



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

Simoni Furtado da Costa

Relacionamentos afetivo-sexuais na adolescência precoce e vulnerabilidades associadas em estudantes do município do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2022

Simoni Furtado da Costa

Relacionamentos afetivo-sexuais na adolescência precoce e vulnerabilidades associadas em estudantes do município do Rio de Janeiro

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.^a Dra. Stella Regina Taquette

Coorientadora: Prof.^a Dra. Claudia Leite de Moraes

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBA

C837 Costa, Simoni Furtado da.
Relacionamentos afetivo-sexuais na adolescência precoce e vulnerabilidades associadas em estudantes do município do Rio de Janeiro / Simoni Furtado da Costa – 2022.
192 f.

Orientadora: Stella Regina Taquette.
Coorientadora: Cláudia Leite de Moraes.
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas.

1. Adolescentes – Comportamento sexual – Teses. 2. Saúde sexual – Teses. 3. Saúde reprodutiva – Teses. 4. Crime sexual – Aspectos da saúde – Teses. 5. Vulnerabilidade em saúde – Teses. I. Taquette, Stella Regina. II. Moraes, Cláudia Leite de. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

CDU 613.88-053.6

Bibliotecária: Kalina Silva CRB7/4377

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Simoni Furtado da Costa

**Relacionamentos afetivo-sexuais na adolescência precoce e vulnerabilidades associadas
em estudantes do município do Rio de Janeiro**

Tese apresentada, como requisito parcial para
obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-
Graduação em Ciências Médicas, da Universidade do
Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 06 de Junho de 2022.

Orientadora: Prof.^a Dra. Stella Regina Taquette
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Coorientadora: Prof.^a Dra. Claudia Leite de Moraes
Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Sandra Lucia Correia Lima Fortes
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Prof.^a Dra. Emanuele Souza Marques
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Helen Campos Ferreira
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dra. Kátia Silveira da Silva
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2022

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Gerviz Furtado de Mesquita, não apenas pelos ensinamentos da vida, mas por ter sido a minha primeira professora. Ao meu pai, Raimundo da Costa Flores e aos (as) irmãos (as) eu agradeço pelo carinho - as palavras de incentivo fizeram muita diferença nesta longa jornada.

Agradeço imensamente as orientadoras: Prof.^a Dra. Stella Regina Taquette e Prof.^a Dra. Claudia Leite de Moraes, por dedicarem tanto investimento à pesquisa científica com tamanha competência. As duas me inspiram muito, pela seriedade no trabalho e por acreditarem na ciência, mesmo em tempos tão difíceis, como os que estamos vivendo.

À Prof.^a Dra. Stella, pelos ensinamentos, pautados na educação transformadora, pela amizade e pela convivência ao longo dos últimos doze anos. Nesta relação, aprendi muito sobre o significado do respeito às diversidades.

À Prof.^a Dra. Claudia, pelos ensinamentos, pela disponibilidade, pela paciência e pela compreensão. Agradeço, especialmente, pelo acolhimento em seu laboratório de pesquisa e por abrir as portas do Instituto de Medicina Social (IMS) e, literalmente, entregar na minha mão a chave do conhecimento. Obrigada por aceitar este desafio!

Agradeço à Prof.^a Dra. Emanuele Souza Marques, pelo carinho, pela inclusão em disciplinas sob sua coordenação, pela compreensão e, principalmente, pela solidariedade e apoio nas análises de dados. Obrigada pela parceria!

Agradeço a todas as colegas que conheci através do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do IMS, ainda sinto saudades dos papos epidemiológicos na sala do café!

Às colegas do Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar (PIEVF), pelo apoio, desde a discussão sobre os métodos, durante as reuniões do Chá, pela ajuda com as variáveis até a escuta ativa e acolhedora: Daniela Faus, Deylane, Luciane Stochero, Erika, Fernanda Lima e Maria. Gratidão por tudo!

Obrigada aos professores, técnicos da informática, secretaria e a todos os funcionários do Instituto de Medicina Social (IMS) e da Pós-Graduação em Ciências Médicas (PGCM) que sempre estiveram à disposição para ajudar em tudo que precisei.

Meus agradecimentos aos laboratórios de pesquisa: Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (LIPAPS) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) e Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar (PIEVF) do Instituto de Medicina Social (IMS) - espaços de constante aprendizado.

Agradeço à equipe do grupo: “Seminários de Pesquisa Científica e Docência” – vinculado ao LIPAPS/PGCM - pela riqueza das discussões filosóficas, pois me ajudaram a ver o mundo através de outras lentes. Agradeço à Prof.^a Dra. Luciana Borges e o Prof. Diogo Mochcovitch e aos “colegas de debates”: Juliane Escascela, Adriana, César, Bruno, Débora, Andrea, Érica, Thenessi, Sandra, Maria Lúcia e Márcia Levy.

Agradeço à nossa saudosa amiga - Assistente Social e doutoranda - Miriam Peres de Moura [*in memoriam*], pelo legado deixado para esta pesquisa e pelos os bons momentos que tivemos juntas nos raros, mas preciosos períodos de lazer. Deixou muita saudade!

Agradeço às colegas de trabalho do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), pela flexibilização dos horários para viabilizar a continuidade dos meus estudos. Em especial, a Prof.^a Dra. Janice Machado da Cunha que, através do seu vasto conhecimento sobre direitos humanos, me ajudou a direcionar o foco das minhas discussões. Agradeço a Prof.^a Dra. Patrícia Lima, pela parceria e a Prof.^a Dra. Lúcia Penna, pelas contribuições na fase da qualificação.

Obrigada aos membros da banca de qualificação e defesa pela disponibilidade, presteza e contribuições.

Prof.^a Dra. Helen Campos e Prof.^a Dra. Kátia Silveira, muito obrigada por fazerem parte da minha formação acadêmica, em diferentes fases do meu crescimento e desenvolvimento.

Meus agradecimentos à Celeste Couto pelo apoio e agilidade na formatação da Tese e à Bibliotecária Kalina Silva, pela atenção, pelas preciosas sugestões e pelo compromisso que tem com o seu trabalho durante a revisão normativa.

Por fim, agradeço à minha sobrinha Regina Ceules, por todo o suporte, carinho e atenção. Agradeço à minha pequena Juliana, que conviveu com a indisponibilidade de uma mãe doutoranda e em isolamento social, em função da pandemia do COVID-19. Mesmo diante destas circunstâncias, conseguimos nos entender muito bem - Juju é mesmo o amor de mamãe!

A pesquisa de fundo que deu origem ao presente trabalho contou com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) (Edital FAPERJ nº 30/2014). Esta Tese foi desenvolvida com apoio do Programa de Capacitação Docente (PROCAD) possibilitou meu afastamento parcial remunerado (liberação de 20h/s) para dar continuidade ao doutorado no Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, da UERJ (Processo SEI nº E-26/007/10176/2019).

RESUMO

COSTA, Simoni Furtado da. **Relacionamentos afetivo-sexuais na adolescência precoce e vulnerabilidades associadas em estudantes do município do Rio de Janeiro**. 2022. 192 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

O comportamento sexual de adolescentes com idade entre 10 e 14 anos vem sendo objeto de investigação, sendo alvo de políticas de atenção à saúde em diversos países. O investimento em estudos com este grupo aumentou após a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) de 1994, que o considerou como um dos grupos mais vulneráveis à violação dos seus direitos fundamentais, uma vez que parte das relações sexuais nesta faixa etária são oriundas de abusos. O objetivo geral do estudo foi analisar os relacionamentos afetivo-sexuais em adolescentes desta faixa etária e discutir vulnerabilidades associadas em estudantes do ensino médio de escolas públicas e privadas da IX Região Administrativa-RA do município do Rio de Janeiro. Os objetivos específicos foram: estimar a prevalência de iniciação sexual durante a adolescência precoce (10 a 14 anos); identificar subgrupos mais vulneráveis ao problema; compreender a concepção de adolescentes acerca da violência sexual em relacionamentos afetivo-sexuais na adolescência; e analisar a compreensão de adolescentes sobre o dispositivo legal que tipifica o estupro de vulnerável. Trata-se de um subprojeto oriundo da pesquisa “Estupro de vulnerável e outras formas de violência contra adolescentes do sexo feminino”. A etapa quantitativa foi realizada com 694 estudantes, os quais foram selecionados através de uma amostragem por conglomerados e estratificada por turno de aula e características administrativa da escola. Aplicou-se questionário estruturado de autoperenchimento. Intervalos de confiança de 95% e o teste Qui-Quadrado (χ^2) foram usados para avaliar a heterogeneidade das proporções entre subgrupos. A etapa qualitativa foi desenvolvida por meio de 13 grupos focais com 132 estudantes da mesma RA. Analisou-se os dados com apoio do software webQDA, em uma abordagem hermenêutico-dialética que deu origem a três categorias temáticas. Os resultados foram apresentados em dois artigos científicos. Tais resultados evidenciaram que a prevalência de iniciação sexual em adolescentes de 10 a 14 anos foi 18,4%, sendo maior em meninos; em subgrupos de maior vulnerabilidade social; entre os que ficaram/namoraram até 14 anos; os que foram vítimas de violência sexual em relacionamentos afetivo-sexuais; e os que apresentaram comportamentos de riscos à saúde. Os resultados da etapa qualitativa demonstraram que a iniciação sexual para as meninas está relacionada a uma visão romântica, ao se sentirem seguras e terem confiança no parceiro, ao passo que, para os rapazes, está associada à oportunidade, livre de outros fatores. Com relação à lei em questão, para a maioria dos estudantes, quando o consentimento para a prática sexual é mútuo, independentemente da idade, não há violência. A prática sexual nesta faixa-etária deve ser compreendida e enfrentada através de um contexto ecológico, onde sejam propostas políticas públicas intersetoriais que considerem um contexto social de múltiplas carências, e não apenas à saúde reprodutiva. As contradições na percepção dos adolescentes sobre a vulnerabilidade à violência sexual e o estupro de vulnerável previsto em lei sugerem que é necessário ampliar e qualificar a educação sexual de forma abrangente para adolescentes, assim como criar espaços de discussão que possam proporcionar aperfeiçoamento desse dispositivo legal nos serviços de saúde e educação.

Palavras-chaves: Comportamento sexual. Saúde sexual e reprodutiva. Violência sexual. Adolescente.

ABSTRACT

COSTA, Simoni Furtado da. **Affective-sexual relationships in early adolescence and associated vulnerabilities in students from the city of Rio de Janeiro**. 2022. 192 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The sexual behavior of adolescents between the ages of 10 and 14 has been the object of investigation and the target of health care policies in several countries. The investment in studies with this group increased after the 1994 International Conference on Population and Development (ICPD), which considered them one of the most vulnerable groups to the violation of their fundamental rights, since sexual relationships in this age group are the result of abuse. The overall objective of the study was to analyze affective-sexual relationships in adolescents in this age group and to discuss associated vulnerabilities in high school students from public and private schools in the IX Administrative Region-AR of the city of Rio de Janeiro. The specific objectives were: to estimate the prevalence of sexual initiation during early adolescence (10 to 14 years old); to identify more vulnerable population subgroups to this problem; to understand the conception of adolescents about sexual violence in affective-sexual relationships during adolescence; and to identify the understanding of adolescents about the legal provision that typifies rape of a vulnerable person. This is a subproject, arising from the research “Statutory rape and other forms of violence against female adolescents”. The quantitative stage was carried out with 694 students, selected through a conglomerate sampling and stratified by class shift and administrative characteristics of the school. A structured self-completion questionnaire was applied. Confidence intervals at 95% and the Chi-square test (χ^2) were used to evaluate the heterogeneity of the proportions between subgroups. The qualitative stage was developed through 13 focus groups with 132 students from the same AR. The data were analyzed with support of the webQDA software, in a hermeneutic-dialectical approach that gave rise to three thematic categories. The results were presented in two scientific articles. These results showed that the prevalence of sexual initiation in adolescents aged 10 to 14 years was 18.4%, being higher: in boys; in subgroups with greater social vulnerability; among those who had been hooked up/dated until 14 years of age; those who were victims of sexual violence in affective-sexual relationships; and those who presented risk behaviors for their health. The results of the qualitative stage proved that sexual initiation for girls is related to a romantic vision, making them feel safe and have confidence in their partners, while for boys it is associated with opportunity, free of other factors. Regarding the law in question, for most students, when consent for sexual practice is mutual, regardless of age, there is no violence. Sexual practice in this age group should be understood and addressed through an ecological context, where intersectoral public policies are proposed by considering a social context of multiple needs, and not only reproductive health. The contradictions in the perception of adolescents about vulnerability to sexual violence and statutory rape suggest that it is necessary to expand and qualify sex education in a comprehensive way for adolescents, as well as create spaces for discussion that can provide improvement to this legal provision in health and education services.

Keywords: Sexual behavior. Sexual and reproductive health. Sexual violence. Adolescent.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Parâmetros cronológicos para definição de infância, adolescência e juventude	21
Quadro 2 –	Construção histórica das significações da sexualidade humana, características comportamentais e crenças religiosas, por período da sociedade ocidental	33
Figura 1 –	Determinantes sociais da saúde: modelo de Dahlgren e Whitehead	47
Figura 2 –	Tipologia e natureza da violência	56
Quadro 3 –	Marcos legais e documentos de referências internacionais e nacionais relacionados à criança, adolescentes e juventude (1927-2022)	65
Quadro 4 –	Legislação brasileira sobre crimes de violência sexual e capacidade para o casamento	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ASSIST	<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>
CADRI	<i>Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory</i>
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CDC	Convenção sobre os Direitos da Criança
CDSS	Comissão de Determinantes Sociais da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIPD	Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
CORSAMI	Coordenação de Saúde Materno Infantil
CSPro	<i>The Census and Survey Processing</i>
CTQ	<i>Childhood trauma questionnaire</i>
DAPS	Departamento de Assistência e Promoção à Saúde
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil
DNCr	Departamento Nacional da Criança
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EIS	Educação Integral em Sexualidade
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA	Estados Unidos da América
FAPERJ	Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro-FAPERJ
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FIOCRU	Fundação Oswaldo Cruz
GHQ	<i>General Health Questionnaire</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalos de Confiança
IFF	Instituto Fernandes Figueira
IML	Instituto Médico Legal
IMS	Instituto de Medicina Social
IPP	Instituto Pereira Passos

ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
JUVIPOL	Juventude, Violência e Polícia
LIPAPS	Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde
MÊS	Ministério da Educação e Saúde
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PIEVF	Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar
PLANREP	Planejamento Sexual e Reprodutivo
PNAISAJ	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PROCAD	Programa de Capacitação Docente
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
PSE	Programa Saúde na Escola
QUESI	Questionário Sobre Traumas na Infância
RA	Região Administrativa
RJ	Rio de Janeiro
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Stata	<i>Statistical software for data Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
webQDA	<i>Qualitative Data Analysis Software</i>
WHO	World Health Organization

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
=	Igual
<	Menor 8
>	Maior 9
χ^2	Qui-Quadrado
n	Número
+	Adição

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1	REFERENCIAL TEÓRICO	18
1.1	Crescimento e Desenvolvimento	18
1.1.1	<u>Considerações sobre definição e caracterização da criança e da adolescência</u>	18
1.1.2	<u>Parâmetros cronológicos</u>	19
1.1.3	<u>Considerações teóricas: interações entre os aspectos biológicos e o meio sociocultural</u>	22
1.2	Adolescência e Sexualidade	29
1.2.1	<u>Breve contexto sócio-histórico da sexualidade</u>	29
1.2.2	<u>Comportamentos afetivo-sexuais e reprodutivos na adolescência</u>	39
1.2.3	<u>Iniciação sexual durante a adolescência precoce com base nos Determinantes Sociais de Saúde (DSS)</u>	44
1.2.3.1	Fatores relacionados aos aspectos individuais	48
1.2.3.2	Fatores relacionados ao estilo de vida	49
1.2.3.3	Fatores relacionados às condições socioeconômicas, culturais e ambientais	50
1.2.3.4	Violência sexual em relacionamentos afetivos sexuais na adolescência ...	54
1.2.3.4.1	Conceito, tipologia e natureza da violência	55
1.3	Mecanismos de proteção à criança, ao adolescente e ao jovem no Brasil	59
1.3.1	<u>Contexto histórico</u>	59
1.3.2	<u>Mecanismos legais sobre saúde sexual e reprodutiva, relacionamentos afetivo-sexuais e violência sexual</u>	74
1.3.2.1	Lei nº 12.015/2009 – Lei do estupro de vulnerável	77
1.3.2.2	Aspectos legais relacionados à capacidade para o casamento	81
2	JUSTIFICATIVAS	83
3	OBJETIVOS	85
3.1	Geral	85
3.2	Específicos	85

4	MATERIAL E MÉTODOS	86
4.1	Etapa Quantitativa	86
4.1.1	<u>Procedimentos e métodos relativos ao estudo de fundo</u>	87
4.1.1.1	Cenário de estudo	87
4.1.1.2	Estratégia de seleção e tamanho amostral	87
4.1.1.3	Instrumentos de aferição	88
4.1.1.4	Coleta de dados	88
4.1.1.5	Digitação, limpeza e processamento dos dados	90
4.1.2	<u>Procedimentos e métodos específicos da etapa quantitativa desta tese, vinculados ao artigo científico “Relacionamentos afetivo-sexuais na adolescência precoce e vulnerabilidades associadas em estudantes do município do Rio de Janeiro (RJ)”</u>	91
4.1.2.1	Estratégia de seleção e tamanho amostral	91
4.1.2.2	Variáveis utilizadas especificamente neste estudo	92
4.1.2.2.1	Variável de interesse central: iniciação sexual na adolescência precoce ...	92
4.1.2.2.2	Variáveis sociodemográficas	93
4.1.2.2.3	Características da estrutura familiar	93
4.1.2.2.4	Características da escola	94
4.1.2.2.5	Variáveis sobre relacionamentos afetivo-sexuais	94
4.1.2.2.6	Vitimização sexual nas relações afetivo-sexuais nos últimos 12 meses ...	95
4.1.2.2.7	Comportamentos de risco à saúde nos últimos 3 meses	95
4.1.2.3	Análise de dados	96
4.2	Etapa Qualitativa	96
4.2.1	<u>População e local de estudo</u>	97
4.2.2	<u>Trabalho de campo</u>	97
4.2.3	<u>Procedimentos de coleta e registro de dados</u>	97
4.2.4	<u>Análise dos dados</u>	98
5	ASPECTOS ÉTICOS	100
6	RESULTADOS	101
6.1	Contradições acerca da violência sexual na percepção de adolescentes e sua desconexão da lei que tipifica o “estupro de vulnerável” (Artigo publicado)	101

6.2	Vulnerabilidades sociais e iniciação sexual entre 10 e 14 anos em estudantes do município do Rio de Janeiro (Artigo publicado)	121
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	146
	REFERÊNCIAS	149
	APÊNDICE A - Instrumento Amor e Violência?	160
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – aos responsáveis	183
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - aos estudantes	184
	APÊNDICE D - Instrumentos para Coleta de Dados – Etapa Qualitativa	185
	ANEXO A - Parecer de aprovação do CEP	187
	ANEXO B - Listas de telefones úteis para mulheres, crianças e adolescentes	189
	ANEXO C - Folder informativo sobre violência	192

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A adolescência é uma etapa da vida compreendida entre 10 e 19 anos marcada pelo início de maior autonomia e independência em relação à família. É uma fase oportuna para experimentação de novos eventos como os relacionamentos afetivo/amorosos e a ocorrência da primeira experiência sexual (Brasil 2013b, Heilborn et al. 2006). De acordo com o censo de 2010, a população de adolescentes e jovens (dos 10 a 24 anos) corresponde a 51.402.821 pessoas, mais de 30% da população brasileira, sendo aproximadamente 34 milhões de adolescentes de 10 a 19 anos, conforme o Ministério da Saúde (Brasil 2018c) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2010).

No contexto das sociedades ocidentais e modernas, há cada vez mais interesse, por parte dos setores civis e do poder público, em analisar as questões relacionadas à população adolescente, principalmente seus estilos de vida, pois as demandas de saúde nessa faixa etária não se referem às doenças, mas, sim, à prevenção de agravos relacionados às características comportamentais e a violência sexual (Bertol e Souza 2010, Brasil 2013a, 2013d).

Entre os temas mais frequentemente abordados a respeito do comportamento dos adolescentes, está a saúde sexual e reprodutiva, devido às novas competências biopsicossociais adquiridas neste período de vida e por conta das conquistas relacionadas aos direitos do adolescente previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Estes direitos foram reforçados após os Estados-membros da Organização das Nações Unidas ([Nações Unidas 2016]) adotarem, em 2015, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável na “Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”, na qual incluiu metas de promoção da saúde, abordada de forma transversal, como educação; saúde sexual e reprodutiva; direitos sexuais e reprodutivos; violência e gênero, visando contemplar as populações mais vulneráveis, incluindo crianças e adolescentes (IBGE 2016).

O comportamento sexual e reprodutivo dos adolescentes tem sido frequentemente objeto de estudo em diferentes dimensões. Estudiosos têm se debruçado sobre vários aspectos que podem ter relação direta ou indireta com a saúde. Por se tratar de uma etapa tão peculiar, marcada pela passagem entre a infância e a entrada para o mundo adulto, o foco das análises é voltado para características multifatoriais. As características relacionadas às mudanças na vida social e comportamental, por vezes, são vistas por alguns setores como uma etapa da vida que exige tutela ou algum tipo de intervenção, justificada pela imaturidade e formas de aquisição

de identidade que tornam os adolescentes expostos e passíveis de influências de suas escolhas e atitudes (Bertol e Souza 2010). Outros militam na defesa da autonomia dos adolescentes e criticam o excesso de intervenção e controle dos corpos (Arantes 2009, Foucout 1984, Lowenkron 2016, Ventura 2009).

O subgrupo de adolescentes de 10 a 14 anos foi considerado o mais negligenciado nas políticas e nos estudos, no entanto, ganhou maior visibilidade após a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), de 1994, ao concebê-lo como um dos grupos mais vulneráveis à violação dos seus direitos fundamentais (OPAS 2018). No Brasil, o debate sobre educação sexual e reprodutiva voltado para esse subgrupo requer conhecimento das questões legais previstas no Código Penal Brasileiro, como, por exemplo, a Lei nº 12.015/2009 que tipifica como estupro de vulnerável a iniciação sexual em adolescentes com menos de 14 anos e a Lei nº 13.798/19, que aborda sobre gravidez na adolescência.

De acordo com a Lei nº 12.015/2009, qualquer ato libidinoso ou conjunção carnal é considerado crime por se tratar de um grupo da população vulnerável do ponto de vista da ausência do discernimento necessário para a prática do ato e que pode ter dificuldade de tomada de decisão. Essa questão gera dilemas e controvérsias entre estudiosos do tema, por se tratar de uma linha tênue, que permeia o aspecto da proteção e o controle dos corpos dessa população, além de questionamentos sobre a eficácia e aplicabilidade da lei na prática (Arantes 2009, Foucout 1988, Lowenkron 2016, Ventura 2009).

O principal argumento sobre aspectos negativos da iniciação sexual ocorrida em menores de 14 anos está fortemente atrelado à questão da gravidez na adolescência. Dados do Ministério da Saúde referem que entre os anos de 2011 e 2016, 3,2 milhões de adolescentes foram mães no Brasil e, entre estas, 162.853 eram da faixa etária de 10 a 14 anos (Brasil 2018b). Com base em dados desta natureza, o Brasil vem adotando políticas voltadas à prevenção da gravidez na adolescência, dentre estas, as previstas na Lei nº 13.798/2019 a qual instituiu no cenário nacional a semana de prevenção da gravidez na adolescência.

Vale destacar que, os índices de violência sexual contra meninas menores de 14 anos são altos quando comparados a outras faixas etárias, além de sua magnitude ser invisível, pois grande parte dos casos de violência não é notificada (Taquette et al. 2021). O debate sobre a iniciação sexual na adolescência é visto como um importante objeto de investigação por ser considerado um preditor do comportamento sexual e reprodutivo ao longo da vida (Castro et al. 2004). Pautar a discussão da violência sexual em adolescentes mais novos é relevante por se tratar da fase da vida na qual se iniciam as primeiras relações afetivo-sexuais, com maiores

riscos de experiências de violência entre parceiros, e por estas experiências poderem ser fatores de risco para a vitimização em outras fases da vida (Oliveira et al. 2011).

Em investigações sobre iniciação sexual na adolescência precoce, os estudos sugerem associação com fatores sociológicos e psicossociais sugerindo que esta ocorre em contexto de maior vulnerabilidade social, como baixo nível socioeconômico e contexto familiar inseguro, com ausência de um dos pais e/ou desestrutura familiar (Gonçalves et al. 2015, Hugo et al. 2011). Há ainda questões relacionadas ao gênero, com maior prevalência de iniciação sexual em idade precoce entre o sexo masculino (Costa et al. 2022, Gonçalves et al. 2017, IBGE 2016). Entre tais fatores, sugere-se que o risco também é maior entre adolescentes que têm menor acesso ao serviço de saúde (Costa et al. 2022, Gonçalves et al. 2017, IBGE 2016, 2017). Há também os relacionados à ineficácia da intervenção nos serviços de saúde, educação e no sistema judiciário (Lowenkron 2016, Ventura 2009).

Há também aqueles que estão relacionados ao estilo de vida, incluindo adoção de comportamentos de riscos à saúde como: tabagismo e uso abusivo de álcool e drogas (Conduct Problems Prevention Research Group 2014) e características da trajetória afetivo-sexual, tais como: maior número de parceiros; prática sexual desprotegida; e conhecimento insuficiente sobre métodos contraceptivos (Gonçalves et al. 2015, Hugo et al., 2011, Lara e Abdo 2016, Maranhão et al. 2017). Há ainda fatores de ordem biológica, dentre os quais, aspectos obstétricos/ginecológicos, como a menarca precoce (Spinola et al. 2017).

A interação destes diversos fatores aumenta o risco de gravidez na adolescência (Amorim et al. 2009, Maranhão et al. 2017); maior risco de adquirir doenças como as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) (Borges et al. 2016, Spinola et al. 2017) e maior risco de morte materna (OMS 2018). No entanto, Cabral e Brandão (2020) enfatizam que tais fatores podem aumentar a incidência de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e gestações não planejadas em qualquer faixa etária, não sendo uma condição associada exclusivamente à adolescência precoce.

A Organização Mundial da Saúde (2018) considera que quanto mais informações e esclarecimentos os adolescentes tiverem sobre sexualidade e práticas afetivo-sexuais, maior a chance de uma prática sexual segura. Esta organização defende que a inclusão do grupo com idade de 10 a 14 anos nas pesquisas é importante para orientar o planejamento de estratégias de promoção de educação sexual e reprodutiva que fortaleçam a autonomia e o protagonismo juvenil no contexto da intersectorialidade.

Nesta direção, entende-se que a ampliação do conhecimento sobre as características da população que iniciam suas práticas sexuais nesta faixa etária relativas ao gênero, nível socioeconômico, dentre outros fatores, que ocorrem concomitantes à iniciação sexual na adolescência precoce, pode auxiliar no planejamento de proposta de intervenção para esse grupo, no momento onde ainda se encontram em idade oportuna para receber as informações sobre a prática sexual de forma consciente e segura (Conduct Problems Prevention Research Group 2014).

Nessa perspectiva, vários questionamentos vêm à mente: qual é o percentual de adolescentes com iniciação sexual durante a adolescência precoce? Meninos e meninas se comportam diferentemente nas relações afetivo-sexuais? Quanto ao protagonismo juvenil, os adolescentes têm conhecimento da lei que tipifica o estupro de vulnerável? Quando deve ser iniciada a atividade sexual? Eles conseguem distinguir a relação sexual consentida da relação sexual sob alguma forma de violência? E por fim, entre os adolescentes que iniciam a vida sexual com até 14 anos, há características específicas que os distinguem dos demais?

Entendemos que o protagonismo juvenil se torna possível quando as ferramentas existentes e a viabilidade dos dispositivos de proteção estão ao alcance dos adolescentes. Para que possam adotá-los, seria pertinente que o planejamento fosse pensado a partir das características e do conhecimento do público-alvo, ou seja, os próprios adolescentes.

Com base nessas premissas, este estudo tem como objetivo geral analisar os relacionamentos afetivos sexuais entre 10 e 14 anos e as vulnerabilidades associadas, e como objetivos específicos, estimar a prevalência da ocorrência de iniciação sexual durante a adolescência precoce (10 a 14 anos) e compreender a concepção de estudantes acerca da violência sexual, da época de iniciação sexual e da lei que a tipifica como “estupro de vulnerável” quando esta ocorre em menores de 14 anos, em estudantes de escolas públicas e privadas da IX RA do Município do RJ.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Crescimento e Desenvolvimento

1.1.1 Considerações sobre definição e caracterização da criança e da adolescência

A abordagem conceitual de criança, adolescente e juventude varia de acordo com os objetivos propostos pelas organizações, ao estabelecer uma delimitação desses períodos. Em geral, pode-se dizer que os critérios, especialmente aqueles de natureza cronológica, são convencionais através de fixação de faixas etárias que permitem identificar os requisitos específicos e auxiliam na adoção de parâmetros para pesquisa epidemiológica e/ou planejamento de propostas de serviços de saúde e ações sociais (World Health Organization 2011).

Os conceitos de adolescência e juventude propostos pela OMS comportam desdobramentos e sobreposições de faixas etárias entre estas fases da vida. Adolescência é a fase que compreende indivíduos com idade entre 10 e 19 anos e juventude se estende dos 15 aos 24 anos. Portanto, dos 15 aos 19 anos, os indivíduos são adolescentes jovens e dos 20 aos 24 anos são jovens adultos (World Health Organization 2011). Por outro lado, de acordo com o ECA, a adolescência começa aos 12 anos e termina aos 18. Logo, dependendo do parâmetro utilizado, crianças e adolescentes podem estar dentro do mesmo período, sem uma demarcação cronológica que delimita o início da adolescência. Nesses casos, os termos criança/adolescente podem ser adotados para diferentes finalidades como, por exemplo, no âmbito jurídico, para definir a maioridade penal de um país. A definição da Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) considera criança “todo ser humano com menos de 18 anos de idade, salvo quando, em conformidade com a lei aplicável à criança, a maioridade seja alcançada antes” (CDC 1990).

Fatos específicos, como o casamento e até mesmo a emancipação econômica, são exemplos de situações nas quais se antecipam a idade da maioridade civil, por exemplo, de 15 ou 16 anos. No entanto, deve ser enfatizado que a antecipação não exclui os direitos inerentes à criança, pois ela continua sendo sujeita a proteções e direitos especiais, como o direito à educação, cuidados de saúde, informação e desenvolvimento pessoal. O que muda é a

autonomia que adquire, passando a assumir algumas responsabilidades e direitos de adultos (World Health Organization 2011).

Como descrito acima, a definição de adolescência é complexa e se baseia em uma terminologia relativamente nova segundo alguns autores. Castro et al. (2004) enfatizam que esse conceito surgiu na idade moderna, de forma análoga ao surgimento de outros conceitos como núcleo familiar e sexualidade, cujas raízes se sustentam através dos ideais da individualidade, adquirida pela estruturação da organização da sociedade capitalista. Como destacam Ventura e Correa (2006), houve necessidade de ampliação e demarcação explícita deste período da vida entre a infância e a vida adulta, proporcionado principalmente pela área biomédica e educação.

A origem da palavra “adolescência” sugere ênfase nos aspectos do crescimento e amadurecimento. É originada do verbo *adolescere* que, em latim, significa crescer, no sentido da maturidade adolescência se refere a um período de latência social constituída a partir da perspectiva da sociedade capitalista e está intimamente relacionada ao preparo técnico/educação escolar para o ingresso no mercado de trabalho e, conseqüentemente, à organização para a vida adulta e suas relações sociais com o mundo adulto (Hockenberry e Wilson 2014, Bertol e Souza 2010).

1.1.2 Parâmetros cronológicos

Cronologicamente, como já sinalizado, existe discordância acerca da idade para definição da adolescência. Alguns autores consideram a perspectiva desenvolvimentista, da qual decorre a concepção da adolescência como etapa do desenvolvimento humano. Outros trabalham a partir de referências históricas e sociais (Bertol e Souza 2010).

No entanto, o que se percebe é que há apenas um consenso sobre o termo adolescência referente a um período situado entre a infância e a fase adulta, de rápido amadurecimento físico, cognitivo e social, e que pode incluir alterações emocionais (Hockenberry e Wilson 2014). O indivíduo alcança a maturidade biológica que transcende a área psicossocial. Trata-se de um período no qual se inicia e se aperfeiçoa a personalidade, a identidade, a capacidade de abstração e a adaptação ao meio social (Brasil 2010).

A adolescência corresponde a uma fase de desenvolvimento em muitos aspectos: aparecimento de características sexuais secundárias (puberdade) até a maturidade sexual e reprodutiva; ampliação de processos mentais; construção da identidade adulta; e a passagem da dependência socioeconômica e emocional dos adultos para a conquista da sua própria independência relativa, de acordo com as necessidades de cada um, podendo variar segundo o sexo, estágio de desenvolvimento, circunstâncias de vida e as condições socioeconômicas de seus meios (World Health Organization 2010).

O Quadro 1 reúne a síntese dos parâmetros cronológicos para definir criança, adolescência e juventude, adotados por organismos nacionais e internacionais. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF 2011) dividiu a adolescência em duas subfases específicas. O grupo de 10 a 14 anos é chamado de *younger adolescent* (adolescência precoce/adolescentes mais novos) e aqueles de 15 a 19 anos são denominados de *later adolescent* (adolescência tardia) (UNICEF 2011). Para a OPAS e a OMS, a adolescência foi dividida em períodos: inicial (10 a 14 anos); intermediário (15 a 17 anos); e tardio (18 a 19 anos). Estas divisões estão relacionadas aos períodos que correspondem, aproximadamente, às fases do desenvolvimento físico, social e psicológico que transformam o indivíduo criança em adulto.

É importante mencionar a discordância relacionada à definição da adolescência, já que podemos encontrar tanto aqueles que aceitam a perspectiva desenvolvimentista da qual decorre a concepção da adolescência como etapa do desenvolvimento humano, como aqueles que não adotam essa perspectiva e trabalham a constituição do subjetivo a partir de referências históricas e sociais. Entre aqueles que trabalham com a perspectiva desenvolvimentista, é grande a divergência acerca das etapas e da sua sequência, o que implica em desacordos acerca da idade que marcaria a adolescência (Bertol e Souza 2010).

Apesar das divergências, esses parâmetros são interessantes para definir critérios de inclusão no âmbito da pesquisa científica, devido às especificidades dos diferentes contextos no percurso da adolescência (Senna e Dessen 2015). Todavia, entendendo que outras subdivisões também são encontradas quando se trata, por exemplo, de aplicação de leis específicas, que necessitem de delimitação de idade, como é o caso do Código Penal brasileiro 12.015/2009, que especificou a idade de 14 anos como a maioridade sexual e as Leis: nº 13.811/2002 e nº 13.819/2019, que regulamentam o casamento infantil e em idade núbil para os 16 anos de idade entre aqueles que não atingiram a maioridade civil.

Quadro 1 - Parâmetros cronológicos para definição de infância, adolescência e juventude

Organismo	Parâmetros cronológicos	Referência
ONU	Criança: menores de 18 anos; Jovens: 15 a 24 anos.	Organização das Nações Unidas (ONU). Convenção sobre os Direitos da Criança/Instrumento de direitos humanos mais aceito na história universal. Foi ratificado por 196 países (1990). The United Nations. Definition of youth. Disponível em: https://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf .F6
OPAS/OMS	Adolescência: 10 a 19 anos; Adolescência precoce: 10 a 14 anos; Adolescência intermediária: 15 a 17 anos; Adolescência tardia: 17 a 19 anos; Adolescentes jovens: 15 a 19 anos; Juventude: 15 a 24 anos; Adultos jovens: de 20 a 24 anos.	World Health Organization (WHO). Young People's Health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva, 1986. World Health Organization (WHO). The sexual and reproductive health of younger adolescents: research issues in developing countries: Background paper for a consultation, 2011. World Health Organization (WHO). The nature and sequence of changes during adolescence: in and out for Module B: Meaning of adolescence and its implications for public health.
UNICEF	Adolescência precoce: 10 a 14 anos; adolescência tardia: 15 a 19 anos.	Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. <i>Focus ON</i> . Early and late adolescence. In: The state of the world's children 2011. Adolescence: An Age of Opportunity, 2011. Disponível em SOWC-2011.pdf (unicef.org)
ECA	Criança: menores de 12 anos; Adolescência: 12 a 18 anos.	Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112852.htm .
Estatuto da juventude	Adolescentes e jovens: 10 a 24 anos Juventude: 15 a 29 anos.	Brasil. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. Estatuto da Juventude. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/

Legenda: Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS).

Fonte: A autora, 2022.

Nesta Tese, para definir as subdivisões da adolescência e do adulto jovem, em nossos métodos, optamos pelos parâmetros de classificação da OMS que definem as idades de adolescência: 10 a 19 anos; adolescência precoce\pré-adolescência\adolescentes mais jovens: 10 a 14 anos; adolescentes jovens: 15 a 19 anos; Juventude: dos 15 aos 24 anos; e adultos jovens de 20 a 24 anos (World Health Organization 2011).

1.1.3 Considerações teóricas: interações entre os aspectos biológicos e o meio sociocultural

Apesar de criança e adolescente ter cada um suas próprias características e, conseqüentemente, podem ser acometidos por diferentes formas de agravos, ao longo dos tempos, estudiosos abordaram sobre o tema crescimento e desenvolvimento de modo sequencial, onde adolescência é fase de continuidade do processo de crescimento e desenvolvimento da criança (Moreira 2011). E nesse processo, da infância até o final da adolescência, mudanças importantes ocorrem na vida das pessoas, desde aspectos biológicos, cognitivos, emocionais, sociais e comportamentais, inclusive, mudanças e aquisição de novos hábitos e estilos de vida (Oliveira et al. 2017).

Os estudos sobre crescimento e desenvolvimento geralmente são analisados na perspectiva biológica. No entanto, alguns deram mais ênfase aos fatores extrínsecos, ligados aos aspectos ambientais, que levam em conta os aspectos comportamentais e psicossociais do desenvolvimento humano como, por exemplo, as relações interpessoais e o vínculo com a família.

Há diferentes teorias que defendem abordagens distintas sobre os determinantes do crescimento e desenvolvimento infantil. Os proponentes dessas teorias abordam tanto os fatores intrínsecos, como a genética e os aspectos neurológicos, quanto determinantes extrínsecos, como fatores psicológicos, sociológicos, culturais e comportamentais.

Estes seriam os elementos relacionados ao processo de crescimento e desenvolvimento infantil (Souza e Veríssimo 2015). Entre os teóricos que sustentam a base da compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento infantil, podemos mencionar, entre outros: Freud, Erik H. Erikson, Piaget, Semionovitch Vigotski e Bowlby, como descrito resumidamente a seguir.

Sigmund Freud (*1856+1939) se dedicou ao estudo da sexualidade humana contribuindo para o conhecimento da formação da personalidade, através da teoria sobre a evolução psicodinâmica do comportamento sexual do ser humano, registrado em três ensaios. No primeiro ensaio, Freud enfatiza as tendências perversas; no segundo ensaio, ainda no modelo protótipo, trata sobre as características autoerótica e polimorfa da sexualidade e, no terceiro, aborda as transformações da puberdade, onde ocorre o desenvolvimento das pulsões que se dispersam em várias zonas erógenas (Freud 2016).

A teoria psicanalista de Freud é fundada na estruturação do funcionamento do aparelho psíquico, composto por três partes relacionadas à personalidade do indivíduo: o Id, fonte primária, instintiva e básica da libido que funciona através do princípio do prazer com a busca satisfação imediata das necessidades e é entendido como o componente biológico; o Ego, que diz respeito à parte psíquica racional, corresponde ao componente psicológico, é considerado o intermediário entre as exigências instintivas e o meio ambiente, e representa a ação entre a vida como subsistência e a reprodução como a sexualidade da espécie humana; e o Superego, que é responsável pela consciência relacionada ao componente social, o qual é considerado o representante interno dos valores e tradições adquiridas através da sociabilidade e história humana como aspectos éticos e morais (Freud 2016, Nunes 1987).

Freud relacionou o comportamento à subjetividade e apresentou o processo de desenvolvimento psicosexual, no qual associa a ocorrência do prazer ao próprio corpo erotizado, composto por cinco fases do desenvolvimento sexual sendo: I- a fase oral, onde a zona detentora de maior sentimento de prazer é a boca; II - a fase anal, que tem como zona de erotização o ânus, expressa através do controle dos esfíncteres; III- a fase fálica, sendo a zona de erotização o órgão sexual e quando a criança vivencia o que Freud denominou de o complexo de Édipo ou Electra; IV – a fase de latência, na qual não há uma zona erógena principal propriamente dita, pois o foco do prazer está na socialização; e V – a fase sexual, que vai até o final da puberdade na adolescência, sendo quando a atividade sexual antes somente autoerótica passa a ter outro fim sexual, ou seja, surge a vontade de querer se relacionar sexualmente com outras pessoas (Freud 2016).

Posteriormente, Erik H. Erikson (*1902+1994) tomou como base os estudos de Freud para definir os estágios do desenvolvimento psíquico, em função dos principais desafios emocionais presentes nas interações da criança com seus cuidadores. A posição teórica de Erikson se concentra no estudo das relações do ego pressupondo que a pessoa é capaz de se relacionar com seu ambiente de maneira equilibrada, assumir sua identidade e construir o

processo de socialização. A visão do autor se estabelece através da vertente social, contrapondo, de certa forma, alguns aspectos biologicistas que Freud elucidou para o desenvolvimento infantil (Erikson 1987).

No livro “Infância e sociedade”, Erikson apresenta no capítulo “As oito idades do homem” sua proposta de estágios do desenvolvimento humano sendo: 1. Confiança básica *versus* confiança social da criança - nesta fase há a primeira demonstração de confiança proporcionada por eventos como alimentação, sono profundo e os cuidados maternos ajudam a compensar o desconforto do nascimento, no entanto, a criança também pode sentir medo se as experiências vividas são inseguras; 2. Autonomia *versus* vergonha e dúvida é a fase em que a criança adquire mais autonomia, principalmente por conseguir se locomover com mais independência; 3. Iniciativa *versus* culpa - nesta fase a criança desenvolve autoconfiança e passa a confiar, ou não, no mundo ao seu redor; 4. Indústria *versus* inferioridade - é nessa etapa que se inicia o desenvolvimento das habilidades de acordo com seus interesses e testam suas competências; 5. Identidade *versus* confusão de papel - é a fase na qual se desenvolve plenamente a verdadeira genitalidade, corresponde à fase da puberdade, da adolescência e início da juventude, onde se desenvolve a busca por identidade, que pode se modificar conforme o contexto de interação social do indivíduo; 6. Intimidade *versus* isolamento; 7. Generatividade *versus* autoabsorção - corresponde à fase da pessoa já adulta que já atingiu seus objetivos nos estágios anteriores e se preocupa mais com os outros do que consigo mesmo. A sensação de contribuir para algo é fundamental, portanto, nesta fase é preciso despertar um propósito ao indivíduo; e 8. Integridade *versus* desespero - trata-se da fase de aceitação do próprio e único ciclo de vida o qual o ser humano torna-se “patrimônio de sua alma” (Erikson 1987).

Jean Piaget (*1896 +1980) é outro estudioso importante sobre o desenvolvimento da criança, pois contribuiu com o conhecimento sobre a evolução da capacidade cognitiva da criança e do adolescente, enfatizando o raciocínio e a linguagem. Em sua teoria construtivista, foram estabelecidos 4 estágios do desenvolvimento cognitivo: estágio sensório motor, que vai do nascimento até os dois anos de idade; estágio pré-operacional que se estende dos dois anos até por volta dos sete anos; estágio operatório concreto, dos seis ou sete anos até aproximadamente doze anos; e, por último, o estágio lógico formal, dos doze anos em diante.

Semionovitch Vigotski (*1896+1934) deu ênfase ao caráter social no processo de desenvolvimento. Ele considera que, além das características individuais, existe também a contribuição dos fatores do contexto histórico, da bagagem cultural e das experiências vividas pelas pessoas. Para Vigotski (2018), o ser humano é construído socialmente através das

relações com outros seres humanos. Nas primeiras fases da vida, existem predominantes aspectos biológicos que interagem em conjunto com fatores sociais e o ser humano se desenvolve em sociedade. O uso da linguagem, imaginação e da criatividade, como as artes e a escrita, compõem, em conjunto, com outros fatores, as funções psicológicas complexas que são desenvolvidas através da interação social (Vigotski 2018).

O psicanalista inglês Edward John Mostyn Bowlby (*1907+1990) tem notável contribuição para o desenvolvimento infantil através da Teoria do Apego, fundamentada em campos diversos do conhecimento como psicanálise, biologia evolucionária, etologia, psicologia do desenvolvimento, ciências cognitivas e da teoria dos sistemas de controle (Bowlby 1969, Pereira et al. 2013).

O legado de Bowlby tem contribuído para a construção de modelos explicativos sobre o desenvolvimento humano no campo socioafetivo e emocional, incluindo a relação da criança com o contexto familiar e destaca o papel dos vínculos afetivos e seus efeitos adversos ao desenvolvimento infantil, relacionados ao rompimento na interação com a figura materna/cuidador na primeira infância (Bowlby 1969, Silva 2012).

Os postulados de Bowlby sugerem que o apego na vida dos seres humanos envolve o reconhecimento de que uma figura de apego (mãe ou outro cuidador) está disponível e oferece respostas, proporciona um sentimento de segurança para a criança. Nesta teoria, Bowlby considera os modelos de interação aprendidos através da relação mãe-criança servem de referência de base para a construção de um apego seguro, no qual a criança aprende a lidar, com segurança, desde os primeiros anos de vida, com situações adversas que ela encontre ao seu redor. No apego evitante, a criança desenvolve estratégias de evitar sua mãe/cuidador. O apego ansioso-ambivalente está presente quando a criança espera a disponibilidade/acessibilidade de um cuidador e pode ter ou não as suas necessidades atendidas satisfatoriamente, ou seja, ocorre quando a mãe/cuidador-criança, ora corresponde às demandas da criança de forma consistente, ora não, o que gera ansiedade na criança pela incerteza do apoio seguro para protegê-la (Bowlby 1969, Oliveira et al. 2011, Pereira et al. 2013).

A Teoria do Apego tem sido embasado estudos sobre a relação entre as experiências de adversidades na infância, com base na formação de expectativas que a criança adquire sobre si mesma (Pereira et al. 2013), a qual poderá modular a todas as outras formas de relacionamentos humanos, ao longo do ciclo da vida como as amizades, os relacionamentos afetivos entre parceiros e a parentalidade. O mesmo foi sugerido por autores como: Shomaker e Furman (2009), em estudo longitudinal com 200 adolescentes de escolas dos Estados Unidos da

América, o qual encontrou associação entre as interações negativas dos adolescentes com suas mães e a maior dificuldade de socialização entre os amigos. Becker e Crepaldi (2019) sugeriram que pessoas com características de apego inseguro apresentam maior tendência de desenvolver conflito conjugal e baixa qualidade do relacionamento amoroso.

Do ponto de vista biológico, o crescimento representa um aumento de massa por hipertrofia e divisões celulares, sendo possível sua aferição através de medidas antropométricas e o desenvolvimento dizem respeito à aquisição de capacidade, a qual pode ser aferida através de provas funcionais, conforme demonstra Moreira (2011) ao sintetizar as fases do crescimento desde a vida intrauterina até adolescência sendo:

- a) a fase 1 corresponde ao crescimento intrauterino que se inicia na concepção e vai até o nascimento;
- b) a fase 2 diz respeito à primeira infância, que contempla o período do nascimento aos dois anos de idade;
- c) a fase 3 corresponde à segunda infância ou intermediária, período de equilíbrio e crescimento uniforme em que o acréscimo anual de peso se mantém no mesmo nível, desde o mínimo limítrofe;
- d) a fase 4, que é a fase final de crescimento da adolescência.

Desde 2008, em função das questões relacionadas à nutrição infantil, o período que vai desde a concepção até o fim do segundo ano de vida da criança, recebeu nova terminologia passou a ser chamada de os primeiros mil dias (Cunha et al. 2015).

A Portaria nº 1.130/ 2015 institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e diz:

Art. 3º Para fins da PNAISC, considera-se: I - criança: pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 9 (nove) anos, ou seja, de 0 (zero) a 120 (cento e vinte) meses; e II - primeira infância: pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 5 (cinco) anos, ou seja, de 0 (zero) a 72 (setenta e dois) meses. Parágrafo único. Para fins de atendimento em serviços de pediatria no SUS, a PNAISC contemplará crianças e adolescentes até a idade de 15 (quinze) anos, ou seja, 192 (cento e noventa e dois) meses, sendo este limite etário passível de alteração de acordo com as normas e rotinas do estabelecimento de saúde responsável pelo atendimento (Brasil 2015).

Na perspectiva biológica, a adolescência se inicia com o surgimento gradual de características sexuais secundárias que ocorrem por volta de 11 a 12 anos de idade e termina com a conclusão do crescimento corporal entre 18 e 20 anos de idade. Diversas terminologias

são usadas como referência para esse estágio do crescimento e desenvolvimento. Essa etapa implica em transformações sociais, biológicas e psicológicas (Bertol e Souza 2010, Hockenberry e Wilson 2010).

