact of self-esteem on risky sexual behaviors among Nigerian adolescents. **AIDS Care**, 2015.
- FARIA, L. Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. **Aná. Psicológica**, v. 23 n. 4, p. 361-71. 2005.
- FARID, N. D. N. et al. Predictors of sexual risk behaviour among adolescents from welfare institutions in Malaysia: a cross sectional study. **BMC Public Health**, v. 14, Suppl. 3, p. 1-8, 2014.

- FELDEN E. P. G. et al. Fatores sociodemográficos e imagem corporal em adolescentes do ensino médio. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3329-37, 2015.
- FIDELIX, Y. L. et al. Dados sociodemográficos, estado nutricional e maturação sexual de escolares do sexo masculino: exposição à insatisfação com a imagem corporal. **Rev. Educ. Fís.**, 2013.
- FINATO, S. et al. Insatisfação com a imagem corporal em escolares do sexto ano da rede municipal de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul, Rev. Paul. Pediatr., v. 31, n.1, p. 65-70, 2013.
- FLAMENT, M. F. et al. Internalization of the thin and muscular body ideal and disordered eating in adolescence: the mediation effects of body esteem. **Body Image**, v. 9, n. 1, p. 68-75, jan.2012
- FORTES, L. S. et al. A autoestima afeta a insatisfação corporal em adolescentes do sexo feminino?. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 236-240, Set. 2014.
- FORTES, L. S. et al. Autoestima, insatisfação corporal e internalização do ideal de magreza influenciam os comportamentos de risco para transtornos alimentares?. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 28, n. 3, p. 253-264, jun. 2015a.
- FORTES, L. S. et al. Comparação do comportamento de risco para transtornos alimentares entre adolescentes atletas e não atletas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n. 4, p. 296-302, 2015b.
- FORTES, L. S. et al.. Efeitos de variáveis psicológicas, morfológicas e sociodemográficas sobre o comportamento alimentar de adolescentes. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 31, n. 2, p. 182-8, 2013.
- FORTES, L. S. et al. Modelo etiológico dos comportamentos de risco para os transtornos alimentares em adolescentes brasileiros do sexo feminino. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n.4, 2016.
- GARCIA, D. M. et al. Estado nutricional, autopercepção do estado nutricional e experimentação de drogas lícitas em adolescentes. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo , v. 33, n. 3, p. 332-339, Set. 2015.
- GASPAR, T.; BALANCHO, L. Fatores pessoais e sociais que influenciam o bem-estar subjetivo: diferenças ligadas estatuto socioeconômico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1373-1380, Abr. 2017.
- GONÇALVES, H. et al. Determinantes sociais da iniciação sexual precoce na coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 34-41, 2008.
- GONÇALVES, H. et al. Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v. 18, n. 1, p. 25-41, mar. 2015.
- GROSSMAN, J.M. et al. Protective effects of middle school comprehensive sex education with family involvement. **J. Sch. Health.** v. 84, n. 11, p. 739–747, 2014.
- HEILBORN, M.L. et al. **O aprendizado da sexualidade. Reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Garamond, 536 p. 2006.
- HUEBNER, C. S. **Best practices and intervention with children with low self-esteem.** In: THOMAS, A. & GRIMES, J (Eds.) Best practices in School Psychology, SI.: S.n, 1997.
- HUGO, T. D. O. et al. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 11, nov. 2011.
- HUTZ, C. S. **Adaptação da escala de autoestima de Rosenberg.** Manuscrito não publicado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS. 2000.

- HUTZ, C. S.; ZANON, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de Autoestima de Rosenberg. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 41-49, 2011.
- IEPSEN, A. M.; SILVA, M. C. Prevalência e fatores associados à insatisfação com a imagem corporal de adolescentes de escolas do Ensino Médio da zona rural da região sul do Rio Grande do Sul, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 232, p. 317-25, 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. 2017. [Internet]. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>>. Acesso em: dez. 2018.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse Estatística da Educação Básica 2017**. Brasília: INEP, 2018. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/guest/sinopses-estatisticas-da-educacao-basica>>. Acesso em: mai. 2018.
- JAMES, W. **The Principles of Psychology**. Cambridge: Harvard University Press, 1376 p. 1890.
- JANEIRO, J. M. Educar sexualmente os adolescentes: uma finalidade da família e da escola? **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 29, n.3, p. 382-90, 2008.
- JACKSON, C.A.; et al. An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. *J. Public. Health.* v. 34, n. 1, p. 31-40, 2012
- JUDGE, T. A.; BONO, J. E. Relationship of core self-evaluations traits—self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability—with job satisfaction and job performance: A metaanalysis. **Journal of Applied Psychology**, v. 86, p. 80–92, 2001.
- KAWACHI, I.; SUBRAMANIAN, S.; ALMEIDA-FILHO, N. A glossary for health inequalities. **J. Epidemiol. Community Health**, v. 56, n.9, p. 647-652, 2002.
- KESSLER, A. L.; POLL, F. A. Relação entre imagem corporal, atitudes para transtornos alimentares e estado nutricional em universitárias da área da saúde. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 67, n. 2, p. 118-125, Jun. 2018.
- LAGHI, F et al. The role of sensation seeking and motivations for eating in female and male adolescents who binge eat. **Eat. Behav.**, p. 119-24, 2015.
- LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983, p. 133-158.
- LIMA, N. L.; ROSA, C. D. O. B.; ROSA, J. F. V. Identificação de fatores de predisposição aos transtornos alimentares: Anorexia e bulimia em adolescentes de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 12, n. 2, p. 360-378, 2012.
- LOHMAN, T. G.; ROCHE, A. F.; MARTORELL, R. **Anthropometric standardization reference manual**. Champaign (IL): Human Kinetics Books; 1988.
- LONGO, L. A. F. B. **Prevenir ou remediar? Um estudo das práticas contraceptivas entre as mulheres de 15 a 24 anos no Brasil**. Dissertação (Mestrado). Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da UFMG, Cedeplar, Belo Horizonte, 2001.
- LOOMBA-ALBRECHT L. A.; STYNE, D. M. Effect of puberty on body composition. **Curr. Opin. Endocrinol. Diabetes Obes.**, v. 16, n. 1, p. 10-15. 2009.
- LÓPEZ, G. T.; MORENO, J. B. **La Depresión y Autoestima como Predictores de Comportamientos de altos riesgos**. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2002.

MALDONADO et al. Autoestima, autoeficacia percibida, consumo de tabaco y alcohol em estudantes de educação secundaria de área urbana y rural de Monterrey, Nuevo León, México. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 16, p. 614-20, jul.-ago. 2008.

MARMOT, M. **The health Gap: The challenges of an unequal world**. London: Bloomsbury, 2015.

MARSHALL, W. A.; TANNER, J. M. Variations in pattern of pubertal changes in girls. **Archives of Disease Childhood**, v. 44, n. 235, p. 291-303, 1969.

MARSHALL, W. A.; TANNER, J. M. Variations in the pattern of pubertal changes in boys. **Archives of Disease Childhood**, v. 45, n. 239, p. 13-23, 1970.

MARTINO, S. C. et al. Beyond the “big talk”: the roles of breadth and repetition in parent-adolescent communication about sexual topics. **Pediatrics**. v.121, n.3, 2008.

MARTINS, S. R. S. Auto-conceito em crianças repetentes e não repetentes: dois procedimentos de avaliação, 1997. Dissertação de Mestrado. Campinas: Pontífica Universidade Católica de São Paulo.

MATIAS, T. S. et al. Corporal satisfaction associated with physical activity practice during adolescence. **Motriz**, v. 16, p. 370-8, 2010.

MCFARLIN; D. B.; BAUMEISTER, R. F.; BLASCOVICH, J. On knowing when to quit: Task failure, self-esteem, advice, and nonproductive persistence. **Journal of Personality**, v. 52, p. 138–155. 1984.

MCGEE, R.; WILLIAMS, S. Does low self-esteem predict health compromising behaviors among adolescents? **Journal of Adolescence**, v. 23, p. 259-582, 2010.

MCNAIR, L. D; CARTER, J. A; WILLIAMS, M. K. Self-esteem, gender, and alcohol use: Relationships with HIV risk perception and behaviors in college students. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 24, n. 1, p. 29-36, 1998.

MELO, M. C. P.; COELHO, E. A. C. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica, **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2549-58, 2011.

MELO NETO, O. C.; CERQUEIRA-SANTOS, E. Comportamento Sexual e Autoestima em Adolescentes, **Contextos Clínicos**, Sergipe, v. 5, n. 2, p. 100-111, Jul. 2012.

MIRANDA, V. P. et al. Body dissatisfaction in Brazilian adolescents from small municipalities of Minas Gerais. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 60, n. 3, p. 190-7. 2011.

MIRANDA, V. P. N. Imagem corporal de adolescentes de cidades rurais. **Cien. Saúde Colet.**, v. 19, n. 6, p. 1791- 1801, 2014.

MOIZES, J. S.; BUENO, S. M. V. Compreensão sobre sexualidade e sexo nas escolas segundo professores do ensino fundamental. **Rev. Esc. Enferm.** São Paulo, v. 44, n. 1, p.205-12, 2010.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M.; GALVÃO, M. T. G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 961-70, 2007.

MRUK, C. J. **Self-esteem and positive psychology: Research, theory, and practice**. 4th ed., New York, US: Springer Publishing Co., 2013.

NACIONES UNIDAS. **Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo**: el Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas, 1995.

NERY, I. S. et al. Approach to sexuality in the dialogue between parents and adolescents. **Acta. Paul. Enferm.** v. 28, n. 3, p. 287-292, 2015.

- NEVES, F. S. et al. Estudo EVA-JF: aspectos metodológicos, características gerais da amostra e potencialidades de uma pesquisa sobre o estilo de vida de adolescentes brasileiros. **Adolesc. Saúde**, v. 16, n. 4, p. 113-129, 2019.
- NEYER, F. J.; ASENDORPF, J. B. Personality-relationship transaction in young adulthood. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 81, p. 1190–1204, 2001.
- NUNES, E. D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo; 2009. p. 19-40
- O'CONNOR, B. P.; VALLERAND, R. J. Psychological adjustment variables as predictors of mortality among nursing home residents. **Psychology and Aging**, v. 13, p. 368–374, 1988.
- OGLAND, C. et al. The association of religion and virginity status among Brazilian adolescents. **Journal of Adolescent Health**, v. 48, n. 6, p. 651-653, 2011.
- OLIVEIRA-CAMPOS, M. et al. Comportamento sexual em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE 2012). **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 17, supl. 1, p. 116-130, 2014.
- OLSEN, J. M. et al. Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 1-17, 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta da Organização Mundial de Saúde**, 1946.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais**. Lisboa: OMS, 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde**. Rio de Janeiro, out. 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Saúde reprodutiva de adolescentes: uma estratégia para ação**. Genebra: Organização Mundial de Saúde/FNUAP/UNICEF; 1989.
- PALUDO, A. C. et al. Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes: prevalência e associação com o estado nutricional. **Conscientia e Saude**, v. 10, n. 1, p. 143-149, 2011.
- PASSOS, M. D. et al. Representações sociais do corpo: um estudo com adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 12, p. 2383-2393, 2013.
- PELEGRINI, A. et al. Insatisfação corporal associada a indicadores antropométricos em adolescentes de uma cidade com índice de desenvolvimento humano médio a baixo. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, v. 33, p. 687-98, 2011.
- PELLEGRINI-FILHO, A. Public policy and the social determinants of health: the challenge of the production and use of scientific evidence. **Cad. Saúde. Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.2, p. 135-40, 2011.
- PETROSKI, E. L.; PELEGRINI, A.; GLANER, M. F. Motivos e prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 1071-1077, jan./abr. 2012.
- POLTRONIERIA, T. S. et al. Insatisfação com a imagem corporal e fatores associados em mulheres do sul do Brasil. **Ciênc. Saúde**, v. 9, n. 3, p.128-34, 2016.
- POPE, A.; MCHALE, S.; CRAIGHEAD, E. **Self-Esteem Enhancement with Children and Adolescents**. Nova Iorque: Pergamon Press, 1988.

- PUTTINI, R. F.; PEREIRA JUNIOR, A.; OLIVEIRA, L. R. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-767, 2010.
- QUICK, V. et al. Body size perception and weight control in youth: 9-year international trends from 24 countries. **Int. J. Obes.**, v. 38, n. 9, p. 88-94, 2014.
- RAPHAEL, D. An analysis in international experiences in tackling health inequalities. In: Raphael D. **Tackling health inequalities: Lessons from international experiences**. Toronto: Canadian Scholars Press; 2012. p. 229-264.
- RENTZ-FERNANDES, A. R. et al. Autoestima, imagem corporal e depressão de adolescentes em diferentes estados nutricionais. **Rev. Salud Pública**, v. 19, n. 1, p. 66-72, fev. 2017.
- ROBINS, R. W.; HENDIN, H. M.; TRZESNIEWSKI, K. H. Measuring global self-esteem: Construct validation of a single item measure and the Rosenberg Self-Esteem scale. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 27, p. 151–161, 2001.
- ROGERS, C. Uma teoria da terapia, da personalidade e relacionamento interpessoal. In: ROGERS, C.; KINGET, G. M. (Orgs.) **Psicoterapia & Relações Humanas**. Belo Horizonte: Interlivros, 1977.
- ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Princeton, NJ: Princeton University Press. 326 p, 1989.
- ROSENBERG, M.; PEARLIN, L. I. Social class and self-esteem among children and adults. **American Journal of Sociology**, v. 84, p. 53 –77, 1978.
- ROSENBERG, M.; SCHOOLER, C.; SCHOENBACH, C. Self-esteem and adolescent problems: Modeling reciprocal effects. **American Sociological Review**, v. 54, p. 1004–1018, 1989.
- SAITO, M. I. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. **Pediatria**, São Paulo, v. 22 p. 217-9, 2000.
- SANTOS, E. M. Body satisfaction and associated factors among high school students. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 29, p. 214-23, 2011.
- 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.
- SCAGLIUSI, F. B. et al. Concurrent and discriminant validity of the Stunkard's figure rating scale adapted into Portuguese. **Appetite**, London, v. 47, n. 1, p. 77-82, jul. 2006.
- SCHILDER, P. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. São Paulo: Martins Fontes, 1981.
- SMOLAK, L. Body image in children and adolescents: where do we go from here? **Body Image**, v. 1, p. 15-28, 2004.
- SOLAR, O. IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health. Discussion Paper 2 (Policy and Practice)**. Geneva: WHO, 2010.
- 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. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3755-3762, nov. 2017.
- STICE, E.; WHITENTON, K. Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation. **Developmental Psychology**, v. 38, n. 5, p. 669–678, 2002.

- STUNKARD, A. J. et al. Use of the danish adoption register for the study of obesity and thinness. In: KETY, S. et al. (Ed.). **The genetics of neurological and psychiatric disorders**. New York: Raven Press, 1983. p. 115.
- TANNER, J. M. **Growth at adolescence**. 2. ed. Oxford: Blackwell Scientific Publication, 1962.
- TAQUETTE, S. R. et al. Saúde sexual e reprodutiva para a população adolescente, Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1923-1932, 2017.
- TONI, V. et al. Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes de escolas públicas de Caxias do Sul – RS. **Rev. Bras. Cienc. Saude** v. 16, n. 2, p. 187-94, 2012.
- TRZESNIEWSKI, K. H.; DONNELLAN, M. B.; ROBINS, R. W. Stability of Self-Esteem Across the Life Span, **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 84, n. 1, p. 205–220, 2003.
- VALE, A. M.; KERR, L. R.; BOSI, M. L. Comportamento de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes estratos sociais do Nordeste do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 121-32, 2011.
- VITALLE, M. S. S. Alguns pontos conceituais sobre sexualidade na adolescência. **Rev. Paul. Pediatr.** v. 21, n.2, p. 89-94, 2003.
- VOLI, F. **A Auto-Estima do Professor: manual de reflexão e ação educativa**. São Paulo: Edições Loyola, 256 p. 1998.
- WANG, Y.; LIANG, H.; CHEN, X. Measured body mass index, body weight perception, dissatisfaction and control practices in urban, low-income African American adolescents. **Public. Health**, v. 9, p. 183, 2009.
- WHISMAN, M. A.; KWON, P. Life stress and dysphoria: The role of self-esteem and hopelessness. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 65, p. 1054–1060, 1993.
- WHITEHEAD, B. D. et al. **Keeping the faith: the role of religion and faith communities in preventing teen pregnancy**. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Commission on Social Determinants of Health. **Closing the Gap in a Generation - Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health - Commission on Social Determinants of Health**. Final Report Geneva: WHO, 2008.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Young People's Health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All**. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.
- XIMENES, R. C. C., et al. Versão brasileira do “BITE” para uso em adolescentes. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 63, n. 1, p. 52-63, 2011.
- WOOLLEY, N. O.; MACINKO, J. Association between sociodemographic characteristics and sexual behaviors among a nationally representative sample of adolescent students in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 1-13, 2019.
- ZIONI, F.; WESTPHAL, M. F. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. **Saúde Soc.** v. 16, n. 3, p. 26-34. 2007.

