

VIOLÊNCIA E ATIVIDADE SEXUAL DESPROTEGIDA EM ADOLESCENTES MENORES DE 15 ANOS

SÉRGIO ARAUJO MARTINS TEIXEIRA^{1*}, STELLA REGINA TAQUETTE²

Trabalho realizado no Núcleo de Estudos de Saúde do Adolescente (NESA-UERJ), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ

RESUMO

OBJETIVO. Identificar fatores associados à atividade sexual desprotegida em adolescentes femininas menores de 15 anos.

MÉTODOS. Estudo observacional de corte transversal com adolescentes femininas menores de 15 anos e sexualmente ativas, atendidas em um ambulatório público de ginecologia. Os instrumentos de coleta de dados foram: entrevista semiestruturada para dados pessoais e de sexualidade, e exame clínico-laboratorial para diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis. Os dados foram analisados por meio de testes de frequência, de associação de variáveis com $p < 0,05$ e análise de correspondência múltipla.

RESULTADOS. Cem adolescentes de 11 a 14 anos sexualmente ativas foram entrevistadas e examinadas; 71% se autodeclararam negras, um terço apresentava atraso escolar, 80% iniciaram a atividade sexual antes dos 13 anos; 58% referiram já terem sido vítimas de violência no ambiente intrafamiliar e 13% sofreram abuso sexual; 77% não utilizavam preservativo regularmente e 22% eram portadoras de DST. A atividade sexual desprotegida teve maior ocorrência conjunta com sexarca antes dos 13 anos, exploração sexual comercial, múltiplas parcerias sexuais, violência intrafamiliar, atraso escolar, ser da raça/cor negra, gravidez não esperada e DST.

CONCLUSÃO. As múltiplas violências de que são vítimas as adolescentes, entre elas a estrutural, intrafamiliar e sexual, contribuem para o aumento de suas vulnerabilidades, início precoce e desprotegido da atividade sexual, assim como as DST e gestações não esperadas. A sinergia entre pobreza, baixa escolaridade e baixa autoestima reduz as possibilidades de as adolescentes construírem mecanismos de autoproteção e as expõem a serem revitimizadas fora do ambiente familiar.

*Correspondência:

Rua Visconde de Pirajá,
550 / Sala 2104 – Ipanema
Rio de Janeiro - RJ
CEP: 22410-002

UNITERMOS: Adolescente. Sexualidade. Violência. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Atenção primária à saúde.

INTRODUÇÃO

O início da atividade sexual na adolescência tem ocorrido em idades mais precoces segundo alguns estudos realizados no Brasil^{1,2,3}. Na atualidade, a idade média da primeira relação sexual genital entre as moças está abaixo dos 15 anos⁴. As consequências dessa baixa idade da sexarca feminina podem ser observadas, por exemplo, no rejuvenescimento do processo reprodutivo no Brasil cuja taxa de fecundidade entre as mais jovens aumentou de 17% para 23% nos últimos 10 anos¹ e na feminização da Aids, mais intensa entre 13 e 19 anos, onde já houve inversão da proporção de casos entre homem x mulher⁵.

As adolescentes mais novas, de 10 a 14 anos, em geral, devido à menor idade, ainda têm pensamento abstrato incipiente, o que faz com que sejam mais vulneráveis, se expondo a riscos

sem prever as consequências. A maior vulnerabilidade das mais jovens é descrita em estudos que verificaram uma associação significativa entre adolescentes com baixa idade no início da atividade sexual e variáveis como: provenientes de famílias pobres, vítimas de abuso físico ou sexual, entre outros². Outros elementos contribuem para o aumento do risco de adolescentes femininas, entre eles pode-se destacar a imaturidade biopsicossocial, a dependência econômica, o não reconhecimento da legitimidade do exercício sexual, a violência de gênero⁶⁻⁹ e o consumo de bebidas alcoólicas e de drogas^{10,11}.

As adolescentes são as principais vítimas de violência sexual, de exploração sexual comercial^{12,13} e, comumente, têm parceiros mais velhos, tendo pouco poder de negociação do uso do preservativo nas relações sexuais. A associação entre pobreza/violência/sexo feminino e um maior risco de DST/Aids foi

1. Mestrado em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Professor Adjunto "A" da Faculdade de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos, Rio de Janeiro, RJ

2. Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade de São Paulo; Professora adjunta da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Consultora ad hoc do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais e Professora adjunta do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente e médica do Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, RJ

verificada em estudos realizados com adolescentes e jovens^{14,15}. As mulheres são submissas na relação sexual e têm menor conhecimento sobre seu corpo¹⁶.

