UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

LETÍCIA MENDES PEREIRA

ADOLESCÊNCIA PRIMEIRO, GRAVIDEZ DEPOIS? O COMPORTAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO DE ESTUDANTES DE 13 A 17 ANOS NO BRASIL

CAMPINAS
2022

LETÍCIA MENDES PEREIRA

ADOLESCÊNCIA PRIMEIRO, GRAVIDEZ DEPOIS? O COMPORTAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO DE ESTUDANTES DE 13 A 17 ANOS NO BRASIL

Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas para a obtenção do título de Mestra em Demografia.

Supervisor(a)/Orientador(a): Profa. Dra. Joice Melo Vieira

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA LETÍCIA MENDES PEREIRA, E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. JOICE MELO VIEIRA.

CAMPINAS
2022

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Cecília Maria Jorge Nicolau - CRB 8/3387

Pereira, Letícia Mendes, 1997-
P414a Adolescência primeiro, gravidez depois? O comportamento sexual e reprodutivo de estudantes de 13 a 17 anos no Brasil / Letícia Mendes Pereira. – Campinas, SP : [s.n.], 2023.

Orientador: Joice Melo Vieira.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Adolescência. 2. Comportamento sexual - Brasil. 3. Gravidez - Brasil. 4.Relações de gênero. I. Vieira, Joice Melo, 1980-. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Adolescence first, pregnancy later? The sexual and reproductive behavior of students aged 13 to 17 years in Brazil
Palavras-chave em inglês:
Adolescence
Sexual behavior - Brazil
Pregnancy - Brazil
Gender relations
Área de concentração: Demografia
Titulação: Mestra em Demografia
Banca examinadora:
Joice Melo Vieira [Orientador]
Glaucia dos Santos Marcondes
Cristiane da Silva Cabral
Data de defesa: 22-03-2023
Programa de Pós-Graduação: Demografia

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)
- ORCID do autor: https://orcid.org/0009-0008-7873-828X
- Currículo Lattes do autor: https://lattes.cnpq.br/9884630227633506

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

A Comissão Julgadora dos Trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, composta pelas Professoras Doutoras a seguir descritas, em sessão pública realizada em 22 de março de 2023, considerou a candidata Letícia Mendes Pereira aprovada.

Profa. Dra. Joice Melo Vieira
Profa. Dra. Glaucia dos Santos Marcondes
Profa. Dra. Cristiane da Silva Cabral

A Ata de Defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertações/Teses e na Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Demografia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

Dedico esta pesquisa a minha mãe,

cuja realização também é uma conquista sua.

AGRADECIMENTOS

Durante a jornada desafiadora e cheia de aprendizado na demografia recebi muito apoio e carinho, essenciais para a conquista deste sonho – em me tornar mestra, e dentro da demografia. No percurso da trajetória para me tornar acadêmica, há uma fila de pessoas que cruzaram meu caminho, a quem devo toda gratidão.

Agradeço primeiramente a minha amada e afetuosa mãe, Maria Efigênia Mendes da Silva. Sua dedicação e amor fizeram de mim a pessoa que eu sou hoje e que chegou até aqui. Desde a infância investiu e se empenhou na minha educação, foi minha mãe e professora. Eu sempre me lembrarei dos seus ensinamentos e apoio incondicional, além da persistência de fazer de mim uma mulher independente, determinada e forte, cujos objetivos seriam concretizados. Foram muitas angústias e medos nessa jornada, mas você sempre me disse: "Olhe sempre para frente, Letícia. E nunca se arrependa disso!". Essas palavras, suas palavras, sem dúvida me guiaram até aqui, mais que isso elas me guiam na vida. Sem dúvidas, a conquista desse diploma e desta pesquisa são a concretização de um sonho tanto meu, quanto seu. Minha eterna gratidão por ser quem é e me ensinar tudo de mais essencial. Seu amor é tudo para mim.

Um especial e afetuoso agradecimento a minha maravilhosa orientadora Joice Melo Vieira. Não há palavras suficientes para expressar minha gratidão a sua dedicação, paciência, esforço e generosidade comigo. Obrigada por ajudar a me reerguer, por pegar na minha mão para seguirmos juntas, obrigada por todos os ensinamentos, questionamentos e aprendizados. Se não fosse por você essa jornada, ou seria infinitamente mais caótica e dura do que de fato foi, ou nem existiria. Que sigamos juntas nesta nova fase com a mesma confiança e com mais empolgação, rumo a novos aprendizados.

Agradeço também a minha amada, Jocimara. Obrigada pelo cuidado, companheirismo e afeto, seus sentimentos acolheram meus momentos difíceis e, sem você, o término desta pesquisa seria penoso. Obrigada por sempre ressaltar minhas qualidades, acreditar no meu brilho e sucesso, por me amar e cuidar de mim, por dividir essa nova fase da vida comigo e me apoiar em cada decisão importante.

Agradeço aos meus melhores amigos Nildamara e Gabriel. Obrigada amiga por estar comigo, lá atrás quando eu estava estudando para o processo seletivo para entrar na demografia, obrigada por sempre me amar e apoiar minhas escolhas, ouvir e acolher os meus surtos, pelos seus conselhos de vida, por sempre me pôr para cima e enxergar a esperança, quando eu mesma não acreditava. Saiba que você é e sempre foi uma fonte de inspiração e

admiração para mim, enquanto mulher, amiga, cientista e profissional. Você nunca permitiu que eu desistisse e muito obrigada por isso.

Obrigada igualmente amigo por ser essa pessoa que toma meu partido para o que for necessário, por estar ao meu lado em cada desafio, cada conquista e cada passo da minha jornada, por me escutar, aconselhar e comemorar cada vitória minha, e, por que não, por cada meme e vídeo compartilhado que sempre me arrancaram risadas necessárias quando sinto a vida pesada. Seu amor é uma base que me impulsiona sempre para frente. Agradeço por cuidar de mim por tantos anos, me amar e me apoiar, você é especial demais na minha vida.

Agradeço também a minha família, especialmente: meu padrasto Toninho, que sempre enxergou e exaltou meu potencial, foi caridoso com as minhas angústias e se dispos a me ajudar financeiramente no que eu precisasse; a minha tia Adriana, a quem tanto me pareço, por seu imenso carinho, zelo e companheirismo comigo, por investir no meu intelecto com livros e se orgulhar de cada etapa da minha vida; e ao meu Tio Carlinhos, que de todos nunca duvidou de mim e das minhas conquistas em nenhum momento, sempre exaltou meus méritos e me impulsionou a sempre seguir em frente e pensar em mim mesma. O apoio e torcida de todos vocês, sem dúvidas, me trouxe até aqui.

Agradeço também as minhas orientadoras antecedentes: Sonia de Alcantara, por ter enxergado meu potencial e acreditado em mim quando eu era uma "má aluna", você me inspirou e orientou e, graças a isso, adquiri o gosto pela vida acadêmica e confiança, tão fundamentais para chegar até aqui; a Moema Guedes e Marina Cordeiro, minhas queridas orientadoras de graduação, agradeço a orientação dedicada, por instigarem a pesquisadora que existe em mim. Com vocês aprendi a adquirir curiosidade científica, aprendi a ser socióloga, a fazer pesquisa e a mexer com números. Já sabendo que trabalhar com estudos de gênero era minha paixão desde os 16 anos – quando me tornei feminista ferrenha – essas 3 mulheres não só me enxergaram, como me guiaram de modo muito afetuoso e generoso – mas com esporros tão necessários, pois não sou fácil. Minha eterna gratidão.

Agradeço as minhas companheiras do mestrado Ianca e Juliana. O primeiro ano na demografia não foi nada fácil, mas eu tive vocês ao meu lado para compartilhar conhecimento, dúvidas, fofocas e angústias. Cada nota A conquistada teve uma contribuição gigantesca de vocês. A Ianca agradeço especialmente por toda sua dedicação para me ajudar e ensinar, principalmente com tanta paciência e carinho. Seu apoio e sua presença na minha vida foram essenciais para que eu conseguisse chegar tão longe e para que não me sentisse só.

Agradeço também a todas/os professoras/es do PPGD e do Núcleo de Estudos de População Elza Berquó (NEPO), pelo conhecimento, pelas aulas e dedicação na minha jornada,

essenciais para meu crescimento profissional. Em especial, agradeço a professora Luciana que se tornou uma grande fonte de inspiração. Graças a sua confiança e orientação exigente eu pude aprender e crescer muito neste tempo.

Agradeço também aos meus colegas de turma, pelas angústias e conquistas partilhadas, pelo poio e ajuda tão necessários para trilhar esta jornada.

Por fim, agradeço ao apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento-001, por tornar possível a viabilização e realização desta pesquisa.

RESUMO

A América Latina e Caribe apresentam as maiores taxas de fecundidade adolescente registradas no mundo. O Brasil por sua vez ocupa posição intermediária no continente. Embora o sexo esteja na mídia e seja tema de diversas manifestações culturais, a atividade sexual na adolescência é cercada de tabus e, muitas vezes, desinformação, à medida que os adolescentes tendem a esconder suas pretensões e práticas sexuais de seus pais e educadores. O ato sexual, nesta fase, tende a ocorrer sem reflexão ou preparação. Com esse pano de fundo em mente, a pesquisa tem como objetivo geral analisar a influência do entorno familiar e escolar sobre o comportamento sexual e reprodutivo dos adolescentes brasileiros de 13 a 17 anos. Tem-se como hipótese central que o não reconhecimento das práticas sexuais na adolescência por parte das instituições sociais tem como consequência a antecipação da iniciação sexual, o baixo uso de métodos contraceptivos e a ocorrência de gravidez na adolescência. A fonte de dados utilizada neste estudo foi a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2019, representativa para o Brasil, grandes regiões, estados e municípios das capitais. Foram construídos modelos de regressão logística binária, com a finalidade de investigar os fatores associados à iniciação sexual, uso de método contraceptivo e gravidez na adolescência. As principais variáveis explicativas testadas foram características sociodemográficas e projeto de vida dos estudantes, a condição socioeconômica, estrutura e relacionamentos familiares, acesso à educação sexual na escola e adequação idade-série. Dentre os principais resultados, destaca-se que, quando o estudante pretende dar seguimento aos estudos, tende a postergar a iniciação sexual, usar método contraceptivo e evitar a ocorrência de gravidez na adolescência.

Palavras-chave: adolescência; comportamento sexual – Brasil; gravidez – Brasil; relações de gênero.

ABSTRACT

Latin America and the Caribbean have the highest adolescent fertility rates recorded in the world. Brazil, in turn, occupies an intermediate position on the continent. Although sex is in the media and is the subject of various cultural manifestations, sexual activity in adolescence is surrounded by taboos and misinformation, as adolescents tend to hide their sexual intentions and practices from their parents and educators. The sexual act, at this stage, tends to occur without reflection or preparation. With this background in mind, the general objective of the research is to analyze the influence of the family and school environment on the sexual and reproductive behavior of Brazilian adolescents aged 13 to 17 years. The central hypothesis is that the non-recognition of sexual practices in adolescence by social institutions results in anticipation of sexual initiation, the low use of contraceptive methods, and the occurrence of pregnancy in adolescence. The data source used in this study was the 2019 National School Health Survey. It is representative of Brazil, large regions, states, and cities of capitals. Binary logistic regression models were constructed to investigate factors associated with sexual initiation, use of contraceptive methods, and teenage pregnancy. The main explanatory variables tested were the students' sociodemographic characteristics and life projects, socioeconomic status, family structure and relationships, and access to sex education at school. Among the main results, it is highlighted that when students intend to continue their studies, they tend to postpone sexual initiation, use contraceptive methods and avoid teenage pregnancy.

Keywords: adolescence; sexual behavior – Brazil; pregnancy – Brazil; gender relations.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Evolução da taxa de fecundidade adolescente nos continentes de 1990 a 2020.

GRÁFICO 2 – Idade média do primeiro casamento e da primeira relação sexual nos Estados Unidos, de 1950 a 2000.

GRÁFICO 3 – Distribuição percentual dos/as estudantes brasileiros/as de 13 a 17 anos de acordo com as idades de iniciação sexual, segundo o sexo, 2019.

GRÁFICO 4 – Distribuição percentual dos estudantes brasileiros de 13 a 17 anos de acordo com as idades de iniciação sexual, segundo o uso de método contraceptivo, 2019.

GRÁFICO 5 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com as idades de iniciação sexual, segundo o uso de método contraceptivo, 2019.

GRÁFICO 6 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com as idades de ocorrência sexual, segundo a ocorrência de gravidez, 2019.

GRÁFICO 7 – Distribuição percentual dos estudantes brasileiros de 13 a 17 anos de acordo com o nível de escolaridade da mãe, segundo a iniciação sexual, 2019.

GRÁFICO 8 – Distribuição percentual dos estudantes brasileiros de 13 a 17 anos de acordo com o nível de escolaridade da mãe, segundo o uso de método contraceptivo, 2019.

GRÁFICO 9 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com o nível de escolaridade da mãe, segundo a iniciação sexual, 2019.

GRÁFICO 10 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com o nível de escolaridade da mãe, segundo o uso de método contraceptivo, 2019.

GRÁFICO 11 – Distribuição percentual dos estudantes brasileiros de 13 a 17 anos de acordo com o projeto de vida para o futuro, segundo a iniciação sexual, 2019.

GRÁFICO 12 – Distribuição percentual dos estudantes brasileiros de 13 a 17 anos de acordo com o projeto de vida para o futuro, segundo o uso de método contraceptivo, 2019.

GRÁFICO 13 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com o projeto de vida para o futuro, segundo a iniciação sexual, 2019.

GRÁFICO 14 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com o projeto de vida para o futuro, segundo o uso de método contraceptivo, 2019.

GRÁFICO 15 – Distribuição percentual dos estudantes brasileiros de 13 a 17 anos de acordo com a estrutura familiar, segundo a iniciação sexual, 2019.

GRÁFICO 16 – Distribuição percentual dos estudantes brasileiros de 13 a 17 anos de acordo com a estrutura familiar, segundo o uso de método contraceptivo, 2019.

GRÁFICO 17 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com a estrutura familiar, segundo a iniciação sexual, 2019.

GRÁFICO 18 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com a estrutura familiar, segundo o uso de método contraceptivo, 2019.

GRÁFICO 19 – Distribuição percentual dos estudantes brasileiros de 13 a 17 anos de acordo com o nível da educação sexual recebida na escola, segundo a iniciação sexual, 2019.

GRÁFICO 20 – Distribuição percentual dos estudantes brasileiros de 13 a 17 anos de acordo com o nível da educação sexual recebida na escola, segundo o uso de método contraceptivo, 2019.

GRÁFICO 21 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com o nível da educação sexual recebida na escola, segundo a iniciação sexual, 2019.

GRÁFICO 22 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com o nível da educação sexual recebida na escola, segundo o uso de método contraceptivo, 2019.

GRÁFICO 23 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com o nível de escolaridade da mãe, segundo a ocorrência de gravidez, 2019.

GRÁFICO 24 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com o projeto de vida, segundo a ocorrência de gravidez, 2019.

GRÁFICO 25 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com a estrutura familiar, segundo a ocorrência de gravidez, 2019.

GRÁFICO 26 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com o nível da educação sexual recebida na escola, segundo a ocorrência de gravidez, 2019.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Taxa de fecundidade adolescente nos países da América Latina e Caribe de 2005 a 2015.

TABELA 2 – Temas abordados na PeNSE 2019 e a quantidade de perguntas/quesitos referentes a cada um, separados segundo o tipo de questionário.

TABELA 3 – Distribuição de escolas não selecionadas na PeNSE 2019, segundo o motivo de não participação.

TABELA 4 – Distribuição dos tamanhos das amostras, esperados e coletados, de escolas, turmas e alunos, com indicação dos questionários válidos, segundo o Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação, 2019.

TABELA 5 – Variáveis independentes consideradas para a construção dos modelos de regressão logística binária múltipla.

TABELA 6 – Número de casos válidos após a limpeza do banco de dados, considerando os recortes e as perdas.

TABELA 7 – Distribuição percentual dos dos/as estudantes brasileiros/as de 13 a 17 anos de acordo com as variáveis de interesse da pesquisa, 2019.

TABELA 8 – Médias, modas e medianas das idades da iniciação sexual dos/as estudantes brasileiros/as de 13 a 17 anos iniciados/as sexualmente, segundo o sexo, o uso de método contraceptivo e a ocorrência de gravidez na adolescência, 2019.

TABELA 9 – Distribuição percentual dos/as estudantes brasileiros/as de 13 a 17 anos de acordo com as faixas de idade, raça/cor e região, segundo a iniciação sexual, o uso de método contraceptivo e o sexo, 2019.

TABELA 10 – Distribuição percentual dos/as estudantes brasileiros/as de 13 a 17 anos de acordo com a dependência administrativa, segundo o sexo e a escolaridade da mãe, 2019.

TABELA 11 – Distribuição percentual dos/as estudantes brasileiros/as de 13 a 17 anos de acordo com a dependência administrativa, segundo a iniciação sexual, o uso de método contraceptivo e o sexo, 2019.

TABELA 12 – Distribuição percentual dos/as estudantes brasileiros/as de 13 a 17 anos de acordo com o projeto de vida para o futuro, segundo o nível de escolaridade da mãe, 2019.

TABELA 13 – Distribuição percentual dos/as estudantes brasileiros/as de 13 a 17 anos de acordo com os relacionamentos familiares, baseado em 3 perguntas, segundo a iniciação sexual e o sexo, 2019.

TABELA 14 – Distribuição percentual dos/as estudantes brasileiros/as de 13 a 17 anos de acordo com os relacionamentos familiares, baseado em 3 perguntas, segundo o uso de método contraceptivo e o sexo, 2019.

TABELA 15 – Distribuição percentual dos/as estudantes brasileiros/as de 13 a 17 anos de acordo com a orientação recebida na escola sobre prevenção a gravidez, prevenção de HIV/AIDS ou outras ISTs e como conseguir camisinha gratuitamente, segundo o uso de método contraceptivo e o sexo, 2019.

TABELA 16 – Distribuição percentual dos/as estudantes brasileiros/as de 13 a 17 anos de acordo com a correspondência idade-série/ano, segundo a iniciação sexual, o uso de método contraceptivo e o sexo, 2019.

TABELA 17 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos, segundo o tipo de método contraceptivo utilizado na última relação sexual, 2019.

TABELA 18 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com as faixas de idade, raça/cor e região, segundo a ocorrência de gravidez, 2019.

TABELA 19 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com a dependência administrativa, segundo a ocorrência de gravidez, 2019.

TABELA 20 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com os relacionamentos familiares, baseado em 3 perguntas, segundo a ocorrência de gravidez, 2019.

TABELA 21 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com a correspondência idade-série/ano, segundo a ocorrência de gravidez, 2019.

TABELA 22 – Resultados da regressão logística binária múltipla considerando a variável dependente "iniciação sexual" e categoria de referência "virgem", para cada variável independente, 2019.

TABELA 23 – Resultados da regressão logística binária múltipla considerando a variável dependente "uso de método contraceptivo" e a categoria de referência "não usou método contraceptivo na última relação sexual", para cada variável independente, 2019.

TABELA 24 – Resultados da regressão logística binária múltipla considerando a variável dependente "ocorrência de gravidez" e categoria de referência "não engravidou", para cada variável independente, 2019.

TABELA 25 – Distribuição percentual dos/as estudantes brasileiros/as de 13 a 17 anos de acordo com a estrutura familiar e o projeto de vida para o futuro, segundo a correspondência idade-série/ano, 2019.

TABELA 26 – Distribuição percentual dos/as estudantes brasileiros/as de 13 a 17 anos de acordo com o nível da educação sexual recebida na escola, segundo a dependência administrativa e a ocorrência de gravidez na adolescência, 2019.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO..... 16
CAPÍTULO 1 – FECUNDIDADE E MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA SEGUNDO A PERSPECTIVA SOCIODEMOGRÁFICA..... 19
1.1 Transição demográfica e fecundidade adolescente na América Latina e Caribe..... 19
1.2 Transição demográfica e fecundidade adolescente no Brasil..... 26
1.3 Determinantes da fecundidade e da fecundidade adolescente..... 28
1.4 Reprodução não combina com adolescência: teorias e fatores explicativos..... 33
1.5 "Adolescência primeiro, gravidez depois. Tudo tem o seu tempo.": a necessidade de políticas públicas baseadas em evidências..... 44
CAPÍTULO 2 – FONTE DE DADOS E MÉTODO..... 52
2.1 A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2019..... 52
2.2 Plano Amostral..... 55
2.3 Variáveis de interesse..... 59
2.4 Manipulação do banco de dados..... 68
2.5 Limitações e cuidados no manuseio da PeNSE neste estudo..... 70
2.6 Estratégia de análise: método de regressão logística binária..... 73
CAPÍTULO 3 – O COMPORTAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO DE ESTUDANTES BRASILEIROS DE 13 A 17 ANOS..... 75
3.1 Análise descritiva do comportamento sexual adolescente..... 79
3.2 Análise descritiva do comportamento reprodutivo adolescente..... 105
3.3 Fatores associados ao comportamento sexual e reprodutivo dos/as estudantes de 13 a 17 anos no Brasil..... 114
3.3.1 Iniciação sexual..... 114
3.3.2 Uso de método contraceptivo..... 119
3.3.3 Ocorrência de gravidez..... 123
CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 127
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 130
ANEXOS..... 135

INTRODUÇÃO

Meu interesse pelo tema da gravidez e saúde sexual e reprodutiva na adolescência parte de dois pontos: subjetivamente, minha trajetória familiar é marcada por parentes que conceberam na adolescência, pessoas com quem compartilhei a infância e a adolescência e que, hoje na fase adulta, um abismo de experiências, valores e projetos de vida me separam deles. Sendo eu a pessoa mais escolarizada na família, vi a escolarização se tornar um divisor de águas, o que me levou a pensar na pertinência do tema.

O segundo motivo é político. Durante o governo de Jair Bolsonaro, foi lançada uma campanha de prevenção à gravidez na adolescência, que teve como estratégia diminuir a incidência do fenômeno através do estímulo à abstinência sexual, intitulada "Adolescência primeiro, gravidez depois. Tudo tem o seu tempo". Articulado a minha experiência me perguntei: minha família seria atingida por esse conteúdo? Qual seria a eficácia dessa campanha? Foi a partir dessa campanha que me envolvi com a temática, pensando na articulação entre a gravidez na adolescência e a iniciação sexual.

A gravidez na adolescência recebe grande destaque a partir dos anos 1990, sendo ainda hoje um objeto de pesquisa relevante no contexto brasileiro. Esse destaque emerge em um contexto de mudanças advindas do processo de modernização social e econômica, mudanças demográficas e mudanças sobre a juventude e das expectativas depositadas sobre ela. Nesse cenário, se instaura a ideia de que a reprodução não combina com a adolescência, que passa a ser enxergada como um problema social e de saúde pública.

Partindo disso, diversas medidas e acordos internacionais foram realizados a fim de reduzir a incidência de nascimentos nessa fase. Políticas de diversas ordens foram implementadas, desde o estímulo ao uso de camisinha e métodos contraceptivos, até o estímulo à abstinência sexual, no outro extremo. São duas abordagens muito diferentes pensadas para o mesmo problema. Ambas se preocupam com as chances ou riscos de exposição ao evento.

No caso de países como o Brasil, onde a modernidade não se instaurou de forma completa, embora o sexo esteja na mídia e seja tema de diversas manifestações culturais, a atividade sexual na adolescência é cercada de tabus e muitas vezes desinformação, sendo que adolescentes tendem a esconder suas pretensões e práticas sexuais dos seus pais e educadores. Nesse contexto, a atividade sexual ocorre, muitas vezes, sem premeditação adequada.

Com esse pano de fundo em mente, minha pesquisa tem como objetivo geral analisar a influência do entorno escolar e familiar sobre o comportamento sexual e reprodutivo dos adolescentes brasileiros de 13 a 17 anos. Tem-se como hipótese central que o não

reconhecimento das práticas sexuais na adolescência por parte das instituições sociais antecipa a iniciação sexual e diminui o uso de método contraceptivo, provocando assim o aumento da ocorrência de gravidez. Logo, devido a esta "falha" institucional, as informações e orientações sobre sexo seguro e prevenção a gravidez podem ter pouco efeito sobre o planejamento da iniciação sexual, uso de métodos contraceptivos e a incidência de gravidez nesta fase da vida, significando que a educação sexual escolar ofertada e a estrutura e relações familiares não são eficazes no sentido de mudar o comportamento sexual na adolescência, ou seja, não estimulam adequadamente a uma atividade sexual segura.

Por conseguinte, minha pesquisa tem como objetivos específicos:

- Analisar a relação entre a inserção socioeconômica familiar e a iniciação sexual, o uso de métodos contraceptivos e a ocorrência de gravidez na adolescência. Ou seja, avaliar se os adolescentes provenientes de famílias em desvantagem social tendem a iniciar a vida sexual mais cedo do que seus pares em situação de vantagem social. Como proxies de inserção socioeconômica são consideradas a dependência administrativa da escola frequentada pelo estudante e a escolaridade da mãe.
- Analisar a correlação entre o projeto de vida, entendida como o que os adolescentes projetam para o seu próprio futuro, a iniciação sexual, o uso de métodos contraceptivos e a ocorrência de gravidez, objetivando investigar como os diferentes projetos de vida interferem nas práticas sexuais e reprodutivas. A proxy de projeto de vida está centrada no que o estudante pretende fazer quando terminar o ensino fundamental e médio;
- Investigar a associação entre a estrutura familiar e qualidade dos relacionamentos familiares, correspondência idade-série/ano e acesso à educação sexual na escola com a iniciação sexual e o uso de métodos contraceptivos. A proxy para a educação sexual escolar se baseia na orientação escolar recebida pelos/as estudantes sobre 1 prevenção a gravidez, 2 prevenção a HIV/AIDS e ISTs, e 3 como conseguir camisinha gratuitamente.
- Investigar se, e de que forma, o entorno familiar, a educação sexual e o desempenho escolar, medido pela correspondência idade-série/ano produzem efeitos sobre a gravidez na adolescência em si.

Os dados utilizados nessa dissertação são provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) realizada em 2019 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Trata-se de um estudo exploratório e, apesar dos indicadores de saúde sexual e

reprodutiva dessa fonte de dados contribuírem para o campo demográfico, ela ainda não foi explorada dentro desta área científica, devido pouco aproveitamento da PeNSE na demografia.

A metodologia se baseia em estatísticas descritivas e na construção de modelos de regressão logística binária múltipla. A escolha pelos modelos de regressão logística tem como objetivo avaliar o efeito das variáveis selecionadas em relação a probabilidade de ocorrência dos eventos de interesse: 1) ter se iniciado sexualmente; 2) ter utilizado método contraceptivo na última relação sexual; 3) ter engravidado durante a adolescência. Também se investiga a relação entre as características dos adolescentes e os eventos de interesse mencionados.

Tendo em vista o objetivo da pesquisa, são construídos ao todo cinco modelos de regressão logística binária múltipla para explorar: 1) os fatores associados a ter se iniciado sexualmente, sendo um modelo para meninos e outro para meninas; 2) os fatores associados a ter utilizado método contraceptivo na última relação sexual, sendo um modelo para meninos e outro para meninas; e 3) os fatores correlacionados a ter engravidado na adolescência, considerando apenas as meninas[1].

São construídas também estatísticas descritivas para a análise das idades da iniciação sexual e o tipo de método contraceptivo utilizado na última relação sexual – variáveis estas analisadas estritamente de modo descritivo –, além de desenvolver cruzamentos entre as variáveis de interesse selecionadas para o presente estudo.

[1] O modelo referente a ter engravidado na adolescência centra exclusivamente nas mulheres devido a restrição da própria PeNSE de 2019, cuja pergunta sobre o assunto é feita apenas as estudantes mulheres, conforme pode ser visualizado na seção temática sobre saúde sexual e reprodutiva do questionário do aluno, presente nos Anexos.

CAPÍTULO 1 – FECUNDIDADE E MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA SEGUNDO A PERSPECTIVA SOCIODEMOGRÁFICA

1.1 Transição demográfica e fecundidade adolescente na América Latina e Caribe

A América Latina e o Caribe apresentam um perfil de rápida transição demográfica[2] comparada a outras partes do mundo. Em grande parte desses países a fecundidade[3] declinou a partir da década de 1960. No caso da Argentina, Cuba e Uruguai o processo se iniciou até mesmo antes, quando a fecundidade apresentava patamares bastante inferiores comparado aos seus pares latinos no início da segunda metade do século XX (GUZMÁN; CONTRERAS; HAKKERT, 2001). Na atualidade, não é raro encontrar países da região com taxa de fecundidade total (TFT)[4] abaixo de 2,1 filhos por mulher, como é o caso, por exemplo do Brasil, Chile, Uruguai, Costa Rica, Cuba, entre outros (LIMA et al., 2018).

Por volta da década de 1970, a taxa de fecundidade total da América Latina e Caribe se mostrava 10% maior do que aquela registrada em outras regiões mundiais, enquanto a fecundidade adolescente latino-americana encontrava-se 7% acima da mundial. Já na década de 1990 e início de 2000, esse cenário se inverte. A taxa de fecundidade total (TFT) da região se encontra ligeiramente abaixo da mundial, em contrapartida, a taxa fecundidade adolescente[5]

---

[2] A transição demográfica pode ser definida, resumidamente, como uma teoria e/ou modelo que descreve a mudança de um regime demográfico caracterizado por alta mortalidade e fecundidade para um regime de baixa mortalidade e fecundidade, processo esse esquematizado a partir de quatro fases e três momentos: "Em um primeiro momento, passa-se de uma fase em que as taxas brutas de natalidade e de mortalidade são altas e, consequentemente, o crescimento vegetativo da população é baixo, para uma segunda fase em que o nível de mortalidade inicia um processo consistente de queda, enquanto o de fecundidade ainda se mantém alto. Nesta fase, o ritmo do crescimento natural da população aumenta de maneira sustentada. Esse é o período de mais rápido crescimento demográfico, que só vai se desacelerar a partir do momento em que se iniciar o processo de declínio persistente da fecundidade, inaugurando uma fase caracterizada por incremento populacional a ritmo decrescente. Por fim, há um terceiro momento, a partir do qual já se encontram baixos os níveis, tanto de fecundidade, quanto de mortalidade, entrando-se em uma fase de crescimento muito lento, nulo, ou até negativo da população." (BRITO et.al., 2008, p. 26)

[3] A fecundidade pode ser descrita enquanto um dos componentes que compõem a dinâmica demográfica, em outras palavras, trata-se de um dos componentes que determina, em conjunto da mortalidade e migração, o crescimento populacional, via nascimentos. Diferentemente da *natalidade* que trata da quantificação dos nascimentos para toda a população, a fecundidade descreve os status reprodutivo da mulher, especificamente, ou seja, do sujeito que procria. Esse termo é designado à quantificação de nascimento na vida das mulheres de maneira individual (GRUPO DE FOZ, 2021).

[4] A taxa total de fecundidade, também conhecida como TFT, corresponde ao número médio de filhos de uma mulher ao terminar seu período reprodutivo. Trata-se de uma medida demográfica utilizada para avaliar os níveis de fecundidade totais das mulheres, podendo ser interpretada como uma medida de coorte hipotética (GRUPO DE FOZ, 2021).

[5] A taxa de fecundidade adolescente se refere a uma Taxa Específica de Fecundidade (TEF) mensurada exclusivamente para o grupo etário de 15 a 19 anos – uma vez que os dados são agrupados de modo quinquenal – , convencionalmente enquadrados como adolescentes, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Uma Taxa Específica de Fecundidade, por outro lado, corresponde ao número médio de filhos ou nascimentos de uma mulher, em determinada idade ou grupo etário. Cabe mencionar também que a TEF para o grupo etário de 10-14 anos foi incluído apenas recentemente nos indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS)

aumenta em 50%, quando comparado as demais regiões do mundo, resultando em um padrão de rejuvenescimento da estrutura etária da fecundidade[6] mais prologada do que o restante (RODRÍGUEZ VIGNOLI, 2008).

O que chama atenção em nessa região é que o movimento de queda da fecundidade geral veio acompanhado pelo aumento da incidência de gravidezes em idades jovens, em grande parte devido ao aumento da fecundidade adolescente na década de 1990, e que persiste comparativamente elevada atualmente. Ou seja, o cenário engloba baixos níveis de fecundidade e padrão etário rejuvenescido, o que resultou na diminuição da idade média à maternidade em primeiro momento na região (RODRÍGUEZ VIGNOLI, 2008; 2014). Tendo em vista a discussão sobre a transição da fecundidade, numa perspectiva demográfica este movimento se explica, em parte, pela teoria da Primeira e Segunda Transição Demográfica[7], que resultou na diminuição da idade média ao ter o primeiro filho, como consequência do declínio da fecundidade conjugal[8] em idades avançadas.

Não convém aqui provar ou discutir se existiu/e uma Primeira Transição Demográfica (PTD) e uma Segunda Transição Demográfica (STD). Mas ambas serão aqui utilizadas enquanto um recurso analítico para situar a excepcionalidade da Transição Demográfica na América Latina.

Um dos aspectos mais notáveis na passagem da Primeira para a Segunda Transição Demográfica trata-se das mudanças no interior da família, afetando sobremaneira a fecundidade e a nupcialidade[9]. Partindo do pressuposto de que a teoria da transição demográfica é um modelo insuficiente para captar as nuances entre as mudanças de regime demográfico, Van de Kaa (2002) postula que a transição – ou revolução – demográfica deve ser dividida a partir de dois momentos, tendo em vista as profundas transformações na mentalidade e no

---

para 2015 a 2030, sendo este um indicador historicamente ignorado nas análises demográficas que, por exemplo, ainda considera o período reprodutivo da mulher para a construção de taxas de fecundidade com o recorte etário a partir dos 15 anos. Por esse motivo o texto seguirá contemplando somente o grupo etário de 15 a 19 anos para dissertar sobre a fecundidade adolescente. (GRUPO DE FOZ, 2021).

[6] Diz respeito a composição etária da fecundidade, convencionalmente calculada através do período reprodutivo da mulher, que vai desde a menarca até a menopausa, delimitado a partir dos 15 até 45 anos (PAES, 2018).

[7] A teoria da Primeira e a Segunda Transição Demográfica, por sua vez, foi desenvolvida por Lesthaeghe e Van De Kaa em 1986, cuja premissa se baseia na segmentação da Transição Demográfica em dois momentos, independentes e caracteristicamente distintos, tendo em vista as profundas transformações sociais ocorridas na mudança de regimes (VAN DE KAA, 2002). Ao longo deste texto essa teoria será mais bem esboçada e explicada.

[8] Refere-se a quantidade de filhos tidos na vida das mulheres, que estejam numa relação conjugal, seja ela de natureza formal, como os casamentos, ou informal, como as coabitações.

[9] A nupcialidade pode ser descrita como o estudo da formação e dissolução de uniões conjugais, sejam elas formais ou informais. Não se trata de uma variável estritamente demográfica, como a fecundidade, mortalidade e migração, mas afeta diretamente a dinâmica demográfica, principalmente com relação a fecundidade (GRUPO DE FOZ, 2021).

comportamento humano que marcam o século XX, refletindo em mudanças no regime demográfico.

Resumidamente a PTD pode ser interpretada como o ajuste nas taxas de fecundidade em resposta ao declínio das taxas de mortalidade[10]. Já a STD tem como motor o próprio declínio da fecundidade, caracterizando-a enquanto um regime de baixa fecundidade persistente, ou seja abaixo do nível de reposição, postulado a partir do controle da fecundidade via contraceptivos modernos eficientes. Dessa forma, observa-se que a queda da fecundidade possui uma centralidade em ambos os modelos, mas o que os diferencia são as intensas transformações no que diz respeito às motivações e intensões que levam ao seu declínio (VAN DE KAA, 2002; 2004; LESTHAEGHE, 2011).

O que esteve em xeque na sucessão de um regime a outro foram as mudanças no interior da família. Na teoria da PTD predomina o modelo de família burguês, no qual a redução da fecundidade é motivada pela estratégia de mobilidade social, ampliação do bem-estar familiar e acúmulo de patrimônio para os filhos. Com relação ao regime da STD, o modelo hegemônico de família é a individualista, no qual o impulso para o controle da fecundidade tem como motivo a execução de projetos individuais que visem a autossatisfação. Nesse cenário, se questiona inclusive a própria necessidade de ter filhos como projeto de vida predominante.

Posto isso, no que tange à fecundidade, a sucessão de um regime típico da PTD para o regime da STD pode ser identificada a partir de uma série de marcadores. Conforme aponta Lesthaeghe (2011, p. 1): 1) de uma baixa infertilidade entre casais para o aumento da ausência de filhos voluntariamente dentro das união conjugais; 2) uso de métodos contraceptivos deficientes para o uso de métodos contraceptivos eficientes; 3) mudanças referentes à idade média da fecundidade, passando de baixa (PTD) para alta idade média (STD); 4) um declínio da fecundidade ilegítima – embora não necessariamente na adolescência – para o aumento da fecundidade extraconjugal, como resultado do declínio das taxas de casamentos e aumento do divórcio e da prevalência de uniões consensuais.

Partindo desse esquema teórico, interessar situar que à medida que a fecundidade começa a declinar, em resposta ao declínio da mortalidade, é, portanto, esperado que haja um rejuvenescimento temporário da estrutura da fecundidade, tendo em vista também que o declínio de filhos fora da união não envolve, necessariamente, os adolescentes. Terminado esse

[10] Da mesma forma que a fecundidade, a mortalidade pode ser descrita enquanto uma componente demográfica que determina, em conjunto da fecundidade e migração, o crescimento populacional, via mortes. Já a taxa de mortalidade, corresponde a uma medida demográfica de exposição ao risco de morte de uma população, em determinado período. Nesse sentido, as principais medidas são a taxa bruta mortalidade (TBM) e taxa específica de mortalidade (TEM) (GRUPO DE FOZ, 2021).

momento, o declínio da fecundidade passa a ser postulado pelo controle/planejamento da fecundidade motivada pela individualização, o que resulta num movimento de adiamento da maternidade para idades tardias, resultando então, no envelhecimento da estrutura etária da fecundidade, esse é o cenário para a Segunda Transição Demográfica.

Tendo e vista essa sucessão de regimes demográficos, o que se verifica em parte da América Latina e do Caribe é que alguns países com fecundidade abaixo do nível de reposição apresentam algumas características normalmente associadas à STD e, mesmo assim, os índices de fecundidade adolescente permanecem elevados. Com isso, a acelerada redução da fecundidade geral foi acompanhada por um aumento da fecundidade em idades jovens, como foi visto, resultando num padrão de bimodalidade da curva de fecundidade[11] para os primeiros nascimentos. Este padrão se explica pela incidência de primeira gravidez concentrada tanto em idades jovens quanto em idades tardias, gerando assim uma polarização reprodutiva. O Brasil, Chile, Uruguai e Costa Rica são casos exemplares nesse cenário, no qual mulheres de grupos socialmente privilegiados adiariam o nascimento do primeiro filho para depois dos 30 anos de idade, enquanto mulheres socialmente desprivilegiadas teriam seus filhos entre a adolescência e o início da vida adulta.

Importante destacar que esse padrão não é um caso específico da América Latina e Caribe. Como destaca Lima et. al. (2018), a excepcionalidade dessa região se caracteriza pela persistência da fecundidade jovem frente o cenário de queda da fecundidade total. Os primeiros estudos que investigam esse fenômeno tem como ponto de partida os países de língua inglesa no final na década de 1990, como Reino Unido, Canadá, Nova Zelândia e Estados Unidos. Nesses países desenvolvidos observou-se uma bimodalidade da fecundidade nos primeiros nascimentos em idades jovens e tardias enquanto um fenômeno temporário diante do atraso da fecundidade entre diferentes grupos de mulheres.

Assim, a heterogeneidade dos primeiros nascimentos é explicada pela diferença de estado civil, religião, status social, escolarização, diferenças raciais e étnicas, além da contribuição da fecundidade de imigrantes no território. A partir dessas diferenças, encontram-se um grupo de mulheres, em melhor posição socioeconômica, que iniciam o movimento de

[11] Caracteriza-se pelo padrão desigual da curva de fecundidade para a idade da mãe, ou seja, corresponde a um padrão bimodal, no qual os nascimentos – geralmente os primeiros nascimentos – segundo a idade da mãe se concentram em dois grupos de idade, gerando uma bifurcação. De acordo com Pardo e Cabella (2017) este fenômeno demográfico é bastante marcante na América Latina, cuja causa é explicada pela "(...) dualidade social dos países latino-americanos, onde o segmento da população com melhores condições socioeconômicas está adotando comportamentos de fecundidade parecidos com os países europeus, caracterizados por um adiamento do nascimento do primeiro filho, enquanto a população de baixa renda continua manifestando níveis elevados de fecundidade adolescente. Assim, a bifurcação da curva de fecundidade é sintoma de uma bifurcação socioeconômica e cultural subjacente." (PARDO; CABELLA, 2017 apud GRUPO DE FOZ, 2021).

postergação da maternidade e passam a engravidar após os 30 anos e, no outro extremo, mulheres em pior posição socioeconômica continuariam a ter filhos em idades jovens. Com efeito, os primeiros nascimentos apresentam um padrão de polarização ou bimodalidade.

O que contrasta a experiência dos países desenvolvidos com a América Latina e Caribe é que, no momento de transição para o envelhecimento da estrutura etária, a polarização da fecundidade estaria marcada como um fenômeno rápido, decorrente de um cenário de transição, no caso dos primeiros, e como um fenômeno persistente e duradouro no caso latino-americano.

Nesse sentido, o cenário que se apresenta em certos países latino-americanos se alinha a um perfil condizente com a Segunda Transição Demográfica, devido a queda interrupta da fecundidade e sua manutenção em patamares abaixo do nível de reposição. Registra-se, paralelamente, a elevação na idade média ao nascimento do primeiro filho. O que se destaca, no entanto, é a tendência de adiantamento da fecundidade não excluir a persistência de elevada fecundidade na adolescência, podendo essa ser rotulada como uma particularidade da região. Outra característica excepcional trata da persistência do padrão de polarização reprodutiva, marcado pela alta segregação por status social que, ao contrário dos países desenvolvidos, não se trata de um momento aparentemente passageiro, pois resulta de uma elevada desigualdade social na região.

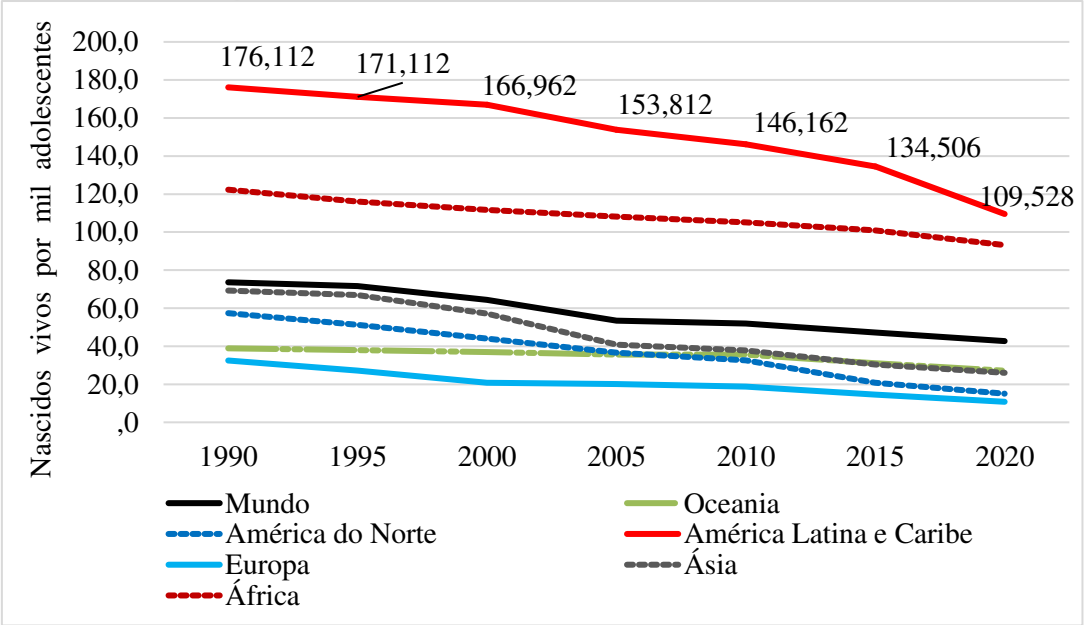
Essa tendência pode ser mais bem expressada nos dados de projeção reunidos pelo *Department of Economic and Social Affairs, Population Division* das Nações Unidas[12], apresentados no gráfico abaixo. Os dados indicam que o cenário global da fecundidade adolescente é de queda em todos os continentes. No entanto, como veremos, a redução mundial da gravidez dos 15 aos 19 anos é algo esperado, à medida que diversas conferências e acordos internacionais tiveram como objetivo nos últimos anos a mudança de expectativas sobre a juventude, quando então a reprodução nessa fase da vida passa a ser enxergada como um problema social a ser combatido e prevenido.

Expõem-se que o bloco de países desenvolvidos, contemplando a Europa, América do Norte e Oceania, apresentavam fecundidade adolescente relativamente baixa já na década de 1990 – ao contrário de algumas regiões menos desenvolvidas. A tendência de declínio desse

[12] O Department of Economic and Social Affairs, Population Division das Nações Unidas, fundada em 1946, fornece dados – e análises – populacionais abertos a comunidade internacional, baseados em estimativas e projeções. Para tanto, utiliza-se estudos e dados oficiais sobre o tamanho e características populacionais dos países, com base nas três componentes demográficas: fecundidade, mortalidade e migração. Para maior conhecimento sobre a metodologia aplicada, bem como os cálculos referentes a taxa específica de fecundidade, do qual deriva a taxa de fecundidade adolescente apresentada no Gráfico 1, consultar United Nations (2022), presente nas referências bibliográficas.

indicador se acentuou nas décadas subsequentes, a tal ponto que o fenômeno se tornou marginal nesses continentes. Com relação aos países menos desenvolvidos, observa-se maior heterogeneidade.