**APÊNDICE A – ARTIGO ORIGINAL SUBMETIDO AO PERIÓDICO CADERNOS  
DE SAÚDE COLETIVA  
FATORES ASSOCIADOS À SEXARCA EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO  
SISTEMÁTICA**

**RESUMO**

A literatura sugere que os fatores associados à iniciação sexual dependem de aspectos culturais. A presente revisão sistemática tem por objetivo identificar os fatores associados a sexarca em adolescentes brasileiros. Foram selecionados os artigos publicados nas bases de dados LILACS, MEDLINE via PUBMED e SCIELO, entre os anos de 2009 e 2019, com a temática sexarca em crianças e adolescentes brasileiros, nos idiomas inglês, português e espanhol. Foram utilizados os descritores e seus respectivos termos em inglês: saúde sexual e reprodutiva, comportamento sexual, relação sexual e adolescente, assim como os operadores *OR* e *AND* para a combinação dos termos. De maneira independente, dois autores avaliaram os artigos, considerando neste estudo um total de 21 artigos. Os fatores associados à sexarca mais mencionados nos estudos foram: sexo, raça/cor, religião, escolaridade, tipo de escola (pública ou privada), condições socioeconômicas, escolaridade materna e paterna, ausência de um dos responsáveis no lar, residir sozinho e exposição ao uso de álcool e drogas. Conclui-se que a abordagem desta temática é de extrema importância, especialmente no ambiente escolar, tendo em vista que a orientação sexual tem o potencial de minimizar as intercorrências que podem comprometer a saúde sexual e reprodutiva deste grupo.

**Palavras-chave:** Comportamento sexual, Adolescente, Relação sexual.

## INTRODUÇÃO

A adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizada por profundas transformações físicas, biológicas, emocionais e psicossociais que afetam, sobretudo, os padrões de comportamento contribuindo para o amadurecimento do adolescente<sup>1,2</sup>.

Dentre as alterações físicas, atreladas ao período da puberdade citam-se: o crescimento físico, a eclosão hormonal e evolução da maturação sexual. Já no âmbito emocional são observadas tendências comportamentais voltadas à busca da identidade, desenvolvimento conceitual e evolução da sexualidade<sup>3</sup>. Por essa razão, a adolescência está vinculada ao início da atividade sexual<sup>4</sup>.

Há uma perceptível intensificação do sentimento sexual que conduz o adolescente a determinados comportamentos<sup>5</sup>. Nos últimos anos, a sexarca, considerada um marco na vida dos jovens, tem se iniciado cada vez mais precocemente entre os púberes<sup>6</sup>. A proporção de adolescentes que já tiveram relação sexual antes dos 15 anos tem aumentado entre os meninos, mas não entre as meninas, nas últimas quatro décadas<sup>7</sup>.

A literatura sugere que os fatores associados à iniciação sexual dependem de aspectos culturais<sup>8</sup>. A antecipação é determinada por muitas formas de desigualdade, se analisado por gênero, classe social, raça/cor, escolaridade e condição socioeconômica<sup>9-12</sup> e os expõem de modo diferenciado a situações de vulnerabilidade social e de saúde<sup>13-15</sup>.

Aspectos da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes contemplados no questionário Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE-2015), revelaram que 27,5% dos adolescentes brasileiros haviam se iniciado sexualmente, com idade da primeira relação em torno dos 13,2 anos (12,9 para meninos e 13,7 para meninas). Os meninos apresentaram iniciação sexual precoce, maior prevalência de iniciação sexual e maior número de parceiros comparados às meninas<sup>16</sup>. A literatura demonstra que a prevalência de relação sexual é mais frequente entre meninos, de raça/cor preta, com idade acima de 15 anos, estudantes de escolas públicas e cujas mães apresentam escolaridade mais baixa<sup>17</sup>. A prevalência de relação sexual com ou sem uso de preservativo associa-se a aspectos da estrutura familiar, comportamentos de risco à saúde e ausência de orientação sobre gravidez na escola<sup>18</sup>.

Considerando a influência de fatores individuais e das condições de vida na saúde, bem como a coexistência de comportamentos que podem representar riscos à saúde na adolescência, o presente estudo busca a identificação dos fatores associados a sexarca em adolescentes brasileiros.

## **MÉTODOS**

O presente trabalho consiste em uma revisão sistemática que utilizou como referencial os artigos publicados nas bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS), *Medical Literature Library of Medicine* (MEDLINE), via PUBMED e *Scientific Electronic Library* (SCIELO) entre os anos de 2009 e 2019 com a temática sexarca em crianças e adolescentes brasileiros, nos idiomas inglês, português e espanhol. A identificação dos artigos foi realizada em junho de 2019.

Os termos utilizados para a busca dos artigos foram identificados nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), dos quais foram selecionadas as seguintes palavras-chaves: saúde sexual e reprodutiva, comportamento sexual, relação sexual e adolescente. A estratégia de busca foi organizada de diferentes formas a fim de atender as especificidades de cada base de dados. Utilizaram-se os operadores lógicos *OR* e *AND* para realizar a combinação dos termos utilizados na busca das publicações.

Foram considerados elegíveis os estudos que preenchessem os seguintes critérios: estudos quantitativos do tipo observacional transversal e estudos do tipo coorte, participantes de qualquer raça/cor, residentes no Brasil, independente do sexo e nível socioeconômico e estudos que descrevessem a primeira relação sexual e seus possíveis fatores associados.

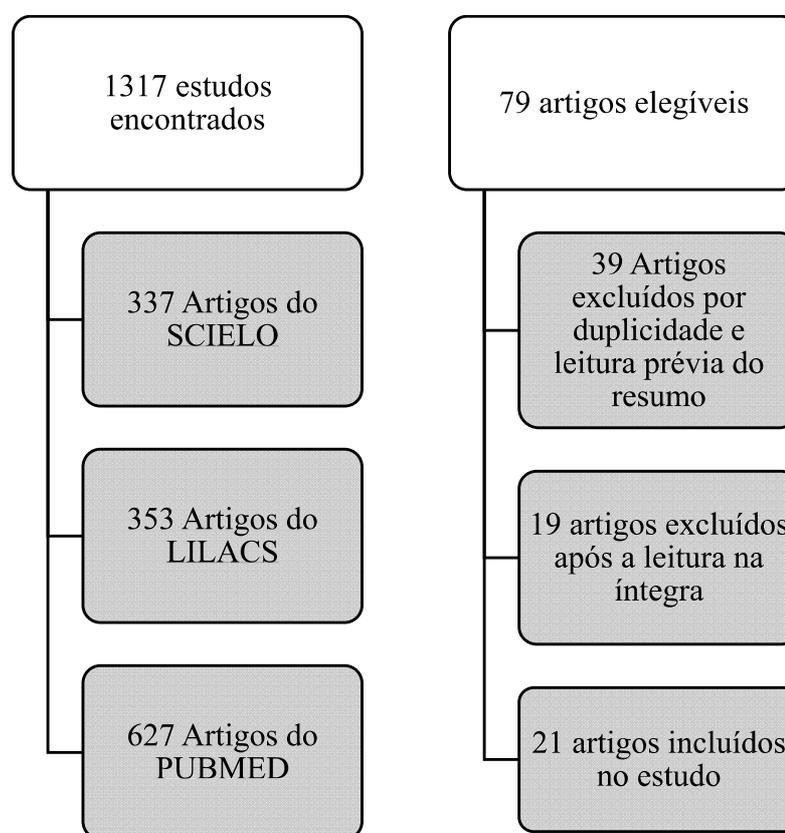
Foram excluídos os artigos de revisão, estudos epidemiológicos do tipo caso-controle, ecológico, de intervenção, dissertações e teses, artigos em duplicidade nas bases de dados e estudos com avaliação exclusivamente qualitativa.

De maneira independente, dois autores avaliaram os artigos obtidos pela estratégia de busca inicial, por título e resumo, utilizando os critérios de elegibilidade e exclusão predefinidos. As discordâncias ocorridas na seleção foram resolvidas por consenso. Mantendo-se a discordância, pesquisadores mais experientes foram consultados.

## RESULTADOS

Por meio dos critérios estabelecidos, encontraram-se 1317 estudos, diferenciados em três bases de dados: *SciELO*, *Lilacs* e *Pubmed*, publicados entre os anos de 2009 e 2019. Por meio da análise dos títulos e resumos mantiveram-se 40 trabalhos, e, após a leitura na íntegra e aplicação dos critérios de exclusão, foram selecionados 21 estudos para o presente artigo. A figura 1 apresenta o fluxograma da seleção de artigos.

**Figura 1 – Fluxograma da busca de artigos**



A descrição dos estudos foi realizada a partir da análise das seguintes informações: autores, ano de publicação, objetivos, local de realização do estudo, caracterização da amostra, métodos utilizados para a coleta de dados, fatores associados a sexarca e outros resultados relevantes, dispostos no quadro 1.

No que diz respeito aos anos de publicação dos artigos encontrados, percebe-se que somente o ano de 2010 não esteve representado, enquanto os anos de 2011 e 2014 foram os anos com maior concentração de artigos ( $n=4$ )<sup>20-23,27-30</sup>.

Quanto a amostra estudada, tem-se que a maior concentração de estudos apresenta abrangência nacional ( $n=8$ )<sup>16,21,23-24,27,30,34,38</sup>. Em sua maioria a amostra foi

constituída pela população adolescente (10-19 anos), o estudo de Spinola et al. (2017) apresentou menor variação de idade (14-16 anos) para a população<sup>36</sup>, enquanto o estudo de Verona e Regnerus apresentou maior oscilação, visto que a população era constituída por indivíduos de 15 a 24 anos<sup>27</sup>. As amostras dos estudos eram constituídas por ambos os sexos, com exceção de quatro artigos que somente trabalharam com integrantes do sexo feminino<sup>23-24,26-27</sup>.

Os instrumentos de avaliação utilizados resumiam-se em questionários autoaplicáveis, entrevistas face a face, utilizados separados ou concomitantemente.

De um modo geral, a finalidade dos estudos foi descrever e/ou avaliar a sexarca e a idade em que a mesma ocorreu, bem como seus respectivos fatores associados. Apesar da maioria dos estudos ter apresentado informações socioeconômicas e demográficas, nem sempre buscava-se associar tais características com a sexarca. As variáveis mais presentes nos estudos foram as seguintes: idade, sexo, raça/cor, grau de escolaridade da mãe, constituição familiar, classe social, tipo de escola, consumo de substâncias lícitas e/ou ilícitas

**Quadro 1 – Descrição dos resultados das referências incluídas no estudo de revisão.**

Autor e Ano	Objetivo	Amostra	Métodos	Resultados
BERGAMIM & BORGES (2009) <sup>19</sup>	Identificar os fatores associados à iniciação sexual entre adolescentes.	335 adolescentes (15-19 anos), residentes na área de abrangência de uma UBS da zona oeste de São Paulo.	Estudo transversal. Questionário.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 63,7% havia iniciado a vida sexual, com média de idade de 14,8 anos.</li> <li>• Fatores associados à sexarca feminina: idade, coabitação, estudo atual, concordância materna e paterna de que a adolescente tivesse vida sexual, postura materna em relação a passeios e namoros, ter ficado com alguém mesmo sem vontade, maioria dos amigos já terem iniciado a vida sexual e concordar com a afirmação "a mulher deve se guardar para alguém especial".</li> <li>• Fatores associados à sexarca masculina: idade, estudo atual, ter ficado com alguém mesmo sem vontade e ter a maioria dos amigos com experiência sexual.</li> <li>• Abandono ou relações frágeis com a escola também associou-se à sexarca.</li> </ul>
BRÉTAS, et al. (2011) <sup>20</sup>	Identificar e comparar aspectos do comportamento sexual de adolescentes.	920 adolescentes (12-19 anos) do ensino fundamental e médio de escolas da região de Santo Eduardo do município de Embu (SP).	Estudo exploratório com abordagem quantitativa. Questionário autoaplicado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 39% dos meninos e 17% das meninas haviam iniciado a prática sexual. Média de idade: 14 anos ou menos (91% dos meninos e 60% das meninas); entre 15 e 16 anos (7% dos meninos e 33% das meninas); entre 17 e 18 anos (1% dos meninos e 7% das meninas).</li> <li>• Fatores associados à sexarca feminina: o amor, podendo ou não ser marcada por insistência dos namorados e/ou para a manutenção do interesse do parceiro.</li> <li>• Fatores associados à sexarca masculina: satisfação do instinto e da necessidade de dar vazão a atração física, além de servir como modo de expressão do processo de tornar-se homem e de consolidação da sua masculinidade.</li> </ul>

(Continua)

Quadro 1 (Continuação)

<b>Autor e Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Amostra</b>	<b>Métodos</b>	<b>Resultados</b>
MALTA, <i>et al.</i> (2011) <sup>21</sup>	Descrever as situações relacionadas à saúde sexual dos adolescentes.	60.973 estudantes do 9º ano, de escolas públicas e privadas das capitais e do Distrito Federal da PeNSE (2009).	Estudo transversal, descritivo, de base escolar. Questionário autoaplicado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30,5% já tiveram relações sexuais (43,7% dos meninos e 18,7% das meninas).</li> <li>• Antes dos 13 anos, 12,5% já haviam tido relação sexual; aos 13 anos, 15,3%; aos 14 anos, 24,9%; aos 15 anos, 47,3% e aos 16 anos, 63,5%.</li> <li>• Apresentaram menor frequência de sexarca: adolescentes mais jovens, de cor branca, que moravam com ambos os pais e cujas mães tinham maior escolaridade.</li> <li>• A média de idade da primeira relação foi de 15,7 anos (DP = 1,98).</li> <li>• Risco de ter iniciação sexual em idade mais jovem foi 41% maior entre os homens quando comparados com as mulheres.</li> <li>• Fatores associados à sexarca precoce: sexo masculino, menor nível socioeconômico, menor escolaridade, ter pais separados, não prática de religião, uso de drogas e tabagismo nos últimos três meses, morar com companheiro, não uso de camisinha na última relação.</li> </ul>
HUGO, <i>et al.</i> (2011) <sup>22</sup>	Descrever os fatores associados à idade da sexarca.	1.621 jovens (18-24 anos), residentes na zona urbana da cidade de Pelotas (RS).	Estudo quantitativo transversal de base populacional. Entrevista estruturada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 48% das adolescentes passaram pela sexarca, 16% relataram ser virgem por razões de casamento e 36% eram virgens por outros motivos.</li> <li>• Fatores associados à sexarca: não ter religião, baixa frequência nos serviços religiosos.</li> <li>• Fatores associados à virgindade: ter religião (católica, protestante ou petencostal), participar frequentemente dos serviços religiosos.</li> </ul>
OGLAND, <i>et al.</i> (2011) <sup>23</sup>	Examinar a associação entre fatores religiosos e o status de virgindade de adolescentes solteiras.	2.364 adolescentes (15-19 anos), solteiras, que participaram da PNDS (2006).	Estudo domiciliar, nacional, transversal. Questionários "face a face".	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 44,2% não haviam iniciado a vida sexual.</li> <li>• Quanto maior a escolaridade, maior foi a proporção de mulheres que não iniciam a vida sexual antes dos 20 anos.</li> <li>• Fatores associados a sexarca: baixo nível econômico antes dos 20 anos (65,1%), baixa escolaridade.</li> <li>• Quanto mais cedo o início da vida sexual, mais cedo foram as uniões.</li> </ul>
BERQUÓ, <i>et al.</i> (2012) <sup>24</sup>	Analisar características sociodemográficas e do comportamento sexual e reprodutivo de mulheres jovens.	2991 mulheres (15-20 anos) que participaram da PNDS (2006).	Estudo domiciliar, nacional, transversal. Questionários "face a face".	