A violência estrutural da sociedade, em que as oportunidades não são iguais para todos, é geradora de outras violências e há claras evidências de que as iniquidades sociais estão associadas ao aumento da vulnerabilidade às DST/Aids¹⁷. Em sociedades de elevados índices de violência estrutural, como a brasileira, a violência está presente também dentro das famílias e nas relações interpessoais, inclusive as afetivas^{9,18}.

A violência contra a mulher¹⁹ é comum no nosso meio e em geral fruto das relações de gênero desiguais, onde o homem detém maior poder e impõe sua vontade. A adição destas duas condições, violência de gênero e imaturidade biopsicossocial, tem contribuído para a inversão do padrão epidemiológico da epidemia de Aids e outras DST no que diz respeito à distribuição por sexo. A razão entre homens e mulheres com Aids em 1986 era de 15,5 homens para 1 mulher. No ano de 2005 esta razão foi reduzida a 1,5 homens para cada mulher, sendo que na faixa etária de 13 a 19 anos o número de mulheres com Aids já superou o de homens, conforme já mencionado⁵.

Esta pesquisa teve como objetivo identificar que fatores mais frequentemente têm ocorrência conjunta com atividade sexual desprotegida em adolescentes do sexo feminino, menores de 15 anos, atendidas no ambulatório de Ginecologia da Atenção Primária do NESA-UERJ e contribuir com subsídios para as políticas públicas de saúde voltadas para este segmento populacional.

População estudada e método

Trata-se de estudo observacional, de corte transversal, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas e exames clínicos e laboratoriais para diagnóstico de doença sexualmente transmissível (DST), cuja população alvo foi de adolescentes do sexo feminino menores de 15 anos, sexualmente ativas, que procuraram atendimento no Ambulatório de Ginecologia do NESA-UERJ, independentemente do motivo que as levou à consulta. A amostra estudada foi de conveniência, coletada no período de agosto de 2005 e junho de 2007, composta por 100 entrevistadas. Todas as adolescentes consultadas, elegíveis nos critérios da população alvo, foram convidadas a participar. Serviu como critérios de exclusão: a não realização dos exames físicos e laboratoriais propostos, ou a incapacidade da entrevistada em compreender as perguntas.

As adolescentes foram entrevistadas nos consultórios do NESA-UERJ, com garantia de privacidade, apenas com a presença da adolescente e do pesquisador, segundo um roteiro que continha perguntas abertas e fechadas. Incluía um inquérito sobre dados pessoais, antecedentes familiares e questões relacionadas à puberdade, exercício da sexualidade, abuso sexual, contracepção, doenças e gravidez. As primeiras 20 adolescentes foram novamente entrevistadas após um prazo máximo de 30 dias, para teste de confiabilidade deste instrumento. Ao final do estudo, as respostas às perguntas não estruturadas foram lidas e relidas atentamente para análise do conteúdo e construção das categorias classificatórias¹⁹.

Algumas variáveis foram criadas a partir das respostas. Em relação à escolaridade, a variável 'atraso escolar' foi considerada na defasagem superior a dois anos, em relação à idade esperada

para a série concluída com aprovação da estudante, visto que aos 15 anos de idade os adolescentes devem ingressar no ensino médio. Na categorização da primeira experiência sexual, foi considerada 'sexarca forçada' quando o intercurso sexual decorreu de uma situação de coação com utilização de força física ou pressão psicológica. Quanto ao vínculo afetivo com o parceiro, foi classificado como: 'sem vínculo', quando inexistia uma relação de afeto, incluindo os referidos como "pegantes"; 'com vínculo e sem compromisso', se houvesse afetividade com o parceiro, porém os encontros eram ocasionais com os chamados "ficantes"; 'com vínculo e com compromisso' quando a referência aos parceiros foi como "namorados". Quanto ao exercício da sexualidade, foi aferida sua frequência, utilização de medidas preventivas, sexo e número de parceiros, além de perguntas sobre exploração sexual comercial.

Foi definido como 'abuso sexual' a situação em que a adolescente foi usada contra a sua vontade ou sem o seu consentimento para satisfação sexual de um adulto ou adolescente mais velho, seja com carícias, manipulação de genitália, mama ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia, exibicionismo, até o ato sexual, com ou sem penetração²⁰. A caracterização do abuso foi feita quando descreveram situações que se enquadravam nas acima descritas, seja quando perguntadas se já tinham sofrido algum tipo de abuso ou quando relataram suas experiências sexuais.