O desenvolvimento biológico dos adolescentes envolve, entre outros fatores, o amadurecimento sexual cuja idade varia de acordo com aspectos como o sexo e a etnia do adolescente. A sequência de eventos pubertários da menina é a telarca (surgimento de brotos mamários) que ocorre entre 8 e 13 anos, o rápido aumento na estatura e no peso, a adrenarca (surgimento de pelos pubianos), a menarca (primeira menstruação) e a desaceleração abrupta do crescimento linear. Nos meninos, a maturação sexual ocorre um pouco mais tarde do que as meninas, apresentando as primeiras mudanças puberais que estão relacionadas às alterações na genitália e ao aumento dos testículos por volta dos 9 aos 14 anos, concomitante ao início do crescimento progressivo em estatura e de pelos pubianos, axilares e da face, a mudança de voz, o aumento do tamanho do pênis com emissões noturnas e, por último, a desaceleração abrupta do crescimento linear (Hockenberry e Wilson 2014).

Na passagem da infância para a adolescência, os indivíduos ampliam suas habilidades e adquirem progressos físicos e mentais que proporcionam a sua maturidade (Moreira 2010). Durante esse percurso na primeira fase da adolescência (10 a 14 anos), ocorrem importantes mudanças físicas, como o crescimento estatural, seguido pelo desenvolvimento dos órgãos sexuais e características sexuais secundárias, tornando essa fase propícia às mudanças que podem gerar também muitas transformações (UNICEF 2011).

Nesse contexto, também está inserido o termo puberdade que se refere ao processo maturacional, hormonal e do crescimento sendo dividida em três estágios: pré-puberdade, no qual ocorrem mudanças físicas preliminares; puberdade, fase de ocorrência da menstruação para as meninas e pouco demarcada nos meninos, e pós-puberdade, quando o crescimento esquelético é concluído e as funções reprodutoras estabelecidas e os órgãos reprodutores começam a funcionar (Hockenberry e Wilson 2014).

Na segunda fase da adolescência (15 e 19 anos), embora o corpo ainda esteja em desenvolvimento e ainda permaneçam as mudanças físicas, o cérebro continua se desenvolvendo e se reorganizando, levando o adolescente a adquirir maior capacidade e aprimoramento de análise de pensamento reflexivo. O amadurecimento adquirido, com esse processo, interfere na construção da confiança e na afirmação de sua própria identidade, o que possibilita a elaboração de opiniões próprias, ainda que a opinião dos pares ainda seja relevante para eles (UNICEF 2011).

Algumas diferenças entre o sexo masculino e o feminino podem ser observadas nesse processo, como por exemplo, aspectos relacionados à puberdade e a espermarca nos meninos, as quais acontecem no início da adolescência e têm importante função relacionada às mudanças e maturação sexual. Estes eventos provocam mudanças físicas que contribuem para a alteração da percepção de autoimagem e sobre a forma como são vistos pelos outros. Estes fatores influenciam no amadurecimento de seus corpos, nos aspectos reprodutivos e na capacidade de energias sexuais emergentes em suas identidades. Há, portanto, diferenças de base biológica, para meninos e meninas no período da puberdade, assim como diferenças de gênero, socialmente construído no significado de reações à puberdade para meninos e meninas (World Health Organization 2000).

À medida que os adolescentes vão tendo consciência de outras culturas e se ajustando às comunidades que têm normas e padrões diferentes dos seus, vai ficando mais fácil para eles aceitarem as diferenças existentes entre os membros de outras culturas. Neste sentido, eles tendem a adotar os comportamentos aceitáveis dentro de sua cultura de forma mais consistente (Hockenberry e Wilson 2014).

Dessa forma, considerando-se que as especificidades, os aspectos biológicos e a estrutura fisiológica não são suficientes para formar um indivíduo, sendo ele masculino ou feminino, é preciso entender que parte desta formação é promovida pela inserção deste no meio ambiente. Sua interação com o meio social contribuirá para formar características relacionadas com o modo de agir, pensar, sentir, adquirir suas crenças e valores, entre outros aspectos. Daí a importância de entender que o desenvolvimento da criança e do adolescente será sempre mediado por outros atores sociais, como as pessoas, as famílias, os profissionais de saúde, da educação, a escola, entre outros, que delimitam e atribuem significados e modelam a sua realidade (Brasil 2010).

Nesse sentido, estudiosos que abordam a adolescência na perspectiva sócio-histórica tomam como base a forma como se constituiu, historicamente, este período do desenvolvimento. Nesse tipo de abordagem, consideram que a adolescência não é apenas uma fase natural do desenvolvimento que existe entre a infância e a vida adulta. Entendem que as marcas corporais, por exemplo, as mamas femininas, podem simbolizar a sensualidade e a musculatura masculina pode ser vista como sensualidade, virilidade e masculinidade. Estes exemplos reforçam que esses não serão vistos apenas como características do corpo tidas como naturais, pois apresentam a interface entre a subjetividade e o desenvolvimento humano, ou seja, são também características relacionadas à construção social (Freitas et al. 2010).

1.2 Adolescência e Sexualidade

1.2.1 Breve contexto sócio-histórico da sexualidade

Estudar a sexualidade do ponto de vista da cultura ocidental exige um resgate da perspectiva histórica que a precedeu. A sexualidade deve ser compreendida como um evento que vai além dos aspectos biológicos, pois envolve também os aspectos psicológicos, sociais e outros fatores como: crenças; normas morais; tabus da sociedade; o corpo; a história; os costumes; os valores pessoais e familiares; as relações afetivas, assim como a cultura de cada indivíduo (Adesse et al. 2010, Salles e Ceccarelli 2010).

Essa retomada de alguns aspectos históricos assim como o papel da antropologia, da moral e da evolução social ajuda a retomar a compreensão da sexualidade de maneira mais abrangente e não tão fragmentada, mesmo porque as relações sexuais são também relações sociais e essas são construídas historicamente em determinadas estruturas com seus respectivos valores e interesses de cada época (Nunes 1987, Salles e Ceccarelli 2010).

Antes de iniciar o assunto, é necessário esclarecer que a conceituação da sexualidade é muito difícil, por ser complexa, abrangente, controversa e, muitas vezes, ainda é confundida ou reduzida ao conceito de sexo, apesar de possuir significados distintos (Castro et al. 2004, Salles e Ceccarelli 2010). Portanto, em função da sua plasticidade, a definição da sexualidade exige cuidados e deve considerar certos aspectos como: o olhar, a vivência, a experiência e a área de conhecimento de quem a estuda (Castro et al. 2004). Nesse aspecto, pode-se classificar que “cada pessoa é um sujeito constituído socialmente e pode estar submetido a um processo de enquadramento sexual que é determinado pelas estruturas sociais” (Nunes 1987, p. 14).

No documento *Sexual and Reproductive Health*, disponibilizado pela OMS, é possível observar algumas definições que ajudam na diferenciação entre os termos sexo e sexualidade, onde é possível compreender que sexo se refere às características biológicas que definem os seres humanos como femininos ou masculinos e é um termo frequentemente usado para significar atividade sexual. Já a sexualidade é mais abrangente definida como:

Um aspecto central do ser humano ao longo da vida abrange sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experimentada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Embora a

sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem todas são sempre experimentadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais (World Health Organization 2010, p. 4).

A literatura científica também apresenta uma definição dentro da perspectiva analítica de conceituação. Bearzoti (1994) analisou diversas obras de Freud e chegou a o seguinte conceito psicanalítico para sexualidade:

Sexualidade é energia vital instintiva direcionada para o prazer, passível de variações quantitativas e qualitativas, vinculada à homeostase, à afetividade, às relações sociais, às fases do desenvolvimento da libido infantil, ao erotismo, à genitalidade, à relação sexual, à procriação e à sublimação (Bearzoti 1994, p.5).

Apesar das definições para sexualidade, propostas por estes autores, é interessante ressaltar que em função da constante construção da sexualidade, há controvérsia sobre a sua conceituação, de forma que torne o conceito de sexualidade um conceito definitivo. Nunes (1987) esclarece que a sexualidade humana não está sujeita a um determinismo animal, restrita ao mundo natural. Pelo contrário, o ser humano tem a sua intencionalidade e a consciência para experimentá-la e essa, por sua vez, possui dimensão dinâmica, dialética, histórica e processual que a torna capaz de adquirir novos significados.

A compreensão sobre esse processo contínuo de transformação da sexualidade ao longo da história da humanidade é determinante para se entender como e porque certos comportamentos sexuais de hoje são avaliados e julgados através de uma visão polarizada pela sociedade em geral como: adequado ou inadequado, aceitável ou inaceitável, aprovado ou reprovado, certo ou errado, normal ou anormal/patológico e até legal ou ilegal.

O modo como aprendemos e vivenciamos a sexualidade no ocidente pode ser compreendido através do legado dos estudiosos sobre a construção da sociedade, em diferentes épocas da história, desde a pré-história, até a Idade Moderna como: Sócrates, Platão, Aristóteles, Xenofonte, Darwin, Marx, Freud, Foucault, Edgar Gregersen e outros (Foucault 1988, Heilborn et al. 2006, Neves 2019, Nunes 1987, Senem e Caramaschi 2017).

Compreender a sexualidade nessa perspectiva possibilita relativizar os padrões sociais de normatização da sexualidade e compreender os interesses de uns, evidenciar os mecanismos de controle por parte de outros (Arantes 2009, Foucault 1988) e entender como se constituiu a normatização da sexualidade ao longo dos tempos. A análise da evolução histórica e cultural da sexualidade deve ser realizada de forma dialética e contextual, pois assim permite observar

as diferentes transformações das sociedades humanas do passado e as perspectivas que se abrem para o futuro (Nunes 1987).

O relativismo atrelado aos modos de compreensão sobre o que se considera sexualidade hoje faz parte de um consolidado de conceitos e aceitações que foram depositados através dos séculos. Em cada época, cada contexto, cada cultura e cada sociedade foram sendo adicionados elementos que contribuíram, positiva ou negativamente, para a consolidação e instituição das normas, das regras e dos padrões específicos disseminados ao longo das gerações e estas influenciaram as leis, as regras sociais que hoje ditam os comportamentos sexuais dos indivíduos (Senem e Caramaschi 2017).

A obra de Nunes (1987) aborda o contexto da sexualidade, da educação sexual e os condicionantes históricos da sexualidade ocidental. Segundo o autor, toda educação sexual implica numa reeducação sexual, envolve pessoas, valores e comportamentos, e corresponde a um terreno híbrido entre o pessoal e o social entrelaçando o individual e o coletivo.

O termo sexualidade, de acordo com Foucault (1988), surgiu no Século XIX e engloba a interação da sexualidade com outros fenômenos como: aspectos biológicos e reprodutivos assim como as variantes individuais, sociais e comportamentais. Para o autor, as regras e normas sobre sexualidade instauradas “se apoiam em instituições religiosas, judiciárias, pedagógicas e médicas e nas mudanças no modo pelo qual os indivíduos são levados a dar sentido e valor à sua conduta, seus deveres e prazeres, sentimentos, sensações e sonhos” (Foucault 1988, p.9).

De fato, quando se faz uma avaliação mais profunda dos principais momentos históricos relacionados à sexualidade no ocidente, pode se observar que, de forma implícita ou explícita, o modo de relação entre trabalho, religião, atribuição de papéis entre homens e mulheres e os interesses da sociedade influencia na construção e na trajetória da existência humana. A sexualidade foi sendo construída ao longo da história concomitantemente com outras questões ligadas às relações sociais, interesses políticos, status sociais, gênero, poder e cultura, como pode ser facilmente identificado na obra de Michel Foucault, intitulada “História da sexualidade 2: o uso dos prazeres” (Foucault 1988).

Na referida obra, Foucault analisou escritas de pensadores da idade antiga como Platão, Aristóteles, Sócrates, Nicocles, entre outros, e trouxe grande contribuição para a compreensão sobre a forma como a população se relacionava e como pensava a prática sexual na Grécia antiga. O estudioso detalha a forma como os gregos lidavam com as questões da sexualidade, como se pensava a prática sexual, tanto sobre o significado da prática sexual para a sociedade

quanto para si próprio, numa época em que a prática sexual era considerada uma fonte de obtenção do prazer tão importante para a vida quanto as outras necessidades do corpo, como a nutrição e a bebida (Foucault 1988).

Nesse contexto, há evidências sobre a aceitação da relação sexual entre homens não caracterizada como homossexualidade, mas, sim, como algo que atribuísse o sentido de diferença de poder caracterizada por um ser ativo ou passivo. A predominante valorização da virilidade masculina, a diferença entre homens e mulheres e os modos de convivências em sociedade dos povos antigos e dos atuais nos leva a uma reflexão sobre a problematização da moral dos prazeres e a extensão dos fenômenos relacionados a dois marcos da história da sexualidade pontuados por Foucault: como o que ele categorizou como moral sexual do paganismo antigo e a moral sexual do cristianismo (Foucault 1988).

É possível identificar que elementos de uma época originaram ideias que deram continuidade ao pensamento da época seguinte, demonstrando que a sexualidade se construiu em um cenário processual, fato esse evidenciado pelo modo como os pensadores da antiga Grécia conduziram seus estudos sobre anatomia, corpo humano, comportamento humano e a forma como as relações sociais influenciaram sobre o modo de pensar, baseado nas diferenças entre homens e mulheres, que somados aos pressupostos teológicos e a cultura hebraica, embasaram na forma de pensar a sexualidade atual (Foucault 1988, Neves 2019, Senem e Caramaschi 2017).

César Aparecido Nunes apresenta cronologicamente diferentes formas de pensar a sexualidade na obra “Desvendando a sexualidade”. Através do resgate do contexto que deu origem à construção histórica da sexualidade, o referido autor apresenta a visão histórico-política e o modo como se transformam os códigos e valores sobre sexo e a relação entre as mudanças no comportamento sexual e as transformações econômicas e sociais da sexualidade no ocidente, sinalizando que o “enquadramento de funções e papéis sexuais é decorrente da estrutura social e da cultura, na qual a regulamentação do comportamento sexual é determinada pelos interesses estruturais da cultura, além do desejo e da existência pessoal” (Nunes 1987, p.37).

A obra descreve as significações da sexualidade ao longo da história no ocidente em cinco momentos, resumidos didaticamente da seguinte forma: I- Sexualidade ‘primitiva’ mítica; II- Modelo patriarcal; III- A sexualidade proscrita na Idade Média - A civilização Cristã; IV - A puritanização do sexo; V- Liberdade sexual (Nunes 1987, p. 37), conforme sintetizado no Quadro 2.

Quadro 2 – Construção histórica das significações da sexualidade humana, características comportamentais e crenças religiosas, por período da sociedade ocidental (continua)

PERÍODO I	Contexto e características da sociedade		
<p>Modelo matriarcal</p> <p>Sexualidade "primitiva" mítica</p> <p>Período: Paleolítico (500 mil a 10 mil a.C.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Valorização do matriarcalismo; ✓ Mulher semidivinizada; ✓ Gestão feminina da organização familiar e da sociedade primitiva; ✓ Vínculo materno origina o elo civilizador e mantenedor do clã primitivo (origem da sociedade humana). ✓ Fenômenos da vida relacionados à relação entre sexo, trabalho e religião. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sociedade organizada sob a divisão sexual do trabalho; ✓ Estrutura de poder focado na sobrevivência coletiva; ✓ Sociedade agrária - atividade de caça, pesca, coleta de frutos e raízes; ✓ Domínio do fogo; ✓ Início da domesticação de animais; ✓ Ferramenta de trabalho: machado de pedra lascada; ✓ Homem caçador e mulher voltada para a experimentação (pesquisa e tecnologias). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Compreensão mítica; ✓ Culto à fertilidade feminina: Deusa Mãe' ou 'Terra Mãe'; ✓ Exaltação à divinização do sexo feminino.
PERÍODO II	Contexto e características da sociedade		
<p>Modelo patriarcal</p> <p>Período: Neolítico (+-ano 9.000 anos a.C.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Início do poder patriarcal; ✓ Influência da cultura hebraica - homem superior, mulher inferior e impura; ✓ Valorização simbólica do masculino (deuses masculinos) em contraponto com a mulher inferiorizada e impura. ✓ Mulher submissa ao marido; ✓ Influência de Aristóteles sobre a relação homens x mulheres. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atividades e ferramentas de trabalho: descoberta da pedra polida; ✓ Alterações climáticas - escassez de alimentos; ✓ Substituição da caça pelo pastoreio; ✓ Domesticação de animais e fortalecimento da agricultura; ✓ Produção de excedentes leva à propriedade de terras. 	<p>Religião, crenças e sexualidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Início das primeiras práticas religiosas; ✓ Influência da tradição religiosa e moral hebraica; ✓ Presença da cosmovisão e estrutura social greco-romana. ✓ Exaltação do sexo masculino.
PERÍODO III	Contexto e características da sociedade		
<p>Sexualidade proscrita na Idade Média</p> <p>(Cont.Modelo patriarcal)</p> <p>Período: Idade Média</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Negação do poder divino do imperador; ✓ Civilização Cristã - figura de Cristo como 'único senhor' ✓ Início da era Cristã; ✓ Cristianismo como ideologia universalista e moralista; ✓ Visão do corpo como o lugar da maldade demoníaca - cárcere da alma. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manutenção do patriarcalismo hebraico; ✓ Repressão da homossexualidade, do adultério e do divórcio; ✓ Dualismo platônico; ✓ Estoicismo moralista (negação da matéria e do prazer); ✓ Maniqueísmo agostiniano. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Visão negativa da sexualidade: sexo controlado pela religião; ✓ Repressão sexual; ✓ Sexo como pecado; ✓ Sexo para procriação ✓ Valorização do Celibato.

Quadro 2 – Construção histórica das significações da sexualidade humana, características comportamentais e crenças religiosas, por período da sociedade ocidental (conclusão)

PERÍODO IV		Contexto e características da sociedade		
Puritanização do sexo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ascensão da burguesia; ✓ Advento da sociedade capitalista; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ O puritanismo trouxe forte compreensão pudica para a sexualidade; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Religião como instrumento de repressão de qualquer manifestação sexual; 	
Período: Idade Média	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Individualismo; ✓ Elevação da razão (nova forma de compreensão de mundo e rejeição da fé e dos dogmas medievais). ✓ Desestruturação do mundo medieval; ✓ Reforma protestante; Moral luterana (influenciada pela moral agostiniana). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Controle da linguagem do sexo; ✓ Crítica à nudez natural; ✓ Corpo visto como elemento negativo. ✓ Início do controle sexual por áreas como: religião, ciência/medicina, pedagogia e economia. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Energia sexual voltada para o trabalho; ✓ Sexo como fator negativo para o trabalho. 	
PERÍODO V		Contexto e características da sociedade		
A liberdade sexual	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Processo de transformação do mundo capitalista; ✓ Fatos como: tratados científicos, ação médica e transformações sociais influenciam na sexualidade; ✓ De 1870 até 1ª Guerra Mundial: ênfase no princípio de <i>Scientia Sexualis</i>; ✓ De 1945 até a 2ª Guerra Mundial: hegemonia americana; ✓ Novo modelo - o consumo, a dependência de tecnologias. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A comunicação como novo aparelho ideológico nível global - todos integrados; ✓ Influência do pensamento liberal; ✓ Movimentos de contestação social - ex.: rock, feministas, homossexuais, etc. ✓ Luta pela libertação sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pós-Reforma protestante; ✓ Processo de racionalização do sexo; ✓ Sexualidade como produto de consumo do capitalismo; ✓ Surgimento do mercado da pornografia. 	
Período: Idade moderna (Séc. XIX)	<p>Principais pensadores do período:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Darwin - revolução dos conceitos básicos das Ciências Naturais; ✓ Freud - estudou sobre as neuroses e os traumas; ✓ Marx - compreendeu a estrutura das sociedades humanas e seus mecanismos de exploração e reprodução ideológicas; ✓ Foucault - estudou sobre poder e o mecanismos de controle dos corpos. 			

Fonte: Informações extraídas de Foucault 1984, Nunes 1987 e Senem e Caramaschi 2017.

Conforme resumido no Quadro 2, a Sexualidade Primitiva Mítica diz respeito ao período Paleolítico (510.000 anos a.C), que foi considerado único modelo matriarcal da história com maior expressão feminina. A partir desse período, até o Século XIX, quando se inicia o movimento de expressão de liberdade sexual, houve grande predomínio do poder e controle masculino.

O período Neolítico foi marcado pela forte influência religiosa e a cultura hebraica, cuja valorização masculina fez ascender o Modelo Patriarcal que posteriormente foi reforçado por

pensadores como Aristóteles e também a ordem moral e religiosa, orientada por postulados teológicos que distinguiram o lícito do ilícito, com o advento da modernidade, que também ajudaram a fortalecer o modelo de poder masculino no período medieval que atravessou séculos e até hoje tem influência nas questões de gênero e poder, e ainda ditam regras sobre a sexualidade (Neves 2019, Nunes 1987, Senem e Caramaschi 2017).

Nunes (1987, p.43) cita três pilares que sustentaram o modelo patriarcal: “tradição religiosa, moral hebraica; a cosmovisão estrutural e social greco-romana; e as instituições familiares bárbaras medievais”.

Segundo o autor, a atividade econômica foi predominante o pastoreio e a agricultura contribuiu para mudanças de modo de pensar as relações sociais da época. Quando a produção de alimentos ultrapassou a necessidade do consumo, o excedente influenciou sobre a caracterização de posse - propriedade de terras e outras formatações sociais surgiram como: formação de exércitos, defesa de luta e guerra. O contexto da divisão do trabalho entre homens e mulheres, entre outros fatores, as representações simbólicas, como os deuses do sexo masculino, o poder ideológico e funções religiosas mágicas e sacerdotais, assim como o militarismo, reforçaram a valorização masculina neste período.

A mulher que antes tinha papel mais expressivo na gestão da família se tornou submissa e ganhou simbolismo de fragilidade, inferioridade e impureza. A forma como o cristianismo, na Idade Média, compreendeu a sexualidade também foi influenciada pelo neoplatonismo, estoicismo e maniqueísmo agostiniano, cujo resultado foi uma visão de sexo para procriação atribuindo elementos sobre a forma de controle da sexualidade (Nunes 1987, Senem e Caramaschi 2017).

De acordo com Nunes (1987), a sexualidade proscrita na Idade Média pode ser considerada “A civilização Cristã”. O autor afirma que

[...] o patriarcalismo hebraico e o fortalecimento grego se fundem no clericalismo cristão feudal, conservando elementos como a submissão e desvalorização da mulher, a repressão sexual, o sistema de culpas e controle sexual, a regulamentação da conduta sexual e os mecanismos de representação simbólica negativa desta sexualidade enquadrada de maneira reprimida (Nunes 1987, p. 55).

Ainda na Idade Média, o período, considerado por Nunes (1987) como Puritanização do sexo, foi marcado pela reforma protestante, inspirada nos ideais da moral luterana, que por sua vez tem raízes na moral agostiniana e reforça a repressão sexual e a inferioridade feminina. Teve a religião como um instrumento de repressão de qualquer manifestação sexual, principalmente através da consciência do pecado inscrita nos textos bíblicos.

No século XIX (Idade Moderna), durante o período pós-segunda guerra mundial, marcado pela hegemonia do capitalismo norte-americano, surge o modelo de sexualidade que Nunes (1987) chamou de “descompressão sexual”. Influenciada pelo pensamento liberal, foi uma época marcada pela luta dos direitos humanos e pela construção de novos saberes, pelo processo de racionalização do sexo, relações de gênero e os direitos sexuais e reprodutivos, defendido pelos movimentos de contestação como: movimento feminista, negros e homossexuais, que lutavam por liberdade sexual; considerada pelos autores como a época de novos paradigmas sobre a sexualidade (Castro et al. 2004, Foucault 1988, Nunes 1987, Salles e Ceccarelli 2010, Senem e Caramaschi 2017).

Foi neste referido que Sigmund Freud (1856-1939), ainda sob a influência do modelo patriarcal, se tornou pioneiro na reflexão sobre a sexualidade humana e seus estudos deram ênfase à formação da personalidade através da teoria sobre a evolução psicodinâmica do comportamento sexual (Freud 2016, Nunes 1987).

A obra de Freud conhecida como “Os Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade” originou a Teoria da Sexualidade, a qual se tornou um marco da história da sexualidade (Freud, 1905). A preocupação com a individualidade discutida no contexto do capitalismo trouxe, paralelamente, os saberes sobre identidade e sexualidade. Um dos pontos considerados no estudo da sexualidade a partir das premissas de Freud é a individualidade que está alicerçada em dois polos de discussões: o primeiro diz respeito à garantia de sujeito de direitos da pessoa humana e o outro diz respeito à vertente da subjetividade enquanto tema central relacionado à construção da identidade (Freud 2016).

Freud aborda sobre a questão do desejo e do prazer em dissociação com a relação medo, punição e morte. Ele considerou que a sexualidade estava presente na vida do ser humano em todas as idades, da infância à velhice, e discutiu sobre a forma como as pulsões sexuais da infância interferem nas condições para a vida psíquica dos indivíduos na idade adulta (Freud 2016).

A percepção dos estudiosos da época pré-freudiana sobre a sexualidade era pautada na disposição neuropática geral com uma visão binária entre inato e adquirido; normal e patológico. Discursos dessa época sobre a inversão sexual (homossexualidade), por exemplo, eram considerados fora do normal (Jorge 2007).

Após as contribuições de Freud, as bases teóricas trouxeram uma marcante oposição aos estudiosos do período, o que originou novos paradigmas sobre o estudo da sexualidade à medida que Freud incluiu em suas teorias elementos como a relação entre o inconsciente e a

sexualidade, o perverso polimorfo (sexualidade infantil) e o conceito de pulsão (Freud 2016). Entende-se, portanto, que a teoria de Freud é considerada pioneira no estudo da sexualidade, apesar das críticas sobre ela, por se basear em bases biológicas e no discurso da degenerescência e perverso-polimorfa. A crítica freudiana é também centrada na redução da sexualidade humana à função reprodutiva (Medeiros e Carvalho 2018).

Foucault critica a visão de Freud sobre sexualidade, conhecida como crítica da hipótese repressiva, pois considerava que Freud trazia a ideia da repressão social e normativa como meio efetivo para o controle de corpos e comportamentos (Neves 2019). Consequentemente, esta influência na regulação da reprodução biológica e social das populações, o que, na visão de alguns autores, se configura um legítimo controle da sociedade através da sexualidade (Castro et al. 2004, Foucault 1988, Heilborn et al. 2006).

Na obra “A História da Sexualidade”, é fácil de perceber que Foucault (1988) aborda sobre a sexualidade de forma bastante ampliada. Ele afirma que a sexualidade sofre o efeito dos mecanismos diversos de repressão aos quais ela se encontra exposta em toda sociedade e, por conta disso, ele fala de sexualidade como uma experiência singular ocorrida ao longo da história e sugere que deveria haver instrumentos de análise do próprio caráter e de suas correlações com três eixos: um deles diz respeito à formação dos saberes referentes à própria sexualidade; outro eixo está relacionado aos sistemas de poder que regulam sua prática e, por último, as formas como os indivíduos se reconhecem como sujeitos da sexualidade.

Foucault pretendia estudar de que maneira os indivíduos foram levados a exercer o comportamento sexual por si só e questiona sobre de que maneira o indivíduo moderno podia fazer da sua autoafirmação de sujeito de sua própria sexualidade. Para buscar a resposta, seria necessário primeiro estudar a maneira como o homem ocidental, ao longo de vários séculos, foi levado a se reconhecer como sujeito de desejo das questões relacionadas à sexualidade (Foucault 1988).

A referida obra aborda sobre temas ligados a diversos campos do conhecimento, os quais se articulam as regras e as coerções que circunscrevem a sexualidade. O que Foucault chamou de ‘experiência’ significa: “a correlação entre o campo do saber, os tipos de normatividades e as formas de subjetividades que estão articuladas à cultura” (Foucault 1988, p.10).

Os novos aparatos da sexualidade, a partir da perspectiva Freudiana e os constructos históricos dos últimos séculos, Foucault chamou de nova tecnologia do sexo referindo-se a fatores como: a origem das perversões sexuais; movimento higienista, problematização do comportamento sexual das crianças e adolescentes; medicalização da sexualidade feminina;

patologização do sexo; e o surgimento da sexologia, vista como uma forma de intervenção na sexualidade (Castro et al. 2004, Foucault 1988, Nunes 1987, Senem e Caramaschi 2017).

Analisando a sexualidade pela lógica Foucaultiana, dos séculos passados para o Século XIX, é possível compreender que houve apenas o deslocamento de interesse na relação de poder. A religião perdeu força e poder de controle, e a ciência médica pautada no discurso das perversões sexuais, a patologização da sexualidade e a sexologia assumiram o controle da regulação da sexualidade. Este se deu através de duas formas: uma *scientia sexualis* - verdade sobre o sexo, visando o disciplinamento dos corpos, e outra em oposição à *ars erótica* - que o encara como mistério e passível de aprendizagem e iniciação na cultura oriental (Foucault 1988).

Outros questionamentos também surgem neste contexto da sexualidade e da individualidade como, por exemplo, a ideia de um novo indivíduo, através das diferentes formas de saber no campo das especializações como: pediatria, ginecologia, psicologia etc. Posteriormente, teve desdobramento que desencadeou no movimento médico-higienista, no qual os corpos, além de objetos de estudos, passaram a ser objetos de intervenção (Neves 2019).

É importante enfatizar que, as mudanças de paradigmas da sexualidade ocorridas ao longo dos anos não necessariamente contribuíram de forma positiva para igualdade plena de valores da sexualidade entre homens e mulheres na sociedade ocidental contemporânea, pois estão longe de representar isenção de repressões e mecanismos de controle da sexualidade pelos setores e interesses diversos (Foucault 1988, Nunes 1987).

Estudiosos como Darwin, Freud e Marx contribuíram com questionamentos que possibilitaram maior abertura tanto para a compreensão quanto para a vivência da sexualidade. Por outro lado, o capitalismo trouxe alguns aspectos negativos para o processo de construção da sexualidade, como a culminância da visão do sexo como objeto de consumo, e esses mecanismos ajudaram na comercialização e no consumo do próprio corpo, que pode ser acometido de forma diferente por homens e mulheres, enquanto componente de uma sociedade (Nunes 1987).

Na lógica da sociedade ocidental contemporânea, Castro et al. (2004) destacam dois eventos que são considerados marcos da construção da sexualidade nos últimos anos: o advento dos métodos contraceptivos que separa sexualidade de reprodução da espécie e as reflexões derivadas do movimento da sociedade civil organizada e dos estudos acadêmicos. Além disso, houve também avanços políticos como as discussões em fóruns internacionais sobre Direitos

Sexuais e Reprodutivos e a eclosão da pandemia da Aids que motivou maior interesse sobre a importância de estudos sobre os modos de expressão da sexualidade humana.

Esse prévio contexto sócio-histórico da sexualidade teve como propósito auxiliar a compreensão sobre os fatores que estão diretamente ou indiretamente relacionados com uma das mais importantes dimensões da sexualidade para a nossa sociedade - o comportamento sexual e reprodutivo de adolescentes e jovens na sociedade ocidental contemporânea.

Nesse campo do saber, os estudiosos das ciências humanas e sociais como psicologia, antropologia e educação têm contribuído com estudos sobre as diversas manifestações e dimensões da sexualidade como virgindade, desigualdades de gênero, individualidades do masculino e do feminino, feminilidade, virilidade, tabus, preconceitos e rituais (Arantes 2009, Castro et al. 2004). Todas essas abordagens são contempladas pelo eixo da sexualidade.

Neste estudo, o foco foi direcionado para comportamentos afetivo-sexuais e reprodutivo de adolescentes e jovens, especificamente, sobre a iniciação sexual durante a adolescência precoce (período de idade entre 10 e 14 anos), com ênfase nos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e discussões sobre os mecanismos legais de proteção direcionados à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes de até 14 anos de idade.

1.2.2 Comportamentos afetivo-sexuais e reprodutivos na adolescência

O comportamento sexual e reprodutivo de adolescentes e jovens, de modo parecido como ocorre entre os adultos, também está sujeito à interferência da repressão e do controle dos corpos, impostos pela sociedade. No entanto, em função das peculiaridades dessa etapa da vida, as repercussões podem ser ainda mais acentuadas gerando maiores dificuldades para a busca da autonomia para o exercício da sexualidade, já que se trata de uma fase na qual, comumente, os mais novos estão sob a tutela de algum adulto ou instituição que, muitas vezes, estão impregnados de visões preconceituosas (Castro et al. 2004, Foucault 1988, Heilborn 2012, Leite 2012).

No Brasil o debate sobre comportamento sexual e reprodutivo ainda é cercado de tabus e pode ser um reflexo do processo de construção das propostas de educação em saúde sexual e reprodutiva do país (Cabral e Brandão, 2020, Silva et al., 2015). A inserção do tema nos setores

da saúde e da educação se iniciou na década de 1960, ainda sob a lógica higienista, sob a ótica da *scientia sexualis* (Foucault 1988, Nardi e Quartiero 2012).

Durante as décadas de 1980/90, em decorrência dos movimentos sociais, da epidemia de Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida/ HIV/AIDS e da conjuntura de redemocratização do país, houve algum avanço nos debates e a educação sexual e reprodutiva ganhou destaque, como tema transversal, articulado a outros temas contemplados na proposta dos Parâmetros Curriculares Nacionais de 1995 (Brasil 1997, Nardi e Quartiero, 2012). No entanto, apesar dos referidos avanços, as políticas públicas vigentes vêm caminhando na direção do incentivo ao adiamento/abstinência sexual, como a Lei no 13.798/19 a qual regulamenta políticas atuais voltadas para a prevenção de gravidez na adolescência (Brasil 2019a).

Nunes (1987) adverte que a educação sexual não deve ser limitada ao ensino da anatomia e funcionalidade do aparelho reprodutor masculino e feminino e nem restrita às atividades sobre sexualidade, realizadas por especialistas, de forma esporádica, nas escolas. “É necessário superar o dualismo racionalista e tecnicista da escola e da intensidade tecnocrática e profissionalizante” (Nunes 1987, p.16), conforme descrito:

[...] A sexualidade, enquanto dimensão humana, não pode ser reduzida a um objeto estranho, fora de nós, sobre o qual se faz um discurso técnico, frio, dogmático ou promissivo. Enquanto dimensão privilegiada do subjetivo, do existencial, e ainda mais se considerarmos as rotulações e controles religioso-morais e históricos sobrepostos, a sexualidade só pode ser tratada de maneira profundamente próxima, densa de dignidade e humanismo, para ser eficaz e significativa. Isto requer conhecimento dos discursos teóricos cabais, dos dogmáticos de qualquer espécie e da suspeita, e equilíbrio, de nossas próprias contradições pessoais e culturais (Nunes 1987, p. 18).

As considerações de Nunes (1987) são compatíveis com as mudanças ocorridas ao longo dos cenários vivenciados pelos jovens, confirmando que não há engessamento de comportamentos nem de expressões da sexualidade. Estudiosos sobre o tema como Heilborn et al. (2006), Minayo et al. (2011), Moraes et al. (2006) e Taquette et al. (2017) contribuíram para a compreensão sobre a relação entre a trajetória dos relacionamentos afetivo-sexuais, os olhares sobre gênero e sexualidade na adolescência e a violência em relacionamentos afetivo-sexuais entre adolescentes. Tais contribuições são primordiais para a compreensão sobre os modos e seus estilos de vida, e dentro destes comportamentos a forma como acontece a sua iniciação sexual, a qual está sendo construída e moldada conforme também se modificam os formatos de relacionamentos onde novos conceitos ganham novos significados, validações e aceitações dentro das sociedades.

A partir da década de 1980, os jovens brasileiros começaram a utilizar a expressão ‘ficar’ para relacionamentos sem maiores compromissos. Essa modalidade, assim como outras, com diferentes denominações é parte da experimentação e aprendizagem afetiva/amorosa e pode ser considerada como uma forma de teste para a possibilidade de futura efetivação de namoro ou outro relacionamento que pressuponha maior compromisso e seriedade na relação (Ribeiro et al. 2011). Em meio a tantos tipos de relacionamentos, existe a possibilidade de ocorrer atos de intimidade sexual, entre eles, a primeira relação sexual genital. A trajetória dos relacionamentos afetivo-sexuais, no decorrer dos anos, ajuda a compreender o contexto da iniciação sexual dos adolescentes e jovens, no cenário que abrange o comportamento sexual e reprodutivo dos jovens no Brasil.

O resgate de estudos que abordam sobre a trajetória dos relacionamentos afetivo-sexuais contribui para a compreensão do contexto da iniciação sexual dos adolescentes e sua relação com a iniciação sexual na adolescência precoce, pois um evento está diretamente relacionado ao outro.

Do ponto de vista social, a iniciação sexual é uma das etapas mais importantes das experiências relacionadas à sexualidade dos adolescentes e jovens. Geralmente, é apresentada na literatura como “um marco ou rito de passagem” (Castro et al. 2004, p.67), que define a passagem da infância para a adolescência e juventude. Essa passagem é atribuída pela nossa cultura, não apenas como uma simples experiência sexual, mas também envolve a contextualização da maturidade ou alguma representatividade social, apesar das limitações impostas pela condição paradoxal, em função dos adolescentes ainda se encontrarem financeiramente dependentes de suas famílias e sob proteção legal, relacionada à “menoridade e ao consentimento sexual” (Lowenkron 2016, p.14).

A idade da primeira relação sexual é considerada um dos principais indicadores de saúde sexual e reprodutiva. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) - 2019 apontam que a idade média para a primeira relação sexual, na população brasileira de 18 anos ou mais de idade, foi 17,3 anos. A referida pesquisa indica que, apesar da puberdade masculina ser mais tardia do que a feminina, os meninos iniciam as atividades sexuais mais novos, pois, entre os homens, a idade média da primeira experiência sexual foi 16,4 anos, quando comparada com a das mulheres, que foi por volta dos 18 anos.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2019, indicou que 35,4% dos estudantes de 13 a 17 anos já haviam tido relação sexual alguma vez na vida. Entre os que já haviam tido alguma relação

sexual, 36,6% tiveram sua primeira experiência sexual com até 13 anos de idade. A análise separada por sexo mostra que o percentual foi maior entre os meninos (39,9%) em comparação às meninas (31,0%) e entre os mais novos (13 a 15 anos) a diferença por sexo foi ainda maior com 29,3% entre os meninos e 19,4% entre as meninas (IBGE 2021).

O percentual de iniciação sexual na adolescência precoce pode variar de acordo com a região do país. O Estado do Amazonas registrou o maior índice de escolares de 13 a 17 anos que já tiveram relação sexual (45,8%), enquanto a menor taxa foi evidenciada no Estado da Paraíba (29,5%). De acordo com o IBGE (2021), as diferenças encontradas de iniciação sexual podem expressar não apenas características sociodemográficas, mas também, sob a perspectiva geográfica, as normas, costumes sociais e regionais que podem influenciar padrões de atividade sexual entre os adolescentes.

Gubert e Madureira (2008) verificaram a iniciação sexual de rapazes de 14 e 19 anos do ensino médio da rede pública e privada de Santa Catarina e destacaram que dos 340 adolescentes investigados, 67% já eram sexualmente ativos. O estudo mostrou que 2,9% iniciaram sua vida sexual aos 11 anos, 9,7% aos 12 anos e 11% aos 13 anos, ou seja, 23,6% dos adolescentes pesquisados haviam iniciado a atividade sexual antes dos 14 anos.

Castro et al. (2004) chamam a atenção para a singularidade da iniciação sexual entre os jovens, esclarecendo que há coortes ou ciclos etários que podem ir além das diferenças de gênero. Segundo as autoras, é possível que os jovens possam rever seus valores à medida que ganham mais idade e se tornam mais igualitários entre os sexos. Gonçalves et al. (2015) sugerem que a iniciação sexual ocorrida entre pessoas com idade de 10 a 14 anos coincide com uma fase em que frequentemente estas ainda não têm base sólida do ponto de vista emocional e de conhecimentos necessários para o manejo de boas práticas para o sexo seguro e de fato consentido.

Em função da necessidade de uma educação sexual com incentivo à consciência e autonomia para uma sexualidade segura entre os adolescentes, hoje se defende a proposta da Educação Integral em Sexualidade (EIS). Trata-se de uma forma de educação sexual que busca envolver os adolescentes nesta discussão, incentiva a conscientização, mas sem perder de vista o protagonismo, pois reconhece como fundamental a perspectiva dos próprios sujeitos envolvidos (Brasil 2013d, 2017).

O documento “Orientações técnicas internacionais de educação em sexualidade: uma abordagem baseada em evidências” - publicado pela Organização das Nações Unidas para a

Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), em parceria com outras organizações, definiu a EIS como:

[...] A EIS é um processo de ensino e aprendizagem com base em um currículo sobre os aspectos cognitivos, emocionais, físicos e sociais da sexualidade. Tem por objetivo transmitir conhecimentos, habilidades, atitudes e valores a crianças, adolescentes e jovens de forma a fornecer-lhes autonomia para: garantir a própria saúde, bem-estar e dignidade; desenvolver relacionamentos sociais e sexuais de respeito; considerar como suas escolhas afetam o bem-estar próprio e o de outras pessoas; entender e garantir a proteção de seus direitos ao longo de toda a vida (UNESCO 2019, p.16).

De acordo com este documento, é fundamental que os jovens possam levar uma vida sexual e reprodutiva saudável e segura. Para isso, é necessário que se promova a saúde e o bem-estar; o respeito aos direitos humanos; a igualdade de gênero e o empoderamento de crianças, adolescentes e jovens (UNESCO 2019).

Nessa abordagem, a sexualidade é incluída também na visibilidade dos aspectos positivos, como amor e relacionamentos baseados em mútuo respeito e igualdade, compreendendo que as relações vão além da abordagem focada na mecânica reprodutiva e comportamentos de risco, desconsiderando outros aspectos importantes para o contexto (UNESCO 2019).

Seguindo a lógica da perspectiva integral, torna-se necessário discutir outros aspectos que permitam ultrapassar a visão biomédica e controlista sobre o assunto. Os debates sobre este tema, geralmente, se concentram numa abordagem sobre da sexualidade na adolescência com ênfase no risco para as consequências negativas, quase sempre, redirecionados para a disseminação de informações centradas em medidas preventivas e educativas visando a redução da incidência da gravidez na adolescência e demais adversidades, como as ISTs (Cabral e Brandão 2020, Costa et al. 2020, Heilborn et al. 2006).

Esta visão parece insuficiente, na medida em que estudos sugerem que a iniciação sexual em idade precoce e a ocorrência de gravidez na adolescência não estão associadas apenas aos fatores relativos ao aspecto individual, como o desejo ou a falta de conhecimentos, mas, sim, sofre significativa influência de um amplo conjunto de fatores, entre eles, a falta de oportunidades para realizar outros projetos de vida (Cabral e Brandão 2020, Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde 2008, Heilborn et al. 2006), conforme veremos no tópico seguinte.

1.2.3 Iniciação sexual durante a adolescência precoce com base nos Determinantes Sociais de Saúde (DSS)

Antes de iniciar esse tópico, é importante esclarecer que há pouca clareza na literatura científica sobre o que significa precoce, quando se trata das questões relacionadas ao comportamento sexual e reprodutivo de uma determinada população. Recentemente, o Ministério da Saúde (Brasil 2022, p. 23) conceituou precoce como: “Idade ou condição em que a criança ou o adolescente não tem ainda elementos físicos e psíquicos para compreender adequadamente os estímulos recebidos”.

No mesmo documento, adotou também o termo “Risco Sexual Precoce” definido como: “Exposição de crianças e adolescentes a estímulos e/ou comportamentos sexualizantes que podem acarretar danos à saúde, ao bem-estar e ao desenvolvimento pleno desses indivíduos” – o termo foi usado para tratar das questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, nas ações previstas no Plano Nacional de Prevenção Primária do Risco Sexual Precoce e Gravidez na Adolescência (Brasil 2022, p.23).

Apesar dos registros destes conceitos, o documento não traz clareza sobre até que idade se considera precoce. Por falta de um marco sobre a idade adequada para o início da prática sexual, a expressão “iniciação sexual precoce”, frequentemente descrita nos estudos, pode parecer um equívoco conceitual, principalmente por sugerir estar relacionada à idade biológica.

A falta de consenso é previsível, em se tratando desta fase da vida com demarcações etárias variadas e também critérios de definição diversos como a adolescência. Considerar um determinado período como sendo precoce pressupõe a existência de um regulamento social do comportamento dos adolescentes no qual fica subentendido que deve ser praticado a partir de determinada faixa etária da vida. No campo das ciências sociais, Lowenkron (2016) questiona sobre a arbitrariedade da maioridade sexual.

Os parâmetros cronológicos adotados pelos estudiosos deste assunto, geralmente, são arbitrados de acordo com o entendimento de cada um sobre as fases da adolescência. Neste estudo, optamos por considerar adolescência precoce a etapa da vida entre 10 a 14 anos em acordo com a definição da OMS (2011). Houve a preocupação em usar o termo adolescência precoce para se referir à fase da adolescência e não ao termo iniciação sexual precoce, como se usa em muitos estudos, conforme descrito nos parágrafos seguintes.

Heilborn et al. (2006) classificaram a iniciação sexual precoce como aquela que ocorre com 15 anos ou menos; a intermediária, entre os 16 e 17 anos, e tardia, aos 18 anos ou mais. Silva et al. (2015) também consideram iniciação sexual precoce quando esta ocorre em menores de 15 anos. Nos Estados Unidos, Min et al. (2015) denominaram iniciação sexual precoce quando esta ocorre antes de 15 anos e Kastbom et al. (2015) antes dos 14 anos de idade.

Contrariando os parâmetros adotados pelos autores citados, os próprios adolescentes, que são os protagonistas de seus próprios comportamentos sexuais, desconsideram a existência de determinação prévia de uma idade ideal ou adequada para o início das atividades sexuais. O que eles relatam sugere um relativismo desta questão, que pode diferenciar conforme o gênero e o contexto da relação entre os pares, como a confiança no parceiro, no caso das meninas, e a oportunidade da prática sexual para os meninos, como demonstrado por Costa et al. (2020).

Observa-se nos estudos que, independentemente da heterogeneidade em termos de pontos de corte para esta definição de iniciação sexual precoce, o que é consensual é a relação entre a idade do início da vida sexual (até 15 anos) e fatores de diferentes dimensões, evidenciando que essa não ocorre de forma isolada, não sendo um evento desconectado do contexto sociocultural dos adolescentes (Brasil 2022, Cabral e Brandão 2020, Costa et al. 2020).

Os estudos têm mostrado que a prevalência de iniciação sexual em adolescentes menores de 15 anos varia entre 18% (Gonçalves et al. 2015) a 30% (IBGE 2021, Malta et al. 2011, Silva et al. 2015), sendo, geralmente, mais alta entre os meninos, conforme veremos nos diferentes estudos. O estudo de Gonçalves et al. (2015) com 4.325 adolescentes da coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, estimou uma prevalência de iniciação sexual até os 14 anos de 18,6%, sendo 20,9% em adolescentes do sexo masculino e 16,4% (IC95% 14,8-18,0) nos do sexo feminino. Já o estudo Silva et al. (2015), com 603 adolescentes com idade entre 14 e 19 anos, matriculados em escolas públicas estaduais em adolescentes de Abaetetuba – PA, evidenciou que, dentre os 297 entrevistados que responderam que já haviam se iniciado sexualmente, 30,5% deles referiram iniciação sexual antes de 15 anos. Um perfil na mesma direção foi observado na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) do ano de 2019 (IBGE 2021).

Há evidências de que a prevalência de iniciação sexual entre os adolescentes de até 15 anos pode variar de acordo com os diferentes contextos e níveis socioeconômicos e culturais. Por esta razão, reforça-se a importância de se considerar os fatores relacionados aos sistemas ecológicos na abordagem do tema, pois, ao mesmo tempo em que favorece a riqueza da

discussão, também exige ponderação para não correr o risco de imprimir uma visão distorcida ou preconceituosa (Markham et al. 2015).

A OMS reconhece a necessidade de inclusão da população de até 14 anos em estudos sobre saúde sexual e reprodutiva e sinaliza que a maior parte das pesquisas ainda se concentram em jovens de 15 a 19 anos. Em 2011, esta organização publicou o documento intitulado *The sexual and reproductive health of younger adolescents: research issues in developing countries: Background paper for a consultation* no qual dedicou atenção específica para a população de 10 a 14 anos, argumentando que o conhecimento sobre esse público é necessário para implementar as intervenções assertivas, principalmente em países onde os adolescentes de ambos os sexos iniciam relações sexuais com 14 anos ou menos, independente da iniciação ser voluntária ou forçada ou até mesmo resultado de um “casamento arranjado” (World Health Organization 2011, p. v).

Por conta das particularidades dos adolescentes dessa faixa-etária, é prudente que se discuta o comportamento sexual e reprodutivo e a iniciação sexual dessa população com um olhar multidimensional e contextualizado, considerando os fatores que interagem com a sociedade, a comunidade e as relações individuais (Markham et al. 2015), tais fatores podem ser estudados tendo como base em modelo explicativo de DSS.

Em 2005, a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) foi criada pela OMS para tratar da importância dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) de indivíduos e populações visando promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência para combater as iniquidades. Os DSS são compostos pelos fatores sociais, os econômicos, àqueles relacionados aos aspectos culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam nos fatores de risco e problemas de saúde na população (Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde 2008).

Dahlgren e Whitehead propuseram, em 1991, o modelo explicativo de DSS. Trata-se de uma estrutura baseada em teoria para a compreensão dos efeitos multifacetados e interativos de aspectos pessoais, fatores ambientais e de espaços sociais que determinam o comportamento das pessoas na sociedade. Esse modelo sugere que as relações entre o indivíduo e seu ambiente social e físico compõem a base dos resultados de saúde, considerando que o comportamento pode ser influenciado por fatores em diferentes subníveis (Dahlgren e Whitehead 1991, Marchioribus e Pellegrini Filho 2007, Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde 2008).