Quadro 1 (Continuação)

<b>Autor e Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Amostra</b>	<b>Métodos</b>	<b>Resultados</b>
--------------------	-----------------	----------------	----------------	-------------------

<p>CARVALHO, <i>et al.</i> (2013)<sup>25</sup></p>	<p>o comportamento sexual de adolescentes de escolas públicas.</p>	<p>448 estudantes (13-19 anos), do ensino médio, de escolas públicas de Curitiba (PR).</p>	<p>Estudo transversal. Questionário.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30,8% dos adolescentes até 14 anos passaram pela sexarca.</li> <li>• 47,8% dos meninos e 24,6% das meninas relataram ser sexualmente ativos. Os meninos iniciam atividades sexuais mais cedo e são mais sexualmente ativos que as meninas.</li> <li>• Aos 14 anos, 38,7% dos meninos e 8,5% das meninas foram declarados sexualmente ativos. Adolescentes que não viviam com os pais, usuários de maconha, de diferentes drogas são mais sexualmente ativos.</li> <li>• Aqueles que consumiam álcool, cigarro ou maconha apresentaram maior frequência de sexarca.</li> </ul>
<p>VONK, <i>et al.</i> (2013)<sup>26</sup></p>	<p>Descrever aspectos referentes à vida afetivo-sexual e à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes.</p>	<p>200 adolescentes (15-19 anos) de escolas públicas de Silva Jardim (RJ).</p>	<p>Estudo transversal. Questionário.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 26,8% das meninas e 38,4% dos meninos tinham experiência sexual.</li> <li>• Grande parte das meninas informou ter tido a primeira relação sexual entre os 15 e 19 anos, enquanto mais da metade dos meninos se iniciou mais jovem.</li> <li>• Quase 80% dos meninos tiveram a sexarca com adolescentes de 12 a 19 anos, iniciaram-se sexualmente mais jovens e com pessoas com as quais "ficaram".</li> <li>• A maioria das meninas teve a primeira relação sexual com pessoas acima dos 20 anos e a iniciação foi com o namorado.</li> </ul>
<p>VERONA &amp; REGNERUS (2014)<sup>27</sup></p>	<p>Examinar as associações entre a religião e a iniciação sexual pré-marital.</p>	<p>4.617 mulheres (15-24 anos) que participaram da PNDS (2006).</p>	<p>Estudo domiciliar, nacional, transversal, com banco de dados da PNDS (2006). Questionários "face a face".</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatores associados à sexarca pré-marital: baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, viver no Norte, no Sul, no Sudeste ou no Centro-Oeste, residir em área urbana (mesmo somente nos primeiros anos de vida), não ter religião, ser católico ou pentecostal praticante com baixa frequência nos serviços religiosos.</li> </ul>

Quadro 1 (Continuação)

Autor e Ano	Objetivo	Amostra	Métodos	Resultados
OLIVEIRA, <i>et al.</i> (2014) <sup>28</sup>	Investigar a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes.	1747 estudantes (12-19 anos), do ensino fundamental e médio de escolas estaduais de Manaus (AM).	Estudo transversal de base escolar. Questionário autoaplicado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>68,0% dos meninos e 43,6% das meninas são sexualmente ativos. A média de idade da primeira relação sexual nas meninas foi de 14,6 anos (DP±2,07) e de meninos foi de 13,1 anos (DP±2,12), revelando que as meninas se iniciam mais tardiamente.</li> </ul>
SASAKI, <i>et al.</i> (2014) <sup>29</sup>	Investigar as características do comportamento sexual de adolescentes.	3.099 adolescentes (11-17 anos) do 9º ano, de escolas públicas e privadas de Goiânia (GO), que participaram da PeNSE (2009).	Estudo transversal, nacional, de base escolar, Questionário autoaplicado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>A prevalência de relação sexual alguma vez na vida foi de 26,5%, e, nos últimos 12 meses, foi de 18,5%.</li> <li>Mais da metade dos adolescentes que tiveram relação sexual alguma vez iniciaram com 13 anos ou menos (63,2%).</li> <li>A prevalência de relação sexual alguma vez e nos últimos doze meses foi maior em escolares do sexo masculino e entre os estudantes de escola pública.</li> </ul>
OLIVEIRA-CAMPOS, <i>et al.</i> (2014) <sup>30</sup>	Descrever o comportamento sexual entre os escolares	107.468 alunos (13-15 anos) do 9º ano de escolas públicas e privadas que participaram da PeNSE (2012).	Estudo de base escolar. Questionário autoaplicado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>28,7% dos adolescentes passaram pela sexarca (40,1% dos meninos e 18,3% das meninas). Proporção que aumentou com a idade.</li> <li>Fatores associados à sexarca: sexo masculino, estudar em escolas públicas, baixa escolaridade materna, mãe trabalhar atualmente, não receber informações sobre saúde sexual e reprodutiva na escola.</li> <li>A menor prevalência de sexarca se deu entre estudantes com mães de maior escolaridade (superior completo).</li> </ul>

Quadro 1 (Continuação)

Autor e Ano	Objetivo	Amostra	Métodos	Resultados
GONÇALVES, <i>et al.</i> (2015) <sup>31</sup>	Avaliar a prevalência de início da vida sexual até os 14 anos e fatores sociodemográficos e comportamentais relacionados à sua ocorrência.	4.325 participantes (10-14 anos), de estudo de coorte de nascimentos de 1993 de Pelotas (RS).	Estudo descritivo obtido de uma coorte. Questionário aplicado pelo entrevistador e questionário autoaplicado para responsáveis e adolescentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A prevalência de iniciação sexual antes dos 15 anos foi de 18,6% (20,9% meninos e 16,4% das meninas). A maioria das meninas (60,6%) se iniciou sexualmente até os 14 anos e os meninos iniciaram a vida sexual mais cedo.</li> <li>• 1,1% dos sexualmente iniciados relataram relação antes dos 10 anos.</li> <li>• Escolaridade do adolescente e da mãe, índice de bens da família e idade da mãe na primeira gestação apresentaram relação inversa com a iniciação sexual.</li> <li>• Fatores associados à sexarca antes dos 15 anos: experimentação de fumo e álcool, episódio de embriaguez, uso de drogas ilícitas e envolvimento em brigas.</li> </ul>
SASAKI, <i>et al.</i> (2015) <sup>32</sup>	Investigar a prevalência de relação sexual em adolescentes e seus respectivos fatores associados.	3.099 escolares (11-17 anos) do 9º ano de Goiânia (GO), que participaram da PeNSE (2009).	Estudo transversal, nacional, de base escolar. Questionário autoaplicado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevalência de sexarca de 26,5% e meninos apresentaram prevalência 2,52 vezes maior que as meninas.</li> <li>• Fatores associados à sexarca: indivíduos de cor preta, faixa etária de 15 anos ou mais, adolescentes que não moravam com a mãe ou com o pai, estudantes de escolas públicas, uso de cigarro, álcool e drogas, bem como com envolvimento em brigas e episódios de agressão familiar nos últimos 30 dias.</li> <li>• Adolescentes cujas mães tinham escolaridade mais alta (12 anos ou mais) apresentaram menor frequência de sexarca.</li> </ul>
SILVA, <i>et al.</i> (2015) <sup>33</sup>	Descrever as situações relacionadas à saúde sexual de adolescentes.	323 adolescentes (13-19 anos), do 9º ano e do ensino médio de escolas estaduais de Diamantina (MG).	Estudo transversal, descritivo. Questionário.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A média de idade do início da relação sexual foi de 14,1 ± 1,6 anos.</li> <li>• 48,9% dos adolescentes passaram pela sexarca (65,5% dos meninos e 38,4% das meninas).</li> <li>• Fatores associados à sexarca: cor branca, baixa escolaridade materna e paterna, não residir com algum dos pais, uso de álcool ou droga ilícita.</li> </ul>

Quadro 1 (Conclusão)

Autor e Ano	Objetivo	Amostra	Métodos	Resultados
BORGES, et al. (2016) <sup>34</sup>	Estimar prevalências de iniciação sexual e uso de métodos contraceptivos na última relação sexual de adolescentes.	74.589 adolescentes (12-17 anos), de escolas públicas que participaram do ERICA.	Estudo transversal, nacional, de base escolar. Questionário autoaplicado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 28,1% já havia passado pela sexarca, com maior prevalência entre o sexo masculino (33,5%), estudantes de escolas públicas (29,9%) e residentes na região Norte (33,9%).</li> <li>• As prevalências de sexarca cresciam de acordo com a idade, chegando a 56,4% dentre os adolescentes com 17 anos de idade.</li> </ul>
CASTRO, et al. (2017) <sup>35</sup>	Caracterizar o comportamento e práticas sexuais dos adolescentes, segundo o sexo.	674 adolescentes de (13-19 anos), do ensino médio de escolas estaduais de Recife (PE).	Estudo transversal, descritivo. Questionário autoaplicado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A média da idade dos adolescentes na primeira relação sexual foi de 14,70 ± 1,82 anos (mínimo 8 e máximo 19 anos), com as meninas apresentando idade superior aos meninos.</li> <li>• Fator associado à sexarca: sexo masculino.</li> </ul>
SPINOLA, et al. (2017) <sup>36</sup>	Identificar os fatores associados à iniciação sexual precoce entre mães de 14 a 16 anos.	427 mães adolescentes (14-16 anos) residentes em Porto Alegre (RS), que tiveram filhos em 2009.	Estudo transversal. Questionário.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 63,2% das adolescentes tiveram iniciação sexual com até 14 anos de idade e 36,8% com 15 anos ou mais.</li> <li>• Fatores associados à sexarca: menarca antes dos 12 anos, iniciação com parceiros casuais (onde não havia um relacionamento afetivo).</li> </ul>
WOOLLEY & MACINKO (2019) <sup>38</sup>	Ampliar as evidências da relação entre o nível socioeconômico de adolescentes e comportamentos sexuais.	102.301 estudantes do 9º ano que participaram da PeNSE (2015).	Análise seccional da PeNSE (2015). Questionário autoaplicado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 27,5% haviam passado pela sexarca.</li> <li>• Fatores associados à sexarca feminina: idade, renda baixa, baixa escolaridade materna, ambiente urbano, morar sozinho.</li> <li>• Fatores associados à sexarca masculina: ser negro, ter múltiplos parceiros sexuais, menores uso de preservativo, morar sozinho.</li> </ul>

Legenda: UBS: Unidade Básica de Saúde; PeNSE: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar; PNDS: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde; DP: Desvio padrão; ERICA: Estudo os Riscos Cardiovasculares em Adolescentes

Quanto a sexarca dos indivíduos, a menor frequência observada foi de 26,5%<sup>29,32</sup>, enquanto a maior foi de 63,7%<sup>19</sup>. Além disso, quando foram feitas comparações em relação ao sexo masculino e feminino, percebeu-se que o sexo masculino apresentava maior frequência de sexarca que a sua contraparte, bem como uma maior frequência de sexarca em idade mais jovens ( $n=13$ )<sup>16,20-21,25-26,28-35</sup>. O trabalho de Bergamim et al. (2009) foi a única exceção, visto que não houve diferença entre os sexos quanto a idade média de iniciação sexual<sup>19</sup>. No que concerne somente o sexo feminino, tem-se que quanto menor foi a idade de menarca, maior foram as chances de uma iniciação sexual antes dos 13 anos (idade determinada pelo artigo como precoce) ( $n=1$ )<sup>36</sup>.

Quanto a idade dos indivíduos, nota-se uma menor frequência de sexarca nos anos iniciais da adolescência, além disso, observa também uma maior concentração de frequência de iniciação sexual entre as idades de 14 e 17 anos ( $n=7$ )<sup>19-21,25,30,32,34</sup>.

Em relação à idade de parceiro da sexarca, tem-se que as meninas iniciaram a vida sexual com parceiros adultos enquanto os meninos com iniciaram com parceiros adolescentes. Tem-se ainda que as meninas tendem a ter sua primeira relação sexual com namorados, enquanto os meninos tendem a se iniciar sexualmente com “ficantes” ( $n=1$ )<sup>26</sup>. Ademais, percebe-se dentre as meninas que relataram iniciar a vida sexual com parceiro casual, uma maior frequência de sexarca precoce (até 14 anos) que aquelas que iniciaram com parceiro estável ( $n=1$ )<sup>36</sup>.

Já na esfera religiosa, nota-se que os indivíduos que declaravam não ter nenhuma religião apresentavam maior frequência de sexarca em idades mais jovens que aqueles que exerciam alguma prática religiosa ( $n=3$ )<sup>22-23,27</sup>.

No que se refere a classe social, observa-se que os adolescentes pertencentes as classes mais pobres apresentavam maior frequência de sexarca que aqueles que integravam classes sociais mais elevadas ( $n=4$ )<sup>22,24,31,38</sup>.

Nota-se também que os adolescentes de cor branca apresentaram menor frequência de sexarca que aqueles de pele parda e preta ( $n=3$ )<sup>21,29,38</sup>, contrapondo o estudo de Silva (2015), no qual os adolescentes de cor branca apresentaram maior frequência de sexarca que os adolescentes negros e pardos ( $n=1$ )<sup>33</sup>.

Observa-se que os adolescentes em que as mães apresentavam menor nível de escolaridade apresentavam uma maior frequência de sexarca, quando comparados aqueles em que as mães apresentavam maior nível de escolaridade ( $n=5$ )<sup>21,30-33</sup>.

Verificou-se ainda que os adolescentes que estudavam em escolas públicas apresentaram maiores prevalências de sexarca quando comparados aos frequentadores de escolas particulares ( $n=5$ )<sup>16,29-30,32,34</sup>. Aliás, aqueles adolescentes que abandonaram ou possuíam vínculos frágeis com a escola também apresentavam maiores prevalências de sexarca ( $n=2$ )<sup>19,37</sup>. Chama atenção que somente um dos estudos encontrados abordava a questão da educação sexual e reprodutiva, no mesmo foi possível perceber que os estudantes que não tiveram educação sexual e reprodutiva apresentaram maior frequência de sexarca ( $n=1$ )<sup>30</sup>.

Quanto a moradia, percebe-se que os adolescentes que não moravam com nenhum dos pais apresentavam maior frequência de sexarca que aqueles que moravam com ao menos um dos pais ( $n=2$ )<sup>32-33</sup>. Porém, observou-se que aqueles adolescentes que moravam com ambos os pais, apresentaram menor frequência de sexarca que aqueles que moravam com somente um dos pais ( $n=4$ )<sup>21,25,37-39</sup>.

Adolescentes que relataram consumo atual de bebida alcóolica, cigarro e/ou substancias ilícitas apresentaram maior frequência de sexarca que os que não haviam utilizado tais substâncias ( $n=4$ )<sup>25,32-33,37</sup>. Observa-se ainda, dentre os indivíduos que apresentam comportamentos de risco, uma maior frequência de sexarca antes dos 15 anos de idade ( $n=1$ )<sup>31</sup>.

Somente um estudo buscou relacionar a sexarca à imagem corporal dos adolescentes, e neste foi possível observar que julgar-se acima do peso atuou como efeito protetor no que se refere a sexarca ( $n=1$ )<sup>32</sup>.

## **DISCUSSÃO**

Ao analisar os resultados, é possível notar que o evento da sexarca não se dá de maneira homogênea entre os indivíduos, visto que o sexo, a idade, o tipo de escola, a situação escolar do indivíduo, a condição social, o nível de escolaridade da mãe, a estrutura familiar, a religião, a presença de educação sexual e reprodutiva, a idade de menarca, o tipo de parceiro e a idade do mesmo, e até mesmo a imagem corporal impactaram no debute sexual.

Nota-se que o sexo dos indivíduos apresentou relação com a sexarca, visto que os integrantes do sexo masculino apresentaram maior frequência de iniciação sexual que os do sexo oposto<sup>16,20-21,25-26,28-35</sup>. Tal fato pode ser explicado pela estrutura vigente na sociedade, na qual as questões de gênero têm se mostrado fundamentais na adoção de certas condutas<sup>39-40</sup>. Sabe-se que no contexto social ser homem e ser mulher apresenta perspectivas dicotômicas, pois enquanto expressão da sexualidade

feminina é sinônimo de amor e “entrega”, a sexualidade masculina é atrelada a impulsos “incontroláveis” e a reafirmação da masculinidade<sup>40-42</sup>.

Partindo ainda dos papéis socialmente construídos, temos que a idade de sexarca no sexo feminino foi inferior à do sexo oposto, contudo tal idade vem paulatinamente aproximando-se da idade média masculina<sup>16,20-21,25-26,28-35</sup>. Talvez, tal aproximação possa ser explicada pela mudança de um olhar predominantemente biológico para um olhar mais social ao que se refere a expressão da sexualidade feminina, uma vez que historicamente, o ato sexual feminino esteve exclusivamente atrelado à esfera reprodutiva<sup>43-44</sup>. É interessante destacar os diferentes pontos de corte estabelecidos para a idade de sexarca ou mesmo a ausência de uma idade de corte. Talvez nem seja recomendável estabelecer uma idade de corte, visto que a sexarca é um processo tão individual. Além disso, o fato de estabelecer uma idade “adequada” pode gerar pressão social nos adolescentes, fazendo com que os mesmos apressem seu debute sexual. Contudo, é importante salientar que mesmo na ausência de uma idade adequada para a sexarca, a definição de uma idade inadequada se faz necessária, principalmente se considerarmos o artigo de Sousa et al. (2018), no qual entre as idades de sexarca relatadas, encontra-se a idade de seis anos<sup>37</sup>. Tal interação sexual, muito provavelmente consistiu em um ato de abuso sexual visto que na idade relatada a criança não estaria apta a entender de forma plena o que faziam com seu corpo<sup>45</sup>.