Após as entrevistas, seguiram-se os exames clínicos e laboratoriais em todas as pesquisadas. O diagnóstico de DST foi norteado pela abordagem sindrômica recomendada pelo Manual de Orientação - DST / Aids da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)²¹, acrescida de bacterioscopia pelo método de Gram, cultura para gonococo e citologia cérvico-vaginal, onde se rastreou lesões sub-clínicas do HPV, tais como lesões intraepiteliais escamosas de baixo ou alto grau (Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion - LSIL, ou, High Grade Squamous Intraepithelial Lesion - HSIL). Também foram solicitados testes sanguíneos de VDRL para rastreio da sífilis, e anti-HIV (método ELISA), confirmados pelo Western blot nos casos que acusaram positividade. O teste sorológico para hepatite B não foi realizado por não estar disponível no Laboratório de Imunologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

Os dados coletados foram submetidos à análise de correspondência múltipla (MCA). Este instrumento realiza um estudo multivariado de dados categóricos que permite a observação conjunta de grande número de variáveis e identifica diferentes fatores que agrupem diversas características e busca um perfil que pode indicar a predisposição para determinadas situações. Foi utilizado para esta análise um programa de computador denominado "Stata/SE 8.0 for Windows" que realiza procedimentos matemáticos para definir a melhor organização das variáveis e aloca-las em um gráfico gerado com quatro quadrantes divididos por dois eixos. A interpretação dos resultados é obtida pela observação de aglomerados formados pela proximidade destas variáveis. Estes agrupamentos demonstram padrões de relações entre essas características e quanto mais próximas elas se apresentam, mais frequente a sua ocorrência conjunta. Os dois eixos, conjuntamente, separam as características que se alocam no quadrante superior esquerdo das que se encontram no quadrante inferior direito, e as que estão no quadrante superior

direito daquelas que estão no inferior esquerdo, caracterizando grupos com perfis extremos opostos. Nesta etapa podemos ter uma visão geral do estudo, podendo verificar algumas hipóteses iniciais de conhecimento *a priori*, assim como um esboço de perfis em nossa população. Também observamos a contribuição absoluta de cada variável pela sua distância dos eixos, tanto no lado positivo como no negativo. Quanto maior esta distância, maior sua significância na interpretação dos resultados.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ e cumpre os princípios éticos contidos na declaração de Helsinki. Todas as adolescentes e seus responsáveis assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 100 adolescentes do sexo feminino, sexualmente ativas e menores de 15 anos. A duração média das entrevistas foi de 47 minutos. A faixa etária variou de 11 a 14 anos completos e a média de idade foi de 14 anos e um mês. A classificação por raça/etnia autorreferida mostrou que 71% eram negras (pretas ou pardas) e 29% brancas. Nenhuma se declarou indígena ou amarela. Quanto ao nível socioeconômico das participantes, grande parte delas desconhecia a renda familiar. Entretanto, por se tratar de um ambulatório público, podemos inferir que eram pertencentes aos extratos de menor poder aquisitivo.

Quase um terço das adolescentes deste estudo apresentava atraso escolar. Oitenta por cento das adolescentes tinham a figura materna em casa, enquanto que a figura paterna esteve presente em apenas 41% dos lares. Na investigação sobre violência, 58% referiram ter sido vítimas dela no ambiente intrafamiliar e 13% sofreram abuso sexual, seja em casa ou fora dela, a maior parte perpetrada por pessoas de seu convívio. Ter parentes com história de alcoolismo foi mencionado por 44% das entrevistadas e 43% revelaram consumo ou tráfico de drogas ilícitas por seus familiares. Sobre a experiência sexual das adolescentes, se verificou que a idade média do primeiro intercurso sexual foi de 13 anos e em 80% delas o tempo transcorrido entre o início do relacionamento com o parceiro e a ocorrência da sexarca foi igual ou inferior a um ano. Quanto à primeira relação sexual, 63% das adolescentes já havia menstruado há mais de um ano quando esta ocorreu, 72% referiram ter sido com namorados e 46% dos parceiros eram maiores de 18 anos. Quatorze adolescentes já tinham vida conjugal.

A preocupação com medidas preventivas foi relatada por 93% das meninas; 44% recebiam apenas gravidez, 9% somente DST e 40% ambas. Apesar disso, o uso do preservativo foi irregular em 77% das entrevistadas e a incidência de DST no grupo estudado foi de 22%.

No exercício da sexualidade, 22 admitiram ter tido mais de dois parceiros no último ano. Do total das meninas, oito revelaram a prática de sexo com mais de uma pessoa ao mesmo tempo e seis eram exploradas comercialmente (em troca de dinheiro ou outros benefícios). Estas últimas também mantinham relações sexuais com parcerias de ambos os sexos por conta desta atividade.

Em relação às citologias de esfregaços vaginais e cervicais, três foram absolutamente normais, 94 apresentaram reações inflamatórias decorrentes de desequilíbrio da flora vaginal e três acusaram lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau (LSIL).