Conforme observado na Figura 1, no referido modelo, os DSS estão dispostos em cinco camadas ou subníveis diferentes, desde uma camada mais próxima dos determinantes em nível individual até a camada mais distante, onde ficam os macrodeterminantes. Nestas camadas, os referidos DSS indicam a cadeia de mediações e permitem identificar onde e como devem ser aplicadas as intervenções nos pontos mais sensíveis, nos quais as intervenções possam provocar maior impacto (Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde 2008, Dahlgren e Whitehead 1991, Marchioribuss e Pellegrini Filho 2007).

Figura 1 - Determinantes sociais da saúde: modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Marchioribuss e Pellegrini Filho 2007, p.84.

Na primeira camada – o nível individual – estão as características individuais como idade, sexo e fatores genéticos que exercem influência sobre as condições de saúde de cada indivíduo. Na segunda camada, estão o comportamento e os estilos de vida individuais. A terceira camada é composta pelas redes comunitárias e de apoio. Na quarta camada, estão os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho. A quinta e última camada contempla as condições socioeconômicas, culturais e ambientais, compondo os macrodeterminantes que definem as condições estruturais do ambiente onde o indivíduo se insere (Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde 2008, Dahlgren e Whitehead 1991, Marchioribuss e Filho 2007).

Tomando como base o referido modelo para orientar a organização dos fatores associados à iniciação sexual na adolescência precoce, o conjunto e fatores associados, evidenciados na literatura científica, foram apresentados de modo a considerar que os DSS podem interagir em diferentes camadas nas quais estes podem influenciar de forma positiva ou negativa no início da vida sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens. No entanto, pressupondo a concomitância de alguns fatores em diferentes subníveis, alguns foram discutidos no mesmo tópico, conforme veremos a seguir.

A relação entre os determinantes sociais de saúde e os aspectos relacionados às vulnerabilidades no exercício da sexualidade e da reprodução de adolescentes foi observada no estudo de Costa et al. (2019) com 287 escolares de 11 a 17 anos, de Fortaleza-CE. Os autores encontraram que, dentre os adolescentes mais vulneráveis às ISTs, houve uma maior prevalência do sexo masculino entre 11 e 14 anos, os de cor não branca e entre os que tinham parceiro. Esses dados ressaltam a importância de um olhar integral, diferenciado e multiprofissional aos subgrupos de adolescentes mais vulneráveis.

1.2.3.1 Fatores relacionados aos aspectos individuais

Como já foram mencionados, os determinantes de nível individual incluem os fatores biológicos e de sua história pessoal, e exercem influência direta sobre o potencial e as condições de saúde inerentes a cada pessoa. Os estudos sugerem que alguns destes fatores intrínsecos podem interferir nas questões relacionadas ao comportamento e trajetória sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens. A menarca precoce, por exemplo, é outro fator importante que está relacionado à condição biológica, específica da população feminina, sendo uma das variáveis, frequentemente, associadas à iniciação sexual na adolescência precoce. O estudo de Spinola et al. (2017) realizado com 427 mães de 14 a 16 anos de Porto Alegre/RS/Brasil indicou que, entre as adolescentes que tiveram iniciação sexual com até 14 anos, a menarca ocorreu até os 12 anos em 77,4%.

Muitas vezes, as características individuais se sobrepõem a outros fatores, tanto os biológicos quanto àqueles relacionados ao contexto em que os adolescentes estão inseridos e expressam seus estilos de vida em comunidade. Um exemplo disso é a evidência de maior prevalência de iniciação sexual entre os adolescentes mais novos, do sexo masculino, quando

comparado com o sexo feminino. Ou seja, os rapazes iniciam a vida sexual em idades mais baixas apesar da puberdade masculina ser mais tardia do que a feminina, indicando a influência das questões ligadas ao gênero (Costa et al. 2022, Gonçalves et al. 2015, Hugo et al. 2011).

Analisar esse fato separadamente por sexo é uma forma de observar que os dois fatores individuais - a idade e o sexo - podem sofrer influências de outras questões que superam o fator biológico. Estudos têm mostrado expressiva influência dos papéis de gênero no contexto da iniciação sexual com diferente motivação para primeira experiência entre homens e mulheres (Costa et al. 2020, Ferrari et al. 2018, Gonçalves et al. 2015).

Sobre essa questão, pode-se pensar que alguns fatores extrínsecos podem expressar maior influência no comportamento sexual e reprodutivo dos adolescentes até mais do que alguns fatores intrínsecos, sugerindo que os comportamentos sexuais, geralmente, seguem padrões e normativas de gênero e que exercem influências, de forma diferente, para meninas e meninos (Costa et al. 2022, Gonçalves et al. 2015, Hugo et al. 2011, Silva et al. 2015).

1.2.3.2 Fatores relacionados ao estilo de vida

O intuito deste tópico é discutir a relação entre a iniciação sexual na adolescência precoce e os fatores relacionados ao estilo de vida dos adolescentes, incluindo alguns hábitos dos adolescentes e jovens que são considerados comportamento de risco à saúde. A literatura inclui no grupo de comportamentos de risco à saúde: o uso de álcool e drogas; tabagismo; maior número de parceiros; e prática sexual desprotegida. Esses fatores têm sido investigados no meio acadêmico dada sua associação a outros eventos adversos encontrados na vida dos adolescentes. São vários os estudos que contemplam estas interações que indicam associação entre a iniciação sexual em idade abaixo de 15 anos e a adoção de comportamentos de risco à saúde como: Costa et. (2022), Hugo et al. (2011), Kastbom et al. (2015), Min et al. (2015), Sanchez et al. (2013) e Spinola et al. (2017).

Estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA) envolvendo 1.199 estudantes com problemas de conduta na infância e/ou adversidades familiares, ao considerar três indicadores de comportamentos de riscos, quais sejam, iniciação sexual ocorrida dos 13 a 14 anos, uso de tabaco; o uso de álcool; e uso de drogas, sugere que tais comportamentos caminham juntos e são importantes fatores de alto risco para outros desfechos desfavoráveis ao

universo dos adolescentes e jovens (Conduct Problems Prevention Research Group 2014, Costa et al. 2022).

A associação entre a idade da primeira relação sexual e o comportamento de riscos pode ser observado no estudo de Min et al. (2015) realizado também nos EUA. Os autores investigaram a relação entre exposição à cocaína no pré-natal e aumento do risco de problemas de comportamento e iniciação sexual precoce em menores de 15 anos e referem que os adolescentes com exposição à droga tiveram 2,2 vezes mais chance de se envolverem em relações sexuais em idade precoce do que os não foram expostos, sendo mais expressivo entre as meninas.

Esta associação também foi encontrada na realidade brasileira. Entre os fatores estudados por Hugo et al. (2011) em estudo com 1.621 adolescentes e jovens 18 a 24 anos, de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, houve o aumento do risco para menor idade no início da prática sexual entre os adolescentes: que fizeram uso de drogas; fumaram nos últimos três meses; e entre os que não fizeram uso da camisinha na última relação. O maior número de parceiros ao longo da vida também esteve associado à maior frequência de iniciação sexual no estudo (Gonçalves et al. 2015).

É importante destacar que, as variáveis que compõem o grupo dos comportamentos de risco como maior número de parceiros, tabagismo e uso de álcool e drogas podem ser consideradas como fatores preditivos ou consequências da iniciação sexual em baixa idade e também podem sugerir a coocorrência destes fatores, como mostram alguns estudos (Hugo et al. 2011, Sanchez et al., 2013, Spinola et al. 2017).

1.2.3.3 Fatores relacionados às condições socioeconômicas, culturais e ambientais

Com relação ao nível comunitário, conforme demonstrado no modelo, os macrodeterminantes (características socioeconômicas, culturais e ambientais) fornecem condições estruturais do ambiente e do desenvolvimento. Nesta camada, consideram-se: o nível organizacional (organizações/instituições) e o nível social, que são compostos por fatores relacionados à macroestrutura econômica, social e cultural e nestes se incluem leis, políticas, sistemas econômicos, normas culturais e meios de comunicação (Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde 2008).

Os fatores relacionados aos aspectos comunitários comportam influências que podem concentrar maior ou menor riqueza e contemplam ações importantes como a rede de apoio, o nível de coesão social disponível num determinado território, como: escolas, locais de trabalho e bairros (Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde 2008).

Os macrodeterminantes são apontados pela literatura como fatores associados à maior prevalência de iniciação sexual na adolescência precoce, como: ser de cor preta/parda, falta de vínculo com práticas religiosas e, principalmente, os que indicam o contexto de maior vulnerabilidade social, como baixa escolaridade materna; menor poder aquisitivo familiar; características do contexto familiar (não ter mãe ou pai vivos); situação de coabitação (não morar com os pais); história materna de gravidez na adolescência; dependência administrativa da escola pública; e turno noturno, conforme descritos nos estudos a seguir:

As variáveis de interesse demográfico têm impacto no comportamento sexual e reprodutivo dos adolescentes (Coutinho e Ribeiro 2014). Entre elas, a cor da pele preta/parda tem sido associada não apenas à iniciação sexual na adolescência precoce, mas também ao aumento da prevalência de outros eventos, como a gravidez na adolescência e estupro de vulnerável, conforme sinaliza Souto et al. (2017). O estudo analisou dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e comparou o perfil de mães de 13 anos de idade não notificadas com mães notificadas como estupro de vulnerável. O estudo mostra que mais de 75% das mães eram de etnia preta/parda tanto nos casos sem notificação quanto nos notificados, sendo o percentual um pouco mais elevado entre os casos notificados.

Quanto à prática religiosa ou a religiosidade, por exemplo, estas são variáveis culturais que podem causar algum impacto na forma como os adolescentes lidam com a sexualidade. Mesmo sendo uma variável difícil de ser mensurada, a revisão de Coutinho e Miranda-Ribeiro (2014) sugere que é possível haver um impacto maior de retardamento de atividades sexuais entre jovens que possuem alguma vinculação com a prática religiosa. Lara e Abdo (2016) também corroboram com esses dados. Em sua revisão sobre os fatores de proteção para iniciação sexual em idade precoce, as autoras indicam que meninas com baixo nível educacional, socioeconômico e cultural, pouco acompanhamento dos pais, separação dos pais e ausência de prática religiosa tendem a experimentar a sexarca em idade mais nova.

A classe econômica e o nível de escolaridade são variáveis desta camada, frequentemente associadas ao contexto de iniciação sexual na adolescência precoce e vulnerabilidades sociais, como observado no estudo de base populacional de Hugo et al. (2011)

com 1.621 jovens de 18 a 24 anos, realizado em Pelotas-RS, o qual sugere que, entre os fatores associados, há uma maior probabilidade de iniciação sexual na adolescência precoce em jovens de 18 a 24 anos de idade e também pertencer à classe econômica “D” ou “E”. A menor escolaridade dos adolescentes e o baixo nível socioeconômico aumentaram a prevalência de iniciação sexual com até 14 anos no estudo de Gonçalves et al. (2015).

Outro grupamento de variáveis que tem sido associado ao contexto da iniciação sexual entre os mais novos é aquele que caracteriza aspectos relacionados à estrutura familiar. Os estudos indicam que morar com os pais e ter pai e mãe vivos são variáveis que postergam a idade da sexarca. Já adolescentes filhos de pais separados, em situações de conflitos e desestrutura familiar, como ausência paterna, podem iniciar a sua vida sexual mais novos (Gonçalves et al. 2015, Hugo et al. 2011, Malta et al. 2011, Moraes et al. 2006).

Em estudo com dados da Pense 2009, Malta et al. (2011) observaram que 42,1% (IC95% 39,4-44,9) dos estudantes que não residiam com o pai e nem com mãe já tinham tido relação sexual alguma vez na vida. Esse percentual caiu para 26,6% (IC95% 25,8-27,4) quando residiam com pai e mãe (Malta et al. 2011). O estudo de Kastbom et al. (2015) também referiu que pouca atenção/carinho, tanto do pai quanto da mãe, está relacionada à iniciação sexual precoce.

O efeito protetor da estrutura familiar na saúde dos adolescentes aparece também em contexto de violência sexual como observado por Moraes et al. (2006), em estudo sobre violência sexual com 4.634 adolescentes e jovens contemplados pelo estudo multicêntrico realizado em três cidades brasileiras (pesquisa GRAVAD). As autoras analisaram as características de vítimas e perpetradores de coerção sexual e indicaram que a prevalência de coerção sexual, ao longo da vida dos jovens, de ambos os sexos, foi mais baixa entre aqueles que durante a segunda fase da adolescência (entre 15 e 18 anos) moravam com ambos os pais.

Ainda sobre o contexto familiar, há evidências de que o modelo de comportamentos sexuais e reprodutivos no âmbito familiar sugere um espelhamento do tipo de comportamento em outras gerações. A reprodução da história materna de gravidez na adolescência é um exemplo desta repetição de comportamentos onde a literatura tem indicado laços de identificação e vinculação entre mães e filhas (Dias e Teixeira 2010). Essa associação foi investigada a respeito da iniciação sexual (Gonçalves et al. 2015); da gravidez em adolescentes do sexo feminino (Amorim et al. 2009) e no contexto da parentalidade (Dias e Aquino 2006).

O estudo de Gonçalves et al. (2015) encontrou 33,7% de iniciação sexual na adolescência precoce entre aqueles que tiveram mães com a primeira gestação até 14 anos e

22,4% entre os que as mães engravidaram com idade de 15 a 19 anos na população total. Esses dados evidenciam que quanto mais cedo foi a experiência de gravidez da mãe, maior foi a prevalência de iniciação sexual na adolescência precoce da outra geração.

Na mesma direção está o estudo de Amorim et al. (2009) realizado em um estado do nordeste do Brasil com 168 adolescentes femininas 10 e 19 anos (casos) e 337 mulheres entre 20 e 35 anos (controles), o qual refere que, entre outros fatores analisados, a história materna de gravidez na adolescência estava associada ao aumento da gravidez na adolescência (OR=2,6; IC95%=1,7-3,4).

A escola e os serviços de saúde, por exemplo, são espaços muito importantes que exercem forte influência nesses aspectos no nível comunitário. A diferença observada, no que se refere à dependência administrativa da escola (pública ou privada) e o turno, confere notável influência dos macrodeterminantes na definição das condições estruturais do ambiente onde os adolescentes estão inseridos.

Dados da PeNSE de 2015, realizada com 2,6 milhões de estudantes do 9º ano do ensino fundamental, retratam bem essa questão. A pesquisa indica que os estudantes da faixa etária de 13 a 17 anos já haviam tido relação sexual alguma vez na vida, 27% deles tinham entre 13 e 15 anos, na ocasião da entrevista, e o maior percentual de estudantes que já tiveram relação sexual alguma vez foi da rede pública (29,7%), quase o dobro quando comparado com os da rede privada (15,0%) (IBGE 2016).

Dados como estes indicam que a questão da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes não deve se tornar invisível à escola e ela não deve ser imparcial ao tema, por isso é preciso considerar as diferenças sociais e o contexto no qual os jovens estão inseridos. Por esta razão, Kerntopf et al. (2016) chamam a atenção para a importância da integração entre os setores como: saúde; escola; os pais e os adolescentes, na construção de políticas públicas que possam dialogar na mesma direção.

Pode se considerar que alguns fatores são significativos no âmbito da sociedade, como as normas culturais que aceitam determinados valores sobre relacionamentos e ditam suas regras e normas sobre a prática sexual em uma sociedade. Em outros casos, há aceitação da sociedade sobre determinados comportamentos com as questões de gênero, que fixam o domínio masculino sobre as mulheres e os aspectos legais de um país também legitimam certos comportamentos e reprovam outros, como, por exemplo, o casamento civil de menores de idade, conhecido como casamento infantil (World Health Organization 2011).

Tendo como base este modelo de Dahlgren e Whitehead, nesta revisão, observa-se que os estudos orientam para a suposição de que as decisões individuais podem absorver a influência da cultura e do meio social onde se vive. As instâncias comunitárias podem concentrar maior ou menor liberdade ou repressão do comportamento sexual, como, por exemplo, orientações de lideranças de redes comunitárias; a escola; e os grupos religiosos (Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde 2008, Lara e Abdo 2016, Tronco e Dell'Aglio 2012).

Desse modo, há compreensão de que a atividade sexual dos adolescentes pode estar relacionada não apenas ao puro desejo de realizá-la, mas também relacionada a um constructo social, formatado ao longo do processo de crescimento e desenvolvimento dos indivíduos. Neste sentido, propostas de intervenção devem proporcionar melhores condições para o desenvolvimento saudável do adolescente a partir de ações intersetoriais (UNESCO 2019).

Cabral e Brandão (2020) corroboram na mesma direção quando sugerem que as ações efetivas para este público serão contempladas se houver políticas públicas que direcionem para o exercício responsável da sexualidade na adolescência e autonomia juvenil junto com outras ações de enfrentamento à desigualdade de gênero, machismo, homofobia e transfobia, e com propostas para o fortalecimento de outros aspectos como a escolarização, autonomia pessoal, educação em saúde sexual e reprodutiva.

1.2.3.4 Violência sexual em relacionamentos afetivos sexuais na adolescência

Embora a violência não seja um tema novo, ela é considerada como algo que faz parte da experiência humana e nos últimos anos vem sendo debatida no contexto da saúde pública, com ênfase nos impactos que traz à vida das pessoas, no âmbito individual e coletivo (Krug et al. 2002).

1.2.3.4.1 Conceito, tipologia e natureza da violência

De acordo com a OMS, a violência é definida como:

O uso intencional de força ou poder físico, ameaçado ou real, contra si mesmo, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha uma alta probabilidade de resultar em ferimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento inadequado ou privação (Krug et al. 2002, p. 5).

A OMS acrescenta ainda a intencionalidade no comprometimento do próprio ato, independentemente do resultado que ela produz e exclui qualquer incidente não intencional, como os acidentes (World Health Organization 1996).

Krug et al. (2002) esclarecem que o destaque à violência ocorre porque diz respeito à saúde e ao bem-estar dos indivíduos, independentemente de ser considerada culturalmente aceita em certos casos. A complexidade da questão da intencionalidade referida na definição da OMS sugere que, embora a violência se diferencie dos eventos não intencionais, que resultam em danos, a presença de uma intenção de usar a força não significa, necessariamente, que houve a intenção de causá-los, pois pode haver uma disparidade considerável entre o comportamento pretendido e a consequência pretendida.

Em 1996, a Quadragésima Nona Assembleia Mundial de Saúde adotou a Resolução WHA49.25, declarando a violência como um problema importante e crescente de saúde pública no mundo que pode trazer sérias consequências em curto e longo prazo para indivíduos, famílias, comunidades e países. Esta resolução enfatiza a especificidade da violência entre mulheres e crianças, com destaque para a necessidade de se iniciar atividades de saúde pública para tratar do problema da violência que, dentre outros aspectos, pudesse caracterizar os diferentes tipos de violência, definir sua magnitude, avaliar as causas e as consequências e incluir a perspectiva de gênero (Krug et al. 2002).

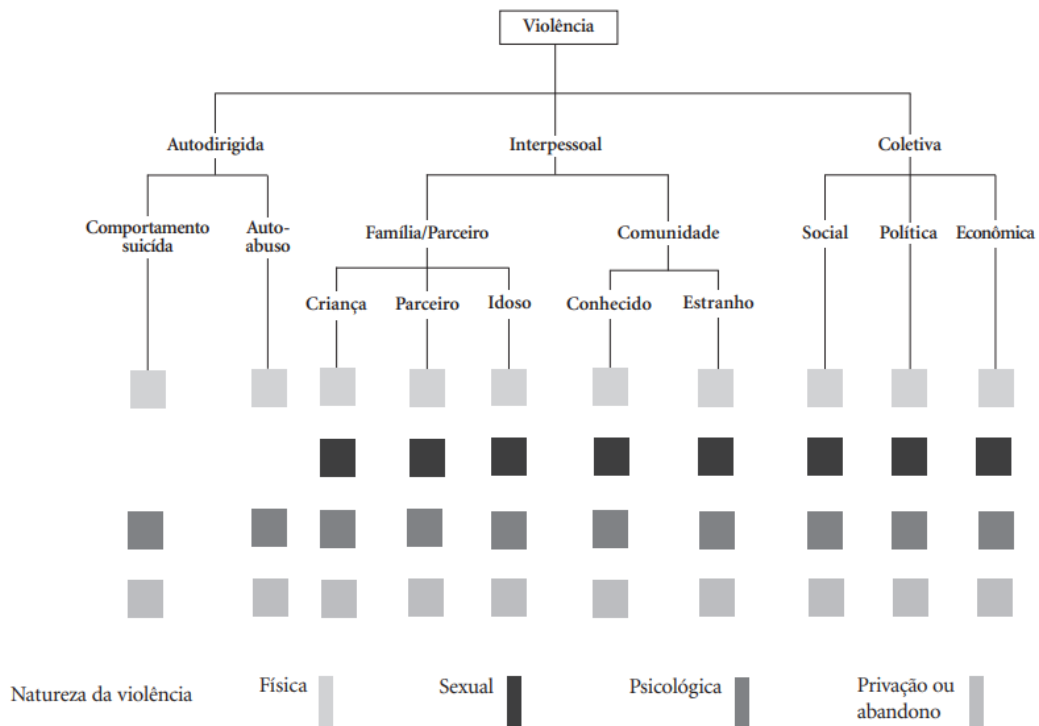
Após essa Resolução, em 2002, a OMS publicou o Relatório Mundial sobre violência e saúde (Krug et al. 2002) que, em atendimento à Resolução WHA49.25, tem como objetivos, dentre outros, descrever os principais fatores de risco para a violência, a magnitude e o impacto da violência em todo o mundo. O documento contemplou, entre outros temas, a violência sexual e violência perpetrada por parceiros íntimos.

Dada necessidade de especificar os tipos de violência, a Assembleia Mundial da Saúde propôs que a OMS desenvolvesse uma tipologia de violência que caracterizasse os diferentes

tipos de violência e as relações entre elas, que foi fundamental para entender como a categorização ajuda a diferenciar as violências acometidas de várias formas (Krug et al. 2002).

A Figura 2 publicada por Krug et al. (2002), traduzida e republicada por Dahlberg e Krug (2006), apresenta uma estrutura que facilita a compreensão dos tipos complexos de violência, tanto em relação à tipologia quanto à natureza da violência, contendo três grandes grupos: autodirigida; interpessoal; e coletiva, e suas subdivisões. Apresenta ainda a classificação da natureza: física, sexual, psicológica e aquelas relacionadas à negligência, privação ou ao abandono. De acordo com as autoras, na legenda, pode-se inferir QUEM (série horizontal) e COMO (série vertical) a vítima é atingida pela violência (Dahlberg e Krug 2006).

Figura 2 - Tipologia e natureza da violência



Fonte: Dahlberg e Krug 2006, p.1167.

Como pode ser visto na referida figura, muitas vezes a violência pode ocorrer pelo uso de mais de um tipo de violência sobre o mesmo indivíduo, como no caso da violência sexual associada à violência psicológica e física, que leva a danos psicológicos (Dahlberg e Krug 2006) esclarecem que, com exceção da violência autoprovocada, os quatro tipos de violências ocorrem em todas as categorias amplas e suas subcategorias. Exemplificando que no contexto familiar pode haver abuso físico, psicológico e sexual concomitantemente à negligência.

Tendo em vista que a violência possui aspecto multifatorial e se expressa de modo e intensidade diferente, nos diversos contextos socioculturais, os estudos sobre esta temática abordam também suas especificidades em relação ao público-alvo, como crianças e mulheres, violência entre parceiros, entre outras. Dessa forma, a violência também deve ser estudada dentro de uma abordagem que se considere a influência dos DSS como: desigualdades de gênero, etnias e outras vulnerabilidades, já que cada grupo populacional pode experimentar diferente visibilidade da exposição a vários tipos de violência, a depender do contexto e/ou da realidade do contexto sociocultural no qual a vítima ou perpetrador vive (Dahlberg e Krug 2006).

Embora sejam muitas as publicações sobre violência contra crianças e adolescentes na realidade brasileira, Assis et al. (2009) chamaram atenção para o fato de que não é possível estimar com segurança a magnitude dessa situação, em função de vários aspectos como, por exemplo, as questões metodológicas com utilização de instrumentos de aferição diferentes, variedade de grupos etários e outras especificidades de cada região estudada.

Com relação ao contexto de abrangência nacional, as estatísticas do Ministério da Saúde (Brasil 2018b) sobre gravidez e violência sexual na adolescência precoce, referem que, entre os anos de 2011 e 2016, ocorreram 3,2 milhões de adolescentes grávidas e, entre essas, 162.853 (5%) estavam na faixa etária de 10 a 14 anos. Para esse mesmo período, os dados referentes à violência sexual indicaram maior vulnerabilidade deste subgrupo (10 a 14 anos), representando 32.809 (66,3%) dos 49.489 casos de estupro contra adolescentes do sexo feminino notificados no SINAN (Brasil 2018b). Estes dados podem ainda não representar a verdadeira magnitude, pois há situações nas quais a violência é invisibilizada e muitos casos de violência sexual não são reconhecidos como tal e/ou não são notificados. Um exemplo é o estudo que evidencia que os índices de gravidez entre meninas de 10 e 13 anos, considerada fruto de estupro de vulnerável pelo código penal brasileiro, é cerca de 3 vezes maior do que as taxas de notificação de violência sexual na mesma faixa etária (Taquette et al. 2021).

No campo das relações sociais, a violência no namoro entre adolescentes e a violência em relações afetivo-sexuais e íntimas de adolescentes (que incluem outras formas de relacionamentos) tem sido pauta de debates dos anos mais recentes. Este tema tem notável relevância em função da alta prevalência de perpetração e vitimização (Beserra et al. 2016, Oliveira et al. 2011). Dados da pesquisa “Amor e violência”, realizada em dez capitais brasileiras, indicaram que a prevalência de violências sexuais, perpetradas e sofridas, nas

relações afetivo-sexuais entre jovens de 15 a 19 anos, foi 38,9% e 43,8% respectivamente (Oliveira et al. 2011).

Oliveira et al. (2011) reforçam que a abordagem do tema violência em relacionamentos afetivo-sexuais na adolescência tem se tornado relevante por ocorrer na fase da vida onde se iniciam as primeiras relações do tipo, com maiores riscos dessas experiências entre parceiros afetivo-sexuais e podem influenciar nas projeções para possível violência conjugal no futuro.

A violência sexual em relacionamentos afetivo-sexuais tem sido associada à iniciação sexual na adolescência precoce como evidenciado no estudo de Markham et al. (2015) com 537 adolescentes de 12 e 14 anos de diferentes regiões dos Estados Unidos, o qual considerou que a experiência de vitimização de qualquer forma de violência no namoro, no ano anterior à pesquisa, aumentou as chances de iniciação sexual na adolescência precoce.

A violência sexual em relacionamentos afetivo-sexuais pode ocorrer sob influência de fatores comunitários, como pode ser percebido no estudo de Ferrari et al. (2018) nas narrativas de adolescentes de 12 a 17 anos moradoras de uma favela da zona sul do Rio de Janeiro sobre a experiência de gravidez e de aborto induzido. O referido estudo chama atenção para o fato de que todas as participantes disseram que sofreram pressão para ter a primeira relação sexual com parceiros mais velhos, sinalizando, nestes casos, a assimetria de gênero no início das atividades sexuais.

É importante enfatizar que a violência sexual em relacionamentos afetivo-sexuais na adolescência pode ser encontrada nos estudos tanto como um fator de risco quanto como uma consequência da iniciação sexual em idade precoce, que também pode ser acentuada por outros determinantes sociais. Como indica o estudo de D'Oliveira et al. (2009), realizado com 2.128 mulheres do município de São Paulo e da Zona da Mata de Pernambuco, que sugere que ter tido a primeira relação sexual até os 15 anos, forçada ou consensualmente, aumentou a chance de sofrer violência entre parceiros íntimos ao longo da vida. Quando ajustada por características socioeconômicas, a associação foi observada apenas no grupo de mulheres da Zona da Mata de Pernambuco, sugerindo a influência dos aspectos socioculturais nessa relação.

Conforme já mencionado, há concomitância de fatores associados à iniciação sexual na adolescência precoce. Por esta razão, há necessidade de contextualização para se entender que a iniciação sexual durante a adolescência precoce ocorre em contexto em que há intercessão entre todos os DSS contidos no referido modelo.

A partir do olhar sobre os fatores multifacetados e interativos, é possível entender que as intervenções de políticas e programas voltados para o combate às iniquidades de saúde, de

forma efetiva, também ajudarão a combater a violência sexual em relacionamentos afetivo-sexuais e, conseqüentemente, melhorar a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes (Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde 2008, Markham et al. 2015). Por esta razão, o tópico seguinte abordará as propostas de políticas públicas relacionadas à proteção à criança, ao adolescente e ao jovem no Brasil.

1.3 Mecanismos de proteção à criança, ao adolescente e ao jovem no Brasil

1.3.1 Contexto histórico

Compreender a evolução das políticas de saúde da criança, do adolescente e dos jovens no Brasil pressupõe prévio conhecimento sobre os marcos internacionais, os quais representam eventos fortemente relacionados às mudanças ocorridas no cenário brasileiro. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, criada pela ONU, em 1948, teve importância para que outras convenções internacionais estabelecessem estatutos para garantia dos direitos humanos de todos os cidadãos. Foi a partir deste evento que os direitos à saúde da criança, enquanto sujeito de proteção do Estado, da sociedade e da família foram garantidos, através dos Pactos Internacionais de Direitos Civis e Políticos e de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) (Brasil 2018).

Neste contexto, a Constituição Brasileira de 1988 tem suas raízes no processo de redemocratização do país, na perspectiva de assegurar maior efetividade aos direitos sociais. Esta ficou conhecida como a “Constituição Cidadã”. Desde que foi promulgada, várias alterações, como atos normativos e outros decretos foram ajustados, visando atender às necessidades específicas de cada grupo, que foram acontecendo de acordo com evolução histórica e o contexto sociocultural do país (Lopez e Moreira 2013).

O Art. 227 da Constituição Federal (Brasil 1988) informa que

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Em 1989, a CDC firmada pelas Nações Unidas e ratificada pelo Brasil em 1990, também tem origem das propostas da referida Declaração Universal dos Direitos Humanos. Ela introduziu, no plano normativo, o “valor intrínseco da criança e do adolescente como ser humano, a necessidade de especial respeito a sua condição de pessoa em desenvolvimento, o reconhecimento como sujeito de direitos e sua prioridade absoluta nas políticas públicas” (Brasil 2018, p.12). Em atendimento a essa convenção, o Brasil adotou medidas para a garantia dos direitos universais para todos os seres humanos. Entre os grupos considerados mais vulneráveis à violação desses direitos, estão crianças e adolescentes, que necessitam de políticas públicas específicas (Brasil 2018).

Desde que foi promulgada a Constituição Federal (Brasil 1988), outros atos normativos e legais foram propostos e considerados de grande relevância para a saúde de crianças, adolescentes e jovens, como: o ECA, instituído pela Lei nº 8.069/1990 (Brasil 1990), para assegurar os direitos da criança e do adolescente. Outras leis e normas foram acrescentadas ou alteradas, como: a Lei nº 10.406/2002 instituiu o Código Civil e estabeleceu parâmetros sobre idade legal para a o casamento (Brasil 2002); a Lei nº 12.015/2009 alterou o código penal e passou a considerar o estupro de vulnerável em menores de 14 anos (Brasil 2009); a Lei nº 12.852/2013 sobre o Estatuto da Juventude (Brasil 2013c); a Lei nº 13.431/2017 que alterou o ECA e estabeleceu o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência (Brasil 2017); a mais recente Lei nº 13.798/2019 que instituiu a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência (Brasil 2019a), entre outras.

Os principais períodos que correspondem às políticas e programas governamentais voltados para crianças e adolescentes são resumidos por Perez e Passone (2010). As autoras descrevem cronologicamente suas principais características indicando os períodos, os quais foram divididos em: o período de 1889-1930, considerado o de institucionalização, no qual a infância era vista como objeto de controle do Estado; neste, ocorreram os primeiros passos através dos marcos legais e normatizações, nas quais a infância era vista como objeto de controle do Estado, através de estratégias jurídicas.

Os anos de 1945-1964 correspondem ao período referido como o autoritarismo populista e o serviço de assistência ao menor, no qual se observa um avanço estatal no serviço social de atendimento infantil e organização de proteção à maternidade e à infância. Na sequência, nos anos de 1964-1985, temos o período da ditadura militar: no qual houve a criação da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor. Esse foi período de reordenamento institucional repressivo e da criação da Instituição do Código de Menores de 1979. Por último, os anos de 1985-2006,

o período de redemocratização política da sociedade brasileira, caracterizado por luta por direitos políticos, civis e sociais, no qual a infância e adolescência adquirem status de sujeitos de direitos, com proteção do Estado.

Araújo et al. (2014) afirmam que, no campo da saúde, os primeiros investimentos voltados para crianças no Brasil surgiram na década de 40 e tinham como propósito a redução da mortalidade materna e infantil, com ações vinculadas ao Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES) e Departamento Nacional da Criança (DNCr).

Na década de 70, criou-se o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil e a Coordenação de Proteção Materno-Infantil passou a ser Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), que se tornou o órgão responsável, no nível central, pela assistência à mulher, à criança e ao adolescente, vinculada à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (Araújo et al. 2014, Brasil 2011a).

Em 1983, o Ministério da Saúde, por meio do Ministério da Saúde e formulado pela coordenação da DINSAMI, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) visando garantir as condições favoráveis à reprodução sadia e ao crescimento e desenvolvimento do ser humano. A partir de 1990, a DINSAMI passou a ser denominada Coordenação de Saúde Materno Infantil (CORSAMI). Nessa ocasião, ainda era subordinada ao Departamento de Assistência e Promoção à Saúde (DAPS), que tinha como competência a normatização da assistência à saúde da mulher e da criança, em nível nacional, a ser desenvolvida pelas diversas instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil 2011a).

No âmbito das políticas públicas destinadas aos adolescentes e jovens, após a 42ª Assembleia Mundial de Saúde, promovida pela OMS, surgiu, em 1989, a primeira política de saúde do adolescente: o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), o qual visava atenção integral das demandas e especificidades do público adolescente, como gravidez, ISTs e comportamentos de risco como álcool e drogas, no cenário da atenção primária (Jager et al. 2014).

Em 1996, surgiram a Coordenação de Saúde da Mulher e a Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente, subordinadas à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Em 1998, as coordenações foram substituídas pelas Áreas Técnicas de Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Saúde do Adolescente e do Jovem. Logo em seguida, outros programas foram inseridos, como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança - PAISMC, que posteriormente deu origem ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e em 1983 ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC),

separando as duas áreas distintas - saúde integral da mulher e saúde integral da criança (Brasil 2011a).

Outras políticas que fortalecem a qualidade da saúde pública, da gestação e infância também estão diretamente ou indiretamente contribuindo para a saúde da criança e do adolescente, a exemplo da PNAISC no âmbito do SUS, instituída pela Portaria nº 1.130/15. Seu objetivo é promover a saúde da criança, principalmente na primeira infância e proteger a população de maior vulnerabilidade.

A Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde, HumanizaSUS, também contempla a saúde da criança em vários aspectos que vão além do biomédico, destacando, por exemplo, entre outras, a sensibilização de equipes de saúde ao problema da violência intrafamiliar e nascimento saudável (Brasil 2009); a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Entre as linhas de cuidado propostas, foram incluídas ações sobre atenção à saúde mental, prevenção de maus-tratos/violência e trabalho infantil (Brasil 2005) e outras publicações mais específicas como “Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes: prevenção de violências e promoção da cultura de paz: você é a peça principal para enfrentar este problema” do Ministério da Saúde (Brasil 2010).

A partir da criação do ECA, a trajetória das políticas de saúde da criança e do adolescente no Brasil passou a considerar as peculiaridades desta população, considerando as complexidades das experiências, as relações sociais e as características inerentes a cada subfase da infância à juventude. Em 2007, houve o primeiro movimento para uma proposta preliminar de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ), porém não promulgada (Lopez e Moreira 2013).

Os investimentos específicos da juventude nas políticas de saúde são um pouco mais recentes e foram inseridos após a década de 1990. Como exemplo, temos a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes e Jovens, iniciada em 2004 e somente em 2010 estabeleceu as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (Brasil 2010).

Apesar de recente, a referida política estimula a construção de “estratégias interfederativas e intersetoriais” que contribuam para a modificação do quadro nacional de vulnerabilidade de adolescentes e de jovens, com ênfase no desenvolvimento saudável desse grupo populacional. Esta política inclui adolescentes de até a idade de 15 anos, no atendimento em serviços de pediatria no SUS (Brasil 2010, p. 11, Brasil 2018).

A compreensão da linha cronológica sobre as principais políticas de saúde, as normatizações e legislações voltadas para adolescentes no Brasil tornam-se importantes para se discutir sobre a evolução histórica de proteção a essa população. Estudiosos evidenciam que, ao longo dos anos, a maior parte dos investimentos se caracterizava pela presença do Estado como forma de controle e não, efetivamente, de proteção à criança como deveria ser (Arantes 2009, Perez e Passone 2010).

No Quadro 3, estão listadas, em ordem cronológica, várias ações internacionais e nacionais relacionadas à criança, adolescência e juventude, nas quais é possível identificar que houve investimentos políticos em vários aspectos, sendo a maior parte relacionada às questões de saúde.

Embora alguns direitos já estivessem contemplados em leis não específicas para eles, mas no que se refere ao direito de todo cidadão, como: a que garante à gestante/estudante o direito de continuar os estudos em regime domiciliar e a lei do planejamento familiar, que cita apenas a restrição aos menores de 25 anos nas esterilizações (Moraes e Vitale 2012), o que se observa é que, por volta dos anos 2000, as políticas iniciam algumas propostas de ações articuladas entre os serviços – a intersectorialidade. Como, por exemplo, a criação do Programa Saúde na Escola (PSE) em 2007 (Brasil 2013e).

Apesar dos referidos avanços das últimas décadas, alguns pontos ainda são questionados. Um deles é a respeito da fragmentação e da fragilidade das ações intersectoriais entre as ações da saúde, da educação e do setor jurídico. Como, por exemplo, exemplo a desarticulação entre a lei que trata do estupro de vulnerável e a falta de sua inserção entre os serviços de saúde e de educação.

Moraes e Vitale (2012) pesquisaram sobre a legislação brasileira que trata da autonomia e dos direitos e evidenciam que, além da falta do protagonismo juvenil, a realidade da adolescência brasileira é marcada pelas deficiências na implementação de políticas públicas de garantias de tais direitos. Destacam a importância da atuação, em conjunto, dos setores da saúde e da educação, em parceria com a família, assim como entre a família, o Estado e a sociedade, como estratégias para a garantia do desenvolvimento pleno da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, assegurado como condição fundamental do ser humano.

Mais recentemente, a lei brasileira voltada para adolescentes (Lei nº 13.798/2019) entrou em pauta de discussões na comunidade científica ao instituir a “Semana Nacional de Prevenção à Gravidez na Adolescência”, que acrescenta o Art. 8º-A no Estatuto da Criança e do Adolescente, que traz:

Art. 8º- A. Fica instituída a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, a ser realizada anualmente na semana que incluir o dia 1º de fevereiro, com o objetivo de disseminar informações sobre medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução da incidência da gravidez na adolescência. Parágrafo único. As ações destinadas a efetivar o disposto no caput deste artigo ficarão a cargo do poder público, em conjunto com organizações da sociedade civil, e serão dirigidas prioritariamente ao público adolescente (BRASIL 2019a).

A referida lei tem como um dos objetivos “disseminar informações sobre medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução da incidência da gravidez na adolescência”. Esta lei serviu de base legal para o novo “Plano Nacional de Prevenção Primária do Risco Sexual Precoce e Gravidez na Adolescência”, o qual se refere aos “benefícios da preservação sexual” (Brasil 2022, p.8).

As características do conteúdo desta lei provocaram críticas na literatura científicas por trazer como prerrogativas os aspectos negativos e os dados estatísticos sobre a prevalência de nascimentos de filhos de mães adolescentes, em especial os/as menores de até 14 anos. Essa forma de proteção à criança e ao adolescente tem sido questionada por se tratar de propostas de políticas que caminham na direção do incentivo ao adiamento/abstinência da vida sexual, como estratégia de prevenção, e não focada para ações de promoção e proteção contra a violência sexual desse público. Além disso, tais ações neste sentido têm sido criticadas por desconsiderar a situação de uma sociedade que apresenta contexto social heterogêneo (Cabral e Brandão 2020).

Quando se trata da legislação brasileira voltada para a população adolescente, é importante também sinalizar que muitas vezes esta traz aspectos que protegem, mas também regulam a sua autonomia. É preciso estudá-las na perspectiva multidimensional, com ênfase na integração entre as políticas. Ressalta-se também que sejam analisados os pontos de convergência ou de divergências entre as leis, no que se refere à questão da proteção, mas também não ignorando aspectos relacionados à garantia da autonomia do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, dos adolescentes e jovens (Arantes 2009, Cabral e Brandão 2020, Lowenkron 2016).

O Quadro 3, a seguir, apresenta uma síntese dos principais marcos legais e documentos de referências internacionais e nacionais relacionados à criança, adolescentes e juventude de 1927-2022.

Quadro 3 - Marcos legais e documentos de referências internacionais e nacionais relacionados à criança, adolescentes e juventude (1927-2022)
(continua)

Ano	Ações Internacionais	Ações Nacionais	Algumas Considerações
1927		Decreto nº 17.943-0 Código de Menores	Dar assistência e proteção aos menores, principalmente àqueles que estivessem em situação de vulnerabilidade social. Regulamentava o trabalho dos menores e proibia menores de 12 anos de trabalhar.
1948	Declaração Universal dos Direitos Humanos.	Ratificada pelo Brasil em 1948	O carácter universal dos direitos humanos significa que valem igualmente para todas as crianças e todos os adolescentes.
1969	Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica)		Reafirmando seu propósito de consolidar um regime de liberdade pessoal e de justiça social, fundado no respeito dos direitos essenciais do homem.
1975		Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil	Objetivo era contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança.
1983		Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança-PAISMC	Objetivo era diminuir a morbimortalidade infantil e materna
1975		Lei nº 6.202/1975	Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído. A partir do oitavo mês de gestação e durante três meses a estudante em estado de gravidez ficará assistida pelo regime de exercícios domiciliares instituído.
1988		Constituição da República Federativa do Brasil. “Constituição Cidadã”	Artigo 227 - garante direitos da criança e do adolescente: "É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

Quadro 3 - Marcos legais e documentos de referências internacionais e nacionais relacionados à criança, adolescentes e juventude (1927-2022)
(continuação)

Ano	Ações Internacionais	Ações Nacionais	Algumas Considerações
1989	<p>Assembleia da ONU</p> <p>Convenção Internacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.</p>	Portaria nº 980/GM/1989	<p>Reconhece a importância da abordagem integral para a saúde do adolescente.</p> <p>Adotada pela Assembleia Geral da ONU em 20/11/1989. Entrou em vigor em 2/09/1990. Foi baseada na Declaração Universal dos Direitos Humanos - infância tem direito a cuidados e assistência especiais.</p> <p>O Ministério da Saúde cria o Programa Saúde do Adolescente – PROSAD - uma política de promoção da saúde voltada para identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos com tratamento adequado e reabilitação, assegurando os princípios básicos da universalidade, equidade e integralidade de ações.</p>
1990	OMS - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10.	Lei nº 8.069/1990	A homossexualidade deixou de ser considerada transtorno mental em 1973 pelo Associação Americana de Psiquiatria. No entanto, continuou na lista de doenças mentais até 1990 quando a OMS retirou na publicação (versão 10) da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Estatuto da Criança e do Adolescente.
1992	<p>Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Promulgação - Decreto nº 592/1992.</p> <p>Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) - Decreto nº 591/1992.</p>	<p>Decreto nº 678/ 1992</p> <p>Portaria Interministerial nº 796 de 29 de maio de 1992</p>	<p>Art. 23: "Será reconhecido o direito do homem e da mulher de, em idade núbil, contrair casamento e constituir família". Art. 24 -"Toda criança terá direito, sem discriminação alguma por motivo de cor, sexo, língua, religião, origem nacional ou social, situação econômica ou nascimento, às medidas de proteção que a sua condição de menor requerer por parte de sua família, da sociedade e do Estado". Art. 24 -"Toda criança deverá ser registrada imediatamente após seu nascimento e deverá receber um nome". Art. 24 -"Toda criança terá o direito de adquirir uma nacionalidade".</p> <p>Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969.</p> <p>Art. 23: "Será reconhecido o direito do homem e da mulher de, em idade núbil, contrair casamento e constituir família". "Toda criança terá direito, sem discriminação alguma por motivo de cor, sexo, língua, religião, origem nacional ou social, situação econômica".</p>
1993	Conferência Internacional de Direitos Humanos (Conferência de Viena).	Lei nº 8.742/1993	Regulamenta o direito constitucional (art. 203) à assistência social do Estado, independente de contribuição e que expressamente garante a proteção especial à adolescência e ao amparo aos adolescentes carentes

Quadro 3 - Marcos legais e documentos de referências internacionais e nacionais relacionados à criança, adolescentes e juventude (1927-2022)
(continuação)

Ano	Ações Internacionais	Ações Nacionais	Algumas Considerações
1994	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Conferência do Cairo).		Incluiu no Capítulo VII os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes.
1995	IV Conferência Mundial sobre as Mulheres (Conferência de Pequim).		Trata do avanço e do empoderamento da mulher em relação aos direitos humanos das mulheres
1996		Programa Saúde do Adolescente: Bases Programáticas (2ª edição - Revista). Lei nº 9.263/1996 Lei nº 9.394/1996	O PROSAD tem a finalidade de promover, integrar, apoiar e incentivar práticas nos locais onde será feita a implantação e onde essas atividades já vêm sendo desenvolvidas, seja nos estados, municípios, universidades, organizações não-governamentais e outras instituições. Lei do planejamento familiar - Regula um conjunto de ações para a saúde sexual e saúde reprodutiva embora não trata a expressamente sobre a saúde sexual e saúde reprodutiva dos adolescentes. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB) - Regulamenta o direito à educação também como direito público subjetivo de todo cidadão.
1999	Revisão no documento produzido na Conferência do Cairo		Incorporou a garantia aos direitos de adolescentes à privacidade, ao sigilo, ao consentimento informado, à educação, inclusive sexual no currículo escolar, à informação e assistência em saúde reprodutiva
2000	Declaração do Milênio das Nações Unidas Objetivos de Desenvolvimento do Milênio	Manual para atendimento de adolescentes grávidas	Entre os objetivos propostos até 2015 incluiu-se promover a igualdade de gênero e empoderar as mulheres e reduzir a mortalidade infantil. Voltado para informações e orientações gerais aos profissionais dos serviços de saúde, para atendimento a adolescentes grávidas e seus filhos.

Quadro 3 - Marcos legais e documentos de referências internacionais e nacionais relacionados à criança, adolescentes e juventude (1927-2022)
(continuação)

Ano	Ações Internacionais	Ações Nacionais	Algumas Considerações
2005		<p>Marco Legal: Saúde, um Direito de Adolescentes</p> <p>Lei nº11.108/05</p> <p>Programa de Saúde Integral de Adolescentes e Jovens</p>	<p>Visa subsidiar os profissionais de saúde, gestores estaduais e municipais, órgãos e instituições que atuam na área da Saúde do Adolescente para o processo de tomada de decisões, para a elaboração de políticas públicas, para o atendimento nos serviços de saúde e garantia dos direitos dos adolescentes.</p> <p>Direito de adolescentes e jovens gestantes terem um ou uma acompanhante, durante todas as consultas do pré-natal, pré-parto e pós-parto.</p> <p>Objetivo: fornecer orientações básicas para nortear a implantação e/ou a implementação de ações e serviços de saúde que atendam os adolescentes e jovens de forma integral, resolutiva e participativa.</p>
2006	<p>Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência</p> <p>Princípios de Yogyakarta</p>	<p>Cartilha sobre Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos</p> <p>Lei nº11.340 -Lei Maria da Penha.</p> <p>Resolução CFM 1811/2006</p> <p>Plano Nacional do Enfrentamento à Violência Sexual Infanto Juvenil Programa Saúde na Escola</p>	<p>A finalidade é proteger os direitos e a dignidade das pessoas com deficiência no intuito de promover, proteger e assegurar o exercício pleno dos direitos humanos das pessoas com deficiência.</p> <p>Apresenta as diretrizes para garantir os direitos de homens e mulheres, adultos(as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, enfocando, principalmente, o planejamento familiar. Destina-se a gestores de políticas públicas, profissionais de saúde e sociedade civil.</p> <p>O objetivo principal é estipular punição adequada e coibir atos de violência doméstica contra a mulher.</p> <p>Estabelece normas éticas para utilização pelos médicos de anticoncepção de emergência.</p> <p>Reafirmam o compromisso de defesa intransigente dos direitos de crianças e adolescentes, sobretudo daqueles/as que se encontram circunstancialmente em situação de ameaça ou violação ao direito fundamental de desenvolvimento de uma sexualidade segura e saudável.</p> <p>Os Princípios de Yogyakarta referem ao estado atual da legislação internacional de direitos humanos relativa às questões de orientação sexual e identidade de gênero. Tais Princípios afirmam normas jurídicas internacionais que devem ser cumpridas por todos os Estados.</p>

Quadro 3 - Marcos legais e documentos de referências internacionais e nacionais relacionados à criança, adolescentes e juventude (1927-2022)
(continuação)

Ano	Ações Internacionais	Ações Nacionais	Algumas Considerações
2007		<p>Marco teórico e referencial saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens</p> <p>Marco legal saúde, um direito de adolescentes. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis.</p> <p>Programa Saúde na Escola (PSE)</p>	<p>O objetivo foi oferecer subsídios teórico-políticos, normativos e programáticos que orientem a implementação de ações voltadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens.</p> <p>O objetivo foi subsidiar os profissionais de saúde, gestores estaduais e municipais, órgãos e instituições que atuam na área da Saúde do Adolescente.</p> <p>Instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286/2007 - proposta de políticas intersetoriais.</p>
2008	XVII Conferencia Internacional de Aids SIDA. (Cidade do México)		Brasil assinou a “Declaração de México - Prevenir com Educação”, comprometendo-se a reduzir, até 2015, em 75% o número de escolas sem educação integral em sexualidade institucionalizada.
2009		<p>Nota Técnica nº. 13/2009</p> <p>Lei nº 12.015/2009</p> <p>Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes</p>	<p>Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848/1940 - Código Penal.</p> <p>Decreto-Lei no 2.848/1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072/1990 - dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da CF e revoga a Lei no 2.252/1954, que trata de corrupção de menores - alteração do código penal - passou a considerar o estupro de vulnerável, no artigo 217-A, da Lei 12.015/2009, como crime ter conjunção carnal ou praticar ato libidinoso com menor de 14 anos.</p> <p>O documento é o resultado de discussões realizadas ao longo dos anos de 2004 e 2005. Baseado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.</p>

Quadro 3 - Marcos legais e documentos de referências internacionais e nacionais relacionados à criança, adolescentes e juventude (1927-2022)
(continuação)

Ano	Ações Internacionais	Ações Nacionais	Algumas Considerações
2010		Diretrizes nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde	As Diretrizes fazem parte do processo de construção da Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes e Jovens, iniciado em 2004.
2011		Portaria nº 1.459/2011 Atenção humanizada ao abortamento - norma técnica Portaria MS/GM nº 104/2011 Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes: prevenção de violências e promoção da cultura de paz: você é a peça principal para enfrentar este problema	Institui a Rede Cegonha, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual - notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências passou a ser notificada em todos os serviços de saúde, públicos ou privados. Cartilha publicada pelo Ministério da Saúde.
2012		Resolução CNE/CEB nº 2/2012 Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes	Define as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio.