Gráfico 1 – Evolução da taxa de fecundidade adolescente nos continentes de 1990 a 2020.



Fonte: United Nations (2022).

A Ásia se destaca das demais regiões em desenvolvimento, à medida que, com passar dos anos, se aproxima das taxas de fecundidade adolescente observadas no bloco de países desenvolvidos, chegando em 2020 a um patamar similar ao da Oceania.

África e América Latina e Caribe, portanto, lideram o ranking de maior fecundidade aos 15 a 19 anos e, cabe mencionar, apesar de a transição demográfica ter se iniciado mais tardiamente na África (BRITO et al., 2008), é a América Latina e Caribe a região que apresenta maior intensidade de nascimentos na adolescência, se tornando um caso excepcional para pensar este fenômeno comparado às demais regiões. Apesar disso, o Gráfico 1 também mostra uma redução drástica do fenômeno nessa região, fazendo com que ambos os continentes apresentem níveis muito próximos em 2020.

Evidencia-se, portanto, que o fenômeno da fecundidade adolescente é mais pronunciado na América Latina e Caribe do que em qualquer outra região mundial. Mesmo em 2020, essa região lidera o ranking frente aos demais continentes, com taxa de 109,5 nascidos vivos a cada 1000 adolescentes de 15 a 19 anos.

Dado o destaque do fenômeno na região, a Tabela 1 situa a heterogeneidade de cenários da fecundidade adolescente no território latino, a partir da seleção de alguns países. Entre estes, os caribenhos, com exceção da República Dominicana, apresentam as taxas mais

baixas, se comparados aos seus pares da América do Sul, Central e México. Aqui destaca-se o caso de Cuba que, em 2005 registra a menor taxa de fecundidade adolescente dentre todos os países selecionados. Desde então registra uma tendência de aumento da fecundidade adolescente, apesar das oscilações ao longo do tempo.

Já Porto Rico se destaca pelo declínio brusco da fecundidade adolescente passando de 61,1 para 33,9 nascidos vivos por mil adolescentes, registrando uma redução de 27,2% nesse indicador entre 2005 e 2015, passando a liderar o ranking de menor fecundidade adolescente em 2015 entre os países selecionados.

Tabela 1 – Taxa de fecundidade adolescente nos países da América Latina e Caribe de 2005 a 2015.

Países da América Latina e Caribe	2005	2010	2015	Diferença entre 2005 e 2015
América Latina e Caribe	77	70,9	65,6	-11,4
Cuba	43,3	54,3	52,5	+9,2
República Dominicana	92,4	93,1	90,6	-1,8
Jamaica	66,2	70	54,7	-11,5
Porto Rico	61,1	51,4	33,9	-27,2
Costa Rica	66,2	62,8	55,9	-10,3
El Salvador	89	65,4	69,7	-19,3
México	75,8	74,9	65,4	-10,4
Panamá	83,8	82	84,3	+0,5
Argentina	62,8	68,2	65,1	+2,3
Chile	50,4	53,5	40,6	-9,8
Colômbia	96,2	84	64,9	-31,3
Equador	69,5	83,7	76,5	+7
Brasil	73,9	62,2	61,7	-12,2
Guiana Francesa	84,9	82,2	72,2	-12,7
Suriname	60,8	75,6	61,1	+0,3
Uruguai	59,4	58,7	55,6	-3,8
Venezuela	91,3	88,9	95,5	+4,2

Fonte: CEPALSTAT/Celade/Cepal[13].

[13] A Bases de Dados y Publicações Estadísticas da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPALSTAT) é responsável pela construção de estatísticas e indicadores sociais, demográficos, econômicos, ambientais, dentre outros temas, referentes aos países da América Latina e Caribe. Para construção da taxa de fecundidade adolescente na Tabela 1, utilizou-se o dado das estatísticas sociais e demográficas, a partir dos indicadores de população. Correspondem, em grande parte, a estimativas e projeções realizadas pelo Centro Latino-americano e Caribenho de Demografia (CELADE) da Divisão de População da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) e da Divisão de População das Nações Unidas. Seu cálculo é realizado segundo metodologias e padrões internacionais, com objetivo de assegurar a comparabilidade internacional. Para mais informações metodológicas e técnicas sobre a construção do indicador da Taxa Específica de Fecundidade de 15 a 19 anos, consultar CEPAL/CELADE (2022), presente nas referências bibliográficas.

A evolução na América Central se mostra mais heterogênea. El Salvador se destaca com uma das mais altas taxas de fecundidade adolescente em 2005, mas representa a terceira maior queda nos índices, ficando atrás apenas da Colômbia e de Porto Rico. Panamá, por outro lado, apresenta um quadro de estagnação, com altas taxas em 2005 e 2015.

De forma semelhante, a América do Sul possui um padrão heterogêneo, que se explica, em parte, pela escolha de mais países nessa área, tendo em vista a centralidade do Brasil na análise. Alguns países reduziram consideravelmente o nível da fecundidade adolescente, com destaque para a Colômbia, que em 2005 apresenta uma das mais elevadas taxas (96,2), conseguindo alcançar nível intermediário (64,9) em 2015. Já o Chile, apresenta a menor taxa (40,6) em 2015, ficando atrás apenas de Porto Rico. No outro extremo, a Venezuela registra as taxas mais elevadas, especialmente em 2015, quando lidera o ranking de maior fecundidade adolescente daquele ano. Vale ressaltar que entre 2005 e 2015, os países que registraram maior aumento proporcional da taxa de fecundidade adolescente foram Cuba, Equador e Venezuela.

Por fim, a fecundidade adolescente no Brasil apresenta um paulatino declínio, mas segue ocupando uma posição intermediária entre os países selecionados, registrando a sétima menor fecundidade adolescente (61,7) em 2015 dentre os 17 países considerados.

Pode-se inferir que, de modo geral, o cenário é de redução constante das taxas de fecundidade adolescente na América Latina e Caribe, entretanto cabe ressaltar que há espaço para uma queda maior em todos os países averiguados. Cabe investigar, portanto, quais os fatores responsáveis pelo declínio da reprodução antes dos 20 anos e, mais ainda, averiguar porque essa fecundidade persiste em níveis ainda elevados, em pleno contexto de declínio da fecundidade.

1.2 Transição demográfica e fecundidade adolescente no Brasil

O caso brasileiro segue em linhas gerais os mesmos caminhos descritos anteriormente para a região latino-americana. Houve um processo de transição da fecundidade marcado pelo declínio rápido da taxa de fecundidade total (TFT), a partir da década de 1960 – de aproximadamente 6,0 filhos por mulher para 1,9 em 2010 –, e pelo rejuvenescimento da estrutura etária da fecundidade que se estabelece na década de 1980, situando o país no regime da Primeira Transição da Fecundidade, com a idade média à maternidade se reduzindo cada vez mais. Já na década de 1990 há um salto nos níveis de fecundidade nas faixas etárias mais jovens, a saber os grupos de 15-19 anos e 20-24 anos, à medida que diminui a fecundidade nas faixas etárias mais velhas (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2005).

Nesse contexto, pode-se dizer que a fecundidade adolescente vinha contribuindo positivamente para o rejuvenescimento da fecundidade brasileira até meados de 2000, quando então se inicia um movimento de reversão das altas taxas de fecundidade em idades jovens. De acordo com Verona (2016), a reversão do rejuvenescimento da estrutura da fecundidade provocará efeitos futuros na fecundidade geral em termos de nível e estrutura. Nesse cenário, a recente queda da fecundidade adolescente contribui, portanto, tanto para a queda mais acentuada nos níveis da fecundidade, quanto para a mudança de um padrão da estrutura etária da fecundidade rejuvenescida para um padrão mais envelhecido. Tal contribuição é possível devido à consistente tendência de queda da fecundidade na adolescência a partir de 2010.

O início dessa reversão também é investigado por outros autores no cenário brasileiros, que confirmam a tendência de adiamento/postergação de nascimentos neste século, sendo essa uma das principais mudanças recentes na fecundidade brasileira. Até meados da década de 1990, havia no Brasil um movimento de antecipação da fecundidade, reflexo da concentração de filhos nas idades jovens, culminando assim na inflação da TFT observada graças ao efeito tempo negativo[14] e na queda da idade média da fecundidade. Já no final da década de 1990 as mulheres passam então a postergar a maternidade sendo essa uma tendência que se sustenta em análises posteriores (MIRANDA-RIBEIRO; RIOS-NETO; CARVALHO, 2013; MIRANDA-RIBEIRO; GARCIA; FARIA, 2019).

Ao estudar o comportamento dos nascimentos de primeira ordem no Brasil, Miranda-Ribeiro; Garcia e Faria (2019) concluem que o cenário para a fecundidade é de adiamento do primeiro filho, movimento verificado em todas as regiões brasileiras, embora com diferenças marcantes em termos de tempo/momento e intensidade.

O fenômeno do adiamento da maternidade não é algo novo no cenário internacional, sendo uma tendência crescente em países mais desenvolvidos, principalmente na Europa e nos Estados Unidos. Isto porque está ligado tanto a fatores socioeconômicos, como maiores níveis

[14] Dado que as taxas de fecundidade utilizadas pela demografia são, geralmente, taxas de *período* e não de *coorte*, seus valores podem não refletir o comportamento reprodutivo das mulheres (de determinada coorte de nascimentos), à medida que esses valores são influenciados por mudanças temporárias. Ou seja, flutuações temporárias nas TFTs de período podem indicar um aumento ou diminuição da fecundidade que não são "reais", mas sim influenciadas pelo que se denomina *efeito tempo*, resultado da um comportamento reprodutivo temporário de adiantamento ou adiamento/postergação da fecundidade. Como exemplo, no cenário brasileiro "as estimativas de período indicavam que, em 1980-85, as mulheres terminariam sua vida reprodutiva, tendo em média, 3,8 filhos por mulher (linha pontilhada). As estatísticas disponíveis, no entanto, indicam que as coortes envolvidas neste processo teriam outro comportamento (linha contínua). Com efeito, à medida que as jovens desse período, com idades entre 15-19 anos, envelheciam, experimentaram, realmente, uma fecundidade muito mais baixa tendo, finalmente, 2,6 filhos por mulher. A idade média da fecundidade destas coortes foi dois anos menor que aquela indicada nas medidas de período. Como se explica nas linhas seguintes, a fecundidade brasileira experimentava um efeito tempo negativo" (GRUPO DE FOZ, 2021).

de renda e grau de escolarização, quanto a fatores culturais, como as mudanças nos papéis de gênero, fator central no que se refere a postergação do nascimento do primeiro filho. No caso brasileiro, Berquó et al. (2014) reiteram que os sinais da postergação já se mostram presentes, principalmente nas regiões metropolitanas, enquadrando o estado de São Paulo como um caso exemplar dessa nova tendência.

Dentre as principais mudanças na fecundidade das mulheres paulistas trazido pelos autores, destaca-se o aumento da contribuição das mulheres mais velhas para a fecundidade total com o passar do tempo, à medida que a contribuição das mulheres mais jovens diminui. Tomando como recorte mulheres acima e abaixo de 30 anos, Berquó et al. (2014) mostram que a tendência de rejuvenescimento da estrutura da fecundidade pode vir a ser um fenômeno passageiro e que, o fenômeno do adiamento da fecundidade começa a se delinear no Brasil já no final da década de 1990, consolidando-se em 2010. Paralelamente, diminui a participação relativa das mulheres com 30 anos ou menos na fecundidade total a partir de 2000, consolidando-se, também, em 2010. Como reflexo disso, a idade média da fecundidade em São Paulo passa de 28,6 anos em 1960, para 26,3 anos em 1995 e, finalmente, 27,3 anos em 2010.

Pode-se inferir, portanto, que o Brasil apresenta um quadro adiantado da Transição Demográfica, ao passo que também experimenta elevada fecundidade na adolescência, tal qual outros países latino-americanos mencionados anteriormente. Logo, delineia-se um regime demográfico marcado pela polarização reprodutiva, conforme descrito anteriormente, quando iniciado o movimento de postergação e envelhecimento da fecundidade a partir do século XXI, contribuição principalmente das mulheres mais escolarizadas e de melhor status social, ao passo que também persistem os altos índices de gravidez jovem, representado por mulheres menos escolarizadas e em pior posição social (BERQUÓ; GARCIA; LIMA, 2012; LIMA et al., 2018; OLIVEIRA; VIEIRA, 2010). No entanto, é importante destacar que o declínio da gravidez na adolescência – seguindo uma tendência de queda sustentada – está associado à melhora dos indicadores relativos ao uso de métodos contraceptivos, menor desejo por filhos e ao aumento do acesso à educação (VERONA, 2016).

1.3 Determinantes da fecundidade e da fecundidade adolescente

Exposto o panorama da fecundidade na América Latina e no Brasil, interessa investigar quais as causas e fatores responsáveis pelo declínio sustentado da fecundidade e da fecundidade na adolescência, a fim de compreender qual a relação e o impacto dos determinantes da fecundidade sobre a persistência da elevada reprodução na adolescência. A

literatura informa que a gravidez adolescente é um fenômeno multifatorial, o que significa dizer que os fatores responsáveis pelas mudanças nos níveis, padrões e preferências reprodutivas têm múltiplas causas e explicações. Demograficamente, a mudança no nível e padrão da fecundidade – principalmente após a queda generalizada da fecundidade no mundo na década de 1960 – são explicadas através de diferentes tipos de determinantes que atuam coletivamente para aumentar ou diminuir a fecundidade.

Se apropriando do trabalho de Davis e Blake, realizado em 1951 sobre onze variáveis que afetam a fecundidade, o estudo de Bongaarts e Potter (1983) e Bongaarts (1978) é pioneiro nessa área. O autor desenvolve um modelo simplificado mostrando que a diferença nos níveis de fecundidade entre populações se deve, em maior ou menor variação, da interação entre quatro variáveis denominadas intermediárias ou próximas – sendo acrescentada, mais tarde, uma quinta variável para locais onde a esterilidade se mostra elevada, a variável esterilidade primária. A principal característica dessas variáveis é que elas agem diretamente sobre os níveis da fecundidade, sendo elas:

- Nupcialidade
- Uso de métodos contraceptivos
- Infecundidade pós-parto
- Aborto induzido

Postula-se que o aumento ou a queda da fecundidade total irá depender dessas quatro variáveis, denominadas, portanto, de determinantes próximos. Sendo assim, os determinantes da fecundidade podem ser divididos em três tipos: os determinantes próximos ou intermediários, que são fatores biológicos ou comportamentais que atuam diretamente sobre os níveis de fecundidade; os determinantes socioeconômicos e ambientais, ou indiretos, que dizem respeito ao efeito de variáveis sociais, econômicas, culturais, institucionais, psicológicas, de saúde e ambientais que interferem nos níveis de fecundidade de modo indireto, ou seja, por meio dos determinantes próximos (ALEMAYEHU; HAIDER; HABTE, 2010). Há ainda um terceiro tipo de determinante considerado por Bay; Popolo e Ferrando (2003), denominado “não convencional” que explora a influência de fatores não convencionais como a globalização ou as mudanças nos padrões de gênero sobre a fecundidade.

Tanto os determinantes socioeconômicos e ambientais, quanto os determinantes não convencionais, só possuem influência na fecundidade através dos determinantes próximos. Por exemplo, numa população cujo acesso a métodos contraceptivos e ao aborto é liberado e incentivado, essas variáveis intermediárias agirão de modo a interferir negativamente na

natalidade. Por outro lado, quando se aumenta o nível de escolarização numa população (determinante socioeconômico) é muito esperado e provável que a fecundidade caia, mas essa relação não se dá de forma direta e nem terá grande efeito, caso os determinantes próximos estejam agindo de forma positiva sobre a natalidade.

Para o caso da fecundidade adolescente, os determinantes intermediários propostos por Bongaarts e Potter (1983) e Bongaarts (1978) se mantém, mas com alguns acréscimos. De acordo com Rodríguez Vignoli (2008), são acrescentados 2 fatores que interferem diretamente na ocorrência de nascimentos nesta fase da vida: o desejo por filhos e a idade da iniciação sexual, que se refere a idade em que o adolescente inicia sua vida sexual, assim como a frequência dessa atividade. Muita atenção é dada aos indicadores de iniciação sexual e sobre o uso de contraceptivos, justamente porque influenciam sobremaneira na ocorrência do fenômeno, sendo o primeiro um determinante particular para os adolescentes.

Na demografia, são muitos os estudos que exploram a influência das variáveis intermediárias nos níveis de fecundidade, devido ao seu efeito direto, passível de mensuração para determinar as chances ou riscos de incidência de uma gravidez. Cabe destacar a importância dos determinantes socioeconômicos e ambientais em cenários de alta desigualdade social e econômica, como é o caso do Brasil e da América Latina.

Vários estudos nacionais e internacionais exploram a relação entre as características socioeconômicas dos adolescentes e o risco de exposição à gravidez. Das variáveis socioeconômicas e ambientais pode-se elencar a educação, renda, situação econômica, emprego, raça e etnia, religião, local de residência, exposição midiática, mortalidade infantil, poluição e acesso à saúde pública como fatores que influenciam os níveis de fecundidade adolescente (CAVENAGHI, 2015; VERONA; REGNERUS, 2014; ALEMAYEHU; HAIDER; HABTE, 2010; BOZÓN; HEILBORN, 2006; OLIVEIRA; VIEIRA, 2006).

Dentre todas elas, a educação possui uma importância singular, pois segundo Gupta e Leite (1999), a educação influência indiretamente não só a fecundidade, como também afeta a idade à união/casamento, melhora o conhecimento das meninas sobre métodos contraceptivos eficazes e planejamento familiar, melhora a capacidade de tomar decisões reprodutivas, influenciando, portanto, tanto o desejo por filhos quanto a decisão de levar a gravidez a termo.

Num estudo sobre os determinantes da fecundidade adolescente na Etiópia, Alemayehu; Haider e Habte (2010) apontam que a educação, a idade e o local de residência são fortes determinantes de gravidez na adolescência, sendo a educação a variável de maior relevância já que, aqueles sem escolaridade tem quase sete vezes mais chances de engravidar do que os mais escolarizados. Já Gupta e Leite (1999) analisam como os determinantes atuam

sobre o comportamento sexual e reprodutivo de adolescentes no Nordeste brasileiro, e revelam que a escolarização é o fator de maior força na probabilidade de engravidar antes dos 20 anos, postulando que a melhora nos níveis educativos pode impulsionar as adolescentes a adiar a maternidade.

A redução da fecundidade adolescente na América Latina e Caribe, por exemplo, ocorre simultaneamente com a expansão do ensino em muitos países da região – como Brasil, Chile, México e Uruguai. Não é por acaso que ambas as variáveis possuem relação tão forte. O movimento de expansão do ensino concomitante à queda de nascimentos entre meninas de 15 a 19 anos são produtos de um processo de institucionalização do curso de vida, responsável também pelo prolongamento da juventude e pela mudança nas expectativas sobre o que se espera dos indivíduos, classificados e segmentados em grupos/faixas de idade, conforme será melhor explicado mais à frente.

No que tange aos determinantes intermediários, a insusceptibilidade pós-parto ou infecundidade pós-parto se refere ao período que vai desde o nascimento do filho até a retomada da capacidade reprodutiva da mulher, cujo período depende do tempo de aleitamento dado pela mãe. Assim, a duração da infecundidade pós-parto é determinada principalmente pela amenorreia lactancional, que pode ser descrita como ausência de menstruação durante o período de aleitamento, diante disso, há pouco ou nenhum risco de gravidez (BAY; POPOLO; FERRANDO, 2003).

Segundo os dados da Bemfam de 1996, o tempo de insusceptibilidade pós-parto da mulher brasileira com menos de 30 anos de idade é de 4,5 anos. Ressalta-se que existe uma relação positiva entre o nível de escolaridade, a insusceptibilidade pós-parto e a amamentação (BASSI, 2008). Quanto maior a escolaridade da mulher, maior o tempo despendido nesses processos.

Já o aborto induzido é o mais difícil de ser mensurado, devido a ilegalidade da sua prática em muitos países. Além disso, segundo Bay; Popolo e Ferrando (2003) o aborto induzido parece ser a variável com menor influência sobre os níveis de fecundidade, assim como a legalização da sua prática parece não levar a um declínio mais pronunciado do número de filhos. Mas essas conclusões foram feitas considerando a fecundidade total. Para as adolescentes a situação se modifica, um estudou realizado no Brasil estimou que, em 1995, 32 abortos induzidos eram praticados a cada 1000 mulheres nas faixas etárias de 15 a 24 anos, totalizando 255.069 abortos induzidos na juventude (GUZMAN; CONTRERAS; HAKKERT, 2001). Isso revela a importância deste determinante, principalmente devido a ilegalidade do

aborto na grande maioria de países latino-americanos, com exceção de Cuba, Colômbia, Uruguai, Argentina, Guiana e Guiana Francesa.

A iniciação sexual diz respeito ao momento de ocorrência da primeira relação sexual, sendo que uma parcela considerável das pessoas vivencia essa experiência na adolescência. A literatura expõe que quanto menor a idade de iniciação sexual maior a associação ao não uso ou ao uso inadequado de preservativo e de métodos contraceptivos. Consequentemente, maior será, também, a associação com a ocorrência de gravidez não planejada, às infecções sexualmente transmissíveis e ao aborto (MALTA et al., 2011; BORGES et al., 2016, LIMA et al., 2018). Fatores considerados de risco, como o consumo de tabaco, álcool e outras substâncias, também influenciam a idade da iniciação sexual (WHO, 2008).

Com relação à situação na América Latina, Rodríguez Vignoli (2006) frisa que a iniciação sexual durante a adolescência pode ser considerada "regra", enquanto em outras regiões do mundo em desenvolvimento esse é um comportamento excepcional. Por outro lado, países em desenvolvimento cuja iniciação sexual se concentra em idades abaixo dos 15 anos, normalmente o fenômeno é precedido pela entrada em matrimônio. No caso latino-americano, parece ocorrer o inverso, ou seja, a iniciação sexual pode precipitar a união.

Os dados levantados pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS) realizada em 2006, mostram que as adolescentes que iniciam sua vida sexual antes dos 16 anos, têm duas vezes mais chances de engravidar comparado as meninas que se iniciam após os 16 anos. Ademais, uma melhor condição socioeconômica marcada pela maior escolaridade e renda distingue as adolescentes e jovens que não se iniciam antecipadamente, daquelas iniciadas (OLIVEIRA; VIERIA, 2010; BERQUÓ; GARCIA; LIMA, 2012).

As pesquisas brasileiras mais recentes argumentam que a prevalência de adolescentes estudantes que já tiveram sua primeira relação sexual vem diminuindo. Porém, aqueles que se iniciam, o fazem cada vez mais cedo. De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 30,5% dos estudantes brasileiros relatam terem se iniciado sexualmente em 2009, contra 27,5% em 2015. O perfil dos estudantes iniciados sexualmente em 2015 se caracteriza majoritariamente composto por adolescentes do sexo masculino, estudantes de escolas públicas, negros e residentes nas regiões Norte e Nordeste do país (MALTA et al, 2011; BORGES et al., 2016; AQUINO et al., 2003; FELISBINO-MENDES et al., 2018, WELLINGS et al., 2006).

Um dos fatores que mais chama atenção, tendo em vista o inquérito da PeNSE analisado em diversas pesquisas sobre o assunto, é que tanto a estrutura quanto as relações

familiares possuem algum impacto sobre a iniciação sexual, mesmo que de forma indireta. Cerca de 42% dos adolescentes que não residem com a mãe e o pai são iniciados sexualmente, enquanto a prevalência de iniciação é de 26,6% quando residem com ambos os pais (MALTA et al., 2011).

Conforme discute Furstenberg; Moore e Peterson (1985), há uma relação entre educação sexual oferecida tanto pela família quanto pela escola e a prevalência mais baixa de relações sexuais a partir disso. Assim, jovens americanos que não tiveram acesso à educação sexual apresentam 50% a mais de chance de já ter tido relação sexual, com exceção de homens negros. De maneira semelhante, conseguir discutir questões sobre sexo com os pais está associado a menor prevalência de relação sexual na adolescência.

Outra pesquisa revela que a escola e a família são fontes importantes de informação aos adolescentes brasileiros sobre relação sexual, gravidez/anticoncepção e infecções sexualmente transmissíveis (IST/Aids), seguido pelos amigos e pela televisão, principalmente nos extratos mais privilegiados. A centralidade da fonte vai depender do assunto a ser tratado. Assim, informações sobre relações sexuais, importantes para iniciação sexual, são predominantemente transmitidas para mas meninas pelas mães, as amigas e a escola, necessariamente nesta ordem; enquanto para os meninos, predominam os amigos, a mãe e, por último, o pai (BOZÓ; HEILBORN, 2006).

Chama a atenção a baixa influência da escola sobre este assunto, mesmo ela sendo a primeira fonte de informação sobre IST/Aids e a segunda sobre gravidez/contracepção, independentemente do sexo do adolescente, o que suscita bastante questionamentos sobre as lacunas de uma educação que evita falar sobre sexo. Por outro lado, a família se mostra como um polo importante de informações, centrada principalmente na figura da mãe, tanto para rapazes quanto para moças.

1.4 Reprodução não combina com adolescência: teorias e fatores explicativos

Sabe-se que as transformações demográficas ocorridas no século XX são impulsionadas pelo processo mais amplo de modernização social e econômica que proporcionou mudanças estruturais e materiais importantes do ponto de vista social e demográfico. Das questões de ordem social, a mudança nos papéis de gênero e o aumento da escolarização se traduzem enquanto os fatores mais importantes nesse cenário, responsável, em grande medida, pelas mudanças na fecundidade brasileira (OLIVEIRA; VIEIRA;

MARCONDES, 2015). Ambos os componentes produzem impacto significativo negativo na incidência de gravidez na adolescência, contribuindo para sua redução.

Outra mudança pertinente que possui igual relevância para entender a dinâmica da fecundidade adolescente trata do prolongamento da transição para a vida adulta. Esse conceito é central quando se pretende entender o discurso normativo que se cristalizou nas últimas décadas a respeito da fecundidade nessa fase da vida, respaldado tanto pelo surgimento de novas expectativas sobre a adolescência e juventude, quanto pelo surgimento da percepção da gravidez adolescente como um problema social.

Para compreender a fundo o que motiva as novas ideias e normas sob a adolescência, é necessário entender o contexto em que o curso de vida[15] passa a ser segmentado e quando as idades se tornam marcadores sociais relevantes. Assim, a "cronologização da vida", conceito estabelecido por Kohli e Meyer (1986 APUD DEBERT 1999), serve para caracterizar as mudanças em torno da sua periodização, ou seja, quando a vida passa a ser delimitada e separada em diferentes estágios ou fases, cuja idade cronológica serve como marcador útil. Nessa perspectiva, a própria noção de curso de vida se transforma numa instituição social.

Visando entender esse novo movimento, Debert (1999) defende que a história da humanidade pode ser dividia a partir de três momentos sucessivos, nos quais a relevância da idade cronológica muda radicalmente. O primeiro momento, compreendido enquanto pré-modernidade, é quando o status familiar possui peso maior que a idade cronológica na determinação de papéis sociais e na distribuição de recursos. No segundo momento – a modernidade – há um movimento de ruptura em relação à importância do status familiar. À

[15] Atrelado ao conceito de ciclo de vida, ou seja, a ideia de que a vida é dividida em momentos delimitados e demarcados biologicamente – nascimento, amadurecimento, reprodução e, por fim, morte –, a ideia de curso de vida adicionaria o componente cultural, social e histórico sobre essa premissa. Assim, cada momento da vida seria, portanto, marcado por uma fase distinta e pré-determinada – infância, adolescência, juventude, prematuridade, meia idade e velhice –, porém social, cultural e historicamente construída, variável e mutável no tempo e espaço. Significa assumir que a adolescência, ou qualquer outra fase da vida, tal como é construída hoje na nossa sociedade, não o era há 100 anos, ou mesmo, não o é em outro canto do mundo ou em outra cultura. Dessa forma, o curso de vida, diferentemente do ciclo de vida, é algo produzido e construído de acordo com os parâmetros sociais e culturais vigente em dado momento histórico. Nesses termos, Featherstone (1994) explica o conceito com uma metáfora: "(...) alguns estudiosos do curso da vida têm utilizado uma metáfora geográfica, como se o curso da vida pudesse ser definido como um continente, rio ou mar. (...) não podemos imaginar os problemas encontrados ao se navegar o rio Amazonas se o único mapa que temos para nos guiar é o do rio Tâmisa recusando-nos a reconhecer sua diferença e querendo, dogmaticamente, manter nossa crença de que todos os rios são basicamente iguais ao Tâmisa. Essa descoberta da variabilidade histórica e da complexidade cultural aponta o erro de considerar a existência de um único curso da vida. Em vez disso, somos forçados a falar dos cursos da vida, no plural. Em termos de nossa metáfora do rio, isso quer dizer que não temos o mapa de um rio, mas de vários rios. Aqui o perigo é que podemos ter o mapa do rio Tâmisa quando navegamos o rio Amazonas. Uma diferença que, a princípio, poderia não ser notada." (p.55)

medida que o Estado moderno se fortalece e passa a regular o tempo que os indivíduos dedicam à formação, à produção e à reprodução, a vida passa a ser cronologizada em diferentes "fases". Por último, na pós-modernidade, assiste-se a uma nova ruptura caracterizada pela descronologização e desinstitucionalização do curso de vida.

Dessa forma, na transição de uma economia agrícola para uma economia industrial a organização do curso de vida muda significativamente, quando a centralidade da família e da comunidade perdem espaço para o indivíduo, sendo uma das marcas da modernidade: a individualização. Aqui o Estado é a instituição, por excelência, responsável pela institucionalização do próprio curso de vida, elencando assim a idade como critério aparentemente neutro para a repartição de direitos e deveres, atribuindo responsabilidades e papéis sociais bem definidos no que se considera "fases da vida". Assim, na infância e adolescência as expectativas se voltam à dedicação exclusiva à escolarização; na fase adulta, a centralidade é o trabalho; enquanto na velhice, é a aposentadoria.

No século XX, a principal marca da cronologização da vida deu surgimento ao que entendemos hoje por *infância* e *adolescência*, havendo uma delimitação clara de fronteiras entre crianças, adolescentes e adultos. Debert (1999) argumenta que a modernidade foi responsável pelo aumento da distância entre crianças/adolescentes e adultos, considerando a infância a fase da dependência e da imaturidade e o adulto enquanto fase da independência, autonomia e maturidade, fronteiras essas inexistentes num momento de pré-modernidade. A adolescência, nessa perspectiva, é considerada como parte da transição para a vida adulta, caracterizada como período de intensas transformações físicas, cognitivas, emocionais, psicológicas e sociais (WHO, 1986).

Sendo crítico a esta visão, Rodríguez Vignoli (2014) argumenta que definir a adolescência preferencialmente enquanto uma transição a invisibiliza enquanto fase central de formação dos indivíduos, assim como invisibiliza suas especificidades em termos teóricos e para formulação de políticas públicas. Nesse sentido, a adolescência passa por um processo de invisibilidade quando enxergada majoritariamente como uma fase de transição, classificada entre as fronteiras da infância e juventude. Como exemplo, sua classificação etária enquadra tanto uma parte da infância, quanto da juventude. Pensando nisso, cabe contextualizar o seu surgimento, ademais, o que está em voga no seu processo de institucionalização.

O conceito adolescência surgi dentro do campo teórico da psicologia do desenvolvimento, introduzido pela primeira vez na literatura científica em 1904, através trabalho do psicólogo e educador F. Stanley Hall, em sua obra intitulada "Adolescense: Its Psychology and its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion

and Education". De acordo o autor, a adolescência se constituiria enquanto um período do desenvolvimento humano de transição entre a infância e a fase adulta. Esta nova fase se caracteriza como um processo de desenvolvimento biológico e psicológico humano, marcado por problemas e conflitos próprios a se orientar, visando um desenvolvimento humano saudável para a vida adulta. (RODRÍGUEZ-VIGNOLI, 2014).

A generalização e popularização do termo, no entanto, ocorreu após a Segunda Guerra Mundial, momento em que duas questões estavam em voga: primeiro, a necessidade de especialização da mão de obra para inserção dos "jovens" no processo de produção, cuja ascensão da adolescência estaria pautada na necessidade de formação para o mercado de trabalho; em segundo, a preocupação com os crescentes problemas de crime e delinquência, positivamente associados com a adolescência e juventude de forma geral, logo, surgi também a necessidade de entender os adolescentes para erradicação dos "problemas" que rodam esta fase da vida. (RODRÍGUEZ-VIGNOLI, 2014; FEATHERSTONE, 1994).

Tendo em vista que a ascensão e consolidação teórica da adolescência, por assim dizer, se deu por tais motivos, é cabível dizer que ela é uma construção social do mundo moderno ocidental. Considerada uma importante fase do desenvolvimento humano, enxergá-la para além de uma fase de transição implica reconhecer as suas especificidades, cujas dimensões podem ser divididas em: mudanças biológicas - -, mudanças cognitivas e emocionais e, por fim, as mudanças sociais.

Sendo assim, esta fase da vida é consensualmente entendida como um processo de maturação biológica, psíquica e social, momento primordial de formação e consolidação da identidade individual. Portanto, a atenção voltada a adolescência está intimamente relacionada ao bom desenvolvimento destas três dimensões para que haja a plena incorporação do indivíduo na sociedade e na cultura.

Com o processo de institucionalização do curso de vida em voga na modernidade, a adolescência e a juventude passam, portanto, a ser institucionalizadas, rotuladas, classificadas e unificadas. Ilustrativamente, imperam as definições institucionais e operacionais de organizações internacionais na classificação da adolescência. Na perspectiva teórica e técnica da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e da Organização Iberoamericana de Juventude (OIJ) a adolescência é classificada como o período compreendido entre os 10 aos 19 anos, enquanto a juventude é classificada pelo recorte etário dos 15 aos 24 anos.

Convém ressaltar que não há consenso claro sobre a classificação desses estágios, que mudam consideravelmente dependendo da definição institucional e da perspectiva teórica

utilizada. Isso ocorre porque as fronteiras etárias tornam-se cada vez menos importantes na delimitação do curso de vida e da transição para a vida adulta, à medida que novas fases intermediárias classificatórias surgem – como a segregação entre pré-adolescentes e adolescentes, ou jovens e jovens adultos, por exemplo – e os estágios da vida parecem se prologar e/ou se segmentar.

A delimitação de fases intermediárias assume suma importância para a investigação das especificadas que cada fase da vida apresenta, pois o estudo de um momento específico do curso de vida dos indivíduos apresenta complexidades que vão além de uma classificação etária fechada. De acordo com Rodríguez-Vignoli (2014), em termos tanto teóricos quanto técnicos, a adolescência pode ser segmentada em três sub-etapas distintas: adolescência inicial, cujo recorte etário vai dos 10 aos 13 anos, a adolescência média, recortada a partir dos 14 aos 16 anos, e a adolescência tardia, que vai dos 17 aos 19 anos.

Segundo o autor, cada sub-etapa encontra respaldo na mudança do desenvolvimento humano na adolescência, ou seja, inaugura um novo estágio de desenvolvimento humano, apoiando-se em três dimensões distintas, a do desenvolvimento físico e da imagem corporal, o desenvolvimento intelectual e o desenvolvimento afetivo e emocional. Assim, ele cita que:

> "Durante la pubertad (o adolescencia temprana, típicamente entre los 10 y los 13 años) se inician las transformaciones orgânicas que conducen, para la mayoria de las personas, a la configuración del cuerpo adulto, el despertar sexual y la adquisición de la capacidad de procrear. Durante esta fase, pero más marcadamente durante la adolescencia media (típicamente entre los 14 y los 17 años) y tardía (entre los 18 y los 19 años), estas fuerzas biológicas desbordantes y novedosas para los muchachos y muchachas se enfrentan con normativas desplegadas por instituciones que procuran manterner a las personas em el proceso de formación social – en particular el escolar – y establecer límites precisos – a veces legales – de lo que es aceptable em materia de nupcialidad y reproducción." (RODRÍGUEZ VIGNOLI, 2014, p. 11)

Entender que a adolescência e a juventude são institucionalizadas nos dias de hoje passa pelo reconhecimento das tentativas das instituições sociais em homogeneizar as trajetórias individuais, utilizando assim fronteiras fixas para demarcar o curso da vida. Como resultado disso, a presença do Estado na segmentação da vida opera através de marcos legais e jurídicos, estabelecendo cronologicamente a idade em que começa e termina cada estágio, mas principalmente, o que deve/pode ou não ser realizado durante cada fase da vida.

Como exemplo, legislação brasileira determina e normatiza qual a faixa etária para escolarização obrigatória, a idade mínima para a entrada no mercado de trabalho, para a aposentadoria e, especialmente, determina qual a idade mínima para o casamento[16] e a idade

[16] O Código Civil brasileiro, através da Lei 10.406, de 2002, proíbe o casamento realizado por menores de 16 anos de idade, exceto em casos no qual os pais ou responsáveis pelo adolescente autorizem a união formalmente,

mínima para se ter relações sexuais[17]. Tais normas delimitam o poder do Estado no processo de institucionalização do curso de vida, exercendo assim um forte controle sobre a trajetória e as transições dos indivíduos (VIEIRA, 2009). Um dos efeitos mais visíveis de mudanças, nesse sentido, trata do advento do prolongamento da juventude.

Há muitos fatores ligados a esse fenômeno, dentre eles Vieira (2009) destaca o aumento da expectativa de vida e a nova necessidade de qualificação profissional numa economia informatizada. Isso contribui para aumentar o tempo e a importância dada à escolarização na juventude. Essas mudanças possibilitaram o questionamento sobre as demarcações da vida baseada nas faixas etárias e, mais que isso, abre espaço para reconfiguração do próprio curso de vida, alongando algumas fases e abrindo espaço também para o surgimento de fases intermediarias. Nas palavras na autora (VIEIRA, 2009, p. 22):

> O aumento da expectativa de vida, aliado a novas necessidades e possibilidades atuais, abre precedentes para projetos e estilos de vida alternativos que escapam da sequência tradicional de passagem para a vida adulta: saída da escola, entrada no mercado de trabalho, casamento e nascimento do primeiro filho. Em um passado não tão remoto, esses eventos se sucediam quase que imediatamente uns aos outros, o que tornava o processo de transição para a vida adulta "demograficamente denso" – como diria Billari (2001) – justamente pela concentração nas mesmas idades. Mas, uma vez que se tenha o espaçamento entre esses eventos no tempo – uma mudança no timing dos eventos – isso caracterizaria o prolongamento da transição para a vida adulta.

A institucionalização da juventude, tendo como pano de fundo o prolongamento dessa fase da vida, enxerga o jovem enquanto um cidadão com autonomia, portador de direitos próprios. Nessa perspectiva, é responsabilidade das instituições sociais fixar qual o papel dos adolescentes – assim como dos jovens – na sociedade e quais são as novas expectativas sobre eles como um todo.

Aquino et al. (2003) afirma que a juventude vem ganhando destaque especial desde a década de 1980, quando houve a ampliação e expansão do processo de escolarização visando a melhoria da inserção profissional das gerações futuras. O não cumprimento dessas expectativas tem como pressuposto a desvantagem do jovem em assumir responsabilidades no

---

admitindo o casamento 1 para evitar imposição ou cumprimento de pena criminal e 2 em caso de gravidez. Essa foi revista e alterada, em março de 2019, estando atualmente em vigor a Lei 13.811, de 2019, sancionada pelo presidente Jair Bolsonaro que proíbe o casamento com menores de 16 anos, independentemente de qualquer autorização ou condição. Para verificação da antiga Lei nº 10.406, acessar o site: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406.htm>. Para verificação da atual Lei nº 13.811, acessar o site: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13811.htm>.

[17] Da mesma forma, o Código Penal brasileiro, através do Decreto-Lei nº 2.848 de 1940, considera crime o ato sexual ou libidinoso contra menores de 14 anos, classificado pela lei como estupro de vulnerável, com pena de reclusão de 8 a 15 anos de prisão. Para verificação da Lei nº 2.848, acessar o site: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm#:~:text=%E2%80%9CEstupro%20de%20vulner%C3%A1vel,a%2015%20(quinze)%20anos.>.

futuro, vistas enquanto um “desvio do percurso” tido como o ideal e esperado (OLIVEIRA; VIEIRA, 2010). Tendo em vista as mudanças abordadas, a constituição de família nessa fase da vista é institucionalmente considerada como um problema a ser evitado.

Assim, dos discursos e ações acionados e desenvolvidos pelas instituições sociais, predomina a abordagem da gravidez na adolescência enquanto um problema social e de saúde pública, ambas abordagens amplamente exploradas também pela literatura sobre o tema, principalmente nas áreas da medicina, epidemiologia, sociologia, antropologia, psicologia e demografia (KERNTOPF et al., 2016), abordagem essa que determina o viés na formulação de políticas públicas de prevenção à gravidez na adolescência. O enfoque, nesse sentido, está ancorado no risco que a gravidez oferece na juventude, tanto o risco físico e psicológico, quanto social (HEILBORN, 2006).

Assim, explorar o fenômeno sob a ótica de um problema em si, preconiza explorar e dar foco aos fatores de risco ligados ao fenômeno: 1) problemas referentes a saúde física e psicológica da mãe e da criança; e 2) problemas ligados à reprodução da pobreza e da vulnerabilidade social. Essa visão tem como primeiro pressuposto os signos ou ideias predominantes sobre o “ser adolescente” na contemporaneidade, que marcam esta fase da vida como problemática, imatura e inconsequente. Por outro lado, também está associado a uma ideia biologizante da formação do adolescente, viés esse que destaca os riscos ligados ao desenvolvimento psicológico e físico provocados por uma gravidez (BRANDÃO, 2006; STERN; MEDINA, 2000), afetando o bem-estar e a qualidade de vida tanto da mãe quanto do filho.

O segundo pressuposto parte da associação entre a incidência de gravidez e a reprodução da pobreza, tal como da desigualdade social de modo amplo. A ideia central é que quanto piores as condições socioeconômicas, maior será a associação com a incidência de gravidez na adolescência. Defende-se que há uma perpetuação da pobreza à medida que se antecipa a entrada para a vida adulta em condições desfavoráveis, afetando assim a estabilidade econômica e social. Aqui a gravidez é enxergada como um entrave/obstáculo ao processo de formação de capital humano, ou seja, provoca efeitos negativos no processo de escolarização, inserção social e profissional, agindo como um mecanismo de reprodução das desigualdades já existentes (STERN; GARCÍA, 1999).

Diante das evidências apontadas por Berquó; Garcia e Lima (2012), no Brasil a prevalência de gravidez na adolescência possui perfil socioeconômico específico de meninas mais pobres, menos escolarizadas e negras. Já Madeira (2006) refletindo sobre a realidade brasileira também correlacionou a maior incidência de gravidez na adolescência com a maior

violência urbana, deduzindo que em áreas de maior vulnerabilidade social, o risco de ser afetada por uma gravidez está para as meninas, tal como o risco de se envolver em práticas violentas e ilícitas está para os meninos.

Dessa forma, uma das questões que se impõe é que adolescentes mais vulnerabilizadas projetam para o futuro a maternidade e a conjugalidade como forma de se reafirmarem enquanto adultas e, mesmo que a gravidez se dê inesperadamente, ela faz parte do repertório e não é interpretada, necessariamente, como "algo fora de lugar" em todos as situações.

Assim, tanto a antecipação para a entrada na vida adulta quanto a queda e persistência do fenômeno da fecundidade adolescente resultam do tipo de modernidade instaurada no contexto da latino-americano e no Brasil, caracterizada por ser inacabada, tardia ou truncada. Nessa região, o processo de mudança social se deu de forma inacabada, dada as assincronias e deformações sobre a transição à modernidade nessa região, frente aos países avançados. Ou seja, a modernidade aqui se caracteriza pela "incompletude" das mudanças tal qual ocorreu nas sociedades desenvolvidas, provocando assimetrias e produzindo novas desigualdades nos países latino-americanos.

Conforme apontam Marín Bravo e Morales Martín (2010), trata-se uma modernidade heterogênea, caracterizada por avanços e retardamentos. Em contextos como esse, os desenvolvimentos e avanços nas esferas técnico-materiais e políticas, cujo modelo se assemelha tal qual se sucedeu na Europa no passado, atuam conjuntamente ao retardamento do desenvolvimento nas esferas dos valores sociais, morais e simbólicos, refletindo no descompasso entre o público e o privado e na coexistência entre moderno e tradicional. Ou seja, enquanto a o Estado avança para o desenvolvimento da modernidade completa, a moral e os valores da sociedade permaneceriam conectados a tradição, fazendo com que a modernidade na América Latina e Caribe, englobando o Brasil em tal cenário, seja caracteristicamente peculiar comparado ao restante do mundo.

Baseado nisso temos, por exemplo, a existência de uma presença estatal voltada ao desenvolvimento econômico em coexistência ao conservadorismo social. Isso esclarece porque as mudanças acerca do prolongamento da transição para a vida adulta é marcado por desigualdades, à medida que adolescentes em vantagem socioeconômica prologam sua transição frente aqueles em desvantagem que a antecipam. De modo similar, explica também como a gravidez na adolescência pode ser publicamente tratada como um problema que deve ser solucionado em defesa do desenvolvimento da nação, ao mesmo tempo que o sexo na adolescência é social e culturalmente um tabu.