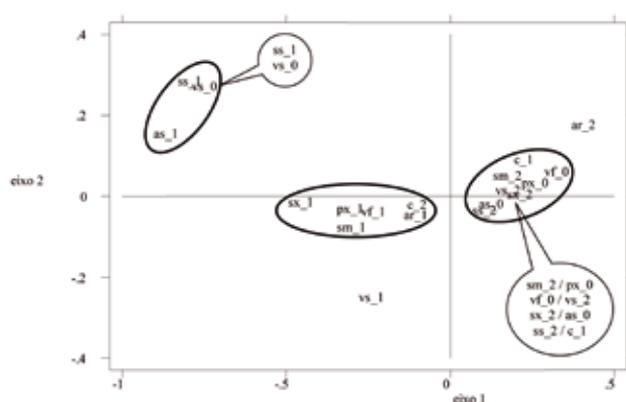
Ao considerar apenas as portadoras de DST e separá-las por raça autodeclarada, verificou-se que o percentual da população

branca foi de 13,6%, enquanto o da população negra foi de 86,4%. Em relação à gestação, presente ou passada, também se observou uma maior prevalência no segmento de adolescentes negras: 80% contra 20% de brancas.

Na avaliação qualitativa dos dados advindos das respostas às perguntas não estruturadas foram criadas categoria/variáveis que serviram de base à análise de correspondência múltipla. Na tabela abaixo verifica-se a prevalência das variáveis utilizadas na análise de correspondência múltipla.

Neste tipo de análise, a existência de conglomerados e a proximidade das variáveis configuram os padrões de relações entre elas. Quanto maior a proximidade no gráfico, maior a

Gráfico 1 - Situações de violência e a iniciação sexual



Variáveis do Gráfico 1

Variáveis	Sigla / Categorias
Tempo de relacionamento p/sexarca	ar 1= <=1 ano ar 2= >1 ano
Abuso sexual	as 0= Não as 1= Sim
Maioridade do parceiro	px 0= Não px 1= Sim
Intervalo sexarca X menarca	sm 1= <=1 ano sm 2= >1 ano
Situação da sexarca	ss 1= Forçada ss 2= Espontânea
Faixa etária da sexarca	sx 1= <13 anos sx 2= >=13 anos
Violência intrafamiliar	vf 0= Não vf 1= Sim
Vínculo na sexarca	vs 0= s/vínculo vs 1= c/vínculo e s/compromisso vs 2= c/vínculo e s/compromisso
Raça / etnia	c 1= branca c 2= negra

freqüência de ocorrência conjunta das mesmas. Para melhor compreensão, os aglomerados de variáveis foram circundados e, quando houve sobreposição, foi criado um “balão” com a sua lista, para melhor visualização.

A ‘sexarca forçada’ foi relatada por 12% das meninas. Quanto ao vínculo afetivo com o parceiro no primeiro intercurso, a inexistência de vínculo, incluindo os referidos ‘pegantes’, foi citada por 12% das adolescentes; com vínculo e sem compromisso, com os chamados ‘ficantes’, ocorreu em 16% dos casos; com vínculo e com compromisso, ‘namorados’, foi referido por 72% das entrevistadas. Sendo assim, verifica-se no Gráfico 1 que a ‘sexarca forçada’ e a ausência de vínculo afetivo têm ocorrência conjunta com o abuso sexual. Exemplificam esta situação depoimentos como: “Meu vizinho me levou para a casa dele e me forçou. Disse que se gritasse ou contasse para alguém, ia me bater”. Da mesma forma, ainda à esquerda do gráfico, observa-se

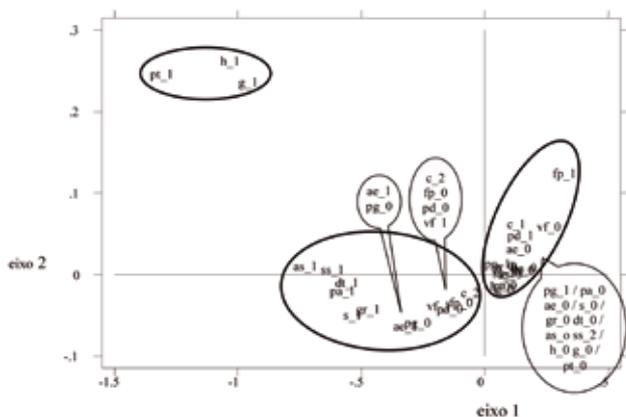
a proximidade entre as características: iniciação sexual mais precoce, com menos de um ano ou anterior à menarca, tempo de relacionamento reduzido e descompromissado, maioria do parceiro, violência intrafamiliar e raça negra. Neste grupo encontra-se uma menina que, ao ser constantemente agredida em casa, fugiu e foi morar na rua, onde foi estuprada por dois homens aos 11 anos e por outro aos 13. Já teve 11 parceiros, é portadora de HIV e atualmente reside em um abrigo com seu filho.