Quadro 3 - Marcos legais e documentos de referências internacionais e nacionais relacionados à criança, adolescentes e juventude (1927-2022)
(continuação)

Ano	Ações Internacionais	Ações Nacionais	Algumas Considerações
2013		<p>Lei nº 12.852/2013</p> <p>Lei nº 12.845/2013</p> <p>Resolução nº 175/2013</p> <p>Cuidando de Adolescentes na Rede Cegonha – processo de diagramação</p> <p>Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde.</p>	<p>Institui o Estatuto da Juventude - direitos dos jovens, princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude – SINAJUVE.</p> <p>Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.</p> <p>Art. 1º "É vedada às autoridades competentes a recusa de habilitação, celebração de casamento civil ou de conversão de união estável em casamento entre pessoas de mesmo sexo".</p>
2014		<p>Portaria nº 618/2014</p> <p>Portaria nº 485/2014</p> <p>Portaria nº 2.415 /2014</p> <p>Portaria Interministerial nº 1.082/2014</p>	<p>Altera a tabela de serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) - serviço de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual.</p> <p>Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS.</p> <p>Inclui o procedimento Atendimento Multiprofissional para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS.</p> <p>Aprova as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória e dá outras providências.</p>
2015	Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (ONU)	Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no SUS	Incluiu metas de promoção da saúde, abordada de forma transversal, como educação, saúde sexual e reprodutiva; direitos sexuais e reprodutivos, violência e gênero visando contemplar as populações mais vulneráveis, incluindo crianças e adolescentes

Quadro 3 - Marcos legais e documentos de referências internacionais e nacionais relacionados à criança, adolescentes e juventude (1927-2022)
(continuação)

Ano	Ações Internacionais	Ações Nacionais	Algumas Considerações
2016		Lei nº 13.257/2016	Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância.
2017	V Reunião de Ministras e Altas Autoridades para Igualdade de Gênero da CPLP	Lei nº 13.431/2017	Ocorrida em 30 e 31 de outubro, em Brasília. Trata de assuntos sobre as lacunas que separam mulheres e meninas, em diferentes partes do mundo, de viver a vida com direitos e fazer parte do desenvolvimento sustentável. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (ECA).
		Cuidando de Adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica Súmula nº 593, de 2017, do Superior Tribunal de Justiça	Estabelece marcos norteadores que estruturam o desenvolvimento e a qualificação de ações, necessárias e adaptadas a cada território, para a atenção integral à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes. Voltado para equipes de atenção básica/saúde da família propondo como grandes eixos: cuidado da saúde, hábitos saudáveis e a atenção aos principais aspectos clínicos. Considerou-se: “O crime de estupro de vulnerável configura-se com a conjunção carnal ou prática de ato libidinoso com menor de 14 anos, sendo irrelevante o eventual consentimento da vítima para a prática do ato, experiência sexual anterior ou a existência de relacionamento amoroso com o agente”.
2018	Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde -CID 11. (OMS)	Lei nº 13.718 - Decreto-Lei nº 3.688/1941 (Lei das Contravenções Penais)	Houve a retirada dos transtornos de identidade de gênero do capítulo de doenças mentais - retira dos transtornos de identidade de gênero de lista de saúde mental. Altera o Decreto-Lei nº 2.848/1940 (Código Penal), para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo; e revoga dispositivo do decreto Nº 3.688/1941 (Lei das contravenções penais).

Quadro 3 - Marcos legais e documentos de referências internacionais e nacionais relacionados à criança, adolescentes e juventude (1927-2022) (conclusão)

Ano	Ações Internacionais	Ações Nacionais	Algumas Considerações
2019		Lei nº 13.811/2019 Lei nº 13.798/2019.	Confere nova redação ao art. 1.520 da Lei nº 10.406/ 2002 (Código Civil), para suprimir as exceções legais permissivas do casamento infantil. Acrescenta art. 8º- A à Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para instituir a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência.
2020		Portaria nº 2.282/2020	Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.
2021		Portaria Interministerial nº 2, de 5 de outubro de 2021 Portaria nº GM/MS nº 3.874/2021	Institui o Grupo Interministerial para a construção do Plano Nacional de Prevenção Primária do Risco Sexual Precoce e Gravidez na Adolescência. Habilita municípios e o Distrito Federal ao recebimento do incentivo financeiro federal de custeio para fortalecimento das ações de cadastramento e qualificação do processo de assistência aos adolescentes no âmbito da Atenção Primária à Saúde
2022		Campanha de Prevenção da Gravidez na Adolescência Ações Nacionais Relativas à Prevenção da Gravidez na Adolescência Plano Nacional de Prevenção Primária do Risco Sexual Precoce e Gravidez na Adolescência "Caderneta de Saúde do/a Adolescente"	Ações baseadas na Lei nº 13.798/2019, que instituiu a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência. 22/02/2022 - Lançamento da nova caderneta "Caderneta de Saúde do/a Adolescente do" durante o evento: Ações Nacionais Relativas à Prevenção da Gravidez na Adolescência.

Fonte: As informações foram extraídas de Brasil (2007), Brasil (2011b), Brasil (2013b, 2013c, p. 11-25), Brasil (2018a), Brasil (2019b), Brasil (2022 p. 9-11), Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde - OPAS/Brasil (2017), Moraes e Vitale (2012, p. 50-52), Organização Mundial da Saúde (2018), Perez e Passone (2010, p.650-670).

1.3.2 Mecanismos legais sobre saúde sexual e reprodutiva, relacionamentos afetivo-sexuais e violência sexual

Conforme observado no Quadro 4, a seguir, os mecanismos legais de proteção que tratam de relacionamentos afetivo-sexuais na adolescência foram organizados em duas categorias: os que dizem respeito à violência sexual e maioridade sexual e os que estão relacionados à competência para o casamento. Em função do foco desta Tese, a Lei nº 12.015/2009 terá maior atenção, por tratar do tema relacionado à adolescência precoce – foco central deste estudo.

Quadro 4 - Legislação brasileira sobre crimes de violência sexual e capacidade para o casamento (continua)

	Descrição	Idade	Descrição/artigos específicos	Referências
Crimes de violência sexual	Estupro de vulnerável.	Menores de 14 anos	Art. 217-A Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos"; Art. 218-A. "Praticar, na presença de alguém menor de 14 (catorze) anos, ou induzi-lo a presenciar, conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer lascívia própria ou de outrem".	Lei nº 12.015/2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm
	Crimes de importunação sexual; crime de estupro coletivo; crimes contra a liberdade sexual e crimes sexuais contra vulnerável.	Sem idade definida	Altera o Decreto-Lei nº 2.848/1940 (Código Penal). Revoga dispositivo do Decreto-Lei nº 3.688/1941 (Lei das Contravenções Penais) - Considera Crimes de importunação sexual; de divulgação de cena de estupro e estupro coletivo e tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável.	Lei nº 13.718/2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13718.htm

Quadro 4 - Legislação brasileira sobre crimes de violência sexual e capacidade para o casamento (conclusão)

	Descrição	Idade	Descrição/artigos específicos	Referências
Da capacidade para o casamento	"Maioridade" núbil	18 anos ou 16 anos para ambos os sexos quando autorizado pelos pais/responsáveis.	Art. 1.517 - "O homem e a mulher com dezesseis anos podem casar, exigindo-se autorização de ambos os pais, ou de seus representantes legais, enquanto não atingida a maioridade civil". Se houver divergência entre os pais, aplica-se o disposto no parágrafo único do Art. 1.631 que diz: "Durante o casamento e a união estável, compete o poder familiar aos pais; na falta ou impedimento de um deles, o outro o exercerá com exclusividade".	Lei nº 10.406/2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm
	Permissão de casamento infantil em caso de gravidez.	18 anos ou 16 anos para ambos os sexos quando autorizado pelos pais ou responsáveis.	Art. 1.520 - permitia o casamento antes da idade núbil (16 anos) em caso de gravidez.	Lei nº 10.406/2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm
	Proibição de casamento antes de atingir a idade núbil (16 anos).	Alteração do Art. 1.520 da Lei nº 10.406/2002 - Permite casamento antes da idade núbil (16 anos) - em caso de gravidez).	Confere nova redação ao art. 1.520 da Lei nº 10.406/2002 (Código Civil), para suprimir as exceções legais permissivas do casamento infantil que diz: "Não será permitido, em qualquer caso, o casamento de quem não atingiu a idade núbil, observado o disposto no art. 1.517".	Lei nº 13.811/2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13811.htm

Fonte: A autora, 2022.

1.3.2.1 Lei nº 12.015/2009 – Lei do estupro de vulnerável

No ano de 2009, o Código Penal Brasileiro sofreu alterações sobre algumas questões relacionadas à violência sexual. O que antes eram chamados de “crimes contra os costumes” passaram a ser denominados de “crimes contra a dignidade sexual”, além de outras alterações, como a inclusão da população masculina. A presunção de violência absoluta em crimes sexuais cometidos contra menores de 14 anos foi pautada em precedentes originários de vários artigos do Código Penal entre eles, o Art. 217-A da Lei nº 12.015/2009, que definiu como crime de estupro de vulnerável a conjunção carnal ou outro ato libidinoso praticados com menor de 14 anos, conforme cita o Ministério da Saúde:

[...] Em 26/10/2017 foi publicada a nova súmula 593 aprovada pela 3ª Seção do STJ com o seguinte enunciado: Súmula 593: ‘O crime de estupro de vulnerável configura-se com a conjunção carnal ou prática de ato libidinoso com menor de 14 anos, sendo irrelevante o eventual consentimento da vítima para a prática do ato, experiência sexual anterior ou a existência de relacionamento amoroso com o agente. Esta súmula se relaciona com a Lei do estupro de vulnerável. Sendo assim, a notificação de gravidez ou relação sexual até 13 anos, 11 meses e 29 dias é obrigatória para os serviços de saúde: a despeito de que possa ter havido sexo consentido, ou seja, sem violência ou grave ameaça; ou um envolvimento amoroso, mesmo que a vítima e o autor fossem ‘namorados’ ou ‘ficantes’; mesmo se a vítima já fosse sexualmente ativa, por exemplo: o sexo só ocorreu porque a vítima já se prostituía, antes mesmo de completar quatorze anos [...] (Brasil 2018, p.22).

A partir desta lei, o limite etário de 14 anos para a tipificação do crime de estupro de vulnerável traz dilemas para profissionais da saúde e da educação que assistem adolescentes. Estes profissionais se deparam com situações em que um(a) adolescente menor de 14 anos tem relações sexuais consensuais e, inclusive, com conhecimento da família. Nesse caso, legalmente considerado estupro de vulnerável, o ECA determina nos artigos 13 e 245 que deve ser notificado ao Conselho Tutelar, podendo o profissional sofrer sanções legais se não o fizer. Contudo, a notificação imediata aos órgãos de garantia de direitos pode não ser a melhor opção para proteger esse adolescente (Ventura 2009).

Observa-se nos atendimentos em saúde que muitos adolescentes já estão em atividade sexual com 14 anos ou menos. São comuns situações de casais de namorados adolescentes de 14 anos que têm atividade sexual sem nenhum tipo de coerção. Trata-se de uma situação delicada que exige uma abordagem cautelosa, pois, apesar da tipificação do crime, a prática sexual nessa faixa etária é muito frequente em nossa sociedade erotizada, com diversos

estímulos, principalmente pela mídia com mensagens sexuais diariamente expostas a toda a população.

Percebe-se que há certo desencontro entre o que prevê a legislação brasileira, as definições dos estudiosos sobre os parâmetros etários da iniciação sexual e o entendimento de profissionais de saúde sobre o tema (Costa et al. 2020). Essa situação é representativa do biopoder do Estado sobre as pessoas, o qual se utiliza de diferentes técnicas para subjugação dos corpos a fim de controlar a população (Foucault 1988).

Analisando os documentos oficiais do Ministério da Saúde, evidencia-se as contradições acerca das informações sobre violência e direitos sexuais e reprodutivos, quando se lê a seguinte orientação:

Adolescentes de 10 a 14 anos de idade devem ser orientados sobre os cuidados específicos e adequados ao seu desenvolvimento psicossocial, com a proteção integral necessária. Havendo confirmação ou suspeita de violência sexual, notificar conforme os trâmites preconizados pelo Ministério da Saúde, apoiar buscando identificar se já têm atividade sexual e se as circunstâncias apontam para violência ou para o exercício da sexualidade emocionalmente esses adolescentes e suas famílias e referenciar para outros níveis de atenção à saúde e da rede de garantia de direitos e de proteção (Brasil 2018, p.154).

Trata-se de uma orientação do Ministério da Saúde (Brasil 2017) sobre o planejamento reprodutivo direcionado aos profissionais de saúde da atenção básica. A informação parece desconsiderar a Lei nº 12.015/2009, no que se refere à presunção de violência absoluta e o ato libidinoso, constatado na interpretação do trecho “[...] buscando identificar se já têm atividade sexual e se as circunstâncias apontam para violência ou para o exercício da sexualidade” (Brasil 2017, p. 37).

No âmbito legal, em estudo realizado em Ponte Nova/MG por Oliveira et al. (2014) sobre a percepção de lideranças da área jurídica sobre a efetividade da Lei nº 12.015/2009, verificou-se vários pontos divergentes. Uns defendem que os direitos das crianças/adolescentes não devem ser relativizados. Independente de consentimento, a conjunção carnal ou a prática de qualquer ato libidinoso antes dos 14 anos é sempre um crime. Outros questionam a presunção absoluta, considerando que o amadurecimento sexual das crianças/adolescentes é influenciado pelas modificações da cultura e da sociedade, devendo a presunção ser relativizada dentro dos parâmetros legais, da realidade social e do bom senso. Os autores chegam à conclusão de que a norma penal é insuficiente e não alcança inteiramente seu objetivo.

Ventura (2009) aborda o tema estupro de vulnerável na perspectiva do atendimento pelos serviços de saúde. Segundo a autora, após a mudança da redação do art. 225 do Código

Penal, para as pessoas consideradas vulneráveis, incluindo os menores de 14 anos, a responsabilidade da ação penal é do Ministério Público e independe do desejo da vítima e de seus responsáveis. No entanto, faz uma reflexão sobre os fatores negativos dessa mudança, como, por exemplo, a possibilidade de perda de confiança da vítima no serviço de saúde, por ter sua privacidade invadida. Dessa forma, é importante não condicionar o atendimento ao Boletim de Ocorrência e somente após o acolhimento, a construção de vínculo e confiança, a vítima seria estimulada a denunciar. Entretanto, o profissional de saúde deve lembrar que a notificação aos órgãos competentes tem como objetivo proteger a vítima e colaborar com a redução da violência no país. Não se trata de denúncia, mas, sim, de notificação (Brasil 2011b, Garbin et al. 2015).

Outro fator relevante é a dificuldade em comprovar a violência sexual na adolescência. Drezett et al. (2011) avaliaram a influência do exame médico-legal na responsabilização criminal de acusados de violência sexual em 137 processos judiciais de estupro contra adolescentes femininas. Os autores constataram que, do total, apenas 21,9% dos laudos do Instituto Médico Legal (IML) foram positivos e concordantes com a alegação de crime sexual feita pela adolescente. Apesar disto, dentre estes casos, houve 16,7% de absolvição dos acusados. Além disso, as provas são constituídas baseadas em dados como uso de material biológico para investigação. A baixa frequência de uso da violência física colabora para explicar o pequeno percentual de crimes sexuais com danos físicos genitais ou extragenitais. Os atos libidinosos são ainda mais difíceis de serem reconhecidos como um crime. A falta de discernimento sobre riscos de abusos sexuais entre crianças e adolescentes foi observada também no estudo de Yano e Ribeiro (2011). Os autores analisaram o desenvolvimento da sexualidade de 42 crianças de 6 a 12 anos em situação de risco e comentam sobre a falta de orientação e de informação sobre sexualidade.

Chamam a atenção para a fragilidade e a inadequação das referências e fontes de conhecimento que as crianças tiveram, configurando uma violação dos direitos destas. O estudo destacou que as crianças referiam que sexualidade era um assunto pertinente apenas aos adultos. Aprendiam que era algo feio, sujo, repulsivo e, inclusive, consideravam que era falta de educação se abordassem o tema. Baseado nessa experiência, os autores concluíram que as crianças não foram capazes de identificar situações de violência, como abuso sexual.

A prática sexual de adolescentes e sua interseção entre estupro de vulnerável pode ser compreendida no estudo de Souto et al. (2017), que analisaram dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN) de 31.611 casos de estupro de vulneráveis de 2011 a 2015. O estudo comparou

casos notificados com não notificados e mostrou fatores de riscos importantes repercutem na gestação, parto e nascimento como: início tardio e baixo número de consultas pré-natais, prematuridade e baixo peso ao nascer. Os indicadores foram piores para o grupo que foi notificado, sugerindo que os casos notificados são aqueles forçados e em piores condições de vulnerabilidade social. É interessante pontuar que apesar da lei já ter entrado em vigor na época do estudo, isso não foi suficiente para protegê-las. Esses dados são relevantes, mas não informam se essas mães adolescentes consentiram a ter sexo com seus parceiros, conforme afirmam os autores:

[...] Apesar do rigor da lei ao caracterizar toda gravidez no universo de meninas considerado neste estudo, como estupro, outras questões como início precoce da atividade sexual e o consentimento devem ser consideradas para que as políticas públicas de saúde sejam melhor desenhadas [...] (Souto et al. 2017, p. 2912).

Outro dado a ser destacado sobre estupro de vulnerável é a relação entre vítima e perpetrador. Diferente do que pensam os adolescentes, a violência no namoro parece ser um fator relevante, pois o referido estudo revelou que, em 51,6% dos casos, os parceiros (namorado/ex-namorado/cônjuge/ex-cônjuge) foram os prováveis autores e a violência de repetição ocorreu em 58,2% dos casos (Souto et al. 2017).

Estudos mostram despreparo dos profissionais que trabalham diretamente com o problema da violência sexual em menores de 14 anos. Froner e Ramires (2009) analisaram as concepções de profissionais da área da Saúde e do Direito a respeito da escuta das crianças que experimentaram abuso sexual. Evidenciaram que há falta de preparo pra lidar com a situação. Referem que há lacunas na formação pessoal e profissional. Os participantes relacionam a falta de comunicação e de parcerias entre os serviços que compõem a rede de proteção e de apoio, estrutura e investimentos nos espaços físicos e corpo técnico das equipes formadas.

A questão da vulnerabilidade de adolescentes relacionada ao critério etário é discutida por Lowenkron (2016). A autora problematiza o critério da “maioridade sexual” e ressalta que a idade como categoria que orienta o exercício da sexualidade está inter-relacionada a outras categorias como gênero e classe social. Não se pode desconsiderar as desigualdades de gênero na noção do consentimento sexual ao refletir sobre a idade do consentimento sexual de adolescentes e a lei do “estupro de vulnerável” que pretende os proteger.

A autora destaca que o critério etário não deve ser o único e absoluto para regulação social e jurídica da autonomia sexual desses sujeitos, pois este está associado a moralidades diversas. Questiona se o que é representado como vulnerabilidade em função da idade na

verdade serve para reduzir a autonomia do adolescente por meio de um marcador biológico. Portanto, é necessário conciliar a proteção ao sujeito em desenvolvimento com seus direitos sexuais, visto que as mudanças nos dispositivos legais ao longo do tempo demonstram que as delimitações etárias são insuficientes e precárias. Nessa mesma direção, Fonseca et al. (2013) ponderam sobre a questão da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes e o sigilo da ética profissional que deve priorizar o bem-estar do ser tutelado, mesmo sendo menor de 14 anos.

Em 2018, outra Lei (nº 13.718/2018), que também trata de crime de violência sexual, tipificou os crimes de importunação sexual e divulgação de cena de violência sexual e outras variações relacionadas à divulgação de: cenas de estupro/estupro de vulnerável/de sexo, nudez e pornografia entre outros. Além dos crimes contra a liberdade sexual, “estupro coletivo” (mediante concurso de dois ou mais agentes) e o “estupro corretivo” (com intuito de controlar o comportamento social ou sexual da vítima). O Art. 1º da referida lei diz:

Esta Lei tipifica os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, torna pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelece causas de aumento de pena para esses crimes e define como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo (Brasil 2018a).

1.3.2.2 Aspectos legais relacionados à capacidade para o casamento

Para garantir os direitos no âmbito da saúde sexual e reprodutiva da população adolescente, muitas vezes, há necessidade de criação de leis e políticas específicas e sua articulação entre outras para tratar de questões que estão interligadas à violência sexual. A literatura internacional inclui no tópico sobre violência sexual a questão do chamado “casamento infantil”. O documento “INSPIRE”, publicado pela OMS (2018), chamou atenção de dados sobre programas de eliminação de casamento infantil e demonstra preocupação em situações como as desigualdades de gênero e os danos causados pela prática do casamento infantil ou coabitação precoce.

Sobre o casamento infantil, no cenário brasileiro, pode-se observar dois marcos distintos, sendo: uma lei do ano de 2002 e outra de 2019, que definiram alguns aspectos legais, conforme detalhadas a seguir:

A Lei nº 13.811/2019 alterou a redação ao art. 1.520 da Lei nº 10.406/ 2002 (Código Civil) - (Brasil 2002), visando suprimir as exceções legais permissivas do casamento infantil que dizia: “Excepcionalmente, será permitido o casamento de quem ainda não alcançou a idade núbil (art. 1517), para evitar imposição ou cumprimento de pena criminal ou em caso de gravidez”.

A nova redação feita em 2019 passou a ser: “Art. 1.520. Não será permitido, em qualquer caso, o casamento de quem não atingiu a idade núbil [16 anos – grifos da autora], como observado no art. 1.517 deste Código” (Lei nº 13.811/2019) – (Brasil 2019b).

O referido artigo (Art. 1.517) trata da seguinte situação: “O homem e a mulher com dezesseis anos podem casar, exigindo-se autorização de ambos os pais ou de seus representantes legais, enquanto não atingida a maioridade civil” (Art. 1.517 da Lei nº 10.406/2002) – (Brasil 2002).

Esta seção abordou sobre os mecanismos legais de proteção à criança, adolescentes e jovens e evidenciou que, além da desarticulação existente entre os mecanismos de proteção, a inclusão do foco específico para os subgrupos de 10 a 14 anos ainda apresenta lacunas a serem preenchidas em vários aspectos (World Health Organization 2011).

De acordo com a OMS, esse grupo compõe uma população considerada de particular interesse para os países onde há proporções substanciais de meninos e /ou meninas que iniciam relações sexuais aos 14 anos ou menos, especialmente para entender se a iniciação sexual nessa faixa etária é voluntária ou forçada e, no caso das meninas, se também não se trata de uma iniciação em decorrência de casamento infantil (World Health Organization 2011).

Para conhecer melhor esse público com sua especificidade, precisamos ter ciência dos aspectos jurídicos que estão diretamente ligados às medidas de proteção à criança, desde a definição de criança e do que constitui “abuso e exploração sexual infantil” no país até a aplicação e cumprimento das leis (OMS 2018, p. 34), pois essa faixa etária corresponde a uma janela ideal de oportunidade para construir os fundamentos da sexualidade e saúde e direitos reprodutivos, sendo possível prepará-los para que eles possam se proteger, adquirir informações sobre saúde sexual e reprodutiva e tomar decisões com base em informações.

2 JUSTIFICATIVAS

Conforme foi apresentada na revisão da literatura, a iniciação sexual na adolescência e na adolescência precoce é um evento relativamente comum no Brasil. No ano de 2019, a idade média da primeira experiência sexual da população brasileira com idade de 18 anos ou mais foi de 17,3 anos. No mesmo período, entre escolares de 13 e 17 anos, matriculados no nono ano do Ensino Fundamental, que já tinham experiência sexual, 36% deles reportaram a primeira experiência sexual com até 13 anos de idade, ou seja, na adolescência precoce.

Apesar de ainda haver lacunas nas políticas públicas e nos estudos que contemplem o subgrupo de 10 e 14 anos - denominado de adolescência precoce – este grupo ganhou maior visibilidade nos debates políticos, em várias partes do mundo, sobre a saúde sexual e reprodutiva após a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) de 1994, que o considerou como um dos grupos mais vulneráveis à violação dos seus direitos fundamentais, uma vez que parte das relações sexuais nesta faixa etária são oriundas de abusos.

No Brasil, os mecanismos legais de proteção relacionados à adolescência precoce têm se tornado pauta de discussões em várias esferas do governo nos últimos anos.

Em 2009, a alteração do Código penal, através da Lei nº 12.015/2009 passou a definir como crime de estupro de vulnerável a conjunção carnal ou outro ato libidinoso praticados com menor de 14 anos.

Outra mudança é a criação da Lei nº 13.798/19 que instituiu a criação da Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência.

A partir destas leis, estudiosos do assunto fizeram questionamentos sobre o consentimento e a “maioridade sexual”, gerando controvérsias a respeito do poder do Estado de intervir em decisões que são inerentes à autonomia do indivíduo e de sua família da autonomia e dos direitos sexuais e reprodutivos desta população. Os debates são orientados pelos dilemas acerca de um contexto de desigualdades sociais, étnicas/raciais e de gênero, que existe em cenário nacional (Arantes 2009, Cabral e Brandão 2020, Lowenkron 2016).

Conhecer as estimativas de iniciação sexual na adolescência precoce e suas características, assim como analisar as diferenças entre as estimativas nos diferentes subgrupos populacionais, considerando as diferentes dimensões que parecem estar relacionadas à propensão a estas situações, pode contribuir para o planejamento de intervenções voltadas para este público.

Por outro lado, para se ter um conhecimento mais completo e profundo sobre o tema, não é possível desconsiderar o que pensam os próprios adolescentes, seres que se encontram em plena fase de crescimento e desenvolvimento e em processo de aprendizado da sexualidade, da autonomia e do autocuidado. Para isso, a triangulação de métodos está indicada, através de abordagem mista, quali-quantitativa, permitindo um conhecimento por diversos ângulos e mais próximo da realidade vivida e interpretada pelo ator social.

Neste sentido, é necessário que os estudos contemplem desde os aspectos individuais até aos macrodeterminantes sociais para oferecer subsídios que fundamentem as propostas de intervenção voltadas à promoção da saúde sexual e reprodutiva neste ciclo de vida.

Ampliar o conhecimento sobre a percepção destes atores sobre o contexto e características daqueles que se iniciam sexualmente durante a adolescência precoce é passo fundamental para elaboração de ações que apoiem práticas sexuais conscientes e seguras, garantindo-se autonomia e protagonismo juvenil. É neste sentido que são propostos os objetivos deste estudo.

3 OBJETIVOS

Para a construção da tese estabeleceu-se os objetivos a seguir.

3.1 Geral

Analisar a ocorrência da iniciação sexual de 10 a 14 anos e vulnerabilidades associadas entre estudantes de escolas públicas e privadas da IX RA do Município do RJ.

3.2 Específicos:

- a) estimar a prevalência de ocorrência de iniciação sexual durante a adolescência precoce (10 a 14 anos), em adolescentes estudantes de ensino médio de escolas públicas e privadas da IX RA do Município do RJ;
- b) identificar subgrupos mais vulneráveis à iniciação sexual durante a adolescência precoce entre estes adolescentes;
- c) conhecer a percepção de estudantes de ensino médio de escolas públicas e privadas da IX RA sobre a iniciação sexual antes dos 14 anos e violência sexual em relacionamentos afetivo-sexuais;
- d) identificar a compreensão de estudantes de ensino médio de escolas públicas e privadas da IX RA sobre o dispositivo legal que tipifica o estupro de vulnerável.

Para atender aos objetivos específicos “a” e “b” foram analisados dados de etapa quantitativa, através do recorte da pesquisa de fundo, com amostra composta por 694 estudantes. Os objetivos “c” e “d” foram atendidos pelo o método qualitativo, através da análise do bloco temático que tratou de iniciação sexual, sexualidade e gênero e diversidade sexual.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um subprojeto de pesquisa intitulada “Estupro de vulnerável e outras formas de violência contra adolescentes do sexo feminino” (estudo de fundo) que utiliza abordagem quantitativa e qualitativa, para o alcance dos seus objetivos. A referida pesquisa de fundo teve como objetivo principal analisar os diversos tipos de violência nos relacionamentos afetivo-sexuais de adolescentes de escolas públicas e privadas da IX Região administrativa da cidade do Rio de Janeiro (RJ). O estudo foi desenvolvido em parceria pelo Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (LIPAPS) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) e pelo Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar (PIEVF) do Instituto de Medicina Social (IMS), ambos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), e tem o apoio financeiro da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ). A pesquisa foi desenvolvida por equipe multidisciplinar composta por docentes pesquisadores, estudantes de cursos de graduação e de pós-graduação e técnicos administrativos da UERJ.

Para a construção desta Tese, considerou-se relevante analisar os dados oriundos das duas etapas da pesquisa (quantitativa e qualitativa). Os dois métodos se complementam e são fundamentais para contemplar os objetivos propostos neste estudo.

Os aspectos metodológicos referentes às duas etapas da pesquisa são apresentados detalhadamente em duas sessões: a) Etapa quantitativa, que subsidiou um dos produtos da tese que teve como objetivo estimar a prevalência da ocorrência de iniciação sexual na adolescência precoce (10 - 14 anos) e identificar subgrupos mais vulneráveis; b) Etapa qualitativa, que foi a base do segundo produto da Tese, cujo objetivo foi conhecer a percepção dos adolescentes sobre o comportamento sexual de seus pares e a sua visão a respeito da temática violência sexual e os mecanismos legais de proteção, na perspectiva da Lei 12.015/09.

4.1 Etapa Quantitativa

Esta seção será composta por duas subseções que apresentarão os procedimentos e métodos relativos ao estudo quantitativo de fundo que subsidiou e ancorou a primeira etapa

desta Tese (ver 4.1.1) e os procedimentos e métodos especificamente relacionados à Tese em si, os quais, inclusive, foram utilizados para a elaboração de um de seus produtos (ver 4.1.2).

4.1.1 Procedimentos e métodos relativos ao estudo de fundo

4.1.1.1 Cenário de estudo

O cenário do estudo foi escolas públicas e privadas da IX RA do município do Rio de Janeiro. A área de abrangência da IX RA envolve quatro bairros: Vila Isabel, Andaraí, Grajaú e Maracanã, do município do Rio de Janeiro. De acordo com o censo brasileiro de 2010 do Instituto Pereira Passos (IPP 2020), estes quatro bairros correspondem a aproximadamente 190.000 habitantes, com renda per capita média de R\$ 1.836, o que correspondia a US\$ 1.020 à época (IPP 2020). A região agrega famílias de níveis socioeconômicos heterogêneos convivendo, historicamente, em edificações de luxo, casas de médio porte e ocupações irregulares/favelas (Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro 2006).

4.1.1.2 Estratégia de seleção e tamanho amostral

No período do estudo, a IX RA do Rio de Janeiro tinha 1470 alunos lotados em 52 turmas e regularmente matriculados no 2º ano do Ensino Médio. A região dispunha de cinco escolas públicas, com turnos diurnos e noturnos, nas quais estavam matriculados 714 estudantes e quinze escolas particulares, apenas com turnos diurnos, que contemplavam 756 alunos. A população de estudo foi selecionada através de uma amostragem complexa, por conglomerados e estratificada, considerando a dependência administrativa da escola (pública ou privada) e turno de ensino (diurno ou noturno). A probabilidade de seleção da turma foi proporcional ao tamanho da escola, sendo todos os alunos das turmas sorteadas convidados a participar da pesquisa. Dentre os 747 alunos elegíveis ao estudo, 721(95,4%) concordaram em participar da pesquisa, assim a amostra final foi de 721 participantes com idade entre 15 a 24 anos.

4.1.1.3 Instrumentos de aferição

O questionário “Amor e violência” (APÊNDICE A) é um instrumento multitemático, estruturado, para autopreenchimento, que compreendeu um conjunto de instrumentos previamente adaptados para uso no Brasil e algumas perguntas desenhadas especialmente para a pesquisa. O questionário completo continha dez módulos, quais sejam: informações sociodemográficas; família; memórias da infância (Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI) - versão brasileira e validada do instrumento *childhood trauma questionnaire* (CTQ)); perguntas sobre relacionamentos amorosos ao longo da vida; questões sobre relacionamento amoroso nos últimos 12 meses (aplicação da escala *Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory* (CADRI)); sexualidade e iniciação sexual; violência urbana (aplicação do instrumento Juventude, Violência e Polícia (JUVIPOL)); uso de substâncias (aplicação do instrumento: *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST)); questões relacionadas à saúde (aplicação do instrumento *General Health Questionnaire* (GHQ)-12); além do módulo inicial destinado à identificação dos sujeitos da pesquisa.

4.1.1.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados entre setembro de 2016 e fevereiro de 2017, em sala de aula. O trabalho de campo para a coleta de dados foi realizado por equipe treinada composta por docentes pesquisadores, alunos de graduação e de pós-graduação, técnicos administrativos da UERJ. Após contato prévio com as escolas, providenciou-se o treinamento das equipes de entrevistadores e a organização logística para a coleta de dados. A sensibilização dos estudantes foi realizada em semana anterior à coleta com a entrega dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) ao responsável pela instituição para contato prévio com as famílias e a coleta de dados ocorreu através de aplicação dos questionários com método de autopreenchimento.

Na primeira etapa do trabalho de campo, as escolas das duas dependências administrativas (públicas e privadas) da XI RA, foram contatadas para apresentação do projeto aos gestores. Neste momento, os coordenadores da pesquisa visitaram as escolas e a Secretaria Estadual de Educação para apresentar o projeto e obter autorização para realizá-lo. Em seguida,

foram realizados dois treinamentos com todos que participaram da coleta de dados nas escolas para organizar a logística e padronizar os procedimentos e atitudes a serem adotados em todas as etapas do trabalho de campo.

Após a realização do sorteio para compor a amostra, as escolas que tiveram turmas selecionadas receberam nova visita da equipe de pesquisa. Neste momento, agendaram-se dois encontros com cada turma selecionada: houve, nesta ocasião a sensibilização e posteriormente a aplicação dos questionários. Durante a sensibilização, pelo menos dois membros da equipe entravam em sala de aula por 10 minutos, a fim de explicar os objetivos e a importância da participação para a turma sorteada, em seguida realizar leitura em voz alta do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e recolher os referidos termos, disponibilizados previamente para autorização e assinatura dos pais ou responsáveis.

Outros Termos de Consentimento também foram informados e entregues aos participantes, na ocasião da coleta, para que os próprios estudantes também assinassem autorizando a sua participação voluntária na pesquisa (APÊNDICE C).

O pré-teste dos instrumentos, os métodos para sensibilização dos participantes, a seleção e treinamento das equipes para coleta de dados e a contínua supervisão e controle de qualidade das operações seguiram as recomendações contidas no “Manual para Pesquisa de Campo”, o qual foi construído contendo todas as orientações necessárias sobre a coleta de dados para que todos os integrantes da pesquisa seguissem as mesmas estratégias nos diferentes campos de coleta. A construção desse manual visava à obtenção de dados científicos válidos e confiáveis, com a máxima cobertura possível da população-alvo e o melhor aproveitamento dos recursos públicos investidos na pesquisa.

A aplicação dos questionários durou aproximadamente 50 minutos. Pelo menos dois entrevistadores coordenaram a aplicação dos questionários. No início das aplicações, ressaltou-se o sigilo absoluto das informações, a importância da participação e da sinceridade nas respostas e dadas instruções gerais para o preenchimento do questionário. Tais informações também ficavam expostas em um pôster em local visível dentro da sala de aula durante todo o período de aplicação. Eventuais dúvidas eram esclarecidas de acordo com o procedimento padrão, previsto no referido manual. Para aqueles que se recusaram a responder o questionário, elaborou-se uma ficha controle de perdas com informações demográficas do participante aluno para posterior avaliação da possibilidade viés de seleção, preenchida pela equipe de entrevistadores.

Após a coleta de dados nas escolas, os entrevistadores revisaram todos os questionários, assinalando e separando aqueles que foram constatadas algum problema de completude e

possíveis erros de preenchimento. Para completar dados faltantes, como informações de identificação e características demográficas ausentes ou dados incompletos, ou ainda informações suspeitas de erro de preenchimento, fez-se busca ativa através do contato por telefone, a qual foi caracterizada como a segunda etapa da coleta de dados.

4.1.1.5 Digitação, limpeza e processamento dos dados

O banco de dados foi criado no software *The Census and Survey Processing System* (CSPPro6.3). A digitação foi realizada pelos pesquisadores após treinamento específico, baseado nos procedimentos que compuseram o referido Manual de Digitação. Para identificação de erros de preenchimento e evitar erros de digitação, procedeu-se uma dupla digitação de todos os questionários.

Após a etapa de digitação do banco de dados, iniciou-se a sua limpeza para identificar valores impossíveis ou inconsistências e checagem da informação nos questionários originais. Esta etapa foi realizada usando o programa *Statistical software for data Science* (Stata13).

Esta limpeza se deu em três etapas. Inicialmente, realizou-se a tabulação de todas as variáveis, buscando-se destacar todos os valores extremos ou impossíveis. Os questionários que foram detectados contendo valores impossíveis ou muito improváveis foram revistos para checar a informação e proceder a correção quando pertinente.

O processamento do banco de dados com vistas à criação de novas variáveis a partir de questões isoladas, bem como a consolidação dos instrumentos de aferição previamente adaptados transculturalmente para uso no Brasil foi orientada pelas recomendações dos autores dos instrumentos originais e literatura sobre o tema. Esta etapa da pesquisa foi realizada no programa R versão 3.3.3 (R Core Team 2017). Maiores detalhes sobre o processo de coleta de dados, digitação, limpeza e processamento podem ser obtidos na Tese de Faus (2017).

4.1.2 Procedimentos e métodos específicos da etapa quantitativa desta tese, vinculados ao artigo científico “Relacionamentos afetivo-sexuais na adolescência precoce e vulnerabilidades associadas em estudantes do município do Rio de Janeiro (RJ)”

Como detalhado a seguir, visando responder aos objetivos: a) estimar a prevalência de ocorrência de iniciação sexual durante a adolescência precoce (10 a 14 anos), em adolescentes estudantes de ensino médio de escolas públicas e privadas da IX RA do Município do RJ; b) identificar subgrupos mais vulneráveis entre os adolescentes do ensino médio de escolas públicas e privadas da IX RA, com iniciação durante a adolescência precoce, optou-se por um recorte do material coletado para a etapa quantitativa do estudo de fundo, focalizando especialmente os módulos necessários à estimação da prevalência de iniciação sexual na adolescência precoce, informações sociodemográficas, sobre relacionamentos afetivo-sexuais, comportamentos de risco, dentre outros, relativos aos adolescentes e jovens participantes.

4.1.2.1 Estratégia de seleção e tamanho amostral

Tendo como base o banco de dados do referido estudo de fundo, com amostra final de 721 participantes, constatou-se que, destes, 94,4 % (717) tinham idade entre 15 e 24 anos, sendo elegíveis para esta pesquisa. Como critérios de exclusão, considerou-se: a) ter tido iniciação sexual antes dos 10 anos (n=2); e b) ser de descendência asiática (n=7) ou indígena (n=14), em função do número reduzido de participantes destes subgrupos populacionais, o que impediria estimativas mais robustas da prevalência da iniciação sexual na adolescência precoce entre estes indivíduos. Desta forma, a amostra final deste estudo foi composta por 694 participantes.

4.1.2.2 Variáveis utilizadas especificamente neste estudo

4.1.2.2.1 Variável de interesse central: iniciação sexual na adolescência precoce

A variável de interesse central foi a iniciação sexual durante a adolescência precoce, ou seja, ocorrida quando o/a participante tinha entre 10 e 14 anos de idade. A adoção do termo “adolescência precoce” foi baseada nas subdivisões das fases da adolescência, proposta pela OMS, que diz que adolescência precoce corresponde àqueles com idade de 10 a 14 anos (World Health Organization 2011).

Para obter os dados sobre a idade de iniciação sexual dos participantes, analisou-se as perguntas diretas sobre a idade da primeira relação sexual. Considerou-se “iniciação sexual” as respostas positivas advindas da pergunta estruturada “você já teve relações sexuais alguma vez?”, tendo como opção de resposta sim/não. Para identificar a idade da primeira relação sexual, analisou-se as respostas advindas da pergunta: “Que idade você tinha na sua primeira relação sexual?”, com opção de resposta aberta e direcionada a todos que referiram ter tido relações sexuais. Quando a primeira relação sexual aconteceu com idade de 10 a 14 anos, considerou-se que o/a participante havia tido uma “iniciação sexual na adolescência precoce”.

A categorização desta variável se deu da seguinte forma: foram agrupadas aquelas com respostas positivas para iniciação sexual com <15 anos de idade e outro grupo composto por aqueles que responderam que não haviam tido iniciação sexual até o momento da pesquisa (considerando que todos tinham mais de quinze anos no momento da coleta de dados, os que ainda não haviam tido iniciação sexual seriam negativos para iniciação na adolescência precoce) e os que já haviam tido, mas que a iniciação havia ocorrido quando eles tinham 15 anos ou mais.

4.1.2.2.2 Variáveis sociodemográficas

A idade dos participantes foi dividida em subgrupos de 15 a 16; 17 a 18 e 19 a 24 anos; a variável raça/cor da pele foi criada com base na classificação do IBGE. Optou-se por incluir apenas duas categorias: brancos e a junção de pretos e pardos, por considerar de mesma etnia.

O sexo foi classificado em masculino ou feminino. Estratificar por sexo, além de identificar o perfil dos participantes, possibilita analisar, separadamente, as prevalências entre meninos e meninas. Além disso, é importante destacar que a literatura evidencia que há diferenças entre subgrupos em função do perfil de vulnerabilidade das famílias se manifestaram especialmente entre as meninas.

Quanto à religião, esta foi considerada a atual, posteriormente categorizada em possuir ou não religião no momento da entrevista.

A escolaridade materna foi uma das variáveis socioeconômicas foi categorizada em cinco níveis na descrição do perfil e em dois níveis (> 4 anos e ≤ 4 anos) para estudar a prevalência de iniciação sexual durante a adolescência precoce. O poder de compra da família foi categorizado através do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), versão 2015 e foram mensuradas no intuito de caracterizar o status socioeconômico da família. Originalmente, o CCEB permite a classificação das famílias em sete categorias (A, B1, B2, C1, C2, D e E), sendo a classe A de maior e a E de menor poder aquisitivo. Na descrição do perfil dos participantes, as classes “D” e “E” foram agrupadas, enquanto para estudar a prevalência de iniciação sexual durante a adolescência precoce nos diferentes subgrupos populacionais, também agrupamos as classes “A” e “B”. Em ambas as análises as categorias B1 e B2 e C1 e C2 foram agrupadas em B e C, respectivamente.

4.1.2.2.3 Características da estrutura familiar

As características da estrutura familiar foram identificadas através do contexto de parentalidade, com base nas informações sobre ter ou não pais vivos; coabitação e história materna de gravidez na adolescência.

A coabitação foi obtida através das informações sobre com quem o participante morava por ocasião do estudo. A coabitação foi identificada através da pergunta com quem mora?

Indicada pela afirmativa: “atualmente, você mora”, oferecendo sete itens como opções de resposta: (1) com pai e mãe; (2) apenas com sua mãe; (3) apenas com seu pai; (4) com sua mãe e seu padrasto; (5) com seu pai e sua madrasta; (6) com outros responsáveis, não mora com os pais/responsáveis e (7) outros. Esta variável foi organizada em quatro grupos: “mora com pai e mãe”; “mora apenas com mãe/apenas com pai”; “mora com mãe/pai e padrasto/madrasta”; e “mora com outros”.

Para identificar a história materna de gravidez na adolescência, criou-se a variável “idade da mãe ao nascimento do filho”. Primeiro, identificou-se a idade da mãe ao nascimento do filho - subtraindo-se a idade do estudante da idade da mãe na ocasião da entrevista. A variável foi classificada como idade da mãe ao nascimento do filho e agrupada por faixas etárias: 10 a 19 anos; de 20 a 34 anos; e 35 anos ou mais. Esta forma de agrupamento possibilitou identificar os filhos de mães adolescentes à época do nascimento do participante.

4.1.2.2.4 Características da escola

As características da escola foram mensuradas através da dependência administrativa da escola (pública x privada) e turno de aula (diurno x noturno).

4.1.2.2.5 Variáveis sobre relacionamentos afetivo-sexuais

As informações sobre as características da iniciação sexual e da trajetória de relacionamentos afetivo-sexuais nas relações afetivo-sexuais foram identificadas através de perguntas estruturadas que permitiram identificar: o grau de compromisso entre os pares, como “ficar”, namorar e a experiência sexual com pessoas do mesmo sexo.

As informações relacionadas a estas modalidades de relacionamentos como “ficar” e “namorar” foram obtidas através das perguntas: “Você Já “ficou” ou teve algum relacionamento amoroso sem compromisso com alguém?”; “Você já namorou alguém?, ambas com opção de resposta “sim” ou “não”. Para aqueles que responderam “sim”, perguntava-se que idade tinha quando o relacionamento ocorreu pela primeira vez. Esta variável foi agrupada em três subníveis: uma categoria incluiu os que responderam positivamente e afirmaram que foi com

<15 anos, outra com os que responderam sim, porém com ≥ 15 anos, e outro com o grupo que respondeu que não namorou nem ficou com ninguém.

A classificação dos indivíduos como tendo tido experiência sexual com pessoas do mesmo sexo foi baseada na pergunta “Você já teve experiência sexual/contato íntimo com pessoa do mesmo sexo?”, com opção de resposta “sim” / “não”.

4.1.2.2.6 Vitimização sexual nas relações afetivo-sexuais nos últimos 12 meses

A investigação sobre a vitimização de violência sexual nas relações afetivo-sexuais foi realizada utilizando-se a versão em português da escala *Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory* (CADRI). A referida escala foi criada por Wolfe et al. (2001), sendo inicialmente adaptada e validada para uso no Brasil por Minayo et al. (2011). A versão utilizada do instrumento contém 28 itens, sendo 25 deles referentes às diversas formas de violência no namoro como: emocional, física, sexual, relacional e ameaça. Neste estudo, utilizou-se apenas a subescala de vitimização de violência sexual nos últimos doze meses. Esta subescala contemplou os seguintes itens: 1) Ele/Ela me tocou sexualmente quando eu não queria?; 2) Ele/ela me forçou a fazer sexo quando eu não queria?; 3) Ele/Ela me ameaçou numa tentativa de fazer sexo comigo?; 4) Ele/Ela me beijou quando eu não queria que ele/ela o fizesse?.

Todos os itens com opção de resposta: “sempre”, “às vezes”, “raramente” e “nunca”. Considerou-se que a violência sexual estava presente quando o estudante respondeu positivamente (“sempre”; “às vezes” ou “raramente”) a pelo menos um item da referida subescala. A variável foi analisada em dois níveis (“sim/não”).

4.1.2.2.7 Comportamentos de risco à saúde nos últimos 3 meses

Os comportamentos de risco à saúde, analisados neste estudo, foram apenas as informações relacionadas ao uso de substâncias como álcool, tabaco e maconha nos últimos três meses. Para essa finalidade, utilizou-se o questionário para Triagem do Uso de Álcool, Tabaco e Outras Substâncias, da Organização Mundial de Saúde (OMS) – tradução de *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST). Este instrumento possibilita

captar informações sobre o uso e a frequência de uso de substâncias psicoativas (na vida e nos últimos três meses) (OMS, 2002). As variáveis referentes ao uso de álcool, tabaco e maconha nos últimos 3 meses foram utilizadas neste estudo como variáveis binárias “sim”/“não”.