Rodríguez Vignoli (2008) expõe o problema da gravidez na adolescência na América Latina e Caribe nesses termos, pois defende que a alta incidência de reprodução nesta fase resulta dessa modernidade característica de contextos econômicos, demográficos e sociais em desenvolvimento. Segundo o autor, o termo "modernidade sexual truncada" é cunhado para demonstrar o paradoxo das sociedades latino-americanas quando entram no processo de modernização, que curiosamente contribui para permanência da alta incidência e intensidade de reprodução na adolescência, e não o contrário. Isso se dá porque o exercício da sexualidade é entendido muitas vezes como uma decisão individual, mas os adolescentes muitas vezes não são preparados para tomar essa decisão, pois a educação ainda segue moldes orientados pelo conservadorismo.

Os adolescentes passam a estar mais expostos ao sexo, processo característico também nas sociedades desenvolvidas. Da mesma forma, também estão mais expostos a valores sociais e culturais de liberdade sexual e da ruptura entre reprodução, família e práticas sexuais, o que é reforçado pela mídia de massa e pela internet, influenciando de forma incisiva nas suas práticas sexuais. Nesse sentido, o que determinará se a gravidez "se tornará um problema" é a regulação social e institucional sobre o comportamento do adolescente e a capacidade de promover um comportamento sexual responsável e protegido. Uma vez que os jovens estão mais expostos ao sexo, as respostas institucionais devem ser traduzidas em maior acesso à informação, disponibilidade e estímulo ao uso de preservativos e métodos contraceptivos.

O que ocorre num contexto de modernidade sexual truncada, portanto, é que estando mais expostos ao risco de engravidar, os adolescentes se deparam com estímulos e mensagens contraditórias e negativas com relação ao sexo. Ou seja, há uma resistência na família, na escola e na sociedade em geral em enxergá-los e reconhecê-los enquanto sujeitos sexualmente ativos. Nesse contexto, exercem sua sexualidade de forma "escondida" e "proibida", não há um diálogo claro e nem estímulos a adoção de uma prática sexual responsável pois, estimular o uso de proteção ou métodos contraceptivos seria admitir a existências de tais práticas.

Na mesma direção, Furstenberg (1998) argumenta que o desenvolvimento econômico, tal como a modernização para Rodríguez Vignoli (2008), promove uma transformação social e cultural necessárias para a mudança no comportamento sexual adolescente e juvenil pré-marital. No contexto de prolongamento e valorização da escolarização para estabelecer uma economia moderna, outras mudanças acabam sendo inauguradas como o ganho de maior autonomia, perda de autoridade dos pais na medida em que os sistemas educacionais se fortalecem, aumento da igualdade de gênero e postergação do casamento e da

fecundidade. Portanto, em qualquer contexto de desenvolvimento econômico e social, haverá mudanças sobre o comportamento sexual e reprodutivo dos adolescentes, cuja explicação se encontra no papel da escolarização, da individualização e grau de autonomia em cada contexto.

O que separa os países com maior e menor taxa de fecundidade na adolescência, ou seja, adolescentes que adotam mais e menos práticas sexuais seguras de prevenção a gravidez – mas também ISTs – é justamente a resposta institucional que é dada ao "problema", conforme ilustra o caso dos Estados Unidos.

À medida que o governo estadunidense tem o intuito de amenizar conflitos políticos entre grupos religiosos e conservadores, a prevenção é estimulada por meio de duas abordagens contraditórias: 1) através do estímulo à abstinência sexual, e 2) por meio da oferta de informação sobre métodos contraceptivos. Nas palavras do autor, essa mensagem contraditória se torna uma fórmula para o fracasso das políticas públicas de prevenção à gravidez na adolescência no país (FURSTENBERG, 1998; 2003; GIRARD, 2005).

Brandão (2006) ilustra bem essa premissa no contexto de exercício da sexualidade dos adolescentes brasileiros. Conforme aponta, a sexualidade é tratada publicamente de maneira hipócrita, contextualizada a partir da reprovação moral e condenação do sexo, predominante no imaginário social e atuante nas esferas institucionais. Logo, as práticas sexuais são caracterizadas pela impossibilidade de premeditação do ato sexual. Ao condenar e reprovar o exercício da sexualidade dos adolescentes, eles ficam impedidos de qualquer previsão ou premeditação quando ao uso de preservativo e contraceptivos. Nas palavras da autora:

> Alguns pais "preferem" enfrentar uma gravidez "acidental" fruto da "inocência" ou "ingenuidade" da filha, do que admitir o planejamento racional da sua iniciação sexual protegida, bem como de sua vida sexual subsequente, o que implica a adoção de métodos contraceptivos, alternância de parceiros etc. (BRANDÃO, 2006, p. 73).

Para além da abordagem estrutural que enquadra a gravidez na adolescência na perspectiva do risco, há autores que observam o fenômeno a partir da abordagem contextual, cuja premissa se ancora na escolha e capacidade de agência dos atores envolvidos. Dessa forma a reprodução, vista a partir da perspectiva dos agentes, representa um marcador social de transição para a vida adulta, ou seja, a maternidade e a paternidade são englobadas enquanto projeto de vida. Nessa perspectiva, há a relativização da gravidez adolescente enquanto um problema, buscando entendê-la como um processo social.

Sabendo que em muitos contextos a gravidez é desejada, quando não planejada, ela pode ser compreendida enquanto um projeto individual e/ou conjugal que motiva o adolescente a ter filhos em busca de reconhecimento social, autonomia, ascensão social no contexto familiar

e delimitação da sua individualidade pela escolha sobre o momento de engravidar. Indo nessa direção, muitos adolescentes optam por ter filho mais cedo. (HEILBORN, 2006).

Existem dois conceitos que assumem centralidade nessa linha argumentativa: projeto e campo de possibilidades. Gilberto Velho (1994) conceitua como projeto, baseado em Alfred Schutz, uma conduta organizada que leva ao estabelecimento de objetivos específicos para atingir finalidades específicas. Determinado projeto, seja qual for, só é pensado e se torna viável perante o campo de possibilidades em que está circunscrito. Assim, uma trajetória individual ganha vida através de projetos que se tornam viáveis e são mediados pelo campo de possibilidade que o indivíduo dispõe.

Ambos os conceitos podem ser acionados para pensar a gravidez na adolescência enquanto transição para vida adulta. Partindo dessa perspectiva, quando a gravidez ocorre na adolescência, pode se tratar de uma conduta organizada do indivíduo que carrega consigo a maternidade e/ou paternidade como um projeto para a vida, indo na contracorrente em pensar o fenômeno como um ato inconsequente e indesejado que reflete a ausência de um projeto de vida. Por sua vez, o campo de possibilidades explica, em parte, como esses projetos são construídos: na ausência de possibilidades que vislumbrem a chance de maior escolarização e melhores perspectivas profissionais, estreita-se o campo de possibilidades tornando a constituição de família um projeto de vida atraente e possível (CAMARANO; MELLO; KANSO, 2006).

Isso é corroborado em várias pesquisas que analisam as trajetórias dos adolescentes e jovens com relação a sua percepção sobre as transformações trazidas pela maternidade e a mudança nos relacionamentos durante e após a gravidez (CAMARANO; MELLO; KANSO; OLIVEIRA; VIEIRA, 2010; MARANHÃO; GOMES, 2016; BERQUÓ; GARCIA; LIMA, 2012). Assim, mesmo que o prolongamento da juventude tenha proporcionado mudanças sobre os projetos de vida, essas mudanças se dão de maneira desigual entre os adolescentes brasileiros. Ou seja, boa parte dos adolescentes e jovens no Brasil não prologa sua juventude, pelo contrário, adiantam o processo de entrada na vida adulta através do trabalho, principalmente para os homens, assim pela formação de família antes dos 20 anos, principalmente as mulheres (CAMARANO; MELLO; KANSO, 2006; VIEIRA, 2009).

Outros achados ainda apontam que as mulheres que tiveram filho na adolescência avaliam a maternidade como evento positivo nas suas vidas, enxergando-a enquanto sinônimo de realização pessoal. De acordo com a interpretação de Oliveira e Vieira (2010), os principais impactos que a maternidade trouxe na vida das adolescentes podem ser divididos entre dois ganhos distintos. Subjetivamente o evento conferiu sentido à existência das adolescentes, dando

a elas um motivo para viver, além de ter melhorado sua autoestima. Outro ganho positivo diz respeito ao ganho de status social, já que passam a ser mais respeitadas e a constituir seu próprio lar, além de relatarem melhoria nas relações com o companheiro.

Essas evidências traz questionamentos se a gravidez na adolescência é um problema em todas as circunstâncias, um desvio de percurso ou uma fatalidade. O que a literatura aponta é que, os altos índices de nascimentos na adolescência são resultado de uma defasagem institucional, uma questão colocada pelo contexto de modernidade truncada. Somado a isso, o histórico brasileiro é constituído de uma transição antecipada para a vida adulta, o que necessariamente implica na formação de família em idades jovens como uma estratégia para melhorar a vida, não o contrário.

1.5 "Adolescência primeiro, gravidez depois. Tudo tem o seu tempo.": a necessidade de políticas públicas baseadas em evidências

No dia 3 de janeiro de 2019 é criado a Semana Nacional de Prevenção à Gravidez na Adolescente, por intermédio da Lei nº 13.798[18]. Em seguida, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), com apoio do Ministério da Saúde, lança a campanha "Adolescência primeiro, gravidez depois. Tudo tem seu tempo". A campanha tem como objetivo reduzir a ocorrência de gravidezes na adolescência através do estímulo ao adiamento da iniciação sexual. Apesar de o termo abstinência sexual ter sido evitado por conta das fortes críticas recebidas, o slogan utilizado pauta-se no apelo para que os adolescentes adiem o ato sexual, a fim de evitar a gravidez. Em diversas declarações públicas afirmou-se que essa iniciativa se diferenciava de outras pela "coragem de falar sobre retardar o início da vida sexual", nas palavras da Ministra Damares Alves.

O lançamento da campanha contou com a presença da ministra do MMFDH, Damares Alves, e o ministro da saúde na data, Luiz Henrique Mandetta, esclarecendo ao público que a iniciativa tinha como objetivo tratar a gravidez na adolescência enquanto um problema de saúde pública. Na coletiva dada após o primeiro lançamento da campanha, se explicita que a ideia foi exaustivamente debatida por um ano com escolas, especialistas e a sociedade civil, chegando à conclusão de que o melhor modo de combater a gravidez antes dos

[18] A Lei nº 13.798 inaugura a Semana Nacional de Gravidez na Adolescência objetivando propagar informações a respeito de medidas, preventivas e educativas, que contribuam para a diminuição da incidência de gravidez na adolescência. Trata-se do acréscimo do artigo 8º-A, a Lei nº 8.069 já existente, criada em 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Para verificação da Lei nº 13.798, acessar o site: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13798.htm>. Para verificação da Lei nº 8.069, acessar o site: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>.

20 anos é através do estímulo ao retardamento da prática sexual. Inicialmente foram investidos cerca de R$3,5 milhões de reais na campanha, em forma de propagandas, posts e conteúdo informativo.

Embora desde 2005 as taxas de fecundidade do grupo etário de 15 a 19 anos estejam em queda constante no Brasil, iniciando assim o movimento de reversão da estrutura etária rejuvenescida, a fecundidade adolescente ainda é considerada alta em comparação a outros países desenvolvidos e em desenvolvimento (GRUPO FOZ, 2021). Isto, por sua vez, justifica a necessidade de intervenções públicas que previnam a gravidez nesta fase da vida, tendo em vista as problemáticas em torno da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes no Brasil.

Políticas públicas com base na abstinência sexual já foram implementadas em outros contextos para prevenir a gravidez e a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis na adolescência. Com base nas evidências empíricas dos programas de educação sexual direcionada a abstinência sexual no Estados Unidos, existe uma ampla literatura que debate os resultados da implementação e avaliação dessa política pública, úteis para pensar a política de abstinência sexual no Brasil, à luz do debate realizado neste capítulo.

De acordo com Furstenberg; Brooks-Gunn e Chase-Lansdale (1989), o debate em torno da reprodução na adolescência nos Estados Unidos tinha pouca visibilidade pública e política até o final dos anos 1970. Esse cenário se reverte em 1980, devido a mudanças demográficas e comportamentais que resultaram no crescimento atividade sexual seguida pela queda nas taxas de casamento entre os adolescentes.

Diante disso, o debate sobre educação sexual começa a ganhar espaço, com amplo apoio da maioria da população, quando também diversas organizações políticas e religiosas manifestaram interesse sobre o conteúdo que as escolas têm a oferecer sobre essa temática. Segundo Perrin e DeJoy (2003), é nesse contexto que se insere a proposta de educação sexual voltada exclusivamente para a abstinência enquanto política pública. Em 1981, durante o governo Reagan, é aprovada a lei federal Adolescent Family Life Act (AFLA) com o objetivo de desenvolver programas que promovam a abstinência como única opção para combater a gravidez na adolescência e evitar a disseminação de infecções sexualmente transmissíveis. Além disso, a lei impõe limitações ao uso de verbas federais na implementação de serviços de planejamento familiar e proíbe doações para projetos que defendam, promovam ou encorajem o aborto.

Outro passo importante em direção à expansão destes programas ocorre em 1996, quando a abstinência sexual é incluída dentro da reforma do sistema de bem-estar social, estimulada novamente a partir das preocupações com o declínio das taxas de nupcialidade

adolescente, aumento da atividade sexual e aumento no número de nascimentos fora do casamento. O Congresso Nacional norte-americano então cria o Título V, Seção 510 da Lei da Previdência Social, com objetivo de auxiliar os Estados a promoverem e ampliarem programas de educação sexual baseada exclusivamente na abstinência.

Tendo como base a nova lei do Título V, os Estados que aceitassem financiamento federal para promoção da abstinência sexual deveriam aderir a um novo padrão, baseado numa tabela de oito pontos (Quadro 1). Esta proposta coloca em vigor uma nova conduta para limitar as informações sobre preservativos e anticoncepcionais, recomendando ensinar que a atividade sexual fora do casamento pode ter efeitos nocivos à saúde física e psicológica dos adolescentes e jovens, assim como para a sociedade de maneira geral.

Quadro 1 – Tabela de 8 pontos das diretrizes para programas de abstinência sexual.

O termo "educação sobre abstinência" significa programas educativos e de motivação que:
A) Tenham como propósito exclusivo ensinar as vantagens sociais, psicológicas e de saúde que se alcançam com a prática da abstinência sexual;
B) Ensinam que a prática da abstinência sexual fora do casamento é o que se espera de todo adolescente em idade escolar;
C) Ensinam que a abstinência sexual é a única forma segura de evitar a gravidez fora do casamento, as doenças sexualmente transmissíveis e outros problemas de saúde correlatos;
D) Ensinam que a fidelidade mútua no contexto do casamento é a norma esperada de exercício da atividade sexual;
E) Ensinam que é provável que a atividade sexual fora do casamento tenha efeitos psicológicos e físicos negativos;
F) Ensinam que é provável que, ter filho fora do casamento, trará consequências nefastas para o indivíduo, os pais e a sociedade;
G) Ensinam aos jovens como rechaçar insinuações sexuais e como o álcool e as drogas aumentam a vulnerabilidade ao assédio sexual;
H) Ensinam a importância de ser independente antes de se envolver em atividades sexuais.

Fonte: Girard (2005).

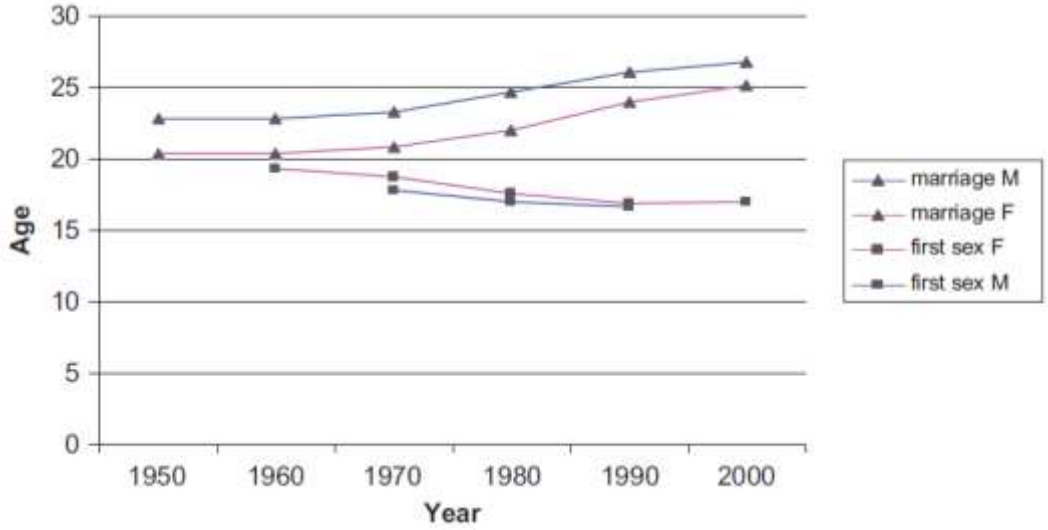
Tendo como base a tabela de 8 pontos, Girard (2005) argumenta que o objetivo dos programas exclusivamente focados na abstinência, baseado na Seção 510(b) da Lei da Previdência Social do governo Clinton, visa incentivar a abstinência até o casamento como forma prioritária de educação sexual nas escolas, a fim de promover a castidade pré-marital e os valores tradicionais, tendo como norma social o casamento, a fidelidade e a heterossexualidade. A apresentação deste breve histórico nos mostra que a política pública desenvolvida para retardar a atividade sexual não é uma novidade e pode fornecer evidências empíricas para debater e problematizar quais os seus possíveis desdobramentos.

Alguns autores exploraram quais foram os resultados da implementação dos programas no cenário norte-americano, expondo que a abstinência sexual foi ineficaz no tocante ao retardamento da iniciação sexual e na prevenção da gravidez na adolescência. Além disso, a

lei teve como consequência a censura sobre o tipo de conteúdo que professores e profissionais da saúde poderiam ofertar, assim como disseminou informações cientificamente imprecisas, incorretas e/ou distorcidas sobre métodos contraceptivos, uso de preservativos para prevenir IST e os riscos do aborto (KANTOR et al., 2008; GIRARD, 2005; DARROCH; LANDRY; SINGH, 2000; LINDBERG; SANTELLI; SINGH, 2006).

Dentre os achados, o estudo de Kantor et al. (2008) aponta que a educação voltada à abstinência sexual não causou mudanças significativas sobre as tendências da iniciação sexual e nupcialidade entre os adolescentes. Assim, a idade média do casamento correspondia a 20 anos para as mulheres e 23 anos para os homens em 1960, aumentando para 25 e 27 anos em 2000, respectivamente, em contrapartida a idade média da primeira relação sexual para ambos os sexos diminui de 20 anos em 1960, para 17 anos em 2000, aproximadamente, conforme ilustra o Gráfico 2. Importante destacar que esse descompasso ocorreu concomitante aos investimentos financeiros cada vez maiores nos programas de estímulo à abstinência sexual.

Gráfico 2 – Idade média do primeiro casamento e da primeira relação sexual nos Estados Unidos, de 1950 a 2000.



Fonte: Kantor et al. (2008).

A redução da idade média da iniciação sexual é acompanhada pela queda nas taxas de fecundidade adolescente nos últimos 60 anos. Isso sugere a baixa relação casual entre retardamento da atividade sexual e gravidez na adolescência, que segundo os autores, demostram a baixa efetividade dos programas de abstinência sexual. Teitler (2002) aponta outro estudo nessa direção, ao comparar os dados entre países desenvolvidos em 1995, verifica uma alta convergência da idade média da iniciação sexual entre diferentes países, mas grandes disparidades quanto às taxas de fecundidade adolescente, reforçando a baixa associação entre estes eventos.

O resultado de três estudos que avaliaram a educação voltada exclusivamente para abstinência sexual foi resumido por Kirby (2001). Esses estudos chegaram à mesma conclusão de baixa relação entre educação voltada para abstinência e mudanças no comportamento sexual adolescente. Assim, mudanças relacionadas ao início das relações sexuais, frequência das relações e número de parceiros dos participantes de programas de abstinência não foram significativas. Na verdade, houve aumento em todos os indicadores.

Outra evidência apontada por Kantor et al. (2008) incluí a violação de princípios éticos acordados em tratados internacionais de direitos humanos, relativos à pesquisa e prática médica conhecida como "respect for persons" (KANTOR et al., 2008, p. 9). Baseado nas diretrizes para os programas de abstinência – tabela de 8 pontos –, os profissionais da saúde e educação são obrigados e coagidos a reter informações sobre anticoncepcionais e excluir informações cientificamente precisas sobre contracepção e preservativos. Dessa forma, o regulamento dos programas os coloca sob um dilema ético que viola os direitos humanos referentes à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, tendo em vista o respect for persons.

Isso significa que os Estados que implementam a educação voltada exclusivamente para a abstinência sexual correm o risco de disseminar informações cientificamente imprecisas ou mesmo incorretas sobre controle de natalidade, métodos contraceptivos e uso de preservativos para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Da mesma forma, informações sobre aborto e orientação sexual também eram menos propensos a serem discutidos nas escolas. A abstinência, portanto, se torna o único conteúdo de orientação para prevenir a gravidez e ISTs.

Nesse contexto, outra pesquisa aponta que as mensagens transmitidas pela educação sexual escolar que priorizam a responsabilidade em relação à saúde sexual e reprodutiva, pensando no uso de preservativos e métodos contraceptivos, sofreram uma redução de 38% para 20,9% entre 1988 e 1999. Em compensação as mensagens focadas na abstinência sexual como prioridade aumentaram de 24,8% para 41,4% no mesmo período (DARROCH et. al., 2000).

Lindberg; Santelli e Singh (2006), ao pesquisarem qual o grau de instrução dos adolescentes que receberam educação sexual de 1995 a 2002 nos Estados Unidos, apontaram que: o recebimento de instrução sobre abstinência aumentou de 9% para 24% entre os rapazes e de 8% para 21% entre as moças. Enquanto isso, a instrução formal sobre métodos contraceptivos diminuiu de 81% para 66% entre os rapazes, e de 87% para 70% entre as moças. Os dados também mostraram que um terço dos adolescentes de ambos os sexos não recebeu

nenhuma instrução sobre métodos de controle de natalidade. Os autores assim concluem que houve:

> Large declines in instruction about birth control methods, combined with increases in abstinence education, resulted in a lower proportion of teenagers' having received formal instruction about both abstinence and birth control methods, and a higher proportion of teenagers' having received instruction only about abstinence. Not only had a lower proportion of adolescents learned about birth control methods in school or through other formal sources, but this instruction had occurred at later ages than previously, while the median age at abstinence education declined (LINDBERG; SANTELLI; SINGH, 2006, p. 187).

Ao se comparar as diferenças entre programas voltados exclusivamente à abstinência e aqueles chamados "programas abrangentes" – que incluem discussão sobre métodos contraceptivos –, Perrin e DeJoy (2003) argumentam que há uma baixa eficácia das estratégias focadas na abstinência sexual, uma vez que os programas abrangentes, ao incluírem educação formal sobre contracepção e preservativos, são mais bem sucedidos na diminuição da fecundidade adolescente. Enfatizam que os Estados que não incluíam nos currículos escolares educação contraceptiva em 2000, registraram taxas de gravidez adolescente maiores do que aqueles com possuíam uma educação abrangente.

Os programas abrangentes promoviam educação relacionada ao HIV/AIDS, IST e saúde sexual de maneira geral, e conseguiram brecar a diminuição da idade de iniciação sexual, diminuir a frequência de atividade sexual, o número de parceiros sexuais, além de registrar maior prevalência do uso de métodos contraceptivos e preservativos para aqueles sexualmente ativos. Com base no relatório "No Easy Answers" realizado em 1997, evidencia-se que os programas voltados exclusivamente para a abstinência tem pouco sucesso quanto à redução das taxas de gravidez na adolescência e produz um impacto negativo com relação ao sexo seguro. Nesse sentido, programas abrangentes possuem vantagens e se mostram eficazes porque utilizam teorias comprovadas sobre a mudança de comportamento do adolescente.

Moore e Sugland (1997) elucidam isso ao apontar que as políticas públicas de educação sexual só são eficazes e eficientes, independente da estratégia empregada, quando empregam teoria científica sobre mudança de comportamento adolescente. Ao explorarem alguns modelos teóricos sobre os fatores que influenciam o comportamento adolescente, concluem que políticas públicas eficazes de educação sexual devem ter como base, antes de tudo, um modelo teórico bem estruturado. Nesse sentido, concluem que os programas de prevenção à gravidez focados na abstinência sexual são muito pouco fundamentados em teoria científica ou comportamental e, por isso, empregam estratégias pouco apropriadas que retarde a iniciação sexual, produzindo pouco ou nenhum efeito sobre o início da vida sexual.

Além disso, também argumentam que não só faltam evidências de sucesso das estratégias empregadas pelos programas, como faltam avaliações rigorosas no campo das políticas públicas sobre eles. Essa ausência de rigor se desvenda a partir do oportunismo por trás das políticas de abstinência sexual nas escolas. Ou seja, mesmo atestado a baixa eficiência e eficácia dos programas, a sua avaliação passa pelo crivo da ideologia política, com efeito a justificativa para a implementação e continuação dos programas se baseia em ideologias políticas ao invés de critérios científicos.

Diante dessa discussão teórica, verifica-se que a aposta na abstinência sexual enquanto política pública para prevenção da gravidez na adolescência produz resultados ineficientes do ponto de vista teórico e empírico. Entretanto, por que o governo norte-americano investiu por tanto tempo, e continua a investir, nos programas de abstinência sexual?

Dentro dessas discussões os autores enfatizam que a resposta para essa pergunta diz respeito à agenda ideológica, principalmente dos governos de ultradireita aliados a grupos religiosos. Ou seja, a justificativa tem como base a crença e a disseminação de valores sociais tradicionais através da educação na temática da sexualidade (FURSTENBERG, 2003; GIRARD, 2005; KANTOR et al., 2008; PERRIN; DEJOY, 2003; KIRBY, 2001). Nesse sentido, os programas atendem a uma agenda ideológica política, principalmente considerando as diretrizes da tabela de 8 pontos apresentada. O objetivo é transmitir aos adolescentes o entendimento de que a norma social vigente é o casamento, a castidade, a fidelidade e a heterossexualidade.

Ao analisar as políticas referentes à sexualidade do governo Bush, Girard (2005) argumenta que o conteúdo dessas políticas, incluindo a abstinência sexual, tem com fundamento atender a uma agenda partidária conservadora para promoção de uma norma social. Isso se explicita diante dos acontecimentos durante o governo Bush com relação ao fomento abstinência sexual: restrição e perseguição sobre o conteúdo que professores poderiam oferecer na área de sexualidade e da saúde sexual e reprodutiva; desestímulo/censura as informações referentes ao uso correto e da efetividade dos métodos contraceptivos; discurso governamental sobre o fracasso do preservativo para prevenir HPV e HIV/AIDS; e discurso pautado nas taxas de fracasso e risco dos métodos contraceptivos para prevenir a gravidez.

Nessa direção, o governo Bush em parceria com a Santa Sé, foi responsável por promover a o discurso da abstinência sexual como opção preferencial, mais responsável e saudável para adolescentes na agenda política internacional pela primeira vez. Durante as negociações da ONU, entre 2002 e 2004, Bush promoveu a abstinência como principal estratégia para a prevenção do HIV/AIDS e da gravidez na adolescência.

Essas considerações são interessantes à medida que alguns autores debatem que uma agenda política antigênero foi fabricada paulatinamente pelo Vaticano e discutida em diversas conferências das Nações Unidas em meados da década de 1990 e início dos anos 2000 (CORRÊA, 2018; PATERNOTTE; KUHAR, 2018; JUNQUEIRA, 2018). Nesse sentido, Paternotte e Kuhar (2018) irão demonstrar qual tem sido a atuação de organizações religiosas, em especial da Santa Sé, apoiadas por populistas de direita – conforme ilustra o caso norte americano – em transformar campanhas antigênero em um fenômeno transnacional, tendo como foco intervenção especial na América Latina e Caribe.

Indo na mesma direção, Corrêa e Kalil (2020) argumentam essa agenda política antigênero tem sido fabricada paulatinamente tanto pelo Vaticano, quanto por outras instituições religiosas, assim como tem sido discutida em diversas conferências das Nações Unidas, a partir da década de 1990. O maior exemplo, nesse sentido, trata do surgimento da chamada "ideologia de gênero" que tem assombrado diversos países latino-americanos, dentre eles o Brasil.

A proposta dessa agenda foca em modificar as pautas referentes aos direitos das mulheres, os direitos sexuais e reprodutivos e a sexualidade (CORRÊA; KALIL, 2020), tendo como alvo particular o público adolescente e jovem. Logo, medidas voltadas a abstinência sexual em território nacional, ou a retirada de conteúdo voltado a educação sexual no Paraguai, por exemplo, ressoam como reflexo dessas intervenções políticas. Sendo este um fenômeno contemporâneo e recente, novas análises e investigações necessitam serem realizadas do ponto de vista demográfico e social, uma vez que tais medidas poderão impactar a médio e longo prazo a população adolescente brasileira e seu comportamento sexual e reprodutivo.

CAPÍTULO 2 – FONTE DE DADOS E MÉTODO

2.1 A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2019

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2019 é uma pesquisa transversal e amostral de caráter nacional, de base escolar, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e com apoio do Ministério da Educação (MEC), cujo público-alvo são os estudantes adolescentes de 13 a 17 anos da educação básica, matriculados e com frequência regular em escolas públicas e privadas. Reconhecendo a adolescência como uma fase de importantes mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais a pesquisa tem como objetivo monitorar os fatores de risco e proteção ligados a saúde dos adolescentes no Brasil, atentando-se em conhecer como vivem e se comportam os estudantes, oferecendo subsídios para a orientação de políticas públicas eficientes (IBGE, 2021).

O levantamento realizado em 2019 é a quarta e mais recente edição da PeNSE. A primeira edição foi realizada em 2009, contando apenas com o questionário do aluno, respondido pelo próprio estudante. Em 2012 foi realizado a segunda edição da pesquisa, que além do Questionário do Aluno, introduz o Questionário do Ambiente Escolar, respondido pelo diretor(a) ou responsável pela escola. As edições de 2009 e 2012 se distinguem das edições realizadas em 2015 e 2019 no que tange à população-alvo do estudo e às perguntas contempladas no questionário.

Enquanto em 2009 e 2012 a população-alvo e a representatividade restringem-se aos escolares do 9º ano do ensino fundamental para o Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação e Municípios das Capitais, em 2015 (terceira edição da pesquisa) a principal inovação trata da ampliação amostral e sua divisão em duas partes: a Amostra 1, cujo público-alvo segue sendo os estudantes do 9º ano do ensino fundamental, mantendo a comparabilidade entre as edições anteriores; e Amostra 2, cujo público centra-se nos estudantes de 13 a 17 anos de idade matriculados do 6º ao 9º ano do ensino fundamental (antigas 5ª a 8ª séries) e do 1º ao 3º ano do ensino médio, que anteriormente não estavam cobertos na primeira e segunda edição.

As mudanças referentes à ampliação e divisão amostral em 2015 partem da demanda por dados com comparabilidade nacional e internacional para a população adolescente de 13 a 17 anos como um todo, independente da série que venha a frequentar. Logo, a mudança na pesquisa teve como motivação o levantamento de dados e viabilização de análises focada

nos adolescentes de maneira geral, a partir de diferentes recortes etários, contemplando assim as especificidades desta população como um todo. De acordo com o IBGE (2016, p.15):

> Para essas idades de interesse, foi preciso estender a cobertura da pesquisa para as etapas de ensino em que tal população está concentrada. Segundo o Censo Escolar 2013, realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP, considerando a educação básica, que compreende, entre outros, os nove anos do ensino fundamental e as três séries do ensino médio, cerca de 95% dos estudantes com as idades de interesse estão concentrados entre o 6º ano (antiga 5ª série) do ensino fundamental e a 3ª série do ensino médio, inclusive ensino médio não seriado, ensino médio integrado e ensino médio normal/magistério (CENSO..., 2016). Portanto, para estudar o comportamento da população formada pelos escolares de 13 a 17 anos de idade, foi selecionada uma amostra de estudantes que frequentam do 6º ao 9ºano do ensino fundamental (antigas 5ª a 8ª séries) e da 1ª a 3ª série do ensino médio de escolas públicas e privadas de todo o território brasileiro.

Com relação às mudanças no questionário, ainda que as temáticas investigadas em 2015 sejam as mesmas de 2009 e 2012, houve a inclusão de novas perguntas, bem como a exclusão e adaptação de outras. Essas mudanças tiveram como objetivo facilitar a compreensão dos alunos, padronizar as opções de respostas e seguir a mesma metodologia aplicada ao Global School-based Student Health Survey – GSHS[19]. A edição de 2019 segue o mesmo modelo do questionário aplicado em 2015, conservando os temas e perguntas investigados, porém com alterações na redação do texto, visando sempre o melhor entendimento do estudante.

Importante frisar, portanto, que a edição de 2019 possui comparabilidade apenas com a Amostra 2 da PeNSE de 2015, representativa para o Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação e municípios das Capitais, não sendo diretamente comparável com as edições de 2009, 2012 e com a Amostra 1 de 2015.

A coleta dos dados da edição de 2019 foi realizada através do Dispositivo Móvel de Coleta (DMC), tal qual a edição de 2015, sendo este um smartphone onde constam os questionários estruturados (aluno e escola). O Questionário do Aluno é autoaplicável, ou seja, é preenchido pelo próprio estudante pertencente à turma selecionada para a amostra, enquanto o Questionário do Ambiente Escolar é respondido diretamente pelo(a) diretor(a) ou responsável pela escola selecionada ou, pode ser preenchido por um técnico do IBGE caso seja solicitado, conforme consta no Manual da pesquisa.

[19] O Global School Based Student Health Survey foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), contando com a colaboração da UNICEF, UNESCO e UNAIDS. Trata-se de uma pesquisa amostral, de base escolar, que tem como unidade de análise estudantes de escolas públicas e privadas entre 13 e 17 anos de idade, principalmente. A pesquisa foi realizada em mais de 100 países e tem como objetivo geral fornecer dados sobre o comportamento dos estudantes, visando detectar comportamentos de risco e de proteção e, dentre os objetivos específicos, possibilitar comparações de informações entre países. Para mais informações, acessar o site: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/global-school-based-student-health-survey>.

No que tange aos temas e quesitos investigados, as mudanças realizadas na última edição derivam das demandas do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis – Ministério da Saúde (MS). Uma série de testes realizados pela PeNSE de 2015 averiguou as dificuldades apontadas pelos próprios escolares sobre a interpretação das perguntas e respostas do questionário. Os testes então apontaram a necessidade de ajustes no que se refere à redação de algumas perguntas e opções de respostas, visando a melhor compreensão por parte dos estudantes. Baseado nisso, a coleta de dados em 2019 realizou as devidas adaptações e contou com a verificação da compreensão dos estudantes de todo o país sobre as perguntas e os termos utilizados no questionário.

As temáticas abordadas na pesquisa, tanto no Questionário do Aluno quanto no Questionário do Ambiente Escolar, constam na Tabela 2.

Tabela 2 – Temas abordados na PeNSE 2019 e a quantidade de perguntas/quesitos referentes a cada um, separados segundo o tipo de questionário.

Questionário do Aluno		**Questionário da Escola**	
Temas	**Quesitos**	**Temas**	**Quesitos**
Informações gerais	19	Informações gerais	16
Alimentação	26	Atividade física	15
Atividade física	10	Alimentação	14
Uso de cigarro	14	Saneamento básico e higiene	10
Bebidas alcoólicas	9	Segurança	8
Outras drogas	6	Políticas de saúde	8
Situações em casa e na escola	10		
Saúde mental	6		
Saúde sexual e reprodutiva	13		
Higiene e saúde bucal	6		
Segurança	24		
Uso de serviço de saúde	9		
Imagem corporal	6		
Sua opinião	1		

Fonte: IBGE, 2021.

Cabe destacar também que, já em 2015, o questionário eletrônico do aluno passou a restringir a opção de perguntas e respostas para estudantes menores de 13 anos com relação as temáticas referentes a: 1) violência sexual, 2) saúde sexual e reprodutiva, 3) uso de cigarro, 4) bebidas alcoólicas e 5) outras drogas, o que foi mantido em 2019.

Das características sobre a pesquisa e a população-alvo estudada na edição da PeNSE 2019, tem-se:

População pesquisada: Escolares matriculados e que frequentam regularmente o 7º ao 9º ano do Ensino Fundamental (antigas 6ª a 8ª séries) e o 1º ao 3º ano do Ensino Médio (turnos matutino, vespertino e noturno), de escolas públicas e privadas com, ao menos, 20 alunos matriculados.

Unidade informante: Questionário do Aluno (utilizado desde 2009): todos os escolares das turmas selecionadas para a amostra, presentes no dia da coleta de dados; Questionário do Ambiente Escolar (introduzido em 2012): diretor(a) ou responsável da escola com turmas selecionadas para a amostra.

Unidade de análise: Escolares de 13 a 17 anos das turmas selecionadas pela amostra que concordaram em participar da pesquisa e atingiram os critérios de validade estabelecidos.

Abrangência e desagregação geográfica: Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação, Municípios das Capitais.

Com relação aos aspectos éticos da pesquisa, participaram somente os estudantes que concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), presente na primeira página do questionário da PeNSE 2019, no DMC[20]. A abertura do questionário esteve condicionada ao registro dessa concordância. Logo, a participação do aluno a pesquisa foi voluntária, podendo este deixar de responder qualquer pergunta ou abandonar o questionário a qualquer momento, em qualquer ponto. Salienta-se, também, que as informações do estudante são sigilosas, da mesma forma a escola também não foi identificada, a fim de garantir o sigilo.

Por fim, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n. 8.069, de 13.07.1990) respalda a liberdade e a autonomia do público adolescente para tomar iniciativas. Sendo assim, o poder de responder a qualquer questionário, desde que não ofereça nenhum risco a saúde e que tenha o objetivo claro de subsidiar políticas voltadas a proteção e saúde deste público, é respaldado juridicamente, conferindo assim validez a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar.

2.2 Plano Amostral

A amostra da PeNSE 2019 estima parâmetros populacionais (proporções ou prevalências) para o seu público-alvo, ou seja, escolares na faixa etária de 13 a 17 anos. O seu plano amostral se caracteriza por um conglomerado dividido em 2 estágios de seleção, no qual o primeiro estágio seleciona as escolas e o segundo as turmas de alunos. Para a seleção das

[20] O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é a nomenclatura oficial utilizada na descrição da nota técnico da pesquisa (IBGE, 2021, p.12). Para visualização do TCLE da PeNSE 2019, ver a introdução do questionário do aluno em Anexos.

amostras utilizou-se como base as informações do Censo Escolar de 2017, realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) e disponibilizado pelo Ministério da Educação (ME) – tal qual a PeNSE realizada em 2015, cuja amostra se baseou nas informações do Censo Escolar realizado em 2013. O Ministério da Educação, por sua vez, também auxiliou na sensibilização das escolas para a participação na pesquisa, promovendo e disseminando o material de divulgação as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação.

A estratificação das escolas, selecionadas através do cadastro de seleção, considerou a localização geográfica e a dependência administrativa. No caso da estratificação geográfica foi considerado se escola se localizava na capital de cada Estado e do Distrito Federal, ou se estava localizada em outros municípios, fora da capital. Obteve-se então um total de 53 estratos geográficos, sendo 2 estratos para cada Estado e 1 para o Distrito Federal. Cada estrato, por sua vez, selecionou 2 escolas, segundo a dependência administrativa (público e privada), totalizando assim 106 estratos de dimensionamento. As escolas foram então selecionadas com base na sua faixa de tamanho, havendo, portanto, a seleção amostral de 4.361 escolas ao todo (Tabela 4). Do total de escolas selecionadas pela amostra, 119 não puderam participar da pesquisa, pelos motivos que constam na tabela abaixo.

Tabela 3 – Distribuição de escolas não selecionadas na PeNSE 2019, segundo o motivo de não participação.

Motivo de não participação	Escolas
Não coletadas	**108**
Escola desativada	57
Escola impedida	4
Escola sem turmas elegíveis	47
Descartadas na pós-coleta	**11**
Perdas de informações	1
Turmas não atenderam aos critérios de aproveitamento	10
Total de escolas não participantes	**119**

Fonte: IBGE, 2021.

Para além das escolas não elegíveis a participação na pesquisa por motivos de desativação, impedimento ou ausência de turmas elegíveis, também foi introduzido um controle de qualidade pós-coleta em 2019, no qual se registrou 10 escolas cujas turmas selecionadas apresentaram baixo número de questionários válidos[21] em relação ao total de alunos frequentes.

[21] Foram considerados válidos apenas os questionários no qual o aluno registrou, no DMC, concordância em participar da pesquisa, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, além de, necessariamente, ter informado seu sexo e a sua idade. Outro critério necessário para a validação foi o aproveitamento dos

Apesar disso, destaca-se que nenhuma escola foi excluída por motivos de resistência, assim, a PeNSE 2019 conseguiu reverter todas as recusas com relação a participação da escola.

A seleção de turmas, por sua vez, obedeceu ao seguinte critério: para escolas com 11 a 20 turmas selecionou-se 2 turmas para a amostra, de 21 a 50 turmas foram selecionadas 3 turmas e, acima de 50 turmas, selecionou-se 4 turmas. Esse critério foi utilizado levando em conta o tamanho das escolas. Por fim, foram coletados o número de alunos matriculados e aqueles que de fato frequentam as aulas.

> Após a seleção da amostra e a devida identificação de cada uma das escolas, estas foram contatadas pelos técnicos do IBGE para atualização do cadastro de turmas, dado que o cadastro de seleção foi baseado em informações com defasagem de cerca de dois anos em relação à época da realização da coleta dos dados da PeNSE 2019. Nessa etapa de atualização foram coletadas informações de número de alunos matriculados e o número de alunos matriculados que efetivamente costumam frequentar as aulas que foram utilizadas na apuração da pesquisa e cálculo dos pesos finais das unidades amostrais. A seleção das turmas para cada escola desse cadastro atualizado foi feita com probabilidades iguais (amostragem aleatória simples) e de acordo com o número de turmas que deveria ser selecionado, conforme o estrato de alocação ao qual a escola pertence, como definido anteriormente (NOTA TÉCNICA, 2022).

Destaca-se que a seleção da amostra de alunos considerou todos os estudantes das turmas selecionadas, em cada escola selecionada no primeiro estágio. Logo, todos os alunos presentes no dia da coleta estavam selecionados para responder a pesquisa, sendo coletados ao todo 160.721 questionários respondidos por alunos, dos quais apenas 159.245 foram considerados válidos. Das escolas selecionadas, 119 não participaram da pesquisa, cujos motivos encontram-se na Tabela 3. Considerados estes critérios de seleção de escolas, turmas e alunos, o tamanho da amostra selecionada e os números de questionários coletados e válidos podem ser visualizados na tabela abaixo.

---

questionários pelas turmas selecionadas: "identificou-se a existência de 44 turmas que apresentaram baixo aproveitamento de questionários, ou seja, turmas em que a proporção de questionários válidos era menor que 60% do total de alunos frequentes. Para estes casos, foi feita uma verificação individual, considerando-se dois critérios: taxa de presença dos alunos da turma na data de aplicação da pesquisa, dada pela razão entre alunos presentes na data da pesquisa e alunos frequentes, considerando 60% como ponto de corte; e taxa de aproveitamento dos questionários dos respondentes em relação ao número de frequentes na turma. Assim, definiu-se pela exclusão de 35 turmas que não atenderam aos critérios metodológicos da pesquisa. Esse quantitativo de turmas excluídas corresponde a 0,5% do total." (IBGE, 2021, p. 26).

Tabela 4 – Distribuição dos tamanhos das amostras, esperados e coletados, de escolas, turmas e alunos, com indicação dos questionários válidos, segundo o Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação, 2019.

Unidades da Federação	Distribuição do tamanho das amostras							
	Esperado			Coletado				
						Alunos		Questionários válidos
	Escolas	Turmas	Alunos	Escolas	Turmas	Matriculados	Frequentes	
Brasil	**4.361**	**6.803**	**187.957**	**4.242**	**6.612**	**189.857**	**183.264**	**159.245**
Rondônia	123	263	6.886	116	251	6.724	6.713	5.932
Acre	98	195	5.525	97	191	5.500	5.439	4.687
Amazonas	109	211	5.505	106	197	5.195	5.045	4.359
Roraima	126	220	4.903	124	211	5.019	4.744	4.140
Para	143	217	6.631	137	207	6.404	6.153	5.228
Amapá	112	287	7.573	110	275	7.503	7.186	6.139
Tocantins	129	252	6.639	122	232	6.248	5.967	5.307
Norte	**840**	**1.645**	**43.662**	**812**	**1.564**	**42.593**	**41.247**	**35.792**
Maranhão	223	299	7.994	216	291	8.177	7.936	6.802
Piauí	205	255	6.908	199	249	6.812	6.699	5.820
Ceará	170	229	6.519	162	221	6.446	6.267	5.501
Rio Grande do Norte	192	265	7.617	190	263	7.620	7.322	6.299
Paraíba	210	290	8.118	206	284	8.148	7.875	6.680
Pernambuco	204	285	8.403	194	275	8.976	8.634	7.357
Alagoas	149	203	5.981	145	198	6.018	5.719	4.824
Sergipe	193	270	7.327	186	263	7.656	7.268	6.388
Bahia	157	239	6.729	156	237	7.091	6.715	5.986
Nordeste	**1.703**	**2.335**	**65.596**	**1.654**	**2.281**	**66.944**	**64.435**	**55.657**
Minas Gerais	207	314	9.104	204	310	9.045	8.644	7.742
Espírito Santo	177	309	8.781	175	305	8.413	8.226	7.245
Rio de Janeiro	179	263	7.383	174	258	7.913	7.603	6.515
São Paulo	167	272	7.756	167	272	8.350	7.860	6.875
Sudeste	**730**	**1.158**	**33.024**	**720**	**1.145**	**33.721**	**32.333**	**28.377**
Paraná	145	243	7.095	140	236	7.145	6.898	6.119
Santa Catarina	175	280	7.622	171	275	7.578	7.385	6.434
Rio Grande do Sul	140	207	5.376	139	205	5.517	5.297	4.639
Sul	**460**	**730**	**20.093**	**450**	**716**	**20.240**	**19.580**	**17.192**
Mato Grosso do Sul	167	225	5.791	156	214	6.020	5.846	5.043
Mato Grosso	152	226	5.791	150	220	5.912	5.804	4.961
Goiás	241	352	9.916	233	343	10.467	10.167	8.824
Distrito Federal	68	132	4.084	67	129	3.960	3.852	3.399
Centro-Oeste	**628**	**935**	**25.582**	**606**	**906**	**26.359**	**25.669**	**22.227**

Fonte: IBGE, 2021.