Quando ultrapassado o eixo 1 do gráfico, verificam-se aglomeradas as variáveis: primeiro coito realizado de modo consentido e mais tarde, decorrente de maior convívio e compromisso, intervalo superior a um ano da menarca, com parceiro de idade mais próxima, ausência de situação de violência na família e raça branca.

No Gráfico 2 verificam-se dois aglomerados à esquerda. No primeiro, a aglutinação de exploração sexual comercial, sexo grupal (onde havia mais de duas pessoas envolvidas) e relações com parcerias de ambos os sexos. Abaixo, o primeiro intercurso em situação forçada, abuso sexual, portadoras de DST, múltiplos parceiros (mais de dois no último ano), gravidez, vida conjugal, atraso escolar, sem conscientização da necessidade de medidas preventivas, uso inconstante de preservativos, violência intrafamiliar e adolescentes da raça negra.

Vários relatos significativos foram ouvidos neste grupo, tais como: “Meu primo soube... sabe... que saía por dinheiro. Disse que parente é de graça e me pegou à força”. Uma adolescente estuprada aos 12 anos, pelo tio traficante de 23, revelou: “Meu tio tava doidão e me fez mulher, agora ganho a vida com isso, mas minha mãe me bate sempre que descobre que vou para a pista”. Aos 14 anos, era vítima de exploração sexual comercial e desde então, praticava sexo grupal e com parcerias de ambos os sexos, consumia frequentemente drogas ilícitas e bebidas alcoólicas, já tinha se submetido a um abortamento e seu exame sorológico acusou sífilis.

Gráfico 2 - Situações de violência e a prática sexual.



Variáveis do Gráfico 2

Variáveis	Sigla / Categoria
Abuso sexual	as 0= Não
	as 1= Sim
Paciente com DST	df 0= Não
	df 1= Sim
Uso regular de preservativo	fp 0= Não
	fd 1= Sim
Sexo grupal	g 0= Não
	g 1= Sim
	gr 0= Não
Já engravidaram	gr 1= Sim
	h 0= Não
Relação com parceiros de ambos os sexos	h 1= Sim
	pa 0= Não
Múltiplos parceiros	pa 1= Sim

Variáveis do Gráfico 2 (cont.)

Variáveis	Sigla / Categoria
Preocupação com DST	pd 0= Não
	pd 1= Sim
Preocupação com contracepção	pg 0= Não
	pg 1= Sim
Exploração sexual comercial	pt 0= Não
	pt 1= Sim
Situação conjugal	s 0= Nunca teve
	s 1= Tem/teve
Situação da sexarca	ss 1= Forçada
	ss 2= Espontanea
Violência intrafamiliar	vf 0= Não
	vf 1= Sim
Atraso escolar	ae 0= Não
	ae 1= Sim
Raça / etnia	e 1= branca
	e 2= negra

Em outro exemplo, uma adolescente, também com 14 anos à época da entrevista, teve seu primeiro intercurso fruto de estupro aos 11, executado pelo vizinho de 22, repetido por várias vezes até seus 12 anos, ocasião em que acabou grávida. Não revelou a ninguém sobre o acontecido, até conversar com um psicólogo após dois a três meses do parto. Teve seis parceiros no último ano e não faz uso regular de condom. O laudo da citologia confirmou NIC I.

Uma das entrevistadas, filha de pai desconhecido, perdeu seu padrasto aos dois anos, assassinado em briga de quadrilhas por um traficante rival. Foi criada pela mãe, prostituta e usuária dependente de cocaína. Com espontaneidade, relatou: *“Minha mãe me levava nos programas desde os quatro anos para fazer sexo oral, mas só passei a transar e cheirar cocaína com ela aos nove anos”*. Aos 12, após o falecimento da mãe por complicações da Aids, foi morar com a avó que, pela impotência em impedir que ela saísse várias vezes e ficasse exposta ao risco de ser explorada sexualmente, optou por interná-la em um abrigo aos 13 anos. As adolescentes que não apresentavam atraso escolar

eram as que não tinham vivenciado situações de violência, eram da raça branca, usavam preservativo, tinham poucos parceiros, nunca tinham engravidado ou tido uma DST.

DISCUSSÃO

Os dados deste estudo revelam que a maioria das entrevistadas tem vivências de situações diversas de violência que as colocam em risco para a ocorrência de atividade sexual em idades mais precoces e consequentes DST ou gravidez não esperada. Evidenciou-se que aquelas que foram mais perversamente vitimadas foram as infectadas por doenças sexualmente transmissíveis.