4.1.2.3 Análise de dados

As prevalências de iniciação sexual durante a adolescência precoce e seus intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram estimados na população total e nos grupos de adolescentes do sexo masculino e feminino. Para avaliação da heterogeneidade das proporções nos subgrupos populacionais, utilizou-se o teste Qui-Quadrado (χ^2). Considerou-se um p-valor <0,05 para a identificação de diferenças estatisticamente significativas.

O perfil de coocorrência entre a adoção de comportamento de risco (uso de álcool, tabaco e maconha) e violência no namoro entre meninos e meninas, com e sem iniciação sexual na adolescência precoce foi representado graficamente utilizando o Diagrama de Venn. Todas as análises consideraram a estrutura complexa da amostragem. Estas foram realizadas no programa Stata 13 (StataCorp, 2013).

4.2 Etapa Qualitativa

Essa etapa foi realizada para a compreensão de significados mais profundos dos fenômenos estudados. A técnica utilizada foi o grupo focal, que permite a coleta de dados por meio das interações entre os indivíduos e é recurso valioso para se compreender o processo de construção de percepções, atitudes e representações sociais dos grupos humanos e o contexto de relação onde são produzidos. Portanto, adequado para dar respostas aos questionamentos do estudo (Taquette e Borges 2020).

4.2.1 População e local de estudo

O público-alvo foi o mesmo da etapa quantitativa. A escolha dos participantes dos grupos foi aleatória, de acordo com a disponibilidade dos professores em liberar os alunos que aceitaram participar dos grupos sem prejuízo às atividades escolares. Os grupos foram compostos com os alunos presentes e que concordaram em participar, com no mínimo seis e no máximo 12 integrantes. O critério amostral do número de reuniões de grupos foi a saturação de conteúdos com a garantia de equilíbrio entre participantes de escolas públicas e privadas e de ambos os sexos. Assim, as reuniões foram interrompidas após o 13º grupo por percebermos que as informações se repetiam e nenhum dado novo surgia.

4.2.2 Trabalho de campo

Os dados foram coletados durante o ano letivo de 2016. Após contato prévio com os dirigentes das escolas, estando estes de acordo, era agendado um dia e horário para tal e disponibilizado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido para os alunos e seus responsáveis. Três escolas públicas e três privadas da região participaram do estudo. Em cada turno de cada escola visitada, realizamos dois grupos focais, com adolescentes de ambos os sexos, conduzidos por dois pesquisadores. As reuniões foram gravadas e transcritas após sua realização.

4.2.3 Procedimentos de coleta e registro de dados

Foram realizados 13 grupos focais com os estudantes do sexo feminino e masculino do 2º ano de escolas públicas e privadas da XIX RA. Os grupos focais abordaram as temáticas de violência, sexualidade, iniciação sexual na adolescência e estupro de vulnerável:

- a) sexualidade na adolescência: iniciação sexual, sexualidade e gênero e diversidade sexual;

- b) violência interpessoal: violência familiar (violência sexual e violência entre parceiros) e a violência na escola;
- c) mecanismos de proteção; Lei do estupro de vulnerável (Lei nº 12.015/2009), Conselho Tutelar e ECA.

Ao final de cada reunião, aplicou-se questionário autopreenchível para coleta de dados sexuais e sociodemográficos (APÊNDICE D).

Cada grupo foi conduzido por pelo menos dois profissionais, sendo um moderador e um observador. A duração média dos grupos foi de 60 minutos. As reuniões foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas.

Toda a equipe da pesquisa, composta por profissionais das áreas de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social, participou da coleta de dados. Não havia nenhum relacionamento prévio entre os pesquisadores e os pesquisados.

Para as informações desta Tese, incluiu-se dados referentes a dois blocos temáticos contidos no roteiro: “sexualidade na adolescência” e “violência interpessoal”. A abordagem sobre esses dois temas na mesma discussão foi importante para compreender as questões relacionadas à violência no contexto de gênero, relacionamentos entre parceiros e legislação específica sobre estupro de vulnerável. Esses pontos são fundamentais para discutir sobre a interseção e a sobreposição entre os diferentes tipos de violência, no contexto da iniciação sexual na adolescência precoce.

4.2.4 Análise dos dados

Os dados foram analisados tendo como base a hermenêutica-dialética que, segundo Taquette e Borges (2020), situa a fala dos atores sociais em seu contexto para melhor ser compreendida, tendo como ponto de partida, o interior da fala e como ponto de chegada o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala. Ou seja, a análise do objeto de pesquisa parte da compreensão de mundo apresentada pelo interlocutor para compreender então a realidade em que este se insere.

Para tal, realizamos os seguintes passos: leitura e releitura compreensiva dos dados textuais; classificação dos relatos e recorte e colagem do texto de acordo com as categorias que emergiram; identificação dos sentidos atribuídos pelos sujeitos às questões levantadas buscando

discordâncias e concordâncias e o entendimento da lógica interna deste grupo; diálogo comparativo com a literatura; e elaboração de síntese interpretativa (Taquette e Borges 2020).

5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo atendeu às normas éticas contidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em 18/09/2015, CAAE sob Parecer nº 48107514.2.0000.5282 e autorizado pela Secretaria Estadual de Educação do Rio de Janeiro (ANEXO A).

Os dados foram colhidos mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES B e C) dos participantes e responsáveis, contendo informações detalhadas da pesquisa, bem como a identificação dos pesquisadores e instituições envolvidas. Foi garantida a confidencialidade das informações recebidas e de sua utilização apenas de forma agregada e sobre a participação.

Este estudo foi desenvolvido com seres humanos. Portanto, não envolve a realização de exames, procedimentos ou consumo de medicamentos, oferecendo riscos mínimos aos participantes. Os pesquisadores agiram com reflexividade no sentido de se antecipar a possíveis desconfortos ou situações conflituosas do ponto de vista ético que pudessem ocorrer, de forma a encaminhá-las da melhor maneira (Minayo e Guereiro 2014). Além disso, foi conduzido por equipe interdisciplinar, que manteve atenção ética plena no intuito de garantir a autonomia, liberdade e dignidade dos participantes.

6 RESULTADOS

Os resultados desta Tese foram apresentados em forma de dois artigos científicos, construídos com as orientadoras e colaboradores, sendo: um produto final da etapa qualitativa (aceito e publicado em 2020) e outro oriundo da etapa quantitativa (aceito e publicado em 2022), conforme apresentados nos itens 6.1 e 6.2.

6.1 Contradições acerca da violência sexual na percepção de adolescentes e sua desconexão da lei que tipifica o “estupro de vulnerável”¹ (Artigo publicado)

RESUMO

O Art. 217-A da *Lei nº 12.015/2009* definiu como crime de estupro de vulnerável a conjunção carnal ou outro ato libidinoso praticados com menor de 14 anos. Diante da baixa idade de início da atividade sexual observada na atualidade, objetivamos neste estudo compreender a concepção de adolescentes acerca da iniciação sexual, da violência sexual e da lei que a tipifica como “estupro de vulnerável”. Utilizamos método qualitativo por meio de 13 grupos focais com 132 estudantes do Ensino Médio de escolas públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, Brasil. A análise dos dados foi realizada com apoio do software webQDA, em uma abordagem hermenêutico-dialética que deu origem a três categorias: sentir-se apto a iniciar o sexo, (in)vulnerabilidade à violência sexual e mecanismos de proteção. A iniciação sexual para as moças está relacionada a uma visão romântica, a se sentirem seguras e terem confiança no parceiro, ao passo que, para os rapazes, está associada a oportunidade, livre de outros fatores. Para a maioria dos estudantes, quando o consentimento para a prática sexual é mútuo, independente da idade, não há violência. Ao mesmo tempo, questionam-se quanto à capacidade de discernimento das mais jovens para permitir o sexo. A maior parte discorda das medidas protetivas previstas na lei, por entender que é dever da família prover esse cuidado. As contradições na percepção dos adolescentes sobre a vulnerabilidade à violência sexual e o estupro de vulnerável previsto em lei nos levam a concluir que é necessário ampliar e qualificar a educação sexual de forma abrangente para adolescentes, assim como criar espaços de discussão que possam proporcionar aperfeiçoamento desse dispositivo legal.

Palavras-chave: Comportamento Sexual; Estupro; Violência Sexual; Adolescência; Grupos Focais

¹ Este artigo foi publicado nos Cadernos de Saúde Pública em 18 de Dezembro de 2020. Ref. Costa SF, Taquette SR, Moraes CL, Luciana MBMS, Moura MP. Contradições acerca da violência sexual na percepção de adolescentes e sua desconexão da lei que tipifica o “estupro de vulnerável”. *Cad Saude Publica* 2020;36(11):e00218019.

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é a fase da vida situada entre 10 e 19 anos. Nesse período, ocorrem profundas transformações biológicas, cognitivas, emocionais e sociais. É uma etapa marcada pela conquista de maior autonomia e independência em relação à família e de experimentação de novos comportamentos, sendo comum a ocorrência das primeiras relações amorosas e a iniciação sexual com envolvimento genital (WHO, 2018).

A prática sexual transcende o biológico, visto que envolve aspectos psicológicos, sociais e questões éticas e legais. O adolescente é reconhecido como um sujeito de direitos, incluindo o sexual, desde a promulgação do *Estatuto da Criança e do Adolescente* (ECA) em 1989 (Brasil, 2010). Contudo, desde 2009, a legislação penal brasileira tipifica como crime de estupro de vulnerável a conjunção carnal ou outro ato libidinoso praticados com menor de 14 anos (Brasil, 2009). Ou seja, esse dispositivo legal conduz ao entendimento de que antes dos 14 anos o indivíduo não tem maturidade, autonomia plena, ou seja, direito a consentir uma relação sexual.

Outros países também dispõem de marcos legais a respeito da iniciação sexual. No Reino Unido, por exemplo, só é permitida legalmente a relação sexual a partir dos 16 anos. Nos serviços públicos de saúde britânicos, nos casos em que a iniciação sexual ocorre abaixo dos 16 anos, é realizada uma avaliação para se certificar se o/a adolescente tem maturidade para o exercício da autonomia com segurança. Para isso utilizam um guia denominado *Gillick Competency and Fraser Guidelines* (National Society for the Prevention of Cruelty to Children), que orienta os profissionais na avaliação da competência do adolescente para tomar suas próprias decisões ciente de suas consequências. Nos casos em que o sexo acontece com 13 anos ou menos, obrigatoriamente são tomadas medidas de proteção (Havenga et al., 2016; Wheeler, 2006).

A literatura científica apresenta diferentes concepções do que se considera uma iniciação sexual precoce, nem sempre similar ao marco legal brasileiro. Não existe consenso sobre a partir de que idade é recomendado o início da atividade sexual. Alguns autores sugerem que toda iniciação sexual antes dos 15 anos seja considerada precoce (Heilborn et al., 2006), enquanto outros propõem idades variadas, de 13 a 18 anos (Moraes et al., 2019). Nos Estados Unidos, Min et al. (2015) consideram precoce quando ocorre antes de 15 anos, e Kastbom et al. (2015), antes de 14 anos.

Mesmo reconhecendo a falta de padronização das definições sobre o que seja a iniciação sexual precoce e a dependência desse ato ao contexto sociocultural dos envolvidos, diversos autores têm apontado que quanto menor a idade da iniciação sexual, maior a probabilidade de infecções sexualmente transmissíveis (IST), HIV e aids (Teixeira e Taquette, 2010; Taquette et al., 2015); gravidez não planejada na adolescência (Cerqueira-Santos et al., 2010; Amorim et al., 2009); mortalidade materna (Spinola et al., 2017) e câncer de colo de útero (INCA). Demais consequências são de cunho psicossocial, como o consumo abusivo de álcool e drogas, abandono e atraso escolar, entre outras (Spinola et al., 2017; Gonçalves et al., 2015; Sanchez et al., 2013).

O limite etário de 14 anos para a tipificação do crime de estupro de vulnerável traz dilemas para profissionais da saúde e da educação que assistem adolescentes. Esses profissionais se deparam com situações em que um(a) adolescente menor de 14 anos tem relações sexuais consensuais e, inclusive, com conhecimento da família. Esse caso, legalmente considerado estupro de vulnerável, segundo o ECA, nos artigos 13 e 245, deve ser notificado ao Conselho Tutelar, podendo o profissional sofrer sanções legais se não o fizer. Todavia, a notificação imediata aos órgãos de garantia de direitos pode não ser a melhor opção para proteger esse adolescente (Ventura, 2009).

Percebe-se que há certo desencontro entre o que prevê a legislação brasileira, as definições dos estudiosos sobre os parâmetros etários da iniciação sexual e o entendimento de profissionais de saúde sobre o tema. Essa situação é representativa do biopoder do Estado sobre as pessoas, o qual se utiliza de diferentes técnicas para subjugação dos corpos, a fim de controlar a população (Foucault, 1988). Neste cenário, pouco se sabe sobre a percepção dos adolescentes sobre os marcos regulatórios, a idade considerada adequada para a iniciação sexual e mesmo sobre as consequências desse ato à sua saúde. Alguns autores como Ventura (2009) e Lowenkron (2016) identificam que as lacunas nas políticas públicas brasileiras em saúde sexual e reprodutiva para a faixa etária adolescente se dão, sobretudo, pela falta de participação do público-alvo na discussão e elaboração dessas políticas.

Diante do exposto, questionamo-nos sobre a importância de envolver os adolescentes nesta discussão, conhecendo um pouco melhor o que pensam os próprios envolvidos sobre iniciação sexual e violência sexual. Os adolescentes têm conhecimento da lei que tipifica o estupro de vulnerável? Quando deve ser iniciada a atividade sexual? Eles estão conscientes das consequências do ato sexual? Com base nesses questionamentos, este estudo pretende compreender a concepção de adolescentes acerca da violência sexual, da época de iniciação

sexual e da lei que a tipifica como “estupro de vulnerável” quando ocorre em menores de 14 anos.

Métodos

Este artigo faz parte de pesquisa maior sobre violências na adolescência, intitulada “Estupro de Vulnerável e Outras Formas de Violência Contra Adolescentes do sexo feminino”, desenvolvida com abordagem mista, quanti e qualitativa. O estudo foi realizado com estudantes do segundo ano do Ensino Médio, de ambos os sexos, em escolas públicas e privadas da IX Região Administrativa do Município do Rio de Janeiro, Brasil. A eleição desse público-alvo se deu pela maior probabilidade de já ter experiência em relacionamentos afetivos/sexuais e por ainda estar na faixa etária da adolescência. As escolas foram escolhidas por sorteio, e a Região Administrativa por conveniência, por ser a localidade da instituição em que trabalha a equipe da pesquisa e por já haver alguma integração com as escolas da área advindas de parcerias prévias.

A parte qualitativa, à qual este estudo faz referência, visou a compreender os significados dos fenômenos de forma mais aprofundada. A técnica escolhida foi a discussão em grupo focal, que permite a coleta de dados por meio das interações entre os indivíduos. Esse recurso é valioso para se entender o processo de construção de percepções, atitudes e representações sociais dos grupos humanos e o contexto de relação onde são produzidas. Foram tomados todos os cuidados necessários para reduzir as limitações e fragilidades da técnica de grupo focal no sentido de garantir a participação equilibrada de todos os componentes do grupo. Sabe-se que o conhecimento construído é resultado do olhar compartilhado do grupo sobre o tema em estudo, e não da experiência individual dos participantes.

Os dados foram coletados durante o ano letivo de 2016, no horário escolar, após concordância da instituição de ensino e consentimento dos alunos e de seus responsáveis. Os grupos foram compostos aleatoriamente com os alunos presentes e que concordaram em participar, com no mínimo seis e, no máximo, 12 integrantes. Obedeceram a roteiro contendo questões disparadoras da discussão relacionada aos temas sexualidade e violência sexual.

Sobre o primeiro tema, foi perguntado o que consideram como a época adequada para o início da atividade sexual, se há diferenças entre rapazes e moças e como veem a sexualidade na adolescência e suas consequências. Sobre o segundo tema, foi perguntado o que consideram como violência sexual, justificativa para sua ocorrência e quais suas consequências; em seguida, se conhecem e como avaliam a lei que tipifica o estupro de vulnerável. Ao final de cada reunião foi aplicado questionário autopreenchível para coleta de dados sociodemográficos, como idade,

sexo, raça/cor, renda, composição familiar, escolaridade parental e informações sobre iniciação e experiência sexual.

Cada grupo foi conduzido por dois profissionais, sendo um moderador e um observador. A duração média dos grupos foi de 60 minutos. As reuniões foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas.

Toda a equipe da pesquisa, composta de profissionais das áreas de medicina, enfermagem e serviço social, participou da coleta de dados. Não havia nenhum relacionamento prévio entre os pesquisadores e os pesquisados. O critério amostral foi a saturação de conteúdos, com a garantia de equilíbrio entre o número de participantes de escolas públicas e privadas de ambos os sexos. Interrompemos as reuniões após o 13º grupo por percebermos que as informações se repetiam e nenhum dado novo surgia.

Os dados foram analisados com apoio do software webQDA, tendo como base teórica Taquette e Borges (2020) por meio dos seguintes passos: leitura e releitura compreensiva dos dados textuais; busca de similaridades, concordâncias e divergências; classificação dos relatos a partir dos temas emergentes com recorte e colagem do texto; leitura transversal do texto para identificação dos sentidos atribuídos pelos sujeitos às questões levantadas; diálogo comparativo com a literatura e elaboração de síntese interpretativa. Não utilizamos categorias analíticas prévias. A categorização foi feita a partir da compreensão das narrativas dos participantes.

Aspectos éticos

O estudo atende às normas éticas contidas na *Resolução nº 466/2012* do Conselho Nacional de Saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2012). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro em 18 de setembro de 2015 (CAAE nº 48107514.2.0000.5282) e autorizado pela Secretaria Estadual de Educação do Rio de Janeiro.

Resultados e discussão

Realizamos 13 grupos focais, sete em escolas públicas e seis em privadas, totalizando 132 estudantes, 50% de cada segmento. A idade variou de 15 e 21 anos, sendo a maior parte (68%) entre 15 e 17 anos. As alunas representaram discreta maioria, 55% do total. Cinco grupos foram compostos por integrantes do sexo masculino, cinco do sexo feminino e três mistos. Não houve diferenças na qualidade do debate entre as diferentes composições dos grupos focais, e os dados foram analisados conjuntamente.

As características sociodemográficas e familiares da população estudada são apresentadas nas Tabelas 1a e 2a. Na Tabela 1a, pode-se observar que os estudantes do sexo masculino são um pouco mais velhos, a maioria de raça/cor parda ou preta, apresentam nível de renda familiar um pouco menor e têm pais menos escolarizados do que as moças. Verifica-se também maior frequência de iniciação sexual com 14 anos ou menos entre os rapazes.

Tabela 1 a – Distribuição dos dados sociodemográficos/familiares por sexo

	Variável	Sexo feminino		Sexo masculino	
		n	%	n	%
Faixa Etária	De 15 a 17 anos	53	73	41	68
	De 18 a 21 anos	17	23	19	32
	> 21 anos	1	2	0	0
	Não informado	1	2	0	0
	Total	72	100	60	100
Raça/Cor	Branca	37	51	24	40
	Parda e Preta	30	42	34	57
	Indígena, Amarela e Não Informada	5	7	2	3
	Total	72	100	60	100
Sexarca	Sim	47	65	38	63
	Não	25	35	22	37
	Total	72	100	60	100
Idade da Sexarca	≤ 14	14	30	13	34
	15 a 17	31	66	25	66
	≥ 18	2	4	0	0
	Total	47	100	38	100
Experiência Homossexual	Sim	3	7	1	2
	Não	44	93	37	98
	Total	47	100	38	100
Renda familiar	≤ 3 SM	29	40	28	46
	> 3 SM	36	50	24	40
	Não informado	7	10	8	14
	Total	72	100	60	100

Continua.

(Cont.)Tabela 1a – Distribuição dos dados sociodemográficos/familiares por sexo

Organização familiar	Monoparental	30	42	15	25
	Biparental	35	49	42	70
	Outros	7	9	3	5
	Total	72	100	60	100
Maior Escolaridade Parental	Fundamental Incompleto	8	11	3	5
	Fundamental Completo até Ensino Médio Incompleto	3	4	5	8
	Ensino Médio Completo até Superior Incompleto	22	31	23	39
	Superior Completo ou +	37	51	26	43
	Não Informado	2	3	3	5
	Total	72	100	60	100
Total Geral		72	100	60	100

Fonte: (As autoras, 2022).

Tabela 2a – Distribuição dos dados sociodemográficos/familiares por tipo de escola

Variável	Escolas Públicas		Escolas Particulares	
	n	%	n	%
	Faixa Etária			
De 15 a 17 anos	36	54	58	88
De 18 a 21 anos	29	44	7	10
> 21 anos	1	2	0	0
Não informado	0	0	1	2
Total	66	100	66	100
Raça/Cor				
Branca	15	23	46	70
Parda e Preta	47	71	17	26
Indígena, Amarela e Não Informado	4	6	3	4
Total	66	100	66	100
Sexarca				
Sim	48	72	37	56
Não	18	28	29	44
Total	66	100	66	100
Idade da Sexarca				
≤ 14	16	33	11	30
15 a 17	31	65	25	68
≥ 18	1	2	1	2
Total	48	100	37	100
Experiência Homossexual				
Sim	2	4	2	5
Não	46	96	35	95
Total	48	100	37	100

(Cont.) Tabela 2a – Distribuição dos dados sociodemográficos/familiares por tipo de escola

Renda familiar	≤ 3 SM	42	63	15	23
	> 3 SM	18	27	42	64
	Não informado	6	10	9	13
	Total	66	100	66	100
Organização familiar	Monoparental	25	38	20	30
	Biparental	33	50	44	67
	Outros	8	12	2	3
	Total	66	100	66	100
Maior Escolaridade Parental	Fundamental Incompleto	11	17	0	0
	Fundamental Completo até Ensino Médio Incompleto	6	9	2	3
	Ensino Médio Completo até Superior Incompleto	35	53	10	15
	Superior Completo ou +	11	17	52	79
	Não Informado	3	4	2	3
	Total	66	100	66	100
	Total Geral		66	100	66

Fonte: (As autoras, 2022).

Na Tabela 2a, observamos que, nas escolas privadas, houve predomínio de alunos mais novos, entre 15 e 17 anos, e da raça/cor branca, quando comparados com estudantes das escolas públicas. A organização familiar é biparental em 50% dos alunos das escolas públicas e em 67% das privadas. Os estudantes das escolas privadas tinham pais com maior escolaridade e maior renda do que os alunos das escolas públicas. Em relação à sexualidade, a maioria dos participantes da rede pública e privada, de ambos os sexos, já era sexualmente ativa, sendo que 33 % dos das escolas públicas se iniciaram com 14 anos ou menos.

A partir da análise dos dados textuais advindos das transcrições das reuniões dos grupos focais, três categorias emergiram: (i) *Sentir-se apto para iniciar o sexo*; (ii) *(In)vulnerabilidade x violência sexual*; e (iii) *Mecanismos de proteção*. Os depoimentos das moças e dos rapazes convergiram e divergiram em alguns pontos que serão comentados ao longo do texto. Em relação ao tipo de escola, não identificamos diferenças notáveis nas falas dos estudantes das públicas e privadas com relação às três categorias empíricas.

Sentir-se apto para iniciar o sexo

Esta categoria reúne a percepção dos adolescentes sobre o momento considerado adequado para a iniciação sexual, incluindo os limites etários e as diferenças entre homens e mulheres.

Para quase todos os participantes, o critério etário não delimita a época mais apropriada para a iniciação sexual, apesar de haver menção de que, abaixo de 12 anos, o indivíduo poderia

não ter ainda maturidade para consentir. Para eles, o que mais importa é a sensação de já estar segura/o para o ato sexual e o prazer decorrente dessa atividade.

“Se você se sentir pronta, você faz. Cada um se sente pronta numa idade diferente” (grupo feminino, escola pública).

“...A pessoa está fazendo aquilo pra agradar a ela, porque ela sente confortável em fazer aquilo. E com aquela pessoa” (grupo feminino, escola privada).

“Mas eu acho que realmente, quando a pessoa se sentir confortável, pra começar a ter relação... não tem muito uma idade muito definida” (grupo masculino, escola privada).

“Tipo, ter 12 anos, não tem muita consciência, maturidade pra entender... Vai pela cabeça dos outros” (grupo feminino, escola pública).

“Também não vai ter uma relação sexual com 12 anos. Eu acho que, ninguém tem cabeça pra isso, aos 12” (grupo masculino, escola privada).

A compreensão de estar apto para iniciar a vida sexual se alcança quando se sentem seguros, o que varia por sexo, de pessoa para pessoa e a partir do grupo social ao qual pertencem. A influência da sociedade em geral, da comunidade em que vivem e da cultura foi reconhecida e apontada por vários participantes. Alguns têm convicções advindas de orientações religiosas que estabelecem critérios etários para o início do sexo ou ritos de passagem, como o casamento.

“Eu acho... só com o meu marido. Uma pessoa só” (grupo feminino, escola pública).

“Você tem 20 anos e é virgem. Aí, as pessoas que já são um pouco mais novas, vendo isso, falam: eu tenho que ter uma relação sexual pra não ser zoado por isso. É aquela pressão toda pra você perder a virgindade antes dos 18” (grupo masculino, escola privada).

“Hoje em dia tudo incentiva, a má companhia, o namorado que justamente obriga, agride, fala que ama e ilude” (aluna, grupo feminino, escola pública).

“Eu acho que nas comunidades mais pobres, sei lá, acho que pela falta do que fazer talvez... (...) Até influências, tipo assim, musicais, a questão do funk” (aluno, grupo masculino, escola privada).

Outro aspecto sobre a época de iniciação sexual largamente registrado foi a desigualdade entre rapazes e moças e o seu significado distinto para cada sexo. Nas narrativas das moças, predomina uma visão romântica da sexarca associada à confiança, ao tempo de relacionamento e aos sentimentos envolvidos. Já para os rapazes, o que importa é o surgimento da oportunidade, conforme exemplificado nas seguintes falas:

“Acho que o menino é mais afobado. A menina tem a capacidade de se segurar mais porque até então ela vai primeiro... namorar, (...), ela vai amar, aí ela vai se entregar para o cara. Ela não vai... por um simples prazer” (grupo feminino, escola pública).

“E a menina... tem mais uma influência de que tem que ser mais preservada. Vai quando for a pessoa certa, no tempo certo, espera. O menino tem que fazer logo” (grupo masculino, escola privada).

“Eu acho que a família, na maioria das vezes, incentiva mais o menino do que a menina” (grupo misto, escola privada).

“Tem mulher, tá rolando” (grupo masculino, escola pública).

Os relatos dos participantes evidenciam o quanto é presente a caracterização dos diferentes papéis de homem e de mulher em nossa sociedade, patriarcal e machista. Neste contexto, as meninas que já tiveram sua primeira experiência sexual na adolescência precoce ainda são vistas como “fáceis”, ou seja, àquelas que não são para casar e muitas vezes, são “mal vistas” sob a perspectiva do modelo conservador da educação familiar e/ou em âmbito moral e religioso. O mesmo não acontece com os homens, pelo contrário, estes herdam do contexto histórico-sociocultural o aprendizado que, naturalmente, os orienta a se tornarem conquistadores com regras direcionadas ao incentivo à maior virilidade como reconhecimento social da masculinidade.

Este debate corrobora o estudo de Moreira e Santos (2011p. 563) com adolescentes piauienses universitárias, no qual se destaca a fase ‘pré-prática sexual’ – um determinado tempo de relacionamento/namoro, que varia entre 4 a 6 meses para as meninas terem a primeira relação sexual com os seus parceiros. Os autores também reforçam que as meninas expressam desejos de experimentações sexuais, mas apresentam sensações ambíguas entre desejo e medo, e acaba prevalecendo a tradição em detrimento da modernidade.

Para nossos interlocutores, o sentir-se apto e seguro para o início sexual se apresentou desvinculado do limite etário ou de qualquer marco social, o que pode representar mudanças em relação às gerações passadas, em que a iniciação sexual era condicionada, por exemplo, ao casamento. Essa mudança demonstra, de acordo com alguns autores, uma maior liberdade de escolha e de exercício da autonomia e protagonismo juvenil (Arantes, 2009; Heilborn, 2012).

A iniciação sexual feminina associada ao compromisso e ao sentimento também foi verificada por Ferrari et al. (2018) em estudo com jovens com experiência de aborto clandestino, o que demonstra a influência dos papéis de gênero. Por outro lado, essa concepção de se sentir seguro para o início do sexo localizada na instância do vínculo afetivo não inclui outras formas de segurança, no sentido do autocuidado, como a prevenção de doenças e/ou

gravidez e as condições de igualdade na relação. Trata-se de uma compreensão diferente da que é vista pelos setores da saúde e educação como sexo seguro (Taquette e Vilhena, 2005).

A autonomia plena dos adolescentes para o exercício da sexualidade com segurança é alcançada com seu desenvolvimento que depende, entre outros aspectos, do acesso à informação qualificada. Essa informação vai além da que é veiculada na sociedade e na família, que por vezes considera que, ao falar de sexo, estão incentivando os filhos a uma liberação sexual (Heilborn, 2012). Existe dificuldade em se discutir autonomia e direitos sexuais na adolescência pelos diversos atores sociais, pois o contexto histórico brasileiro é marcado pela desigualdade de gênero e também pela postura autoritária e tutelar sobre os ditos “menores” de 18 anos, apesar de, a partir do ECA, eles terem se tornado sujeitos de direitos (Leite, 2012). O que se considera normal em determinada época da sociedade pode não ser em outra (Canguilhen, 2009).

(In)vulnerabilidade x violência sexual

Nessa categoria, apresentamos as concepções dos participantes sobre violência sexual e o reconhecimento ou não que têm sobre suas vulnerabilidades a esse tipo de violência.

À primeira vista, parecia haver consenso em vários pontos. Todos concordaram que a violência sexual ocorre quando o sexo não é consentido por um dos pares e todos comungam com a opinião de que, se houve consentimento, não há violência, independentemente da idade dos envolvidos no ato sexual.

“Se ela aceitou, não é violência” (aluna, grupo misto, escola privada).

“Eu acho que uma menina de 11 anos já sabe o que está pensando” (grupo feminino, escola pública).

“Uma menina de 14 anos, pelo amor de Deus, tem criança de 9 que sabe mais coisa que eu” (grupo feminino, escola pública).

“Se a pessoa já tiver preparada, se sentir bem, não é violência” (grupo masculino, escola privada).

No aprofundamento da discussão, alguns participantes relativizaram a capacidade das adolescentes muitas novas (sempre as do sexo feminino) de discernir e compreender se estão correndo algum risco ao consentir o sexo e manifestaram dúvida quanto a ser ou não violência quando a diferença de idade entre os parceiros é muito grande. Da mesma forma, isso pode ocorrer quando o parceiro “força a barra” e a garota aceita a relação por medo de perdê-lo.

No debate específico sobre a iniciação sexual antes dos 14 anos se configurar uma violência, os participantes divergiram nas respostas. Alguns consideram que os adolescentes menores de 14 anos se sentem capazes de decidir, porém, conforme ganham mais experiência com a idade, reconhecem que podem ter sido vítimas em algumas situações.

“...Eu penso que o de 18 tem mais cabeça [ao comentar sobre um casal em que o rapaz tem 18 anos e a moça, 13 anos]. A de 13 (...) não sabe muito bem o que tá fazendo. Mas (...) em algumas partes ela sabe sim, já tem uma noção. Eu não sei se eu classificaria como violência” (grupo masculino, escola privada).

“Tipo, essas garotas são muito criança, na verdade, até os 14 anos. (...) Pode se sentir violada depois de uns anos. A pessoa meio que me forçou a fazer isso, porque sabia que provavelmente eu ia aceitar, já que eu não tinha total controle da minha vida” (grupo feminino, escola privada).

“Com 13 anos não necessariamente a pessoa sabe o que é bom, o que é certo e, o que é errado” (aluna, grupo misto, escola privada).

“Ela acha que realmente quer aquilo, mas está sendo extremamente influenciada, coagida... Eu acho que é muito difícil você julgar se você realmente quer, se está sofrendo pressão quando você tem 13 anos de idade” (aluna, grupo misto, escola privada).

Discordâncias também ocorreram com relação à concepção de perpetração de violência sexual, que difere se a vítima é homem ou mulher. Quando questionados sobre a situação de estupro de homens, o assunto causou estranheza nos rapazes, pois eles não se reconhecem como vulneráveis à violência sexual por mulheres. Alguns participantes destacaram que seria, inclusive, como um “sonho realizado” se um rapaz menor de 14 anos “fosse obrigado” a praticar relações sexuais com uma mulher mais velha.

Segundo os adolescentes, homens só são vítimas de violência quando ela é perpetrada por outro homem. As moças não se manifestaram quanto a isso, como se fosse um tema que não lhes dissesse respeito. É necessário destacar também a percepção dos estudantes sobre os homens serem sempre perpetradores da violência sexual e livres para iniciação sexual a qualquer momento. Por outro lado, as mulheres são vistas como vítimas sexuais, mas, ao mesmo tempo, são responsabilizadas pela própria condição de vítimas, pois se considera que elas sabem o que estão fazendo.

“Eu já fui agredido sexualmente. Eu estava em um show, veio um cara, começou a me agarrar, me beijar” (grupo masculino, escola privada).

“Você não quer fazer uma parada e ele vai lá e te obriga a fazer ou te bate pra conseguir isso. E falar não e a pessoa continuar fazendo aquilo. Eu acho que já é uma violência” (grupo feminino, escola privada).

A concepção dos participantes sobre a prática sexual entre os menores de 14 anos sugere relativização do consentimento dos adolescentes na caracterização da violência sexual. No decorrer do debate, os jovens demonstraram pouca preocupação com os riscos da atividade sexual. Nada foi comentado sobre a proteção das IST ou sobre a contracepção.

Diferentemente do que é demonstrado em alguns estudos (Silva et al., 2014; WHO, 2018), parte dos nossos entrevistados não percebe a vulnerabilidade na fase inicial da adolescência. Entretanto, a não preocupação com os riscos da atividade sexual também foi evidenciada por Gonçalves et al. (2015).

De modo geral, os relatos evidenciam conflitos, dúvidas e inseguranças na problematização do tema. Aqueles que defendem a capacidade de discernimento dos mais novos, embora abordem a imaturidade, remetem aos jovens a responsabilização pelo ato. Essa observação fica evidente quando dizem: “consentem” porque “sabem o que estão fazendo”.

Chama atenção no diálogo dos adolescentes, principalmente no grupo composto por meninos, expressões que sugerem a erotização do corpo feminino, o tipo de vestimenta e a sua relação com a violência sexual, conforme observado a seguir:

“Ela está querendo mostrar o corpo. E o cara também está querendo... Ai ela está dando confiança pra ele. Está dando motivo pra ele poder fazer isso também” (grupo masculino, escola pública).

Embora na atualidade os movimentos sociais estejam engajados na luta pelo consentimento do beijo, do toque e da mulher poder vestir a roupa que quiser, sem estar vinculada à conotação sexual, a expressão dos participantes, “ela está dando motivo”, e “ela sabe o que fez de errado” podem ser compreendidas como uma percepção masculina da mulher com responsável pela sua própria vitimização. A culpabilização da vítima pela violência sofrida também foi observada entre os adultos e até entre profissionais de saúde em outros estudos (Adesse et al., 2010).

Autores como Moreira e Santos (2011) e Biroli (2013) afirmam que o consentimento da prática sexual mediante sedução/coerção compromete a caracterização da violência sexual. Nesses casos, não é levada em conta a desigualdade de poder no casal, principalmente quando se trata de parceiros com assimetria de gênero e poder. Além disso, observa-se que o conhecimento dos adolescentes sobre as questões de sexo nem sempre é suficiente.

Os rapazes participantes dos grupos demonstraram perceber o homem como um ser “inatingível”, em termos de violência sexual, por parte das mulheres. Essa percepção contradiz as evidências científicas sobre a vulnerabilidade dos adolescentes do sexo masculino ao estupro de vulnerável. Dados sobre o perfil das vítimas de grupos vulneráveis indicam que, em 2016, das 3.108 crianças e adolescentes (0 a 17 anos) vítimas de estupro, 493 casos são do sexo masculino, representando 15,86% das vítimas (IPP).

A questão da vulnerabilidade de adolescentes relacionada ao critério etário é discutida por Lowenkron (2016). A autora problematiza o critério da “(menor) idade” sexual e ressalta que a idade como categoria que orienta o exercício da sexualidade está inter-relacionada a outras categorias, como gênero e classe social. Não se podem desconsiderar as desigualdades de gênero na noção do consentimento sexual. Ao refletir sobre a idade do consentimento sexual de adolescentes e a lei do “estupro de vulnerável” que pretende protegê-los, a autora destaca que o critério etário não deve ser o único e absoluto para regulação social e jurídica da autonomia sexual desses sujeitos, pois está associado a moralidades diversas.

Questiona se o que é representado como vulnerabilidade em função da idade, na verdade, serve para reduzir a autonomia do adolescente por meio de um marcador biológico. Portanto, é necessário conciliar a proteção ao sujeito em desenvolvimento com seus direitos sexuais, visto que as mudanças nos dispositivos legais ao longo do tempo demonstram que as delimitações etárias são insuficientes e precárias.

Mecanismos de proteção

Neste item abordamos a percepção dos estudantes sobre a lei que tipifica o estupro de vulnerável e a atuação do Conselho Tutelar. A maioria dos participantes desconhece a Lei e muitos ficaram surpresos sobre atos libidinosos que são incluídos na definição de violência sexual. Não reconhecem como válido o critério etário como delimitador da ocorrência de violência sexual, ou seja, questionam o poder do Estado de regular sua sexualidade. Para eles, em muitas comunidades é comum e estimulado o sexo precocemente.

Quem não começa cedo é malvisto e/ou excluído do grupo social. Por outro lado, uma vez que a adolescente (sempre do sexo feminino) concorda com o sexo, não se considera estupro. Algumas falas exemplificam esse ponto:

“No momento que uma garota de 13 anos engravida, entendeu, ela está assumindo uma responsabilidade muito grande e ela sabe o que ela fez de errado... eu acho que não é crime” (grupo masculino, escola pública).

“Na minha opinião ela [a Lei] está errada. A partir do momento que ela já entende que é certo e o que é errado... Aí ela já tá fazendo o que ela quer e não porque ela tá obrigando” (grupo masculino, escola pública).

“[A Lei] estabelecer uma idade pra isso seria tipo... é um erro. Por quê? Uma coisa é ter um beijo na boca como um consenso. Outra coisa é você chegar numa garota de 14 anos que você nunca viu na vida pegar e beijar ela na boca. Isso já tá errado” (grupo masculino, escola privada).

“Se a garota quer com um cara, sei lá, de 20 anos. Se ela se sente confortável com ele. Ela tem esse direito, sabe?” (grupo feminino, escola privada).

Quando perguntados sobre as funções e atribuições do Conselho Tutelar, as moças demonstraram ter mais conhecimento. Aquelas que conhecem melhor esse órgão são as que já foram contatadas pelos conselheiros por algum motivo. Alguns o concebem como uma espécie de polícia, e não têm uma avaliação positiva sobre seu trabalho. Quanto à notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência sexual, sempre que a “vítima” for menor de 14 anos, alguns só concordam se o parceiro for adulto. Se o parceiro for adolescente também, não tem que notificar. Esses são alguns dados também observados no estudo de Brito et al., (Brito, 2018).

“O dia que eu fui lá me chamaram pra conversar. Aí depois chamaram só a minha mãe. E tipo, eu achei legal. Porque a psicóloga viu o lado da minha mãe, o lado da criança e deu a razão daquilo” (grupo feminino, escola privada).

“É pra tentar proteger a criança, de certa maneira. (...) Tem crianças que não têm essa proteção, e podem ter através do conselho tutelar, levar pra um lugar melhor” (aluna, grupo misto, escola pública).

“Eu acho que o Conselho Tutelar, ele protege as crianças menores de 14 anos, porque ela ainda não tem noção do que tá fazendo. Por isso, que ela consente” (grupo feminino, escola pública).

“Ah, mas eu acho que esse negócio de polícia [referência ao Conselho Tutelar] é ruim... muito perigoso. Porque quando apronta lá eles podem chamar o Conselho Tutelar. Então, é que nem polícia” (grupo masculino, escola pública).

Para parte dos entrevistados, a intervenção da Lei e do Estado nos problemas que envolvem a atividade sexual de adolescentes é indevida. Essas questões não dizem respeito ao Estado, que não deveria se implicar. A família é quem tem o direito e o dever de resolver essas questões. Somente nos casos em que a família não é capaz, o Estado deve intervir.

“*Que ridículo [a obrigatoriedade de notificar ao Conselho Tutelar a suposta violência sexual]*” (grupo masculino, escola privada).

“*Tipo, eu acho primeiro que o Estado se meter nas nossas vidas o tempo todo é muito escroto. Porque a nossa vida não é do Estado. É pessoal*” (grupo masculino, escola privada).

“*Se a garota for procurar o Estado tudo bem, mas se o Estado for procurar a garota, aí não. Eu acho que o Conselho Tutelar tem que agir a partir do momento que a sua família não pode agir por você, que a família tenha algum problema*” (grupo masculino, escola privada).

“*Se tem a penetração, ela não querer, aí tipo assim, pode ir pra delegacia e tal, resolver. Mas se ela quiser, é outra história. Se os pais dela não falaram nada, entendeu? Porque, se falar que foi estuprada, isso e aquilo. A mãe dela tem que tomar a providência*” (grupo masculino, escola pública).

Foi possível observar nas falas que, mesmo sem conhecerem a Lei, a posição dos adolescentes pode ser interpretada como “presunção à vulnerabilidade relativa” e não “vulnerabilidade absoluta”, já que não se limitaram ao parâmetro da idade cronológica.

Em estudo realizado em Ponte Nova (Minas Gerais), por Oliveira et al. (2014), sobre a percepção de lideranças da área jurídica sobre a efetividade da *Lei nº 12.015/2009*, foram verificados vários pontos divergentes. Uns defendem que os direitos das crianças/adolescentes não devem ser relativizados. Independente de consentimento, a conjunção carnal ou a prática de qualquer ato libidinoso é sempre um crime. Outros questionam a presunção absoluta, considerando que o amadurecimento sexual das crianças/adolescentes é influenciado pelas modificações da cultura e da sociedade, devendo a presunção ser relativizada dentro dos parâmetros legais, da realidade social e do bom senso. Os autores chegam à conclusão de que a norma penal é insuficiente e não alcança inteiramente seu objetivo.

Considerações Finais

Nosso estudo evidencia que há uma desconexão entre o que preconiza a Lei e aqueles a quem a Lei visa a proteger. Pode-se dizer que isso era o previsível, pois o biopoder instituído pelo Estado, a partir de seus próprios interesses, visa a regular, reprimir e controlar, e não a atender as necessidades e desejos da população. Ao refletirmos sobre as condições em que a iniciação sexual em menores de 14 anos tem ocorrido, podemos considerar que a mudança no *Código Penal* na tipificação do estupro de vulnerável objetivou ampliar a proteção de crianças e adolescentes. No entanto, a efetiva proteção a esse público após a implementação da

lei é questionada devido à dificuldade de colocá-la em prática, pois não leva em consideração os interesses desses sujeitos nem contextos em que vivem.

Nossos resultados indicam que há um grande desconhecimento dos adolescentes acerca dessa legislação e, quando esclarecidos a respeito, questionam o poder do Estado de intervir em decisões que são inerentes à autonomia do indivíduo e de sua família.

Vale também destacar que o desconhecimento foi evidenciado através do diálogo com os adolescentes que frequentam a escola. Desse modo, pode-se inferir que aqueles que estão fora do contexto escolar podem ser ainda mais atingidos pelos eventos adversos relacionados ao contexto das relações afetivo-sexuais, à saúde sexual e reprodutiva e à violência sexual.

Esses achados reforçam a necessidade de medidas político-educativas para ampliar e qualificar a educação em sexualidade de forma abrangente a esse público, no sentido de capacitá-lo ao exercício da sexualidade com liberdade, autonomia e segurança. Faz-se necessário maior comunicação/cooperação entre os setores saúde, educação e justiça na identificação e proteção efetiva a vítimas de violência sexual, assim como espaços de discussão que possam proporcionar um aperfeiçoamento desse dispositivo legal.

Por fim, vale registrar as limitações deste estudo, restrito ao público adolescente de estudantes do ensino médio de uma cidade de grande porte. Para expandir o alcance de seus resultados, recomendamos complementá-lo com o olhar e a experiência de profissionais que lidam com adolescentes.

Agradecimentos

Agradecemos a colaboração dos participantes da pesquisa: Juliane Escascela Garcia, Luca Zingali Meira e Thenessi Freitas da Matta.

REFERÊNCIAS

Adesse L, Castro P, Mota A, organizadoras. Orientações para a saúde integral à saúde de adolescentes de ambos os sexos, vítima de violência sexual na atenção básica. Rio de Janeiro: Ipas Brasil; 2010.

Amorim MMR, Lima LA, Lopes CV, Araújo DKL, Silva JGG, César LC, et al. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controle. Rev Bras Ginecol Obstet 2009; 31:404-10.

Arantes EMM. Proteção integral à criança e ao adolescente: proteção versus autonomia? Psicol Clin 2009; 21:431-50.

Biroli F. Democracia e tolerância à subordinação: livre-escolha e consentimento na teoria política feminista. Revista de Sociologia e Política 2013; 21:127-42.

Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Brasil. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Diário Oficial da União 2009; 10 ago.

Brito CO, Nascimento CRR, Rosa EM. Conselho tutelar: rede de apoio socioafetiva para famílias em situação de risco? *Pensando Fam* 2018; (1):179-192.

Canguilhen G. O normal e o patológico. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2000.

Cerqueira-Santos E, Paludo SS, Del Schirò, Koller SH. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. *Psicol Estud* 2010; 15:72-85.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 2012; 12 dez.

Denzin NK, Lincoln YS. *The SAGE handbook of qualitative research*. 5th ed. Thousand Oaks: SAGE; 2018.

Ferrari W, Peres S, Nascimento M. Experiment and learning in the affective and sexual life of young women from a favela in Rio de Janeiro, Brazil, with experience of clandestine abortion. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23:2937-50.

Foucault M. *História da sexualidade 1: a vontade de saber*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1988.

Gonçalves H, Machado EC, Soares ALG, Camargo-Figuera FA, Seerig LM, Mesenburg MA, et al. Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18:25-41.

Havenga Y, Tamane MA. Consent by children: considerations when assessing maturity and mental capacity. *S Afr Fam Pract* 2016; 58 Suppl 1:S43-6.

Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond/Editora FIOCRUZ; 2006.

Heilborn ML. Por uma agenda positiva dos direitos sexuais da adolescência. *Psicol Clin* 2012; 24:57-68.

Instituto de Segurança Pública. *O perfil das vítimas de grupos vulneráveis*, 2018. <http://www.ispvisualizacao.rj.gov.br/grupos.html> (acessado em 02/Mar/2018).

Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer do colo de útero. Fatores de risco. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/fatores-de-risco> (acessado em 08/Set/2019).

Kastbom AA, Sydsjö G, Priebe G, Göran-Svedin C. Sexual debut before the age of 14 leads to poorer psychosocial health and risky behaviour in later life. *Acta Paediatr* 2015; 104:91-100.

Leite RMB, Araújo TVB, Albuquerque RM, Andrade ARS, Duarte Neto PJ. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:1977-85.

Leite V. A sexualidade adolescente a partir de percepções de formuladores de políticas públicas: refletindo o ideário dos adolescentes sujeitos de direitos. *Psicol Clin* 2012; 24:89-103.

Lowenkron L. Menina ou moça? Menoridade e consentimento sexual. *Desidades* 2016; 10:9-18.

Min MO, Minnes S, Lang A, Yoon S, Singer LT. Effects of prenatal cocaine exposure on early sexual behavior: gender difference in externalizing behavior as a mediator. *Drug Alcohol Depend* 2015; 153:59-65.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 13ª Ed. São Paulo: Hucitec Editora; 2013.

Moraes L, Franca C, Silva B, Valença P, Menezes V, Colares V. Iniciação sexual precoce e fatores associados: uma revisão da literatura. *Psicol Saúde Doenças* 2019; 20:59-73.

Moreira MRC, Santos JFFQ. Entre a modernidade e a tradição: a iniciação sexual de adolescentes piauienses universitárias. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2011; 15:558-66

National Society for the Prevention of Cruelty to Children. Gillick competency and Frazer guidelines. Disponível em: <https://learning.nspcc.org.uk/media/1541/gillick-competency-factsheet.pdf> (acessado em 21/Mai/2016).

Oliveira GG, Reis LPC, Loreto MDS, Barreto MLM. Estupro de vulneráveis: uma reflexão sobre a efetividade da norma penal à luz da presunção de vulnerabilidade. *Jus Navigandi* 2014; 19(4115).

Sanchez ZM, Nappo SA, Cruz JI, Carlini EA, Carlini CM, Martins SS. Sexual behavior among high school students in Brazil: alcohol consumption and legal and illegal drug use associated with unprotected sex. *Clinics* 2013; 68:489-94.

Silva ASN, Silva BLCN, Silva JAF, Silva MCF, Guerreiro JF, Sousa ASCA. Início da vida sexual em adolescentes escolares: um estudo transversal sobre comportamento sexual de risco em Abaetetuba, Estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amazônica Saúde* 2015; 6:27-34.

Silva MAI, Mello FCM, Mello DF, Ferriani MGC, Sampaio JMC, Oliveira WA. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. *Ciênc Saúde Colet* 2014; 19:619-2.