2.3 Variáveis de interesse

A seleção de variáveis para a pesquisa teve como critério os objetivos geral e específicos propostos. O objetivo geral pretende avaliar a influência do entorno escolar e familiar sobre o comportamento sexual e reprodutivo dos/as adolescentes brasileiros/as de 13 a 17 anos. Para atingir este objetivo foram propostos 4 objetivos específicos que auxiliaram na seleção de diferentes variáveis para o estudo. Sendo assim, as variáveis dependentes selecionadas correspondem a:

• Iniciação sexual: declaração do escolar sobre já ter tido ou não relações sexuais alguma vez na vida.

• Uso de métodos contraceptivos: declaração do estudante sobre o uso ou não de caminha (preservativo) na última relação sexual; e declaração do estudante sobre o uso ou não de método contraceptivo na última relação sexual.

• Gravidez: declaração das estudantes, do sexo feminino, sobre já ter engravidado ou não alguma vez na vida, mesmo que tenha ocorrido aborto.

Para a seleção de variáveis independentes, considerou-se 4 dimensões que atendam aos critérios propostos pelos objetivos específicos do estudo, de acordo com o que se dispunha no questionário do aluno da PeNSE 2019, sendo: 1 a inserção socioeconômica dos estudantes, 2 seu projeto de vida para o futuro, 3 sua estrutura e relacionamento familiar e 4 o desempenho escolar e a orientação escolar sobre assuntos sexuais. Além destes, também foram consideradas na seleção as características gerais dos estudantes com a finalidade traçar o seu perfil.

Do primeiro objetivo proposto, a finalidade é analisar a relação entre a inserção socioeconômica, a iniciação sexual, o uso de métodos contraceptivos e a ocorrência de gravidez na adolescência. Para atingir o objetivo as variáveis respostas selecionadas foram "iniciação sexual", "uso de método contraceptivo" e "ocorrência de gravidez", enquanto as variáveis explicativas selecionadas como proxies da inserção socioeconômica do estudante foram a "escolaridade da mãe" e a "dependência administrativa"[22] da escola frequentada.

A variável dependente "iniciação sexual" apresenta apenas 2 categorias originais – 1 "Sim" e 2 "Não –, recodificadas em: 1 "Iniciado(a)" e 2 "Virgem".

Com relação a variável dependente "uso de métodos contraceptivos", 2 variáveis distintas foram agregadas para sua criação, referentes as perguntas sobre 1 o uso de preservativo na última relação sexual e 2 o uso de algum método outro método para evitar a gravidez que

[22] As perguntas referentes a variáveis selecionadas podem ser visualizadas na Tabela 4 presente neste subcapítulo, ou diretamente no questionário da PeNSE 2019 que se encontra nos anexos.

não seja o preservativo na última relação sexual. Devido ao desconhecimento, principalmente por parte dos homens, sobre o uso exclusivo de método contraceptivo, a segunda variável oferece 3 categorias originais – para além das categorias "Sim" e "Não" tal qual a primeira variável – sendo: 1 "Sim", 2 "Não" e 3 "Não sei"[23]. Logo, a categoria "Não sei" foi desconsiderada/retirada durante a limpeza dos dados, tendo em vista a escolha do método de regressão logística binária utilizado nesta pesquisa, assim como não saber se o/a adolescente ou seu/sua parceiro/a utilizou algum outro método que não fosse o preservativo não satisfaz o objetivo proposto. Entretanto, ressalta-se que o desconhecimento sobre essa pergunta revela um dado importante sobre as relações de gênero e a saúde sexual na adolescência.

Sendo assim, as categorias 1 "Sim" e 2 "Não" sobre o uso de preservativos e o uso de outro método para evitar a gravidez foram agrupadas/somadas para a obtenção da variável denominada "uso de método contraceptivo". As categorias combinadas e recodificadas, portanto, representam: 1 "Usou método contraceptivo" e 2 "Não usou método contraceptivo".

Por fim, a variável dependente "ocorrência de gravidez" apresenta apenas 2 categorias originais – 1 "Sim" e 2 "Não" –, recodificadas em: 1 "Engravidou" e 2 "Não engravidou".

Já a variável "escolaridade da mãe", originalmente possui 8 categorias, contendo algumas delas baixa porcentagem de respostas frente a outras, criando assim grande desproporcionalidade entre elas. Visando contornar essa situação foi realizada a recodificação dessas categorias tendo como base a classificação internacional do EDATTAIN-IPUMS[24], agrupando séries/anos de escolaridade materna com base na escolarização completa. Assim, essa variável foi recodificada em 5 categorias: 1 "Fundamental completo ou menos", 2 "Fundamental completo/Médio incompleto", 3 "Médio completo/Superior incompleto", 4

[23] É digo de nota que os respondentes que majoritariamente não sabem se foi utilizado algum outro método para evitar a gravidez, assim como aqueles que não responderam ou abandonaram o questionário a partir desta pergunta, foram os adolescentes homens, correspondendo a: 560.752 (84,6%) daqueles que não sabem se a parceira utilizou algum método para evitar a gravidez; 24.145 (72,8%) de não respondentes a esta questão; e 22.469 (73,5%) que abandonaram o questionário a partir daí. Logo, podemos concluir que o elevado desconhecimento masculino sobre o uso de método contraceptivo indica a ausência de diálogo e premeditação no/do ato sexual por parte deste público. A partir disso, um novo dado se revela: dentro dos padrões de gênero experienciados na adolescência, observa-se que a saúde reprodutiva no tocante a prevenção a gravidez se situa sob responsabilidade feminina, e revela que social e culturalmente a desigualdade de gênero manifesta-se na partilha de responsabilidade no tocante a reprodução nesta fase.

[24] A avaliação do Integrated Public Use Microdata Series International (IPUMS International) é feita com base no Educational attainment (EDATTAIN) que recomenda a recodificação internacional da escolaridade a partir do nível de escolaridade concluído, cuja ideia é agregar os anos ou séries/anos de escolarização, no caso brasileiro, em uma única variável aproximadamente comparável. Para visualização da classificação do EDATTAIN-IPUMS acessar o site: <https://international.ipums.org/international-action/variables/EDATTAIN#codes_section>.

“Superior completo” e 5 “Não sabe”. Por fim, a variável “Dependência administrativa” manteve a classificação original das categorias, sendo 1 “Pública” e 2 “Privada”.

Como segundo objetivo específico, pretende-se analisar a correlação entre o projeto de vida, entendida como o que os adolescentes projetam para o seu próprio futuro, a iniciação sexual, o uso de métodos contraceptivos e a ocorrência de gravidez. Para isso, trabalhou-se com as variáveis dependentes “iniciação sexual”, “uso de método contraceptivo” e “ocorrência de gravidez” tal como no objetivo 1.

Já a variável proxy “projeto de vida” utiliza 2 variáveis distintas referentes a 1 o que o estudante pretende fazer quando terminar o ensino fundamental e 2 o que o estudante pretende fazer quando terminar o ensino médio. Tendo em vista que este estudo objetiva avaliar os estudantes de 13 a 17 anos conjuntamente, as categorias originais de ambas as variáveis foram agrupadas/somadas em apenas uma. Assim, a recodificação das categorias correspondeu a: 1 “Somente continuar estudando”, 2 “Somente trabalhar”, 3 “Continuar estudando e trabalhar”, 4 “Seguir outro plano” e 5 “Não sabe”, mantendo assim a nomenclatura original, com uma pequena alteração apenas na última.

Partindo para o terceiro objetivo, pretende-se investigar a associação entre a estrutura familiar e qualidade dos relacionamentos familiares, correspondência idade-série/ano e acesso à educação sexual na escola com a iniciação sexual e o uso de métodos contraceptivos. Novamente, as variáveis dependentes consideram as mesmas modificações e recodificações dos objetivos 1 e 2.

Com relação as variáveis independentes, selecionou-se 10 variáveis originais, modificadas e recodificadas ao final em 6 variáveis ao todo: 2 variáveis foram selecionadas para criar a variável “estrutura familiar”; para qualificar o “relacionamento familiar” do estudante selecionou-se 3 variáveis distintas, os quais foram mantidas originalmente; 2 variáveis foram utilizadas para criar a variável “correspondência idade-série/ano”; por fim, selecionou-se 3 variáveis referentes a orientação escolar sobre assuntos sexuais para criar a variável proxy “educação sexual escolar”.

Considerando apenas a família, a criação da variável “estrutura familiar” se baseia na combinação de 2 variáveis, 1 se mora com o pai e 2 se mora com a mãe. A recodificação das categorias obedece aos seguintes critérios: para quem respondeu que “Sim” em ambas as variáveis, a categoria recodificada corresponde a “Pai e mãe no domicílio”; para quem respondeu “Sim” mora com a mãe e “Não” mora com o pai, a recodificação corresponde a “Só mãe no domicílio”; para quem respondeu que “Não” mora com a mãe e “Sim” para mora com o pai, a categoria recodificada foi “Só pai no domicílio”; por fim, aqueles/as que responderam

"Não" para ambas as variáveis a categoria recodificada representa "Sem pai e mãe no domicílio". Portanto, a variável "estrutura familiar" possui 4 categorias: 1 "Pai e mãe no domicílio", 2 "Só mãe no domicílio", 3 "Só pai no domicílio" e 4 "Sem pai e mãe no domicílio".

Ainda atrelado a família, foram selecionadas 3 variáveis distintas que, nesta pesquisa, tentam qualificar os relacionamentos familiares dos estudantes. A primeira variável diz respeito a "ausência à escola sem a permissão dos pais/responsável" e conta com 5 categorias originais: 1) "Nenhum dia nos últimos 30 dias", 2) "1 ou 2 dias", 3) "3 a 5 dias", 4) "6 a 9 dias e 5) "10 ou mais dias". Nesse sentido, a recodificação das categorias corresponde: para aqueles/as que responderam "Nenhum dia nos últimos 30 dias" a recodificação da categoria foi "Não", significando que o/a estudante não faltou a escola sem permissão, e para as demais categorias a recodificação corresponde a "Sim", significando que o/a estudante faltou a escola sem permissão. Logo, a recodificação final para esta variável foi 1 "Sim" e 2 "Não".

As outras variáveis selecionadas avaliam 1 "pais/responsáveis possuem conhecimento sobre o uso do tempo livre do estudante" e 2) "pais/responsáveis entendem as preocupações e os problemas do estudante". Para essas variáveis as categorias originais são idênticas: 1 "Nunca", 2 "Raramente", 3 "Às vezes", 4 "Na maioria das vezes" e 5 "Sempre". Em uma análise prévia, detectou-se a baixa prevalência de algumas categorias e, portanto, elas foram recodificadas da seguinte forma: "Nunca/raramente" referente as categorias originais 1 e 2; "Às vezes" referente a categoria original 3; e "Na maioria das vezes/sempre", que se referente às categorias originais 4 e 5. Portanto, as 5 categorias originais foram recodificadas em apenas 3 categorias.

Já a variável as categorias da variável "correspondência idade-série/ano" correspondem a 1 "em fase" e 2 "em atraso". Na primeira situação, o estudante está em uma série/ano compatível com sua idade, enquanto na segunda situação o estudante apresenta uma idade superior à recomendada para aquela série/ano. Para a criação desta variável utilizou-se duas variáveis, a "série/ano" e o "ano de nascimento" do/a estudante, considerando as categorias originais de ambas as variáveis. A realização do seu cálculo se baseou nos mesmos critérios do indicador taxa de distorção idade-série[25] do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (INEP), realizada para o Censo Escolar (MEC/INEP, 2004).

[25] Esse indicador expressa a quantidade proporcional de alunos, em cada série/ano, que se encontra em idade superior à recomendada para dada série/ano e seu cálculo é feito da seguinte maneira: "(...) considerando o Censo Escolar do ano t e a série k do ensino fundamental, cuja a idade adequada é de i anos, então o indicador será expresso pelo quociente entre o número de alunos que, no ano t, completam i + 2 anos ou mais (nascimento antes de t -[i + 1]), e a matrícula total na série k. A justificativa deste critério é que os alunos que nasceram em t - [i + 1], completam i + 1 anos no ano t e, portanto, em algum momento deste ano (de 1º de janeiro a 31 de dezembro) ainda permaneciam com i anos e, por isso, o critério aqui adotado, considera estes alunos como tendo idade

Por último, a criação da variável proxy "educação sexual escolar" corresponde a 3 variáveis distintas, sendo: a) orientação escolar sobre a prevenção de gravidez; b) orientação escolar sobre prevenção a HIV/AIDS/IST; e c) orientação escolar sobre como obter camisinha gratuitamente. Todas essas variáveis possuem categorias idênticas: 1 "Sim" e 2 "Não".

A combinação de categorias para a criação desta variável proxy estabeleceu os seguintes critérios: considera-se que o/a aluno/a recebeu alta educação sexual escolar quando respondeu "Sim" em todas as 3 perguntas de interesse; recebeu moderada educação sexual quando respondeu "Sim" em 2 perguntas de interesse e "Não" em 1 pergunta; recebeu baixa educação sexual quando respondeu "Sim" em apenas 1 pergunta e "Não" em 2 perguntas distintas; e não recebeu educação sexual quando respondeu "Não" nas 3 perguntas sobre o tema. Logo, a "educação sexual escolar" apresenta 4 categorias finais: 1 "Recebeu alta educação sexual na escola", 2 "Recebeu moderada educação sexual na escola", 3 "Recebeu baixa educação sexual na escola" e 4 "Não recebeu educação sexual na escola".

Por fim, o quarto e último objetivo pretende investigar a relação entre o entorno familiar, avaliado a partir da estrutura e do relacionamento familiar, e escolar, avaliado pela educação sexual escolar e a correspondência idade-série, produzem efeitos sobre a ocorrência de gravidez. Importante frisar que a ocorrência de gravidez diz respeito apenas as mulheres estudantes, condição imposta pela PeNSE que, não pergunta aos homens se alguma vez na vida engravidaram alguma parceira sexual. Para atingir este objetivo, a variável dependente e as independentes foram modificadas e recodificadas tal qual nos objetivos anteriores.

Ademais, outras variáveis foram consideradas para o estudo, visando traçar o perfil do estudante e analisar o seu comportamento sexual, sendo elas: 1) Região, 2) Sexo; 3) Raça/cor; 4) Faixa de idade; 5) Idade da iniciação sexual; e 6) Tipo de método contraceptivo utilizado.

As variáveis "sexo", "raça/cor", "região" e "tipo de método contraceptivo" não foram recodificadas, mantendo as suas categorias originais: 1 "Homem" e 2 "Mulher" para a variável "sexo"; 1 "Branca", 2 "Preta", 3 "Amarela", 4 "Parda" e 5 "Indígena", para a variável "raça/cor"; e 1 "Norte", 2 "Nordeste", 3 "Sudeste", 4 "Sul" e 5 "Centro-Oeste", para a variável "região". Importante frisar que as variáveis "região" e "dependência administrativa" fazem parte do questionário escolar, sendo respondidas através do responsável pela escola. Por último, na variável "tipo de método contraceptivo utilizado" todas as categorias originais serão mantidas com objetivo de avaliar quais os métodos contraceptivos mais e menos usados pelas

adequada para esta série. Os que nasceram depois de t - [i + 1] completam, no ano t, i anos ou menos" (MEC/INEP, 2004, p.17).

adolescentes, cujas categorias correspondem a: 1 “Pílula anticoncepcional”, 2 “Injetável”, 3 “Implante”, 4 “Diafragma”, 5 “DIU”, 6 “Pílula do dia seguinte (contracepção de emergência)”, 7 “Tabelinha”, 8 “Coito interrompido”, 9 “Outro” e 10 “Não sabe”.

Já as categorias da variável “Faixa de idade” passam por um recorte importante nesta pesquisa. Como mencionado anteriormente, a PeNSE tem como público-alvo estudantes de 13 a 17 anos de idade, no entanto, na seleção amostral das turmas a pesquisa acaba captando indivíduos menores de 13 anos e maiores de 17 anos, uma vez que se investigam todos os indivíduos de turmas do 6º ano do ensino fundamental ao 3º ano do ensino médio presentes no dia da coleta de dados. Como o objetivo da pesquisa, tal qual o da PeNSE, é captar apenas os estudantes de 13 a 17 anos, todos fora dessa faixa etária foram desconsiderados/descartados nesta dissertação por não se enquadrarem no recorte etário do estudo.

Sendo assim, na limpeza dos dados foram excluídas as categorias “Menos de 13 anos” e “18 anos ou mais”, enquanto as categorias mantidas foram 1 “13 a 15 anos” e 2 “16 ou 17 anos” para a variável “faixa de idade”. Ressalta-se que, apesar de as categorias de respostas presente no questionário do aluno serem expressas em idades simples, os microdados da PeNSE 2019 disponibilizados na página do IBGE[26] fornecem apenas as faixas de idade já agrupadas.

Por fim, para variável “idade da iniciação sexual” foram agrupadas/somadas as categorias originais “9 anos ou menos”, “10 anos”, “11 anos” e “12 anos”, numa única categoria denominada “12 anos ou menos”, bem como descartou-se a categoria “18 anos ou mais” posto que o recorte etário da pesquisa exclui os estudantes com idade superior a 17 anos. Logo, as categorias recodificadas equivalem a: 1 “12 anos ou menos”, 2 “13 anos”, 3 “14 anos”, 4 “15 anos”, 5 “16 anos” e 6 “17 anos”, 10) “18 ou mais”.

Na tabela abaixo pode-se visualizar de forma detalhada as variáveis selecionadas e modificadas, a pergunta referente a cada uma, bem como as categorias originais e recodificadas.

[26] Os microdados da PeNSE 2019 foram incluídos no site do IBGE no dia 13 de julho de 2022, porém não foram atualizados. Para verificação, acessar o site: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?=&t=microdados>.

Tabela 5 – Variáveis independentes consideradas para a construção dos modelos de regressão logística binária múltipla.

Tipos de questionário	Variáveis do estudo	Perguntas no questionário	Categorias originais	Categorias recodificadas
Questionário do Aluno	Iniciação sexual	Você já teve relação sexual (transou) alguma vez?	"Sim", "Não"	"Iniciado sexualmente, "Virgem"
	Uso de método contraceptivo	NA ÚLTIMA VEZ que você teve relação sexual (transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou camisinha (preservativo)?	1 "Sim", 2 "Não"	1 "Usou método contraceptivo", 2 "Não usou método contraceptivo"
		NA ÚLTIMA VEZ que você teve relação sexual (transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou algum outro método para evitar a gravidez que não seja camisinha (preservativo)?	1 "Sim",2 "Não", 3 "Não sei"	
	Ocorrência de gravidez	Alguma vez na vida você engravidou, mesmo que a gravidez não tenha chegado ao fim?	1 "Sim", 2 "Não"	1 "Engravidou", 2 "Não engravidou"
	Sexo	Qual é o seu sexo?	1 "Homem", 2 "Mulher"	1 "Homem", 2 "Mulher"
	Idade	Qual é a sua idade?	1 "Menos de 13 anos", 2 "13 a 15 anos", 3 "16 ou 17 anos", 4 "18 anos ou mais"	1 "13 a 15 anos", 2 "16 ou 17 anos"
	Cor ou raça	Qual é a sua cor ou raça?	1 "Branca", 2 "Preta", 3 "Amarela", 4 "Parda", 5 "Indígena"	1 "Branca", 2 "Preta", 3 "Amarela", 4 "Parda", 5 "Indígena"
	Correspondência idade-série/ano	Em que ano você nasceu?	1 "Antes de 2001", 2 "2001", 3 "2002", 4 "2003", 5 "2004", 6 "2005", 7 "2006", 8 "2007", 9 "2008 ou mais"	1 "Em fase", 2 "Atraso"
		Em que ano escolar você está?	1 "6º ano do Ensino Fundamental", 2 "7º ano do Ensino Fundamental", 3 "8º ano do Ensino Fundamental", 4 "9º ano do Ensino Fundamental", 5 "1º ano do Ensino Médio", 6 "2º ano do Ensino Médio", 7 "3º ano do Ensino Médio"	

	Escolaridade da mãe	Qual nível de ensino (escolaridade) da sua MÃE?	1 “Minha mãe não estudou”, 2 “Não terminou o Ensino Fundamental (1º grau)”, 3 “Terminou o Ensino Fundamental (1º grau)”, 4 “Não terminou o Ensino Médio (2º grau)”, 5 “Terminou o Ensino Médio (2º grau)”, 6 “Não terminou o Ensino Superior (faculdade)”, 7 “Terminou o Ensino Superior (faculdade)”, 8 “Não sei”	1 “Fundamental completo ou menos”, 2 “Fundamental completo/Médio incompleto”, 3 “Médio completo/Superior incompleto”, 4 “Superior completo”, 5 “Não sabe”
	Projeto de vida	Quando terminar o Ensino Fundamental, você pretende?	1 "Somente continuar estudando", 2 "Somente trabalhar", 3 "Continuar estudando e trabalhar", 4 "Seguir outro plano", 5 "Não sei"	1 "Somente continuar estudando", 2 "Somente trabalhar", 3 "Continuar estudando e trabalhar", 4 "Seguir outro plano", 5 "Não sabe"
		Quando terminar o Ensino Médio, você pretende?	1 "Somente continuar estudando", 2 "Somente trabalhar", 3 "Continuar estudando e trabalhar", 4 "Seguir outro plano", 5 "Não sei"	
	Estrutura familiar	Você mora com sua mãe?	1 "Sim", 2 "Não"	1 "Pai e mãe no domicílio", 2 "Só mãe no domicílio", 3 "Só pai no domicílio", 4 "Sem pai e mãe no domicílio"
		Você mora com seu pai?	1 "Sim", 2 "Não"	
	Ausência à escola sem a permissão dos pais/responsável	NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você faltou às aulas ou à escola sem permissão de sua mãe, pai ou responsável?	1 “Nenhum dia nos últimos 30 dias”, 2 “1 ou 2 dias”, 3 “3 a 5 dias”, 4 “6 a 9 dias, 5 “10 ou mais dias”	1 "Sim", 2 "Não"
	Pais/responsável possuem conhecimento sobre o	NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência sua mãe, pai ou responsável sabia	1 "Nunca", 2 "Raramente", 3 "Às vezes", 4 "Na maioria das vezes", 5 "Sempre"	1 "Nunca/raramente", 2 "Às vezes", 3 "Na maioria das vezes/sempre"

	uso do tempo livre do/a estudante	realmente o que você estava fazendo em seu tempo livre?		
	Pais/responsáveis entendem as preocupações e os problemas do/a estudante	NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência sua mãe, pai ou responsável entendeu suas preocupações e problemas?	1 "Nunca", 2 "Raramente", 3 "Às vezes", 4 "Na maioria das vezes", 5 "Sempre"	1 "Nunca/raramente", 2 "Às vezes", 3 "Na maioria das vezes/sempre"
	Educação sexual escolar	Na escola, você já recebeu orientação sobre prevenção de gravidez?	1 "Sim", 2 "Não"	1 "Recebeu alta educação sexual na escola", 2 "Recebeu moderada educação sexual na escola", 3 "Recebeu baixa educação sexual na escola", 4 "Não recebeu educação sexual na escola"
		Na escola, você já recebeu orientação sobre prevenção de HIV/AIDS ou outras Doenças/Infecções Sexualmente Transmissíveis?	1 "Sim", 2 "Não"	
		Na escola, você já recebeu orientação sobre como conseguir camisinha (preservativo) gratuitamente?	1 "Sim", 2 "Não"	
	Idade da iniciação sexual	Que idade você tinha quando teve relação sexual (transou) pela primeira vez?	1 "9 anos ou menos", 2 "10 anos", 3 "11 anos", 4 "12 anos", 5 "13 anos", 6 "14 anos", 7 "15 anos", 8 "16 anos", 9 "17 anos", 10 "18 ou mais"	1 "12 anos ou menos", 2 "13 anos", 3 "14 anos", 4 "15 anos", 5 "16 anos", 6 "17 anos"
	Tipo de método contraceptivo	Nesta última vez que você teve relação sexual (transou), qual outro método você ou seu(sua) parceiro(a) usou para evitar gravidez?	1 "Pílula anticoncepcional", 2 "Injetável", 3 "Implante", 4 "Diafragma", 5 "DIU", 6 "Pílula do dia seguinte (contracepção de emergência)", 7 "Tabelinha", 8 "Coito interrompido", 9 "Outro", 10 "Não sei"	1 "Pílula anticoncepcional", 2 "Injetável", 3 "Implante", 4 "Diafragma", 5 "DIU", 6 "Pílula do dia seguinte (contracepção de emergência)", 7 "Tabelinha", 8 "Coito interrompido", 9 "Outro", 10 "Não sei"
Questionário da Escola	Região		1 "Norte", 2 "Nordeste", 3 "Sudeste", 4 "Sul", 5 "Centro-Oeste"	1 "Norte", 2 "Nordeste", 3 "Sudeste", 4 "Sul", 5 "Centro-Oeste"
	Dependência Administrativa		1 "Pública", 2 "Privada"	1 "Pública", 2 "Privada"

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

2.4 Manipulação do banco de dados

A base de dados da PeNSE 2019 conta com 2 pesos distintos para realização da expansão amostral (IBGE, 2021), um relacionado a todos os estudantes matriculados e outro considerando os estudantes matriculados e com frequência regular escolar. Isso ocorre pois, o ajuste dos pesos amostrais foi realizado com base nas informações do Censo Escolar 2019, que por sua vez considera todos os estudantes matriculados, independente da frequência escolar. Por isso, a calibração do peso da PeNSE, referente aos alunos, Não pôde ser diretamente calculada, tendo em vista que o seu público-alvo são os estudantes matriculados e que frequentam a escola regularmente. Para contornar essa situação, para além dos estudantes com frequência, também foi incluída na base de dados os registros de estudantes matriculados que não frequentam a escola.

Dessa forma, o primeiro ajuste dos pesos amostrais considerou o peso do aluno, sem a pós-estratificação, pelo total de estudantes matriculados do Censo Escolar, representando assim todos os estudantes matriculados, com e sem frequência escolar. No documento dos microdados este peso denomina-se "PESO INICIAL". Já o segundo peso do aluno considera a pós-estratificação[27], composto por estudantes matriculados e que frequentam a escola, denominado de "PESO ALUNO FREQ". Em outras palavras, significa que o peso inicial do aluno (PESO INICIAL) da PeNSE 2019 considera o registro de todos os alunos matriculados, cuja expansão amostral representará um número maior de estudantes, em contrapartida o peso final do aluno (PESO ALUNO FREQ) considera apenas aqueles matriculados e com frequência escolar, cuja expansão amostral representará uma população estudantil menor (IBGE, 2021).

Nesta pesquisa, utilizou-se o peso final do aluno (PESO ALUNO FREQ) para a construção dos dados nas análises descritivas, seguindo à risca os critérios da própria PeNSE sobre seu público-alvo, ou seja, estudantes matriculados e com frequência escolar. Já para a construção dos modelos de regressão logística foi utilizado o "peso analítico" que, por sua vez, faz a ponderação baseado no desenho da amostra, sem expandi-la.

O uso do peso analítico para a execução dos modelos evita que as variáveis e categorias sejam altamente significativas, devido simplesmente ao tamanho da população alvo. O peso analítico é calculado da seguinte forma: peso_analítico = peso_aluno * n/N, no qual n

[27] Método utilizado para ajustar os pesos amostrais de forma que este peso reflita o tamanho real da população em cada estrato populacional, tornando viável a inferência sobre a *população-alvo*, no caso, estudantes matriculados e com frequência escolar.

representa o tamanho da amostra da PeNSE sem expansão, e N representa o universo, ou seja, representa a amostra expandida pelo PESO ALUNO FREQ.

Na quarta edição da PeNSE de 2019 a amostra conta com um total de 159.245 casos válidos que, quando expandidos pelo peso final[28] (PESO ALUNO FREQ) representam 14.963.958 de estudantes brasileiros ao todo. No entanto, importa mencionar que quando realizada a pesquisa, estudantes fora do escopo do público-alvo – aqueles entre 13 a 17 anos – acabam sendo incluídos na amostra. Isso acontece, pois a seleção amostral considera todos os respondentes do 6º ano do ensino fundamental ao 3º do ensino médio, sem excluir nenhum aluno que esteja presente no momento da pesquisa.

Sendo assim, nos 159.245 casos ainda estão inclusos os estudantes com menos de 13 anos e mais de 17 anos, classificados na base de dados enquanto "Menos de 13 anos" e "18 anos ou mais". Diante do recorte desta pesquisa considerou-se, portanto, a população de interesse de 13 a 17 anos apenas, que compõem uma amostra com 124.898 casos válidos que, quando expandido pelo peso final, representam 11.845.325 estudantes – ou seja, excluindo todos aqueles que não se enquadram no público-alvo da PeNSE. Desse total, estimou-se que 7.663.545 de estudantes pertenciam a faixa etária de 13 a 15 anos, e 4.181.780 tinham 16 ou 17 anos[29]. Ou seja, o número de casos válidos de estudantes de 13 a 17 anos é de 125.327 estudantes adolescentes, ou 11.857.945 considerando a expansão amostral.

Já no processo de limpeza do banco de dados, houve uma perda de 8,4% de casos. Primeiramente foram excluídos todos os casos em que o/a estudante não sabia se o/a parceiro/a sexual utilizou algum outro método para evitar gravidez que não seja o preservativo na última relação sexual – categoria 3 "Não sei". O motivo desse recorte se deu pela escolha do tipo de método utilizado – regressão logística binária –, e pelos objetivos propostos pela pesquisa, cuja interesse visa conhecer o percentual de estudantes que de fato se preveniram contra a gravidez. Com isso, 5.263 casos (4,2%) foram excluídos e o banco passou a contar com 120.064 pessoas que, quando expandido, representam 11.266.971 estudantes.

Foram excluídos também os casos em que os estudantes abandonaram o preenchimento do questionário ou deixaram sem resposta as perguntas de interesse da pesquisa.

---

[28] A título de curiosidade, quando utilizado o peso inicial (PESO INICIAL) a expansão amostral passa a representar 15.861.368 estudantes matriculados em todo Brasil, ou seja, são incluídos 897.410 estudantes que não frequentam a escola regularmente.

[29] Segundo a nota técnica, na PeNSE de 2019 o número estimado de escolares de 13 a 17 anos que frequentam escolas públicas e privadas no país foi de 11.851.941 indivíduos, no qual 7.665.502 possuem entre 13 a 15 anos e 4.186.439 entre 16 ou 17 anos (IBGE, 2021, p.30). Esses valores equivalem a 6.616 casos a mais comparado aos valores estimados pela pesquisa, cuja perda é de 1.957 para estudantes de 13 a 15 anos e 4.659 de 16 ou 17 anos.

Nos microdados, sempre que isso acontece o IBGE insere um código tanto para o abandono do questionário (-2), quanto para as perguntas que não foram respondidas (9 ou 99). De acordo com esse critério, somando os casos de abandono de questionário e questões de interesse não respondidas, cerca de 10.895 casos (8,4%) foram perdidos/retirados da amostra. Assim, o número final da amostra, avaliado nesta dissertação, foi de 114.432 casos válidos que representam 10.861.692 estudantes brasileiros de 13 a 17 anos. Esse número representa o total de escolares investigados nesta pesquisa após a limpeza do banco de dados. O número de casos válidos e perdidos, sem e com expansão amostral, encontram-se sintetizado na tabela abaixo.

Tabela 6 – Número de casos válidos após a limpeza do banco de dados, considerando os recortes e as perdas.

Limpeza do banco de dados	Nº casos	Com expansão amostral
Total de casos válidos da PeNSE	159.245	14.963.958
Total de casos válidos de estudantes de 13 a 17 anos	124.898	11.845.325
Casos perdidos		
Não sabiam qual método contraceptivo o/a parceiro/a sexual utilizou	5.263	590.974
Sem resposta e abandono de questionário	5.632	405.279
Total de perdas	10.895	996.253
Número de casos válidos para o estudo	**114.432**	**10.861.692**

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Os resultados obtidos pelos modelos de regressão logística binária tiveram como hipótese alternativa (H_a) a associação entre a variável dependente e independente, ou seja, quando houve associação entre a iniciação sexual, o uso de método contraceptivo e a ocorrência de gravidez na adolescência com as variáveis explicativas. Já a hipótese nula (H_0) assume que não há associação entre as variáveis dependentes e independentes. Para valores de p abaixo de 0,05 considera-se válida a hipótese alternativa de que há associação entre as variáveis, do contrário, é considerada a hipótese nula.

Por fim, para a obtenção dos resultados da análise descritiva e dos modelos de regressão logística binária, utilizou-se o software SPSS.

2.5 Limitações e cuidados da PeNSE para este estudo

Para a análise dos resultados deste estudo, alguns aspectos metodológicos e técnicos sobre a base de dados da PeNSE devem ser explorados. O principal diz respeito ao viés de seleção da amostra, levando em consideração o público-alvo e as variáveis de interesse para o estudo. Significa assumir que as temáticas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva e a situação em casa, são influenciadas pelo recorte etário do público-alvo da amostra, pelo tipo de

questionário aplicado (auto-aplicado) e pelo local onde a pesquisa é realizada (escola e sala de aula), o que resulta em respostas possivelmente enviesadas.

É sabido que pesquisas respondidas por adolescentes encontram problemas relativos à validade das respostas, critério atribuído a maturidade e formação nesta fase da vida. Sendo assim, deve-se reconhecer a influência do ambiente escolar e do tipo de questionário aplicado sobre as respostas levantadas. Assim, algumas categorias de respostas podem estar sub ou sobre representadas, considerando principalmente o entendimento e o constrangimento que alguns estudantes podem ter sobre determinadas temáticas, principalmente as mais polêmicas, como é o caso da saúde sexual e reprodutiva. Logo, os estudantes tenderiam a responder algumas perguntas com base naquilo que consideram como sendo a alternativa "correta" de resposta ou aquela que seria socialmente aceita pelo grupo.

Sabendo que a socialização de gênero afeta as expectativas sociais ligadas aos papéis sexuais entre meninas e meninos, supõem-se, por exemplo, que adolescentes do sexo masculino tenderiam a incluir-se no grupo de pessoas sexualmente ativas, mesmo que não tenha tido relações sexuais ainda, fazendo com que a iniciação sexual esteja sobrerepresentada. No caso das meninas, essa situação tende a ser o inverso, com sub-representação de iniciadas sexualmente. Questões como essa contribuem para uma sub ou sobre representação de respostas referentes a iniciação sexual, mas também com relação à idade da iniciação, o uso de método contraceptivo e a ocorrência de gravidez na adolescência.

O mesmo pode ocorrer com relação a temática da situação do estudante em casa, cujas variáveis relativas ao relacionamento familiares na adolescência podem apresentar sub ou sobrerepresentação em determinadas categorias de respostas. Aqui se aplica o que se julga como "resposta correta", principalmente porque estas variáveis indicam a transparência das relações entre os adolescentes e sua família. Com isso, supõem-se as respostas relativas a não faltam a escola sem a permissão do seu(s) responsável(is), sempre ou na maioria das vezes relatam a estes o que fazem no seu tempo livre ou que sempre ou na maioria das vezes sentem que seus problemas e preocupações são compreendidos, podem tender a uma informação não verdadeira, principalmente para o público de adolescentes iniciais. Logo, essas categorias de respostas podem estar sobrerepresentadas na amostra.

Outra questão de extrema relevância para a pesquisa diz respeito as limitações da PeNSE, especialmente no que tange a sua representatividade com relação ao tema de saúde sexual e reprodutiva. Deve-se ter em mente que o recorte amostral da pesquisa seleciona apenas os *estudantes* de escolas públicas e privadas, devidamente *matriculados* e com *frequência escolar*. Logo, a pesquisa não é representativa para todos os adolescentes do Brasil, assim como

pode não captar a experiência da maioria de adolescentes que sejam iniciados, possua menor prevalência no uso de métodos contraceptivos, mas principalmente, para as meninas que tenham engravidado nessa fase da vida, já que uma parcela considerável de evasão escolar se dá por motivo de gravidez. Ou seja, uma parcela considerável de meninas pode ter deixado de frequentar a escola antes do período de coleta dos dados.

Nesse caso, assume-se que uma parcela considerável dos adolescentes com maior comportamento sexual e reprodutivo de risco representam aqueles em se encontram em maior situação de vulnerabilidade social e, por isso, encontram-se fora dos limites da escola. Isso impõem que a análise dos resultados a seguir deve ser feito com máxima cautela, pois os eventos de interesse do estudo deixam de fora uma parcela, possivelmente considerável, de adolescentes brasileiros, simplesmente porque encontram-se fora da escola. No caso da gravidez essa premissa é muito importante, pois a experiência de gravidez para quem continua no ambiente escolar compõem uma minoria considerando todas as adolescentes brasileiras.

Por último, cabe frisar alguns aspectos técnicos da PeNSE, que limitam as análises da pesquisa. O primeiro diz respeito a não inclusão dos meninos com relação ao evento gravidez. É uma condição da pesquisa perguntar sobre a ocorrência de gravidez apenas para as mulheres. Isso, por sua vez, reforça a ideia e valor, social e culturalmente arraigados no imaginário social, de que o comportamento reprodutivo é um assunto e responsabilidade exclusivo das mulheres, assim como reforçar a noção de que a ocorrência de gravidez na adolescência é um problema feminino. Sendo assim, uma parte fundamental de informações encontra-se ausente quando a pergunta é direcionada a apenas um gênero, sem nenhuma justificativa mencionada.

Outra consideração, nesse sentido, trata das alternativas de perguntas e respostas do questionário. Um dos casos se refere as categorias disponibilizadas sobre o que o adolescente pretende fazer quando concluir os estudos, neste caso, vemos que as opções de respostas se limitam a ampliação da escolarização e inserção no mercado de trabalho. Isso exemplifica a institucionalização do curso de vida na adolescência, já que trajetórias a parte destes cursos são enxergadas enquanto um "desvio de percurso" e não são captadas pelos dados. Como resultado, a pesquisa deixa de enquadrar outras possibilidades viáveis que ficam fechadas em "seguir outro plano".

O mesmo ocorre com a estrutura familiar. Perguntado ao adolescente se mora com a mãe e se mora com o pai, não se sabe qual é a constituição do domicílio para além daqueles nucleares e monoparentais. Com isso, uma informação valiosa não é captada, que trata da

identificação de vários tipos de arranjos familiares possíveis, que por sua vez, apresentam dinâmicas muito diferenciadas dos arranjos domiciliares mais tradicionais.

Por fim, a orientação escolar sobre assuntos sexuais também se enquadra nessa crítica. A única informação captada diz respeito a se o estudante recebeu ou não determinado tipo de informação sobre prevenção. Logo, não se sabe quando ou em qual intensidade a informação é transmitida pela escola, muito menos se essa informação se converteu em um aprendizado qualificado sobre prevenção.

Tendo em vista que o público adolescente possui suas especificidades, limitações desse tipo podem ser contornadas a partir de perguntas e categorias de respostas mais fluídas, abertas e menos normativas.

2.6 Estratégia de análise: método de regressão logística binária

A metodologia do estudo inclui análises descritivas e a construção de modelos de regressão logística binária múltipla, ambos utilizando os microdados da PeNSE 2019.

No desenvolvimento das análises descritivas, foram construídas proporções referentes a todas as variáveis do estudo e do cruzamento entre as variáveis dependentes e independentes. Além disso, também foram construídas as idades médias, modas e medianas referentes as idades da iniciação sexual, segundo algumas variáveis de interesse. Cabe mencionar que tanto as idades médias da iniciação sexual, quanto o tipo de método contraceptivo utilizado na última relação sexual, foram analisados somente a partir de estatísticas descritivas. Destes resultados, todos foram levantados considerando a expansão amostral pelo peso final da PeNSE 2019.

A execução do método de regressão logística binária múltipla, por sua vez, teve como objetivo avaliar o efeito das variáveis selecionadas em relação à probabilidade de ocorrência dos eventos de interesse, sendo estes: 1) ter se iniciado sexualmente; 2) ter utilizado método contraceptivo na última relação sexual; 3) já ter engravidado alguma vez na vida na adolescência.

De acordo com Field (2009), a regressão logística binária é utilizada para associar o comportamento entre uma variável resposta categórica dicotômica (variável de saída) – no qual admite-se apenas duas opções de resposta possíveis – e variáveis explicativas (variáveis previsoras contínuas ou categóricas), cujo propósito é investigar o efeito das variáveis explicativas sobre a probabilidade de ocorrência de um evento. Isso significa que é possível

prever em qual das duas categorias da variável resposta é provável que um indivíduo pertença, dado determinadas informações. Sua fórmula é expressa da seguinte maneira:

$$P(Y) = \frac{1}{1 + e - (b_0 + b_1 X + \varepsilon_i)}$$

> "No qual P(Y) é a probabilidade de Y ocorrer, *e* indica a base dos logaritmos naturais, b0 é o intercepto, b1 é o gradiente da linha, X é o valor da variável previsora e ε é o termo resíduo. Dados os valores de Y e X, os parâmetros desconhecidos na equação podem ser estimados encontrando-se a solução para a qual as distâncias ao quadrado entre os valores observados e previstos da variável dependente sejam mínimas (método dos mínimos quadrados)" (FIELD, 2009, p.222).

Tendo em vista o objetivo da pesquisa, foram construídos 5 modelos de regressão logística binária múltipla que devem explorar os fatores associados a: ter se iniciado sexualmente (sim ou não), sendo construído um modelo para os meninos e um para as meninas; ter utilizado método contraceptivo na última relação sexual (sim ou não), sendo construído, novamente, um modelo para os meninos e um para as meninas; e ter engravidado (sim ou não), modelo construído apenas para as meninas.

Destaca-se que as informações disponíveis trabalhadas como variáveis resposta dicotômicas são:

- Iniciação sexual: baseado na pergunta "Você já teve relação sexual (transou) alguma vez?", que apresenta duas opções de respostas, "sim" e "não".
- Uso de método contraceptivo: baseado no uso de preservativo, derivado da pergunta "NA ÚLTIMA VEZ que você teve relação sexual (transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou camisinha (preservativo)?", que apresenta duas opções de respostas, "sim" e "não"; e o uso de métodos contraceptivos, baseado na pergunta "NA ÚLTIMA VEZ que você teve relação sexual (transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou algum outro método para evitar a gravidez que não seja camisinha (preservativo)?", que apresenta três opções de respostas, "sim", "não" e "não sei", tendo esta última categoria sido retirada/excluída para a execução do modelo binário.
- Ocorrência de gravidez: baseado na pergunta "Alguma vez na vida você engravidou, mesmo que a gravidez não tenha chegado ao fim?" que apresenta duas opções de respostas, "sim" e "não".

CAPÍTULO 3 - O COMPORTAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO DE ESTUDANTES BRASILEIROS DE 13 A 17 ANOS

O tema da gravidez na adolescência pode ser analisado a partir de diferentes perspectivas, mas consensualmente ela é enxergada como um problema quando pensada do ponto de vista das instituições sociais, sejam elas o Estado, a escola ou a família, embora de maneiras e graus diferenciados. Pensando nisso, o presente estudo pretende investigar mais de perto alguns indicadores de comportamento sexual, para então pensar o fenômeno da gravidez na adolescência em si. Desses indicadores, a iniciação sexual e o uso de método contraceptivo são de grande importância, pois também se caracterizam enquanto determinantes próximos da fecundidade adolescente, como já discutido.

Outro fator relevante sobre esse tema trata da premissa de que a sexualidade na adolescência é vivida de forma diferente segundo o gênero. De modo geral, a socialização de gênero que impera no Brasil está pautada na desigualdade, que consequentemente segrega e prescreve estilos de relacionamento divergentes para meninos e meninas, assim como comportamentos e atitudes.

Nesse contexto, as mulheres são social e culturalmente incentivadas a conter ou oprimir sua sexualidade, enquanto para os homens a premissa se dá no sentido oposto, sendo incentivados, quando não pressionados, a explorar sua sexualidade de modo antecipado (BORGES, 2002; GUBERT; MADUREIRA, 2009; TAQUETE; VILHENA, 2008). No entanto, tais premissas hoje estão sendo, pouco a pouco, modificadas, de modo que a cultura da virgindade feminina vem perdendo força, assim como a cultura do homem viril e "predador" vem sendo questionada. Baseado nisso, a exploração dos dados a seguir pretende investigar, também, em que medida e direção a desigualdade de gênero se manifesta quando o assunto é sexualidade. Para isso, todos os dados serão analisados segundo o sexo do/a estudante.

As análises que se seguem resultam dos dados referentes ao tema de saúde sexual e reprodutiva presentes no questionário da PeNSE de 2019. Pretende-se, portanto, mapear informações de homens e mulheres já iniciados/as sexualmente referentes à iniciação sexual, ao uso de método contraceptivo e a ocorrência de gravidez na adolescência, no caso das meninas. Também é possível cruzar informações desses indicadores segundo as características gerais e o projeto de vida dos/as estudantes de 13 a 17 anos, e outras variáveis estruturais referentes à condição socioeconômica, à escola e à família dos/as adolescentes, conforme o estabelecido nos objetivos geral e específicos da pesquisa.