Diante da diminuição das idades de sexarca para ambos os sexos, notam-se convergências no que concerne o evento da sexarca. Ao que tudo indica, os papéis sociais previamente estabelecidos ainda impactam nas escolhas dos adolescentes. Tal afirmação é alicerçada pelo fato de tanto meninos e meninas relatarem que já “ficaram” com alguém sem vontade, bem como ter amigos que já tenham iniciado a vida sexual<sup>19-20</sup>. Em estudo realizado com adolescentes (15-19 anos) frequentadores de uma Unidade de Saúde da Família da zona oeste de São Paulo, cerca de metade dos adolescentes acreditam que homens e mulheres têm relações sexuais mesmo que sem vontade. Ademais, 44,6% dos integrantes do sexo masculino e 25,9% do feminino relataram ter ficado com alguém sem ter vontade<sup>46</sup>. Este fato é preocupante, visto que os atos de ficar e namorar podem conter experiências pré-sexuais como carícias e toques mais íntimos<sup>47-48</sup>.

Tal pressão exercida pelos pares é digna de nota, porém parece que a mesma afeta de maneira mais contundente os meninos, uma vez que se espera que estes reafirmem sua masculinidade por meio de experiências sexuais<sup>41,46,49</sup>.

Outro ponto importante a se levantar, são os tipos de relacionamento afetivo que os adolescentes se encontram, bem como o tipo de parceiros e a idade dos mesmos<sup>7</sup>. Ainda que a frequência de sexarca aumente gradativamente de acordo com a idade dos indivíduos<sup>19-21,25,30,32,34</sup>, parece que a mesma não consiste em um fator tão determinante quanto o tipo de relacionamento, mas sim as experiências que o aumento de idade podem proporcionar, visto que para as integrantes do sexo feminino o ato da “entrega” de um bem “raro” como a virgindade se dá em um ambiente de confiança<sup>50</sup>. Em estudo realizado com adolescentes (15-19 anos) frequentadores de uma Unidade Básica de Saúde da zona leste de São Paulo, observou-se que ao serem questionados sobre a idade ideal para se ter a primeira relação sexual, 65% dos adolescentes relatou que não havia idade ideal, mas sim um contexto, que poderia variar entre ligação amorosa com o parceiro, namoro ou matrimônio<sup>51</sup>.

Quanto ao tipo de relacionamento, percebe-se que os indivíduos do sexo masculino tendem a iniciar sua vida sexual com parceiras casuais enquanto as mulheres optam por parceiros estáveis<sup>26</sup>. Tal situação vai de encontro aos arquétipos sociais comumente conhecidos. Ressalta-se que a idade dos parceiros de relações sexuais entre os sexos também difere-se, uma vez que os homens tendem a iniciar a vida sexual com parceiros adolescentes, enquanto as mulheres iniciam-se com adultos<sup>26</sup>. Tal situação pode ser explicada justamente pela necessidade das mulheres em estarem em uma relação de confiança. Sabe-se ainda, que as mulheres amadurecem corporalmente mais cedo que os homens<sup>36,52-53</sup>, situação que favorece com que estas se relacionem com indivíduos mais velhos. Ademais, os indivíduos do sexo masculino “optam” por se relacionar com garotas mais novas para reafirmar suas relações de poder, fator que pode prejudicar a autonomia do sexo oposto<sup>54</sup>.

Nota-se que os indivíduos que declaravam não ter nenhuma religião, apresentavam maior frequência de sexarca em idades mais jovens<sup>22-23,27</sup>. Tal constatação, também é influenciada pelas representações sociais de gênero, contudo<sup>10</sup>, sabe-se que em um país abertamente cristão como o Brasil, o ato de casar virgem é muito valorizado dentro das doutrinas cristãs<sup>55</sup>. Além disso, o simples fato de se declarar praticamente de determinada religião não seja o fator determinante, mas

sim a frequência com que o indivíduo participa de reuniões e cultos<sup>22,27</sup>. Logo, aqueles indivíduos mais assíduos em suas respectivas religiões apresentam menores chances de envolverem-se em relações sexuais pré-maritais.

Sabe-se ainda que a iniciação sexual é impactada pelos determinantes sociais de saúde, como visto no que se refere a classe social<sup>22,24,31,38</sup>, nível de escolaridade da mãe<sup>21,30-33</sup> e raça/cor<sup>29,33,38</sup>. É interessante ressaltar que somente na variável raça houve divergência entre os resultados, visto que os indivíduos de pele branca apresentaram tanto maiores<sup>33</sup> quanto menores frequências de sexarca que os indivíduos pretos e pardos<sup>21,29,38</sup>. No que se refere ao nível de escolaridade materno e a classe social dos indivíduos, observou-se que quão maior fossem os anos de estudo materno e a classe social a qual o indivíduo pertencia menores eram as frequências de sexarca<sup>21-22,24,30-31,33,38</sup>.

No que concerne a classe social, bem como nível de escolaridade materna, acredita-se que tais adolescentes sofram pressões sociais e tenham de colaborar com suas respectivas famílias em decorrência da frágil situação socioeconômica<sup>56</sup>, fazendo que os mesmos desenvolvam relações mais frágeis com a escola, bem como insiram-se em um mundo com experiências mais adultas com o intuito de trabalhar<sup>19,37</sup>. Já no âmbito da raça/cor, sabe-se que o contexto social da população negra confunde-se com o contexto da população que apresenta situação socioeconômica mais frágil, logo esse grupo étnico pode sofrer com pressões semelhantes.

Observou-se também, que os indivíduos que moravam com somente um dos pais apresentaram maior frequência de sexarca que aqueles que moravam com algum dos pais<sup>32-33</sup>, que por sua vez apresentavam maior frequência de iniciação sexual que aqueles adolescentes que moravam com ambos os pais<sup>21,25,37-39</sup>. Parece que o controle parental ocorre de maneira mais efetiva quando ambos os pais estão presentes, principalmente em integrantes do sexo feminino, visto que o papel de socialização familiar, no qual a figura feminina é vista como mediadora, favoreceria o diálogo e a troca de informações acerca da prática sexual<sup>41</sup>. Além disso, parte-se do pressuposto que morar com ambos os pais favoreça uma estrutura familiar mais estável, bem como uma maior classe social, fato que poderia reduzir a possibilidade do adolescente ser exposto a um amadurecimento precoce<sup>56</sup>.

Percebe-se que os estudantes de escolas públicas apresentaram maiores frequências de sexarca que aqueles frequentadores de escolas particulares<sup>16,29-30,32,34</sup>.

É provável que tal fato esteja atrelado a uma possível situação de vulnerabilidade financeira e social presente nas escolas públicas, vulnerabilidades não vistas em escolas privadas em decorrência do maior poder aquisitivo presente nos estudantes destas instituições.

Porém, algo que parece ser democrático, é a relação de consumo de substâncias lícitas e/ou ilícitas, visto que tanto os estudantes de escolas públicas quanto os de escolas privadas apresentam tais comportamentos de risco. Nota-se que adolescentes que relataram consumo atual de alguma destas substâncias apresentaram maiores frequências de sexarca do que os que não faziam uso<sup>16,29-30,32,34</sup>. A frequência superior pode ser explicada pela desinibição que tais substâncias geram nos indivíduos, bem como o rebaixamento de consciência devido a embriaguez, fatores que podem nublar o julgamento dos adolescentes<sup>57</sup>. Por vezes, a bebida pode ser utilizada para uma maior aceitação do próprio corpo do indivíduo, visto que é utilizada com o intuito de melhorar a autoestima daqueles que a consomem<sup>58</sup>. Percebe-se ainda que os indivíduos que possuem uma relação mais turbulenta com o próprio corpo apresentam uma tendência menor a se iniciarem sexualmente<sup>32</sup>. Sendo assim, é necessário também trabalhar os aspectos relacionados a imagem corporal dos indivíduos, para que os mesmos não optem por utilizar substâncias lícitas e/ou ilícitas em busca de aceitação e acabem se expondo a situações de risco<sup>59</sup>.

Salienta-se que mesmo diante da diminuição da idade de sexarca em ambos os sexos, somente um artigo abordou a relação entre a sexarca e a educação sexual e reprodutiva<sup>30</sup>. Situação falha, principalmente se considerarmos que a sexualidade está presente nos Parâmetros Curriculares Nacionais desde 1998<sup>60</sup>. É sabido também que a Educação sexual e reprodutiva pode prevenir e/ou reduzir os riscos de gravidez na adolescência, bem como o de infecções por Doenças Sexualmente Transmissíveis<sup>61-62</sup>.

Percebe-se por meio dessa revisão sistemática que uma série de fatores encontra-se relacionada ao processo da sexarca, contudo existem alguns fatores, que apesar de não estarem presentes nos artigos investigados são dignos de nota, como a autoestima<sup>63</sup> e o acesso aos serviços de saúde<sup>64</sup>.

A análise dos artigos permite concluir que os adolescentes brasileiros estão iniciando sua vida sexual cada vez mais precocemente e que o comportamento,

determinado pelas mudanças típicas da transição para a vida adulta, pode ser agravado por diversos fatores.

Os fatores associados à sexarca mais mencionados nos estudos foram: sexo, raça/cor, religião, escolaridade, tipo de escola (pública ou privada), condições socioeconômicas, escolaridade materna e paterna, ausência de um dos responsáveis no lar, residir sozinho e exposição ao uso de álcool e drogas. Além disso, percebe-se a diferença histórica e estrutural entre os sexos, com meninas passando pela iniciação sexual mais tardiamente e com menor número de parceiros ao longo da vida.

Alguns estudos demonstram que o uso de álcool e drogas está associado à relação sexual precoce e principalmente ao sexo desprotegido. Por essa razão, a abordagem desta temática é de extrema importância, especialmente no ambiente escolar, tendo em vista que a orientação sexual tem o potencial de minimizar as intercorrências que podem comprometer a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes.

## REFERÊNCIAS

1. Henriques BD, Rocha RL, Madeira AMF. Análise compreensiva do significado do atendimento ao adolescente realizado pelos profissionais de saúde da Atenção Primária do município de Viçosa-MG. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2010; 14(34):709-11.
2. World Health Organization (WHO). Adolescent friendly health services: an agenda for change. Geneva: WHO; 2002.
3. Saito MI. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. *Pediatria.* 2000;22(3):217-19.
4. Borges ALV. Relações de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(4):597-604.
5. Abramovay M, Castro MG, Silva LB. Juventude e sexualidade. Brasília: UNESCO Brasil; 2004.
6. Borges ALV, Schor N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:499-507.
7. Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet* 2006; 368(9548): 1706-28.
8. Madkour AS, Farhat T, Halpern CT, Godeau E, Gabhainn SN. Early adolescent sexual initiation as a problem behavior: a comparative study of five nations. *J Adolesc Health* 2010; 47:389-98.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Distrito Federal: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
10. Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Editora Garamond, Editora Fiocruz; 2006.
11. Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, Greice M. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad Saude Publica* 2003; 19(Supl. 2):S377S388.
12. Villela W, Doreto DT. Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cad Saude Publica* 2006; 22(pt.11):9.
13. Alves CA, Brandão ER. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. *Cien Saude Colet* 2009; 14(2):661-670.
14. Almeida AFF, Hardy E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. *Rev Sude Publica* 2007; 41(pt. 4):565-572.
15. Taquette SR, organizadora. Aids e juventude: gênero, classe e raça. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2009.
16. Felisbino-Mendes Mariana Santos, Paula Thayane Fraga de, Machado Ísis Eloah, Oliveira-Campos Maryane, Malta Deborah Carvalho. Análise dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes brasileiros, 2009, 2012 e 2015. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2018; 21( Supl 1 ): e180013.
17. Malta DC, Silva MAI, Melo FCM, Monteiro RA, Porto DL, Sardinha, LMV, Freitas PC. Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(1):147-156.
18. Oliveira-Campos M, Giatti L, Malta D, Barreto SM. Contextual factors associated with sexual behavior among Brazilian adolescents. *Ann Epidemiol* 2013; 23(10):629-635.
19. Bergamim MD, Borges ALV. Fatores associados à iniciação sexual entre adolescentes da zona oeste do município de São Paulo. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2009; 30(3):420-8
20. Brêtas JRS, Ohara CVS, Jardim DP, Junior WA, Oliveira JR. Aspectos da sexualidade na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(7):3221-3228
21. Malta DC, Silva MAI, Mello FCM, Monteiro RA, Sardinha LMV, Freitas PC. Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. ***Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(1) Supl.: 147-56**
22. Hugo TDO, Maier VT, Jansen K, Rodrigues CEG, Cruzeiro ALS, Ores LC, Pinheiro RT, Silva R, Souza LDM. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* 2011, 27(11):2207-2214

23. Ogland CP, Xu X, Bartkowski JP, Ogland EG. The association of religion and virginity status among Brazilian adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2011; 48:651–653
24. Berquó E, Garcia S, Lima L. Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(4):685-93
25. Carvalho NS, Winkler AM, Formighieri L, Vianna OS, Varaschin PV, Carvalho BF, Gabardo J. A survey on adolescent sexual behavior in a public brazilian high school: some data to HPV vaccination introduction. *J Bras Doenças Sex Transm* 2013;25(2):103-108
26. Vonk ACRP, Bonan C, Silva KS. Sexualidade, reprodução e saúde: experiências de adolescentes que vivem em município do interior de pequeno porte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013; 18(6):1795-1807
27. Verona APA, Regnerus M. Pentecostalism and premarital sexual initiation in Brazil. *R. bras. Est. Pop.*, 2014; 31(1):99-115
28. Oliveira NP, Béria JU, Schemann LB. Sexualidade na adolescência: um estudo com escolares da cidade de Manaus/AM. *Aletheia*, 2014; 44:129-146
29. Sasaki RSA, Souza MM, Leles CR, Malta DC, Sardinha LMV, Freire MCM. Comportamento sexual de adolescentes escolares da cidade de Goiânia, Goiás. *Rev Bras Epidemiol* 2014; (Suppl. Pense):172-182
30. Oliveira-Campos M, Nunes ML, Madeira FC, Santos MG, Bregmann SR, Malta DC, Giatti L, Barreto SM. Comportamento sexual em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol*. 2014; (Suppl. Pense):116-130
31. Gonçalves H, Machado EC, Soares ALG, Camargo-Figueira FA, Seerig LM, Mesenburg MA, Guttier MC, Barcelos RS, Buffarini R, Assunção MCF, Hallal PC, Menezes AMB. Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. *Rev Bras Epidemiol.*, 2015; 18(1): 1-18.
32. Sasaki RSA, Leles CR, Malta DC, Sardinha LMV, Freire MCM. Prevalência de relação sexual e fatores associados em adolescentes escolares de Goiânia, Goiás, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015; 20(1):95-104.
33. Silva GS, Lourdes LA, Barroso KA, Guedes HM. Comportamento sexual de adolescentes escolares. *Rev Min Enferm.* 2015; 19(1):154-160
34. Borges ALV, Fujimori E, Kuschnir MCC, Chofakian CBN, Moraes AJP, Azevedo GD, Santos KF, Vasconcellos MTL. ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros. *Rev Saúde Pública*, 2016; 50(supl 1):1-11
35. Castro JFL, Araujo RC, Pitangui ACR. Comportamento e práticas sexuais de adolescentes escolares da cidade do Recife, Brasil. *J. Hum. Growth Dev.* 2017; 27(2):219-227.
36. Spinola MCR, Béria JU, Shermann LB. Fatores associados à iniciação sexual em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre/RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22(11):3755-3762
37. Sousa BC, Santos RS, Santana KC, Souzas R, Leite AJM, Medeiros DS. Comportamento sexual e fatores associados em adolescentes da zona rural. *Rev Saúde Publica.* 2018; 52:39
38. Wooley NO, Macinko J. Association between sociodemographic characteristics and sexual behaviors among a nationally representative sample of adolescent students in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, 2019; 35(2):1-13
39. Heilborn ML. Construção de si, gênero e sexualidade. In: Heilborn ML. *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro (RJ): Jorge Zahar; 1999. p. 40-58.
40. Ribeiro JSB. Brincadeiras de meninas e de meninos: socialização, sexualidade e gênero entre crianças e a construção social das diferenças. *Cad. Pagu*, 2006; (26):145-168.
41. Rieth F. Ficar e namorar. In: Bruschini C, Hollanda HB, organizadoras. *Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil*. São Paulo (SP): Editora 34; 1998. p. 113-33.
42. Nascimento EF, Gomes R. Marcas identitárias masculinas e a saúde de jovens homens. *Cad. Saúde Pública*, 2008; 24(7):1556-564
43. KOFES S. Categorias analíticas e empíricas: gênero e mulher; disjunções, conjunções e mediações. *Cad. Pagu*, 1993; (1):19-30.