Spinola M, Cristiany R, Béria JU, Schermann LB. Fatores associados à iniciação sexual em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre/RS, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:3755-62.

Taquette SR, Rodrigues AO, Bortolotti LR. HIV infection in female adolescents: a qualitative study. *Rev Panam Salud Pública* 2015; 37:324-9.

Taquette SR, Rodrigues AO, Bortolotti LR. Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo masculino: um estudo qualitativo. *Ciênc Saúde Colet* 2015; 20:2193-200.

Taquette SR, Vilhena MM, Silva MM, Vale MP. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1717-25.

Teixeira SAM, Taquette SR. Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56:440-6.

Ventura M. Direitos reprodutivos no Brasil. 3ª Ed. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas; 2009.

Wheeler R. Gillick or Fraser? A plea for consistency over competence in children: Gillick and Fraser are not interchangeable. *BMJ* 2006; 332:807.

World Health Organization. Recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights. Geneva: World Health Organization; 2018.

6.2 Vulnerabilidades sociais e iniciação sexual entre 10 e 14 anos em estudantes do município do Rio de Janeiro ² (Artigo publicado)

RESUMO

O objetivo do estudo foi estimar a prevalência de iniciação sexual entre 10 e 14 anos, em estudantes do segundo ano do ensino médio da rede pública e privada da IX RA do município de Rio de Janeiro, RJ, e identificar subgrupos mais vulneráveis à situação. A amostra foi composta por 694 estudantes, selecionados através de uma amostragem por conglomerados e estratificada por turno de aula e características administrativa da escola. As informações foram coletadas através de questionário estruturado de autopreenchimento. Intervalos de confiança a 95% e o teste Qui-Quadrado (χ^2) foram usados para avaliar a heterogeneidade das proporções entre subgrupos. A prevalência do evento foi 18,4%, sendo maior: em meninos; em subgrupos de maior vulnerabilidade social; entre os que ficaram/namoraram até 14 anos; os que foram vítimas de violência sexual em relacionamentos afetivo-sexuais; e os que apresentaram comportamentos de riscos à saúde. A alta frequência de iniciação sexual na adolescência precoce, especialmente em grupos mais vulneráveis, evidencia que a situação deve ser compreendida e enfrentada com políticas públicas intersetoriais que leve em consideração um contexto social de múltiplas carências e não apenas à saúde reprodutiva.

Palavras-chaves: Comportamento Sexual; Saúde Sexual e Reprodutiva; Violência Sexual; Adolescente.

Introdução

Durante a adolescência e juventude ocorrem descobertas, interações sociais e possibilidades de novas experimentações em diversas esferas da vida (WHO, 2011). Entre tais experiências, destacam-se as primeiras relações afetivas e sexuais. A iniciação sexual é vista como um indicador de saúde sexual e reprodutiva (Castro et al., 2004) acontecendo em geral entre os 15 e 19 anos na população da América Latina (WHO, 2020; Cabral e Brandão, 2020).

Entretanto, o comportamento sexual e reprodutivo de adolescentes com idade entre 10 e 14 anos, período etário denominado de adolescência precoce (WHO, 2011), vem sendo objeto de investigação, sendo alvo de políticas de atenção à saúde em diversos países (Cabral e Brandão, 2020; OMS, 2018). Tal interesse aumentou bastante após a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), de 1994 (UNFPA-Brasil), que considerou esta parcela da população um dos grupos mais vulneráveis à violação dos seus direitos fundamentais, uma vez que parte das relações sexuais nesta faixa etária não são consensuais, mas oriundas de abusos (Finer e Philbin, 2014; Brasil, 2018).

² Este artigo foi publicado na Revista Ciência e Saúde Coletiva em 20 de Janeiro de 2022. Ref. Costa SF, Moraes CL, TaquetteSR, Marques ES. Vulnerabilidades sociais e iniciação sexual entre 10 e 14 anos em estudantes do município do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc. saúde coletiva 27 (7) 17; 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.20892021>.

Para compreender o comportamento sexual e reprodutivo dos adolescentes e jovens é necessário tratar o tema de forma multidimensional e contextualizada, considerando sistemas ecológicos nos quais diferentes fatores relativos à sociedade, à comunidade e às relações individuais interagem entre si (Markham et al., 2017; Woog e Kågesten, 2017). Fatores como a cultura ocidental, com raízes no modelo patriarcal, podem influenciar na forma como a sociedade lida com o assunto e distingue a abordagem e as orientações sobre comportamento sexual, com diferenças entre os gêneros (WHO, 2020; Woog e Kågesten, 2017; Silva et al., 2015).

Como apontam estudos anteriores, os homens frequentemente iniciam a vida sexual mais cedo e são incentivados à independência e à coragem tendo a prática sexual como um ato relacionado à oportunidade e à afirmação de sua masculinidade, enquanto as mulheres atribuem sentido afetivo-amoroso aos relacionamentos e visão mais romantizada da relação sexual (WHO, 2020; Cabral e Brandão, 2020; Silva et al., 2015; Costa et al., 2020; Minayo et al., 2011).

No Brasil, o debate sobre comportamento sexual e reprodutivo ainda é cercado de tabus, o que pode ser um reflexo do processo conservador de construção das propostas de educação em saúde sexual e reprodutiva no país (Cabral e Brandão, 2020; Silva et al., 2015).

A inserção do tema nos setores da saúde e da educação se iniciou na década de 1960, ainda na lógica higienista, na perspectiva da “*scientia sexualis*” (Foucault, 1985; Nardi e Quartiero, 2012). Durante as décadas de 1980/90, em decorrência dos movimentos sociais, da epidemia de HIV/AIDS e da conjuntura de redemocratização do país, houve algum avanço nos debates e destacando-se como tema transversal, articulado a outros na proposta dos Parâmetros Curriculares Nacionais de 1995 (Nardi e Quartiero, 2012; Brasil, 1997).

No entanto, apesar dos referidos avanços, as propostas de políticas públicas vigentes vêm caminhando na direção do incentivo ao adiamento/abstinência da vida sexual como estratégia de prevenção da gravidez na adolescência (Cabral e Brandão, 2020; Brasil, 2019), o que tem sido criticado por divergir da luta por garantia dos direitos sexuais e reprodutivos dessa população (WHO, 2020; Cabral e Brandão). Para o subgrupo de adolescentes de 10 a 14 anos, o debate torna-se ainda mais complexo, em função das questões legais previstas no Código Penal Brasileiro (Brasil, 2009) e dos discursos alarmistas sobre gravidez na adolescência. Segundo dados do Ministério da Saúde, entre os anos de 2011 e 2016, foram 3,2 milhões de mães adolescentes, sendo 162.853 (5%) na faixa etária de 10 a 14 anos (Brasil, 2017).

A literatura científica evidencia que durante a adolescência precoce, etapa da vida entre 10 e 14 anos, a iniciação sexual costuma ocorrer em contextos de maior vulnerabilidade, tais

como: população de baixo nível socioeconômico (Woog e Kågesten, 2017; Hugo et al., 2011), acompanhada de comportamentos de risco à saúde, como uso de álcool/drogas; entre os indivíduos com maior número de parceiros; aqueles que recorrem a práticas sexuais desprotegidas e entre aqueles com conhecimento insuficiente sobre métodos contraceptivos (Conduct Problems Prevention Research Group, 2014; Lara e Abdo, 2015).

Alguns autores sugerem que estes fatores, entre outros, expõem este grupo a maior risco de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), gravidez na adolescência e morte materna (OMS, 2018; Woog e Kågesten, 2017; Conduct Problems Prevention Research Group, 2014; Lara e Abdo, 2015; Amorim et al., 2009; Gonçalves et al., 2015). No entanto, Cabral e Brandão enfatizam que tais fatores podem aumentar a incidência de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e gestações não planejadas em qualquer faixa etária, não sendo uma condição associada exclusivamente à adolescência precoce.

Essa discussão tem sido polêmica e diferentes iniciativas para a educação sexual e reprodutiva de adolescentes vêm sendo implementadas em diversos países. Alguns enfatizam a “maioridade sexual”, como no caso da Inglaterra que considera que somente a partir dos 16 anos há maturidade para o exercício da autonomia com segurança (National Society for the Prevention of Cruelty to Children).

Os Estados Unidos da América investem em programas de intervenção (Kaufman et al., 2014) e no Brasil o Programa Saúde na Escola - PSE (Brasil, 2011), apesar de ser intersetorial, desenvolve algumas atividades, ainda que fragmentadas e desarticuladas com a legislação (Brasil, 2019; Brasil, 2009).

Percebe-se que há ainda muito que se fazer no intuito de conhecer melhor as situações e intervir de forma mais efetiva para atender as propostas da “Estratégia Global” e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável de 2030 (ODS) que preconizam o acesso universal à saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes (OMS, 2018; Woog e Kågesten 2017).

Conhecer o percentual e as características de adolescentes e jovens que iniciaram a vida sexual durante a adolescência precoce parece fundamental para orientar o planejamento de estratégias de promoção de educação sexual e reprodutiva que fortaleçam a autonomia e o protagonismo juvenil, no contexto da intersetorialidade (OMS, 2018; Woog e Kågesten, 2017).

Analisar as diferenças entre estas estimativas nos diferentes subgrupos populacionais, considerando o sexo, o tipo de escola e outros fatores de risco para a iniciação sexual na adolescência precoce pode auxiliar no planejamento de intervenções mais efetivas visando uma prática sexual consciente e segura (OMS, 2018; Woog e Kågesten, 2017; Conduct Problems Prevention Research Group, 2014). É nesta perspectiva que este estudo tem como objetivo

estimar a prevalência de iniciação sexual entre 10 e 14 anos, e identificar subgrupos mais vulneráveis à situação entre estudantes da rede pública e privada da IX RA do município do Rio de Janeiro.

Métodos

Desenho e cenário de estudo

Trata-se de um subprojeto do estudo seccional de base escolar intitulado “Estupro de vulnerável e outras formas de violência contra adolescentes do sexo feminino”- pesquisa financiada pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro-FAPERJ (Edital FAPERJ N° 30/2014).

O cenário do estudo foi composto pelas escolas públicas e privadas da IX Região Administrativa (RA) do município do Rio de Janeiro. A área de abrangência da IX RA envolve quatro bairros: Vila Isabel, Andaraí, Grajaú e Maracanã, do município do Rio de Janeiro. De acordo com o censo brasileiro de 2010 (IPP, 2020), esta região corresponde a aproximadamente 190.000 habitantes, com renda per capita média de R\$ 1.836,00, o que correspondia a US\$ 1.020,00 à época. A região agrega famílias de níveis socioeconômicos heterogêneos convivendo, historicamente, em edificações de luxo, casas de médio porte e ocupações irregulares/favelas (ABEP, 2017).

Estratégia de seleção e tamanho amostral

No período do estudo, a IX RA do Rio de Janeiro tinha 1470 alunos lotados em 52 turmas regularmente matriculados no 2º ano do Ensino Médio em cinco escolas públicas com 714 estudantes e quinze escolas particulares com 756 alunos.

A população de estudo foi selecionada através de uma amostragem complexa, por conglomerados e estratificada considerando a dependência administrativa da escola (pública ou privada) e turno de ensino (diurno ou noturno). A probabilidade de seleção da turma foi proporcional ao tamanho da escola, sendo todos os alunos das turmas sorteadas convidados a participar da pesquisa. Entre os 747 alunos elegíveis ao estudo de fundo, 721(95,4%) concordaram em participar da pesquisa. Destes, 94,4 % (717) tinham idade entre 15 e 24 anos, sendo elegíveis à presente pesquisa.

Como critérios de exclusão adicionais, considerou-se: a) ter tido iniciação sexual antes dos 10 anos (n=2); e b) ser de descendência asiática (n=7) ou indígena (n=14), em função do número reduzido de participantes destes subgrupos populacionais, o que impediria estimativas

mais robustas da prevalência da iniciação sexual na adolescência precoce entre estes indivíduos. A amostra final deste estudo foi composta por 694 participantes.

Coleta de dados e instrumentos de aferição

Os dados foram coletados entre setembro de 2016 e fevereiro de 2017, em sala de aula, utilizando-se um questionário estruturado multidimensional de autopreenchimento. A aplicação do questionário foi supervisionada por uma equipe de campo previamente treinada.

A variável de interesse central foi ocorrência de iniciação sexual durante a adolescência precoce, ou seja, ocorrida quando o/a participante tinha entre 10 e 14 anos de idade. Tal informação foi obtida através de pergunta direta sobre a idade da primeira relação sexual. Considerou-se “iniciação sexual” as respostas positivas advindas da pergunta estruturada “você já teve relações sexuais alguma vez?”, tendo como opção de resposta sim/não. Quando a primeira relação sexual ocorreu com idade de 10 a 14 anos, considerou-se que o/a participante havia tido uma “iniciação sexual na adolescência precoce”.

A variável raça/cor da pele foi criada com base na classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Optou-se por incluir apenas duas categorias: brancos e a junção de pretos e pardos, por considerar de mesma etnia. O sexo foi classificado em masculino ou feminino e a religião foi considerada a atual, posteriormente categorizada em possuir ou não religião no momento da entrevista.

As variáveis: escolaridade materna e o poder de compra da família foram mensuradas no intuito de caracterizar o status socioeconômico da família. O poder de compra foi categorizado através do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), versão 2015 (ABEP, 2017). Originalmente, o CCEB permite a classificação das famílias em sete categorias (A, B1, B2, C1, C2, D e E), sendo a classe A de maior e a E de menor poder aquisitivo. Na descrição do perfil dos participantes, as classes “D” e “E” foram agrupadas, enquanto para estudar a prevalência de iniciação sexual durante a adolescência precoce nos diferentes subgrupos populacionais, também agrupamos as classes “A” e “B”. Em ambas as análises as categorias B1 e B2 e C1 e C2 foram agrupadas em B e C, respectivamente.

As características da estrutura familiar foram identificadas através do contexto de parentalidade, com base nas informações sobre ter ou não pais vivos. A coabitação foi obtida através das informações sobre com quem o participante morava por ocasião do estudo. Para identificar a história materna de gravidez na adolescência subtraiu-se a idade do estudante da idade da mãe na ocasião da entrevista. A variável foi nomeada de idade da mãe ao nascimento do filho e agrupada por faixas etárias: 10 a 19 anos; de 20 a 34 anos e 35 anos ou mais. As

características da escola foram mensuradas através da dependência administrativa da escola (pública x privada) e turno (diurno x noturno).

As informações sobre as características da iniciação sexual; da trajetória de relacionamentos afetivo-sexuais e da violência sexual nas relações afetivo-sexuais foram identificadas através de perguntas estruturadas que permitiram identificar: a idade da primeira relação sexual; o grau de compromisso entre os pares, como “ficar”, “namorar” e a experiência sexual com pessoas do mesmo sexo. Estas informações foram obtidas através das perguntas: “Você Já “ficou” ou teve algum relacionamento amoroso sem compromisso com alguém?”; “Você já namorou alguém?. Para aqueles que responderam “sim”, perguntava-se que idade tinha quando o relacionamento ocorreu pela primeira vez. A classificação dos indivíduos com relação a ter tido experiência sexual com pessoas do mesmo sexo foi baseada na pergunta “Você já teve experiência sexual/contato íntimo com pessoa do mesmo sexo?”. Todas estas variáveis tiveram respostas “sim”/“não”.

A investigação sobre a vitimização sexual nas relações afetivo-sexuais foi realizada utilizando-se a versão em português da escala *Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory* (CADRI). A referida escala foi criada por Wolfe et al. (2001), sendo inicialmente adaptada e validada para uso no Brasil, por Minayo, Assis e Njaine (2011). A versão utilizada do instrumento contém 28 itens, sendo 25 deles referentes às diversas formas de violência no namoro como: violência emocional, violência física, violência sexual, violência relacional e ameaça. Neste estudo, utilizou-se apenas a subescala de vitimização de violência sexual, sendo os últimos doze meses o período de recordatório. Considerou-se que a violências sexual estava presente quando pelo menos um item da referida subescala foi respondido positivamente.

O uso de substâncias como álcool, tabaco e maconha nos últimos três meses foi avaliada como variáveis binárias “sim” / “não”, utilizando-se o questionário para Triagem do Uso de Álcool, Tabaco e Outras Substâncias, da Organização Mundial de Saúde (OMS), denominado ASSIST (OMS).

Análise de dados

As prevalências de iniciação sexual durante a adolescência precoce, bem como seus intervalos de confiança de 95% (IC95%), foram estimados na população total e nos grupos de adolescentes do sexo masculino e feminino. Para avaliação da heterogeneidade das proporções nos subgrupos populacionais utilizou-se o teste Qui-Quadrado (χ^2). Considerou-se um p-valor <0,05 para a identificação de diferenças estatisticamente significativas.

O perfil de coocorrência entre a adoção de comportamento de risco e a violência no namoro entre meninos e meninas com e sem iniciação sexual na adolescência precoce foi representado graficamente utilizando o Diagrama de Venn. A adoção de comportamento de risco agrupou o mal uso de álcool, tabaco e maconha. Todas as análises consideraram a estrutura complexa da amostragem. Estas foram realizadas no programa Stata 13 (StataCorp, 2013).

Aspectos éticos

O estudo atendeu às normas éticas contidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em 18/09/2015, CAAE sob parecer N° 48107514.2.0000.5282 e autorizado pela secretaria Estadual de Educação do Rio de Janeiro.

Resultados

Como pode ser visto na Tabela 1, pouco mais da metade dos participantes eram do sexo feminino (53,3%); a maioria tinha entre 15 e 18 anos de idade; 53,2% se autodeclararam de etnia/cor de pele branca e 65,3% frequentavam alguma instituição religiosa na ocasião da pesquisa. Quanto à situação socioeconômica familiar, observa-se que boa parte (45%) deles eram filhos de mães com ensino médio ou mais e pertenciam à classe econômica B. Mais de 80% referiram ter pais vivos e foram poucos os que não sabiam ou não conheciam o pai (9,0%).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico, familiar e do ambiente escolar de adolescentes e jovens da IX RA do município do Rio de Janeiro (RJ), 2017.

	SEXO									p-valor
	TOTAL (n= 694)			Masculino n= 320 (46,7%)			Feminino n= 374 (53,3%)			
	n	%	(IC 95%)	n	%	(IC 95%)	n	%	(IC 95%)	
<i>Características demográficas e socioeconômicas</i>										
Idade										
15 a 16	272	48,5	(40,8-56,3)	113	44	(35,5-53,0)	159	52,3	(44,2-60,2)	0,12
17 a 18	364	46,4	(39,3-53,7)	172	50	(41,9-57,3)	192	43,7	(35,9-51,7)	
19 a 24	50	5,1	(3,6-7,2)	28	6,3	(3,7-10,5)	22	4,0	(2,2-7,2)	
Raça/Cor da pele										
Branco	325	53,2	(45,6-60,5)	142	50	(41,2-58,0)	183	56,3	(47,4-64,7)	0,15
Preto/Pardo	365	46,8	(39,5-54,4)	176	50	(42,0-58,7)	189	43,7	(35,3-52,6)	
Religião atual										
Sim	474	65,3	(59,0-71,1)	200	60	(51,3-68,0)	274	70,0	(63,4-75,9)	0,01
Não	217	34,7	(28,9-41,0)	119	40	(32,0-48,7)	98	30,0	(24,1-36,6)	
Escolaridade materna										
Analfabeta/E.F. I incompleto	40	5,0	(3,5-7,2)	17	5,3	(2,8-9,7)	23	4,7	(2,9-7,5)	0,26
E.F. I completo/ E.F. II	142	17,4	(14,0-21,2)	62	15	(11,1-20,4)	80	19,2	(14,1-25,8)	
E.F. II completo/E.M.	238	32,5	(26,2-39,5)	110	31	(22,6-40,0)	128	34,2	(28,1-40,8)	
E.M. completo/E.S.	77	13,5	(11,2-16,2)	39	17	(12,7-22,1)	38	10,6	(7,3-15,0)	
E.S. completo	162	31,6	(24,7-39,4)	76	32	(24,4-40,6)	86	31,3	(23,5-40,3)	
Classe econômica (CCEB)										
A	90	17,2	(13,4-21,9)	47	19	(14,1-25,7)	43	15,5	(11,1-21,4)	0,16
B	324	54,8	(51,1-58,4)	150	57	(50,5-62,4)	174	53,3	(47,6-58,8)	
C	209	26,6	(22,4-31,2)	89	24	(19,0-28,6)	120	29,2	(23,5-35,6)	
D e E	14	1,4	(0,8-2,5)	4	0,8	(0,3-2,3)	10	2,0	(0,9-4,2)	

Continua...

(Cont.) Tabela 1 - Perfil sociodemográfico, familiar e do ambiente escolar de adolescentes e jovens da IX RA do município do Rio de Janeiro (RJ), 2017.

	SEXO									p-valor
	TOTAL			Masculino			Feminino			
	(n= 694)			n= 320 (46,7%)			n= 374 (53,3%)			
	n	%	(IC 95%)	n	%	(IC 95%)	n	%	(IC 95%)	
<i>Características do contexto familiar e da história materna de gravidez na adolescência</i>										
Parentalidade										
Mãe e pai vivos	600	88,3	(85,8-90,4)	279	88	(84,0-91,6)	321	88,2	(83,8-91,6)	0,98
Apenas 1 ou nenhum	94	11,7	(9,6-14,2)	41	12	(8,4-16,0)	53	11,8	(8,4-16,2)	
Pai vivo										
Sim	621	91,0	(88,6-92,9)	285	90	(85,5-92,9)	336	92,1	(88,4-94,6)	0,38
Não sabe/não conhece	72	9,0	(7,0-11,3)	35	10	(7,1-14,5)	37	7,9	(5,3-11,6)	
Coabitacão										
Mora com pai e mãe	301	44,4	(40,9-47,9)	139	43	(37,0-50,0)	162	45,3	(38,8-51,9)	0,82
Mora apenas com mãe/apenas	229	34,8	(31,7-38,0)	105	35	(30,1-39,7)	124	34,8	(30,2-39,8)	
Mora com mãe/pai e padrasto/ madrasta	112	15,0	(12,8-17,6)	54	16	(12,3-21,3)	58	13,9	(10,8-17,8)	
Mora com outros	48	5,8	(4,2-7,8)	21	5,6	(3,9-8,0)	27	6,0	(3,9-9,1)	
Idade da mãe ao nascimento										
10 a 19 anos	100	13,5	(10,7-17,0)	47	15	(10,5-20,7)	53	12,4	(9,1-16,6)	0,61
20 a 34 anos	463	70,3	(62,4-77,1)	205	69	(58,7-77,0)	258	71,8	(63,9-78,5)	
35 ou mais	84	16,2	(10,0-25,1)	42	17	(10,4-25,3)	42	15,8	(9,1-26,1)	
<i>Características da escola</i>										
Dependência administrativa da escola										
Pública	387	36,9	(32,0-42,1)	175	35	(30,0-41,2)	212	38,2	(30,0-47,2)	0,59
Privada	307	63,1	(57,9-68,0)	145	65	(58,8-70,0)	162	61,8	(52,8-70,0)	
Turno										
Diurno	585	90,4	(88,2-92,2)	261	89,0	(84,9-92,1)	324	91,7	(88,4-94,1)	0,29
Noturno	109	9,6	(7,8-11,8)	59	11,0	(7,9-15,1)	50	8,3	(5,9-11,6)	
Fonte: As autoras, 2022									Conclusão.	

Em relação os arranjos familiares, quase 80% ainda moravam com os pais ou pelos menos um dos pais. Constatou-se que uma parcela dos participantes (13,5%) possuía história materna de gravidez na adolescência. Mais de 60% dos estudantes foram oriundos da escola privada, sendo predominantemente do turno diurno. Não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição destas características de acordo com o sexo, exceto para a prática religiosa, cujo percentual entre as meninas foi um pouco maior (Tabela 1).

Tabela 2 - Características da iniciação sexual e da trajetória de relacionamentos afetivo-sexuais e comportamentos de risco à saúde de adolescentes e jovens da IX RA do município do Rio de Janeiro										
	SEXO									
	TOTAL			Masculino			Feminino			p-valor
	(n= 694)			n= 320 (46,7%)			n= 374(53,3%)			
n	%	(IC 95%)	n	%	(IC 95%)	n	%	(IC 95%)		
<i>Características de iniciação sexual e da trajetória de relacionamentos afetivo-sexuais</i>										
Iniciação sexual na adolescência precoce										
Sim, idade<15 anos	138	18,4	(15,5-21,7)	85	25,7	(21,2-30,6)	53	12,2	(8,8-16,7)	0,00
Não teve/teve com idade >=15 anos	547	81,6	(78,3-84,4)	230	74,3	(69,3-78,8)	317	87,8	(83,3-91,2)	
Ficou ou namorou alguma vez										
Sim, idade<15	322	50,8	(45,6-56,0)	162	56,5	(47,3-65,3)	160	45,9	(41,9-49,9)	0,10
Sim, idade>=15	315	40,5	(33,6-47,7)	134	36,9	(29,2-45,4)	181	43,5	(36,4-50,9)	
Não	54	8,7	(05,7-13,2)	22	6,6	(3,6-11,7)	32	10,6	(5,8-18,6)	
Experiência sexual com pessoa do mesmo										
Sim	110	16,6	(13,7-19,9)	32	9,7	(6,2-14,6)	78	22,5	(17,0-29,2)	0,00
Não	576	83,4	(80,1-86,3)	281	90,3	(85,4-93,7)	295	77,5	(70,8-83,0)	
Vitimização de violência sexual nas										
Sim	230	40,0	(35,7-44,5)	107	43,3	(36,7-50,2)	123	37,4	(28,6-47,1)	0,41
Não	314	60,0	(55,5-64,3)	138	56,7	(49,8-63,3)	176	62,6	(52,9-71,4)	
<i>Comportamentos de risco à saúde nos últimos 3 meses</i>										
Uso de álcool										
Sim	471	71,1	(66,8-75,1)	211	68,8	(63,2-73,8)	260	73,1	(67,9-77,8)	0,16
Não	215	28,9	(24,9-33,2)	106	31,2	(26,2-36,8)	109	26,9	(22,2-32,1)	
Tabagismo										
Sim	147	22,2	(18,2-26,8)	60	20,8	(15,9-26,8)	87	23,4	(17,2-31,0)	0,57
Não	540	77,8	(73,2-81,8)	257	79,2	(73,2-84,1)	283	76,6	(69,0-82,8)	
Uso de maconha										
Sim	133	19,7	(16,4-23,5)	59	21,1	(16,1-27,0)	74	18,5	(13,4-25,1)	0,56
Não	554	80,3	(76,5-83,6)	258	78,9	(73,0-83,8)	296	81,5	(74,9-86,6)	
Fonte: (As autoras,2022)										

As características da população estudada com relação ao contexto da iniciação sexual, das trajetórias dos relacionamentos afetivo-sexuais e dos comportamentos de riscos à saúde estão dispostas na Tabela 2. Como pode ser visto na referida Tabela, 18,4% dos participantes tiveram iniciação sexual durante adolescência precoce e metade da população total do estudo iniciou sua trajetória afetiva-amorosa também nesta faixa etária, considerando as modalidades de relacionamentos “ficar” ou “namorar”.

Cerca de 17% declararam ter tido experiência sexual com pessoa do mesmo sexo e 40% deles responderam positivamente a pelo menos um dos itens que compõem a escala de vitimização sexual no namoro. Mais de 70% deles afirmaram ter consumido álcool, pouco mais de 22% o uso de tabaco e cerca de 20% o uso de maconha. A análise das prevalências de acordo com o sexo evidenciou que a iniciação sexual durante a adolescência precoce foi duas vezes maior entre os meninos em comparação com as meninas (25,7% x 12,2%) e a experiência com pessoa do mesmo sexo, mais reportada pelas meninas.

Tabela 3 - Prevalência de iniciação sexual na adolescência precoce de acordo com características demográficas, socioeconômicas, familiares e da escola de adolescentes e jovens da IX RA do município do Rio de Janeiro (RJ), 2017.

	Iniciação sexual na adolescência precoce (10-14 anos)											
	TOTAL				SEXO							
	(n= 694)				Masculino				Feminino			
	n	%	(IC 95%)	p-valor	n	%	(IC 95%)	p-valor	n	%	(IC 95%)	p-valor
Características demográficas e socioeconômicas												
Idade												
15 a 16	269	16,2	(11,5-22,4)		111	22,4	(16,2-30,0)		158	11,9	(6,5-20,8)	<i>0,90</i>
17 a 18	361	20,2	(16,1-25,0)	<i>0,29</i>	171	27,8	(20,6-36,3)	<i>0,26</i>	190	12,8	(9,6-16,9)	
19 a 24	47	24,7	(16,2-35,9)		26	35,8	(23,0-51,1)		21	10,1	(3,4-26,5)	
Raca/Cor da pele												
Branco/	324	17,1	(12,9-22,3)	<i>0,41</i>	141	24,6	(17,6 -	<i>0,71</i>	183	11,4	(6,2-20,0)	<i>0,71</i>
Preto/pardo	357	19,8	(15,9-24,3)		172	26,6	(20,6-33,7)		185	13,0	(9,3-18,0)	
Religião atual												
Sim	468	19,5	(15,8-24,0)	<i>0,25</i>	198	28,0	(22,6-34,0)	<i>0,28</i>	270	13,2	(9,4-18,3)	<i>0,15</i>
Não	214	15,9	(11,9-21,0)		116	22,2	(15,0-31,7)		98	8,8	(4,9-15,6)	
Escolaridade materna												
>4 anos	613	17,7	(14,8 -21,1)	<i>0,01</i>	285	25,2	(20,3-30,7)	<i>0,08</i>	328	11,2	(7,9-15,5)	<i>0,09</i>
<=4 anos	38	34,5	(21,6-50,2)		15	51,3	(23,3-78,5)		23	22,6	(10,3-42,5)	
Classe econômica (CCEB)												
A e B	411	18,8	(15,7-22,3)		195	26,5	(21,4-32,3)		216	11,6	(7,5-17,5)	<i>0,02</i>
C	206	18,1	(13,4-23,8)	<i>0,16</i>	88	27,8	(18,3 -	<i>0,92</i>	118	11,4	(7,9-16,3)	
D e E	13	38,0	(17,4-64,1)		3	36,6	(3,9-89,1)		10	38,3	(14,8-69,0)	

Continua...

(Cont.) Tabela 3 - Prevalência de iniciação sexual na adolescência precoce de acordo com características demográficas, socioeconômicas, familiares e da escola de adolescentes e jovens da IX RA do município do Rio de Janeiro (RJ), 2017.

Iniciação sexual na adolescência precoce (10-14 anos)												
	TOTAL				SEXO							
	(n= 694)				Masculino				Feminino			
	n	%	(IC 95%)	p-valor	n	%	(IC 95%)	p-valor	n	%	(IC 95%)	p-valor
Características do contexto familiar												
Mãe e pai vivos												
Ambos	594	17,7	(14,7-21,2)	<i>0,14</i>	277	25,8	(21,4-30,8)	<i>0,84</i>	317	10,7	(7,3-15,3)	0,02
Apenas 1 ou nenhum	91	24,0	(16,3- 33,9)		38	24,4	(13,0-41,0)		53	23,8	(13,7-37,9)	
Pai vivo												
Sim	615	17,8	(14,7-21,4)	<i>0,15</i>	283	25,6	(21,1-30,6)	<i>0,93</i>	332	11,1	(7,5-16,3)	<i>0,06</i>
Não/não sabe ou não conhece	69	25,7	(16,1-38,3)		32	26,3	(13,7-44,5)		37	25,1	(12,5-43,9)	
Coabitacão												
Mora com pai e mãe	296	15,8	(11,8-20,8)	<i>0,14</i>	137	24,4	(17,0-33,6)	<i>0,65</i>	159	8,6	(5,1-14,3)	<i>0,14</i>
Mora com outros	385	20,5	(16,5-25,1)		177	26,8	(21,3-33,3)		208	14,8	(9,5-22,4)	
Idade da mãe ao nascimento do filho												
10 a 19 anos	98	28,2	(20,9-36,9)		47	30,6	(20,4-43,1)		51	25,7	(14,9-40,7)	0,01
20 a 34 anos	459	16,6	(13,3-20,4)	<i>0,09</i>	203	23,5	(18,1-30,0)	<i>0,33</i>	256	11	(7,7-15,5)	
35 ou mais	82	20,8	(11,8-34,2)		40	38,9	(15,8-68,4)		42	6,4	(2,2-17,2)	
Características da escola												
Dependência administrativa da escola												
Pública	381	24,5	(20,8-29,0)	0,00	173	32,8	(26,2-40,2)	0,02	208	17,8	(13,9-22,5)	0,04
Privada	304	14,9	(11,2-19,5)		142	21,6	(16,0-28,6)		162	8,8	(4,5-16,6)	
Turno												
Diurno	579	17,0	(14,0-20,5)	0,00	258	23,9	(19,3-29,2)	0,03	321	11,2	(7,7-16,1)	0,03
Noturno	106	32,3	(25,4-40,1)		57	40,2	(25,8-56,6)		49	23,3	(13,3-37,5)	
Fonte: As autoras, 2022												Conclusão.

Como observado na Tabela 3, a iniciação sexual durante a adolescência precoce foi mais frequente apenas entre os estudantes cujas mães tinham menor escolaridade. Em relação às características da escola, houve maior percentual entre os estudantes da rede pública e do turno noturno. Ao se olhar especificamente para meninos e meninas, algumas diferenças chamam a atenção.

A iniciação sexual durante a adolescência precoce foi mais frequente entre as meninas da classe “D” ou “E”, entre as que tinham apenas um ou nenhum dos pais vivos e entre aquelas cujas mães eram adolescentes ao nascimento das filhas. Tais características parecem não ter relação com a idade de iniciação sexual entre os meninos.

Tabela 4 - Prevalência de iniciação sexual na adolescência precoce de acordo com características dos relacionamentos afetivo-sexuais e comportamentos de risco à saúde de adolescentes e jovens da IX RA do município do Rio de Janeiro (RJ), 2017.

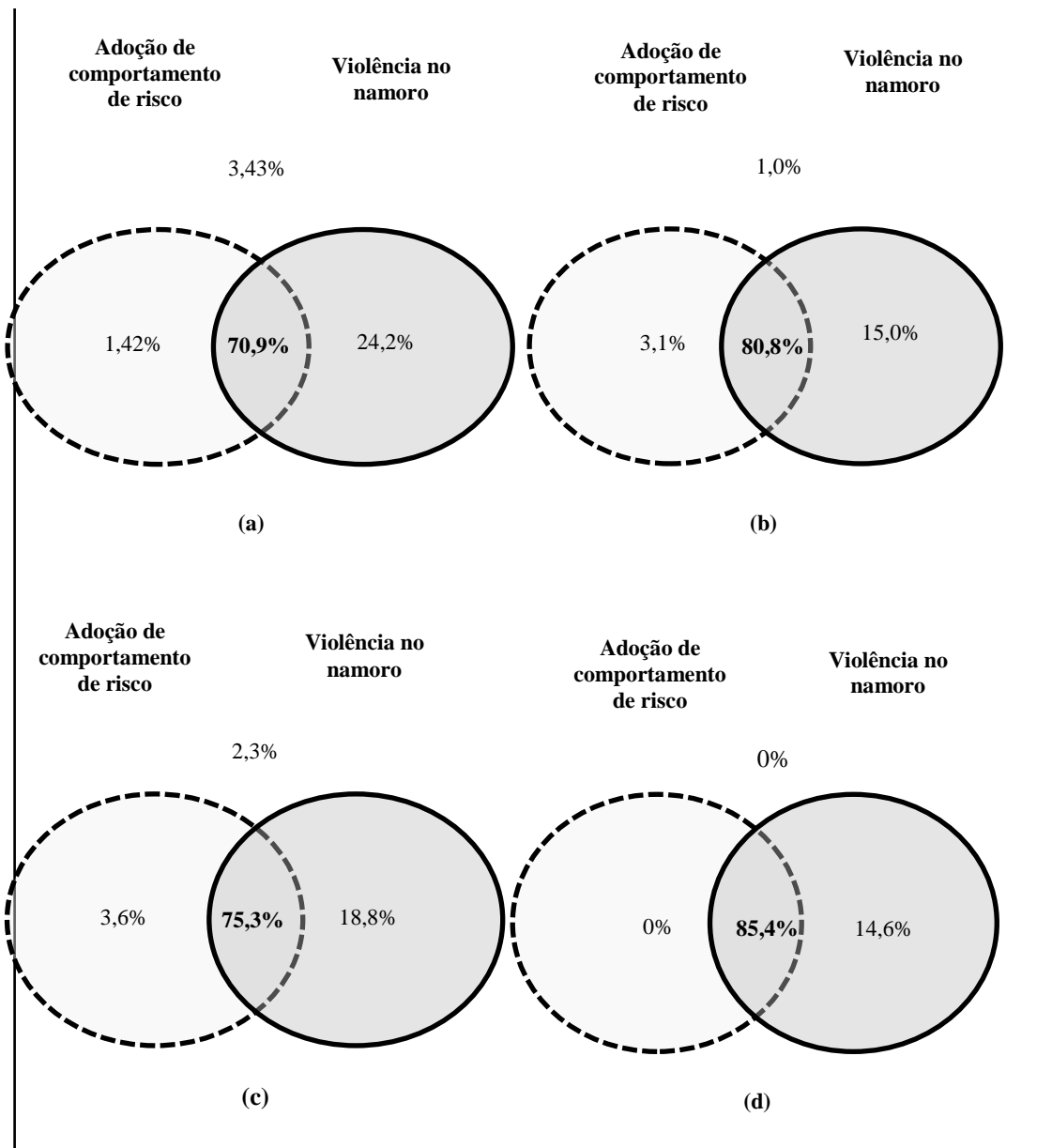
	Iniciação sexual na adolescência precoce (10-14 anos)											
	TOTAL				SEXO							
	(n= 694)				Masculino				Feminino			
	n	%	(IC 95%)	p-valor	n	%	(IC 95%)	p-valor	n	%	(IC 95%)	p-valor
<i>Relacionamentos afetivo-sexuais</i>												
Ficou ou namorou alguma vez												
Sim, idade<15	320	26,5	(21,9-31,8)		161	32	(25,8-38,7)		159	20,9	(15,0-28,3)	0,00
Sim, idade>=15	312	11,5	(8,6-15,3)	0,00	132	19	(13,3-26,5)	0,00	180	6,0	(3,6-10,0)	
Não	53	3,4	(0,8-14,1)		22	9,7	(2,8-28,6)		31	0,0	--	
Experiência sexual com pessoa do mesmo												
Sim	110	21,0	(13,8-30,7)	0,53	32	42	(24,7-60,7)	0,06	78	13,5	(7,7-22,6)	0,68
Não	573	18,0	(14,6-22,0)		281	24	(19,3-29,8)		292	11,8	(8,0-17,1)	
<i>Violência sexual nas relações afetivo-sexuais nos últimos 12 meses</i>												
Vitimização nas relações afetivo-sexuais												
Sim	229	29,3	(23,2-36,1)	0,00	107	40	(30,6-51,1)	0,00	122	18,8	(11,7-28,7)	0,09
Não	312	14,8	(11,2-19,3)		137	19	(13,9-25,7)		175	11,6	(7,7-17,2)	
<i>Comportamentos de risco à saúde nos últimos três meses</i>												
Uso de álcool												
Sim	468	21,5	(17,6-26,0)	0,00	208	32	(24,9-39,2)	0,00	260	13,4	(8,9-19,6)	0,34
Não	213	11,3	(7,9-15,8)		106	13	(9,1-18,3)		107	9,5	(5,3-16,3)	
Tabagismo												
Sim	147	28,9	(21,0-38,3)	0,00	60	37	(25,6-50,5)	0,02	87	22,4	(13,9-34,1)	0,01
Não	535	15,5	(12,4-19,2)		254	23	(18,7-27,0)		281	9,1	(5,9-13,8)	
Uso de maconha												
Sim	133	34,3	(26,8-42,6)	0,00	59	42	(30,1-54,0)	0,00	74	27,0	(18,5-37,6)	0,00
Não	549	14,6	(11,2-18,7)		255	21	(16,7-27,0)		294	8,9	(5,8-13,5)	

Fonte: As autoras, 2022

A prevalência do evento também foi analisada de acordo com características da trajetória dos relacionamentos afetivo-sexuais e comportamentos de risco à saúde (Tabela 4).

A prevalência foi maior entre aqueles que afirmaram ter ficado/namorado com menos de 15 anos; entre os que referiram vitimização de violência sexual nas relações afetivo-sexuais, nos últimos doze meses e entre aqueles que fizeram uso de substâncias como: álcool, tabaco, e maconha nos últimos três meses. Quando se focaliza apenas a população masculina, as características acima se repetem, enquanto a prevalência não se apresentou mais elevada entre aquelas que referem uso de álcool entre as meninas.

Figura 1^a - Coocorrência de adoção de comportamento de risco e violência no namoro entre meninos e meninas com e sem iniciação sexual na adolescência precoce de adolescentes e jovens da IX RA do município do Rio de Janeiro (RJ), 2017.



Nota: **(a)** meninos sem iniciação sexual na adolescência precoce; **(b)** meninos com iniciação sexual na adolescência precoce; **(c)** meninas sem iniciação sexual na adolescência precoce **(d)**; meninas com iniciação sexual na adolescência precoce.

Fonte: (As autoras, 2022).

Conforme apresentado na Figura 1a, a maior parte dos adolescentes e jovens acumulam diferentes comportamentos de risco e a vitimização sexual em suas relações afetivo-sexuais. O acúmulo de vulnerabilidades ocorre especialmente entre os meninos que referiram a iniciação sexual entre os 10 e 14 anos.

Discussão

Os resultados do estudo mostram que cerca de 1/5 dos participantes tiveram a sexarca durante a adolescência precoce, sendo a situação referida duas vezes mais por meninos do que por meninas. Tais resultados são semelhantes aos encontrados no estudo de Gonçalves et al. (2015) com 4.325 adolescentes da coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul/Brasil, que estimou que 18,6% dos adolescentes haviam tido iniciação sexual antes dos 15 anos de idade (20,9% dos meninos e 16,4% das meninas).

Entretanto, quando se analisa o diferencial meninos/meninas, percebe-se que aqui, as diferenças são de maior monta. Um perfil na mesma direção foi observado na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) do ano de 2015 Segundo os autores, o percentual de estudantes do subgrupo de 13 a 15 anos que relataram já ter tido relações sexuais alguma vez na vida foi de 27,0%, sendo 34,5% entre os meninos e 19,3% entre as meninas. Tais achados corroboram a ideia de assimetria de gênero no campo da saúde sexual e reprodutiva, na medida em que apesar da puberdade masculina ser mais tardia do que a feminina (IBGE,2016).

A iniciação sexual durante a adolescência precoce também foi mais frequente entre aqueles que pertencem aos subgrupos inseridos em contextos de maior vulnerabilidade social. Os resultados da PeNSE de 2015 (IBGE, 2016). já haviam chamado atenção a este perfil quando indicaram que 29,7% dos estudantes da rede pública haviam tido iniciação sexual antes dos 15 anos, enquanto nas escolas privadas este percentual havia sido de apenas 15,0%. Em função da natureza do nosso estudo, não foi possível investigar os motivos específicos deste grande diferencial entre escolas públicas versus privadas e entre turnos diurno vs. noturno, mas certamente, alunos de escolas públicas do turno noturno acumulam outras desvantagens sociais, tais como pertencer a famílias de menor renda, menor escolaridade, estar inserido no mercado de trabalho em funções menos especializadas.

Morar com os responsáveis também parece postergar a idade da sexarca. Na análise com dados da PeNSE (2009), observou-se que 42,1% dos estudantes que não residem nem com o pai, nem com mãe já haviam tido relação sexual alguma vez na vida, enquanto apenas 26,6% daqueles que residem já haviam tido a sexarca (Malta et al., 2011). Em nosso estudo, apesar da frequência ter sido duas vezes maior entre meninas que haviam perdido o contato ou não tinham o pai vivo, tal diferença não foi estatisticamente significativa.

A história materna de gravidez na adolescência também tem sido abordada na literatura como laço de identificação e vinculação especialmente entre mães e filhas, sugerindo uma repetição da história sexual e reprodutiva entre as gerações (Amorim et al., 2009; Gonçalves et

al., 2015; Dias e Teixeira, 2010; Dias e Aquino, 2006). O estudo de Gonçalves et al. (2015) também evidenciou que quanto mais cedo foi a experiência de gravidez da mãe, maior foi a prevalência de iniciação sexual na adolescência precoce da geração seguinte. Segundo as autoras, 42,9% das meninas cujas mães tiveram a primeira gestação até 14 anos também tiveram iniciação sexual durante a adolescência precoce, enquanto que apenas 20,9% daquelas com mães que haviam engravidado com idade de 15 a 19 se iniciaram sexualmente antes dos 15 anos.

Vale notar que esta tendência não ocorreu entre os meninos, reforçando o que Dias e Teixeira (2010) apontam sobre esta transmissão intergeracional estar presente exclusivamente entre mães e filhas. O estudo multicêntrico realizado em três cidades brasileiras (pesquisa GRAVAD), que contemplou cerca de 4.600 jovens de 18 a 24 anos, vai na mesma direção ao evidenciar a repetição da história materna de gravidez na adolescência apenas para as meninas (Dias e Aquino, 2006).

É importante destacar que as diferenças entre subgrupos em função do perfil de vulnerabilidade das famílias se manifestaram especialmente entre as meninas. São elas que quando inseridas em contexto familiar de maior vulnerabilidade social, tais como pertencer a famílias de baixa renda, com baixa escolaridade materna, com dissolução da família biparental e com histórico de gravidez na adolescência materna, iniciaram a vida sexual mais precocemente.

Os dados sobre a trajetória dos relacionamentos afetivo-sexuais dos participantes ajudam a compreender o contexto da iniciação sexual dos adolescentes e jovens (Minayo et al., 2011). Estudo sobre os fatores associados à iniciação sexual em 427 mães de 14 a 16 anos de Porto Alegre/RS/Brasil indica que a parceria casual aumentou em 28% a prevalência da iniciação sexual na adolescência precoce (Spinola et al., 2017).

Os resultados deste estudo também mostram uma maior prevalência de iniciação sexual durante a adolescência precoce entre os que reportaram vitimização sexual nas relações afetivo-sexuais nos últimos 12 meses. Desta forma, ressalta-se a importância de pautar a discussão sobre violência em relacionamentos afetivos-sexuais entre adolescentes quando se quer caracterizar o perfil de indivíduos que se iniciam sexualmente antes dos 14 anos (Woog e Kågesten, 2017). Priorizar o tema é extremamente relevante em função das evidências que apontam para um maior risco de violência nas primeiras relações afetivo-sexuais suas sérias consequências negativas à saúde e por estas experiências poderem ser fatores de risco para a vitimização em outras fases da vida (Minayo et al., 2011; Woog e Kågesten, 2017).

O uso de substâncias, tais como, tabaco, álcool e drogas ilícitas têm sido frequentemente destacado na literatura como parte do grupo de comportamentos de riscos à saúde que estão associados à redução da idade da primeira relação sexual (Hugo et al., 2011) e ao uso de drogas ilícitas e o tabagismo nos últimos três meses. Entretanto, diferente dos nossos achados, os autores não encontraram associação entre o evento e o uso de bebida alcóolica neste período. Em nosso estudo, também identificamos maior proporção de adolescentes e jovens que haviam se iniciado sexualmente na adolescência precoce entre aqueles que faziam usos destas substâncias.

Nossos resultados também indicam que boa parte dos adolescentes e jovens que tiveram sua iniciação sexual durante a adolescência precoce e faziam uso de substâncias também reportaram algum grau de violência sexual em suas relações amorosas. Se unirmos esta informação ao conhecimento de que muitos destes estudantes pertencem a famílias com baixa condição socioeconômica, com ausência da figura paterna, cuja mãe engravidou durante a adolescência e já estão inseridos no mercado de trabalho em posições pouco especializadas, e por isto estudam no turno noturno, vemos que estes adolescentes acumulam muitas condições que ratificam sua vulnerabilidade social (Lara e Abdo, 2015; O’Keefe, 1997).

A concomitância e acúmulo de vulnerabilidades é reportada por diversos autores. As relações entre o mau uso de álcool e drogas e a violência no namoro, por exemplo, também são indicadas por O’Keefe (1997), e por Shorey et al. (2011). O estudo de Audi et al. (2008) vai na mesma direção ao indicar que a primeira gestação antes dos 16 anos, tabagismo, e uso de álcool e drogas ilícitas pelo parceiro estavam associados à vitimização de violência física/sexual, perpetrada pelos parceiros íntimos em gestantes que faziam pré-natal em serviço de saúde de Campinas (SP)/Brasil.

Estudo longitudinal realizado em escolas dos Estados Unidos da América (EUA) envolvendo 1.199 estudantes com problemas de conduta na infância e/ou adversidades familiares, ao considerar três indicadores de comportamentos de riscos, quais sejam, iniciação sexual ocorrida dos 13 a 14 anos; uso de tabaco; o uso de álcool; e uso de drogas, também sugere que tais comportamentos caminham juntos e são importantes fatores de alto risco para outros desfechos desfavoráveis ao universo dos adolescentes e jovens, como gravidez na adolescência e infecções sexualmente transmissíveis (Conduct Problems Prevention Research Group, 2014).

Os resultados do estudo devem ser interpretados à luz de suas limitações e pontos fortes. Dentre as primeiras, destaca-se que a definição dos casos de iniciação sexual na adolescência precoce foi baseada apenas na resposta à pergunta direta sobre ter tido “relações sexuais”. É

possível que os participantes tenham diferentes interpretações do que seja “relação sexual” a depender de seu posicionamento social, moral, religioso ou cultural. Neste sentido, os casos que envolvem outras formas de expressão sexual sem penetração, como sexo oral, por exemplo, podem não terem sido considerados.