Antes de apresentar a análise descritiva dos indicadores, faz-se necessário um balanço geral da distribuição dos/as estudantes segundo as variáveis do estudo, visando saber como a amostra da PeNSE 2019 é composta, após a limpeza dos dados. Nesse sentido, os dados presentes na Tabela 7 nos mostram que:

- Das características gerais, a amostra é composta por maioria de estudantes do sexo feminino, com idade entre 13 e 15 anos, residentes da região Sudeste e Nordeste, e de raça/cor[30] parda e branca.
- Com relação aos dados escolares, a dependência administrativa e a correspondência idade-série/ano apontam que a maioria dos/as estudantes frequenta escolas públicas e se encontram em fase escolar.
- Chama a atenção que o nível de escolaridade materna seja predominantemente de mães com ensino médio completo/superior incompleto, refletindo assim o aumento da escolaridade das brasileiras verificado nas últimas décadas. Por outro lado, o segundo maior grupo é o de estudantes cujas mães possuem apenas escolaridade com ensino fundamental incompleto ou menos, ou seja, mães com baixa escolaridade. Contudo, aproximadamente um em cada cinco estudantes diz não saber a escolaridade da mãe. Pode ser que a escolarização dessas mulheres tenha sido errática, que as constantes reformas educativas e mudanças de nomenclatura dificultem aos cidadãos comuns reconhecer a equivalência entre níveis de estudo do passado e do presente, ou ainda, por alguma razão, os filhos se sintam constrangidos em declarar a escolaridade da mãe.
- O projeto de vida por sua vez aponta que a maioria aspira dar continuidade à trajetória escolar. O grupo mais numeroso é o dos que planejam estudar e trabalhar, seguido por aquele dos que querem somente estudar. Dessa maneira vemos que a busca pela ampliação da escolarização converte-se num plano concreto para maioria dos/as estudantes brasileiros e, por isso, aponta também para a necessidade de ampliação das oportunidades educacionais para os adolescentes e jovens.

[30] Importante frisar que a variável raça/cor será analisada de maneira instrumental, enquanto um marcador social de desigualdade, tomando como referencial o estudo de Santos et. al. (2019). Na perspectiva demográfica é comum que a raça/cor seja avaliada dessa forma, não demandando uma leitura teórica aprofundada sobre os estudos de raça. Outra questão que se impõem é que, na demografia, os estudos especificamente sobre os indígenas no Brasil ainda são incipientes e frágeis, conforme aponta a literatura citada. No entanto, a leitura do ponto de vista cultural e social, tendo em vista as intensas disparidades entre brancos com relação aos negros, amarelos e, principalmente, os indígenas, não deve ser desmerecida. Exatamente porque cada raça/cor apresenta uma dinâmica e composição populacional própria e desigual no cenário brasileiro que essa variável será lida como um indicativo de desigualdade social.

- Quanto à família, temos que a estrutura familiar da maioria dos/as adolescentes conta com a presença de mãe e pai no domicílio, em primeiro lugar, e somente com a mãe no domicílio em segundo.
- Com relação aos relacionamentos familiares avaliado a partir de três variáveis, aponta-se que a maioria dos/as estudantes não faltam a escola sem a permissão dos pais/responsável, assim como a maioria sempre ou na maioria das vezes relata aos seus pais/responsável o que estava fazendo no seu tempo livre e sempre ou na maioria das vezes sente que seus problemas e preocupações são entendidos por estes, embora com relação a esta última variável a proporção seja significativamente menor que a anterior, ou seja, menos da metade sente que os problemas e preocupações são entendidos. Pensando nisso, o relacionamento com a família é, de modo geral, marcado por transparência e compreensão.
- Outro elemento igualmente importante é que a grande maioria dos/as estudantes recebeu alta ou moderada educação sexual nas escolas, ou seja, das 3 orientações escolares referentes a assuntos sexuais que compõem a proxy da educação sexual, a maioria dos/as estudantes receberam de 3 a 2 orientações, pelo menos. Esse dado é por si só significativo, pois revela que a escola marcou presença na promoção de uma educação sexual básica aos adolescentes, instigando a averiguar em que medida essa educação sexual oferecida impactou o comportamento sexual e reprodutivo[31].
- Já com relação às variáveis dependentes da pesquisa, verifica-se que: a grande maioria dos/as estudantes que compõem a amostra eram virgens – 68% –, dos/as já iniciados/as sexualmente predomina aqueles/as que fizeram uso de algum método contraceptivo na última relação sexual – 76,5% – e, no caso das mulheres, aquelas que nunca engravidaram alguma vez na vida – 92,3%. Além disso, vê-se também que a idade predominante para a iniciação sexual se deu aos 14-15 anos – cerca de 50%. Conhecer essas distribuições é importante pois, nos cruzamentos apresentados a seguir, veremos que o comportamento majoritário se destaca por: estudantes que ainda não se iniciaram sexualmente e, quando iniciados/as, a iniciação ocorre por volta dos 14 e 15 anos, com

[31] Vale mencionar que a educação sexual vai muito além destas 3 dimensões exploradas. Além disso, os dados não nos permitem saber qual é o real conhecimento dos/as estudantes sobre os temas investigados, assim como qual o conteúdo, a regularidade e o momento em que a orientação escolar foi oferecida. Sem estas informações, pode-se dizer a proxy referente a educação sexual possui fragilidades com relação ao assunto, e que seu alcance nesta pesquisa tem suas limitações. Seu uso, portanto, se limita a indicar apenas se o/a aluno/a recebeu a informação/educação sobre prevenção a gravidez e HIV/AIDS/IST e como conseguir camisinha gratuitamente, sem a pretensão de dizer se tal informação se converteu num aprendizado qualificado ou numa mudança de comportamento.

prevalência do uso de método contraceptivo de moderada a alta e a ocorrência de gravidez na adolescência fazendo parte da experiência de uma minoria.

Tabela 7 – Distribuição percentual dos dos/as estudantes brasileiros/as de 13 a 17 anos de acordo com as variáveis de interesse da pesquisa, 2019.

Variável	**Proporções**
Sexo	**%**
Masculino	46,9
Feminino	53,1
Faixa de idade	**%**
13 a 15 anos	65,0
16 ou 17 anos	35,0
Grande Região	**%**
Norte	10,6
Nordeste	28,3
Sudeste	39,2
Sul	13,6
Centro-Oeste	8,2
Raça/cor	**%**
Branca	36,6
Preta	13,2
Amarela	3,7
Parda	43,5
Indígena	3,1
Correspondência idade-série/ano	**%**
Em fase	81
Atraso	19
Dependência Administrativa	**%**
Pública	85,0
Privada	15,0
Nível de escolaridade da mãe	**%**
Fundamental incompleto ou menos	22,5
Fundamental completo/Médio incompleto	13,8
Médio completo/Superior incompleto	26,1
Superior completo	17,5
Não sabe	20,1
Projeto de vida	**%**
Somente continuar estudando	17,4
Somente trabalhar	5,2
Continuar estudando e trabalhar	65,3
Seguir outro plano	5,2
Não sabe	6,8
Estrutura familiar	**%**
Pai e mãe no domicílio	55,9
Só mãe no domicílio	32,4
Só pai no domicílio	4,8
Sem pai e mãe no domicílio	6,8
Faltou aula sem a permissão dos pais/responsável	**%**
Sim	18,7
Não	81,3
Frequência com que os pais/responsável sabem do uso do tempo livre	**%**
Sempre/Na maioria das vezes	71,6
Às vezes	13,2
Nunca/raramente	15,2

Frequência com que os pais/responsável compreendem os problemas e preocupações	**%**
Sempre/Na maioria das vezes	45,9
Às vezes	21,5
Nunca/raramente	32,6
Educação sexual	**%**
Recebeu alta educação sexual na escola	58,9
Recebeu moderada educação sexual na escola	20,3
Recebeu baixa educação sexual na escola	9,7
Não recebeu educação sexual na escola	11,1
Iniciação sexual	**%**
Iniciado sexualmente	32,0
Virgem	68,0
Uso de método contraceptivo na última relação	**%**
Sim	76,5
Não	23,5
Ocorrência de gravidez	**%**
Engravidou	7,7
Não engravidou	92,3
Idade da iniciação sexual	**%**
12 anos ou menos	17,6
13 anos	16,8
14 anos	25,7
15 anos	24,2
16 anos	12,7
17 anos	3,1

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Importa frisar que o perfil da amostra levantado vai de encontro com outras pesquisas sobre comportamento sexual e reprodutivo na adolescência já realizadas, referentes tanto a própria pesquisa da PeNSE (FELISBINO-MENDES ET. AL., 2018; MALTA ET. AL., 2011), quanto a outras fontes de dados, como o Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA), por exemplo (BORGES ET. AL., 2016).

3.1 Análise descritiva do comportamento sexual adolescente.

A avaliação do comportamento sexual na adolescência será investigado a partir dos indicadores de iniciação sexual e uso de método contraceptivo com o objetivo de conhecer preliminarmente os principais diferenciais. Dessa forma, a análise descritiva nos permitirá avaliar a prevalência da iniciação sexual e do uso de método contraceptivo, segundo dimensões de interesse.

Importa mencionar que estes indicadores determinam a fecundidade adolescente, assim a iniciação sexual indica a exposição do adolescente a gravidez e a infecções sexualmente transmissíveis. No entanto, essa leitura só pode ser feita tendo o uso de método contraceptivos

enquanto mediador da relação entre iniciação e gravidez, pois ele aponta o comportamento sexual de risco. Por isso ambas as variáveis serão analisadas conjuntamente.

Em linhas gerais, sabe-se que do total de estudantes brasileiros/as de 13 a 17 anos a prevalência de iniciados/as sexualmente, em 2019, é de 32%. Do estudo realizado por Felisbino-Mendes et. al. (2018) com base nos dados da PeNSE de 2009 e 2015, o número de estudantes iniciados/as sexualmente equivalia a 30,5% em 2009, e 27,5% em 2015. Mesmo que os processos de construção das amostras tenham sido modificados, pode-se inferir que a proporção de estudantes que iniciam sua vida sexual na adolescência segue uma tendência leve de aumento. Contudo, houve modificações relevantes quando considerado a iniciação segundo o sexo. O percentual de garotos iniciados era de 36% e o de garotas, 19,6% em 2015, enquanto esses percentuais alcançam o patamar de 34,2% e 30%, em 2019, respectivamente. Apesar de a proporção de iniciados permanecer maior entre os homens, observamos uma maior convergência entre homens e mulheres entre 2015 e 2019.

Com relação ao uso de método contraceptivo, os dados levantados por Felisbino-Mendes (2018) apontam que o uso de preservativo (camisinha) era de 75,9% em 2009 e 66,2% em 2015, passando para 59,3% em 2019, segundo os dados dessa pesquisa. Com relação apenas ao uso método contraceptivo, 38,7% dos/as estudantes fizeram uso de algum método em 2015, passando para 40,6% em 2019.

As divergências entre homens e mulheres com relação ao uso de preservativo e método contraceptivo também aumentaram de 2015 para 2019. Dessa forma, em 2015 o uso de preservativo era de 66,3% entre os homens e 66% entre as mulheres, já em 2019 esses valores equivalem a 63,8% e 54,8%. Com relação ao uso de método contraceptivo, o percentual para homens e mulheres em 2015 é de 35,2% e 44,7%, passando para 35,4% e 45,9% em 2019.

Sendo assim, observa-se que os/as adolescentes, de modo geral, estão mais vulneráveis a infecções sexualmente transmissíveis a medida que prevalência de iniciação sexual tem aumentado, mas o uso de preservativo tem diminuído. A resistência dos/as adolescentes ao uso de preservativo é conhecida, fenômeno denominado de *condon fatigue*, ou cansaço do preservativo, observado também em outros países (DOURADO, ET. AL, 2015). Dos motivos relacionados ao não uso, destaca-se a banalização da camisinha ou baixa crença neste método, crença na insusceptibilidade em contrair ISTs, falta de concordância entre um dos parceiros sexuais, principalmente por parte dos homens, marginalização social e a perda de sensações prazerosas (SILVA, ET. AL., 2015; SANTOS ET. AL., 2016; DOURADO, ET. AL., 2015; FELISBINO-MENDES ET. AL., 2018).

Apesar disso, o aumento da descrença na contração de ISTs não acompanha, necessariamente, a descrença em engravidar, visto que houve leve aumento no uso de métodos contraceptivos. No entanto, o uso de contraceptivos não alcançou nem metade dos/as estudantes já iniciados/as sexualmente, revelando assim a fragilidade da prevenção a gravidez na adolescência.

Partindo para a análise da idade média da iniciação sexual, a divergência de gênero se mostra significativa. Considerados apenas aqueles/as que já tiveram relação sexual alguma vez na vida, a idade média da iniciação sexual dos/as estudantes brasileiros/as em 2019 é de 13,9 anos, porém, considerando a média para homens e mulheres temos que os homens iniciam sua vida sexual, em média, quase 1 ano mais cedo que as meninas: 13,4 anos contra 14,3 anos, respectivamente (Tabela 7). Há diferenças significativas também entre aqueles que usaram e não usaram método contraceptivo, assim como entre as meninas que já engravidaram e não engravidaram.

Nesse sentido, os dados na tabela abaixo apontam que as diferenças entre as idades médias de quem usou e não usou método contraceptivo na última relação sexual – considerando, daqui para frente, o uso de preservativo e método contraceptivo conjuntamente – é significativa apenas para os homens. Já para as mulheres, apesar daquelas que usaram algum método registrarem menor idade média da iniciação sexual, a diferença é baixa. Entretanto, encontram-se diferenças na idade média segundo a ocorrência de gravidez, já que garotas que experienciaram a gravidez se iniciam em média mais cedo que aquelas que nunca engravidaram.

Tabela 8 – Médias, modas e medianas das idades da iniciação sexual dos/as estudantes brasileiros/as de 13 a 17 anos iniciados/as sexualmente, segundo o sexo, o uso de método contraceptivo e a ocorrência de gravidez na adolescência, 2019.

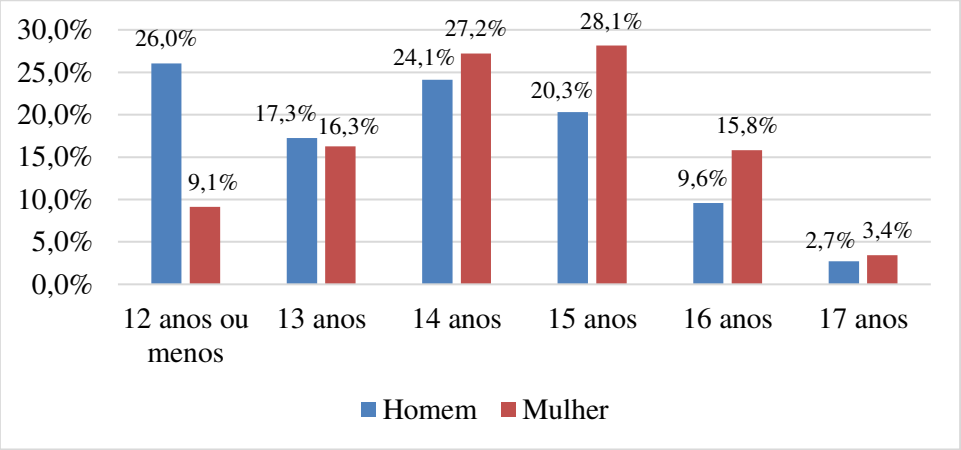
Variáveis	**Categorias**	**Idades de iniciação sexual**					
		Mulheres			**Homens**		
		Média	Moda	Mediana	Média	Moda	Mediana
Uso de método contraceptivo	Usou método contraceptivo	14,4	15	14	13,7	14	14
	Não usou método contraceptivo	14	14	14	12,7	14	13
Gravidez na adolescência	Engravidou	13,6	14	14	*	*	*
	Não engravidou	14,4	15	14	*	*	*
Idade da iniciação		**14,3**	15	14	**13,4**	14	14

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

As discrepâncias com relação ao momento de se iniciar sexualmente também podem ser expressas em proporções, cujos dados mostram com mais exatidão qual o momento

da iniciação sexual e sustentam as análises anteriores. Dos dados no Gráfico 3 observamos que a iniciação sexual ocorrerá de modo tardio para as meninas e antecipado para os meninos. Esse dado reforça o que aponta a literatura a respeito da dupla moral no que se refere aos padrões sexuais na adolescência (MALTA AT. AL., 2011; BORGES, 2002; GUBERT; MADUREIRA, 2009; TAQUETE; VILHENA, 2008), no qual a iniciação sexual dos garotos é altamente estimulada e incentiva, havendo, portanto, a antecipação da sua entrada na vida sexual, enquanto para as mulheres ocorre o oposto, o de valorização na espera para iniciar a vida sexual, revelando que a virgindade moral continua a se manifestar para elas.

Gráfico 3 – Distribuição percentual dos/as estudantes brasileiros/as de 13 a 17 anos de acordo com as idades de iniciação sexual, segundo o sexo, 2019.



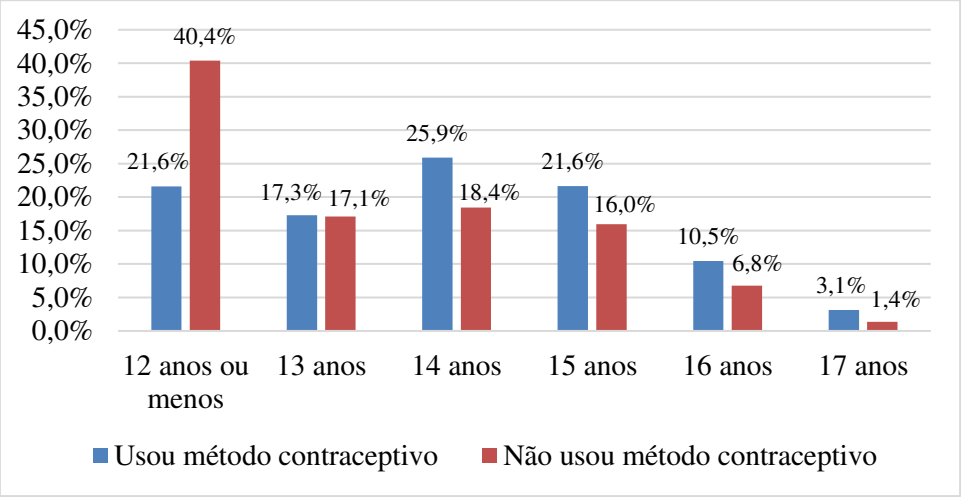
Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Considerando os dados e a literatura referida, duas questões explicam a antecipação sexual para os garotos. Primeiro que os dados referentes à iniciação sexual no caso dos homens podem estar superestimados, à medida que os adolescentes se sentiriam pressionados em declarar seu desempenho sexual de forma socialmente aceita e, portanto, teriam declarado ter se iniciado, quando não se iniciou, e que a iniciação teria ocorrido mais cedo do que de fato ocorreu. Uma segunda linha explicativa ressalta que a idade da iniciação para meninos será menor comparado às meninas devido aos padrões de socialização de gênero, desse modo, eles seriam coagidos ou pressionados a iniciar-se prematuramente enquanto prova da masculinidade ascendente na puberdade, como já mencionado. Não se pode descartar a possibilidade de que as duas linhas explicativas sejam plausíveis.

Quando considerado o uso de método contraceptivo e a idade da iniciação, os gráficos abaixo mostram que, com exceção dos homens iniciados com 12 anos ou menos, entre os demais estudantes que utilizaram método contraceptivo prevalece a iniciação sexual mais tardia, tanto para homens quanto para as mulheres. No caso dos meninos, principalmente, o

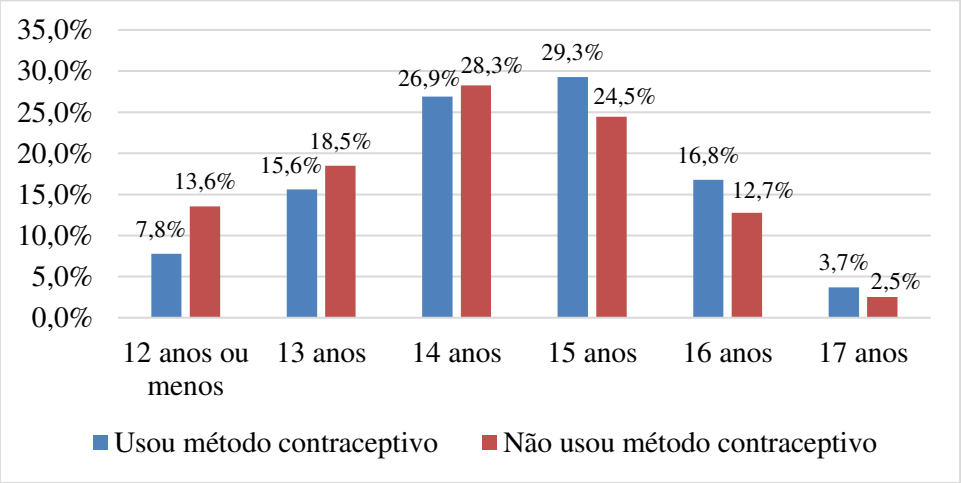
dado indica a distribuição da iniciação sexual antecipada é maior para aqueles não usaram método contraceptivo, tendo em vista o baixo aprendizado sobre prevenção em idades mais jovens.

Gráfico 4 – Distribuição percentual dos estudantes brasileiros de 13 a 17 anos de acordo com as idades de iniciação sexual, segundo o uso de método contraceptivo, 2019.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Gráfico 5 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com as idades de iniciação sexual, segundo o uso de método contraceptivo, 2019.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

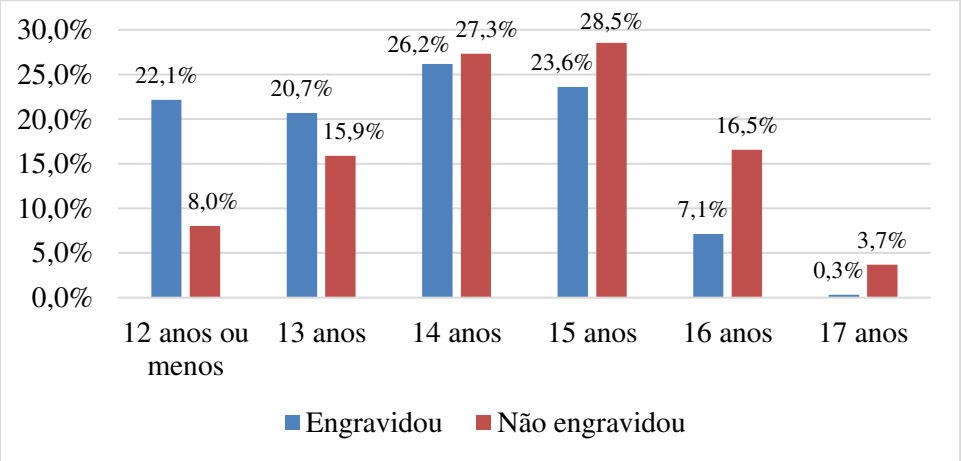
À medida que as fases da adolescência avançam, a educação e o diálogo voltados a sexualidade e a prevenção são maiores na família, entre amigos e na escola. Como hipótese, a prevalência do maior uso de método contraceptivo conforme a idade do/a adolescente avança pode estar relacionada tanto ao aumento da maturidade psicossocial deste, quanto das informações recebidas acerca do sexo e da sexualidade. Tanto que, é sabido que as mulheres possuem conhecimento e grau de informações maiores sobre sexo e prevenção, refletindo assim

numa menor disparidade entre a idade prematura da iniciação e o não uso de método contraceptivo.

Todavia, muitos adolescentes se iniciam na fase da adolescência inicial, ou seja, antes dos 14 anos, principalmente os homens, o que levanta o debate sobre contexto da iniciação sexual cercada por violência e estupro presumido – quando não se tem idade suficiente para decidir conscientemente fazer sexo, que no Brasil se estipula antes dos 14 anos – que cercam as relações na adolescência. Logo, o debate sobre a cultura do estupro no Brasil ganha bastante relevância, tendo em vista os dados analisados.

Por fim, as mulheres que se iniciam prematuramente experenciam a gravidez na adolescência em maior intensidade que aquelas que iniciaram a vida sexual a partir da adolescência média – 14 aos 16 anos. Dos dados abaixo vemos que o padrão etário da iniciação sexual das garotas que engravidaram é mais rejuvenescido do que daquelas que não engravidaram. Novamente, levanta-se o debate sobre a violência que cercam as relações sexuais.

Gráfico 6 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com as idades de ocorrência sexual, segundo a ocorrência de gravidez, 2019.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Feita essas análises preliminares, cabe agora traçar o perfil de estudantes iniciados/as sexualmente, bem como daqueles que usaram método contraceptivo, e qual a distribuição destes segundo as variáveis explicativas, para ambos os sexos.

Na tabela abaixo apresentam-se as características gerais dos/as escolares segundo a iniciação sexual e o uso de método contraceptivo. De modo geral, vemos que a maior proporção de iniciados/as e daqueles/as que usam método contraceptivo se concentra na faixa de idade mais velha, dos 16 ou 17 anos. Pensando a distribuição segundo o sexo, a prevalência de iniciação é maior para os homens, independente da faixa de idade. Entretanto, o uso de método

contraceptivo é levemente maior para as mulheres entre 13 a 15 anos e para os homens entre 16 ou 17 anos.

Considerando a raça/cor é mais comum que garotos brancos sejam menos iniciados sexualmente que seus pares pretos e pardos, por outro lado, foram os brancos quem mais usaram método contraceptivo, enquanto os pretos registram menor uso dentre as demais raças/cores. Assim, pode-se constatar que uma desigualdade racial no tocante a prevenção: enquanto garotos brancos são menos susceptíveis a contrair IST ou engravidar sua parceira, os garotos pretos representam o grupo em maior vulnerabilidade. No caso das meninas, as mais iniciadas correspondem as pretas, seguido das brancas e pardas – porcentagem igual –, enquanto o maior uso de contraceptivo está para as amarelas e brancas. Logo, enquanto as garotas brancas possuem um perfil menos vulnerável a contrair ISTs ou gravidez, o mesmo não se dá entre as pardas, revelando novamente a desigualdade racial.

Com relação a região, estudantes do sexo masculino residentes do Norte apresentam maior iniciação sexual frente as demais regiões e menor uso de método contraceptivo, o que aponta a fragilidade dos nortistas quanto a prevenção. Por outro lado, os residentes do Sul apresentam serem os menos iniciados e os que mais utilizaram método contraceptivo, sendo de longe o grupo em menor risco. O perfil das mulheres, por sua vez, diverte deste. Aquelas mais iniciadas residem no Sul, seguido do Sudeste e Norte – iguais proporções –, enquanto o uso de método contraceptivo é maior para as residentes do Sul, e menor para as residentes do Sudeste. Logo, conclui-se que as meninas do Sudeste estão em maior possuem comportamento sexual de maior risco.

Contrastando homens e mulheres pertencentes a mesma categoria, por sua vez, observa-se que a iniciação sexual segundo raça/cor e região é mais intensa para os homens em todas as categorias, com exceção da comparação da raça/cor branca. Já o uso de método contraceptivo não segue a mesma tendência, com oscilações a depender da raça/cor ou região observada, porém as diferenças entre os gêneros neste quesito é pequena.

Tabela 9 – Distribuição percentual dos/as estudantes brasileiros/as de 13 a 17 anos de acordo com as faixas de idade, raça/cor e região, segundo a iniciação sexual, o uso de método contraceptivo e o sexo, 2019.

Variáveis e categorias	Iniciação sexual				Uso de método contraceptivo			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	Iniciado	Virgem	Iniciada	Virgem	Usou	Não usou	Usou	Não usou
Faixas de idade								
13 a 15 anos	23,6%	76,4%	18,1%	81,9%	74,1%	25,9%	75,6%	24,4%
16 ou 17 anos	54,2%	45,8%	51,7%	48,3%	78,4%	21,6%	77,2%	22,8%

Raça/cor								
Branca	29,3%	70,7%	29,9%	70,1%	78,4%	21,6%	78,4%	21,6%
Parda	35,6%	64,4%	29,9%	70,1%	76,4%	23,6%	74,7%	25,3%
Preta	43,4%	56,6%	31,8%	68,2%	73,5%	26,5%	77,0%	23,0%
Amarela	32,4%	67,6%	28,6%	71,4%	76,0%	24,0%	81,9%	18,1%
Indígena	34,7%	65,3%	26,3%	73,7%	75,3%	24,7%	74,0%	26,0%
Região								
Norte	42,2%	57,8%	31,3%	68,7%	75,5%	24,5%	77,6%	22,4%
Nordeste	33,8%	66,2%	26,7%	73,3%	76,7%	23,3%	75,9%	24,1%
Sudeste	33,3%	66,7%	31,3%	68,7%	74,6%	25,4%	74,8%	25,2%
Sul	32,2%	67,8%	32,0%	68,0%	81,4%	18,6%	81,9%	18,1%
Centro-Oeste	33,6%	66,4%	30,0%	70,0%	78,1%	21,9%	76,5%	23,5%

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Atendo-se agora aos objetivos específicos da pesquisa, passamos aos dados sobre a iniciação sexual e o uso de método contraceptivo segundo a condição socioeconômica do/a estudante. Importante lembrar que a proxy de condição socioeconômica será averiguada com base em duas variáveis: o nível de escolaridade da mãe (utilizado como proxy de condição socioeconômica familiar neste trabalho) e a dependência administrativa do/a estudante.

Para aferir se essas variáveis possuem relação entre si e, de fato, conseguem enquadrar os jovens com maior ou menor condição socioeconômica, a Tabela 10 faz o cruzamento entre as variáveis dependência administrativa e a escolaridade materna. Com base nesse dado, pode-se inferir que a proporção de estudantes de escolas privadas é maior quanto mais escolarizada é a mãe, assim como é mais comum que filhos de mulheres menos escolarizadas estudem em escolas públicas. Visto isso, considera-se ambas as variáveis como indicativo de (des)vantagem social do estudante.

Tabela 10 – Distribuição percentual dos/as estudantes brasileiros/as de 13 a 17 anos de acordo com a dependência administrativa, segundo o sexo e a escolaridade da mãe, 2019.

Escolaridade da mãe	**Homens**		**Mulheres**	
	Pública	Privada	Pública	Privada
Fundamental incompleto ou menos	22,9%	3,9%	28,1%	4,7%
Fundamental completo/Médio incompleto	14,4%	6,9%	15,3%	7,8%
Médio completo/Superior incompleto	24,8%	28,6%	26,0%	31,7%
Superior completo	13,5%	48,5%	11,0%	47,5%
Não sabe	24,4%	12,1%	19,7%	8,3%

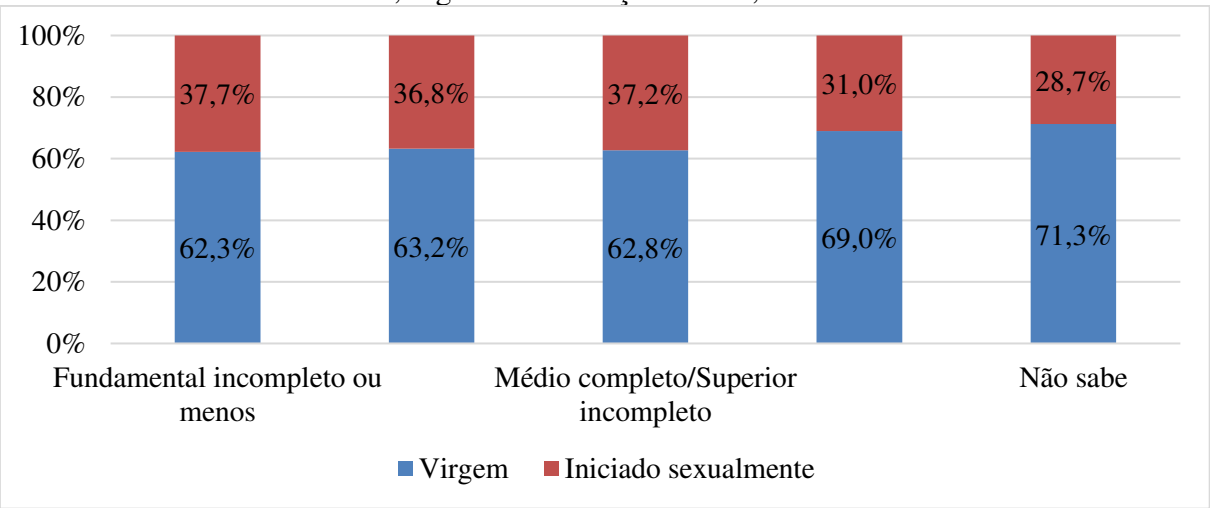
Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

A escolaridade materna do/a estudante segundo a iniciação sexual e o uso de método contraceptivo apresentam-se nos quatro gráficos que se seguem. Os gráficos 7 e 8

apontam que quanto maior for o nível de escolaridade da mãe, menor será proporção de estudantes iniciados/as, exceto para os estudantes homens cuja mãe possui ensino médio completo/superior incompleto. O mesmo se dá com relação ao uso de método contraceptivo, cujo uso de método contraceptivo será maior para os meninos com mães mais escolarizadas, e menor entre aqueles que não sabem o grau de instrução materna e que possuem mães menos escolarizadas.

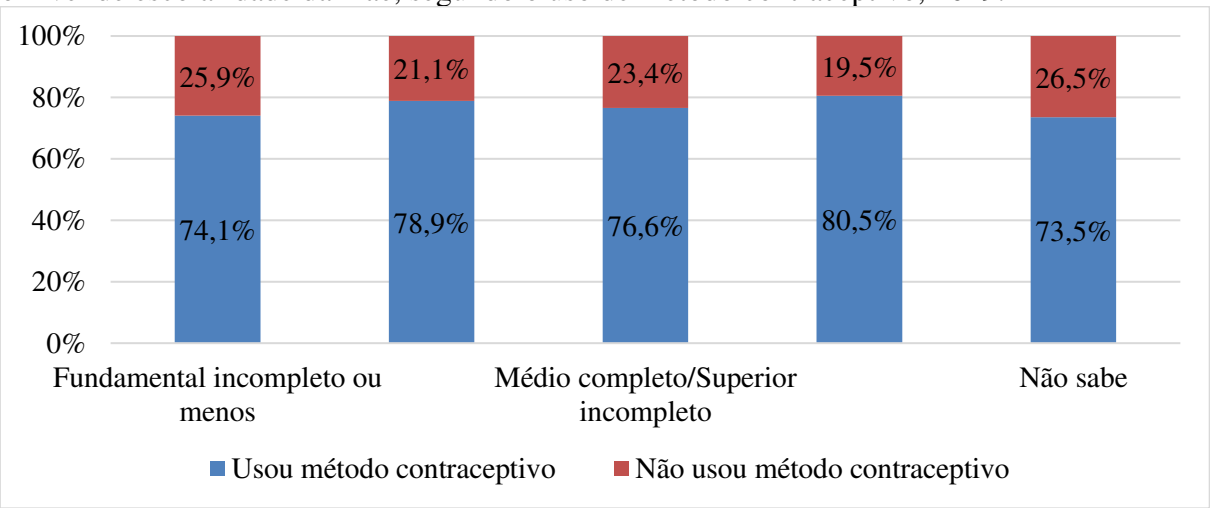
Nesse sentido, delimita-se que o grupo com comportamento sexual de menor risco é constituído por aqueles em vantagem socioeconômica, enquanto os estudantes mais vulneráveis está para aqueles em pior condição socioeconômica familiar, cujo a prevalência maior de iniciados conjuntamente ao menor uso de método contraceptivo elucida a precariedade da saúde sexual destes adolescentes.

Gráfico 7 – Distribuição percentual dos estudantes brasileiros de 13 a 17 anos de acordo com o nível de escolaridade da mãe, segundo a iniciação sexual, 2019.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Gráfico 8 – Distribuição percentual dos estudantes brasileiros de 13 a 17 anos de acordo com o nível de escolaridade da mãe, segundo o uso de método contraceptivo, 2019.

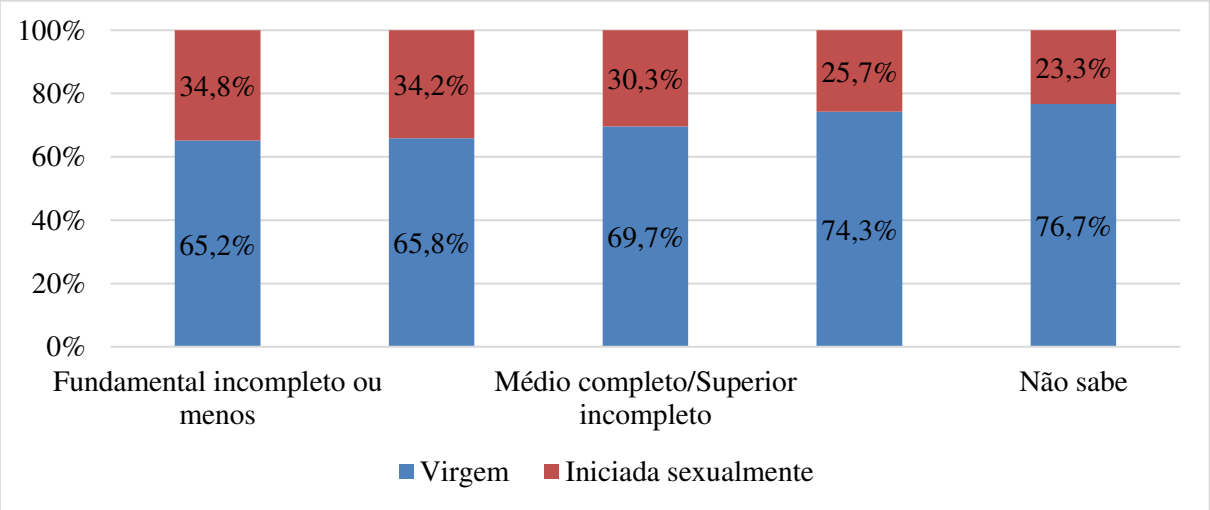


Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

No caso das meninas, com relação a iniciação sexual a mesma relação se estabelece: a distribuição de iniciadas é menor, conforme o nível de escolaridade da mãe aumenta. Por outro lado, a mesma relação se estabelece com relação ao uso de método contraceptivo, já que o maior uso está para aquelas cuja mãe possui ensino fundamental completo/médio incompleto, enquanto o menor uso está para aquelas que não souberam informar o nível de escolaridade materna e as que possuem mãe com ensino médio incompleto/superior incompleto. Entretanto, as diferenças no uso de método contraceptivo segundo a escolaridade da mãe são ínfimas.

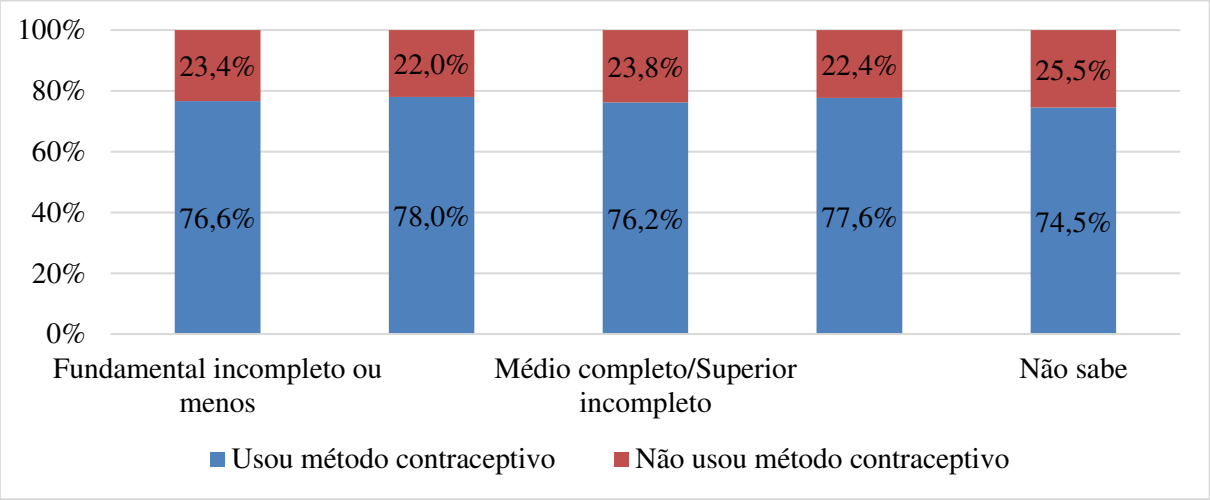
Sendo assim, o dado aponta que a condição socioeconômica familiar não indica com tanta precisão a vulnerabilidade da saúde sexual da estudante. Neste caso, é questionado se escolaridade da mãe, ou seja, a condição socioeconômica familiar da estudante, delimita-se como uma boa variável explicativa sobre o uso de método contraceptivo. No entanto, vemos que as meninas com melhor condição socioeconômica familiar ocupam a segunda posição referente a menor iniciação sexual e maior uso de método contraceptivo. Em contrapartida, aquelas em pior condição socioeconômica familiar ocupam a segunda posição com relação ao maior uso de métodos e maior iniciação sexual.

Gráfico 9 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com o nível de escolaridade da mãe, segundo a iniciação sexual, 2019.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Gráfico 10 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com o nível de escolaridade da mãe, segundo o uso de método contraceptivo, 2019.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Os dados referentes a dependência administrativa apresentam resultados mais significativos para ambos os sexos. Na tabela a seguir observa-se que, de modo geral, a proporção de estudantes iniciados/as nas escolas públicas é maior que nas escolas privadas, enquanto o uso de método contraceptivo é maior para os estudantes de escolas privadas, em ambos os sexos. Ou seja, estudantes de escolas públicas estão mais expostos a contrair ISTs e a gravidez que os estudantes de escolas públicas.

Tabela 11 – Distribuição percentual dos/as estudantes brasileiros/as de 13 a 17 anos de acordo com a dependência administrativa, segundo a iniciação sexual, o uso de método contraceptivo e o sexo, 2019.

Dependência administrativa	**Iniciação sexual**				**Uso de método contraceptivo**			
	Homens		**Mulheres**		**Homens**		**Mulheres**	
	Iniciado	Virgem	Iniciada	Virgem	Usou	Não usou	Usou	Não usou
Pública	36,3%	63,7%	31,8%	68,2%	76,1%	23,9%	76,1%	23,9%
Privada	22,6%	77,4%	19,4%	80,6%	79,4%	20,6%	80,8%	19,2%

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

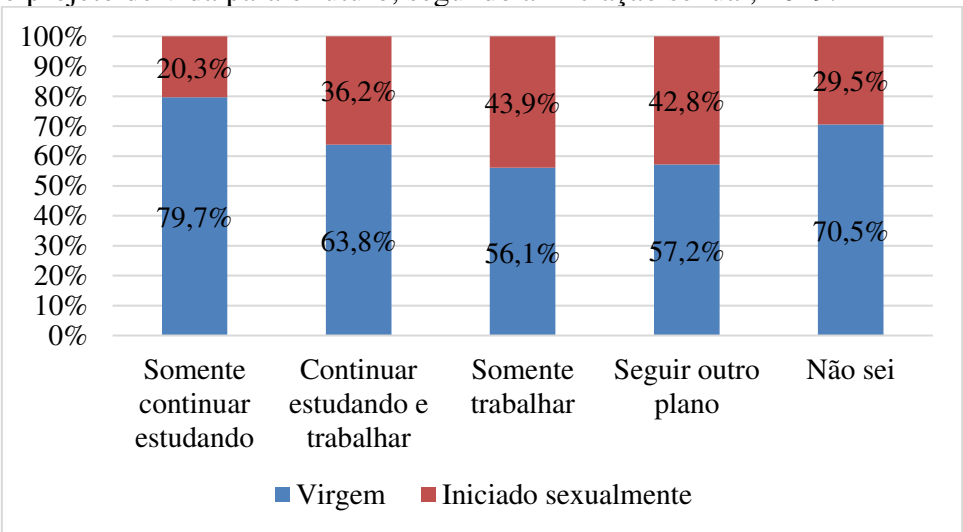
Tendo em vista as pesquisas que analisam essa relação (MALTA ET.AL., 2011; BORGES ET.AL., 2016; FELISBINO-MENDES ET.AL., 2018), trate-se de um resultado esperado para os dados da PeNSE de 2019. Além disso, observa-se também que a proporção de iniciados é maior para os homens de escolas públicas, comparado as mulheres de escolas públicas, e o uso de método contraceptivo é maior para entre as meninas das escolas privadas, comparado aos homens de escolas privadas – porém, com uma diferença bem pequena.

Tendo em vista todos os dados, conclui-se que a condição socioeconômica do/a estudante apresenta peso significativo enquanto fator que influência a distribuição da iniciação sexual e do uso de método contraceptivo. Logo, a saúde sexual será mais ou menos vulnerável, conforme a inserção socioeconômica do estudante. Para os homens a relação entre a vantagem social, menor iniciação e maior uso de métodos ocorreu tanto para a escolaridade materna, quanto para a dependência administrativa. Para as mulheres essa relação também se deu, porém a vantagem social apontada através da dependência administrativa mostrou-se mais significativa no tocante ao comportamento sexual de maior e menor risco.

Outro objetivo da pesquisa considera analisar a distribuição dos projetos de vida dos/as escolares, segundo os indicadores de comportamento sexual. De acordo com os dados, temos que, de modo geral, estudantes que aspiram dar continuidade a trajetória escolar adotam um comportamento sexual mais preventivo e estão em menor risco, e aqueles cuja aspiração centra-se exclusivamente no trabalho encontram-se no polo oposto, independente do sexo.