44. Conchão SA. Masculino e feminino: a primeira vez. Análise de gênero sobre a sexualidade adolescente [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas; 2008
45. Johnson CF. Child sexual abuse. *Lancet* 2004;364(9432):462-470.
46. Borges ALV. Pressão social do grupo de pares na iniciação sexual de adolescentes. *Rev. Esc. Enferm.* 2007; 41(spe):782-6.
47. Schwartz IM. Sexual activity prior to coital initiation: a comparison between males and females. *Arch Sex Behavior* 1999; 28(1):63-9
48. Oliveira DC, Gomes AMT, Marques SC, Thiengo MA. "Pegar", "ficar" e "namorar": representações sociais de relacionamentos entre adolescentes. *Rev. bras. enferm.* 2007; 60(5):497-502.
49. Salem T. "Homem... já viu, né?": representações sobre sexualidade e gênero entre homens da classe popular. In: Heilborn ML, organizadora. *Família e sexualidade*. Rio de Janeiro (RJ): Editora FGV; 2004. p.15-60.
50. Olavarría J. Desejo, prazer e poder: questões em torno da masculinidade heterossexual. In: Barbosa RM; Parker R, organizadores. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro (RJ): Editora 34; 1999. p.153-74.
51. Borges ALV. Adolescência e vida sexual: análise do início da vida sexual de adolescentes residentes na zona leste do município de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2005.
52. Klug DP, Fonseca PH. Análise da maturação feminina: um enfoque na idade de ocorrência da menarca. *Rev. Educ. Fís.* 2006; 17(2):139-47.
53. Glynn JR, Kayuni N, Floyd S, Banda E, Francis-Chizororo M, Tanton C, Molesworth A, Hemmings J, Crampin AC, French N. Age at menarche, schooling, and sexual debut in Northern Malawi. *PLoS One* 2010; 5(12):1-8
54. Paiva V, Calazans G, Venturi G, Dias R. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(Suppl 1):45-53
55. Chesnut, R. A. *Born again in Brazil – The Pentecostal boom and the pathogens of poverty*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1997.
56. Gonçalves H, Gigante D. Trabalho, escolaridade e saúde reprodutiva: um estudo etno-epidemiológico com jovens mulheres pertencentes a uma coorte de nascimento. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(7):1459-69.
57. Agius P, Taft A, Hemphill S, Toumbourou J, McMorris B. Excessive alcohol use and its association with risky sexual behaviour: a cross-sectional analysis of data from Victorian secondary school students. *Aust. N. Z. J. Public Health.* 2013; 37(1):76-82.
58. Cavariani MB, Oliveira JB, Kerr-Corrêa F, Lima MCP. Expectativas positivas com o uso de álcool e o beber se embriagando: diferenças de gênero em estudo do Projeto GENACIS, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(7):1394-1404.
59. Rentz-Fernandes AR, Silveira-Viana M, Liz CM, Andrade A. Autoestima, imagem corporal e depressão de adolescentes em diferentes estados nutricionais. *Rev. Salud Pública* 2017; 19(1):66-72.
60. Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da União* 1996; 20 dez.
61. Borges ALV, Nichiata YI, Schor N. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescente. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2006; 14(3):422-7.
62. Chin HB, Sipe TA, Elder R, Mercer SL, Chattopadhyay SK, Jacob V, Wethington HR, Kirby D, Elliston DB, Griffith M, Chuke SO, Briss SC, Erickson J, Galbraith JS, Herbst JH, Johnson RL, Kraft JM, Noar SM, Romero LM, Santelli J. The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections. *Am. J. Prev. Med.* 2012; 42(3):272-294.
63. Neto COM, Cerqueira-Santos E. Comportamento Sexual e Autoestima em Adolescentes, *Contextos Clínicos* 2012; 5(2):100-111.

64. Taquette SR Monteiro DLM, Rodrigues NCP, Rozenberg R, Menezes DCS, Rodrigues AO, Ramos JAS. Saúde sexual e reprodutiva para a população adolescente, Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva 2017; 22(6):1923-1932.

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

### REGISTRO DO(A) ENTREVISTADOR(A)

**Instrução:** entrevistador(a), preencha os seus dados para iniciar a aplicação do questionário.

**EVA 1.** Data da coleta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. **Formato:** DD / MM / AAAA.

**EVA 2.** Nome \_\_\_\_\_ completo do(a) entrevistador(a): \_\_\_\_\_.

**EVA 3.** Número de matrícula do(a) entrevistador(a): \_\_\_\_\_.  
(999) Não se aplica [mestrando(a), doutorando(a) ou professor(a)].

### BLOCO A

### IDENTIFICAÇÃO DA ESCOLA E DO(A) PARTICIPANTE

As primeiras perguntas referem-se a sua identificação.

#### A\_1. Escola

**A\_1.1.** Código da escola: \_\_\_\_\_.

**Instrução:** entrevistador(a), escreva com letras em caixa alta.

**A\_1.2.** Turno que frequenta:

- (1) Manhã.
- (2) Tarde.

**A\_1.3.** Ano que frequenta:

- (1) 9º ano do Ensino Fundamental.
- (2) 1º ano do Ensino Médio.
- (3) 2º ano do Ensino Médio.
- (4) 3º ano do Ensino Médio.

#### A\_2. Nome, sexo e data de nascimento

**A\_2.1.** Nome completo do(a) participante: \_\_\_\_\_.

**A\_2.2.** Código do(a) participante: \_\_\_\_\_.

**Instrução:** entrevistador(a), escreva com letras em caixa alta.

**A\_2.3.** Sexo:

- (1) Feminino.
- (2) Masculino.

**A\_2.4.** Data de nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. **Formato:** DD / MM / AAAA.

**A\_2.5.** Idade (em anos completos):

- (1) 14 anos.
- (2) 15 anos.
- (3) 16 anos.
- (4) 17 anos.
- (5) 18 anos.
- (6) 19 anos.

### A\_3. Endereço residencial

**A\_3.1.** Rua: \_\_\_\_\_

**Instrução:** entrevistador(a), não repita a palavra “rua”, escreva diretamente o nome da rua.

**A\_3.2.** Número: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

**Instrução:** entrevistador(a), caso o(a) participante resida em apartamento ou conjunto habitacional, preencha da seguinte maneira: XXX / XXX, ou seja, nº do prédio ou do conjunto habitacional / nº do apartamento.

**A\_3.3.** Bairro: \_\_\_\_\_.

**Instrução:** entrevistador(a), não repita a palavra “bairro”, escreva diretamente o nome do bairro.

### A\_4. Contato

**A\_4.1.** Telefone residencial:

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_. **Formato:** (XX) XXXX - XXXX.  
(999) Não tem.

**A\_4.2.** Telefone celular do(a) participante:

(\_\_\_\_) 9 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_. **Formato:** (XX) 9XXXX - XXXX.  
(999) Não tem.

**A\_4.3.** E-mail do(a) participante: \_\_\_\_\_.

(999) Não tem.

**Instrução:** entrevistador(a), escreva o endereço de e-mail com letras minúsculas, sem acentuação gráfica e/ou “ç” (cedilha).

**A\_4.4.** Telefone celular de algum(a) responsável pelo(a) participante:

(\_\_\_\_) 9 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_. **Formato:** (XX) 9XXXX - XXXX.

**A\_4.4.1.** Nome completo desse(a) responsável:

**A\_4.4.2.** Parentesco ou vínculo desse(a) responsável:

(999) Não tem.

**BLOCO B****COR DA PELE OU RAÇA**

**A próxima pergunta refere-se a sua cor da pele ou raça autodeclarada.**

-----

**B\_1.** O IBGE classifica as pessoas que vivem no Brasil em cinco grupos conforme a cor da pele ou raça. De acordo com a sua opinião, em qual dos seguintes grupos você se incluiria?

**Instrução:** entrevistador(a), leia as opções para o(a) participante e aguarde; não interfira na resposta!

- (1) Branco(a) / caucasiano(a).
- (2) Preto(a) / negro(a).
- (3) Pardo(a) / mulato(a) / moreno(a) / mestiço(a).
- (4) Amarelo(a) (oriental).
- (5) Indígena.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

**BLOCO C****RELIGIÃO**

**A próxima pergunta refere-se a sua religião.**

-----

**C\_1.** Qual a sua religião?

**Instrução:** entrevistador(a), leia as opções para o(a) participante e aguarde; não interfira na resposta!

- (0) Nenhuma.
- (1) Católica.
- (2) Protestante ou evangélica.
- (3) Adventista.
- (4) Espírita.
- (5) Afro-brasileira.
- (6) Judaica.
- (7) Outra.

**C\_1.7.** Se \_\_\_\_\_ for \_\_\_\_\_ outra, qual? \_\_\_\_\_.

(999) Não sabe ou não quis responder.

**BLOCO D****MATURAÇÃO SEXUAL**

**EVA 8.** Entrevistador(a), esta seção é autoaplicável. Deseja avançar para o próximo bloco?

**Obs.:** posteriormente, a equipe da pesquisa incluirá os dados de MATURAÇÃO SEXUAL.

- (1) Sim.
- (2) Não.

As próximas perguntas referem-se à maturação sexual. Observe as ilustrações que foram entregues para você e indique os estágios que correspondem as suas características atuais. Esses estágios são equivalentes à mama feminina, à genitália masculina e aos pelos pubianos, e estão divididos de 1 a 5.

Participante, você **NÃO** será identificado(a) e suas respostas serão mantidas sob sigilo! Caso você não entenda alguma pergunta, peça ajuda para o(a) entrevistador(a).

**Instruções:**

- marque com "X" **APENAS** uma resposta para cada pergunta;
- não existem respostas certas ou erradas;

**D\_1. Desenvolvimento puberal**

**D\_1.1.** Estágio de desenvolvimento das mamas (coluna à **esquerda** da figura):

- (1) M1.
- (2) M2.
- (3) M3.
- (4) M4.
- (5) M5.

**D\_1.2.** Estágio de desenvolvimento dos pelos pubianos (coluna à **direita** da figura):

- (1) P1.
- (2) P2.
- (3) P3.
- (4) P4.
- (5) P5.

**D\_1.3.** Quando foi a sua **última** menstruação, aproximadamente?

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. **Formato:** DD / MM / AAAA.

(999) Não lembro.

(888) Nunca menstruei.

**D\_1.4.** Você já tem pelos nas axilas (debaixo dos braços)?

- (1) Sim.
- (2) Não

**BLOCO E****SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA**

**EVA 9.** Entrevistador(a), esta seção é autoaplicável. Deseja avançar para o próximo bloco?

**Obs.:** posteriormente, a equipe da pesquisa incluirá os dados de SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.

(1) Sim.

(2) Não.

Nas próximas perguntas você irá responder sobre a sua saúde sexual e reprodutiva.

Participante, você **NÃO** será identificado(a) e suas respostas serão mantidas sob sigilo! Caso você não entenda alguma pergunta, peça ajuda para o(a) entrevistador(a).

**Instrução:**

- marque com “X” **APENAS** uma resposta para cada pergunta;
- não existem respostas certas ou erradas;

**E\_1. Relação sexual e uso de preservativo**

**R\_1.1.** Você já teve relação sexual (transou) alguma vez?

**Instrução:** se a resposta for **SIM**, siga para a questão **R\_1.2**; se for **NÃO**, pule para a questão **R\_1.11** desta mesma seção.

(1) Sim.

(2) Não.

**E\_1.2.** Que idade você tinha (em anos completos) quando teve a **primeira relação sexual** (transou)?

\_\_\_\_\_ anos.

(888) Nunca tive relação sexual.

**E\_1.3.** Como você classifica o tipo de parceria na **primeira relação sexual** (transou)?

(1) Estável [com namorado(a), noivo(a) ou marido(esposa)].

(2) Não estável [com amigo(a), vizinho(a) ou desconhecido(a)].

(888) Nunca tive relação sexual.

**E\_1.4.** Na **primeira relação sexual** (transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou preservativo (camisinha)?

(1) Sim.

(2) Não.

(888) Nunca tive relação sexual.

**E\_1.5.** Na **primeira relação sexual** (transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou algum outro método para evitar gravidez?

(1) Sim.

**E\_1.5.1.** Se **sim**, qual(ais) método(s)? \_\_\_\_\_.

(2) Não.

(888) Nunca tive relação sexual.

**E\_1.6.** Na **sua vida**, no total, você já teve relação sexual (transou) com quantas pessoas?

\_\_\_\_\_ pessoa(s).

(888) Nunca tive relação sexual.

**E\_1.7.** **Nos últimos 12 meses**, quantos(as) parceiros(as) sexuais você teve?  
\_\_\_\_\_ pessoa(s).

(888) Nunca tive relação sexual.

**E\_1.8.** **Na última vez que você teve relação sexual**(transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou preservativo (camisinha)?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**E\_1.8.2.** Se **não**, por qual motivo?

- (1) Não esperava ter relações sexuais nessa última vez e, por isso, estava desprevenida.
- (2) Achava que o uso de preservativo (camisinha) atrapalharia a relação sexual.
- (3) Nunca pensei sobre isso.
- (4) Não sabia onde conseguir um preservativo (camisinha).
- (5) Eu queria engravidar.
- (6) A minha religião não permite o uso de preservativo (camisinha).
- (7) Outro.

**E\_1.8.2.7.** Se foi por **outro** motivo, qual? \_\_\_\_\_.

(888) Nunca tive relação sexual.

**E\_1.9.** **Na última vez que você teve relação sexual**(transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou algum outro método para evitar gravidez?

- (1) Sim.

**E\_1.9.1.** Se **sim**, qual(ais) método(s)? \_\_\_\_\_.

- (2) Não.

(888) Nunca tive relação sexual.

**E\_1.10.** Você já teve alguma doença sexualmente transmissível (DST)?

**Por exemplo:** clamídia, gonorreia, sífilis, herpes genital, etc.

- (1) Sim.
- (2) Não.

(888) Nunca tive relação sexual. **E\_1.11.** Você já recebeu a vacina contra o HPV?

- (1) Sim.

**E\_1.11.1.1.** Se **sim**, quantas doses dessa vacina você já recebeu?

- (1) Apenas a primeira dose.
- (2) A primeira e a segunda dose.
- (3) A primeira, a segunda e a terceira dose.
- (999) Não lembro.

**E\_1.11.1.2.** Que idade você tinha (em anos completos) quando recebeu a **primeira dose** dessa vacina? \_\_\_\_\_ anos.

- (2) Não.

## E\_2. Orientações sobre gravidez e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)

**E\_2.1.** Você já recebeu orientação sobre prevenção de gravidez?

- (1) Sim.

**E\_2.1.1.** Se **sim**, por meio de quem?

**Instrução:** participante, marque **APENAS** uma resposta, ou seja, aquela que você considera ser a principal fonte de orientação sobre prevenção de gravidez.

- (1) Escola.
- (2) Serviço de saúde.
- (3) Pais ou responsáveis.
- (4) Amigos(as).
- (5) Mídia (jornais, revistas, televisão e/ou internet).
- (6) Outro(a).

**E\_2.1.1.6.** Se foi por meio de **outra** fonte de orientação, qual? \_\_\_\_\_.

- (2) Não.

**E\_2.2.** Você já recebeu orientação sobre AIDS ou outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)?

- (1) Sim.

**E\_2.2.1.** Se **sim**, por meio de quem?

**Instrução:** participante, marque **APENAS** uma resposta, ou seja, aquela que você considera ser a principal fonte de orientação sobre AIDS ou outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

- (1) Escola.
- (2) Serviço de saúde.
- (3) Pais ou responsáveis.
- (4) Amigos(as).
- (5) Mídia (jornais, revistas, televisão e/ou internet).
- (6) Outro(a).

**E\_2.2.1.6.** Se foi por meio de **outra** fonte de orientação, qual? \_\_\_\_\_.

- (2) Não.

**E\_2.3.** Você já recebeu orientação sobre como usar preservativo (camisinha)?

- (1) Sim.

**E\_2.3.1.** Se **sim**, por meio de quem?

**Instrução:** participante, marque **APENAS** uma resposta, ou seja, aquela que você considera ser a principal fonte de orientação sobre como usar preservativo (camisinha).

- (1) Escola.
- (2) Serviço de saúde.
- (3) Pais ou responsáveis.
- (4) Amigos(as).
- (7) Mídia (jornais, revistas, televisão e/ou internet).
- (5) Outro(a).

**E\_2.3.1.6.** Se foi por meio de **outra** fonte de orientação, qual? \_\_\_\_\_.

- (2) Não.

**E\_2.4.** Você se sente à vontade para conversar sobre a vida sexual com a sua família [pai ou padrasto, mãe ou madrasta, irmão(ões), irmã(ãs), avós, etc.]?

- (1) Sim.
- (2) Não.

### E\_3. Orientação sexual e relação com os(as) colegas da escola

**E\_3.1.** Qual a sua orientação sexual?

- (1) **Heterossexual** [aquele(a) que se sente amorosamente, fisicamente e afetivamente atraído(a) por pessoas do sexo/gênero oposto, ou seja, homens que se sentem atraídos por mulheres e mulheres que se sentem atraídas por homens].
- (2) **Homossexual** [aquele(a) que se sente amorosamente, fisicamente e afetivamente atraído(a) por pessoas do mesmo sexo/gênero, ou seja, homens que se sentem atraídos por homens e mulheres que se sentem atraídas por mulheres].
- (3) **Bissexual** [aquele(a) que se sente amorosamente, fisicamente e afetivamente atraído(a) por pessoas de ambos os sexos/gêneros, ou seja, homens e mulheres que se sentem atraídos(as) tanto por homens, quanto por mulheres].
- (4) **Outra.**

**E\_3.2.** **Nos últimos 30 dias**, com que frequência seus(suas) colegas da escola te esculacharam, zoaram, intimidaram ou caçoaram tanto que você ficou magoado(a), incomodado(a), aborrecido(a), ofendido(a) ou humilhado(a)?