A concomitância de diversas formas de violência com atividade sexual desprotegida em adolescentes tem sido evidenciada pela literatura. A associação da sexarca com baixa idade com o abuso sexual descrita por Edgardh²² encontrou respaldo nos resultados obtidos neste estudo. O acontecimento de ambos, em conjunto com iniciação sexual forçada, por vezes anterior à

Tabela - Prevalência das variáveis

Variáveis	%	Variáveis	%
Abuso sexual	Não	Relação com parceiros de ambos os sexos	Não
	87		94
	Sim	Sim	6
	13		
Atraso escolar	Não	Sexo grupal	Não
	69		92
	Sim	Sim	8
	31		
Exploração sexual comercial	Não	Situação conjugal	Nunca teve
	94		86
	Sim	Tem/teve	14
	6	Forçada	12
Faixa etária da sexarca	<=13 anos	Situação da sexarca	Espontânea
	8		88
	>=13 anos	Tempo de relacionamento p/sexarca	<=1 ano
	92	80	>1 ano
Intervalo sexarca X menarca	<=1 ano	Uso regular de preservativo	Não
	13		77
	>1 ano	Sim	23
	87	sem vínculo	12
Já engravidaram	Não	Violência na sexarca	com vínculo e com compromisso
	85		16
	Sim	com vínculo e com compromisso	72
	15	Não	42
Maioridade do parceiro	Não	Violência intrafamiliar	Sim
	54		58
	Sim		
	46		
Múltiplos parceiros	Não		
	78		
	Sim		
	22		
Paciente com DST	Não		
	78		
	Sim		
	22		
Preocupação com contracepção	Não		
	16		
	Sim		
	84		
Preocupação com DST	Não		
	51		
	Sim		
	49		
Raça / etnia	branca		
	29		
	negra		
	71		

menarca, sem vínculo afetivo, tempo de relacionamento reduzido ou nenhum, e não utilização de preservativos configura o quadro de violência sexual e de gênero a que estas meninas estão mais expostas.

Na caracterização das adolescentes estudadas, nota-se uma maior prevalência de DST e gestações não esperadas nas autorreferidas como pretas e pardas. Estes dados podem significar uma pior condição de vida das afro-descendentes que, segundo dados de outros autores^{23,24}, são decorrentes da discriminação racial a que este segmento populacional está submetido na sociedade brasileira, que implica em circunstâncias de vulnerabilidade às DST/Aids e gravidez não esperada e maior mortalidade materna²⁵.

Abuso sexual e estupro, principalmente nesta fase de construção da personalidade, provocam traumas psicológicos que podem ter vários desdobramentos, entre eles a prática sexual desprotegida e a maior vulnerabilidade à exploração sexual comercial^{26,27}. Além da possibilidade de gravidez, depressão ou mesmo suicídio, as adolescentes vítimas destes ou de outros tipos de violência estão mais sujeitas à pouca utilização de condons e, conseqüentemente, mais vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis¹⁸.

Paralelamente a esta situação, constataram-se outros modos de violência como a familiar, não raro concomitante com histórias de alcoolismo e consumo ou tráfico de drogas ilícitas. A violência perpetrada por familiares, citada inúmeras vezes por este grupo, frequentemente foi praticada sob a alegação de educar e corrigir comportamentos não desejados, ratificando os achados em outros estudos²⁸. A violência psicológica, a exemplo de outras formas de violência, traz aos jovens um sentimento de impotência e depreciação da autoestima²⁹, criando dificuldades para acharem seus próprios caminhos e tornando-os presas fáceis de objetivos alheios. Em consequência deste ambiente hostil, as adolescentes são impelidas à busca de uma vida melhor fora de casa, e a incapacidade dos pais em apoiá-las acaba por ser conivente com esta atitude. As que recorreram à vida nas ruas em busca de se libertarem de um ambiente adverso, se depararam com outras ameaças e ações violentas. Algumas parecem ver na vida conjugal a oportunidade de se livrarem desses problemas, ingressarem em uma nova fase da vida em uma outra realidade. Porém, eventualmente ocorre a simples troca de uma beligerância por outra e o processo retorna ao início.

Contrapondo-se aos achados mais danosos e frequentes de violência verificados nas adolescentes com atividade sexual desprotegida, evidenciou-se que aquelas advindas de famílias mais estruturadas, com maior convívio e afetividade, tiveram uma iniciação sexual mais segura, com conscientização sobre uso de métodos preventivos de gravidez e doenças.