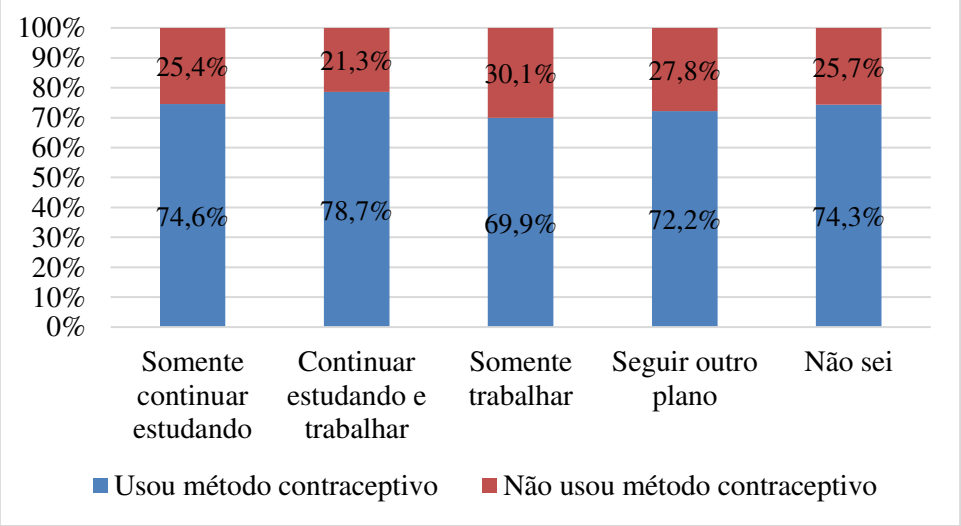
Nos gráficos 11 e 12 vemos que as pretensões dos garotos relativas a somente continuar estudando concentram uma proporção de iniciados muito menor que as demais aspirações, já aqueles que pretendem apenas trabalhar, por sua vez, representam os mais iniciados sexualmente. Uma relação semelhante ocorre com o uso de método contraceptivo, pois estudantes que aspiram continuar sua trajetória escolar em conjunto com o trabalho representam aqueles que mais utilizaram métodos contraceptivos, seguido por quem pretende só estudar, já o menor uso está para aqueles que aspiram apenas trabalhar, seguido pelos que pretendem seguir outro plano.

Gráfico 11 – Distribuição percentual dos estudantes brasileiros de 13 a 17 anos de acordo com o projeto de vida para o futuro, segundo a iniciação sexual, 2019.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

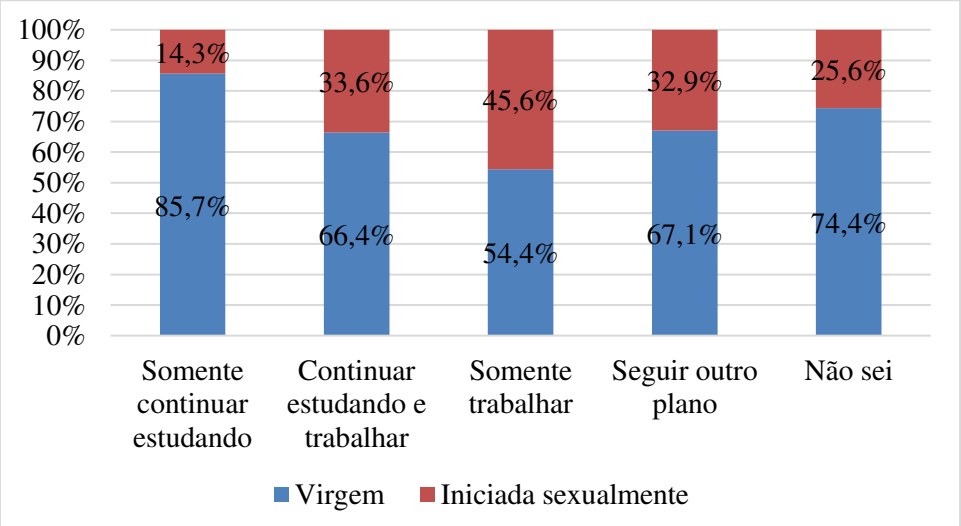
Gráfico 12 – Distribuição percentual dos estudantes brasileiros de 13 a 17 anos de acordo com o projeto de vida para o futuro, segundo o uso de método contraceptivo, 2019.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

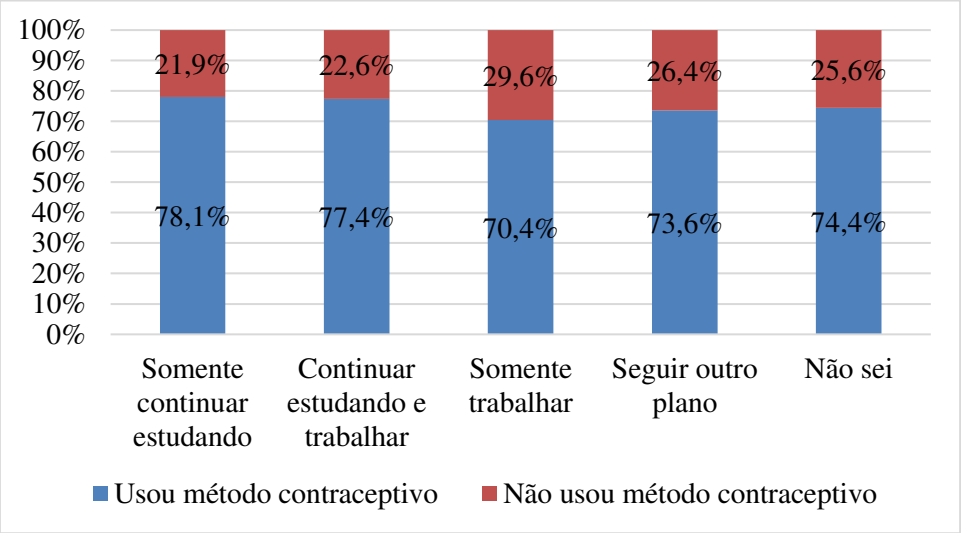
O mesmo ocorre com as garotas. Nos gráficos 13 e 14 observamos que os projetos de vida ligados a ampliação da trajetória escolar, exclusivamente, concentram menor proporção de iniciadas sexualmente e as que mais utilizaram método contraceptivo, enquanto a aspiração ligada somente ao trabalho concentra as garotas que mais se iniciaram e que menos utilizaram método contraceptivo. Ou seja, o exercício da sexualidade mais preventiva se distribui principalmente entre os projetos de vida ligados a escolarização, enquanto os projetos que visam a entrada no mercado de trabalho ou seguir outro plano apontam para um comportamento sexual de maior risco.

Gráfico 13 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com o projeto de vida para o futuro, segundo a iniciação sexual, 2019.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Gráfico 14 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com o projeto de vida para o futuro, segundo o uso de método contraceptivo, 2019.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Especula-se neste caso que o comportamento preventivo ligado aos projetos de vida que aspiram dar continuidade a escolarização tem como plano de fundo o investimento no capital humano visando uma qualificada inserção no mercado de trabalho. Logo, iniciar a vida sexual ou correr o risco de engravidar a si ou a parceira, podem representar um obstáculo aos planos para o futuro. Em contrapartida, aqueles que pretendem somente trabalhar não teriam maiores preocupações com a inserção qualificada no mercado de trabalho.

A hipótese, neste caso, é que estes/as estudantes já estariam no mercado de trabalho e/ou inseridos num meio social e familiar marcado por desvantagens socioeconômicas. Logo, o comportamento sexual marcado pela maior iniciação sexual e menor prevenção podem ser lidos como a entrada antecipada na vida adulta, tendo em vista o processo de desigualdade que marca a transição para a vida adulta, no qual a possibilidade a de gravidez não representaria um problema, mas sim algo esperado, ou mesmo desejado.

Da mesma maneira, estudantes que pretendem seguir outro plano – o que não inclui a escolarização ou a inserção no mercado de trabalho – também pertenceriam a famílias em desvantagem social. Dessa forma, as aspirações podem estar direcionadas a entrada prematura na vida adulta por meio da formação de família, incluindo o casamento e/ou a maternidade e paternidade. Por isso, não haveria igualmente motivos para postergarem sua iniciação sexual, pelo contrário. Isso explicaria o comportamento menos preventivo deste grupo.

Todas essas hipóteses são especulativas. Entretanto, os dados na Tabela 12 apontam que dos projetos de vida que englobam exclusivamente a ampliação da trajetória escolar, a proporção de estudantes cuja mãe possui alta escolaridade é maior – representando 53,1% de

estudantes dos 2 grupos de mães mais escolarizadas. Já aqueles/as que pretendem apenas trabalhar ou seguir outro plano prevalece os/as estudantes com mães menos escolarizadas – 45,4% e 44% de estudantes dos 2 grupos de mães menos escolarizadas, respectivamente.

Tabela 12 – Distribuição percentual dos/as estudantes brasileiros/as de 13 a 17 anos de acordo com o projeto de vida para o futuro, segundo o nível de escolaridade da mãe, 2019.

Nível de escolaridade da mãe	**Projeto de vida para o futuro**				
	Somente continuar estudando	Somente trabalhar	Continuar estudando e trabalhar	Seguir outro plano	Não sabe
Fundamental incompleto ou menos	18,5%	33,2%	25,8%	31,5%	23,7%
Fundamental completo/Médio incompleto	11,4%	12,2%	15,3%	12,5%	11,4%
Médio completo/Superior incompleto	27,0%	19,0%	28,3%	19,7%	14,6%
Superior completo	26,1%	6,6%	14,7%	12,4%	10,4%
Não sabe	17,0%	29,0%	15,9%	23,9%	40,0%

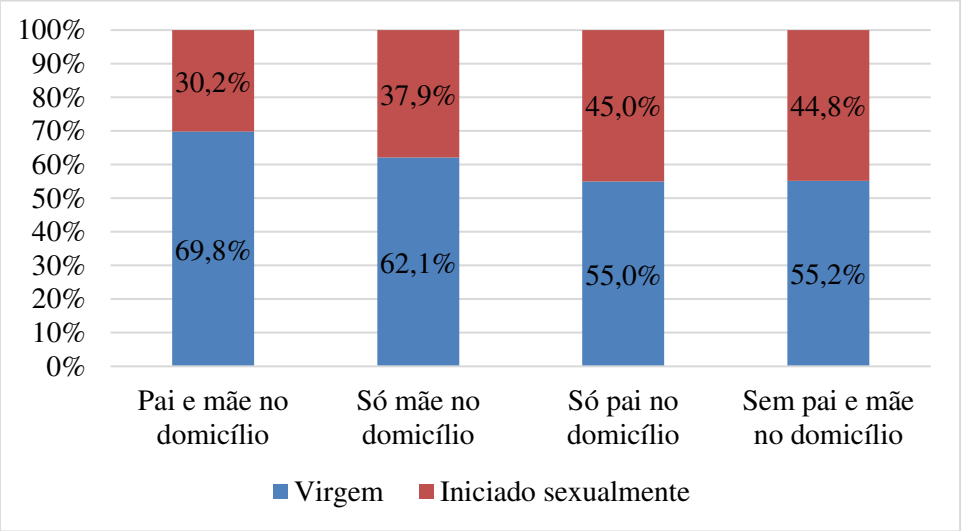
Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Pensando agora nos elementos e relacionamentos estruturais que impactam a vida do/a adolescente, partiremos para as análises considerando as variáveis relacionadas a família e a escola. Os dados a seguir irão averiguar a proporção de iniciados/as e do uso de método contraceptivo segundo a família através das variáveis de estrutura familiar e relacionamento familiares, esta última baseado em 3 perguntas distintas. Por último, segundo a escola, no qual serão considerados a educação sexual recebida na escola e o desempenho escolar a partir da variável correspondência idade-série/ano.

Com relação a família, os dados nos quatro gráficos abaixo apontam que, de modo geral, a estrutura familiar do/a estudante influência na distribuição segundo a iniciação sexual e o uso de método contraceptivo. Dessa forma, nos domicílios cujos ambos os pais se encontram ausentes concentra a distribuição de adolescentes com maior comportamento sexual de risco.

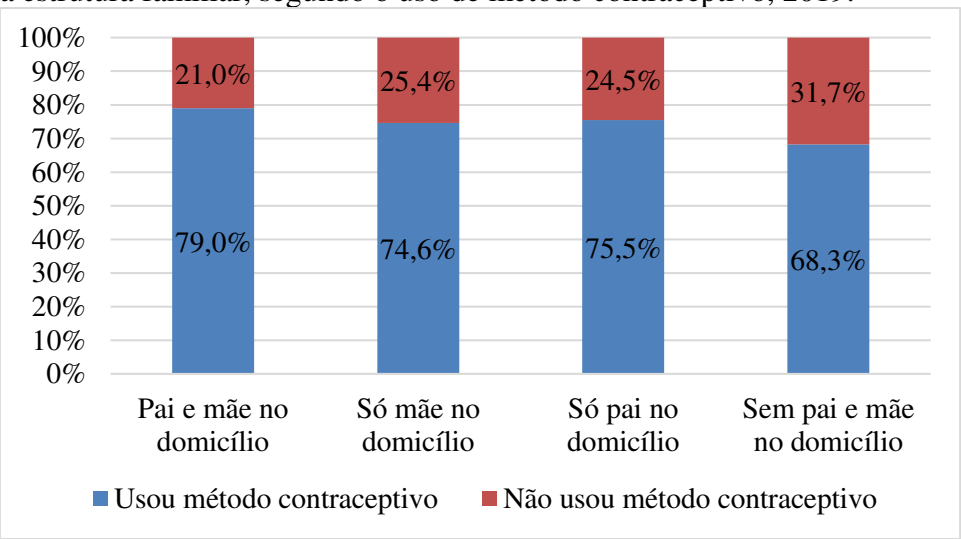
Para os estudantes do sexo masculino, o Gráfico 15 aponta que a maior proporção de estudantes iniciados sexualmente diz respeito aos que moram apenas com o pai, seguido por aqueles que moram sem ambos os pais, todavia aqueles cuja estrutura é formada por mãe e pai concentra a menor proporção de iniciados. Já o uso de método contraceptivo, referente ao Gráfico 16, demonstra que a utilização do método é maior entre os estudantes com estrutura familiar com pai e mãe no domicílio, e menor para aqueles com estrutura familiar sem ambos os pais.

Gráfico 15 – Distribuição percentual dos estudantes brasileiros de 13 a 17 anos de acordo com a estrutura familiar, segundo a iniciação sexual, 2019.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

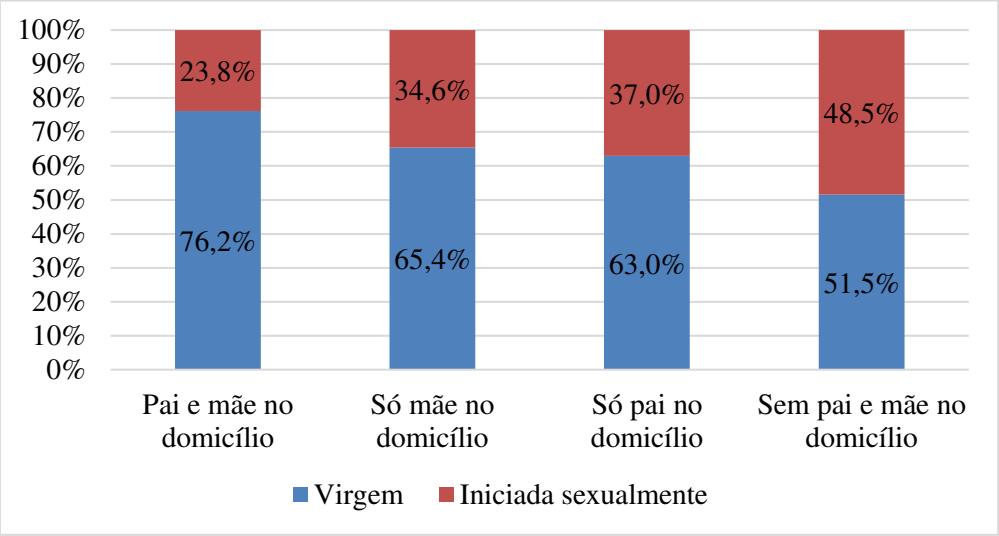
Gráfico 16 – Distribuição percentual dos estudantes brasileiros de 13 a 17 anos de acordo com a estrutura familiar, segundo o uso de método contraceptivo, 2019.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

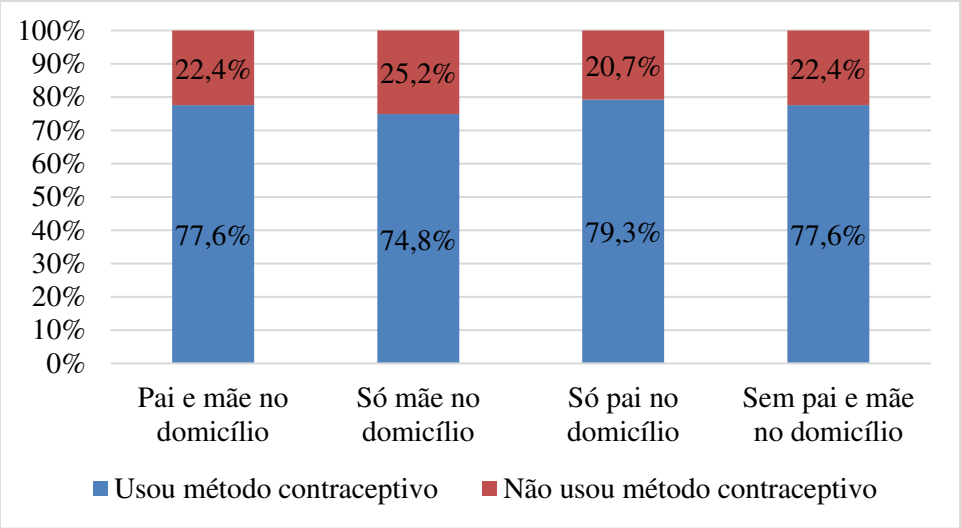
Com as garotas os resultados divergem um pouco. Vemos que maior distribuição de iniciadas sexualmente está para as que moram sem ambos os pais, valor mais elevado que para os homens, enquanto a maior proporção de virgens encontra-se nos domicílios com ambos os pais. Porém, a maior distribuição da utilização de métodos contraceptivos corresponde as garotas que moram apenas com o pai e a menor utilização do método representa aquelas que moram apenas com a mãe. Nos domicílios com ou sem ambos os pais a distribuição do uso de contraceptivo é idêntica, divergindo dos resultados para os garotos.

Gráfico 17 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com a estrutura familiar, segundo a iniciação sexual, 2019.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Gráfico 18 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com a estrutura familiar, segundo o uso de método contraceptivo, 2019.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Tendo em vista a centralidade da família sobre os indicadores de comportamento sexual (BOZON; HELBORN, 2006; ALMEIDA ET. AL., 2003, FURSTENBERG ET. AL., 1985), observamos que o comportamento relativo à iniciação sexual se distingue com relação ao uso de método contraceptivo. Assim pode-se refletir que a presença de ambos ou apenas 1 dos pais no domicílio proporciona maior controle sobre a sexualidade do/a adolescente. Por outro lado, a ausência de mãe e pai no domicílio, reduziria o controle sobre a sexualidade do/a estudante. Importante ressaltar que não se sabe qual é a composição do domicílio para aqueles/as que nessa situação, assim uma das constituições possíveis é que estes adolescentes

moram com seus respectivos parceiros/as, resultando então na maior concentração de iniciados e o menor uso de método contraceptivo, por parte dos homens.

Com relação apenas ao uso ou não de método contraceptivo a distribuição da estrutura familiar é muito diferente entre homens e mulheres. Para os homens, quando o assunto é prevenção a figura de ambos os pais se torna central e, em segundo, apenas do pai. Isso pode indicar que morar com ambos os pais proporciona aos homens maior influência sobre o comportamento sexual prevenido, voltado para o maior incentivo na utilização de método contraceptivo. Em contrapartida, para as meninas essa relação é indiferente, porém a prevenção é maior quando esta mora apenas com o pai, o que pode representar maior controle e preocupação por parte da figura paterna com a ocorrência de gravidez na adolescência, ao passo a baixa prevenção em domicílio com apenas a mãe pode indicar o maior conservadorismo da figura materna sobre a sexualidade feminina.

Outra contribuição da família diz respeito aos relacionamentos. Nas duas tabelas a seguir observamos o percentual dos/as estudantes virgens e iniciados/as, que usaram e não usaram método contraceptivo, de acordo com as suas relações familiares, baseadas em 3 critérios: 1 se os pais/responsável permitiram a ausência do/a estudante a escola; 2 se os pais/responsável tem conhecimento sobre como o estudante usa seu tempo livre; e 3 se os pais/responsável entendem os problemas e preocupações do/a estudante.

De modo geral, os dados mostram que a proporção de estudantes iniciados/as é menor quando os relacionamentos familiares marcados de maior transparência e entre os estudantes cujo(s) o(s) responsável(is) tem maior controle sobre as decisões do estudante, da mesma forma o uso de método contraceptivos será maior nestes casos, para ambos os sexos. Além disso, percebe-se que, apesar das diferenças entre homens e mulheres não serem muito expressivas, as relações familiares mais tensionadas são mais frequentes entre os meninos iniciados sexualmente.

Das 3 dimensões que qualificam os relacionamentos familiares, vemos que a maior distribuição de garotos sexualmente iniciados se concentra na variável relativa a ausência escolar sem a permissão do(s) responsável(is), enquanto que a menor distribuição de estudantes que usaram método contraceptivo corresponde quando este(s) nunca ou raramente sabem o que o adolescente faz no seu tempo livre. No outro extremo, a iniciação sexual é menor para aqueles que se ausentaram na escola diante da permissão do(s) responsável(is), assim como o uso de método contraceptivo é maior para quem sempre ou na maioria das vezes sente que seus problemas e preocupações são entendidos por estes.

Assim, este dado nos revela que os relacionamentos marcados por transparência e compreensão entre o estudante e seu(s) responsável(is) se conectam ao comportamento sexual de menor risco, enquanto o comportamento sexual de maior risco se conecta aos relacionamentos marcados menor transparência e controle entre o estudante e o(s) responsável(is).

Tabela 13 – Distribuição percentual dos/as estudantes brasileiros/as de 13 a 17 anos de acordo com os relacionamentos familiares, baseado em 3 perguntas, segundo a iniciação sexual e o sexo, 2019.

Relações familiares	**Homens**		**Mulheres**	
	Virgem	Iniciado sexualmente	Virgem	Iniciada sexualmente
NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, faltou às aulas ou à escola sem permissão de sua mãe, pai ou responsável?				
Não	69,3%	30,7%	73,9%	26,1%
Sim	51,6%	48,4%	52,0%	48,0%
NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência sua mãe, pai ou responsável sabia realmente o que você estava fazendo em seu tempo livre?				
Nunca/raramente	59,0%	41,0%	63,8%	36,2%
Às vezes	61,2%	38,8%	66,6%	33,4%
Sempre/Na maioria das vezes	68,5%	31,5%	71,7%	28,3%
NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência sua mãe, pai ou responsável entendeu suas preocupações e problemas?				
Nunca/raramente	60,1%	39,9%	64,9%	35,1%
Às vezes	65,7%	34,3%	69,3%	30,7%
Sempre/Na maioria das vezes	69,1%	30,9%	74,8%	25,2%

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Para as meninas esta relação também se estabelece, mas as dimensões analisadas se diferenciam levemente. Logo, a maior distribuição de meninas tanto sexualmente iniciadas, quanto aquelas que menos utilizaram método contraceptivo é quando faltaram a escola sem a permissão do responsável. No outro polo os relacionamentos familiares no qual as adolescentes se sentem que seus problemas e preocupações sempre ou na maioria das são compreendidos pelo(s) responsável(s), concentra-se maior distribuição de meninas virgens, tal como as que mais usaram método contraceptivo. Logo, temos que o comportamento sexual de risco também está centrado na transparência familiar entre a estudante e seu(s) responsável (s), por outro lado o sentimento de compreensão nas relações familiares tem relação com o comportamento sexual preventivo.

Tabela 14 – Distribuição percentual dos/as estudantes brasileiros/as de 13 a 17 anos de acordo com os relacionamentos familiares, baseado em 3 perguntas, segundo o uso de método contraceptivo e o sexo, 2019.

Relações familiares	Homens		Mulheres	
	Usou método contraceptivo	Não usou método contraceptivo	Usou método contraceptivo	Não usou método contraceptivo
NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, faltou às aulas ou à escola sem permissão de sua mãe, pai ou responsável?				
Não	78,0%	22,0%	79,9%	20,1%
Sim	72,4%	27,6%	68,3%	31,7%
NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência sua mãe, pai ou responsável sabia realmente o que você estava fazendo em seu tempo livre?				
Nunca/raramente	71,1%	28,9%	69,1%	30,9%
Às vezes	72,1%	27,9%	70,3%	29,7%
Sempre/Na maioria das vezes	79,3%	20,7%	79,5%	20,5%
NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência sua mãe, pai ou responsável entendeu suas preocupações e problemas?				
Nunca/raramente	73,6%	26,4%	72,9%	27,1%
Às vezes	72,1%	27,9%	76,5%	23,5%
Sempre/Na maioria das vezes	80,7%	19,3%	81,0%	19,0%

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Sendo assim, constata-se que a compreensão dos problemas e preocupações do adolescente pelos seus familiares é um elemento importante no tocante a prevenção, tendo em vista que o maior uso de método contraceptivo para os meninos e meninas foi para aqueles que sempre ou na maioria das vezes se sentem compreendidos. Nesse sentido, revela-se a importância de uma relação familiar marcada pela compreensão para a adoção de um comportamento sexual mais responsável, e tem-se como hipótese que nestes relacionamentos o diálogo se faz presente e, possivelmente, os/as estudantes tenham abertura para conversarem sobre práticas sexuais.

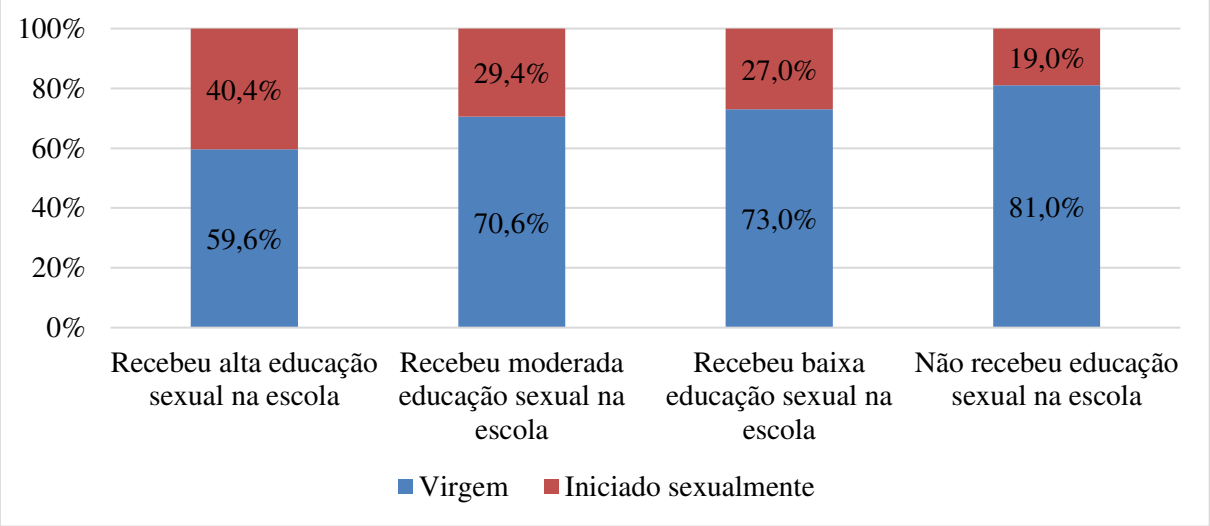
Por outro lado, o comportamento de risco está para os relacionamentos de menor transparência entre os familiares e o/a estudante de ambos os sexos e, no caso dos meninos, o conhecimento do(s) responsável(is) sobre o uso do tempo do adolescente também influência nisso. Logo, pode-se argumentar que a ausência ou excesso de controle por parte dos pais influência na relação menos transparente por parte do/a adolescente, compactuando com a maior iniciação sexual e o menor uso de método contraceptivo. Cabe, portanto, a interrogação sobre o porquê o/a estudante esconder a sua ausência escolar ou porque não relata como passa seu tempo livre, assim como qual tem sido o papel do responsável na supervisão destes fatores.

Por fim, resta avaliar em que medida a educação sexual e o desemprenho escolar auxiliam na leitura sobre a iniciação sexual e o uso de método contraceptivo.

Dos dados referentes a educação sexual, observamos comportamentos dissonantes entre a iniciação sexual e o uso de método contraceptivo. De maneira geral a distribuição se estudantes, de ambos os sexos, que mais utilizaram método contraceptivo foram aqueles que receberam moderada educação sexual na escola, ou seja, das 3 dimensões contempladas na proxy de educação sexual, a maior prevenção está para aqueles que receberam 2 informações referentes a assuntos sexuais. Por outro lado, a menor distribuição daqueles que utilizaram método contraceptivo é de quem não recebeu educação sexual, ou seja, não teve orientação sobre nenhuma das 3 dimensões, independente do sexo. Já o comportamento sexual referente a iniciação se distingue destes resultados.

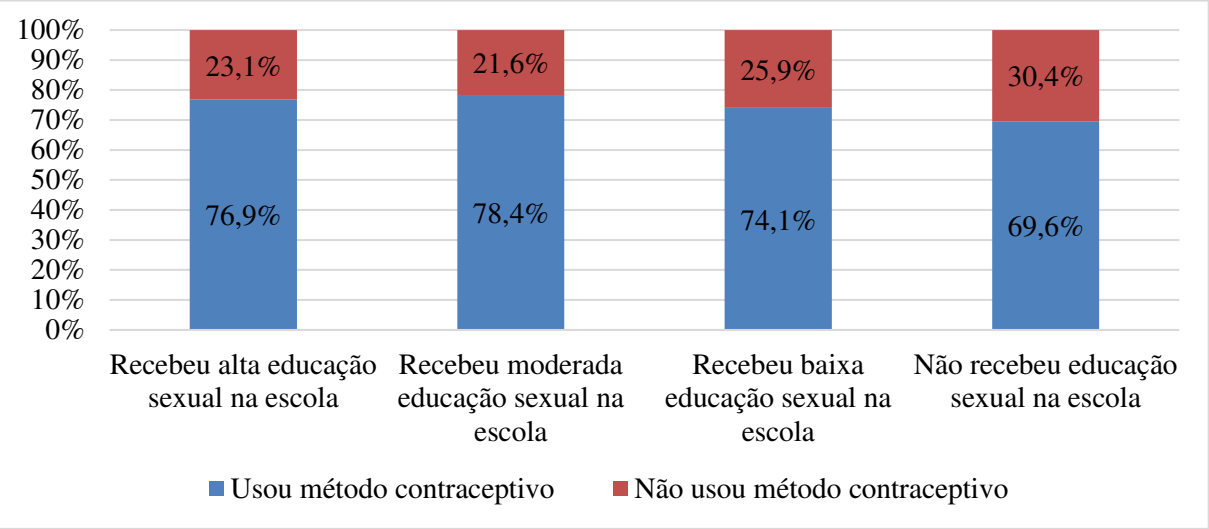
Dos alunos que mais se iniciaram sexualmente a educação sexual escolar recebida foi alta, enquanto aqueles que mais usaram método contraceptivo a educação sexual era moderada. Em compensação, tanto aqueles que menos se iniciaram e menos utilizaram métodos corresponde aos que não receberam educação sexual. No caso das meninas o mesmo cenário se repete, porém de forma menos incisiva que para os homens.

Gráfico 19 – Distribuição percentual dos estudantes brasileiros de 13 a 17 anos de acordo com o nível da educação sexual recebida na escola, segundo a iniciação sexual, 2019.



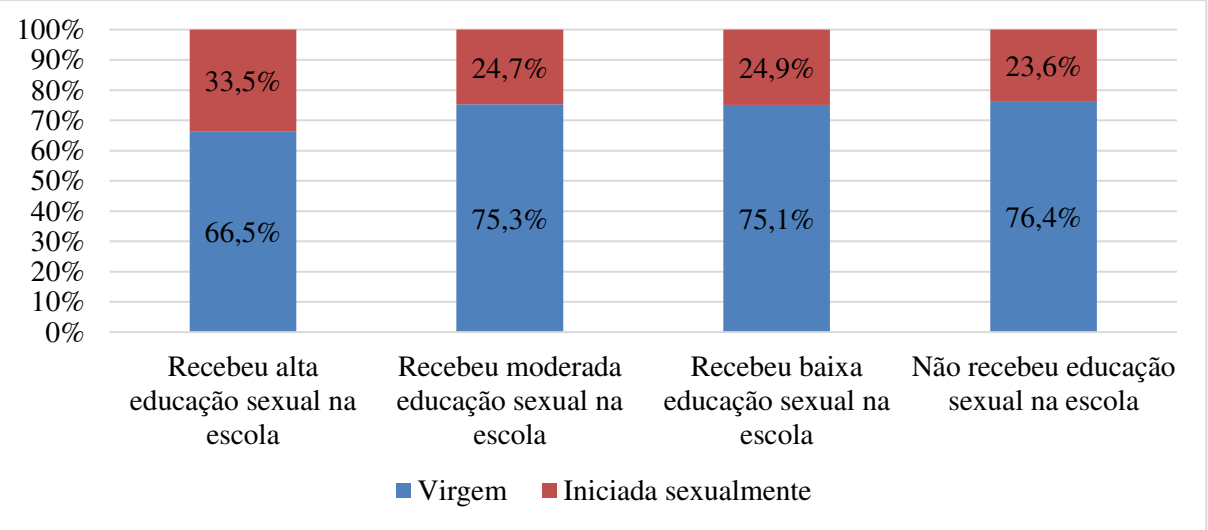
Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Gráfico 20 – Distribuição percentual dos estudantes brasileiros de 13 a 17 anos de acordo com o nível da educação sexual recebida na escola, segundo o uso de método contraceptivo, 2019.



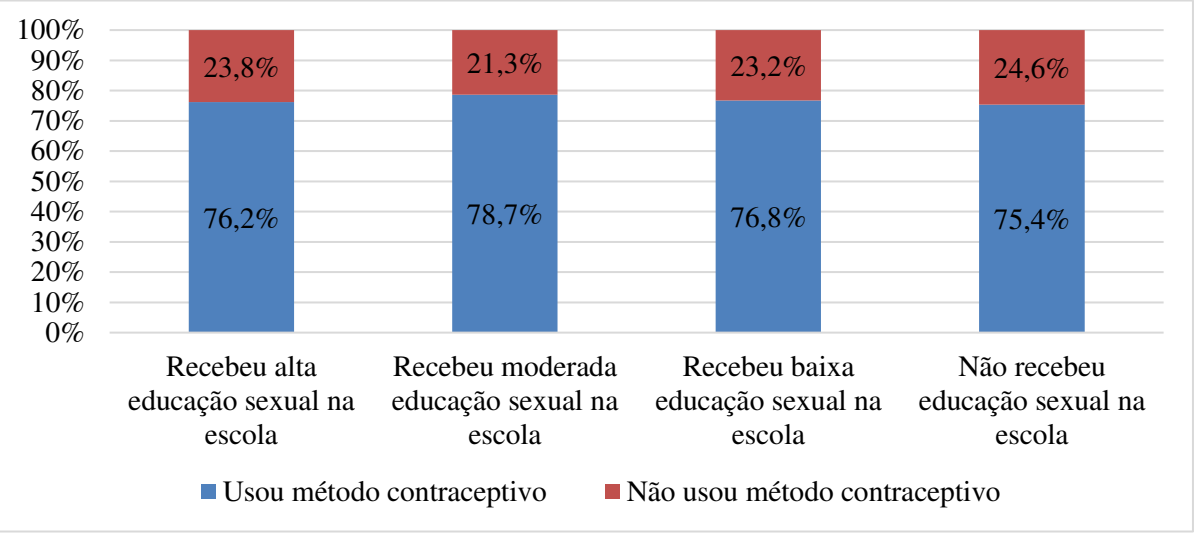
Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Gráfico 21 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com o nível da educação sexual recebida na escola, segundo a iniciação sexual, 2019.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Gráfico 22 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com o nível da educação sexual recebida na escola, segundo o uso de método contraceptivo, 2019.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Tendo em vista a centralidade desta variável para a inferência sobre a maior e menor distribuição de um comportamento sexual prevenido, a Tabela 15 avalia a distribuição do uso de método contraceptivo para ambos os sexos, segundo os 3 tipos de orientação escolar captados pela PeNSE: prevenção a gravidez, prevenção a IST e como conseguir camisinha gratuitamente. O objetivo, portanto, é conhecer quais as dimensões de maior e menor impacto na distribuição do uso de método contraceptivo.

Dos dados abaixo, evidenciam-se que a variável como conseguir camisinha gratuitamente pode estar influenciando os resultados acerca da maior prevenção para os estudantes, meninos e meninas, que receberam moderada educação sexual. Dito de outra forma, a distribuição no uso de método contraceptivo é maior quando o/a estudante não recebeu orientação referente a essa questão do que quando recebeu. Assim, esta informação específica aparenta ter pouca ou nenhuma influência sobre o comportamento sexual de menor risco.

De acordo com a diferença entre quem recebeu e não recebeu orientação, segundo o uso de método contraceptivo, temos que: para ambos os sexos, a distribuição de maior diferença no uso de método contraceptivo está relacionada a orientação escolar sobre prevenção a IST, revelando que a transmissão de informações sobre as infecções sexualmente transmissíveis pode impactar no comportamento preventivo do/a adolescente. Por outro lado, o maior uso do método é apontado por aqueles que receberam informação referente a prevenção a gravidez.

Por fim, contrastando quem recebeu e não recebeu orientação escolar sobre cada uma das 3 dimensões analisadas, evidenciam também que a influência das orientações afeta

mais a distribuição no uso ou não de método contraceptivo para os homens que para as mulheres, tendo em vista que a diferença na utilização de método é ínfima entre quem recebeu ou não orientação, no caso das meninas.

Tabela 15 – Distribuição percentual dos/as estudantes brasileiros/as de 13 a 17 anos de acordo com a orientação recebida na escola sobre prevenção a gravidez, prevenção de HIV/AIDS ou outras ISTs e como conseguir camisinha gratuitamente, segundo o uso de método contraceptivo e o sexo, 2019.

Orientação escolar sobre educação sexual	**Homens**		**Mulheres**	
	Usou método contraceptivo	Não usou método contraceptivo	Usou método contraceptivo	Não usou método contraceptivo
Recebeu orientação sobre prevenção a gravidez	77,4%	22,6%	76,7%	23,3%
Não recebeu orientação sobre prevenção a gravidez	72,6%	27,4%	76,0%	24,0%
Recebeu orientação sobre prevenção de HIV/AIDS ou outras ISTs	77,3%	22,7%	76,6%	23,4%
Não recebeu orientação sobre prevenção de HIV/AIDS ou outras ISTs	70,5%	29,5%	76,1%	23,9%
Recebeu orientação sobre como conseguir camisinha gratuitamente	76,2%	23,8%	76,3%	23,7%
Não recebeu orientação sobre como conseguir camisinha gratuitamente	77,3%	22,7%	77,6%	22,4%

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Tendo em vistas estes dados, aponta-se que o nível da educação sexual escolar afeta a distribuição da iniciação sexual e do uso de método contraceptivo, porém de maneiras distintas. Os/as adolescentes mais iniciados sexualmente receberam alta educação sexual, enquanto os menos iniciados não receberam nenhuma educação sexual na escola. No caso da distribuição no uso de métodos contraceptivos, a utilização será menor para aqueles/as que não receberam educação sexual e maior quando o/a aluno/a recebeu moderada educação sexual e, nesse quesito, vimos que a orientação escolar sobre como conseguir camisinha gratuitamente pode estar influenciando este dado.

Desse modo, argumenta-se que os dados evidenciam a importância da educação sexual escolar para o comportamento sexual. Com relação a iniciação sexual, levanta-se que: primeiro, a concentração de iniciados/as entre os/as estudantes que receberam alta educação sexual na escola ocorre, pois, uma orientação completa sobre prevenção é direcionada ao público mais velho que, consequentemente, é mais iniciado sexualmente, além disso também pode indicar que as informações recebidas dão respaldo para essa tomada de decisão na vida

do/a estudante. No outro extremo, aqueles menos iniciado consequentemente não receberam nenhum tipo de orientação podem representar o público mais jovem, assim como sem as orientações referentes a prevenção, podem estes se sentir mais inseguros para a tomada de decisão.

Por fim, cabe mencionar que a influência da educação sexual escolar na distribuição dos indicadores foi menor do que se esperava, principalmente com relação ao maior uso de método contraceptivo. Nesse caso, deve-se ater ao tipo de dado que se tem, pois a única informação disponível é saber se o/a estudante recebeu orientação sobre 3 dimensões da educação sexual. Fora isso não se sabe se qual o conteúdo dessa educação, quando ou com que regularidade foi transmitida ao público, ficando a dúvida se afeta a mudança no comportamento sexual e aprendizado qualificado sobre sexo e prevenção.

A última variável que analisa a contribuição do fator escolar sobre o comportamento sexual é a correspondência idade-série/ano, avaliando assim o desempenho escolar. Dos dados abaixo observamos a maior distribuição de estudantes iniciados/as sexualmente, tal como a menor distribuição dos que usaram método contraceptivo é dos que se encontram em atraso escolar. No entanto, com relação ao uso de método contraceptivo, a diferença entre estudantes que se encontra em atraso ou em fase escolar é muito baixa, principalmente entre os homens.

Tabela 16 – Distribuição percentual dos/as estudantes brasileiros/as de 13 a 17 anos de acordo com a correspondência idade-série/ano, segundo a iniciação sexual, o uso de método contraceptivo e o sexo, 2019.

Correspondência idade-série/ano	Iniciação sexual				Uso de método contraceptivo			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	Iniciado	Virgem	Iniciada	Virgem	Usou	Não usou	Usou	Não usou
Em fase	30,1%	69,9%	27,8%	72,2%	76,6%	23,4%	77,0%	23,0%
Atraso	48,0%	52,0%	41,7%	58,3%	76,3%	23,7%	75,2%	24,8%

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Neste caso, expõem-se que a maior exposição a gravidez e IST está para alunos com baixo desempenho escolar, porém tal exposição se refere apenas a iniciação sexual. Com relação a utilização de contraceptivo, a distribuição de estudantes tanto em fase quanto em atraso escolar é quase a mesma, apontando que o desempenho escolar não afeta na distribuição de um comportamento mais ou menos protegido. Portanto, deve-se ater que a concentração de estudantes iniciados sexualmente que se encontram em atraso escolar revela uma exposição destes a possibilidade de exposição a gravidez e IST, mas como seu comportamento vem acompanhado de alto uso de método contraceptivo não se pode afirmar que este perfil se enquadra num grupo de risco, necessariamente.

Uma das questões que se coloca é que o desempenho escolar, medido pela correspondência idade-série/ano, indica elementos estruturais importantes, à medida que os estudantes em atraso escolar podem se enquadrar no grupo de maior vulnerabilidade socioeconômica, estando em atraso devido ao possível abandono/evasão seguido de retorno ao ambiente escolar. Sendo assim, argumenta-se, enquanto hipótese, que o perfil destes adolescentes compactuaria com o perfil daqueles ou daquelas que mais se iniciam sexualmente: menor condição socioeconômica, projeto de vida ligados ao mercado de trabalho – indicando o desejo pela entrada prematura na vida adulta – e estruturas familiares que fogem do modelo nuclear – dados corroborados a partir da distribuição da correspondência idade-série/ano e as variáveis mencionadas, presentes na Tabela 25 nos anexos.

Enquanto último elemento desta seção, temos o dado referente aos tipos de método contraceptivo mais e menos utilizados pelas adolescentes, na última relação sexual, presente na Tabela 17. Com relação a esse dado considera-se, portanto, o comportamento sexual relativo à prevenção para as mulheres exclusivamente.

Como esperado, a pílula anticoncepcional constitui o método mais utilizado pelas estudantes – 57,1% – e, tendo em vista a popularidade deste método entre as mulheres brasileiras em geral, alguns motivos para isso podem ser elencados. A pílula anticoncepcional, diferentemente do DIU, implante e do diafragma, é um método altamente acessível pois pode ser adquirido sem intermediação de um responsável e a um custo muito baixo. Além disso, dispensa a necessidade de receita médica e encontra-se disponível em qualquer farmácia. Logo, a pílula possui muitas vantagens frente a outros métodos, principalmente considerando que muitas adolescentes podem utilizá-lo sem o conhecimento dos pais/responsável.

O segundo método mais utilizado para prevenção de gravidez seja a pílula do dia seguinte. O uso do contraceptivo de emergência é recomendado apenas quando houver esquecimento do anticoncepcional ou quando a relação sexual ocorreu sem o uso de preservativo, ou quando há falha deste. Ou seja, a alta proporção de adolescentes que utilizaram a pílula do dia seguinte pode indicar que a última relação sexual ocorreu sem a premeditação do ponto de vista preventivo.

Em terceiro lugar, 13% das estudantes tiveram como preferência contraceptiva o uso de injetável, conhecido como uma versão mais moderna da pílula anticoncepcional, pois precisa ser utilizado apenas 1 vez ao mês, pelo menos – enquanto a pílula exige atenção da usaria por ser ingerido diariamente, cujo esquecimento configura um ônus. Novamente, este método enquadra-se como mais acessível que os demais métodos pelo seu baixo valor, facilidade de aplicação e alta disponibilidade em postos de saúde e farmácias. No entanto,

mesmo possuindo vantagens frente a pílula anticoncepcional não é o método mais utilizado pelas adolescentes. Alguns motivos para isso são: é um método menos popular e conhecido, necessitar de receita médica para ser administrado, e, principalmente, porque no caso da injeção trimestral, não pode ser utilizado por menores de 16 anos.