- (0) Nenhuma vez nos últimos 30 dias.
- (1) Raramente nos últimos 30 dias.
- (2) Às vezes nos últimos 30 dias.
- (3) Na maior parte das vezes nos últimos 30 dias.
- (4) Sempre nos últimos 30 dias.

**E\_3.3.** **Nos últimos 30 dias**, qual foi o principal motivo para os(as) seus(suas) colegas da escola terem te esculachado, zombado, zoado, intimidado, caçoado ou humilhado?

**Instrução:** participante, marque **APENAS** uma resposta, ou seja, aquela que você considera ser o principal motivo para os(as) seus(suas) colegas da escola terem te esculachado, zombado, zoado, intimidado, caçoado ou humilhado.

- (1) A minha orientação sexual.
  - (2) A minha cor da pele ou raça.
  - (3) A minha religião.
  - (4) A aparência do meu rosto.
  - (5) A aparência do meu corpo.
  - (6) A minha região de origem.
  - (7) Outro(s) motivo(s).
- (888)** Meus(minhas) colegas da escola não me esculacharam, zoaram, intimidaram ou caçoaram nos últimos 30 dias.

### E\_4. Primeira menstruação, uso de anticoncepcional e ovário policístico

**E\_4.1.** Que idade você tinha (em anos completos) quando aconteceu a sua primeira menstruação?

\_\_\_\_\_anos.

**(888)** Nunca menstruei.

**E\_4.2.** **Atualmente**, você usa anticoncepcional?

(1) Sim.

**E\_4.2.1.1.** Se \_\_\_\_\_ **sim**, \_\_\_\_\_ qual anticoncepcional? \_\_\_\_\_.

**E\_4.2.1.2.** Que idade você tinha (em anos completos) quando começou a usar esse anticoncepcional? \_\_\_\_\_anos.

(2) Não.

(888) Nunca menstruei.

**E\_4.3.** Você tem ovário policístico?

(1) Sim.

(2) Não.

(999) Não sei.

## **E\_5. Preventivo, gravidez e aborto**

**E\_5.1.** Você já realizou algum exame de Papanicolau (preventivo)?

(1) Sim.

(2) Não.

(888) Nunca menstruei.

**E\_5.2.** Há quanto tempo, aproximadamente, você realizou o último exame de Papanicolau (preventivo)?

(1) Há menos de 1 mês.

(2) Entre 1 a 6 meses.

(3) Há 1 ano.

(4) Entre 1 a 2 anos.

(5) Entre 2 a 3 anos.

(6) Há mais de 3 anos.

(999) Não lembro.

(888) Nunca realizei o exame de Papanicolau (preventivo).

**E\_5.3.** Você já engravidou?

(1) Sim.

(2) Não.

**E\_5.4.** Você já teve algum aborto?

(1) Sim.

**E\_5.4.1.** Se sim, algum aborto foi provocado?

(1) Sim.

(2) Não.

(2) Não.

(888) Nunca engravidei.

**E\_5.5.** Você já teve filhos(as)?

(1) Sim.

**E\_5.5.1.** Se sim, quantos(as) filhos(as)? \_\_\_\_\_ filhos(as).

(2) Não.

(888) Nunca engravidei.

**E\_5.6.** Qual idade você tinha (em anos completos) quando seu(sua) filho(a) nasceu?

**Obs.:** participante, caso tenha tido mais de 1, considere a idade que você tinha quando nasceu o seu(sua) primeiro(a) filho(a).

\_\_\_\_\_ anos.

(888) Nunca tive filhos.

**E\_5.7.** Você interrompeu os estudos em função da gravidez ou do nascimento do(a) seu(sua) filho(a)?

- (0) Sim.  
 (1) Não.  
 (888) Nunca engravidei.

**E\_5.8.** Alguém da sua família já engravidou na adolescência?

- (1) Sim.

**E\_5.8.1.** Se sim, quem (parentesco)?

- (2) Não.

## BLOCO F

## EXPERIMENTAÇÃO E CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

**EVA\_14.** Entrevistador(a), esta seção é autoaplicável. Deseja avançar para o próximo bloco?

**Obs.:** posteriormente, a equipe da pesquisa incluirá os dados de **EXPERIMENTAÇÃO E CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS**.

- (1) Sim.  
 (2) Não.

As próximas perguntas abordam o consumo de bebidas alcoólicas (por exemplo: cerveja, chopp, vinho, cachaça, vodka, ice, uísque, etc.).

Participante, você **NÃO** será identificado(a) e suas respostas serão mantidas sob sigilo! Caso você não entenda alguma pergunta, peça ajuda para o(a) entrevistador(a).

### **Instruções:**

- marque com "X" **APENAS** uma resposta para cada pergunta;
- não existem respostas certas ou erradas;
- o consumo de bebidas alcoólicas não inclui as vezes em que você tomou **APENAS** alguns goles.

**F\_1.** Você já experimentou pelo menos **uma dose ou um copo** de bebida alcoólica?

### **Instruções:**

- participante, não considere as vezes em que você provou ou tomou **APENAS** alguns goles.
- se a resposta for **SIM**, siga para a questão **X\_2**; se for **NÃO**, pule para o próximo bloco de perguntas (**BLOCO Y**).

**Obs.:** **uma** dose equivale a **uma** lata de cerveja, ou a **uma** taça de vinho, ou a **uma** dose convencional de cachaça ou uísque, etc.

- (1) Sim.  
 (2) Não.

**F 2.** Que idade você tinha quando experimentou pelo menos **uma dose ou um copo** de bebida alcoólica **pela primeira vez**?

**Instrução:** participante, não considere as vezes em que você provou ou tomou **APENAS** alguns goles.

**Obs.:** **uma** dose equivale a **uma** lata de cerveja, ou a **uma** taça de vinho, ou a **uma** dose convencional de cachaça ou uísque, etc.

- (1) 7 anos ou menos.
  - (2) 8 anos.
  - (3) 9 anos.
  - (4) 10 anos.
  - (5) 11 anos.
  - (6) 12 anos.
  - (7) 13 anos.
  - (8) 14 anos.
  - (9) 15 anos.
  - (10) 16 anos.
  - (11) 17 anos.
  - (12) 18 ou 19 anos.
- (888) Nunca experimentei bebida alcoólica.

**F 3.** Nos últimos 30 dias, você não tomou bebida alcoólica, tomou bebida alcoólica menos que diariamente, apenas nos fins de semana ou diariamente?

- (0) Não tomei bebida alcoólica nos últimos 30 dias.
  - (1) Menos que diariamente.
  - (2) Nos fins de semana.
  - (3) Diariamente.
- (888) Nunca experimentei bebida alcoólica.

**F 4.** Nos últimos 30 dias, quando você consumiu, quantas doses de bebida alcoólica você tomou **por dia**, aproximadamente?

**Obs.:** **uma** dose equivale a **uma** lata de cerveja, ou a **uma** taça de vinho, ou a **uma** dose convencional de cachaça ou uísque, etc.

- (0) Não tomei bebida alcoólica nos últimos 30 dias.  
\_\_\_\_\_ dose(s) por dia.
- (888) Nunca experimentei bebida alcoólica.

**F 5.** Nos últimos 12 meses, com que frequência você tomou pelo menos **uma dose ou um copo** de bebida alcoólica?

**Obs.:** **uma** dose equivale a **uma** lata de cerveja, ou a **uma** taça de vinho, ou a **uma** dose convencional de cachaça ou uísque, etc.

- (0) Não tomei bebida alcoólica nos últimos 12 meses.
  - (1) Menos que 1 vez por mês.
  - (2) 1 a 2 dias por mês.
  - (3) 3 a 4 dias por mês.
  - (4) 1 a 2 dias por semana.
  - (5) 3 a 4 dias por semana.
  - (6) 5 a 6 dias por semana.
  - (7) Todos os dias.
- (888) Nunca experimentei bebida alcoólica.

**F 6.** Na maioria das vezes, que tipo de bebida alcoólica você toma?

- (0) Já experimentei, mas não tomei bebida alcoólica nos últimos 12 meses.  
 (1) Cerveja.  
 (2) Vinho.  
 (3) Catuaba.  
 (4) Ice.  
 (5) Uísque.  
 (6) Cachaça / pinga ou drinques à base de cachaça / pinga.  
 (7) Drinques à base de vodca, tequila ou rum.  
 (8) Outro(s) tipo(s).

F\_6.8. Se \_\_\_\_\_ for(em) outro(s) tipo(s), qual(ais)?

(888) Nunca experimentei bebida alcoólica.

**F 7.** Quantas vezes na vida você bebeu tanto que ficou realmente bêbado(a)?

- (0) Nenhuma vez na vida.  
 (1) 1 ou 2 vezes na vida.  
 (2) 3 a 5 vezes na vida.  
 (3) 6 a 9 vezes na vida.  
 (4) 10 vezes ou mais na vida.

(888) Nunca experimentei bebida alcoólica.

## BLOCO G

## EXPERIMENTAÇÃO E CONSUMO DE CIGARRO

**EVA 15.** Entrevistador(a), esta seção é autoaplicável. Deseja avançar para o próximo bloco?

**Obs.:** posteriormente, a equipe da pesquisa incluirá os dados de EXPERIMENTAÇÃO E CONSUMO DE CIGARRO.

- (1) Sim.  
 (2) Não.

As próximas perguntas são sobre o hábito de fumar cigarros.

Participante, você **NÃO** será identificado(a) e suas respostas serão mantidas sob sigilo! Caso você não entenda alguma pergunta, peça ajuda para o(a) entrevistador(a).

**Instruções:**

- marque com "X" **APENAS** uma resposta para cada pergunta;
- não existem respostas certas ou erradas.

**G 1.** Você já fumou cigarro (mesmo que apenas uma ou duas tragadas)?

**Obs.:** se a resposta for **SIM**, siga para a questão **Y\_2**; se for **NÃO**, pule para a questão **Y\_6**.

- (1) Sim.  
 (2) Não.

**G 2.** Que idade você tinha quando fumou cigarro pela primeira vez (mesmo que apenas uma ou duas tragadas)?

- (1) 7 anos ou menos.
- (2) 8 anos.
- (3) 9 anos.
- (4) 10 anos.
- (5) 11 anos.
- (6) 12 anos.
- (7) 13 anos.
- (8) 14 anos.
- (9) 15 anos.
- (10) 16 anos.
- (11) 17 anos.
- (12) 18 ou 19 anos.
- (888) Nunca fumei cigarro

**G 3.** Nos últimos 30 dias, você não fumou cigarro, fumou menos que diariamente, apenas nos fins de semana ou diariamente?

- (0) Não fumei nos últimos 30 dias.
- (1) Menos que diariamente.
- (2) Nos fins de semana.
- (3) Diariamente.
- (888) Nunca fumei cigarro.

**G 4.** Nos últimos 30 dias, quando consumiu, quantos cigarros você fumou por dia, aproximadamente?

- (0) Não fumei nos últimos 30 dias.  
\_\_\_\_\_ cigarro(s).
- (888) Nunca fumei cigarro.

**G 5.** Nos últimos 12 meses, com que frequência você fumou cigarro?

- (0) Não fumei nos últimos 12 meses.
- (1) Menos que 1 vez por mês.
- (2) 1 a 2 dias por mês.
- (3) 3 a 4 dias por mês.
- (4) 1 a 2 dias por semana.
- (5) 3 a 4 dias por semana.
- (6) 5 a 6 dias por semana.
- (7) Todos os dias.
- (888) Nunca fumei cigarro.

**G 6.** Quantos dias por semana você geralmente fica em contato com a fumaça de cigarro (ou de charuto, cachimbo, cigarrilha) de outras pessoas (sem contar você) na casa onde você mora?

- (0) Não fico exposto à fumaça de cigarro de outras pessoas na casa onde eu moro.
- (1) Menos que 1 dia.
- (2) 1 a 2 dias por semana.
- (3) 3 a 4 dias por semana.
- (4) 5 a 6 dias por semana.
- (5) Todos os dias da semana.

**G\_7.** Qual de seus pais ou responsáveis fuma?

- (0) Nenhum deles.
- (1) Só o meu pai (ou responsável do sexo masculino).
- (2) Só a minha mãe (ou responsável do sexo feminino).
- (3) Meu pai e minha mãe (ou ambos os responsáveis).

**G\_8.** Há alguma outra pessoa na sua casa que é fumante?

- (1) Sim.

**G\_8.1.** Se sim, quem (parentesco ou vínculo)? \_\_\_\_\_.

- (2) Não.

**G\_9.** No total, quantas pessoas da sua família ou que convivem com você (sem contar você) fumam na casa onde você mora?

- (0) Nenhuma pessoa fuma na casa onde eu moro.
- (1) 1 pessoa.
- (2) 2 pessoas.
- (3) 3 pessoas.
- (4) 4 pessoas.
- (5) 5 pessoas ou mais

## BLOCO H

## AUTOESTIMA

**EVA\_16.** Entrevistador(a), esta seção é autoaplicável. Deseja avançar para finalizar a aplicação do questionário?

**Obs.:** posteriormente, a equipe da pesquisa incluirá os dados de AUTOESTIMA.

- (1) Sim.  
(2) Não.

Por favor, leia cada pergunta com atenção e marque um “X” na coluna que contenha a sua opinião ou sentimento, ou seja, aquela que mais reflete o que você pensa ou sente em relação à afirmativa. Não existem respostas certas ou erradas.

Participante, você NÃO será identificado(a) e suas respostas serão mantidas sob sigilo! Caso você não entenda alguma afirmativa, peça ajuda para o(a) entrevistador(a).

Autoestima	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
	(4)	(3)	(2)	(1)
<b>H_1.</b> Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.				
<b>H_2.</b> Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.				
<b>H_3.</b> Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.				
<b>H_4.</b> Eu acho que eu sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.				
<b>H_5.</b> Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.				
<b>H_6.</b> Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo(a).				
<b>H_7.</b> No conjunto, eu estou satisfeito(a) comigo.				
<b>H_8.</b> Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo(a).				
<b>H_9.</b> Às vezes eu me sinto inútil.				
<b>H_10.</b> Às vezes eu acho que não presto para nada.				

**BLOCO I****ANTROPOMETRIA E COMPOSIÇÃO CORPORAL**

**EVA 5.** Entrevistador(a), deseja avançar para o próximo bloco?

**Obs.:** posteriormente, a equipe da pesquisa incluirá os dados de **ANTROPOMETRIA E COMPOSIÇÃO CORPORAL**.

- (1) Sim.  
(2) Não.

**Instrução:** avaliador(a), certifique-se da aplicação correta das técnicas de aferição, além do cumprimento do protocolo para a realização do exame de bioimpedância elétrica.

**I\_1. Antropometria**

**I\_1.1.** Peso: \_\_\_\_\_ Kg. **Formato:** XX,X ou XXX,X.

**Instrução:** participante em posição ortostática, no centro da plataforma, descalço(a) e vestindo roupas leves.

**I\_1.2.** Altura: \_\_\_\_\_ cm. **Formato:** XXX,X.

**Instrução:** participante de costas para o marcador, em posição ortostática, descalço(a) e com os pés unidos pelos tornozelos.

**I\_3. Composição corporal com bioimpedância elétrica (BIA)**

**I\_3.1.** Gordura corporal (BIA bipolar Tanita Ironman® BC-553): \_\_\_\_\_ %. **Formato:** X,X ou XX,X.

**I\_3.2.** Gordura corporal (BIA tetrapolar Sanny® BI-1010): \_\_\_\_\_ %. **Formato:** XX,X.

**BLOCO J****IMAGEM CORPORAL (ESCALA DE FIGURAS DE STUNKARD)**

**EVA 11.** Entrevistador(a), esta seção é **autoaplicável**. Deseja avançar para o próximo bloco?

**Obs.:** posteriormente, a equipe da pesquisa incluirá os dados de **IMAGEM CORPORAL**.

- (1) Sim.  
(2) Não.

As perguntas a seguir são sobre a sua imagem corporal. Primeiro, observe as ilustrações que foram entregues para você e depois responda.

Participante, você **NÃO** será identificado(a) e suas respostas serão mantidas sob sigilo! Caso você não entenda alguma pergunta, peça ajuda para o(a) entrevistador(a).

**Instruções:**

- indique **APENAS** o número de uma imagem corporal para cada pergunta;
- não existem respostas certas ou erradas.

**J\_1.** Para você, qual imagem representa o seu corpo **atual**?

Imagem nº \_\_\_\_\_.