A falta de informações sobre identidade de gênero, idade da menarca e outras variáveis da história reprodutiva, como número de parceiros e uso de métodos contraceptivos, também é uma limitação, já que complementariam as informações sobre os comportamentos de risco. Sugerimos que essas variáveis sejam contempladas em estudos futuros sobre o tema.

Apesar dessas limitações, este estudo traz vários pontos fortes. O primeiro deles é ter tido um tamanho amostral suficiente para permitir estimativas com bom grau de precisão e o estudo em subgrupos. A alta representatividade da amostra de estudo com relação ao conjunto de adolescentes e jovens que cursam o ensino médio no Rio de Janeiro, pois contempla estudantes de escolas públicas e privadas de uma região bastante diversificada do município, selecionados através de uma amostragem probabilística, também é um ponto positivo.

A utilização de instrumentos consolidados e de autopreenchimento para a identificação das situações de violência no namoro, e uso de álcool e drogas também deve ter aumentado a acurácia das estimativas. A grande abrangência de características estudadas para construir o perfil dos participantes que se iniciaram sexualmente com até quatorze anos, considerando não apenas os comportamentos de risco a saúde, habitualmente estudados com esta finalidade, mas também, aspectos socioeconômicos, culturais, familiares, escolares, além dos relativos aos relacionamentos afetivo-sexuais, possibilitando uma visão panorâmica dos fatores relacionados ao evento estudado, também é um ponto positivo da pesquisa.

Considerações Finais

Os resultados deste estudo confirmam o que já vem sendo apontado pela literatura no sentido de que certos subgrupos populacionais iniciam a vida sexual mais cedo do que outros e reforçam o debate sobre algumas peculiaridades da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes mais jovens.

É importante destacar que a iniciação sexual durante a adolescência precoce parece não ser, por si só, uma situação-problema, quando se considera a relevância da aprendizagem da sexualidade e da construção dos relacionamentos afetivo-sexuais entre adolescentes e jovens.

No entanto, as diferenças observadas entre os subgrupos sugerem que a aquisição de informações, ganho de maturidade e autonomia neste campo nem sempre é equitativa. A maior

frequência de iniciação sexual em idades precoces entre meninos, entre os estudantes de famílias com menor nível socioeconômico, entre os que vivenciam violências nos relacionamentos afetivo-sexuais e entre os que assumem comportamentos de risco à saúde evidencia que este grupo é mais vulnerável às adversidades. Este acúmulo de situações de risco implica em que as ações que visem ao pleno desenvolvimento de adolescentes e jovens sejam multitemáticas, intersetoriais e considerem as especificidades de cada público-alvo. Nesta direção, ressalta-se o papel da escola como espaço privilegiado de socialização, aquisição de conhecimentos sobre sexualidade e de desconstrução de uma rigidez dos papéis sociais de gênero nas relações afetivo-sexuais. Em paralelo, reforça-se a importância de que ações no âmbito da escola dialoguem com outras políticas sociais e com a legislação, reforçando o protagonismo dos adolescentes e jovens para que estes decidam de forma consciente o momento de exercer sua vida sexual e reprodutiva com autonomia e segurança.

REFERÊNCIAS

- Amorim MMR, Lima LA, Lopes CV, Araújo DKL, Silva JGG, César LC, Melo ASO. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controle. *Rev. Bras Ginecol Obstet* 2009;31(8):404-410.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Abep). Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil; 2017.
- Brasil. Lei n. 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. *Diário Oficial da União* 2009; 10 Out.
- Brasil. Lei nº 13.798 de 03 de Janeiro de 2019. Acrescenta art. 8º-A à Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para instituir a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência. *Diário Oficial da União* 2019; 04 Jan.
- Brasil. Ministério da Saúde. Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*; Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
- Brasil. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais. Brasília: MEC/SEF;1997.
- Cabral CS, Brandão ER. Gravidez na adolescência, iniciação sexual e gênero: perspectivas em disputa. *Cad Saude Publica* 2020;36(8):e00029420.

- Castro MG, Abramovay M, Silva LB. Juventude e sexualidade. Brasília: UNESCO Brasil; 2004.
- Conduct Problems Prevention Research Group. Trajectories of Risk for Early Sexual Activity and Early Substance Use in the Fast Track Prevention Program. *Prev Sci* 2014;15:33-46.
- Costa SF, Taquette SR, Moraes CL, Luciana MBMS, Moura MP. Contradições acerca da violência sexual na percepção de adolescentes e sua desconexão da lei que tipifica o “estupro de vulnerável”. *Cad Saude Publica* 2020;36(11):e00218019.
- Dias AB, Aquino EML. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. *Cad Saude Publica* 2006;22(7);1447-1458.
- Dias ACG, Teixeira MAP. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paideia (Ribeirão Preto)*2010;20(45),123-131.
- Finer LB, Philbin JM. Trends in ages at key reproductive transitions in the United States, 1951-2010. *Womens Health Issues* 2014; 24:e271-9.
- Foucault M. História da sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
- UNFPA Brasil. Fundo de População das Nações Unidas Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento [Conferência do Cairo]; 2007.
- Gonçalves H, Machado EC, Soares ALG, Camargo-Figuera FA, Seerig LM, Mesenburg MA, Guttier MC, Barcelos RS, Buffarini R, Assunção MCF, Hallal PC, Menezes AMB. Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2015;18(1):499-506
- Hugo TD, Maier OVT, Jansen K, Rodrigues CEG, Cruzeiro ALS, Ores LC, Pinheiro RT, Silva R, Souza LDM. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional, *Cad Saude Publica* 2011;27(11):2207-2214.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
- Instituto Pereira Passos (IPP) [internet]. (2020). [cited 2021 Oct]. Available from: <https://www.data.rio/>.
- Kaufman CE, Rumbaugh WN, Keane E, Desserich JA, Giago C, Sam A, Mitchell CM. Effectiveness of circle of life, an HIV- preventive intervention for American Indian middle school youths: A group randomized trial in a Northern Plains tribe. *Am J Public Health* 2014;104:e106e12.
- Lara LAS, Abdo CHN. Aspectos da atividade sexual precoce. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2015;37(5):199-202.
- Malta DC, Silva MAI, Mello FCM, Monteiro RA, Porto DL, Sardinha LMV, Freitas PC. Saúde sexual dos adolescentes segundo a pesquisa nacional de saúde dos escolares. *Rev Bras Epidemiol* 2011;14(Suppl.1):147-56.
- Markham CM, Rushing SC, Jessen C, Lane TL, Gorman G, Gaston A, Revels TK, Torres J, Williamson J, Baumler ER, Addy RC, Peskin MF, Shegog R. Factors Associated With Early Sexual Experience Among American Indian and Alaska Native Youth. *J Adolesc Health* 2015;57(3):334-41.
- Minayo MCS, Assis SG, Njaine K, organizadores. Amor e violência: um paradoxo das relações de namoro e do ‘ficar’ entre jovens brasileiros. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011.
- Nardi HC, Quartiero E. Educando para a diversidade: desafiando a moral sexual e construindo estratégias de combate à discriminação no cotidiano escolar. *Sex Salud Soc (Rio J)*2012; (11):59-87.

- National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC). Gillick competency and Frazer guidelines [internet]. [cited 2021 Oct]. Available from: <https://learning.nspcc.org.uk/child-protection-system/gillick-competence-fraser-guidelines>.
- O'Keefe M. Predictors of dating violence among high school students. *Journal of Interpersonal Violence* 1997;12:546-568.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). INSPIRE: sete estratégias para pôr fim à violência contra crianças. Núcleo de Estudos da Violência; 2018.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Questionário para Triagem do Uso de Álcool, tabaco e Outras Substâncias. ASSIST. [cited 2021 Oct]. Available from: <https://www.who.int>.
- Pan American Health Organization (PAHO)/Organização Mundial da Saúde (OMS). Plano de ação para a saúde da mulher, da criança e do adolescente 2018–2030. 56o Conselho Diretor 70a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas Washington; 2018.
- Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. ANEXO TÉCNICO I: INFORMAÇÕES SOBRE TODAS AS ÁREAS DE PLANEJAMENTO COORDENAÇÃO OPERACIONAL DE ATENDIMENTO EM EMERGÊNCIAS (EMERGÊNCIA PRESENTE), 2006. [internet]. [cited 2021 Oct]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1529762/DLFE-220205.pdf/1.0>
- Shorey RC, Stuart GL, Cornelius T L. Dating violence and substance use in college students: A review of the literature. *Aggress Violent Behav* 2011; 16(6); 541-550.
- Silva ASN, Silva BL Costa N, Silva JAF, Silva MCF, Guerreiro JF, Sousa ASCA. Início da vida sexual em adolescentes escolares: um estudo transversal sobre comportamento sexual de risco em Abaetetuba, Estado do Pará, Brasil. *Rev Panamazonica Saude* 2015;6(3):27-34.
- Silva KS, Rozenberg R, Bonan C, Chuva VCC, Costa SF, Gomes MASM. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do sistema de nascidos vivos. *Cien Saude Colet* 2011; 16:2485-93.
- Spinola MCR, Béria JU, Schermann LB. Fatores associados à iniciação sexual em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre/RS, Brasil. *Cien Saude Colet* 2017; 22(11): 3755-3762.
- StataCorp. Stata Statistical Software [computer program]. Release 13. College Station, TX: StataCorp LP; 2013.
- Wolfe DA, Scott K, Reitzel-Jaffe D, Wekerle C, Grasley C, Straatman AL. Development and validation of the Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory. *Psychol Assess* 2001;13(2):277–293.
- Woog V, Kågesten A. The Sexual and Reproductive Health Needs of Very Young Adolescents Aged 10–14 in Developing Countries: What Does the Evidence Show? New York: Guttmacher Institute; 2017.
- World Health Organization (WHO). The Sexual and Reproductive Health of Younger Adolescents: Research Issues in Developing Countries. Geneva: WHO; 2011.
- World Health Organization (WHO). The changing world of adolescent sexual and reproductive health and rights. Departmental news Reading; 2020.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo abordou o tema saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens e sua interface com a legislação de proteção específica. Focou-se no segmento de 10 a 14 anos no intuito de preencher algumas lacunas evidenciadas na literatura que, em geral, inclui adolescentes de 10 e 19 anos de idade, desconsiderando que o subgrupo denominado adolescência precoce requer uma abordagem diferenciada.

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que os adolescentes mais novos, além de mais expostos a eventos adversos e mais vulneráveis à violação dos seus direitos fundamentais, como já anunciados na literatura científica, também são acometidos às adversidades, de forma desigual, em função de características, em nível individual e comunitário, sendo esta situação mais um exemplo das desigualdades em saúde.

Uma possível assimetria de violações de direitos sexuais e reprodutivos para este público é sugerida quando se observa a diferença de prevalência por subgrupos com maior frequência de iniciação sexual entre aqueles do sexo masculino – demonstrando a influência de gênero – e também em subgrupos mais vulneráveis, como: os que possuem famílias com menor nível socioeconômico, os que foram vítimas de violências em relacionamentos afetivo-sexuais e entre os que assumem comportamentos de risco à saúde.

Este estudo traz limitações como: a falta de informações sobre identidade de gênero, a idade da menarca e a falta de outras variáveis da história reprodutiva, como número de parceiros e uso de métodos contraceptivos, já que estas complementariam as informações sobre os comportamentos de risco. Sugerimos que essas variáveis sejam contempladas em investigações futuras sobre o tema.

Apesar dessas limitações, este estudo traz vários pontos fortes. O primeiro a ser assinalado é ter incorporado os métodos quantitativo e qualitativo, que se complementam, como opção metodológica. Esta escolha possibilitou uma visualização mais ampliada e compreensiva do fenômeno, na medida em que os dados oriundos das duas etapas dialogaram entre si. Os relatos demonstraram que a iniciação sexual na visão das meninas está relacionada a uma visão romântica, ao se sentirem seguras e terem confiança no parceiro, ao passo que, para os rapazes, está associada à oportunidade e aceitação social, livre de outros fatores – o que remete aos modos de aprendizados da sexualidade socialmente construídos os quais reforçam a liberdade masculina e mecanismos de imposição de normas proibitivas à atividade sexual feminina. Estes

fatos são aprendidos e repassados entre as pessoas e sofrem influências das regras de moralidade impostas e internalizadas.

Além disso, o desconhecimento da lei em questão e a desconexão com o contexto em que vivem foram compatíveis com os dados significativos das variáveis relacionadas ao maior contexto de vulnerabilidade social apontada pela etapa quantitativa.

Outro ponto positivo foi o tamanho amostral suficiente para permitir estimativas com bom grau de precisão e o estudo em subgrupos. Tivemos uma alta representatividade da amostra de estudo em relação ao conjunto de adolescentes e jovens que cursam o ensino médio no Rio de Janeiro, pois contempla estudantes de escolas públicas e privadas de uma região bastante diversificada do município, selecionados através de uma amostragem probabilística. No entanto, para expandir o alcance de seus resultados, recomendamos complementá-lo com o olhar e a experiência de profissionais que lidam com adolescentes e com dados de abrangência nacional.

A utilização de instrumentos consolidados e de autopreenchimento para a identificação das situações de violência no namoro e uso de álcool e drogas na etapa quantitativa também contribuiu para o aumento da acurácia das estimativas. A grande abrangência de características estudadas para construir o perfil dos participantes que se iniciaram sexualmente com até quatorze anos, considerando não apenas os comportamentos de risco à saúde, habitualmente estudados com esta finalidade, mas também aspectos que contemplam diversos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) também são um ponto positivo da Tese, pois possibilitaram uma visão panorâmica dos fatores relacionados ao evento estudado.

A utilização da estratégia de 13 grupos focais com adolescentes de ambos os sexos, (aplicado na etapa qualitativa) também é um ponto forte neste estudo, pois esta abordagem possibilitou uma riqueza de discussão importante para compreender o fenômeno sob a visão dos próprios adolescentes a respeito dos seus próprios direitos. Espera-se que este estudo tenha contribuído para o avanço do conhecimento da área e possa inspirar novos pesquisadores a se debruçarem sobre o tema. Ademais, os resultados e as discussões apresentados na Tese podem trazer subsídios para a construção de intervenções voltadas a este público que sejam mais efetivas no sentido da garantia de seus direitos reprodutivos. Nesta perspectiva, ressalta-se: as diferenças de gênero sugerem a necessidade de inclusão de adolescentes homens nas abordagens sobre saúde sexual e reprodutiva que possam provocar reflexão sobre a forma como homens e mulheres diferem nas questões relacionados à masculinidade, virilidade, desigualdade e violência de gênero.

As diferenças encontradas entre as dependências administrativas da escola e do turno das aulas, com maior prevalência de iniciação sexual na adolescência precoce entre os estudantes da rede pública do turno noturno, sugerem que as propostas de intervenção sejam planejadas de modo a considerar os pontos críticos e o público-alvo no setor da educação.

Por fim, o estudo traz resultados que ajudam a fundamentar a discussão sobre a aplicação de leis e políticas de saúde sexual e reprodutiva na atualidade. Os dados deste estudo contradizem os modelos de propostas de intervenção que estão sendo aplicadas no contexto político atual para a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes desta faixa-etária. A intervenção feita através da aplicação de leis ou de qualquer forma de promoção da saúde sexual e combate à violência sexual na adolescência precoce deve ter um olhar multidimensional, que contemple além do âmbito individual, a presença dos macrodeterminantes sociais. Caso contrário, corre-se o risco de desfocar o principal ponto da discussão.

Neste sentido, torna-se necessário que o planejamento de ações contemplem o exercício responsável da sexualidade na adolescência e considere, paralelamente, o enfrentamento da desigualdade de gênero; o fortalecimento da educação sexual nas escolas; o incentivo à autonomia pessoal e à capacidade dos adolescentes refletirem sobre suas escolhas afetivas e/ou sexuais; e promova medidas de proteção à saúde, reduzindo o tabagismo/álcool/drogas, na perspectiva da intersetorialidade, de modo a contemplar todos os níveis dos Determinantes Sociais de Saúde.

REFERÊNCIAS

- Adesse L, Castro P, Mota A. Orientações para a saúde integral à saúde de adolescentes de ambos os sexos, vítima de violência sexual na atenção básica. Rio de Janeiro: Ipas Brasil; 2010.
- Amorim MMR, Lima LA, Lopes CV, Araújo DKL, Silva JGG, César LC, et al. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controle. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(8):404-10.
- Arantes EMM. Proteção integral à criança e ao adolescente: proteção versus autonomia? *Psicol Clin.* 2009; 21(2):431-50.
- Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Oliveira BRG, Silveira VC. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev bras enferm.* 2014;67(6):1000-7.
- Assis SG, Avanci JQ, Pesce RN, Ximenes LF. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(2):349-61.
- Bearzoti P. Sexualidade: um conceito psicanalítico freudiano. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 1994; 52(1):113-7.
- Becker APS, Crepaldi MA. O apego desenvolvido na infância e o relacionamento conjugal e parental: Uma revisão da literatura. *Estud Pesqui Psicol.* 2019;19(1):238-60.
- Bertol CE, Souza M. Transgressões e adolescência: individualismo, autonomia e representações identitárias. *Psicol cienc prof.* 2010; 30(4):824-39.
- Beserra MA, Leitão MNC, Fabião JASAO, Dixe MACR, Veríssimo CMF, Ferriani MGC. Prevalência e características da violência no namoro entre adolescentes escolares de Portugal. *Esc Anna Nery* 2016;20(1):183-91.
- Borges AL, Fujimori E, Kuschnir MC, Chofakian CB, Moraes AJ, Azevedo GD, et al. ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros. *Rev Saúde Pública.* 2016;50(Suppl 1):1s-11.
- Bowlby J. Apego e perda: Apego - A natureza do vínculo. São Paulo: Martins Fontes; 1969. v. 1.
- Brasil. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes: Faça bonito. Brasília(DF); 2013a. [acesso em 2022 mar 22]. Disponível em: <https://www.facabonito.org/plano-nacional>.
- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília(DF): Senado Federal; 1988.

Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília(DF); 1990 [acesso em 2022 maio 16]. Disponível: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13-julho-1990-372211-publicacaooriginal-1-pl.html>.

Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União. 2002 jan 11; 1:1.

Brasil. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Diário Oficial da União. 2009 ago 07; 1:1.

Brasil. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Diário Oficial da União. 2013b ago 02; 148(1):1.

Brasil. Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. Diário Oficial da União. 2013c ago 06; 150(1):1.

Brasil. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Diário Oficial da União. 2017 abr 05. 66(1):1.

Brasil. Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo; e revoga dispositivo do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais). Diário Oficial da União. 2018a set 25; 2.

Brasil. Lei nº 13.798 de 3 de janeiro de 2019. Acrescenta art. 8º-A à Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para instituir a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência. Diário Oficial da União. 2019a jan 04; 3(1):3.

Brasil. Lei nº 13.811, de 12 de março de 2019. Confere nova redação ao art. 1.520 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), para suprimir as exceções legais permissivas do casamento infantil. Diário Oficial da União. 2019b mar 13; 49(1):1.

Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais. Brasília(DF): Ministério da Educação; 1997.126 p. [acesso em 2022 mar 10]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br>

Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2005. 80p.

Brasil. Ministério da Saúde. Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2018b. 426 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2011a.

Brasil. Ministério da Saúde. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Prevenção Primária do Risco Sexual Precoce e Gravidez na Adolescência. Brasília(DF); 2022 [acesso em 2022 maio 16]. Disponível em: <https://www.gov.br/prevencao-a-gravidez-precoce>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília(DF); 2011b [acesso em 2022 fev 19]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [acesso 2022 em maio 18]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS [acesso em 2021 jul 20]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2282_28_08_2020.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica.2. ed. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2018c

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2013d.

Brasil. Programa de Saúde nas Escolas. Material de apoio para ações de PSE. Brasília(DF); 2013e [acesso em 2022 mar 10]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/material_apoio_pse.pdf.

Cabral CS, Brandão ER. Gravidez na adolescência, iniciação sexual e gênero: perspectivas em disputa. *Cad Saúde Pública*. 2020; 36(8):e00029420. Doi: 10.1590/0102-311X00029420

Castro MG, Abramovay MS, Bernadete L. *Juventudes e sexualidade*. Brasília(DF): UNESCO Brasil; 2004. 428 p.

Convenção sobre os Direitos da Criança. Adotada pela Resolução nº L. 44 (XLIV) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 20 de novembro de 1989 e ratificada pelo Brasil em 20 de setembro de 1990. [acesso em jan 2022].

Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/dca/convdir.htm> (saude.gov.br).

Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde. *As causas sociais das iniquidades em saúde Brasil. Relatório Final*. 2008. [acesso em 2022 fev 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf2008.

Conduct Problems Prevention Research Group. Trajectories of Risk for Early Sexual Activity and Early Substance Use in the Fast Track Prevention Program. *Prev Sci*. 2014; 15(Suppl. 1):33-46.

Costa SF, Taquette SR, Moraes CL, Luciana MBMS, Moura MP. Contradições acerca da violência sexual na percepção de adolescentes e sua desconexão da lei que tipifica o “estupro de vulnerável”. *Cad Saude Publica*. 2020;36(11):e00218019. Doi:10.1590/0102-311X00218019

Costa SF, Moraes CL, Taquette SR, Marques ES. Vulnerabilidades sociais e iniciação sexual entre 10 e 14 anos em estudantes do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(7) [acesso em 2022 jul 20]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.20892021>

Costa MIF, Viana TRF, Pinheiro PNC, Cardoso MVLML, Barbosa LP, Luna IT. Determinantes sociais de saúde e vulnerabilidades às infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes *Rev Bras Enferm*. 2019;72(6). Doi: 10.1590/0034-7167-2018-0726

Coutinho RZ, Miranda-Ribeiro P. Religião, religiosidade e iniciação sexual na adolescência e juventude: lições de uma revisão bibliográfica sistemática de mais de meio século de pesquisas. *R bras Est Pop*. 2014;31(2):333-65.

Cunha ALA, Leite Madeiro AJ, Almeida IS. Atuação do pediatra nos primeiros mil dias da criança: a busca pela nutrição e desenvolvimento saudáveis. *J Pediatr*. 2015;91(6 Suppl 1):S44-51.

Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(Supl):1163-78.

Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and Strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.

Dias AB, Aquino EM. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. *Cad Saude Pública*. 2006;22(7):1447-58.

Dias ACG, Teixeira MAP. Gravidez na Adolescência: Um olhar sobre um Fenômeno Complexo. *Paideia* 2010;20(45):123-131 [acesso em 2022 mar 29]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n45/a15v20n45.pdf>.

d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(2):299-311 [acesso em 2022 jul 07]. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000200011&lng=es.

Drezett J, Junqueira L, Tardelli R, Antonio PA, Macedo JH, Vertamatti MAF, et al. Influência do exame médico-legal na responsabilização do autor da violência sexual contra adolescentes. *J Hum Growth Dev*. 2011;21(2):189-97.

Erikson EH. *Identidade, Juventude e crise*. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Guanabara; 1987.

Faus DP. *Violência familiar na infância: fator de risco para envolvimento em violência juvenil?* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2017 [acesso em 2022 mar 12]. Disponível em: <https://www.bdt.uerj.br/>.

Ferrari W, Peres S, Nascimento M. Experimentação e aprendizagem na trajetória afetiva e sexual de jovens de uma favela do Rio de Janeiro, Brasil, com experiência de aborto clandestino. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(9):2937-50.

Fonseca FF, Santos RKR, Dias OV, Costa SM. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. *Rev Paul Pediatr*. 2013;31(2):258-64.

Foucault M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal; 1985.

Foucault M. *História da sexualidade 1: a vontade de saber*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1988.

Freitas CMSM, Lima RBT, Costa AS, Filho A. O padrão de beleza corporal sobre o corpo feminino mediante o IMC. *Rev bras Educ Fís Esporte*. 2010;24(3):389-404.

Freud S. [1856-1939. *Obras completas, volume 6: três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria ("O caso Dora") e outros textos (1901-1905)*]. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras; 2016.

Froner PJ, Ramires VRR. A escuta de crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar na concepção de profissionais que atuam no âmbito do Judiciário. *Psicol rev*. 2009;15(3):60-81.

Garbin CAS, Dias IA, Saliba TA, Garbin JÍ. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(6):1879-90.

Gonçalves H, Machado EC, Soares ALG, Camargo-Figuera FA, Seerig LM, Mesenburg MA, et al. Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(1):499-506.

Gubert D, Madureira VSF. Iniciação sexual de homens adolescentes. *Ciênc saúde coletiva*. 2008;13(Suppl.2):2247-56.

Heilborn ML. Por uma agenda positiva dos direitos sexuais da adolescência. *Psicol Clin*. 2012; 24(1):57-68.

Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros Rio de Janeiro: Garamond; Editora FIOCRUZ; 2006.

Hockenberry MJ, Wilson D. Wong. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014.

Hugo TDO, Jansen K, Maier VT, Rodrigues CEG, Ores LC, Pinheiro RT, et al. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2011;27(11):2207-14.

IBGE. Censo 2010. Sinopse do censo demográfico 2010 Brasil. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Brasil. 2010 [acesso em 2022 mar 10] Disponível em: https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12#topo_piramide.

IBGE. Matérias especiais. A saúde dos adolescentes [reportagem]; 2019 [acesso em 2022 mar 10]. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br>. 2019.

IBGE. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). 2019 [acesso em 2022 mar 19]. Disponível em: <https://censos.ibge.gov.br/>.

IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015/IBGE. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. 132 p.

IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2019. Divulgação de resultados, 2021 [acesso em 2022 mar 19]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br>.

Instituto Pereira Passos. Rio em síntese. 2020 [acesso em 2020 jun 03]. Disponível em: [RIOemSINTESE_2019_portugues.pdf \(data.rio\)](#).

Jager ME, Batista FA, Perrone CM, Santos SS, Dias ACG. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD. *Psicol Est*. 2014;19(2):211-21.

Kastbom ÅA, Sydsjö G, Bladh m, Priebe G, Svedin CG. Sexual debut before the age of 14 leads to poorer psychosocial health and risky behaviour in later life. *Acta Paediatr*. 2015;104(1):91-100.

Kerntopf MR, Lacerda JFE, Fonseca NH, Nascimento EP, Lemos ICS, Fernandes GP, et al. Sexualidade na adolescência: uma revisão crítica da literatura. *Rev Adolesc Saúde*. 2016;13(supl.2):106-13.

Krug EG Dahlberg LL, Mercy JA, editores. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.

Lara LAS, Abdo CHN. Age at time of initial sexual intercourse and health of adolescent girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;29(05):417–23.

Lara LAS, Abdo CHN. Aspecto da Atividade sexual precoce. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015;37(5):199-202.

Leite V. A sexualidade adolescente a partir de percepções de formuladores de políticas públicas: refletindo o ideário dos adolescentes sujeitos de direitos. *Psicol Clin*. 2012;24(1):89-103.

Lopez SB, Moreira MCN. Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade. *Ciênc saúde coletiva*. 2013;18(3):743-52.

Lowenkron L. Menina ou moça?: Menoridade e consentimento sexual. *Desidades*. 2016; 10:9-18.

Malta DC, Silva MAI, Mello FCM, Monteiro RA, Porto DL, Sardinha LMV, et al. Saúde sexual dos adolescentes segundo a pesquisa nacional de saúde dos escolares. *Rev Bras Epidemiol* 2011;14(Suppl.1):147-56.

Maranhão TA, Gomes KRO, Delvianne DC, Moita Neto JM. Repercussão da iniciação sexual na vida sexual e reprodutiva de jovens de capital do Nordeste brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(12):4083-94.

Marchioribus P, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis*. 2007;17(1):77-93.

Medeiros NM, Carvalho DF. Inovações freudianas no campo de estudos sobre a sexualidade perversa. *Trivium*. 2018;10(1):74-86.

Min MO, Minnes S, Lang A, Yoon S, Singer LT. Effects of prenatal cocaine exposure on early sexual behavior: gender difference in externalizing behavior as a mediator. *Drug Alcohol Depend*. 2015;53:59-65.

Minayo MCS, Assis SG, Njaine K, organizadores. Amor e violência: um paradoxo das relações de namoro e do ‘ficar’ entre jovens brasileiros. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011.

Minayo, MCS, Guerriero, ICZ. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014;19(4):1103-12.

Moraes SP, Vitalle MSS. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. *Rev Assoc Med Bras*. 2012; 58(1):48-52.

Moraes CL, Cabral SC, Heilborn ML. Magnitude e caracterização de situações de coerção sexual vivenciadas por jovens de três grandes capitais brasileiras: Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador. *Cad Saúde Pública*. 2006;2(7):1493-504.

Moreira L. Desenvolvimento e crescimento humano: da concepção à puberdade. In: Algumas abordagens da educação sexual na deficiência intelectual. 3ª ed. Salvador: EDUFBA; 2011.

[Nações Unidas]. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. In: [Nações Unidas]. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. [Brasília (DF): Ministério da Cidadania; 2016]. p. 19-42. Traduzido pelo Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil (UNIC Rio) e revisado pela Coordenadoria-Geral de Desenvolvimento Sustentável (CGDES) do Ministério das Relações Exteriores do Brasil [acesso em 2022 mar 20]. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Brasil_Amigo_Pesso_Idosa/Agenda2030.pdf.

Nardi HC, Quartiero E. Educando para a diversidade: desafiando a moral sexual e construindo estratégias de combate à discriminação no cotidiano escolar. *Sex Salud Soc.* 2012;(11):59-87.

Neves DM. Sexualidade: Saber e Individualidade. *Rev Estud Fem.* 2019;27(2):e54146. Doi: 10.1590/1806-9584-2019v27n254146

Nunes CA. Desvendando a sexualidade. Campinas: Papirus; 1987.

Oliveira GG, Reis LPC, Loreto MDS, Barreto MLM. Estupro de vulneráveis: uma reflexão sobre a efetividade da norma penal à luz da presunção de vulnerabilidade. *Jus Navigandi.* 2014; 19(4115).

Oliveira MM, Campos MO, Andreazzi MAR, Malta DC. Características da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE. *Epidemiol Serv Saúde.* 2017;26(3):605-16.

Oliveira QBM, Assis SG, Njaine K, Oliveira RVC. Violências nas relações afetivo-sexuais. In: Minayo, MCS, Assis, SG, Njaine K, organizadores. Amor e violência: um paradoxo das relações de namoro e do 'ficar' entre jovens brasileiros. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011. p. 87-139.

Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade. Uma abordagem baseada em evidências para escolas, professores e educadores em saúde. Brasília(DF); jul. 2010.

Organização Mundial da Saúde. INSPIRE: sete estratégias para pôr fim à violência contra crianças. Núcleo de Estudos da Violência. Genebra; 2018.

Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Saúde e sexualidade de adolescentes. Construindo equidade no SUS. Brasília(DF): OPAS, MS; 2017.

Pereira MG, Ferreira G, Paredes AC. Apego aos pais, relações românticas, estilo de vida, saúde física e mental em universitários. *Psic Refl Crít.* 2013;26(4):762-71.

Perez JRR, Passone EF. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. *Cad Pesqui.* 2010;40(140):649-73.

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Anexo Técnico I: Informações sobre todas as Áreas de Planejamento Coordenação Operacional de Atendimento em Emergências (Emergência Presente). [acesso em 2022 jul 21]. Disponível em: <https://http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1529762/dlfe-220205.pdf/1.0>

Ribeiro FML, Avanci JQ, Carvalho L, Gomes R, Pires RO. Entre o 'ficar' e o namorar: relações afetivo-sexuais. In: Minayo MCS, Assis SG, Njaine K, organizadores. Amor e violência: um paradoxo das relações de namoro e do 'ficar' entre jovens brasileiros. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. p. 55-86.

Salles ACTC, Ceccarelli PR. A invenção da sexualidade. *Reverso*. 2010;32(60):15-24.

Sanchez ZM, Nappo SA, Cruz JI, Carlini EA, Carlini CM, Martins SS. Sexual behavior among high school students in Brazil: alcohol consumption and legal and illegal drug use associated with unprotected sex. *Clinics*. 2013;68(4):489-94.

Senem CJ, Caramaschi S. Concepção de sexo e sexualidade no ocidente: origem, história e atualidade. *Barbarói*. 2017;49:166189. Doi: <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i49.6420>

Senna SRCM, Dessen MA. Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. *Psic. Saúde Doenças*. 2015;6(2):217-29.

Shomaker LB, Furman W. Parent-Adolescent relationship qualities, internal working models, and attachment styles as predictors of adolescents' interactions with friends. *J Soc Pers Relatsh*. 2009;26(5):579-603.

Silva ASN, Silva BL Costa N, Silva JAF, Silva MCF, Guerreiro JF, et al. Início da vida sexual em adolescentes escolares: um estudo transversal sobre comportamento sexual de risco em Abaetetuba, Estado do Pará, Brasil. *Rev Panamazonica Saude*. 2015;6(3):27-34.

Silva MÂ. Estilos de Apego como Possíveis Preditores de Estados Motivacionais em Atividades Esportivas de Rendimento: Uma exploração teórica. *Psicol pesq*. 2012;6(2):160-70.

Silva RWS, Azambuja CV, Santana A. Perfil de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos atendidos em ambulatório de psicologia da região sul do Brasil. *Aletheia*. 2015;47-48:136-141.

Souto RMCV, Porto DL, Pinto IV, Vidotti CCF, Barufaldi LA, Freitas MG, et al. Estupro e gravidez de meninas de 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento. *Cienc Saude Colet*. 2017; 22(9):2909-18.

Souza JM, Veríssimo MOR. Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(6):1097-104.

Spinola MCR, Béria JU, Schermann LB. Fatores associados à iniciação sexual em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre/RS, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2017;22(11):3755-62.

Taquette SR, Lionço T, Costa A. Olhares sobre gênero e sexualidade na adolescência. In: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde. Saúde e sexualidade de adolescentes. Construindo equidade no SUS. Brasília(DF): OPAS, MS; 2017. p. 34-36 [acesso em 2020 fev 20]. Disponível em: 2017-OPAS-Saude-Sexualidade-Adolescentes-e-Jovens.pdf.

Taquette SR, Monteiro DLM, Rodrigues NCP, Ramos JAS. A invisibilidade da magnitude do estupro de meninas no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2021;55(103).
Doi:<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003439>

Taquette SR, Borges LMSB. *Pesquisa qualitativa para todos*. Rio de Janeiro: Vozes; 2020.

Tronco CB, Dell'aglio DD. Caracterização do comportamento sexual de adolescentes: iniciação sexual e gênero. *Gerais Rev Interinst Psicol*. 2012;5(2):254-69.

UNICEF. The state of the world's children 2011. *Adolescence: An Age of Opportunity*; 2011 [acesso em 2022 jan 2021]. Disponível em: [SOWC-2011.pdf \(unicef.org\)](#).

United Nations. Definition of Youth. [acesso em 2021 dez 10]. Disponível em: <https://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definiion.pdf>.

United Nations Educational. Scientific and Cultural Organization. *Orientações técnicas internacionais de educação em sexualidade. Uma abordagem baseada em evidências*. Paris: a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO); 2019 [acesso em 2022 jul 22]. Disponível em: *Orientações técnicas internacionais de educação em sexualidade: uma abordagem baseada em evidências - UNESCO Digital Library*.

Ventura M. *Direitos reprodutivos no Brasil*. 3ª ed. Brasília(DF): Fundo de População das Nações Unidas; 2009.

Ventura M, Corrêa S. Adolescência, sexualidade e reprodução: construções culturais, controvérsias normativas, alternativas interpretativas. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(7):1505-9.

Vigotski LS. *Imaginação e criação na infância*. São Paulo: Expressão Popular; 2018.128p.

Wheeler R. Gillick or Fraser? A plea for consistency over competence in children: Gillick and Fraser are not interchangeable. *BMJ*. 2006; 332(7545):807. Doi: 10.1136/bmj.332.7545.807

Wolfe DA, Scott K, Reitzel-Jaffe D, Wekerle C, Grasley C, Straatman AL. Development and validation of the Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory. *Psychol Assess*. 2001;13(2):277-93.

World Health Organization. Department of Child and, Adolescent Health and Development. *what about boys? A Literature Review on the Health and Development of Adolescent Boys*. WHO/FCH/CAH/00.7, 2000.

World Health Organization. *Developing sexual health programmes: a framework for action*. 2010 [acesso em 2022 maio 07]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70501>.

World Health Organization. *Global Consultation on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization; 1996. (document WHO/EHA/ SPI.POA.2)

World Health Organization. The sexual and reproductive health of younger adolescents: Research issues in developing countries: background paper for a consultation; 2011 [acesso em 2022 maio 05]. Disponível em: The sexual and reproductive health of younger adolescents in developing countries: research issues in developing countries: background paper for consultation (who.int)

Yano KM, Ribeiro MO. O desenvolvimento da sexualidade de crianças em situação de risco. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(6):1315-22.

APÊNDICE A - Instrumento Amor e Violência ?

Este instrumento foi construído pela equipe para a pesquisa de fundo que deu origem a este recorte da etapa quantitativa.



PESQUISA

AMOR E VIOLÊNCIA ENTRE

JOVENS



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PESQUISA AMOR E VIOLÊNCIA ENTRE JOVENS

MÓDULO INICIAL - Para preenchimento pela equipe de pesquisa:

ID	Escola	Data de entrevista	Aplicador	Coleta
_ _ _	_ _	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _		_ completa _ incompleta
ATENÇÃO				
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preencha os itens abaixo e marque um (X) na opção escolhida. Se, por ventura, você quiser mudar sua opção de resposta, assinale com uma seta a resposta verdadeira. Sua participação e respostas sinceras a todos os itens são muito importantes para gente. ✓ Lembre-se que o questionário é anônimo e que todos os dados serão mantidos em sigilo. ✓ Por favor, faça uma revisão cuidadosa antes de entregar o questionário para ver se você não esqueceu de responder nenhuma pergunta. ✓ Qualquer dúvida chame o responsável pela aplicação do questionário. 				

MÓDULO A: IDENTIFICAÇÃO

1. Idade	_ _	anos completos
2. Data de nascimento	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _	
3. Sexo: 1	<input type="checkbox"/> Masculino	2 <input type="checkbox"/> Feminino
4. Endereço:		
5. Bairro:		
6. Celular:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
7. Escola:		
8. Turma:	_ _ _ _ _	10. Turno: 1 _ manhã 2 _ tarde 3 _ noite

MÓDULO B: INFORMAÇÕES SÓCIO DEMOGRÁFICAS

1. Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para definir a sua cor ou raça? 1 _ Branca 2 _ Preta 3 _ Parda 4 _ Amarela (asiáticos) 5 _ Indígena
2. Em que religião você foi criada(o)? 1 _ Católica 2 _ Evangélica 3 _ Espírita 4 _ Umbanda ou candomblé 5 _ Judaica 6 _ Sem religião 7 _ Outras _____

3. Atualmente qual religião ou culto você frequenta?					
1 <input type="checkbox"/> Católica 2 <input type="checkbox"/> Evangélica 3 <input type="checkbox"/> Espírita 4 <input type="checkbox"/> Umbanda ou candomblé 5 <input type="checkbox"/> Judaica					
6 <input type="checkbox"/> Sem religião 7 <input type="checkbox"/> Outras _____					
4. Em sua casa há os itens abaixo? Por favor, marque quantos dos itens abaixo existem em sua casa.					
	Nenhum	1	2	3	4 ou mais
a. Banheiros	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
b. Automóvel particular	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
c. Computador	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
	Nenhum	1	2	3	4 ou mais
d. Máquina de lavar louça	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
e. Geladeira	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
f. Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
g. Máquina de lavar roupa	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
h. Aparelho de DVD (ou qualquer outro aparelho que leia DVD)	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
i. Micro-ondas	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
j. Motocicleta	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
k. Máquina secadora de roupa	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
l. Na sua casa trabalha algum(a) empregado(a) doméstico(a) mensalista (que trabalha cinco dias por semana na sua casa)?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>

MÓDULO C: FAMÍLIA

1	Seu pai está vivo? 1 _ Sim 2 _ Não 3 _ Não sei / perdi o contato/ não conheci meu pai
ATENÇÃO: Se sua resposta foi "SIM", pule para a questão 3.	
2	Quantos anos você tinha quando seu pai faleceu (ou quando você perdeu contato com seu pai)? _ _ anos
ATENÇÃO: Se você não tem contato com seu pai (ou ele faleceu), pule para questão 6.	
3	Qual a idade do seu pai? _ _ anos completos
4	Qual é a ocupação/profissão do seu pai? _____
5	Qual é a escolaridade do seu pai? 1 _ Nunca frequentou a escola 2 _ Ensino fundamental: estudou até o fim do _ ano 3 _ Ensino médio: estudou até o fim do _ ano 4 _ Começou a faculdade, mas não terminou ou ainda está cursando 5 _ Terminou a faculdade
6	Sua mãe está viva? 1 _ Sim 2 _ Não 3 _ Não sei / perdi o contato/ não conheci minha mãe
ATENÇÃO: Se sua resposta foi "SIM", pule para questão 8.	
7	Quantos anos você tinha quando sua mãe faleceu (ou quando você perdeu contato com sua mãe)? _ _ anos
ATENÇÃO: Se você não tem contato com sua mãe (ou ela faleceu), pule para questão 11.	
8	Qual a idade da sua mãe? _ _ anos completos
9	Qual é a ocupação/profissão da sua mãe? _____
10	Qual é a escolaridade da sua mãe? 1 _ Nunca frequentou a escola 2 _ Ensino fundamental: estudou até o fim do _ ano 3 _ Ensino médio: estudou até o fim do _ ano 4 _ Começou a faculdade, mas não terminou ou ainda está cursando 5 _ Terminou a faculdade
11	Informe quem é o chefe da família (aquele que contribui com a maior parte da renda para manutenção da casa): 1 _ Mãe 2 _ Pai 3 _ Outro - quem? _____

ATENÇÃO: Se o chefe da família for sua mãe ou seu pai, pule para questão 13.

12 Caso o chefe da família não seja a mãe ou o pai, informe a escolaridade do chefe da família:

- 1 Nunca frequentou a escola
 2 Ensino fundamental: estudou até o fim do ano
 3 Ensino médio: estudou até o fim do ano
 4 Começou a faculdade, mas não terminou ou ainda está cursando
 5 Terminou a faculdade

13 Atualmente, você mora:

- 1 Com pai e mãe 2 Apenas com sua mãe 3 Apenas com seu pai
 4 Com sua mãe e seu padrasto 5 Com seu pai e sua madrasta
 6 Não mora com seus pais/ seus responsáveis 7 Outros

ATENÇÃO: Se você respondeu “com pai e mãe”, pule para questão 15.

14 Desde que idade você não mora com sua mãe e seu pai? anos

15 Você, nesse momento, está casada (o) ou vive com companheiro (a)? 1 Sim 2 Não

16 Você tem filhos? 1 Sim 2 Não

ATENÇÃO: Se você não tem filhos, pule para questão 18.

17 Que idade você tinha quando teve o primeiro filho? anos completos

18 Qual o número total de moradores do seu domicílio (incluindo você)? moradores

19 Quantos cômodos existem no seu domicílio (incluindo banheiro e cozinha)? cômodos

20 De que material é feito a maior parte do chão da sua casa?

- 1 Cimento 2 Madeira tratada/ tacos 3 Madeira bruta 4 Cerâmica / ladrilho 5 Barro/terra/areia

21 Aonde você ou as pessoas que moram com você jogam o lixo?

- 1 Caçamba 2 Local aberto ou terreno baldio 3 Recolhimento em casa
 4 Outros: _____

22 A água utilizada na sua casa é proveniente de:

- 1 Rede Geral de distribuição 2 Poço ou Nascente 3 Outros: _____

23 Para onde vai o esgoto da sua casa? 1 Rede Geral de esgoto 2 Fossa 3 Vala aberta
 4 Outros: _____

24 Considerando o trecho da sua casa, a sua rua é: 1 Asfaltada/ Pavimentada 2 Terra/Cascalho

25 Qual foi, aproximadamente, a renda familiar total no último mês (Somando salário, aluguel, pensão, etc.; apenas das pessoas que moram no seu domicílio)? ,00 reais

26 Desde que idade você estuda nesta escola? |__|__| anos

27 Você já repetiu de ano alguma vez? 1 |_| Não 2 |_| Sim Se sim, quantas vezes? |__| vezes

MÓDULO D: MEMÓRIAS DA INFÂNCIA

As afirmações abaixo se referem a algumas experiências de quando você era criança. Para cada afirmação, marque a resposta que melhor descreve o que você acha que ocorreu, desde que você se lembre, até os seus 10 anos de idade.

Complete a frase: Desde que eu me lembro até os meus 10 anos de idade...

1 Eu não tive o suficiente para comer.

1 |_| Nunca 2 |_| Poucas vezes 3 |_| Às vezes 4 |_| Muitas vezes 5 |_| Sempre

2 Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.

1 |_| Nunca 2 |_| Poucas vezes 3 |_| Às vezes 4 |_| Muitas vezes 5 |_| Sempre

3 As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido(a)”, “preguiçoso(a)” ou “feio(a)”.

1 |_| Nunca 2 |_| Poucas vezes 3 |_| Às vezes 4 |_| Muitas vezes 5 |_| Sempre

4 Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.

1 |_| Nunca 2 |_| Poucas vezes 3 |_| Às vezes 4 |_| Muitas vezes 5 |_| Sempre

5 Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.

1 |_| Nunca 2 |_| Poucas vezes 3 |_| Às vezes 4 |_| Muitas vezes 5 |_| Sempre

6 Eu tive que usar roupas sujas.

1 |_| Nunca 2 |_| Poucas vezes 3 |_| Às vezes 4 |_| Muitas vezes 5 |_| Sempre

7 Eu me senti amado(a).

1 |_| Nunca 2 |_| Poucas vezes 3 |_| Às vezes 4 |_| Muitas vezes 5 |_| Sempre

8 Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.

1 |_| Nunca 2 |_| Poucas vezes 3 |_| Às vezes 4 |_| Muitas vezes 5 |_| Sempre

9 Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.

1 |_| Nunca 2 |_| Poucas vezes 3 |_| Às vezes 4 |_| Muitas vezes 5 |_| Sempre

Complete a frase: Desde que eu me lembro até os meus 10 anos de idade...

10 Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.

1 |_| Nunca 2 |_| Poucas vezes 3 |_| Às vezes 4 |_| Muitas vezes 5 |_| Sempre

11	Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.	1 _	Nunca	2 _	Poucas vezes	3 _	Às vezes	4 _	Muitas vezes	5 _	Sempre
12	Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.	1 _	Nunca	2 _	Poucas vezes	3 _	Às vezes	4 _	Muitas vezes	5 _	Sempre
13	As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	1 _	Nunca	2 _	Poucas vezes	3 _	Às vezes	4 _	Muitas vezes	5 _	Sempre
14	As pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.	1 _	Nunca	2 _	Poucas vezes	3 _	Às vezes	4 _	Muitas vezes	5 _	Sempre
15	Eu acredito que fui maltratado(a) fisicamente.	1 _	Nunca	2 _	Poucas vezes	3 _	Às vezes	4 _	Muitas vezes	5 _	Sempre
16	Eu tive uma ótima infância.	1 _	Nunca	2 _	Poucas vezes	3 _	Às vezes	4 _	Muitas vezes	5 _	Sempre
17	Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.	1 _	Nunca	2 _	Poucas vezes	3 _	Às vezes	4 _	Muitas vezes	5 _	Sempre
18	Eu senti que alguém da minha família me odiava.	1 _	Nunca	2 _	Poucas vezes	3 _	Às vezes	4 _	Muitas vezes	5 _	Sempre
19	As pessoas da minha família se sentiam unidas.	1 _	Nunca	2 _	Poucas vezes	3 _	Às vezes	4 _	Muitas vezes	5 _	Sempre
20	Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.	1 _	Nunca	2 _	Poucas vezes	3 _	Às vezes	4 _	Muitas vezes	5 _	Sempre
21	Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.	1 _	Nunca	2 _	Poucas vezes	3 _	Às vezes	4 _	Muitas vezes	5 _	Sempre
22	Eu tive a melhor família do mundo.	1 _	Nunca	2 _	Poucas vezes	3 _	Às vezes	4 _	Muitas vezes	5 _	Sempre
23	Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.	1 _	Nunca	2 _	Poucas vezes	3 _	Às vezes	4 _	Muitas vezes	5 _	Sempre
24	Alguém me molestou.	1 _	Nunca	2 _	Poucas vezes	3 _	Às vezes	4 _	Muitas vezes	5 _	Sempre

Complete a frase: <u>Desde que eu me lembro até os meus 10 anos de idade...</u>	
25	Eu acredito que fui maltratado(a) emocionalmente. 1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes 5 <input type="checkbox"/> Sempre
26	Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei. 1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes 5 <input type="checkbox"/> Sempre
27	Eu acredito que fui abusado(a) sexualmente. 1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes 5 <input type="checkbox"/> Sempre
28	Minha família foi uma fonte de força e apoio. 1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes 5 <input type="checkbox"/> Sempre

MÓDULO E: PERGUNTAS SOBRE RELACIONAMENTOS AMOROSOS AO LONGO DA VIDA

1	Você já “ficou” ou teve algum relacionamento amoroso <u>sem compromisso</u> com alguém? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
ATENÇÃO: Se sua resposta foi “NÃO”, pule para a questão 4.	
2	Que idade você tinha quando “ficou” ou teve algum relacionamento amoroso sem compromisso pela primeira vez? __ __ anos completos
3	Quando você ficou ou teve algum relacionamento sem compromisso com alguém pela primeira vez, essa pessoa era: 1 <input type="checkbox"/> Homem 2 <input type="checkbox"/> Mulher
4	Você já <u>namorou</u> alguém? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
ATENÇÃO: Se sua resposta foi “NÃO”, pule para o módulo F.	
5	Que idade você tinha quando namorou a primeira vez? __ __ anos completos
6	Quando você namorou pela primeira vez, essa pessoa era: 1 <input type="checkbox"/> Homem 2 <input type="checkbox"/> Mulher
7	As próximas perguntas são sobre seu/sua namorado(a) atual ou seu ex-namorado(a), se você não estiver namorando ninguém atualmente. Marque abaixo a pessoa em que você estará pensando para responder as próximas questões. 1 <input type="checkbox"/> Atual namorado(a) 2 <input type="checkbox"/> Ex-namorado(a) recente (dentro dos últimos três meses) 3 <input type="checkbox"/> Ex-namorado(a) mais antigo (que namorei há mais de três meses até um ano atrás)
8	Há quanto tempo vocês estão/ficaram juntos? __ anos __ __ meses

9 Quantos anos ele(a) tem/tinha? |_|_| anos completos

10 Qual é a escolaridade dele(a)?

1 |_| Nunca frequentou a escola

2 |_| Ensino fundamental: estudou até o fim do |_| ano

3 |_| Ensino médio: estudou até o fim do |_| ano

4 |_| Começou a faculdade, mas não terminou ou ainda está cursando

5 |_| Terminou a faculdade

11 O quanto esse relacionamento é/era importante para você?

1 |_| Não muito importante 2 |_| Tem alguma importância 3 |_| Importante 4 |_| Muito importante

MÓDULO F: QUESTÕES SOBRE RELACIONAMENTO AMOROSO NOS ÚLTIMOS 12 MESES

AS PRÓXIMAS QUESTÕES SÃO SOBRE COISAS QUE PODEM TER ACONTECIDO DURANTE UMA BRIGA ENTRE VOCÊ E A PESSOA COM QUEM "FICA" OU NAMORA (OU FICOU/NAMOROU) NOS ÚLTIMOS 12 MESES, CASO VOCÊ NÃO ESTEJA COM NINGUÉM NESTE MOMENTO. OBSERVE O QUADRO ABAIXO E RESPONDA AS PERGUNTAS DE ACORDO COM O ITEM QUE MELHOR SE APROXIMA DE QUANTAS VEZES ESSAS SITUAÇÕES OCORRERAM ENTRE VOCÊ E A PESSOA COM QUEM "FICA" OU NAMORA ATUALMENTE OU FICOU/NAMOROU NOS ÚLTIMOS DOZE MESES.