Dada as preferências contraceptivas das adolescentes, todos os três métodos citados são indicados e considerados eficazes para prevenir gravidez. Porém, chama a atenção que 6,4% das estudantes utilizem métodos contraceptivos os quais não se pode afirmar serem seguros ou eficazes na prevenção de gravidez, sendo: 3,3% das estudantes que não souberam informar qual método usado na última relação sexual, 2,2% utilizaram como método o coito interrompido e 0,9% a tabelinha.

Tabela 17 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos, segundo o tipo de método contraceptivo utilizado na última relação sexual, 2019.

Tipo de método contraceptivo	Número de casos	%
Pílula anticoncepcional	453.109	57,1
Pílula do dia seguinte	144.371	18,2
Injetável	103.353	13,0
Outro	33.747	4,3
Não sabe	26.359	3,3
Coito interrompido	17.588	2,2
Tabelinha	7.074	0,9
DIU	4.421	0,6
Implante	2.838	0,4
Diafragma	151	0,0
Métodos considerados ineficazes/não recomendados[32]	**51.021**	**6,4**

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

3.2 Análise descritiva: comportamento reprodutivo de estudantes brasileiras

Antes de partir para a análise dos dados, faz-se necessário algumas considerações. O comportamento reprodutivo na adolescência, nesta seção, diz respeito a ocorrência de gravidez das estudantes de 13 a 17 anos e não significa, necessariamente, que está sucedeu em nascimento. Portanto, os dados levantados não têm a pretensão de apontar o dimensionamento real da fecundidade adolescente brasileira, mas sim das influências e contextos no qual ocorre

[32] Soma dos métodos contraceptivos 1 Coito interrompido, 2 Tabelinha e 3 Não sabe, considerados não eficazes ou seguros, portanto, não recomendados para prevenção de gravidez.

a gravidez. Outra questão que se levanta é que o cenário de gravidez adolescente no Brasil extrapola os dados levantados pela PeNSE, isso porque boa parte das adolescentes grávidas estão fora do ambiente escolar.

Segundo o relatório da UNICEF (2021) sobre a exclusão escolar no Brasil, em 2019 (dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD) cerca 4.112 (13,9%) mulheres adolescentes, entre 11 a 14 anos, encontravam-se fora da escola por motivo de gravidez, aumentando para 71.504 (25,6%) no grupo etário de 15 a 17 anos. Logo, dos principais motivos para a evasão escolar, a gravidez ocupa a segunda posição para as adolescentes entre 11 a 17 anos. Pode-se dizer, nesse sentido, que o comportamento reprodutivo das estudantes de 13 a 17 anos consideradas nesta pesquisa representam uma minoria, tanto dentro da amostra da PeNSE, quanto para a dimensionamento do fenômeno no Brasil.

No entanto, estudar o fenômeno da gravidez na adolescência através das estudantes brasileiras, mesmo que potencialmente representem uma minoria, nos permite traçar o perfil das garotas que engravidaram e permaneceram na escola, sendo este o objetivo dessa seção. Além disso, pode-se avaliar melhor a influência da própria escola sobre o comportamento reprodutivo.

Passando para as análises, temos como primeiro dado que os maiores diferenciais entre as meninas que engravidaram e aquelas que não engravidaram se dão segundo a região de residência da estudante, seguido pela raça/cor e, por último, a idade. No tocante a idade, a ocorrência de gravidez é mais comum entre as mais meninas de 16 ou 17 anos, no entanto comparado àquelas com 13 a 15 anos as diferenças são pequenas – 0,7%. Ou seja, há um percentual relevante de garotas que engravidaram na adolescência média, comparada a adolescência tardia.

Por outro lado, a raça/cor apontou resultados inesperados, sabendo que a literatura aponta para a maior incidência de gravidez na adolescência para mulheres negras – soma de pretas e pardas – e indígenas. Os dados considerando as estudantes, especificamente, apontam que a maior ocorrência se dá para adolescentes amarelas, seguido pelas pretas, enquanto a menor distribuição está para as mulheres brancas e indígenas. Não significa que a gravidez na adolescência das brasileiras se distribui dessa forma, mas sim que a distribuição da ocorrência de gravidez para as meninas que permaneceram na escola é marcado por uma maioria com raça/cor amarela e minoria indígena. Considerando a pertinência da desigualdade racial no fenômeno conforme aponta a literatura, pode-se dizer que adolescentes negras e indígenas que experienciam a gravidez encontram-se majoritariamente fora do ambiente escolar.

Considerando a região, por sua vez, observa-se que a distribuição das meninas residentes do Sul do país representam as mulheres que menos engravidaram, enquanto aquelas que mais engravidaram concentram-se nas regiões Nordeste, seguido pelo Norte e Sudeste. Com isso, verifica-se que o Sul e o Nordeste representam as regiões que menos e mais concentram a distribuição de estudantes segundo a ocorrência de gravidez.

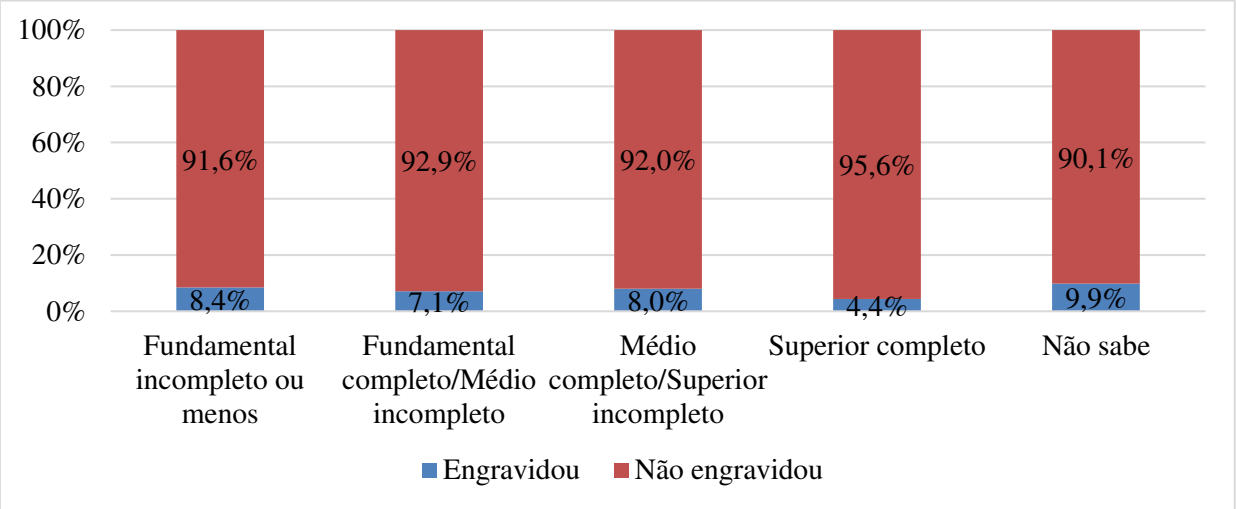
Tabela 18 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com as faixas de idade, raça/cor e região, segundo a ocorrência de gravidez, 2019.

Variáveis e categorias	**Ocorrência de gravidez**	
	Engravidou	Não engravidou
Faixas de idade		
13 a 15 anos	7,3%	92,7%
16 ou 17 anos	8,0%	92,0%
Raça/cor		
Branca	5,5%	94,5%
Preta	9,4%	90,6%
Amarela	10,2%	89,8%
Parda	9,0%	91,0%
Indígena	5,3%	94,7%
Região		
Norte	7,4%	92,6%
Nordeste	10,7%	89,3%
Sudeste	7,3%	92,7%
Sul	4,6%	95,4%
Centro-Oeste	6,7%	93,3%

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Com relação a condição socioeconômica, os dados revelam que a escolaridade da mãe não apresenta diferenças tão marcantes quanto os dados da dependência administrativa. Contudo, vê-se que a maior distribuição da ocorrência de gravidez ocorreu entre as estudantes que não souberam informar a escolaridade materna, seguida daquelas cujas mães possuem ensino fundamental incompleto ou menos. Do outro lado, a distribuição é menor para as filhas de mães mais escolarizadas, com ensino superior completo.

Gráfico 23 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com o nível de escolaridade da mãe, segundo a ocorrência de gravidez, 2019.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

A dependência administrativa, por outro lado, apresenta diferenças mais significativas: das escolares que já engravidaram, 8,2% frequentam escolas públicas e 2,8% escolas privadas. Nesse contexto, a dependência administrativa aparenta ser uma variável de maior influência na distribuição da ocorrência de uma gravidez comparado a escolaridade materna, necessitando de análises mais apuradas conforme o modelo de regressão.

Tabela 19 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com a dependência administrativa, segundo a ocorrência de gravidez, 2019.

Dependência administrativa	**Ocorrência de gravidez**	
	Engravidou	Não engravidou
Pública	8,2%	91,8%
Privada	2,8%	97,2%

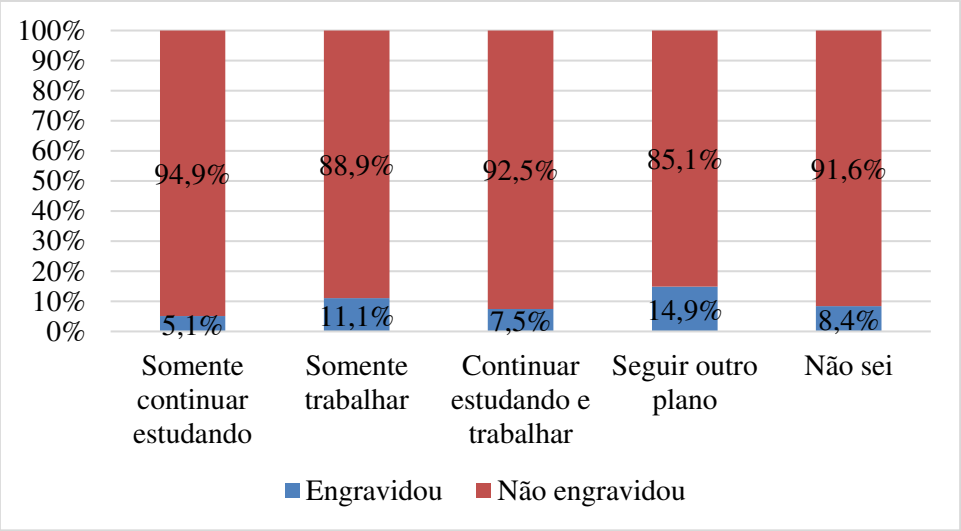
Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Nesse sentido, argumenta-se que a inserção socioeconômica das estudantes apontam ser relevantes na distribuição do fenômeno. Outra questão que se levanta é: a baixa escolaridade materna não foi um fator tão relevante na distribuição de estudantes que já engravidaram por que esse perfil condiz mais com as adolescentes fora da escola?

Por outro lado, a distribuição da ocorrência de gravidez, de acordo com o projeto de vida que as estudantes aspiram para o futuro apontam diferenças bastante significativas. Dos dados no Gráfico 24 vemos que a maior proporção de gravidezes se deu para as mulheres que aspiram seguir outro plano, seguido por aquelas que querem somente trabalhar e as que não

sabem o que querem para o futuro. Por outro lado, a menor proporção incluí os projetos de continuação aos estudos, principalmente as que aspiram exclusivamente estudar.

Gráfico 24 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com o projeto de vida, segundo a ocorrência de gravidez, 2019.



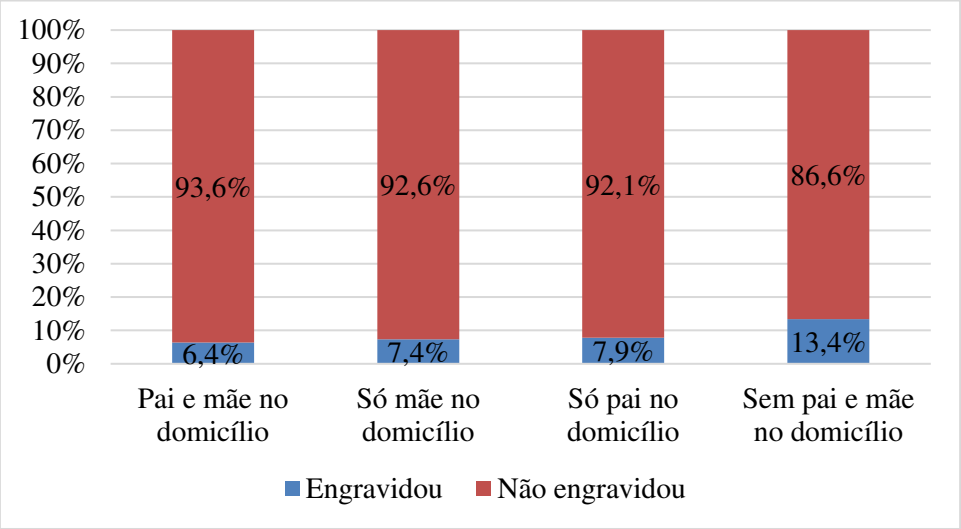
Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Não sabemos se a gravidez resultou de fato em nascimento para todas as mulheres, no entanto, podemos inferir primeiramente que, a menor distribuição na ocorrência de gravidez se concentra nos projetos de vida ligados a escolarização pois, a gravidez seria enxergada como um obstáculo para continuação da sua formação escolar. Em contrapartida, para aquelas que pretendem seguir outro plano, pode ser que a maternidade já se enquadre enquanto seu projeto de vida, podendo ser acrescentando outros desejos que vão no sentido de formar uma família, principalmente. Já aquelas que querem somente trabalhar estariam interessadas em desenvolver a independência em relação a família para sustentação de si e do/a filho/a.

De todo modo, a hipótese é de que mulheres que já experienciaram a gravidez – tendo a gravidez resultado ou não em nascimento – já fizeram a transição para a vida adulta ou pretendem fazê-lo mais rapidamente e, por isso, projetos cuja pretensão é ampliar a escolarização não teriam espaço em suas vidas ou no seu campo de possibilidades, assim como podem ser deixados de lado caso a gravidez tenha sucedido no nascimento de um filho.

Analisando agora a família, os dados sobre a estrutura familiar mostram que distribuição da ocorrência de gravidez manifesta-se preferencialmente nos domicílios cujo pai e a mãe se encontram ausentes, enquanto a menor distribuição se dá nos domicílios que contam com a presença de ambos os pais, principalmente, ou com a figura de apenas um deles. Assim, temos que mulheres que engravidaram encontram-se em domicílios 13,4% sem pai e mãe, 7,9 apenas com o pai, 7,4% somente com a mãe e 6,4% com ambos os pais.

Gráfico 25 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com a estrutura familiar, segundo a ocorrência de gravidez, 2019.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Novamente, importa frisar que os dados não mostram com qual a constituição dos domicílios cujo pai e a mãe encontram-se ausente. Uma das possibilidades, nesse sentido, é que as estejam residindo com o parceiro ou com a família deste e, por isso, essa estrutura apresenta alta concentração de mulheres que engravidaram frente as outras.

Os relacionamentos familiares, por sua vez, revelam de modo geral que a transparência nas relações entre a estudante e o(s) responsável(is) também influenciam na distribuição da ocorrência de gravidez.

De todas as 3 dimensões de relacionamento familiar considerados, a distribuição da ocorrência de gravidez é maior para as adolescentes que nunca ou raramente relatam ao(s) seu(s) responsável(s) como usa o seu tempo livre. Da mesma forma, essa variável concentra a maior diferença, para as meninas que já engravidaram, entre estas e as que sempre ou na maioria das vezes relatam segundo a ocorrência de gravidez. Em segundo, a proporção de estudantes que já engravidaram alguma vez na vida é maior, também, considerando aquelas que faltaram a escola sem a permissão dos pais do que entre aquelas que não faltaram. Por último, o elemento que avalia a compreensão do(s) responsável(is) sobre os problemas e preocupações, não aponta diferenças marcantes na distribuição da ocorrência de gravidez entre as categorias, apontando ser a variável menos relevantes, frente as demais.

Tabela 20 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com os relacionamentos familiares, baseado em 3 perguntas, segundo a ocorrência de gravidez, 2019.

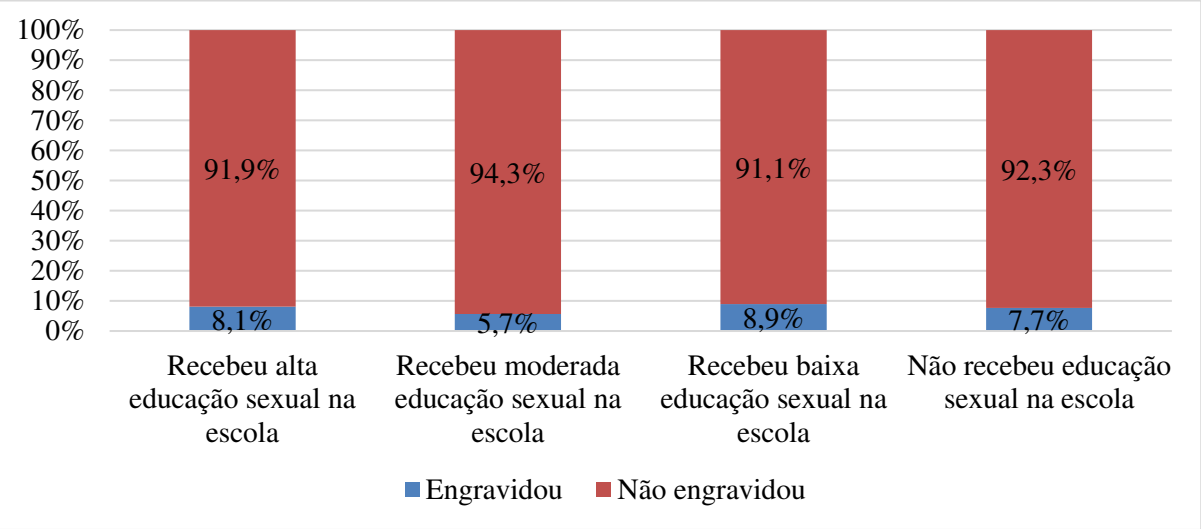
Relações familiares	**Ocorrência de gravidez**	
	Engravidou	Não engravidou
NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, faltou às aulas ou à escola sem permissão de sua mãe, pai ou responsável?		
Não	6,9%	93,1%
Sim	9,9%	90,1%
NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência sua mãe, pai ou responsável sabia realmente o que você estava fazendo em seu tempo livre?		
Nunca/raramente	11,3%	88,7%
Às vezes	8,3%	91,7%
Sempre/Na maioria das vezes	6,8%	93,2%
NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência sua mãe, pai ou responsável entendeu suas preocupações e problemas?		
Nunca/raramente	8,3%	91,7%
Às vezes	7,4%	92,6%
Sempre/Na maioria das vezes	7,3%	92,7%

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Sendo assim, pontua-se que tanto a maior transparência da escolar, quanto o maior controle do(s) seu(s) responsável(is), avaliados pelo conhecimento sobre como a adolescente usa seu tempo livre e quando falta a escola, possui influência na maior distribuição da ocorrência de gravidez. Logo, a ausência ou excesso de controle por parte da família parece influências na distribuição da ocorrência de gravidez. Tais elementos referentes a esse tipo de relacionamento devem ser considerados para pensar a prevenção contra a gravidez.

Pensando agora nos fatores escolares, os dados no Gráfico 26 mostram que a maior distribuição na ocorrência de gravidez é entre as estudantes que receberam baixa educação sexual escolar – ou seja, quando recebeu apenas 1 tipo de orientação sobre assuntos sexuais – e menor quando recebeu educação sexual moderada – quando recebeu 2 tipos de orientações sobre assuntos sexuais.

Gráfico 26 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com o nível da educação sexual recebida na escola, segundo a ocorrência de gravidez, 2019.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Com isso, pontua-se quando menos assuntos relativos a prevenção sexual são tratados, a distribuição de estudantes que engravidaram é maior. Isso explicita a necessidade da orientação escolar sobre a prevenção, como forma de combater gravidez na adolescência. No outro extremo, assim como foi para o comportamento sexual, receber moderada educação influencia menos na distribuição do evento.

Por outro lado, a ocorrência também é alta quando todos os assuntos sobre prevenção são transmitido as estudantes. Logo, um novo questionamento se levanta, sobre qual tem sido o papel da educação sexual escolar com relação a prevenção de gravidez na adolescência e, em que medida a informação e mensagem das orientações tem tido a capacidade de influenciar o comportamento reprodutivo. Pensando nisso, algumas hipóteses se levantam.

A primeira trata da exploração do banco de dados. Como não se sabe qual foi a ordem dos eventos, é possível que a ocorrência de gravidez na adolescência tenha ocorrido antes da maioria das estudantes ter recebido alta educação sexual – orientação completa sobre as 3 dimensões da prevenção contempladas pela proxy – e não depois.

Nesse caso, pode-se pensar que a educação sexual, quando oferecida nas escolas, ocorre por motivos de necessidade, ou seja, quando já há alguma incidência de casos de gravidez. Um dado que ajuda a corroborar esta informação é: quanto mais alto for o nível da educação sexual recebida, maior a prevalência de estudantes de escolas públicas comparada as escolas privadas, assim como, maior a ocorrência de gravidez na adolescência – dados disponíveis na Tabela 26 nos anexos.

Outra questão que se levanta é que, tendo em vista que os dados apontam apenas se a estudante recebeu ou não orientação sobre prevenção na escola, os dados indicam que a mensagem transmitida não atuou na mudança de comportamento como esperado. Ou seja, não sabemos qual foi o conteúdo, a abordagem e a regularidade sobre a educação oferecida, mas principalmente, qual foi o real nível de aprendizado da adolescente sobre prevenção, elementos que indicariam com precisão a influência da educação na distribuição do evento. Portanto, pode-se dizer que a educação sexual oferecida não tem sido eficiente na capacidade de mudanças sobre o comportamento reprodutivo, que por sua vez pode estar relacionado a resistência da escola em abordar o assunto de maneira clara, aberta e sem julgamentos.

Por fim, do dado referente a correspondência idade-série/ano na Tabela 21 observamos que das alunas que se encontram em atraso escolar, 13,4% já engravidaram alguma vez, enquanto para as que se encontram em fase, esse percentual equivale a apenas 6,2%. Ou seja, a distribuição de estudantes que engravidaram é maior quando se encontra em atraso escolar.

Tabela 21 – Distribuição percentual das estudantes brasileiras de 13 a 17 anos de acordo com a correspondência idade-série/ano, segundo a ocorrência de gravidez, 2019.

Correspondência idade-série/ano	**Ocorrência de gravidez**	
	Engravidou	Não engravidou
Em fase	6,2%	93,8%
Atraso	13,4%	86,6%

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Não se tem a informação sobre quando a gravidez ocorreu, ou mesmo se a gravidez resultou em nascimento. Sendo assim, o atraso escolar pode ser apenas reflexo da própria gravidez, ou seja, tendo engravidado a maternidade pode ter afetado o desempenho escolar ou levado a um afastamento temporário da escola, fazendo com que a estudante entrasse em atraso escolar após o evento, o que é também apontado pela literatura sobre o tema. Assim, pode-se dizer que elas estariam em atraso porque engravidam, ao invés de engravidar porque já se encontravam em atraso. No entanto, não é possível afirmar nenhuma das possibilidades. As duas situações são plausíveis.

3.3 Fatores associados ao comportamento sexual e reprodutivo dos/as estudantes de 13 a 17 anos no Brasil

3.3.1 Iniciação sexual

Destrinchando a contribuição das características gerias sobre as chances do/a estudante ter se iniciado sexualmente temos que a idade, como esperado, mostra ser o fator mais relevante para que o/a adolescente seja iniciado sexualmente, independentemente do sexo. Esse resultado vai de encontro com a análise descritiva quando observamos a discrepância entre iniciados/as com 13 a 15 anos e 16 ou 17 anos. Logo, comparado aos estudantes de 13 a 15 anos, aqueles na faixa de idade de 16 ou 17 anos possuem maiores chances de terem se iniciado/a sexualmente do que os mais jovens, da faixa de 13 a 15 anos. Nesse sentido, a chance é maior para as mulheres comparado aos homens.

Indo de encontro, também, com os dados da distribuição de iniciados/as segundo a região, os dados do modelo masculino apontou que estudantes de todas as regiões possuem menores chances de ter se iniciado comparado aos residentes da região Norte. Para as mulheres residentes do Sudeste, Sul e Centro-Oeste as razões de chance não apresentaram significância estatística, o que ocorreu somente com as residentes do Nordeste, cujas chances de terem se iniciado são 20% menores comparado com as residentes do Norte.

Com exceção da raça/cor, vemos que os negros, por exemplo, possuem 52% mais chances de terem se iniciado sexualmente se comparados aos brancos – corroborando os resultados anteriores, cujo a proporção de homens pretos iniciados sexualmente é a mais alta, dentre todas as raças/cores – 43,4%. Já com relação às demais raças/cores as diferenças são mais baixas. O resultado para as mulheres, entretanto, indica o oposto: a chance de iniciação sexual é menor para as demais raças/cores comparado às mulheres brancas. Nesse sentido, a manifestação da desigualdade racial nesse indicador tem maior poder explicativo para os homens.

Indo na contramão do que foi apontado na análise descritiva, no caso dos homens, quanto maior for a escolaridade materna, maiores as chances de o estudante ter se iniciado e não o contrário. Assim, estudantes cujas mãe possuem ensino superior completo tem 21% mais chance de ter se iniciado sexualmente em contraste aqueles com mães com ensino fundamental incompleto ou menos, revelando que a melhor inserção socioeconômica familiar do adolescente não parece levar à postergação da iniciação sexual para os homens quando se controlam outros fatores. Pelo contrário, as vantagens sociais indicam a antecipação da iniciação sexual.

Já para as meninas, os diferenciais baseados na escolaridade da mãe não são significativos para a maioria das categorias. Os resultados foram significativos apenas quando a mãe possui ensino médio completo/superior incompleto e, neste caso, há pouca diferença a ser sublinhada, pois as adolescentes filhas destas mulheres têm uma chance 6% menor de terem se iniciado sexualmente quando comparadas às filhas das mulheres com ensino fundamental incompleto ou menos. Ressalta-se que esses resultados referentes à escolaridade da mãe precisam ser considerados com muito cuidado, posto que um em cada cinco estudantes não indicou precisamente a escolaridade da mãe.

Por outro lado, a dependência administrativa aponta resultados mais concretos, para ambos os sexos. Nesse contexto, os dados evidenciam, comparado aos que frequentam a escola privada, tanto homens quanto as mulheres estudantes de escolas públicas possuem maiores chances de ter se iniciado sexualmente: essas chances são 48% maiores para os meninos e 46% maiores para as meninas que estudam em escola pública. Logo, se considerarmos a dependência administrativa como indicativo de condição social, estar em melhor condição social influência negativamente a iniciação sexual, para ambos os sexos.

A investigação do terceiro objetivo, por sua vez, mostrou resultados conclusivos para ambos os sexos, ou seja, como apontado nas análises anteriores o projeto de vida dos/as adolescentes revelou uma alta associação com a iniciação sexual, em ambos os sexos. Assim, comparado a plano futuro de somente continuar estudando, todos os demais projetos apresentaram chances maiores do/a estudante ser iniciado/a sexualmente, principalmente para aqueles/as que pretendem somente trabalhar.

De acordo com os dados, comparando quem aspira apenas estudar, as mulheres que pretendem apenas trabalhar possuem 2 vezes mais chances de ter se iniciado sexualmente, enquanto a chance é 99% maior para quem pretende continuar estudando e trabalhar, no caso dos homens que pretendem apenas trabalhar as razões de chances de ser sexualmente iniciado é de 98%. Ou seja, projetos de vida que não tem como meta apenas dar continuidade a trajetória escolar aumentam as chances das mulheres e homens em adiantam sua entrada na vida sexual.

Sendo assim, podemos concluir que os projetos de vida para o futuro dos/as estudantes têm bastante influência sobre a iniciação sexual, apontando que os planos futuros que envolvem apenas a escolarização mostram-se negativamente associado a ter se iniciado/a, enquanto os demais projetos, especialmente os que envolvem se inserir no mercado de trabalho apenas, se associam positivamente a iniciação.

A influência da família vai na mesma direção. O terceiro objetivo da pesquisa incluí investigar a possível associação entre a iniciação sexual com a estrutura e os relacionamentos

familiares. Segundo os resultados encontramos que, de fato, a família é uma variável explicativa de grande peso para a iniciação sexual, pois tanto a estrutura familiar quanto as variáveis de relacionamento familiar possuem resultados significativos.

Com relação a estrutura familiar os dados do modelo corroboram a análise descritiva. Comparando aqueles com estrutura familiar cujo ambos os pais se encontram presentes, os homens que moram apenas com o pai 63% mais chance de antecipar a vida sexual. No caso das meninas a estrutura familiar que possui maior correlação com a iniciação sexual é morar sem a mãe e o pai, para estas as chances de ter se iniciado são 2,4 vezes maiores, seguido por quem mora apenas com o pai.

Dado estas associações, verifica-se que estudantes cujo pai e a mãe se encontram no domicílio possuem maior chance de postergar sua entrada na vida sexual, enquanto quem mora sem ambos os pais antecipam a iniciação sexual. Contudo, no caso dos meninos, a maior chance de ter se iniciado se associa a morar com apenas o pai, o que pode indicar tanto uma educação familiar voltada ao incentivo da exploração sexual com objetivo de "perpetuar" a masculinidade predominante de virilidade, quanto o menor controle da sexualidade masculina.

Dos relacionamentos familiares, por sua vez, a variável com maior poder explicativo para a iniciação sexual diz respeito ao consentimento dos pais sobre a ausência escolar. Logo, estudantes do sexo masculino que faltaram a escola sem a permissão dos pais/responsável possuem 81% de chance de ter se iniciado sexualmente, já para as filhas nessa situação, as chances de ter se iniciado sexualmente são 2 vezes maior que para aquelas cujos pais permitiram a ausência escolar. Ou seja, relacionado a essa variável, as chances da iniciação sexual ter ocorrido é maior para as mulheres.

Já para os estudantes que sentem que seus problemas e preocupações nunca/raramente são compreendidos pelos pais/responsável possuem 28% mais chances de ter se iniciado comparado àqueles que sempre/na maioria das vezes se sentem compreendidos. Para as mulheres essa variável possui peso maior: aquelas que nunca/raramente se sentem compreendidas possuem 43% maiores chances de terem se iniciado. Por fim, comparando os estudantes cujos pais/responsável sempre/na maioria das vezes sabe o que o filho faz no seu tempo livre, aqueles que nunca/raramente sabem possuem 35% mais chances de terem se iniciado sexualmente. Para as meninas os resultados são mais baixos, porém significativos: estudantes cujos pais/responsável que nunca/raramente sabem o que a filha faz no seu tempo livre tem 27% mais chance de ter se iniciado sexualmente.

Baseado nessas informações, podemos inferir que um bom relacionamento com os pais, mais para as meninas que para os meninos, diminuem as chances do/da estudante ter se

iniciado sexualmente, havendo maior postergação da iniciação sexual. Ou seja, a transparência entre as relações familiares, assim como a compreensão e o controle dos pais auxiliam na postergação da iniciação sexual.

Por fim, atrelado ainda ao terceiro objetivo, a avaliação da contribuição da escola, através das variáveis de correspondência idade-série/ano e educação sexual recebida na escola, sobre a iniciação sexual apontam resultados que corroboram a análise descritiva.

Avaliando primeiramente o desempenho escolar do/a aluno/a, os resultados indicam que a correspondência idade-série/ano possui influência sobre a iniciação sexual, mas com grandes distinções entre os sexos. Enquanto os garotos em atraso escolar têm 70% mais chance de terem se iniciado comparado aos garotos em fase, para as garotas essa chance é 31% maior. Desse modo, pode-se inferir a influência do desempenho escolar sobre a iniciação sexual possui poder explicativo maior para os homens, o que vai de encontro com os resultados anteriores obtidos na análise descritiva.

Já a educação sexual recebida na escola apontam o seguinte: comparado a quem recebeu uma alta educação sexual, todos os demais níveis de educação apontam para chances menores de ter se iniciado sexualmente. Para os homens a chance é 62% menor para quem não recebeu educação sexual. Para as meninas os diferenciais são menores, pois as chances de ter se iniciado sexualmente é 26% menor para quem não recebeu educação sexual.

Dessa forma, percebe-se que receber uma alta educação sexual na escola está associado a maiores chances do/a estudante ter começado a vida sexual, ou seja, receber orientação completa sobre assuntos sexuais – prevenção a gravidez, prevenção a HIV/AIDS e ISTs, e sobre onde conseguir camisinha gratuitamente.

Tabela 22 – Resultados da regressão logística binária múltipla considerando a variável dependente "iniciação sexual" e categoria de referência "virgem", para cada variável independente, 2019.

Variáveis e Categorias	Mulheres				Homens			
	Sig. (0,05)	Odds	95% C.I. para Odds		Sig. (0,05)	Odds	95% C.I. para Odds	
			Inferior	Superior			Inferior	Superior
Faixa de idade – Categoria de referência "13 a 15 anos"								
16 ou 17 anos	0,00	4,24	4,08	4,41	0,00	3,03	2,91	3,16
Região – Categoria de referência "Norte"								
Nordeste	0,00	0,80	0,74	0,85	0,00	0,70	0,65	0,75
Sudeste	0,12	0,95	0,89	1,01	0,00	0,73	0,69	0,79
Sul	0,28	1,04	0,96	1,13	0,00	0,66	0,61	0,72
Centro-Oeste	0,31	0,95	0,87	1,04	0,00	0,71	0,65	0,77

Raça/Cor – Categoria de referência "Branca"								
Preta	0,00	0,87	0,81	0,93	0,00	1,52	1,43	1,62
Amarela	0,10	0,91	0,82	1,02	0,41	1,05	0,94	1,17
Parda	0,00	0,91	0,87	0,96	0,00	1,17	1,12	1,23
Indígena	0,00	0,82	0,73	0,93	0,00	1,18	1,05	1,32
Escolaridade da mãe – Categoria de referência "Fundamental incompleto ou menos"								
Fundamental completo/Médio incompleto	0,58	0,98	0,92	1,05	0,04	1,08	1,00	1,15
Médio completo/Superior incompleto	0,02	0,94	0,89	0,99	0,00	1,24	1,17	1,32
Superior completo	0,53	0,98	0,92	1,05	0,00	1,21	1,13	1,30
Não sabe	0,00	0,65	0,61	0,69	0,00	0,83	0,78	0,89
Dependência administrativa – Categoria de referência "Escolas Privadas"								
Escolas Públicas	0,00	1,46	1,36	1,56	0,00	1,48	1,39	1,57
Correspondência idade-série/ano – Categoria de referência "Em fase"								
Em atraso escolar	0,00	1,31	1,24	1,38	0,00	1,70	1,62	1,78
Projeto de vida – Categoria de referência "Somente continuar estudando"								
Somente trabalhar	0,00	2,88	2,56	3,24	0,00	1,98	1,81	2,16
Continuar estudando e trabalhar	0,00	1,99	1,88	2,12	0,00	1,66	1,56	1,77
Seguir outro plano	0,00	1,75	1,54	1,98	0,00	1,93	1,77	2,11
Não sei	0,00	1,60	1,44	1,77	0,00	1,33	1,21	1,45
Estrutura familiar – Categoria de referência "Pai e mãe no domicílio"								
Só mãe no domicílio	0,00	1,60	1,54	1,67	0,00	1,22	1,17	1,28
Só pai no domicílio	0,00	1,68	1,53	1,85	0,00	1,63	1,50	1,77
Sem pai e mãe no domicílio	0,00	2,47	2,30	2,65	0,00	1,50	1,38	1,63
Pais permitiram a ausência escolar – Categoria de referência "Não faltou a escola sem a permissão dos pais"								
Faltou a escola sem a permissão do responsável	0,00	2,08	1,98	2,18	0,00	1,81	1,73	1,90
Pais tem conhecimento sobre o uso do tempo livre – Categoria de referência "Sempre/Na maioria das vezes"								
Nunca/raramente	0,00	1,27	1,19	1,34	0,00	1,35	1,28	1,43
Às vezes	0,00	1,19	1,12	1,27	0,00	1,28	1,21	1,36
Constante	0,00	0,06			0,00	0,12		
Pais entendem os problemas e preocupações – Categoria de referência "Sempre/Na maioria das vezes"								
Nunca/raramente	0,00	1,43	1,37	1,50	0,00	1,28	1,22	1,34
Às vezes	0,00	1,26	1,20	1,33	0,54	1,02	0,97	1,07
Educação sexual – Categoria de referência "Recebeu alta educação sexual na escola"								
Recebeu moderada educação sexual na escola	0,00	0,83	0,79	0,88	0,00	0,70	0,67	0,74
Recebeu baixa educação sexual na escola	0,00	0,81	0,75	0,87	0,00	0,59	0,55	0,63
Não recebeu educação sexual na escola	0,00	0,74	0,69	0,79	0,00	0,38	0,35	0,41

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

3.3.2 Uso de método contraceptivo

Os modelos aplicados ao uso de métodos contraceptivos apresentaram pouca aderência com relação a várias variáveis explicativas que foram testadas. Para as garotas, as variáveis idade, nível de escolaridade da mãe e a correspondência idade-série/ano não foram incorporados ao modelo final, pois não foram significativas. Para os garotos, o mesmo ocorreu com a variável dependência administrativa.

Dito isso, avaliando as características gerais dos estudantes, chama a atenção que muitas categorias não apresentaram associação com a variável dependente, sendo $p>0,05$. Dos dados referentes à região do/a estudantes temos que, comparado aos residentes do Norte, meninos e meninas residentes no Sul possuem mais chances de usarem método contraceptivo. Em contrapartida as chances são menores entre as residentes do Sudeste e os residentes do Norte, corroborando as análises anteriores.

Das demais regiões brasileiras os resultados não foram estatisticamente significativos, indicando a não associação entre o uso de método contraceptivo e o local de residência. Contudo, destaca-se a alta prevalência sobre o uso de método contraceptivo dos sulistas, homens e mulheres, frente aos nortistas.

A raça/cor possui semelhante resultado ao da região: a raça/cor preta e indígena não mostrou ser significante para o não uso de método no caso das meninas, enquanto para os meninos isso ocorreu para aqueles de raça/cor amarela, parda e indígena. Sendo assim, os dados apontam que comparado aos brancos, as menores chances de ter usado contraceptivo está para os homens pretos, com 15% a mais de chance comparado aos brancos, e para as mulheres pardas, com 10% a mais de chance, o que revela a desigualdade racial. Apenas as mulheres amarelas possuem chances maiores de ter se prevenido na última relação, comparado as brancas.

Como dito anteriormente, algumas variáveis não foram incluídas no modelo final, como foi o caso das variáveis de condição socioeconômica de escolaridade materna, para as meninas, e de dependência administrativa, para os meninos.

Com isso, reforça-se o que foi apontado na análise descritiva de que a condição socioeconômica do estudante exerce baixa influência sobre o uso de método contraceptivo. Observa-se que mulheres estudantes de escolas públicas tem 14% menos chances de ter usado contraceptivo que as que frequentam escolas privadas. No caso dos homens, comparado aos estudantes cujas mães possuem nível de ensino fundamental incompleto ou menos, as chances

de ter se utilizaram método contraceptivo aumenta conforme a escolaridade da mãe aumenta, com exceção do grupo ensino médio completo/superior incompleto.

Sendo assim, pode-se inferir que possuir melhores condições socioeconômicas impacta no comportamento sexual de menor risco, mas de modo diferente entre ambos os gêneros, tendo em vista as variáveis consideradas para cada um.

Alinhado ao segundo objetivo da pesquisa, o projeto de vida apontou resultados significativos quanto a uso de contraceptivo apenas para as mulheres. Nesse caso o uso de método contraceptivo está mais associado ao projeto de vida que visa a continuação exclusiva da escolarização, frente aos demais grupos, enquanto a aspiração ao mercado de trabalho se associa com menor uso de contraceptivo, comparado as que pretender apenas estudar. Com relação ao projeto relacionado a seguir outro plano os resultados não foram significativos, assim como para nenhum projeto de vida dos homens, com exceção dos que pretendem continuar estudando e trabalhar e, nesse caso, as chances de se prevenir aumentam 23% comparados aos estudantes que pretendem apenas estudar.

Com isso avalia-se que os projetos de vida das estudantes influência o comportamento sexual relacionado ao maior e menor uso de métodos contraceptivos, apenas para as mulheres. Nesse caso, planos que fogem da trajetória escolar possuem chances mais associadas com o comportamento de risco.

Até o momento algumas variáveis e categorias não apresentam diferenças estatisticamente significativas com relação ao não uso de método contraceptivo, o que aponta para a baixa relação entre as variáveis escolhidas e a prevenção via métodos contraceptivos. Esse não é o caso das variáveis relacionadas a família, considerando tanto a estrutura quanto para os relacionamentos familiares, independente do gênero. Indo de encontro o que foi apontado nas análises descritivas, a família é uma variável de peso com relação ao comportamento sexual, com diferenças significativas entre homens e mulheres.

Para os estudantes do sexo masculino, comparado àqueles que possuem uma estrutura com pai e mãe no domicílio, todas as demais apresentam chances menores de ter utilizado nenhum método contraceptivo, principalmente entre aqueles que não contam com pai e nem mãe no domicílio. Para as meninas se deu o oposto: comparada a estrutura familiar com pai e mãe no domicílio, as chances de ter usado método contraceptivo são 27% maiores para quem reside apenas com o pai e 16% para aqueles que residem sem ambos, divergindo moderadamente dos resultados descritivos.

Isso indica, no caso delas, uma estrutura familiar sem as figuras materna e paterna não influenciam negativamente no uso de método contraceptivo e que, a figura paterna exerce

alta influência sobre o comportamento sexual de menor risco. Para os homens, no entanto, o risco situa-se nas estruturas sem pais presentes.

Apesar disso, relacionamentos mais transparentes e de maior controle parecem influir mais na prevenção para as meninas que para os meninos. Temos que, filhas que faltam a escola sem a permissão dos pais tem menos chance de não ter utilizado método contraceptivo, seguido por aquelas que nunca/raramente relatam ao(s) responsável(is) sobre como é usado seu tempo livre e quando às vezes sabem. Curiosamente, as maiores chances para de não ter usado método contraceptivo, no caso dos homens, está para aqueles cujos pais/responsável as vezes sabem como o filho usa seu tempo livre, seguido daqueles que nunca/raramente.

Dessa maneira podemos concluir, de forma semelhante a iniciação sexual, que as variáveis referentes aos relacionamentos familiares possuem alto peso explicativo sobre as chances de utilizar método contraceptivo, cujas variáveis de maior e menor peso divergem entre homens e mulheres. Enquanto para as mulheres a transparência nas relações familiares, avaliada pela ausência escolar sem a permissão dos pais/responsável, parece ser fator que mais contribui para o não uso de nenhum tipo de preventivo contra gravidez, para os homens dá-se quando às vezes sentem que seus problemas e preocupações são compreendidos, dados que vão de encontro as análises descritivas.

Ainda atrelado ao último objetivo as variáveis referentes a escola também possuem influência menor sobre o comportamento sexual. No que concerne a educação sexual recebida na escola, corroboram-se as análises descritivas. Comparado a quem recebeu uma alta educação sexual escolar, aqueles que receberam uma educação sexual moderada na escola tem mais chances de ter usado método contraceptivo – 21% para as mulheres e 19% para os homens. Também se observa que, para os meninos, as chances de ter se adotado comportamento preventivo diminui em 24% quando não recebeu educação sexual escolar, impacta positivamente no comportamento sexual de maior risco. Essa mesma categoria não representa significância para as meninas e, da mesma forma, receber uma baixa educação sexual não apresentou diferença significativa quanto ao não uso de método contraceptivo para ambos os sexos.

Por fim, avaliando a influência do desempenho escolar temos que o atraso escolar, para as mulheres, não se associa com o uso de método contraceptivo. Para os homens, no entanto, apesar de haver relação entre as variáveis, a diferença entre aqueles em fase e em atraso escolar é baixa. Logo, comparado aos estudantes em fase escolar, os estudantes em atraso tem 11% mais chance de ter adotado comportamento menos vulnerável.

Tabela 23 – Resultados da regressão logística binária múltipla considerando a variável dependente "uso de método contraceptivo" e a categoria de referência "não usou método contraceptivo na última relação sexual", para cada variável independente, 2019.