CONCLUSÃO

A ocorrência conjunta de diversas formas de violência, entre elas a estrutural, familiar e sexual ampliam a vulnerabilidade das adolescentes vítimas à atividade sexual mais precoce e desprotegida e conseqüente DST e gravidez não esperadas. A sinergia entre pobreza, baixa escolaridade e baixa autoestima reduz as possibilidades das adolescentes construírem mecanismos de autoproteção e às expõem a serem revitimizadas fora do ambiente familiar.

Gestações não esperadas acrescidas às características frequentemente insidiosas e subclínicas das doenças sexualmente transmissíveis, traumas físicos e psicológicos, indicam a necessidade de condutas preventivas, objetivas e resolutivas, evitando tratamentos tardios, onerosos, hospitalares e, muitas vezes, incapazes de evitar sequelas importantes.

Este estudo expôs o cenário de violência a que estão frequentemente submetidas as adolescentes menores de 15 anos dos estratos sociais menos favorecidos e impõe a necessidade de se intensificar a atenção a este segmento populacional. Seus resultados podem servir como subsídios à implementação de políticas públicas que atendam às suas demandas específicas e contribuam para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e promoção de saúde na adolescência.

Os aparatos legais disponíveis para o enfrentamento do problema da violência contra mulheres adolescentes ainda não estão suficientemente popularizados e frequentemente não são acionados para dar proteção a este grupo populacional. Destacam-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Lei 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha. Esta última foi sancionada no ano de 2006 e criada para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Já o ECA dispõe sobre os direitos das crianças e adolescentes e oferece mecanismos que visam sua proteção e garantam crescimento e desenvolvimento saudáveis. A não realização dos procedimentos previstos nestas leis pode reverter em danos irreparáveis.

Vale ressaltar que as notificações de ações violentas contra adolescentes muitas vezes não são realizadas, seja por elas ou seus conhecidos, por conta do estigma social ou pelas ameaças de quem as praticou³⁰. Outra causa para esta subnotificação seria a descrença crescente da população nos sistemas de proteção que reflete em uma redução gradual das comunicações aos Conselhos Tutelares, ou ainda, a possibilidade destes órgãos criarem uma espécie de “filtro” frente ao grande número de ocorrências, priorizando as “muito graves”³¹. Paralelamente, alguns profissionais de saúde recebem ser envolvidos em questões legais ou judiciais, além de temerem pela própria integridade física frente a “famílias hostis”³².

Destaca-se que, apesar das limitações deste estudo desenvolvido com uma amostra de conveniência, seus resultados contribuem com subsídios para as políticas públicas de redução das DST/Aids neste grupo populacional, ao apontar os fatores que mais frequentemente concorrem juntos à atividade sexual precoce e desprotegida.

Conflito de interesse: não há

SUMMARY

VIOLENCE AND UNSAFE SEXUAL ACTIVITY OF ADOLESCENTS UNDER 15 YEARS OF AGE

OBJECTIVE. To identify factors associated with unprotected sexual activity in female adolescents younger than 15 years.

METHODS. Observational cross-sectional trial with female teenagers less than 15 years-old and sexually active, attended at a public gynecology clinic. Instruments for data collection were: semi-structured interviews for personal data and about sexuality as well as clinical examination and laboratory tests for diagnosis of sexually transmitted diseases. Data were analyzed

by testing of frequency, association of variables with $p < 0.05$ and multiple correspondence analysis.

Results. One hundred adolescents between 11 and 14 years of age sexually active were interviewed and examined, 71% declared themselves black, one-third were behind in school, 80% began sexual activity before 13 years of age, 58% reported having been victims of violence in the intrafamily environment and 13% had suffered sexual abuse, 77% did not use condoms regularly and 22% had STDs. Unprotected sexual activity occurred more frequently with the first sexual intercourse before 13 years of age, commercial sexual exploitation, multiple sexual partners, intrafamily violence and school delay, in addition to be black, to unexpected pregnancy and have STDs.

CONCLUSION. The multiple violence suffered by teenagers, including structural, intrafamily and sexual, contribute to increase their vulnerabilities, early and unprotected sexual activity, as well as STDs and unexpected pregnancies. The synergy between poverty, poor education and low self-esteem reduces the chances of adolescents building self-protection mechanisms and exposes them to be victimized again outside the family environment. [Rev Assoc Med Bras 2010; 56(4): 440-6]

KEY WORDS: Adolescent. Sexuality. Violence. Sexually transmitted diseases. Primary health care.

REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 2006. [citado 8 mar 2009]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>.
- Taquette SR, Vilhena MM, Paula MC. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. Rev Soc Bras Med Trop. 2004;37(3):210-4.
- Abramovay M, Castro MG, Silva LB. Juventudes e sexualidade. Brasília (DF): UNESCO Brasil; 2004.
- Taquette SR. Atividade sexual de adolescentes femininas em contextos de pobreza. In: Taquette SR, organizador. Aids e juventude: gênero, classe e raça. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2009. p.55-66.
- Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico Aids e DST. 2008; 5(1).
- Taquette SR. O paradoxo da moral sexual na adolescência e as DST/Aids. In: Taquette SR. Aids e juventude: gênero, classe e raça. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2009. p.135-54.
- Trajman A, Belo MT, Teixeira EG, Dantas VCS, Salomão FM, Cunha AJLA. Knowledge about STD/AIDS and sexual behavior among high school students in Rio de Janeiro, Brazil. Cad Saúde Pública. 2003;19(1):127-33.
- Giffin K, Dantas-Berger SM. Violência de gênero e sociedade de risco: uma abordagem relacional. In: Taquette SR, organizador. Violência contra a mulher adolescente/jovem. Rio de Janeiro: Eduerj; 2007. p.55-60.
- Taquette SR. A permanência das desigualdades de gênero. In: Taquette SR, organizador. Aids e juventude: gênero, classe e raça. Rio de Janeiro, EdUERJ; 2009. p.67-76.
- Conard LA, Blythe MJ. Sexual function, sexual abuse and sexually transmitted diseases in adolescence. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2003; 17(1):103-16.
- Howard DE, Wang MQ. Risk profiles of adolescent girls who were victims of dating violence. Adolescence. 2003;38(1):1-14.
- Associação Brasileira de Proteção à Infância e Adolescência - ABRAPIA. Maus tratos contra crianças e adolescentes: guia de orientação para profissionais de saúde. Petrópolis: Autores & Agentes & Associados; 1997.
- Mello e Souza C, Adesse L, organizadores. Violência sexual no Brasil. Brasília (DF): Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2005.
- Taquette SR, Ruzany MH, Meirelles Z, Ricardo I. Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/AIDS. Cad Saúde Pública. 2003;19(5):1437-44.
- Taquette SR, Vilhena MM, Paula MC. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública. 2004;20(1):282-90.
- Asinelli-Luz A, Fernandes Júnior N. Gênero, adolescências e prevenção ao HIV/AIDS. Pro-Posições. 2008;19(2):81-97.
- Bastos FI, Swarcwald CL. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. Cad Saúde Pública. 2000;16(Supl 1):65-76.
- Ruzany MH, Taquette SR, Oliveira RG, Meirelles ZV, Ricardo IB. A violência nas relações afetivas dificulta a prevenção de DST/AIDS? J Pediatr. 2003;79(4):349-354.
- Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes; 2001.
- Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. J Pediatr (Rio J). 2005;81(5 Supl):S197-S204.
- Linhares IM, Duarte G, Giraldo PC, Bagnoli VR, editores. DST/AIDS - manual de orientação - Febrasgo. São Paulo: Editora Ponto; 2004.
- Edgarth K. Sexual behaviour and early coitarche in a national sample of 17 year old swedish girls. Sex Transm Infect. 2000;76(2):98-102.
- Lopes F. Para além das barreiras dos números: desigualdades raciais e saúde. Cad Saúde Pública. 2005;21(5):1595-601.
- Lopes F, Buchalla CM, Ayres JRCM. Mulheres negras e não negras e vulnerabilidade ao HIV-Aids no estado e São Paulo, Brasil. Rev Saúde Pública. 2007;41(Supl 2):39-46.
- Martins AL. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. Cad Saúde Pública. 2006;22(11):2473-9.
- Silverman JG, Raj A, Mucci LA, Hathaway JE. Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality. JAMA 2001;286(5):572-9.
- Roberts TA, Klein JD, Fisher S. Longitudinal effect of intimate partner abuse on high-risk behavior among adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003;157(8):875-81.
- Souza ER, Jorge MHPM. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: Lima CA coordenador. Violência faz mal à saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004. p.23-8.
- Assis SG. A adolescente e a violência. In: Taquette SR, organizadora. Violência contra a mulher adolescente-jovem. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2007. p.25-9.
- Polanczyk GV, Zavaschi ML, Benetti S, Zenker R, Gammerman PW. Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. Rev Saúde Pública. 2003;37(1):8-14.
- Bazon MR. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(2):323-32.
- Bourroul MLM, Rea MF, Botazzo C. Residentes de pediatria diante da violência doméstica contra crianças e adolescentes. Interface (Botucatu). 2008;12(27):737-48. [citado 26 Abril 2009]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000400005&lng=en. doi: 10.1590/S1414-32832008000400005.

Artigo recebido: 02/02/10
Aceito para publicação: 04/05/10