**J\_2.** Qual imagem corporal você **gostaria de ter**?

**Obs.:** a sua imagem atual pode ser (ou não) diferente da imagem que você gostaria de ter.

Imagem nº \_\_\_\_\_.

**J\_3.** Se as respostas das duas perguntas anteriores (**T\_1** e **T\_2**) foram imagens corporais diferentes, indique a **principal causa** para isso.

**Instrução:** participante, marque **APENAS** uma resposta, ou seja, aquela que você considera ser a principal causa para o seu desejo de ter uma imagem corporal diferente.

- (1) Eu desejo ter uma imagem corporal diferente porque não gosto da minha aparência (estética).
- (2) Eu desejo ter uma imagem corporal diferente por causa da aparência (estética) das pessoas que eu geralmente vejo em jornais, revistas, televisão e/ou internet (sites, blogs, Facebook, Instagram, etc.).
- (3) Eu desejo ter uma imagem corporal diferente por causa da opinião da minha família.
- (4) Eu desejo ter uma imagem corporal diferente por causa da opinião de colegas ou amigos(as).
- (5) Eu desejo ter uma imagem corporal diferente porque me preocupo com a minha saúde.
- (6) Eu desejo ter uma imagem corporal diferente porque quero ser fisicamente forte.
- (7) Eu desejo ter uma imagem corporal diferente porque quero melhorar as minhas atividades do dia a dia.

**(888)** As respostas para as duas perguntas anteriores (**T\_1** e **T\_2**) foram iguais, ou seja, a mesma imagem corporal.

**J\_4. Atualmente**, você está satisfeita com o seu peso?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**J\_5. Atualmente**, na sua opinião, o seu peso está:

- (1) Muito abaixo do ideal (muito magra).
- (2) Abaixo do ideal (magra).
- (3) Normal (dentro do ideal).
- (4) Acima do ideal (gorda).
- (5) Muito acima do ideal (muito gorda).

**BLOCO K****TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (EAT-26)**

**EVA\_12.** Entrevistador(a), esta seção é autoaplicável. Deseja avançar para o próximo bloco?

**Obs.:** posteriormente, a equipe da pesquisa incluirá os dados do **EAT-26**.

- (1) Sim.  
(2) Não.

As próximas perguntas são sobre atitudes alimentares.

Participante, você **NÃO** será identificado(a) e suas respostas serão mantidas sob sigilo! Caso você não entenda alguma pergunta, peça ajuda para o(a) entrevistador(a).

**Instruções:**

- marque com "X" **APENAS** uma resposta para cada pergunta;
- não existem respostas certas ou erradas.

Perguntas	Nunca	Quase nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>K_1.</b> Fico apavorado(a) com a ideia de estar engordando.						
<b>K_2.</b> Evito comer quando estou com fome.						
<b>K_3.</b> Eu me sinto preocupado(a) com os alimentos.						
<b>K_4.</b> Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.						
<b>K_5.</b> Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.						
<b>K_6.</b> Presto atenção na quantidade de calorias dos alimentos que eu como.						
<b>K_7.</b> Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex.: pão, arroz, batatas, etc.).						
<b>K_8.</b> Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.						
<b>K_9.</b> Vomito depois de comer.						

Continua...

Perguntas	Nunca	Quase nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>K_10.</b> Eu me sinto extremamente culpado(a) depois de comer.						
<b>K_11.</b> Eu me preocupo com o desejo de ser mais magro(a).						
<b>K_12.</b> Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.						
<b>K_13.</b> As pessoas me acham muito magro(a).						
<b>K_14.</b> Eu me preocupo com a ideia de haver gordura em meu corpo.						
<b>K_15.</b> Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas.						
<b>K_16.</b> Evito comer alimentos que contenham açúcar.						
<b>K_17.</b> Costumo comer alimentos dietéticos ( <i>light / diet / zero</i> ).						
<b>K_18.</b> Sinto que os alimentos controlam minha vida.						
<b>K_19.</b> Demonstro autocontrole diante dos alimentos.						
<b>K_20.</b> Sinto que os outros me pressionam para comer.						
<b>K_21.</b> Passo muito tempo pensando em comer.						
<b>K_22.</b> Me sinto desconfortável após comer doces.						
<b>K_23.</b> Faço regimes para emagrecer.						
<b>K_24.</b> Gosto de sentir meu estômago vazio.						
<b>K_25.</b> Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias.						
<b>K_26.</b> Sinto vontade de vomitar após as refeições.						

<b>BLOCO L</b>	<b>TESTE DE INVESTIGAÇÃO BULÍMICA DE EDIMBURGO (BITE)</b>
----------------	---

**EVA 13.** Entrevistador(a), esta seção é autoaplicável. Deseja avançar para o próximo bloco?

**Obs.:** posteriormente, a equipe da pesquisa incluirá os dados do **BITE**.

- (1) Sim.
- (2) Não.

As próximas perguntas são sobre hábito de fazer dietas, comportamento alimentar e como isso interfere na sua vida. Responda com relação ao que você tem sentido no momento atual.

Participante, você **NÃO** será identificado(a) e suas respostas serão mantidas sob sigilo! Caso você não entenda alguma pergunta, peça ajuda para o(a) entrevistador(a).

**Instruções:**

- marque com "X" **APENAS** uma resposta para cada pergunta;
- não existem respostas certas ou erradas.

**L\_1.** Você segue um padrão regular de alimentação?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_2.** Você costuma seguir dietas de forma rigorosa?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_3.** Você se considera um fracasso quando quebra a dieta?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_4.** Você conta as calorias de tudo o que come, inclusive quando não está de dieta?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_5.** Você, **de vez em quando**, fica sem se alimentar por um dia inteiro?

**Instrução:** se a resposta for **SIM**, siga para a questão **V\_6**; se for **NÃO**, pule para a questão **V\_7**.

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_6.** Se sua resposta foi **sim** para a questão **5**, com que frequência você fica sem se alimentar por um dia inteiro?

- (5) Dia sim, dia não.
- (4) 2 a 3 vezes por semana.
- (3) 1 vez por semana.
- (2) De vez em quando.
- (1) Apenas 1 vez.
- (888) Nunca fico sem me alimentar por um dia inteiro.

**L\_7.** Você utiliza algum dos seguintes métodos para perder peso? Com que frequência?

Métodos	Nunca	De vez em quando	1 vez por semana	2 a 3 vezes por semana	Todos os dias	2 a 3 vezes por dia	5 ou mais vezes por dia
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
L_7.1.Comprimidos para emagrecer.							
L_7.2.Diuréticos.							
L_7.3.Laxantes.							
L_7.4.Provoca vômitos.							

**L\_8.** Os seus hábitos alimentares atrapalham a sua vida?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_9.** Você diria que a comida “domina” a sua vida?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_10.** Você, de vez em quando, come até sentir-se mal fisicamente e ter que parar?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_11.** Há momentos em que você só consegue pensar em comida?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_12.** Você come moderadamente em frente aos outros e, em compensação, exagera quando está sozinho?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_13.** Você sempre consegue parar de comer quando quer?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_14.** Você, de vez em quando, sente um desejo incontrolável de comer sem parar?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_15.** Quando você está ansioso(a), tende a comer muito?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_16.** A ideia de ficar gordo(a) o(a) apavora?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_17.** Você, **de vez em quando**, come rapidamente grandes quantidades de alimento (fora das refeições)?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_18.** Você, **alguma vez**, sentiu vergonha de seus hábitos alimentares?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_19.** O fato de você não conseguir se controlar para comer o(a) preocupa?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_20.** Você busca na comida um conforto emocional?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_21.** Você costuma deixar comida no prato ao final de uma refeição?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_22.** Você engana os outros sobre o quanto come?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_23.** A quantidade que você come é proporcional à fome que sente?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_24.** Você já se alimentou com grande quantidade de alimentos em pouco tempo?

**Instrução:** se a resposta for **SIM**, siga para a questão **V\_25**; se for **NÃO**, pule para a questão **L\_28**.

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_25.** Esses episódios o deixaram deprimido?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**(888)** Nunca me alimentei com grande quantidade de alimentos em pouco tempo.

**L\_26.** Esses episódios acontecem apenas quando você está sozinho(a)?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**(888)** Nunca me alimentei com grande quantidade de alimentos em pouco tempo.

**L\_27.** Com que frequência esses episódios acontecem?

- (1) Quase nunca.
- (2) 1 vez por mês.
- (3) 1 vez por semana.
- (4) 2 a 3 vezes por semana.
- (5) Diariamente.
- (6) 2 a 3 vezes por dia.
- (888)** Nunca me alimentei com grande quantidade de alimentos em pouco tempo.

**L\_28.** Você faria grandes sacrifícios para satisfazer uma vontade incontrolável de comer?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_29.** Se você comer demais, sente-se muito culpado(a) por isso?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_30.** Você, **de vez em quando**, come escondido?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_31.** Você consideraria seus hábitos alimentares normais?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_32.** Você se consideraria uma pessoa que come em exagero e não consegue parar?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_33.** Seu peso aumenta ou diminui mais que 2 Kg em uma semana?

- (1) Sim.
- (2) Não.

## BLOCO M PARÂMETROS SOCIOECONÔMICOS E CONDIÇÕES SANITÁRIAS

**Neste bloco, vou perguntar sobre as suas características socioeconômicas, como grau de escolaridade dos seus pais (ou responsáveis), situação de trabalho, renda familiar, características do domicílio, posse de itens de conforto e condições de saneamento.**

### M\_1. Renda familiar

**M\_1.1.** Com qual(ais) **responsável(eis)** você mora?

**Instrução:** entrevistador(a), marque **APENAS** uma resposta que contemple o(s) principal(ais) responsáveis pelo(a) participante.

- (0) Mora sozinho(a).
- (1) Apenas com o pai [ou responsável do sexo masculino, por exemplo: padrasto, irmão mais velho (maior de 18 anos), avô, tio, etc.].
- (2) Apenas com a mãe [ou responsável do sexo feminino, por exemplo: madrasta, irmã mais velha (maior de 18 anos), avó, tia, etc.].
- (3) Com o pai e a mãe.
- (4) Com o avô e a avó (paternos ou maternos).
- (5) Com um tio e uma tia.
- (6) Outro(s).

**M\_1.1.6.** Se for(em) **outro(s)**, quem (parentesco ou vínculo)? \_\_\_\_\_:

**M\_1.2.** Qual o grau de instrução do seu **pai** (ou responsável do sexo masculino)?

- (1) Analfabeto ou fundamental I (primário) incompleto.
- (2) Fundamental I (primário) completo ou fundamental II (ginásio) incompleto.
- (3) Fundamental (ginásio) completo ou médio (colegial) incompleto.
- (4) Médio (colegial) completo ou superior incompleto.
- (5) Superior completo.
- (6) Pós-graduação incompleta.
- (7) Pós-graduação completa (especialização, mestrado ou doutorado).
- (999) Não sabe ou não quis responder.

**M\_1.3.** Qual o grau de instrução da sua **mãe** (ou responsável do sexo feminino)?

- (1) Analfabeta ou fundamental I (primário) incompleto.
- (2) Fundamental I (primário) completo ou fundamental II (ginásio) incompleto.
- (3) Fundamental (ginásio) completo ou médio (colegial) incompleto.
- (4) Médio (colegial) completo ou superior incompleto.
- (5) Superior completo.
- (6) Pós-graduação incompleta.
- (7) Pós-graduação completa (especialização, mestrado ou doutorado).
- (999) Não sabe ou não quis responder.

**M\_1.4. Atualmente**, quem é a pessoa que contribui com a maior parte da renda mensal da sua casa?

- (1) O(A) próprio(a) participante.
- (2) O pai (ou responsável do sexo masculino).
- (3) A mãe (ou responsável do sexo feminino).
- (4) O pai (ou responsável do sexo masculino) e a mãe (ou responsável do sexo feminino) contribuem igualmente com a renda mensal da casa.

**M\_1.5.** Qual a condição de trabalho do seu **pai** (ou responsável do sexo masculino)?

- (1) Do lar (ou dono de casa).
- (2) Desempregado.
- (3) Emprego formal.
- (4) Emprego informal.
- (5) Aposentado ou pensionista.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

**M\_1.6.** Qual a condição de trabalho da sua **mãe** (ou responsável do sexo feminino)?

- (1) Do lar (ou dona de casa).
- (2) Desempregada.
- (3) Emprego formal.
- (4) Emprego informal.
- (5) Aposentada ou pensionista.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

**M\_1.7.** Quantas pessoas, no total, participam ativamente da renda familiar (contando com você, se tiver renda)?

\_\_\_\_\_ pessoa(s).

**M\_1.8.** Qual o rendimento mensal total da sua família, ou seja, somando os rendimentos de todas as pessoas que moram com você (contando com o seu, se tiver)?

R\$ \_\_\_\_\_. **Formato:** R\$ XXXX,XX; entrevistador(a), escreva diretamente o valor, sem "R\$". **Obs.:** salário mínimo = R\$ 954,00.  
(99999) Não sabe ou não quis responder.

## M\_2. Características do domicílio

**M\_2.1.** Qual o tipo de domicílio?

- (1) Casa.
- (2) Apartamento.

**M\_2.2.** O domicílio é:

- (1) Alugado.
- (2) Próprio.
- (3) Cedido.

**M\_2.3.** Qual o número de cômodos do seu domicílio?

**Obs.:** são considerados cômodos os quartos, inclusive de serviço (cozinha), e as salas.

\_\_\_\_\_ cômodo(s).

**M\_2.4.** Quantas pessoas moram no mesmo domicílio que você (contando com você)?

\_\_\_\_\_ pessoa(s).

## M\_3. Itens de conforto

**Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do seu domicílio para a classificação econômica.**

**Todos os eletroeletrônicos que vou citar precisam estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere APENAS se tiver a intenção de consertar ou repor nos próximos 6 meses.**

**Instrução:** entrevistador(a), pergunte todos os itens ao(à) participante, por exemplo: vamos começar? No domicílio tem \_\_\_\_\_ (leia cada item)?

**M\_3.1.** Quantidade de **automóveis de passeio** exclusivamente para uso particular.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.

**M\_3.2.** Quantidade de **empregados mensalistas**, considerando apenas os que trabalham pelo menos **5** dias por semana.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.

**M\_3.3.** Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.

**M\_3.4.** Quantidade de banheiros.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.

**M\_3.5.** Quantidade de DVDs, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.

**M\_3.6.** Quantidade de geladeiras.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.

**M\_3.7.** Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.

**M\_3.8.** Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, *laptops*, *notebooks* e *netbooks*, e desconsiderando *tablets*, *palms* ou *smartphones*.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.

**M\_3.9.** Quantidade de lavadoras de louças.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.

**M\_3.10.**Quantidade de **fornos de micro-ondas**.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.

**M\_3.11.**Quantidade de **motocicletas**, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.

**M\_3.12.**Quantidade de **máquinas secadoras de roupas**, considerando lava e seca.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.

**M\_4. Condições de saneamento****M\_4.1.**A água utilizada no seu domicílio é proveniente de:

- (1) Rede geral de distribuição.
- (2) Poço ou nascente.
- (3) Outro meio.

**M\_4.2.**Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que ela é:

- (1) Asfaltada / pavimentada.
- (2) De terra / cascalho.

**M\_4.3.**Qual o destino do lixo do seu domicílio?

- (1) É coletado regularmente.
- (2) É queimado ou enterrado.
- (3) Jogado no rio, terreno, etc.

**BLOCO N      PERCEPÇÕES SOBRE A PRÓPRIA SAÚDE E A SAÚDE DOS PAIS**

**As próximas perguntas referem-se a como você avalia a própria saúde e a saúde dos seus pais (ou responsáveis).**

**N\_1.****Nos últimos 12 meses**, quantas vezes, aproximadamente, você se ausentou da escola (faltou as aulas) por problemas de saúde?

**Instrução:** caso o(a) participante não tenha se ausentado da escola, nos últimos 12 meses, por problemas de saúde, digite "0" (zero).

\_\_\_\_\_ vez(es).

**N 2. Atualmente**, em geral, como você avalia a sua saúde?

**Instrução:** entrevistador(a), leia as opções para o(a) participante e aguarde; não interfira na resposta!

- (1) Muito ruim.
- (2) Ruim.
- (3) Regular (mais ou menos).
- (4) Boa.
- (5) Muito boa.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

**N 3. Atualmente**, em geral, como você avalia a saúde dos seus pais (ou responsáveis)?

**Instrução:** entrevistador(a), leia as opções para o(a) participante e aguarde; não interfira na resposta!

- (1) Muito ruim.
- (2) Ruim.
- (3) Regular (mais ou menos).
- (4) Boa.
- (5) Muito boa.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

## BLOCO O

## UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

As próximas perguntas referem-se a sua procura por serviços de saúde.

**O 1. Nos últimos 12 meses**, você [sozinho(a) ou acompanhado(a)] procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?

- (1) Sim.