CASO VOCÊ NÃO TENHA FICADO COM ALGUÉM OU NÃO TENHA NAMORADO NINGUÉM NOS ÚLTIMOS DOZE MESES, PULE ESTE MÓDULO DO QUESTIONÁRIO

1. SEMPRE = ACONTECEU 6 VEZES OU MAIS
2. ÀS VEZES = ACONTECEU ENTRE 3 E 5 VEZES
3. RARAMENTE = ACONTECEU 1 OU 2 VEZES
4. NUNCA = NUNCA ACONTECEU

NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES...

1	Eu justifiquei os meus argumentos	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
2	Ele/Ela justificou os seus argumentos	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
3	Eu o/a toquei sexualmente quando ele/ela não queria	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
4	Ele/Ela me tocou sexualmente quando eu não queria	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
5	Eu tentei virar seus amigos contra	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA

6	Ele/Ela tentou virar meus amigos	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
7	Eu fiz algo para provocar ciúmes	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
8	Ele/Ela fez algo para me fazer ciúmes	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
9	Eu destruí ou ameacei destruir algo de valor para ele/ela	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
<u>NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES...</u>					
10	Ele/Ela destruiu ou ameaçou destruir algo de valor para mim	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
11	Eu disse a ele/ela que eu tinha parte da	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
12	Ele/ Ela disse a mim que ele/ela tinha parte da culpa	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
13	Eu mencionei algo de ruim que ele/ela fez no passado	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
14	Ele/Ela mencionou algo de ruim que eu fiz no passado	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
15	Eu joguei algo nele/ela	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
16	Ele/Ela jogou algo em mim	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
17	Eu disse coisas somente para deixá-lo(a) com raiva	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
18	Ele/Ela disse coisas somente para me deixar com raiva	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
19	Eu dei as razões pelas quais eu achava que ele/ela estava errado(a).	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
20	Ele/Ela deu as razões pelas quais ele/ela achava que eu estava errado(a)	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
21	Eu concordei que em parte ele/ela	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
22	Ele/Ela concordou que em parte eu estava certa(o)	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
23	Eu falei com ele/ela em um tom de voz hostil ou maldoso	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
24	Ele/Ela falou comigo em um tom de voz hostil ou maldoso	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
25	Eu forcei ele(a) a fazer sexo quando ele/ela não queria	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
26	Ele/ela me forçou a fazer sexo quando eu não queria	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
27	Eu propus uma solução que eu pensei que faria nós dois felizes	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA

28	Ele/Ela propôs uma solução que ele/ela pensou que faria nós dois felizes	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
----	--	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------

<u>NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES...</u>					
29	Eu ameacei ele/ela numa tentativa de fazer sexo com ele/ela	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
30	Ele/Ela me ameaçou numa tentativa de fazer sexo comigo	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
31	Eu parei de falar até que nós nos acalmássemos	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
32	Ele/Ela parou de falar até que nós nos acalmássemos	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
33	Eu insultei ele/ela com depreciacões	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
34	Ele/Ela me insultou com depreciacões	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
35	Eu discuti o assunto calmamente	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
36	Ele/Ela discutiu o assunto	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
37	Eu beijei ele/ela quando ele/ela não queria que ele/ela o fizesse	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
38	Ele/Ela me beijou quando eu não queria que ele/ela o fizesse	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
39	Eu disse coisas sobre ele/ela aos seus amigos, para virá-los contra ele/ela	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
40	Ele/Ela disse coisas sobre mim aos meus amigos, para virá-los contra mim	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
41	Eu ridicularizei ou caçoei ele/ela na frente dos outros	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
42	Ele/Ela me ridicularizou ou me caçoou na frente dos outros	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
43	Eu disse a ele/ela o quanto eu estava aborrecida(o)	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
44	Ele/Ela me disse o quanto ele/ela estava aborrecido(a)	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
45	Eu vigiava com quem e onde ele/ela estava	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
46	Ele/Ela vigiava com quem e onde eu estava	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
47	Eu culpei ele/ela pelo problema	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
48	Ele/Ela me culpou pelo problema	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA

49	Eu bati, chutei ou dei um soco nele(a)	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
50	Ele/Ela me bateu, chutou ou deu um soco	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA

NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES...

51	Eu deixei o local para me acalmar	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
52	Ele/Ela deixou o local para se acalmar	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
53	Eu cedi, só para evitar o conflito.	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
54	Ele/Ela cedeu, só para evitar o	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
55	Eu acusei ele/ela de paquerar outra(o) garota(o)	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
56	Ele/Ela me acusou de paquerar outro(a) garoto(a)	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
57	Eu tentei amedrontar ele/ela de	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
58	Ele/Ela tentou me amedrontar de	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
59	Eu dei um tapa nele/nela ou puxei o	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
60	Ele/Ela me deu um tapa ou puxou o	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
61	Eu ameacei machucar ele/ela	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
62	Ele/Ela ameaçou me machucar	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
63	Eu ameacei terminar o	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
64	Ele/Ela ameaçou terminar o	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
65	Eu ameacei bater nele(a) ou jogar alguma coisa nele(a)	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
66	Ele/Ela ameaçou bater em mim ou jogar alguma coisa em mim	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
67	Eu empurrei ou sacudi ele/ela	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
68	Ele/Ela me empurrou ou me sacudiu	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
69	Eu espalhei boatos sobre ele/ela	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
70	Ele/Ela espalhou boatos sobre mim	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	3. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	4. <input type="checkbox"/> NUNCA
71	A pessoa sobre a qual você respondeu as questões deste módulo é: 1 __ Homem 2 __ Mulher				

MÓDULO G: SEXUALIDADE E INICIAÇÃO SEXUAL

1 Na sua vida, você se sentiu atraída(o):

1 | | Somente por homens

2 | | Mais frequentemente por homens, mas também por mulheres

3 | | Iguamente por homens e mulheres

4 | | Mais frequentemente por mulheres, mas também por homens

5 | | Somente por mulheres

2 Você já teve experiência sexual/contato íntimo com pessoas do mesmo sexo?

1 | | Sim 2 | | Não

3 Você já teve relações sexuais alguma vez?

1 | | Sim 2 | | Não

ATENÇÃO: Se sua resposta foi “não”, pule para questão 8.

4 Que idade você tinha na sua primeira relação sexual? | | | anos completos

5 Atualmente você mantém algum relacionamento que inclua sexo com alguém?

1 | | Sim 2 | | Não

ATENÇÃO: Se sua resposta foi “não”, pule para questão 8.

6 Seu/sua parceiro(a) estuda atualmente?

1 | | Sim 2 | | Não

7 Qual é a escolaridade dele(a)?

1 | | Nunca frequentou a escola

2 | | Ensino fundamental: estudou até o fim do | | ano

3 | | Ensino médio: estudou até o fim do | | ano

4 | | Começou a faculdade, mas não terminou ou ainda está cursando

5 | | Terminou a faculdade

8 Alguém tentou forçar você a ter relações sexuais contra a sua vontade?

1 | | Sim, uma vez 2 | | Sim, várias vezes 3 | | Não

ATENÇÃO: Se sua resposta foi “não”, pule para questão 17.

9 Foi sempre a mesma pessoa que tentou forçar você a ter relações sexuais contra a sua vontade?

1 | | Sim 2 | | Não

10 Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez? | | | anos completos

11 O que aconteceu quando alguém tentou forçar você a ter relações sexuais contra a sua vontade?

1 | | A relação sexual aconteceu realmente 2 | | Ficou só na tentativa

12 Como você foi forçada(o)?		
1 <input type="checkbox"/> Teve violência física	2 <input type="checkbox"/> Teve ameaça de violência	3 <input type="checkbox"/> Houve outro tipo de ameaça
4 <input type="checkbox"/> Teve muita insistência	5 <input type="checkbox"/> Outro _____	
13 Essa pessoa era: 1 <input type="checkbox"/> Homem 2 <input type="checkbox"/> Mulher		
14 Quem foi essa pessoa? (pai, mãe, padrasto, madrasta, irmã(o), tio(a), amigo(a), namorado(a), ficante, vizinho(a), desconhecido(a) etc) _____		
15 Você contou para alguém que isso aconteceu com você? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		
16 Para quem você contou?		
1 <input type="checkbox"/> Pai	2 <input type="checkbox"/> Mãe	3 <input type="checkbox"/> Amigos/colegas
4 <input type="checkbox"/> Polícia	5 <input type="checkbox"/> Professor	
6 <input type="checkbox"/> Médicos/profissionais de saúde	7 <input type="checkbox"/> Marido/esposa ou parceiro(a)	
8 <input type="checkbox"/> Outra (especificar) _____		
17 Com quem você conversa mais sobre sexo? Responda citando no máximo três:		
1 <input type="checkbox"/> Parceiro/parceira	2 <input type="checkbox"/> Amigos/colegas	3 <input type="checkbox"/> Mãe
4 <input type="checkbox"/> Pai	5 <input type="checkbox"/> Irmão	6 <input type="checkbox"/> Irmã
7 <input type="checkbox"/> Primo	8 <input type="checkbox"/> Prima	9 <input type="checkbox"/> Tia
10 <input type="checkbox"/> Tio	11 <input type="checkbox"/> Médicos, psicólogos ou profissionais de saúde	
12 <input type="checkbox"/> Professores/ na escola	13 <input type="checkbox"/> Ninguém	

MÓDULO H: VIOLÊNCIA URBANA

1 Você diria que, nos últimos 12 meses , a violência no bairro ou comunidade onde você mora:			
1 <input type="checkbox"/> Aumentou 2 <input type="checkbox"/> Diminuiu 3 <input type="checkbox"/> Permaneceu a mesma			
2 Você faz alguma(s) dessas coisas para se proteger da violência ou sentir-se mais seguro(a)?			
	Com frequência	Às Vezes	Nunca
a. Evita andar sozinho	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
b. Não usa certa(s) linha(s) de ônibus	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
c. Deixa de sair de casa à noite	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
d. Deixa de ir à escola	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
e. Deixa de ir a festa(s)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
f. Não sai da sua comunidade ou bairro	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
g. Deixa de frequentar um grupo de amigos	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>

h.	Não volta para casa de madrugada	1. _	2. _	3. _
i.	Anda de táxi	1. _	2. _	3. _
j.	Não passa em área onde há pessoas armadas	1. _	2. _	3. _
k.	Não passa perto da polícia	1. _	2. _	3. _
3	Você já teve algum(a) parente, amigo(a), vizinho(a) ou colega assassinado(a)? 1 _ Não 2 _ Sim 3 Quem? _____			
4	Você já viu de perto o corpo de alguém assassinado(a)? 1 _ Não 2 _ Sim 2.1 Se sim, quantas vezes? _ _ vez(es)			
5	Você alguma vez já pegou em arma de fogo? 1 _ Não 2 _ Sim 2.1 Se sim, quantas vezes? _ _ vez(es)			

6 Nos últimos 12 meses, alguma vez VOCÊ já sofreu alguma das coisas listadas abaixo?					
	Uma vez	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Nunca	
a.	Alguém feriu você com arma de fogo	1. _	2. _	3. _	4. _
b.	Alguém ameaçou você com arma de fogo	1. _	2. _	3. _	4. _
c.	Você mudou de casa por medo ou ameaça de violência	1. _	2. _	3. _	4. _
d.	Alguém lhe ofereceu drogas	1. _	2. _	3. _	4. _
e.	Você sentiu necessidade de andar armado(a)	1. _	2. _	3. _	4. _
f.	Você ou algum(a) parente próximo(a) foi ameaçado(a) de morte	1. _	2. _	3. _	4. _
g.	Algun(a) desconhecido(a) o(a) agrediu fisicamente (tapa, soco etc.)	1. _	2. _	3. _	4. _
h.	Algun(a) amigo(a) ou colega seu(sua) o(a) agrediu fisicamente	1. _	2. _	3. _	4. _
i.	Algun membro da sua família o(a) agrediu fisicamente	1. _	2. _	3. _	4. _
7 Nos últimos 12 meses, algum(a) amigo(a) ou colega seu(sua) fez alguma das coisas listadas abaixo? [NÃO CONSIDERAR AMIGOS POLICIAIS]					
	Uma vez	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Nunca	
a.	Andou armado(a)	1. _	2. _	3. _	4. _
b.	Ameaçou alguém com arma de fogo	1. _	2. _	3. _	4. _
c.	Matou alguém	1. _	2. _	3. _	4. _
d.	Ameaçou alguém de morte	1. _	2. _	3. _	4. _
e.	Assaltou alguém	1. _	2. _	3. _	4. _
f.	Foi ferido(a) por arma de fogo	1. _	2. _	3. _	4. _
g.	Feriu alguém com arma de fogo	1. _	2. _	3. _	4. _
h.	Agrediu ou espancou alguém	1. _	2. _	3. _	4. _
8 Nos últimos 12 meses, você foi assaltado(a) ou tentaram assaltá-lo(a) alguma vez na rua, enquanto você andava a pé, de carro ou em transporte coletivo?					
1 _ Não 2 _ Sim, fui assaltado(a) ou tentaram me assaltar 2.1Quantas vezes?					
_ _ vez(es)					

MÓDULO I: USO DE SUBSTÂNCIAS

1 Na sua vida, qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)											
		Não		Sim							
a.	derivados do tabaco (cigarro comum)	1.	_	2.	_						
b.	bebidas alcoólicas	1.	_	2.	_						
c.	maconha	1.	_	2.	_						
d.	cocaína, crack	1.	_	2.	_						
e.	anfetaminas ou êxtase	1.	_	2.	_						
f.	inalantes (solvente, cola de sapateiro, tinner)	1.	_	2.	_						
g.	hipnóticos/sedativos (tranquilizantes, ansiolíticos, diazepam)	1.	_	2.	_						
h.	alucinógenos (LSD, ácido)	1.	_	2.	_						
i.	opióides (heroína, morfina, codeína)	1.	_	2.	_						
j.	outras: _____	1.	_	2.	_						
2 Durante os três últimos meses , com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou?											
		Nunca	1 ou 2 vezes	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias					
a.	derivados do tabaco (cigarro comum)	1.	_	2.	_	3.	_	4.	_	5.	_
b.	bebidas alcoólicas	1.	_	2.	_	3.	_	4.	_	5.	_
c.	maconha	1.	_	2.	_	3.	_	4.	_	5.	_
d.	cocaína, crack	1.	_	2.	_	3.	_	4.	_	5.	_
e.	anfetaminas ou êxtase	1.	_	2.	_	3.	_	4.	_	5.	_
f.	inalantes (solvente, cola de sapateiro, tinner)	1.	_	2.	_	3.	_	4.	_	5.	_
g.	hipnóticos/sedativos (tranquilizantes, ansiolíticos, diazepam)	1.	_	2.	_	3.	_	4.	_	5.	_
h.	alucinógenos (LSD, ácido)	1.	_	2.	_	3.	_	4.	_	5.	_
i.	opióides (heroína, morfina, codeína)	1.	_	2.	_	3.	_	4.	_	5.	_
j.	outras: _____	1.	_	2.	_	3.	_	4.	_	5.	_
3 Durante os três últimos meses , com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir?											

	Nunca	1 ou 2 vezes	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
a. derivados do tabaco (cigarro comum)	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
b. bebidas alcoólicas	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
c. maconha	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
d. cocaína, crack	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
e. anfetaminas ou êxtase	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
	Nunca	1 ou 2 vezes	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
f. inalantes (solvente, cola de sapateiro, tinner)	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
g. hipnóticos/sedativos (tranquilizantes, ansiolíticos, diazepam)	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
h. alucinógenos (LSD, ácido)	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
i. opióides (heroína, morfina, codeína)	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
j. outras: _____	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
4 Durante os três últimos meses , com que frequência o uso das seguintes substâncias resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?					
	Nunca	1 ou 2 vezes	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
a. derivados do tabaco (cigarro comum)	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
b. bebidas alcoólicas	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
c. maconha	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
d. cocaína, crack	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
e. anfetaminas ou êxtase	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
f. inalantes (solvente, cola de sapateiro, tinner)	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
g. hipnóticos/sedativos (tranquilizantes, ansiolíticos, diazepam)	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
h. alucinógenos (LSD, ácido)	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
i. opióides (heroína, morfina, codeína)	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
j. outras: _____	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
5 Durante os três últimos meses , com que frequência, por causa do seu uso das seguintes substâncias, você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?					

	Nunca	1 ou 2 vezes	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
a. derivados do tabaco (cigarro comum)	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
b. bebidas alcoólicas	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
c. maconha	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
d. cocaína, crack	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
e. anfetaminas ou êxtase	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
f. inalantes (solvente, cola de sapateiro, tinner)	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
g. hipnóticos/sedativos (tranquilizantes, ansiolíticos, diazepam)	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
h. alucinógenos (LSD, ácido)	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
i. opióides (heroína, morfina, codeína)	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _
j. outras: _____	1. _	2. _	3. _	4. _	5. _

6	Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso das seguintes substâncias?	Não, nunca	Sim, nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses
a.	derivados do tabaco (cigarro comum)	1. _	2. _	3. _
b.	bebidas alcoólicas	1. _	2. _	3. _
c.	maconha	1. _	2. _	3. _
d.	cocaína, crack	1. _	2. _	3. _
e.	anfetaminas ou êxtase	1. _	2. _	3. _
f.	inalantes (solvente, cola de sapateiro, tinner)	1. _	2. _	3. _
g.	hipnóticos/sedativos (tranquilizantes, ansiolíticos, diazepam)	1. _	2. _	3. _
h.	alucinógenos (LSD, ácido)	1. _	2. _	3. _
i.	opióides (heroína, morfina, codeína)	1. _	2. _	3. _
j.	outras: _____	1. _	2. _	3. _

7	Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso das seguintes substâncias e não conseguiu?
---	---

	Não, nunca	Sim, nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco (cigarro comum)	1. _	2. _	3. _
b. bebidas alcoólicas	1. _	2. _	3. _
c. maconha	1. _	2. _	3. _
d. cocaína, crack	1. _	2. _	3. _
e. anfetaminas ou êxtase	1. _	2. _	3. _
f. inalantes (solvente, cola de sapateiro, tinner)	1. _	2. _	3. _
g. hipnóticos/sedativos (tranquilizantes, ansiolíticos, diazepam)	1. _	2. _	3. _
h. alucinógenos (LSD, ácido)	1. _	2. _	3. _
i. opióides (heroína, morfina, codeína)	1. _	2. _	3. _
j. outras: _____	1. _	2. _	3. _
8 Alguma vez você já usou drogas por injeção? (não considerar drogas prescritas pelo médico)			
1 _ Não, nunca 2 _ Sim, nos últimos 3 meses 3 _ Sim, mas não nos últimos 3 meses			

MÓDULO J: QUESTÕES RELACIONADAS À SAÚDE

AGORA, NÓS GOSTARÍAMOS DE SABER COMO VOCÊ TEM PASSADO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, EM RELAÇÃO AOS ASPECTOS ABAIXO RELACIONADOS. AQUI, QUEREMOS SABER SOMENTE SOBRE PROBLEMAS MAIS RECENTES, E NÃO SOBRE AQUELES QUE VOCÊ POSSA TER TIDO NO PASSADO.

NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, VOCÊ TEM...

1 ...perdido muito o sono por preocupação?

1|_| De jeito nenhum 2|_| Não mais que de costume 3|_| Um pouco mais que de costume 4|_| Muito mais que de costume

2 ...se sentido constantemente nervoso(a) e tenso(a)?

1|_| De jeito nenhum 2|_| Não mais que de costume 3|_| Um pouco mais que de costume 4|_| Muito mais que de costume

3 ...sido capaz de manter a atenção nas coisas que está fazendo?

1|_| Mais que de costume 2|_| O mesmo de sempre 3|_| Menos que de costume 4|_| Muito menos que de costume

4 ...sentido que é útil na maioria das coisas do seu dia-a-dia?

1|_| Mais que de costume 2|_| O mesmo de sempre 3|_| Menos útil que de costume 4|_| Muito menos útil que de costume

5 ...sido capaz de enfrentar seus problemas?

1|_| Mais que de costume 2|_| O mesmo de sempre 3|_| Menos capaz que de costume 4|_| Muito menos capaz que de costume

6 ...se sentido capaz de tomar decisões?

1|_| Mais que de costume 2|_| O mesmo de sempre 3|_| Menos capaz que de costume 4|_| Muito menos capaz que de costume

7 ...sentido que está difícil de superar suas dificuldades?

1|_| De jeito nenhum 2|_| Não mais que de costume 3|_| Um pouco mais que de costume 4|_| Muito mais que de costume

8 ...se sentido feliz de um modo geral?

1|_| Mais que de costume 2|_| O mesmo de sempre 3|_| Menos que de costume 4|_| Muito menos que de costume

9 ...tido satisfação nas suas atividades do dia-a-dia?

1|_| Mais que de costume 2|_| O mesmo de sempre 3|_| Menos que de costume 4|_| Muito menos que de costume

10 ...se sentido triste e deprimido(a)?

1|_| De jeito nenhum 2|_| Não mais que de costume 3|_| Um pouco mais que de costume 4|_| Muito mais que de costume

11 ...perdido a confiança em você mesmo(a)?

1|_| De jeito nenhum 2|_| Não mais que de costume 3|_| Um pouco mais que de costume 4|_| Muito mais que de costume

12 ..se achado uma pessoa sem valor?

1|_| De jeito nenhum 2|_| Não mais que de costume 3|_| Um pouco mais que de costume 4|_| Muito mais que de costume

Digitado em |_|_|/|_|_|/|_|_|

Nome do

digitador: _____

Obrigada por sua participação!

Você gostaria de escrever mais alguma coisa? Se quiser, deixe algum comentário ou sugestão para nós! _____

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – aos responsáveis

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RESPONSÁVEIS)

Pesquisa: “AMOR E VIOLÊNCIA ENTRE ADOLESCENTES E JOVENS” Pesquisador: Stella Taquette Tel: (21) 28688349 Instituições responsáveis pela pesquisa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – FCM-UERJ -Av. Prof. Manoel de Abreu 444 Seu/sua filho/a está sendo convidado/a a participar, voluntariamente, de uma entrevista de uma pesquisa. Antes de dar seu consentimento leia atentamente as informações descritas a seguir: 1) A pesquisa tem como principal objetivo conhecer a porcentagem de adolescentes e jovens que já vivenciaram situações de violência e o que pensam sobre sexualidade na adolescência. 2) As informações que seu/sua filho/a pode trazer a esta pesquisa são fundamentais para prevenirmos a violência e também atendermos adequadamente as vítimas. 3) Caso seu/sua filho/a participe do nosso estudo, não haverá nenhum problema institucional legal, ou qualquer tipo de risco, uma vez que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Pedro Ernesto. 4) A participação de seu/sua filho/a neste estudo é voluntária e ele/ela pode interrompê-la a qualquer momento sem nenhum prejuízo para sua pessoa. 5) A Sra./o Sr. pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar que seu/sua filho/a participe da pesquisa, assim como a qualquer momento durante a mesma. 6) Não será oferecido nenhum tipo de pagamento pela participação de seu/sua filho/a neste estudo. 7) A identificação de seu/sua filho/a será mantida como informação confidencial. Os resultados do estudo serão publicados, sem que seja revelada a identidade dele/a ou a de qualquer outro/a participante. Eu,

_____, abaixo assinado/a consinto voluntariamente que meu/minha filho/a participe desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo. Rio de Janeiro, ___/___/___ Responsável:

Pesquisador:

_____ “Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3o andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180.”

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - aos estudantes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ALUNOS)

Pesquisa: “AMOR E VIOLÊNCIA ENTRE ADOLESCENTES E JOVENS” Pesquisador: Stella Taquette Tel: (21) 28688349 Instituições responsáveis pela pesquisa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – FCM-UERJ -Av. Prof. Manoel de Abreu 444 Você está sendo convidada/o a participar, voluntariamente, de uma pesquisa. Antes de dar seu consentimento leia atentamente as informações descritas a seguir:

1) A pesquisa tem como principal objetivo conhecer a percentagem de adolescentes e jovens que já vivenciaram situações de violência e sua opinião sobre a sexualidade na adolescência. 2) As informações que você pode trazer a esta pesquisa são fundamentais para prevenirmos a violência e também atendermos adequadamente as vítimas. 3) Caso você participe do nosso estudo, não haverá nenhum problema institucional legal, ou qualquer tipo de risco, uma vez que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UERJ. 4) A sua participação neste estudo é voluntária e você pode interrompê-la a qualquer momento sem nenhum prejuízo para sua pessoa. 5) Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar, assim como a qualquer momento durante a mesma. 6) Não será oferecido nenhum tipo de pagamento pela sua participação neste estudo. 7) Sua identificação será mantida como informação confidencial. Os resultados do estudo serão publicados, sem que seja revelada a sua identidade ou a de qualquer outra/o participante. Eu,

_____, abaixo assinada/o concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo. Rio de Janeiro, ___/___/___ Adolescente:

Pesquisador:

_____ “Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3o andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180.”

APÊNDICE D - Instrumentos para Coleta de Dados – Etapa Qualitativa

Este instrumento foi construído pela equipe para a pesquisa de fundo que deu origem a este recorte da etapa qualitativa.

ROTEIRO DE ENTREVISTA/GRUPO FOCAL ADOLESCENTE

Nome da Escola:

Data: ___/___/___

Duração da reunião:

DADOS DOS PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL

APELIDO (colar um papel no corpo com o apelido):

Idade: Sexo: Série: Trabalha: ___ sim; ___ não. Ocupação: _____

Situação conjugal: ___ solteira/o; ___ união estável; ___ separada/o; ___ viúva/o.

Raça/cor: ___ branca; ___ ; parda; ___ preta; ___ amarela; ___ indígena.

Menarca/semenarca: _____ Sexarca: _____ N. parcerias sexuais: ___ homens; ___ mulheres.

Idade da parceria atual: _Com quem mora (todos os membros):

Quem trabalha na família e profissão: Renda familiar:

Escolaridade e profissão do pai/padrasto ou substituto:

Escolaridade e profissão da mãe/madrasta ou substituta:

No início do grupo:

Pactuar sobre todos terem oportunidade de falar, respeitarem a palavra uns dos outros, não falar coisas pessoais nem de outras pessoas. O grupo é para debate de opiniões e não para falar de intimidades próprias ou de outras pessoas.

Iniciar o diálogo falando um pouco sobre como está acontecendo o início da atividade sexual hoje em nossa sociedade (baixa idade, DST/Aids, gravidez na adolescência, influência da mídia e da cultura).

Ao final do grupo agradecer e perguntar se gostariam de falar alguma coisa.

BLOCO 1: SEXUALIDADE

- Falem-me qual a época que as pessoas devem iniciar a ter sexo (relação sexual – para meninos e meninas). Há diferença entre meninos e meninas? Quais?
- Falem-me como veem a situação atual da juventude em relação à sexualidade (iniciação sexual, diversidade sexual, gravidez na adolescência)
- No caso de ter alunos ou alunas com preferências homossexuais, como isso é visto pelos colegas, pelos professores e pela escola?

BLOCO 2: VIOLÊNCIA SEXUAL

- Falem-me o é violência sexual para vocês (após a fala do entrevistado, se for necessário, citar exemplos de situações e perguntar se considera violência como: estar trajando roupas decotadas ou pouca roupa; relação sexual com menores de 14 anos; constrangimentos em transportes públicos -passar a mão, “sarrar”; ter relação sexual com uma pessoa alcoolizada; ser obrigada/o a ter relações sexuais quando se está num

ambiente com esta finalidade -ex. darkrooms em boates; divulgação de vídeo com cenas íntimas pela internet).

- Vocês conhecem o novo artigo do código penal sobre o estupro de vulnerável? Falem-me o que pensa sobre este artigo e quais medidas devem ser tomadas quando atende uma vítima.
- Falem-me sobre a diferença entre o estupro de meninos e de meninas
- Falem-me o que pensam sobre a notificação ao Conselho Tutelar e sobre sua atuação

BLOCO 3: VIOLÊNCIA INTERPESSOAL

- Falem-me o que consideram violência no namoro
- Falem-me o que vocês acham que justifica uma violência entre um casal
- Falem-me como vocês lidam com as situações de violência no namoro
- Falem-me quais são as consequências desta violência (família, escola, amigos)
- Falem-me a quem vocês recorreriam para pedir ajuda numa situação de violência no namoro.

ANEXO A - Parecer de aprovação do CEP

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estupro de vulnerável e outras formas de violência contra adolescentes/jovens do sexo feminino

Pesquisador: STELLA REGINA TAQUETTE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48107514.2.0000.5282

Instituição Proponente: Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Patrocinador Principal: FUN CARLOS CHAGAS F. DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - FAPERJ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.235.157

Apresentação do Projeto:

A violência perpetrada contra a mulher na sociedade brasileira é de alta prevalência e as adolescentes/jovens são mais vitimadas, pois, ao fato de serem mulheres, soma-se a baixa idade, o que representa um fator de vulnerabilidade. A violência enfrentada por elas é de caráter menos letal e permanece "invisibilizada" porque frequentemente é cometida por alguém de seu convívio, na maioria das vezes em seus próprios lares. Neste projeto será realizado um estudo do tipo corte transversal, para estimativa da prevalência de violência contra a mulher adolescente. O cenário do estudo compreenderá as escolas públicas e privadas da rede de ensino da IX Região Administrativa do município do Rio de Janeiro, que compreende os bairros de Vila Isabel, Andaraí, Grajaú e Maracanã do município do Rio de Janeiro. Será feito contato prévio com a Secretaria Municipal de Educação para explicitação dos objetivos do projeto e seus possíveis desdobramentos. A amostra será composta por 2000 estudantes, adolescentes e jovens, do sexo feminino, regularmente matriculadas na rede de ensino, com idade de 10 a 24 anos. Os dados serão coletados a partir de questionários multidimensionais, autoaplicáveis, abarcando indicadores demográficos, familiares, sexuais e reprodutivos. Para aferição da ocorrência da violência será utilizado o instrumento CTS2 sobre violência psicológica, física e sexual por parceiros íntimos contra mulheres. Este instrumento tem alta consistência interna e capacidade de discriminar as formas de violência psicológica, física

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BLE 3ºand. SI 3018

Bairro: Maracanã

CEP: 20.559-900

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-2180

Fax: (21)2334-2180

E-mail: etica@uerj.br

Continuação do Parecer: 1.235.157

e sexual, perpetrada em contextos sociais diversos e já foi adaptado transculturalmente. A análise dos dados quantitativos será guiada por um modelo teórico-conceitual, composto pelos possíveis fatores de risco para as violências e possíveis fatores confusão. A primeira etapa do processo consistirá na exploração das relações

entre as diferentes variáveis representativas das dimensões do modelo e o desfecho por meio de regressão logística não condicional.

Em cada escola visitada serão divididos 3 grupos focais, um com adolescentes do sexo feminino, outro do sexo masculino e um terceiro com professores e educadores do estabelecimento de ensino até haver saturação dos conteúdos.

Os grupos serão conduzidos por 2 pesquisadores. Paralelamente serão realizadas entrevistas individuais semiabertas com profissionais de saúde que atendem adolescentes e membros dos conselhos tutelares e equipe técnica. As reuniões e entrevistas serão gravadas e transcritas imediatamente após sua realização.

Objetivo da Pesquisa:

Estudo quantitativo

Objetivo geral:

Estimar a prevalência da violência (psicológica, física e sexual) cometida contra adolescentes/jovens do sexo feminino matriculadas em escolas do município do Rio de Janeiro.

Objetivos específicos:

- Estimar a prevalência dos diversos tipos de violência (psicológica, física e sexual) de adolescentes/jovens do sexo feminino matriculadas em escolas do município do Rio de Janeiro;
- Avaliar a presença de associação entre violência e variáveis sociodemográficas, sexuais, reprodutivas, relativas aos hábitos de vida, relações familiares e ambiente social.

Estudo qualitativo

Objetivo geral: Estudar a percepção dos adolescentes/jovens, educadores e profissionais de saúde e da rede de proteção sobre os temas: sociedade erotizada x iniciação sexual com baixa idade x estupro de vulnerável; violência doméstica x linha de cuidado.

Objetivos específicos:

- Estudar a percepção dos adolescentes/jovens, educadores, profissionais de saúde e da rede de proteção sobre o estímulo social e a pressão dos pares à iniciação sexual;
- Estudar o entendimento dos adolescentes/jovens, educadores, profissionais de saúde e da rede de proteção sobre o estupro de vulnerável, as medidas de proteção previstas no ECA (notificação

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

ANEXO B - Listas de telefones úteis para, crianças e adolescentes

Disque 180 – Central de Atendimento à Mulher

Atendimento à Mulher 24 horas por dia. De qualquer telefone, público, fixo ou celular, a qualquer hora e de qualquer lugar do país, mulheres e homens podem ligar pedindo ajuda, denunciando a violência. Funciona 24 horas por dia.

Telefone: 180.

Disque 100 – Disque Direitos Humanos

Receber demandas relativas a violações de Direitos Humanos, em especial as que atingem populações com vulnerabilidade acrescida, como: crianças e adolescentes, pessoas idosas, pessoas com deficiência, LGBT, pessoas em situação de rua e outros como quilombolas, ciganos, índios, pessoas em privação de liberdade. O serviço inclui ainda a disseminação de informações sobre direitos humanos e orientações acerca de ações, programas, campanhas e de serviços de atendimento, proteção, defesa e responsabilização em Direitos Humanos disponíveis no âmbito Federal, Estadual e Municipal.

Funciona 24 horas por dia.

Telefone: 100.

Disque Denúncia

Telefone: 2253-1177.

Disque Cidadania LGBT

Funcionamento de segunda à sexta-feira, das 9h às 18h.

Praça Cristiano Ottoni, s/n - Centro - 7º andar | Prédio da Central do Brasil

Telefone: 0800 023 4567.

Conselho Municipal da Criança e do Adolescente (CMDCA-RIO)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455 - sala 663 - Cidade Nova.

Telefones: 2976-1522 e 2976-2993

Conselho Tutelar 3

Demanda espontânea. Atende à criança e ao adolescente sempre que seus direitos forem ameaçados ou violados. Abrange a A.P. 2.2.

Funcionamento de segunda a sexta das 9 as 17.

End.: Rua Desembargador Isidro, n.º 48, Tijuca.

Telefone: 2288-9742, 2214-3480, 98909-1474 e 97375-5591

2ª CDS (coordenadoria de desenvolvimento social) – Vila Isabel/Zona Sul

Abrange os bairros da A.P. 2.2 entre outros.

Endereço: Rua Visconde de Santa Isabel, nº 34 – 2º andar – Vila Isabel

Telefones: 2298-8989 e 2298-7958

CREAS (centro de referência especializado em assistência social) Arlindo Rodrigues

Demanda espontânea. Oferece serviços especializados e continuados através de equipes multidisciplinares a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos como violência, tráfico de pessoas, cumprimento de medidas socioeducativas, entre outras. Abrange a A.P. 2.2.

Funciona de segunda a sexta de 8 as 17.

Rua Desembargador Isidro, Nº 48 - Tijuca

Telefone: 2268-7115.

CRAS (Centro de referência de Assistência Social) Rosani Cunha

Demanda espontânea. CRAS atende e acompanha as famílias em situação de vulnerabilidade e risco. As Assistentes Sociais realizam o primeiro atendimento, identificam as demandas e encaminham para o serviço mais adequado. Abrange Vila Isabel e Maracanã na A.P. 2.2; e outros bairros fora dela.

Rua Visconde de Santa Isabel, nº 412 – Vila Isabel

Telefone 3278-6441.

CRAS Presidente Itamar Franco

Abrange Andaraí e Grajaú.

Rua Caçapava, nº 305 - Grajaú

Telefone 2268-8371

CRAS Tijuca

Abrange Alto da Boa Vilita e Tijuca na A.P. 2.2; e outros bairros fora dela.

Rua Guapiara, Nº 43 – Tijuca

Telefone 3872-3518

4ª Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude (Vila Isabel)

Demanda espontânea. Direitos infanto-juvenis em matérias de políticas públicas voltadas à convivência familiar e comunitária. Abrange a VIII e a IX R.A..

Rua Rodrigo Silva, 26. 14ª Andar - Centro.

Telefone: 2262-6070 e 2262-7793

Delegacia da Criança e Adolescente Vítima (DCAV)

R. do Lavradio, 155 – Centro.

Telefone: 2334-8481

Ouvidoria-geral do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro

Demanda espontânea. Presta atendimento pessoal e telefônico. Recebe Denúncias de maus tratos a idosos, crianças e deficientes físicos como pedofilia, violência sexual, entre outros. Abrange todo o estado e todos os públicos.

De segunda à sexta das 8 as 20.

Endereço: Avenida Marechal Câmara, nº370, subsolo, Centro.

Telefone: 127

Comissão de Direitos da Criança e do Adolescente da Câmara Municipal do RJ

Demanda espontânea presencial ou telefônica. Recebe denúncias de maus tratos e violação de direitos da criança e adolescente e encaminha aos órgãos competentes. Abrange todo o município focando no público de crianças e adolescentes.

De segunda à sexta das 11 as 18.

Endereço: Praça Floriano, nº51-27, Cinelândia

Telefone: 0800-282-9996

Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM)

Demanda espontânea presencial. Compõem a estrutura da Polícia Civil, realizando ações de prevenção, apuração, investigação e enquadramento. Registra boletins de ocorrência e solicita medidas protetivas de urgência nos casos de violência doméstica contra mulheres. Abrange todo o município focando no público de mulheres.

Funcionamento 24 horas.

Endereço: Rua Visconde do Rio Branco, nº12, centro.

Telefone: 2332-9994

Centro Integrado de Atendimento à Mulher (CIAM) Márcia Lyra

Demanda espontânea com primeiro atendimento nas segundas, terças e quintas. Realiza primeiro atendimento para identificação da demanda e posterior encaminhamento dos casos de violência doméstica, sexual e discriminação. Abrange ao público feminino de todo o município.

Funcionamento de segunda à sexta das 9 as 16.

Endereço: Rua Regente Feijó, nº 15, Centro.

Telefone: 2332-7199

Centro de Referência de Mulheres da Maré (UFRJ)

Demanda espontânea presencial. Presta atendimento social, psicológico e jurídico a mulheres em situação de vulnerabilidade. Atendo a mulheres de todo o município, priorizando os moradores do Complexo da Maré.

Funcionamento de segunda à sexta das 9 as 16.

Endereço: Rua 17, Vila do João - Maré (anexo ao Posto de Saúde)

Telefone: 3104-9896

Centro Especializado de Atendimento à Mulher Chiquinha Gonzaga

Demanda espontânea presencial. Atendimento psicológico e social para mulheres em situação de violência. Encaminhamento para abrigo para mulheres e filhos que estejam em risco de morte. Abrange todo o município.

Funcionamento de segunda a sexta das 9 as 17.

Endereço: Rua Benedito Hipólito, nº 125 – Praça Onze, Centro.

Telefone: 2517-2726

Disque SOS Mulher – ALERJ

Demanda espontânea por telefone. Destinado a apurar denúncias relativas a atos de violência praticados contra a mulher. As mulheres podem, além de registrar denúncias sobre violência doméstica: tirar dúvidas sobre direitos previdenciários, serem esclarecidas sobre aleitamento materno, terem informações sobre licença-maternidade, ente outras dúvidas. Abrange todo o estado.

Telefone: 0800-282-0119

Nesa – Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente

O Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente - NESA é o setor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) responsável pela atenção integral à saúde de adolescentes na faixa etária entre 12 e 20 anos de idade, funcionando como unidade docente-assistencial nos três níveis de atenção.

Endereço: Av. 28 de Setembro, 109 – fundos, Vila Isabel.

Telefone: 2868-8456, 2868- 8457 e 2868-8458.

Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães

Presta atendimento à mulheres vítimas de violência sexual, incluindo a contracepção de emergência, prevenção e tratamento de DST/AIDS e abortamento legal.

Funcionamento 24 horas.

Rua General José Cristino, 87, São Cristóvão.

Telefone: 3878-1498 e 3878-2327

Hospitais de emergência

Prestam profilaxia como contracepção de emergência, prevenção e tratamento de DST/AIDS e encaminhamento a abortamento legal a casos com indicação à vitimas de violência sexual.

Hospital Municipal Souza Aguiar - Praça da República, 111 – Centro.

Hospital Municipal Salgado Filho - Rua Arquias Cordeiro, 370 – Méier.


Hospital Estadual Getúlio Vargas - Rua Lobo Júnior nº 2293 – Penha.

Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda - Rua Moncorvo Filho, 67 Centro.

Hospital Maternidade Carmela Dutra - Rua Aquidabã, 1037 - Lins de Vasconcelos.

Hospital Maternidade Herculano Pinheiro - Av. Min. Edgard Romero, 276 – Madureira.

ANEXO C - Folder informativo sobre violência



**Universidade do Estado
do Rio de Janeiro**

Você sabe o que é violência?

Existem vários tipos de violência e elas podem ser mais comuns do que você pensa. Um chamam mais a nossa atenção, outras podem passar despercebidas por nós e outras são até aceitas pela sociedade.

Vamos saber sobre algumas das muitas formas de violência?

- ❖ **Violência física:** alguma ação ou omissão que ameace ferir ou por em risco a vida ou saúde de alguém.
- ❖ **Violência moral:** alguma ação que tenha a intenção de difamar ou ofender outra pessoa.
- ❖ **Violência psicológica:** qualquer conduta que cause a alguém dano emocional e diminuição da autoestima, ou que tente controlar suas ações, comportamento, crenças e decisões através de ameaça, constrangimento, humilhação.
- ❖ **Violência sexual:** obrigar outra pessoa a ter ou manter contato sexual contra sua vontade, ou até mesmo obrigar a pessoa a participar de relações sexuais com terceiros ou comercializar seu corpo.
- ❖ **Violência de gênero:** acontece pelo fato de ser mulher numa sociedade que subordina o gênero feminino.
- ❖ **Violência intrafamiliar ou violência doméstica:** quando acontece dentro de casa e geralmente é praticada por um membro da família. Pode ser, inclusive, entre pessoas que já tem um relacionamento amoroso.

★ **Caso você, ou alguém que você conheça, esteja passando por algumas dessas situações você pode ajudar. Abaixo estão listados telefones e instituições onde procurar ajuda.**

★ **Disque 180:** Central de Atendimento à Mulher. Atendimento à Mulher 24 horas por dia e de qualquer telefone.

★ **Disque 100:** Disque Direitos Humanos. Receber denúncias de violações de Direitos Humanos, em especial populações com maior vulnerabilidade, como crianças e adolescentes, pessoas idosas, pessoas com deficiência, LGBT, pessoas em situação de rua e outros como quilombolas, ciganos, índios, pessoas em privação de liberdade.

★ **Disque Denúncia:** Telefone: [2253-1177](tel:2253-1177).

★ **Disque Cidadania LGBT.** De segunda à sexta-feira, das 9h às 18h. Endereço: Praça Cristiano Ottoni, s/n - Centro - 7º andar, Prédio da Central do Brasil. Telefone: [0800 023 4567](tel:08000234567).

★ **Conselho Tutelar 3.** Atende à criança e ao adolescente sempre que seus direitos forem ameaçados ou violados. Abrange a A.P. 2.2. De segunda a sexta das 9 as 17. Endereço: Rua Desembargador Isidro, n.º 48, Tijuca. Telefones: [2288-9742](tel:2288-9742), [2214-3480](tel:2214-3480), [98909-1474](tel:98909-1474) e [97375-5591](tel:97375-5591).

★ **Delegacia da Criança e Adolescente Vítima.** Endereço: Rua do Lavradio, 155 - Centro. Telefone: [2334-8481](tel:2334-8481).

★ **Ouvidoria geral do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro.** Presta atendimento pessoal e telefônico. Recebe Denúncias de maus tratos a idosos, crianças e deficientes físicos. De segunda à sexta das 8 as 20. Endereço: Avenida Marechal Câmara, nº370, subsolo, Centro. Telefone: [127](tel:127).

★ **Comissão de Direitos da Criança e do Adolescente da Câmara Municipal do RJ.** Recebe denúncias de maus tratos e violação de direitos da criança e adolescente e encaminha aos órgãos competentes. Abrange todo o município focando no público de crianças e adolescentes. De segunda à sexta das 11 as 18. Endereço: Praça Floriano, nº51-27, Cinelândia. Telefone: [0800-282-9996](tel:0800-282-9996).

★ **Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher.** Compõem a estrutura da Polícia Civil, realizando ações de prevenção, apuração, investigação e enquadramento. Registra boletins de ocorrência e solicita medidas protetivas de urgência nos casos de violência doméstica contra mulheres. Abrange todo o município focando no público de mulheres. Funcionamento 24 horas. Endereço: Rua Visconde do Rio Branco, nº12, centro. Telefone: [2332-9994](tel:2332-9994).

★ **Centro Integrado de Atendimento à Mulher Márcia Lyra.** Atendimento nas segundas, terças e quintas. Realiza primeiro atendimento para identificação e posterior encaminhamento dos casos de violência doméstica, sexual e discriminação. Abrange ao público feminino de todo o município. De segunda à sexta das 9 as 16. End. a Regente Feijó, nº 15, Centro. Telefone: [2332-7199](tel:2332-7199).

★ **Centro Especializado de Atendimento à Mulher Chiquinha Gonzaga.** Atendimento psicológico e social para mulheres em situação de violência. Encaminhamento para abrigo para mulheres e filhos que estejam em risco de morte. Abrange todo o município. De segunda a sexta das 9 as 17. Endereço: Rua Benedito Hipólito, nº 125 - Praça Onze, Centro. Telefone: [2517-2726](tel:2517-2726).

★ **SOS Mulher ALERJ.** Apura denúncias relativas a atos de violência praticados contra a mulher. As mulheres podem, além de registrar denúncias sobre violência doméstica: tirar dúvidas sobre direitos previdenciários, serem esclarecidas sobre aleitamento materno, terem informações sobre licença-maternidade, entre outras dúvidas. Abrange todo o estado. Telefone: [0800-282-0119](tel:0800-282-0119).

★ **Nesa: Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente.** É o setor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) responsável pela atenção integral à saúde de adolescentes na faixa etária entre 12 e 20 anos de idade, funcionando como unidade docente-assistencial nos três níveis de atenção. Endereço: Av. 28 de Setembro, 109 - fundos, Vila Isabel. Telefones: [2868-8456](tel:2868-8456), [2868-8457](tel:2868-8457) e [2868-8458](tel:2868-8458).

★ **Hospitais de Emergência:** prestam serviços como contracepção de emergência, prevenção e tratamento de DST/AIDS e encaminhamento a abortamento legal a casos com indicação à vítimas de violência sexual.

- Instituto Municipal da Mulher Fernand Magalhães. Rua General José Cristiano, 87 - Sl Cristóvão.
- Hospital Municipal Souza Aguiar. Praça República, 111 - Centro.
- Hospital Municipal Salgado Filho. Rua Arquibaldo Cordeiro, 370 - Méier.
- Hospital Estadual Getúlio Vargas. Rua Lot Júnior, 2293 - Penha.
- Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda. Rua Moncorvo Filho, 67 - Centro.
- Hospital Maternidade Carmela Dutra. R. Aquidabã, 1037 - Lins de Vasconcelos.
- Hospital Maternidade Herculano Pinheiro. A. Min. Edgard Romero, 276 - Madureira.

“ Não fique em silêncio diante de violência. Faça sua voz ser ouvida. ”