Variáveis e Categorias	Mulheres				Homens			
	Sig. (0,05)	Odds	95% C.I. para Odds		Sig. (0,05)	Odds	95% C.I. para Odds	
			Inferior	Superior			Inferior	Superior
Faixa de idade - Categoria de referência "13 a 15 anos"								
16 ou 17 anos	*	*	*	*	0,00	1,25	1,16	1,34
Região - Categoria de referência "Norte"								
Nordeste	0,14	0,91	0,80	1,03	0,08	1,11	0,99	1,25
Sudeste	0,03	0,88	0,78	0,99	0,53	0,96	0,86	1,08
Sul	0,00	1,24	1,07	1,45	0,00	1,34	1,16	1,56
Centro-Oeste	0,40	0,93	0,80	1,10	0,08	1,15	0,98	1,35
Raça/Cor - Categoria de referência "Branca"								
Preta	0,29	1,07	0,95	1,20	0,00	0,85	0,76	0,94
Amarela	0,00	1,43	1,15	1,77	0,54	0,94	0,77	1,14
Parda	0,01	0,90	0,83	0,98	0,05	0,92	0,84	1,00
Indígena	0,13	0,85	0,68	1,05	0,26	0,89	0,73	1,09
Escolaridade da mãe - Categoria de referência "Fundamental incompleto ou menos"								
Fundamental completo/Médio incompleto	*	*	*	*	0,00	1,30	1,15	1,47
Médio completo/Superior incompleto	*	*	*	*	0,01	1,14	1,03	1,26
Superior completo	*	*	*	*	0,00	1,44	1,28	1,62
Não sabe	*	*	*	*	0,16	1,08	0,97	1,20
Dependência administrativa - Categoria de referência "Escolas Privadas"								
Escolas Públicas	0,03	0,86	0,75	0,98	*	*	*	*
Correspondência idade-série/ano - Categoria de referência "Em fase"								
Em atraso escolar	*	*	*	*	0,01	1,11	1,02	1,20
Projeto de vida - Categoria de referência "Somente continuar estudando"								
Somente trabalhar	0,00	0,71	0,58	0,87	0,05	0,86	0,74	1,00
Continuar estudando e trabalhar	0,00	0,76	0,66	0,87	0,00	1,23	1,09	1,39
Seguir outro plano	0,25	0,87	0,68	1,10	0,42	0,94	0,81	1,09
Não sei	0,00	0,73	0,60	0,90	0,38	1,08	0,91	1,28
Estrutura familiar - Categoria de referência "Pai e mãe no domicílio"								
Só mãe no domicílio	0,06	0,93	0,86	1,00	0,00	0,83	0,76	0,89
Só pai no domicílio	0,01	1,27	1,07	1,51	0,01	0,84	0,73	0,96
Sem pai e mãe no domicílio	0,01	1,16	1,04	1,31	0,00	0,61	0,54	0,69

Pais permitiram a ausência escolar - Categoria de referência "Não faltou a escola sem a permissão dos pais"								
Faltou a escola sem a permissão do responsável	0,00	0,60	0,56	0,65	0,00	0,82	0,76	0,88
Pais tem conhecimento sobre o uso do tempo livre - Categoria de referência "Sempre/Na maioria das vezes"								
Nunca/raramente	0,00	0,66	0,60	0,72	0,00	0,78	0,71	0,85
Às vezes	0,00	0,67	0,61	0,74	0,00	0,77	0,70	0,84
Pais entendem os problemas e preocupações - Categoria de referência "Sempre/Na maioria das vezes"								
Nunca/raramente	0,00	0,74	0,68	0,81	0,00	0,78	0,71	0,84
Às vezes	0,00	0,81	0,73	0,89	0,00	0,65	0,59	0,71
Educação sexual - Categoria de referência "Recebeu alta educação sexual na escola"								
Recebeu moderada educação sexual na escola	0,00	1,21	1,09	1,34	0,00	1,19	1,08	1,30
Recebeu baixa educação sexual na escola	0,09	1,12	0,98	1,28	0,65	0,97	0,85	1,10
Não recebeu educação sexual na escola	0,78	0,98	0,87	1,11	0,00	0,76	0,66	0,87
Constante	0,00	8,18			0,00	3,47		

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

3.3.3 Ocorrência de gravidez

Os resultados do modelo final relacionado à ocorrência de gravidez não apontaram aderência as variáveis idade e a compreensão dos pais/responsável quanto aos problemas e preocupações das alunas. Além disso, as categorias de algumas variáveis também indicaram a não associação com o evento, tendo em vista o valor de p>0,05. Podemos dizer, portanto, que a influência de algumas variáveis explicativas a variável resposta é menor no que tange o comportamento reprodutivo comparado aos modelos anteriores sobre o comportamento sexual. Esse resultado vai de encontro com que se observou na análise descritiva.

Avaliando as características gerais das estudantes temos que, comparado as mulheres iniciadas do Norte, aquelas que residem no Nordeste tem 50% mais chance de ter engravidado, enquanto as do Sul possuem 26% menos, posicionando essas regiões em dois extremos. Para as demais regiões as diferenças não foram estatisticamente significativas. Tendo em vista os resultados anteriores, avalia-se que a região Sul do país apresenta a melhor performance quanto ao comportamento sexual e reprodutivo.

A raça/cor, por sua vez, apresentou significância em todas as categorias, com exceção das indígenas. O resultado aponta que todas possuem maiores chances de ter engravidado comparado as mulheres brancas, sendo: 55% de chances maiores para as amarelas, 34% para as pardas e 26% para as pretas. Com isso, chama a atenção que mulheres pretas e pardas apresentem chances menores que as mulheres amarelas, como dito anteriormente, porém em relação as mulheres brancas o resultado era esperado.

A condição socioeconômica, por sua vez, apresenta resultados mistos. Enquanto a dependência administrativa mostrou resultados mais concretos, o mesmo não ocorreu com relação ao nível de escolaridade materna. Observamos que estudantes que frequentam escolas públicas possuem 2,01 vezes mais chances de engravidar que as que frequentam escolas privadas, valor que chama atenção. No entanto, do nível de escolaridade da mãe, apontou ser significativo apenas para o ensino médio completo/superior incompleto e quando a estudantes não sabem a escolaridade da mãe. Em ambos os casos as razões de chances de ter engravidado são maiores, compara as meninas cujas mães possuem ensino fundamental incompleto ou menos, sendo 27% e 20% a mais de chance, respectivamente.

Dessa forma, podemos concluir que a condição socioeconômica familiar é apenas significativa quando a mãe possui ensino médio completo/superior incompleto e que a condição social, pensando nas estudantes de acordo com a dependência administrativa, revela ser fator preponderante para que tenha ocorrido alguma gravidez na vida da adolescente.

Em contrapartida, os resultados no que concerne ao projeto de vida, novamente, apresentam resultados concretos. Os dados indicam que as maiores chances de ter engravidado se dá para as todos os projetos de vida comparado aos que inclui somente estudar – com exceção daquelas que não sabem o que querem, cujo resultado não apresentou significância. O resultado é 2,58 vezes maior para as estudantes que pretendem seguir outros planos, 49% para as que querem somente trabalhar e 31% para continuar estudando e trabalhar.

Sendo assim, conclui-se que o projeto de vida relacionado ao aumento da escolarização somente se associação negativamente a ocorrência de gravidez. Conforme visto nas análises anteriores, esta variável, portanto, possui bastante influência sobre o comportamento sexual e reprodutivo adolescente, apontando que a pretensão de continuação da trajetória escolar contribui para a postergação da iniciação sexual, maior uso de método contraceptivo e menor ocorrência de gravidez.

Supreendentemente a família, diferente do que ocorre com o comportamento sexual, possui menos influência sobre a ocorrência de gravidez. Da estrutura familiar, por exemplo, morar sem o pai e a mãe foi a única categoria que apresentou associação estatística.

Logo, comparado ao domicílio com ambos os pais presentes, quando pai e mãe se encontram ausentes as chances de as mulheres iniciadas terem engravidado é 68% maior, indicando que a presença de ambos os pais impacta a possibilidade de ocorrência de gravidez.

Já os relacionamentos familiares, apontam que sentir que os problemas e preocupações são compreendidos ou não pelos pais/responsável não se associa a ocorrência de gravidez, uma vez que esta variável não foi incorporada ao modelo final. No mais, dos dados verifica-se que: alunas que faltaram a escola sem a permissão dos pais possuem 33% mais chance de ter engravidado, comparado àquelas que não faltaram sem permissão; e quando os pais/responsável nunca/raramente sabem o que a filha faz no seu tempo livre as chances são 41% maiores de ter engravidado, comparado quando sempre/na maioria das vezes os pais/responsável sabem. Aqueles que às vezes sabem não apresentou diferenças significativas. Com isso, os dados indicam que presença dos pais, assim a influência da sua autoridade, quando se faz presente, possuem impacto para menor ocorrência de gravidez.

Por fim, o impacto da escola sobre o comportamento reprodutivo apontou que o desempenho escolar tem influência positiva na ocorrência de gravidez na adolescência, como era esperado, porém a educação sexual indicou ser menos relevante. Assim, vemos que alunas em atraso escolar possuem 2 vezes mais chances de ter engravidado comparado as alunas em fase escolar. Enquanto para a educação sexual recebida, tem-se que as chances de ter engravidado são 38% menores quando recebida uma educação sexual moderada comparada a uma alta educação sexual. Os demais níveis de educação sexual escolar, por sua vez, não apresentaram significância estatística não havendo, portanto, associação.

Os dados, com relação a escola devem ser interpretados com cuidado, pois não se sabe o momento que a gravidez tenha ocorrido. Pensando nisso, as alunas podem ter engravidado já estando em atraso escolar, ou o atraso escolar pode ser um reflexo da gravidez, ou seja, seu baixo desempenho reflete a presença da maternidade. Importante ressaltar isso, pois é teoricamente conhecido que adolescentes que engravidam e frequentam a escola apresentam alta taxa de atraso por conta da maternidade.

Além disso, também não sabemos se a educação sexual oferecida pela escola ocorreu antes ou depois que os casos de gravidez tenham ocorrido, trazendo a dúvida se a promoção dessa educação seja, talvez, o reflexo de um cenário de altos índices de gravidez na escola. De todo modo, podemos inferir que receber uma alta educação sexual não influência negativamente a ocorrência de gravidez, situação essa que suscita questionamentos sobre qual tem sido o papel da escola em fornecer educação efetiva ou seja, que de fato promova a redução da gravidez na adolescência.

Tabela 24 – Resultados da regressão logística binária múltipla considerando a variável dependente "ocorrência de gravidez" e categoria de referência "não engravidou", para cada variável independente, 2019.

Variáveis e Categorias	Sig. (0,05)	Odds	95% C.I. para Odds	
			Inferior	Superior
Região - Categoria de referência "Norte"				
Nordeste	0,00	1,50	1,24	1,82
Sudeste	0,06	1,20	0,99	1,45
Sul	0,02	0,74	0,57	0,95
Centro-Oeste	0,74	1,05	0,80	1,36
Raça/Cor - Categoria de referência "Branca"				
Preta	0,01	1,26	1,05	1,52
Amarela	0,00	1,55	1,17	2,07
Parda	0,00	1,34	1,16	1,54
Indígena	0,12	0,71	0,47	1,09
Escolaridade da mãe - Categoria de referência "Fundamental incompleto ou menos"				
Fundamental completo/Médio incompleto	0,57	0,95	0,80	1,13
Médio completo/Superior incompleto	0,00	1,27	1,09	1,48
Superior completo	0,10	0,83	0,66	1,03
Não sabe	0,03	1,20	1,01	1,42
Dependência administrativa - Categoria de referência "Escolas Privadas"				
Escolas Públicas	0,00	2,01	1,48	2,73
Projeto de vida - Categoria de referência "Somente continuar estudando"				
Somente trabalhar	0,01	1,49	1,09	2,05
Continuar estudando e trabalhar	0,02	1,31	1,03	1,66
Seguir outro plano	0,00	2,58	1,86	3,58
Não sei	0,14	1,29	0,92	1,81
Estrutura familiar - Categoria de referência "Pai e mãe no domicílio"				
Só mãe no domicílio	0,60	1,04	0,91	1,18
Só pai no domicílio	0,34	1,14	0,87	1,48
Sem pai e mãe no domicílio	0,00	1,68	1,44	1,97
Pais permitiram a ausência escolar - Categoria de referência "Não faltou a escola sem a permissão dos pais"				
Faltou a escola sem a permissão do responsável	0,00	1,33	1,18	1,50
Pais tem conhecimento sobre o uso do tempo livre - Categoria de referência "Sempre/Na maioria das vezes"				
Nunca/raramente	0,00	1,41	1,22	1,62
Às vezes	0,64	1,04	0,88	1,23
Educação sexual - Categoria de referência "Recebeu alta educação sexual na escola"				
Recebeu moderada educação sexual na escola	0,00	0,62	0,52	0,74
Recebeu baixa educação sexual na escola	0,87	1,02	0,83	1,24
Não recebeu educação sexual na escola	0,15	0,86	0,70	1,05
Correspondência idade-série/ano - Categoria de referência "Em fase"				
Em atraso escolar	0,00	2,00	1,77	2,26

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No tange a saúde sexual e reprodutiva, sabemos que a gravidez na adolescência é um tema que preocupa as instituições sociais, entretanto reflete-se: o que tem sido feito para mudar o comportamento sexual dos adolescentes no Brasil? Como as práticas sexuais na adolescência tem sido enxergadas pela família, escola e as políticas públicas, e como isso ressoa na ocorrência de gravidez? Nesse contexto, é sabido que, embora o sexo seja assunto culturalmente disseminado na sociedade, ainda hoje os adolescentes o praticam de forma receosa, muitas vezes escondida e sem premeditação. O resultado disso é que as práticas sexuais são cercadas de desinformações e tabus, refletindo em altas taxas de fecundidade adolescente no país.

Embora a gravidez seja um problema, há uma resistência em reconhecer as práticas sexuais na adolescência por parte dos setores do Estado e da família. Dessa forma, cabe saber em que medida essas mesmas instituições impactam o comportamento sexual e reprodutivo, com objetivo de direcionar as políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva voltada aos adolescentes.

Retomando então a indagação analítica, a família a escola influenciam as práticas sexuais e reprodutivas dos adolescentes? Com base nos resultados podemos dizer que sim, porém com variações significativas entre uma esfera e outra e dependendo do sexo do adolescente. Além disso, observamos também que as características individuais e a condição socioeconômica também impactam o comportamento sexual e reprodutivo de modo significativo e, às vezes, de forma mais incisiva que a própria escola e família.

Indo nessa direção, os resultados apontam, por exemplo, que o projeto de vida do estudante é o elemento que contribui fortemente em todos os indicadores. Quando os projetos dos estudantes estão ligados a continuação da escolarização exclusivamente ou parcialmente, as evidências mostram que estes adotam um comportamento sexual mais preventivo e de menor risco, assim como há menor ocorrência de gravidez na adolescência.

Baseado nessa informação, podemos perceber que a ampliação das oportunidades escolares e o incentivo concreto do Estado para a permanência e continuação da escolarização são elementos centrais para que as práticas sexuais e reprodutivas se convertam em atos premeditados e responsáveis, além da reduzir a gravidez nessa faze da vida. No entanto, para que isso seja possível é necessário que a transição para a vida adulta ocorra mais tardiamente para todos os segmentos sociais, proporcionando aos adolescentes ter o estudo enquanto possibilidade concreta de futuro.

Outro resultado relevante mostrou que a família possui maior impacto nos comportamentos que a escola. Mesmo assim, uma educação sexual escolar moderada, ou seja, quanto dois assuntos sobre prevenção foram abordados, mostrou ser bastante significativa sobre o comportamento sexual preventivo e a menor ocorrência de gravidez. Da mesma forma, não receber nenhuma orientação escolar apontou para um maior comportamento sexual de risco, enquanto uma baixa educação sexual apontou para maior incidência de gravidez. Logo, conclui-se que receber educação sexual na escola contribui para práticas sexuais e reprodutivas mais preventivas e de menor risco.

No entanto, uma alta educação sexual escolar, quando o/a aluno/a recebeu todas as orientações sobre prevenção, não impactou de modo significativo o comportamento sexual e reprodutivo de menor risco, como se esperava. Com isso, questiona-se qual tem sido a qualidade do conteúdo promovido pelas escolas e qual a sua capacidade de transmitir uma mensagem eficiente ao seu público. Tendo em vista que, somente o real aprendizado sobre o sexo e a sexualidade são capazes de mudar o comportamento adolescente, também se questiona sobre qual a regularidade, o momento e de que forma tais orientações são oferecidas.

Muitos são os potenciais de uma educação sexual oferecida na escola, assim como, conforme mostram os dados, muitas são as demandas. Aponta-se, igualmente, para a necessidade de uma educação sexual que aborde homens e mulheres de maneiras distintas, tendo em vista as diferenças de gênero sobre os papéis sexuais e o maior impacto da escola sobre o comportamento masculino.

Ademais, verificou-se que a presença de ambos os pais, na maioria dos indicadores, assim como um bom relacionamento entre o estudante e a família, se converte em práticas sexuais e reprodutivas preventivas. Sendo assim, as políticas educacionais, e públicas de maneira geral, devem direcionar atenção especial aos adolescentes com estruturas familiares sem ambos pais ou aquelas monoparentais, assim como para aqueles/as com histórico de problemas e conflitos na família.

Salienta-se, também, que as políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva necessitam de uma abordagem que integre, conjuntamente, a família e a escola, tendo em vista o grande impacto da primeira. Assim, deve-se ter em mente que a educação sexual deve ser voltada também a família, de modo está possa dialogar e orientar o/a adolescente, de forma consciente e cientificamente informada, sobre sexo seguro e gravidez na adolescência.

Por fim, a abordagem das políticas públicas devem se ater a urgência de uma educação voltada as identidades de gênero na adolescência, com atenção especial aos homens e as desigualdades raciais nesse tema. Levando em consideração a antecipação sexual masculina e dos pretos e pardos, é necessário um debate no que concerne a masculinidade hegemônica e a manifestação do racismo a partir dela.

A antecipação sexual masculina revela o poder, ainda predominante, de uma masculinidade voltada para aprovação social da virilidade e para o alto desempenho sexual. Nesse sentido, a atuação da escola é essencial não só na promoção de uma educação sexual que seja, de fato, efetiva e eficiente, mas que atue também na construção positiva e menos desigual das identidades de homens e mulheres, segundo a sua raça/cor. Do mesmo modo, se faz imprescindível a integração da família para promoção uma maior igualdade de gênero e redução da opressão sobre o desempenho sexual masculino em tenra idade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEMAYEHU, Tewodros; HAIDER, Jemal; HABTE, Dereje. Determinants of adolescent fertility in Ethiopia. **Ethiopian Journal of Health Development,** Ethiopia, v. 24, n. 1, p. 30-38, 2010.

AQUINO, Estela M. L. et al. Gravidez na adolescência: a heterogeneidade revelada. In: HEILBORN, M. L. et al. (org.). **O aprendizado da sexualidade:** reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro, RJ: Garamond; Fiocruz, 2006. p. 310-360.

AQUINO, Estela M. L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, RJ, v. 19, Supl. 2, p. S377-S388, 2003.

BASSI, Camillo de Moraes. Exposição à maternidade precoce e estratos sociais das adolescentes brasileiras: justificativas via determinantes próximos das taxas de fecundidade.. Brasília, DF: **IPEA**, 2008. (Texto para Discussão, n. 1322).

BAY, Guiomar; POPOLO, Fabiana Del; FERRANDO, Delicia. **Determinantes próximos de la fecundidad:** una aplicación a países latino-americanos. Santiago de Chile: CELADE, 2003.

BERQUÓ, Elza Salvatori et al. Reprodução após os 30 anos no estado de São Paulo. **Novos Estudos CEBRAP,** São Paulo, SP, v. 1, n. 100, p. 09-25, 2014.

BERQUÓ, Elza; GARCIA, Sandra; LIMA, Liliam. Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, SP, v. 46, n. 4, p. 685-693, 2012.

BERQUÓ, Elza; CAVENAGHI, Suzana. Increasing adolescent and youth fertility in Brazil: a new trend or a one-time event. In: ANNUAL MEETING OF THE POPULATION ASSOCIATION OF AMERICA – PAA, 2005, Philadelphia, Pennsylvania. **Anais…** Alexandria: PAA, 2005.

BONGAARTS, John; POTTER, Robert E. **Fertility, biology, and behavior:** an analysis of the proximate determinants. New York, NY: Academic Press, 1983.

BONGAARTS, John. A framework for analyzing the proximate determinants of fertility. **Population and Development Review,** New York, NY, v. 4, n. 1, p. 105-132, 1978.

BORGES, Ana Luiza Vilela et al. ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, SP, v. 50, Supl. 1, p. S1-S11, 2016.

BORGES, Ana Luiza Vilela; SCHOR, Néia. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002**. Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 499-507, 2005.

BOZÓN, Michel; HEILBORN, María Luisa. Iniciação à sexualiadade: modos de socialização, interações de gênero e trajetórias individuais. In: HEILBORN, M. L. et al. (org.). **O aprendizado da sexualidade:** reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro, RJ: Garamond; Fiocruz, 2006. p. 155-206.

BRANDÃO, Elaine Reis. **Gravidez na adolescência:** um balanço bibliográfico. In: HEILBORN, M. L. et al. (org.). **O aprendizado da sexualidade:** reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro, RJ: Garamond; Fiocruz, 2006. p. 61-95.

BRASIL, UNICEF. **Cenário da Exclusão Escolar no Brasil: Um alerta sobre os impactos da pandemia da Covid-19 na Educação**, 2021.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Campanha visa reduzir altos índices de gravidez precoce no Brasil.** Brasília, DF, 2020. Disponível em: https://www.mdh.gov.br/todas-as-noticias/2020-2/fevereiro/campanha-visa-reduzir-altos-indices-de-gravidez-precoce-no-brasil. Acesso em: 23 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Governo Federal realiza segunda edição da Campanha Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência.** Brasília, DF, 2019a. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/noticia/11117. Acesso em: 23 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar.** Brasília, DF, 2019b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar-pense. Acesso em: 03 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** Brasília, DF, 2013.

BRAZIL. Coordenação-Geral de Sistemas Integrados de Informações Educacionais. **Dicionário de indicadores educacionais: Fórmulas de cálculo**. MEC/INEP, 2004.

BRITO, Fausto et al. A transição demográfica e as políticas sociais no Brasil. In: CGEE – CENTRO DE GESTÃO E ESTUDOS ESTRATÉGICOS. **Políticas sociais no Brasil:** os desafios da transição demográfica e das migrações internacionais. Brasília, DF, 2008. p. 19-62.

CAMARANO, Ana Amélia; MELLO, Juliana Leitão; KANSO, Solange. Do nascimento à morte: principais transições. In: CAMARANO, A. A. (org.). **Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição.** Rio de Janeiro, RJ: IPEA, 2006. p. 31-60.

CAVENAGHI, Suzana. Fecundidade de jovens e acesso à saúde sexual e reprodutiva no Brasil: desigualdades territoriais. In: BRUNO, Miguel (org.). **População, espaço e sustentabilidade:** contribuições para o desenvolvimento do Brasil. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2015. p. 231-274.

CGEE – CENTRO DE GESTÃO E ESTUDOS ESTRATÉGICOS. **Políticas sociais no Brasil:** os desafios da transição demográfica e das migrações internacionais. Brasília, DF, 2008.

CEPAL – COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE/CELADE – CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2021 (LC/PUB.2021/20-P), Santiago, 2022.

CORRÊA, Sônia; KALIL, Isabela. **Políticas antigénero en América Latina: Brasil - ¿La catástrofe perfecta?** Rio de Janeiro, RJ: Observatorio de Sexualidad y Política (SPW), proyecto basado en ABIA, 2020.

CORRÊA, Sônia. A "política de gênero": um comentário genealógico. **Cadernos Pagu,** Campinas, SP, n. 53, 2018.

DARROCH, Jacqueline E.; LANDRY, David J.; SINGH, Susheela. Changing emphases in sexuality education in U.S. public secondary schools, 1988–1999. **Family Planning Perspectives,** New York, NY, v. 32, n. 5, p. 204-211, 2000.

DA SILVA, Maria Regina Bernardo et al. Por que elas não usam? um estudo sobre a não adesão das adolescentes aos métodos contraceptivos e suas repercussões. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 4, p. 75-83, 2015.

DEBERT, Guita Grin. Velhice e o curso da vida pós-moderno. **Revista USP**, São Paulo, SP, n. 42, p. 70-83, 1999.

DE FOZ, Grupo. Métodos demográficos: uma visão desde os países de língua portuguesa. **Blucher Open Access**, 2021.

DOURADO, Inês e cols. Revisitando o uso de preservativos no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 63-88, 2015.

FÁVERO, Luiz Paulo Lopes et al. **Análise de dados:** modelagem multivariada para tomada de decisões. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2009.

FEATHERSTONE, Mike. O curso da vida: corpo, cultura e o imaginário no processo de envelhecimento. In: DEBERT, G. G. (org). **Antropologia e velhice**. Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, p. 49-71, 1994.

FELISBINO-MENDES, Mariana Santos et al. Análise dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes brasileiros, 2009, 2012 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** São Paulo, SP, v. 21, Supl. 1, p. 1-14, 2018.

FIELD, A. **Discovering Statistics with SPSS** 2nd Edition. Sage Publications of London, Thousand Oaks and New Delhi, 2005.

FURSTENBERG JR., Frank F. Teenage childbearing as a public issue and private concern. **Annual Review of Sociology**, California, v. 29, n. 1, p. 23-39, 2003.
FURSTENBERG JR., Frank F. When will teenage childbearing become a problem? The implications of Western experience for developing countries. **Studies in Family Planning,** New York, NY, v. 29, n. 2, p. 246-253, 1998.
FURSTENBERG JR., Frank F.; BROOKS-GUNN, Jeanne; CHASE-LANSDALE, Lindsay. Teenaged pregnancy and childbearing. **American Psychologist** Washington, DC, v. 44, n. 2, p. 313-320, 1989.
FURSTENBERG JR., Frank F.; MOORE, Kristin A.; PETERSON, James L. Sex education and sexual experience among adolescents. **American Journal of Public Health,** Washington, DC, v. 75, n. 11, p. 1331-1332, 1985.
GIRARD, Françoise. **O kamasutra de Bush:** muitas posições sobre o sexo: implicações globais das políticas sobre sexualidade do governo dos Estados Unidos. Rio de Janeiro, RJ: ABIA, 2005.
GUBERT, Daniela; MADUREIRA, Valéria Silvana Faganello. Iniciação sexual de homens adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 2247-2256, 2008.
GUPTA, Neeru; LEITE, Iuri da Costa. Adolescent fertility behaviour: trends and determinants in Northeastern Brazil. **International Family Planning Perspectives,** New York, NY, v. 25, n. 3, p. 125-130, 1999.
GUZMAN, José Miguel; CONTRERAS, Juan Manuel; HAKKERT, Ralph. La situación actual del embarazo adolescente y aborto. In: GUZMAN, José Miguel et al. **Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en America Latina y el Caribe.** México: UNFPA, 2001. p. 15-36.
HEILBORN, Maria Luiza. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: HEILBORN, M. L. et al. (org.). **O aprendizado da sexualidade:** reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro, RJ: Garamond; Fiocruz, 2006. p 29-57.
IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/COORDENAÇÃO DE POPULAÇÃO E INDICADORES SOCIAIS. **Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015**, Rio de Janeiro: IBGE, 2016.
IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/COORDENAÇÃO DE POPULAÇÃO E INDICADORES SOCIAIS. **Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2019**, Rio de Janeiro: IBGE, 2021.
JUNQUEIRA, Rogério Diniz. A invenção da "ideologia de gênero": a emergência de um cenário político-discursivo e a elaboração de uma retórica reacionária antigênero. **Revista Psicologia Política,** Florianópolis, SC, v. 18, n. 43, p. 449-502, 2018.
KANTOR, Leslie M. et al. Abstinence-only policies and programs: an overview. **Sexuality Research & Social Policy,** Berlim, v. 5, n. 3, p. 6-17, 2008.
KERNTOPF, Marta Regina et al. Sexualidade na adolescência: uma revisão crítica da literatura. **Adolescência e Saúde,** Rio de Janeiro, RJ, v. 13, Supl. 2, p. 106-113, 2016.
KIRBY, Douglas. **No easy answers:** research findings on programs to reduce teen pregnancy. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy, 1997.
KIRBY, Douglas. Understanding what works and what doesn't in reducing adolescent sexual risk-taking. **Family Planning Perspectives,** New York, NY, v. 33, n. 6, p. 276-281, 2001.
KOHLI, Martín; MEYER, John W. Estructura social y construcción social de las etapas de la vida. **Desarrollo Humano,** [*S. l.*], v. 29, n. 3, p. 145-149, 1986.
LESTHAEGHE, Ron. The "Second demographic transition": a conceptual map for the understanding of late modern demographic developments in fertility and family formation. **Historical Social Research/Historische Sozialforschung,** New York, NY, v. 36, n. 2, p. 179-218, 2011.

LIMA, Everton E. C. et al. The emergence of bimodal fertility profiles in Latin America. **Population and Development Review**, v. 44, n. 4, p. 723-743, 2018.
LINDBERG, Laura Duberstein; SANTELLI, John S.; SINGH, Susheela. Changes in formal sex education: 1995–2002. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health,** New York, NY, v. 38, n. 4, p. 182-189, 2006.
MADEIRA, Felícia Reicher. Educação e desigualdade no tempo de juventude. In: CAMARANO, A. A. (org.). **Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição.** Rio de Janeiro, RJ: IPEA, 2006. p. 139-170.
MALTA, Deborah Carvalho et al. Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** Rio de Janeiro, RJ, v. 14, Supl. 1, p. S147-S156, 2011.
MARANHÃO, Thatiana; GOMES, Keila. Modificações nos relacionamentos familiares e sociais de adolescentes e jovens após a gestação. **Adolescência & Saúde,** Rio de Janeiro, RJ, v. 13, n. 3, p. 31-40, 2016.
MARÍN BRAVO, Álvaro; MORALES MARTÍN, Juan Jesús. Modernidad y modernización en América Latina: una aventura inacabada. **Nómadas: Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas,** Roma, v. 26, n. 2, p. 1-20, 2010.
MIRANDA-RIBEIRO, Adriana; GARCIA, Ricardo Alexandrino; FARIA, Tereza Cristina de Azevedo Bernardes. Baixa fecundidade e adiamento do primeiro filho no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População,** v. 36, p. 1-18, 2019.
MIRANDA-RIBEIRO, Adriana; RIOS-NETO, Eduardo; CARVALHO, José Alberto M. Efeitos tempo, parturição e quantum no Brasil: indicadores de período e evidências empíricas. **Revista Brasileira de Estudos de População,** Rio de Janeiro, RJ, v. 30, n. 1, p. 145-170, 2013.
MOORE, Kristin A.; SUGLAND. Barbara W. Using behavioral theories to design abstinence programs. **Children and Youth Services Review,** Washington, DC, v. 19, n. 5/6, p. 485-500, 1997.
OLIVEIRA, Maria Coleta F. A.; VIEIRA, Joice Melo; MARCONDES, Gláucia S. Cinquenta anos de relações de gênero e geração no Brasil: mudanças e permanências. In: ARRETHE, M. (org.). **Trajetórias das desigualdades:** como o Brasil mudou nos últimos 50 anos. São Paulo, SP: Editora da UNESP, 2015. p. 309-334.
OLIVEIRA, Maria Coleta; VIEIRA, Joice Melo. Gravidez na adolescência e bem-estar infantil: evidências para o Brasil em 2006. **Revista Latinoamericana de Población,** México, v. 4, n. 6, p. 11-39, 2010.
PAES, Neir Antunes. **Demografia estatística dos eventos vitais**. Ed. CCTA, João Pessoa, PB, 2018.
PATERNOTTE, David; KUHAR, Roman. "Ideologia de gênero" em movimento. **Revista Psicologia Política,** Florianópolis, SC, v. 18, n. 43, p. 503-523, 2018.
PERRIN, Karen; DEJOY, Sharon B. Abstinence-only education: how we got here and where we're going. **Journal of Public Health Policy,** US, v. 24, n. 3/4, p. 445-459, 2003.
RODRÍGUEZ VIGNOLI, Jorge. **Reproducción adolescente y desigualdades en América Larina y el Caribe:** un llamado a la reflexión y a la acción. Madrid: Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2009. p. 39-53.
RODRÍGUEZ VIGNOLI, Jorge. **La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010**, CEPAL – Comisión Económica para América Latina y el Caribe/CELADE – Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Santiago de Chile, 2014.
SANTOS, Camila Pessôa et al. Adesão ao uso do preservativo masculino por adolescentes escolares. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 18, n. 2, p. 60-70, 2016.

STERN, Claudio; MEDINA, Gabrirl. Adolescencia y salud en México. In: OLIVEIRA, M. C. (org.). **Cultura, adolescência e saúde:** Argentina, Brasil e México. Campinas, SP: Consórcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina, 2000. p. 98-160.

STERN, Claudio; GARCIA, Elizabeth. Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente. **Reflexiones, Sexualidad, Salud y Reproducción,** [*S. l.*], n. 13, p. 71-100, 1999.

TAQUETTE, Stella R.; VILHENA, Marília Mello de. Uma contribuição ao entendimento da iniciação sexual feminina na adolescência. **Psicologia em estudo**, v. 13, p. 105-114, 2008.

TEITLER, Julien O. Tendencias en la iniciación sexual juvenil y la fertilidad en los países desarrollados: 1960-1995. **Los Anales de la Academia Estadounidense de Ciencias Políticas y Sociales,** [*S. l.*], v. 580, n. 1, p. 134-152, 2002.

UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Prospects 2022: Methodology of the United Nations population estimates and projections**. UN DESA/POP/2022/TR/N.04, 2022.

VAN DE KAA, Dirk. Is the second demographic transition a useful research concept questions and answers. **Vienna Yearbook of Population Research,** Viena, v. 2, p. 4-10, 2004.

VAN DE KAA, Dirk. The idea of a second demographic transition in industrialized countries. In: WELFARE POLICY SEMINAR OF THE NATIONAL INSTITUTE OF POPULATION AND SOCIAL SECURITY, 6., 2002, Tokyo, Japan. **Anais...** 2002.

VELHO, Gilberto. **Projeto e metamorfose:** antropologia das sociedades complexas. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 1994.

VERONA, Ana Paula. O fim do rejuvenescimento da estrutura da fecundidade no Brasil: evidências a partir do comportamento reprodutivo das adolescentes e jovens. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 20., 2016, Foz do Iguaçu, PR. **Anais...** Belo Horizonte, MG: ABEP, 2016.

VERONA, Ana Paula; REGNERUS, Mark. Pentecostalism and premarital sexual initiation in Brazil. **Revista Brasileira de Estudos de População,** Rio de Janeiro, RJ, v. 31, n. 1, p. 99-115, 2014.

VIEIRA, Joice Melo. **Transição para a vida adulta em São Paulo:** cenários e tendências sociodemográficas. 2009. 208f. Tese (Doutorado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2009.

WELLINGS, Kaye et al. Comportamiento sexual en contexto: una perspectiva global. **The Lancet,** London, v. 368, n. 9548, p. 1706-1728, 2006.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2008.** Geneva, 2008.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Young people's health:** a challenge for society. Geneva, 1986.

ANEXOS

Tabela 25 – Distribuição percentual dos/as estudantes brasileiros/as de 13 a 17 anos de acordo com a estrutura familiar e o projeto de vida para o futuro, segundo a correspondência idade-série/ano, 2019.

Variáveis	Categorias	Correspondência idade-série/ano	
		Em fase	Atraso
Escolaridade da mãe	Fundamental incompleto ou menos	71,8%	28,2%
	Fundamental completo/Médio incompleto	81,1%	18,9%
	Médio completo/Superior incompleto	87,5%	12,5%
	Superior completo	89,8%	10,2%
	Não sabe	74,9%	25,1%
Dependência administrativa	Pública	78,7%	21,3%
	Privada	93,6%	6,4%
Estrutura familiar	Pai e mãe no domicílio	84,1%	15,9%
	Só mãe no domicílio	78,5%	21,5%
	Só pai no domicílio	74,3%	25,7%
	Sem pai e mãe no domicílio	71,8%	28,2%
Projeto de vida	Somente continuar estudando	84,9%	15,1%
	Continuar estudando e trabalhar	82,5%	17,5%
	Não sei	75,8%	24,2%
	Seguir outro plano	72,0%	28,0%
	Somente trabalhar	64,7%	35,3%

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Tabela 26 – Distribuição percentual dos/as estudantes brasileiros/as de 13 a 17 anos de acordo com o nível da educação sexual recebida na escola, segundo a dependência administrativa e a ocorrência de gravidez na adolescência, 2019.

Variáveis	Categorias	Educação sexual na escola			
		Recebeu alta educação sexual na escola	Recebeu moderada educação sexual na escola	Recebeu baixa educação sexual na escola	Não recebeu educação sexual na escola
Dependência administrativa	Pública	60,1%	19,6%	9,4%	10,8%
	Privada	52,0%	24,0%	11,4%	12,6%
Ocorrência de gravidez	Engravidou	71,1%	11,4%	9,0%	8,4%
	Não engravidou	67,8%	15,9%	7,7%	8,5%

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/IBGE. Elaboração própria.

Questionário do Aluno da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2019 – PeNSE 2019 –, segundo os blocos/temas de interesse para este estudo: 1 Informações sobre a Pesquisa; 2 Informações Gerais; 3 Situação em Casa e na Escola; e 4 Saúde Sexual e Reprodutiva.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR 2019

QUESTIONÁRIO DO ALUNO

[O ALUNO DEVERÁ CONFERIR SE ESCOLA E TURMA FORAM SELECIONADAS CORRETAMENTE. SE NÃO, O TÉCNICO DO IBGE DEVERÁ SER AVISADO.]

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Este questionário faz parte de uma pesquisa a ser realizada, em todo o país, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), com o objetivo de ajudar na orientação de políticas públicas voltadas para a saúde dos(das) adolescentes brasileiros(as).
Neste questionário, serão levantados dados sobre saúde bucal, consumo alimentar, prática de atividade física, imagem corporal, segurança, situações em casa e na escola, acesso a serviços de saúde, saúde sexual e reprodutiva, uso de cigarro, de bebidas alcoólica e drogas.
Você não será identificado(a). Suas respostas serão mantidas em sigilo e apenas o resultado geral da pesquisa será divulgado. Existem questões que são confidenciais e podem levar a algum tipo de constrangimento (vergonha). Caso não se sinta confortável em responder a estas questões, você pode deixá-las sem resposta, bem como interromper o preenchimento do questionário a qualquer momento. Você não é obrigado(a) a participar desta pesquisa e, caso não queira, isto não afetará a sua relação com a escola.
Não existem respostas certas ou erradas. O preenchimento do questionário terá duração aproximada de 40 minutos. Responda com atenção, pois suas respostas serão muito importantes para o conhecimento da saúde dos(das) adolescentes brasileiros(as).
Você terá acesso ao registro do consentimento caso seja solicitado.
Vale ressaltar que esta pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que é uma comissão do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.
Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D – Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte, CEP: 70719-040, Brasília-DF. / E-mail: conep@saude.gov.br / Telefone (61) 3315-5877 / Atendimento ao público: 08h às 18h.

1. Você concorda em participar dessa pesquisa?
- □ Sim
- □ Não

INFORMAÇÕES GERAIS

Vamos começar com algumas perguntas sobre você, sua casa e sua família.

2. Qual é o seu sexo?
- □ Homem
- □ Mulher

3. Qual é a sua idade?
- □ 11 anos ou menos
- □ 12 anos
- □ 13 anos
- □ 14 anos
- □ 15 anos
- □ 16 anos
- □ 17 anos
- □ 18 anos
- □ 19 anos ou mais

4. Qual é o mês do seu aniversário?
- □ Janeiro
- □ Fevereiro
- □ Março
- □ Abril
- □ Maio
- □ Junho
- □ Julho
- □ Agosto
- □ Setembro
- □ Outubro
- □ Novembro
- □ Dezembro

5. Em que ano você nasceu?
- □ Antes de 2001
- □ 2001
- □ 2002
- □ 2003
- □ 2004
- □ 2005
- □ 2006
- □ 2007
- □ 2008 ou mais

6. Qual é a sua cor ou raça?
- □ Branca
- □ Preta
- □ Amarela
- □ Parda
- □ Indígena

7. Em que ano escolar você está?
- □ 6º ano do Ensino Fundamental
- □ 7º ano do Ensino Fundamental
- □ 8º ano do Ensino Fundamental
- □ 9º ano do Ensino Fundamental
- □ 1º ano do Ensino Médio → *[passe para 9]*
- □ 2º ano do Ensino Médio → *[passe para 9]*
- □ 3º ano do Ensino Médio → *[passe para 9]*

8. Quando terminar o Ensino Fundamental, você pretende?
- □ Somente continuar estudando
- □ Somente trabalhar
- □ Continuar estudando e trabalhar
- □ Seguir outro plano
- □ Não sei

9. Quando terminar o Ensino Médio, você pretende?
- □ Somente continuar estudando
- □ Somente trabalhar
- □ Continuar estudando e trabalhar
- □ Seguir outro plano
- □ Não sei

10. Você mora com sua mãe?
- □ Sim
- □ Não

11. Você mora com seu pai?
- □ Sim
- □ Não

12. CONTANDO COM VOCÊ, quantas pessoas moram na sua casa ou apartamento? □ 1 pessoa (moro sozinho) □ 2 pessoas □ 3 pessoas □ 4 pessoas □ 5 pessoas □ 6 pessoas □ 7 pessoas □ 8 pessoas □ 9 pessoas □ 10 pessoas ou mais
13. Você tem celular? □ Sim □ Não
14. Na sua casa tem computador ou notebook? □ Sim □ Não
15. Você tem acesso à internet em sua casa? □ Sim □ Não
16. Alguém que mora na sua casa tem carro? □ Sim □ Não
17. Alguém que mora na sua casa tem motocicleta/moto? □ Sim □ Não

18. Quantos banheiros completos, com vaso sanitário e chuveiro, têm dentro da sua casa?

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

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

- □ Sim
- □ Não

20. Qual nível de ensino (escolaridade) da sua MÃE?

- □ Minha mãe não estudou
- □ Não terminou o Ensino Fundamental (1º grau)
- □ Terminou o Ensino Fundamental (1º grau)
- □ Não terminou o Ensino Médio (2º grau)
- □ Terminou o Ensino Médio (2º grau)
- □ Não terminou o Ensino Superior (faculdade)
- □ Terminou o Ensino Superior (faculdade)
- □ Não sei

SITUAÇÕES EM CASA E NA ESCOLA

As próximas perguntas referem-se a situações vividas por você em casa, na escola, na internet, nas redes sociais ou nos aplicativos de celular e o quanto sua mãe, pai ou responsável sabe sobre o que acontece com você.

85. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você faltou às aulas ou à escola sem permissão de sua mãe, pai ou responsável?

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

86. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência sua mãe, pai ou responsável sabia realmente o que você estava fazendo em seu tempo livre?

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

87. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência sua mãe, pai ou responsável entendeu suas preocupações e problemas?

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

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

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

89. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes algum dos seus colegas de escola o esculachou, zoou, mangou, intimidou ou caçoou tanto que você ficou magoado, incomodado, aborrecido, ofendido ou humilhado?

- ▫ Nenhuma vez nos últimos 30 dias → *[passe para 91]*
- ▫ 1 vez
- ▫ 2 ou mais vezes

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

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

91. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes algum dos seus colegas de escola se recusou a falar com você, deixou você de lado sem razão ou fez com que outros colegas deixassem de falar com você?

- ▫ Nenhuma vez nos últimos 30 dias
- ▫ 1 vez
- ▫ 2 ou mais vezes

92. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes algum dos seus colegas de escola bateu (deu socos, tapas, chutes, pontapés) em você ou o machucou fisicamente de outra forma?

- ▫ Nenhuma vez nos últimos 30 dias
- ▫ 1 vez
- ▫ 2 ou mais vezes

93. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você se sentiu ameaçado(a), ofendido(a) ou humilhado(a) nas redes sociais ou aplicativos de celular?

- ▫ Sim
- ▫ Não

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

- ▫ Sim
- ▫ Não

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

[ESTE BLOCO APARECE APENAS PARA QUEM TEM 13 ANOS OU MAIS]

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

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

- ▫ Sim
- ▫ Não → *[passe para 111]*

102. Que idade você tinha quando teve relação sexual (transou) pela primeira vez?

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

103. Você ou seu(sua) parceiro(a) usou camisinha (preservativo) NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL?

- ▫ Sim
- ▫ Não

104. NA ÚLTIMA VEZ que você teve relação sexual (transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou camisinha (preservativo)?

- ▫ Sim
- ▫ Não → *[passe para 106]*

105. Nesta última vez que você teve relação sexual (transou), como você conseguiu a camisinha (preservativo)?

- □ No serviço de saúde
- □ Na escola
- □ Com um(a) amigo(a) ou colega
- □ Com mãe, pai ou responsável
- □ Comprei em farmácia, mercado ou loja
- □ Com o(a) parceiro(a) sexual
- □ Com outra pessoa ou de outro modo

106. NA ÚLTIMA VEZ que você teve relação sexual (transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou algum outro método para evitar a gravidez que não seja camisinha (preservativo)?

- □ Sim
- □ Não → *[passe para 108]*
- □ Não sei → *[passe para 108]*

107. Nesta última vez que você teve relação sexual (transou), qual outro método você ou seu(sua) parceiro(a) usou para evitar gravidez?

- □ Pílula anticoncepcional
- □ Injetável
- □ Implante
- □ Diafragma
- □ DIU
- □ Pílula do dia seguinte (contracepção de emergência)
- □ Tabelinha
- □ Coito interrompido
- □ Outro
- □ Não sei

108. Alguma vez na vida, você ou sua parceira já usou pílula do dia seguinte (contracepção de emergência)?

- □ Sim
- □ Não → *[passe para 110]*
- □ Não sei → *[passe para 110]*

109. NA ÚLTIMA VEZ que você ou sua parceira usou pílula do dia seguinte (contracepção de emergência) como conseguiu?

- □ No serviço de saúde
- □ Com um(a) amigo(a) ou colega
- □ Com mãe, pai ou responsável
- □ Comprei em farmácia
- □ Com o(a) parceiro(a) sexual
- □ Com outra pessoa ou de outro modo

[ESTA QUESTÃO APARECE APENAS PARA MULHERES]

110. Alguma vez na vida você engravidou, mesmo que a gravidez não tenha chegado ao fim?

- □ Sim
- □ Não

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

- □ Sim
- □ Não

112. Na escola, você já recebeu orientação sobre prevenção de HIV/AIDS ou outras Doenças/Infecções Sexualmente Transmissíveis?

- □ Sim
- □ Não

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

- □ Sim
- □ Não