**O\_1.1.1.** Se **sim**, quantas vezes no total, aproximadamente? \_\_\_\_\_ vez(es).

**O\_1.1.2.** Desse total, quantas vezes, aproximadamente, você procurou um posto de saúde [Unidade Básica de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS)]? \_\_\_\_\_ vez(es).

- (2) Não.

## APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário(a) do Estudo EVA-JF (Estilo de Vida na Adolescência – Juiz de Fora/MG). O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é o crescimento do número de jovens com sobrepeso/obesidade e o adoecimento da população por doenças associadas ao excesso de peso. Nesta pesquisa pretendemos avaliar adolescentes que vivem em Juiz de Fora/MG, com idade entre 14 a 19 anos, para identificar fatores socioeconômicos, comportamentais, clínicos e bioquímicos que fazem com que um indivíduo tenha maior ou menor chance de apresentar excesso de peso e doenças crônicas na idade adulta.

Caso esteja de acordo em participar, vamos fazer as seguintes atividades: você será avaliado(a) na escola em relação às características antropométricas (peso, altura, circunferência do pescoço, circunferência da cintura, circunferência do quadril e porcentagem de gordura corporal), socioeconômicas (renda familiar e posse de bens de conforto), comportamentais (qualidade do sono; atividade física; tempo assistindo à televisão, jogando videogame e utilizando um *smartphone*, *tablet* ou computador; alimentação; saúde sexual e reprodutiva; experimentação e consumo de bebidas alcoólicas e cigarro), clínicas (níveis de pressão arterial) e bioquímicas (colesterol, triglicerídeos e açúcar no sangue) em data e horário previamente agendados com a direção da instituição de ensino. Você deverá responder a um questionário aplicado pela equipe da pesquisa. Todos os procedimentos serão realizados por pessoas treinadas e orientadas.

Esta pesquisa tem alguns riscos, que consistem em “**RISCOS MÍNIMOS**” e restringem-se ao sigilo quanto à identificação de seus dados e à coleta de sangue [dor, hematoma (ou outro desconforto) e contaminação]. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, adotaremos os seguintes critérios: primeiro, a equipe de pesquisadores cumprirá os devidos padrões de sigilo, utilizando as informações coletadas somente para fins acadêmicos e científicos; segundo, o profissional que coletará o seu sangue trabalha em laboratório e é habilitado a executar os procedimentos adequados para não haver riscos para você; terceiro, será utilizado um apoio de braço; quarto, o profissional irá pressionar levemente o local da coleta após a punção para evitar hematoma; quinto, a coleta será obrigatoriamente precedida de lavagem das mãos; sexto, será feita a antisepsia do seu braço por meio de algodão umedecido com álcool a 70%; e sétimo, serão utilizados somente materiais descartáveis (agulha, seringa e luvas).

A pesquisa contribuirá para aumentar o nosso conhecimento sobre o risco de desenvolver doenças crônicas (pressão alta, diabetes, síndrome metabólica, etc.) e possíveis formas de preveni-las. Você receberá na sua escola os resultados de todas as medidas e exames laboratoriais, de forma totalmente gratuita, dando-lhe, assim, a oportunidade de conhecer a sua situação de saúde e as necessidades de prevenção e/ou tratamento. Se notarmos algum problema, você será avisado(a) e encaminhado(a) a um serviço de saúde pela própria equipe de pesquisadores.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a uma indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido(a). A coordenadora da pesquisa não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição

quando ela estiver finalizada. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a permissão de um(a) responsável por você. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de assentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela coordenadora da pesquisa e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com a coordenadora da pesquisa por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. A equipe de pesquisadores tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações. Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

---

Assinatura da coordenadora da  
pesquisa Profa. Dra. Ana Paula  
Carlos Cândido  
Mendes

---

Assinatura do(a) menor

**Profa. Dra. Ana Paula Carlos Cândido Mendes**

Departamento de Nutrição – UFJF

Rua José Lourenço Kelmer, s/n, Campus Universitário, Bairro São Pedro

CEP: 36036-900 | Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 2102-3234 (ramal 27)

E-mail: [anapaula.candido@ufjf.edu.br](mailto:anapaula.candido@ufjf.edu.br)

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102-3788 | E-mail: [cep.propesq@ufjf.edu.br](mailto:cep.propesq@ufjf.edu.br)

## APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário(a) do Estudo EVA-JF (Estilo de Vida na Adolescência – Juiz de Fora/MG). O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é o crescimento do número de jovens com sobrepeso/obesidade e o adoecimento da população por doenças associadas ao excesso de peso. Nesta pesquisa pretendemos avaliar adolescentes que vivem em Juiz de Fora/MG, com idade entre 14 a 19 anos, para identificar fatores socioeconômicos, comportamentais, clínicos e bioquímicos que fazem com que um indivíduo tenha maior ou menor chance de apresentar excesso de peso e doenças crônicas na idade adulta.

Caso esteja de acordo em participar, vamos fazer as seguintes atividades: você será avaliado(a) na escola em relação às características antropométricas (peso, altura, circunferência do pescoço, circunferência da cintura, circunferência do quadril e porcentagem de gordura corporal), socioeconômicas (renda familiar e posse de bens de conforto), comportamentais (qualidade do sono; atividade física; tempo assistindo à televisão, jogando videogame e utilizando um *smartphone*, *tablet* ou computador; alimentação; saúde sexual e reprodutiva; experimentação e consumo de bebidas alcoólicas e cigarro), clínicas (níveis de pressão arterial) e bioquímicas (colesterol, triglicerídeos e açúcar no sangue) em data e horário previamente agendados com a direção da instituição de ensino. Você deverá responder a um questionário aplicado pela equipe da pesquisa. Todos os procedimentos serão realizados por pessoas treinadas e orientadas.

Esta pesquisa tem alguns riscos, que consistem em “**RISCOS MÍNIMOS**” e restringem-se ao sigilo quanto à identificação de seus dados e à coleta de sangue [dor, hematoma (ou outro desconforto) e contaminação]. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, adotaremos os seguintes critérios: primeiro, a equipe de pesquisadores cumprirá os devidos padrões de sigilo, utilizando as informações coletadas somente para fins acadêmicos e científicos; segundo, o profissional que coletará o seu sangue trabalha em laboratório e é habilitado a executar os procedimentos adequados para não haver riscos para você; terceiro, será utilizado um apoio de braço; quarto, o profissional irá pressionar levemente o local da coleta após a punção para evitar hematoma; quinto, a coleta será obrigatoriamente precedida de lavagem das mãos; sexto, será feita a antisepsia do seu braço por meio de algodão umedecido com álcool a 70%; e sétimo, serão utilizados somente materiais descartáveis (agulha, seringa e luvas).

A pesquisa contribuirá para aumentar o nosso conhecimento sobre o risco de desenvolver doenças crônicas (pressão alta, diabetes, síndrome metabólica, etc.) e possíveis formas de preveni-las. Você receberá na sua escola os resultados de todas as medidas e exames laboratoriais, de forma totalmente gratuita, dando-lhe, assim, a oportunidade de conhecer a sua situação de saúde e as necessidades de prevenção e/ou tratamento. Se notarmos algum problema, você será avisado(a) e encaminhado(a) a um serviço de saúde pela própria equipe de pesquisadores.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a uma indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido(a). A coordenadora da

pesquisa não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando ela estiver finalizada. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela coordenadora da pesquisa e a outra será fornecida a você. Os dados coletados ficarão arquivados com a coordenadora da pesquisa por um período de 5 (cinco) anos e após esse tempo serão destruídos. A equipe de pesquisadores tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo as legislações brasileiras (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da coordenadora da  
pesquisa

Profa. Dra. Ana Paula Carlos  
Cândido Mendes

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante

**Profa. Dra. Ana Paula Carlos Cândido Mendes**

Departamento de Nutrição – UFJF

Rua José Lourenço Kelmer, s/n, Campus Universitário, Bairro São Pedro

CEP: 36036-900 | Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 2102-3234 (ramal 27)

E-mail: [anapaula.candido@ufjf.edu.br](mailto:anapaula.candido@ufjf.edu.br)

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – UFJF

Campus Universitário da UFJF

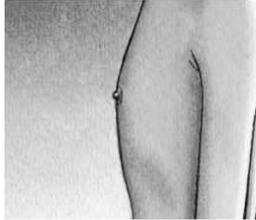
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102-3788 | E-mail: [cep.propesq@ufjf.edu.br](mailto:cep.propesq@ufjf.edu.br)

## ANEXO A – ESCALA DE MATURAÇÃO SEXUAL ILUSTRADA DE TANNER

### Estágios de desenvolvimento das mamas



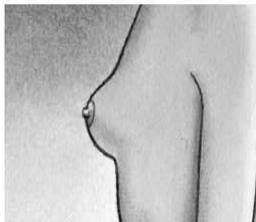
#### Estágio 1

Mamas infantis (M1)



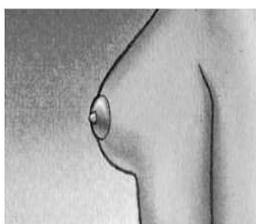
#### Estágio 2

O broto mamário forma-se com uma pequena saliência com elevação da mama e da papila e ocorre o aumento do diâmetro areolar. Melhor visualizar lateralmente. (M2)



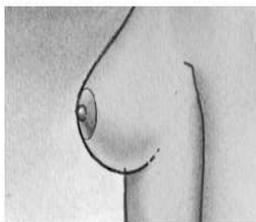
#### Estágio 3

Maior aumento da aréola e da papila sem separação do contorno da mama. (M3)



#### Estágio 4

Aumento continuado e projeção da aréola e da papila formando uma segunda saliência acima do nível da mama. (M4)



#### Estágio 5

Mama com aspecto adulto, com retração da aréola para o contorno da mama e projeção da papila. (M5)

### Estágios de desenvolvimento dos pelos pubianos



#### Estágio 1

Ausência de pelos, ou pelugem natural. (P1)



#### Estágio 2

Pelos iniciam-se com uma pelugem fina, longa, um pouco mais escura, na linha central da região pubiana. (P2)



#### Estágio 3

Pelos em maior quantidade, mais escuros e mais espessos, e discretamente encaracolados, com distribuição em toda a região pubiana. (P3)



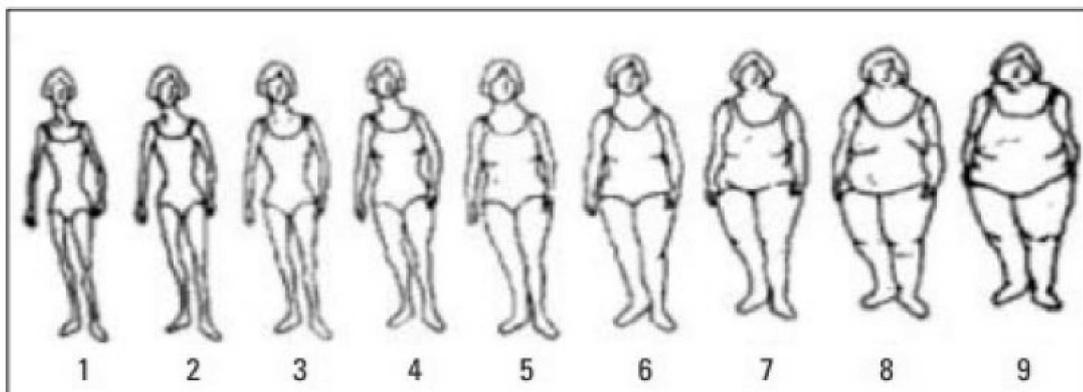
#### Estágio 4

Pelos do tipo adulto, encaracolados, mais distribuídos, e ainda em pouca quantidade. (P4)



#### Estágio 5

Pelos tipo adulto, com maior distribuição na região pubiana, e na raiz da coxa. (P5)

**ANEXO B – ESCALA DE SILHUETAS DE STUNKARD**

## ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Estudo EVA-JF (Estilo de Vida na Adolescência - Juiz de Fora, MG)

**Pesquisador:** Ana Paula Carlos Cândido Mendes

**Área Temática:**

**Versão:** 8

**CAAE:** 68801617.1.0000.5147

**Instituição Proponente:** Departamento de Nutrição

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.412.539

#### Apresentação do Projeto:

Estudo epidemiológico observacional, de corte transversal, de caráter descritivo e analítico. As coletas de dados incluirão participantes entre 14 e 19 anos, de ambos os sexos, matriculados em escolas públicas de Juiz de Fora – MG. Área do estudo: Juiz de Fora situa-se na mesorregião da Zona da Mata mineira, distando, aproximadamente, 269,0 Km da capital Belo Horizonte. A cidade detém uma área territorial de 1.435,749 Km<sup>2</sup>, sendo que o perímetro urbano é constituído por 317,740 Km<sup>2</sup>. Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar excesso de peso e aspectos socioeconômicos, comportamentais, clínicos e bioquímicos em adolescentes entre 14 e 19 anos do município de Juiz de Fora/MG.

Objetivo Secundário:

- Estimar as prevalências de: excesso de peso; pré-hipertensão/hipertensão arterial; dislipidemias; sedentarismo; tempo de tela excessivo; qualidade do sono ruim; sonolência diurna, triagem positiva para transtornos alimentares e distúrbio dismórfico corporal; experimentação e consumo de bebidas alcoólicas e cigarro.
- Caracterizar a ingestão dietética segundo a distribuição de macro/micronutrientes e o grau de

<b>Endereço:</b> JOSE LOURENCO KELMER S/N			
<b>Bairro:</b> SAO PEDRO		<b>CEP:</b> 36.036-900	
<b>UF:</b> MG	<b>Município:</b> JUIZ DE FORA		
<b>Telefone:</b> (32)2102-3788	<b>Fax:</b> (32)1102-3788	<b>E-mail:</b> cep.propesq@ufjf.edu.br	



Continuação do Parecer: 3.412.539

processamento industrial dos alimentos.

- Caracterizar a condição socioeconômica e sanitária, bem como o estado de insegurança alimentar e nutricional.
- Descrever a autopercepção do estado de saúde, o absenteísmo escolar por questões de saúde e a procura por atendimento em Unidade Básica de Saúde.
- Descrever as condições de saúde sexual e reprodutiva.
- Realizar a adaptação transcultural e a validação do instrumento Food Choice Questionnaire para adolescentes brasileiros.
- Analisar se há diferenças entre os sexos, as fases da adolescência e os estágios de maturação sexual quanto ao excesso de peso, à préhipertensão/ hipertensão arterial, às dislipidemias, aos fatores de risco comportamentais, à triagem positiva para transtornos alimentares e ao distúrbio dismórfico corporal.
- Analisar a associação da qualidade do sono ruim com excesso de peso, pré- hipertensão/hipertensão arterial, dislipidemias e fatores de risco comportamentais.
- Analisar a associação da insegurança alimentar e nutricional com excesso de peso, pré- hipertensão/hipertensão arterial, dislipidemias, condição socioeconômica, autopercepção do estado de saúde, consumo alimentar, uso de bebidas alcoólicas e cigarro.

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.412.539

devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPES. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: julho de 2020.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO a emenda ao protocolo de pesquisa proposto, a qual solicita extensão do prazo para realização do projeto proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Endereço:	JOSE LOURENÇO KELMER S/N		
Bairro:	SAO PEDRO	CEP:	36.036-900
UF:	MG	Município:	JUIZ DE FORA
Telefone:	(32)2102-3788	Fax:	(32)1102-3788
		E-mail:	cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.412.539

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1385898_E3.pdf	25/06/2019 14:49:53		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP.pdf	25/06/2019 14:47:52	Ana Paula Carlos Cândido Mendes	Aceito
Brochura Pesquisa	Instrumento_Food_choice_questionnaire_espanhol.pdf	08/09/2018 17:24:24	Felipe Silva Neves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infraestrutura_emenda.pdf	12/03/2018 15:40:40	Felipe Silva Neves	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_emenda.pdf	06/03/2018 17:33:48	Felipe Silva Neves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_emenda.pdf	06/02/2018 15:02:23	Felipe Silva Neves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_biorrepositorio_emenda.pdf	06/02/2018 15:02:01	Felipe Silva Neves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_emenda.pdf	06/02/2018 15:01:38	Felipe Silva Neves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_biorrepositorio_emenda.pdf	06/02/2018 15:01:18	Felipe Silva Neves	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	Declaracao_biorrepositorio_emenda.pdf	06/02/2018 14:59:26	Felipe Silva Neves	Aceito
Outros	Instrumento_Stuntkard.pdf	19/05/2017 20:37:57	Felipe Silva Neves	Aceito
Outros	Instrumento_EAT_BSQ.pdf	19/05/2017 20:37:12	Felipe Silva Neves	Aceito
Outros	Instrumento_Questionario.pdf	19/05/2017 20:36:28	Felipe Silva Neves	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 3.412.539

JUIZ DE FORA, 25 de Junho de 2019

---

**Assinado por:**  
**Jubel Barreto**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br