



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**



MANUELA MACIEL SOUZA CODEÇO

**EXPERIÊNCIAS DE INICIAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA SOB UMA
PERSPECTIVA DE GÊNERO: IMPLICAÇÕES PARA SAÚDE SEXUAL E
REPRODUTIVA**

Salvador

2023

MANUELA MACIEL SOUZA CODEÇO

**EXPERIÊNCIAS DE INICIAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA SOB UMA
PERSPECTIVA DE GÊNERO: IMPLICAÇÕES PARA SAÚDE SEXUAL E
REPRODUTIVA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MEPISCO) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Condições de vida, situação de saúde e práticas de cuidado.

Orientador: Profº Drº Laio Magno Santos de Sousa.

Salvador

2023

CATALOGRÁFICA

Biblioteca Professor **Edivaldo Machado Boaventura - UNEB – Campus I**

Bibliotecária: Célia Maria da Costa – CRB5/918

C669eCodeço, Manuela Maciel Souza

Experiências de iniciação sexual na adolescência sob uma perspectiva de gênero: implicações para saúde sexual e reprodutiva/ Manuela Maciel Souza Codeço.- Salvador, 2023.

116 f.

Orientador: Prof. Dr. Laio Magno Santos de Sousa.

Dissertação (Mestrado - Profissional) – Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – MEPISCO, Campus I. 2023.

Contém referências, apêndice e anexos.

1. Adolescência. 2. Educação sexual para adolescentes – Salvador (BA). 3. Jovens – Comportamento sexual – Salvador (BA). 4. Adolescentes (Meninas) – Comportamento sexual – Salvador (BA). 5. Adolescentes (Meninos) – Comportamento sexual – Salvador (BA). 6. Doenças sexualmente transmissíveis – Prevenção. 7. Adolescentes - Saúde sexual. I. Sousa, Laio Magno santos de. II. Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. Campus I. III. Título.

CDD: 613.953


FOLHA DE APROVAÇÃO
"EXPERIÊNCIAS DE INICIAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA SOB UMA
PERSPECTIVA DE GÊNERO: IMPLICAÇÕES PARA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA"

MANUELA MACIEL SOUZA CODEÇO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA – MEPISCO, em 13 de julho de 2023, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado da Bahia, conforme avaliação da Banca Examinadora:



Professor(a) Dr.(a) LAIO MAGNO SANTOS DE SOUSA
UNEB
Doutorado em Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia

Documento assinado digitalmente
 SANDRA ASSIS BRASIL
Data: 20/07/2023 17:51:27-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Professor(a) Dr.(a) SANDRA ASSIS BRASIL
UNEB
Doutorado em Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia



Professor(a) Dr.(a) DANIELA RIVA KNAUTH
Ufrgs - UFRGS
Doutorado em Etnologia e Antropologia Social
École des Hautes Études en Sciences Sociales

Dedico este trabalho a minha família, em especial à minha linda filha Fernanda e ao meu esposo Edvan, por todo amor, apoio e suporte, sendo fonte de toda a minha força e dedicação.

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me dado forças para chegar até aqui.

À minha família, por todo apoio, amor, dedicação e compreensão nos momentos de ausência.

Aos meus amigos, por vibrarem energias positivas a cada conquista. Em especial, aos amigos Gisele e Marcus, que iniciaram essa caminhada comigo, pelas trocas e por tornaram a jornada mais leve e especial.

Aos professores e colegas do MEPISCO pelos ensinamentos e partilha.

Ao professor Dr. Laio Magno pela confiança no projeto, ensinamentos, oportunidade e incentivo nessa caminhada.

À banca avaliadora pela disponibilidade e por contribuir para o aperfeiçoamento deste trabalho.

Ao Projeto “Espaços Jovens”, em especial aos participantes e pesquisadores de Salvador.

CODEÇO, Manuela Maciel Souza. **Experiências de iniciação sexual na adolescência sob uma perspectiva de gênero: implicações para saúde sexual e reprodutiva**. Orientador: Laio Magno Santos de Sousa. 2023. 115p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva). Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia, Salvador, 2023.

RESUMO

Introdução: A adolescência representa um período de descobertas e experimentações e está culturalmente vinculada às experiências de sexualidade. Essas experiências envolvem a produção de afeto, desejos, preferências e intimidade e são atravessadas por relações de gênero que produzem hierarquias baseadas no poder. **Objetivos:** Analisar as experiências de iniciação sexual de adolescentes sob uma perspectiva de gênero em um bairro popular de Salvador/Ba, desenvolver oficinas sobre sexualidade, relações de gênero e educação sexual na adolescência para discutir com professores de uma escola pública de um bairro popular em Salvador/Ba e compreender as motivações, conhecimentos e comportamentos envolvidos na iniciação sexual de adolescentes em um bairro popular de Salvador/Ba. **Metodologia:** Essa pesquisa foi um recorte de estudo guarda-chuva intitulado “Contextos de vulnerabilidade ao HIV entre jovens de camadas populares: um estudo multicêntrico em cinco cidades do Brasil - Espaços Jovens”, que teve como objetivo geral compreender os contextos de exposição ao HIV e outras ISTs entre adolescentes e jovens, com idade de 15 a 19 anos, no âmbito comunitário e identificar a diversidade regional no nível do próprio território, em comunidades localizadas capitais brasileiras de Porto Alegre, São Paulo, Salvador, Manaus e Rio de Janeiro. Neste trabalho, foram considerados o material empírico produzido na cidade de Salvador, referente a 36 entrevistas e 4 grupos focais, realizados entre maio/2021 e maio/2022. O material foi transcrito e analisado através da análise de conteúdo a partir das seguintes categorias temáticas: gênero, iniciação sexual, práticas sexuais, vulnerabilidade, educação sexual e contexto familiar. **Resultados:** Os resultados da dissertação foram apresentados em dois produtos: artigo de pesquisa com abordagem qualitativa e um produto técnico. No artigo, observou-se que as experiências de iniciação sexual se dão de formas múltiplas e complexas, articuladas com a produção e a reprodução de aspectos sociais. O papel do gênero foi importante para analisar essas experiências. Apesar das meninas expressarem uma maior liberdade sexual e busca do prazer, ainda persistem preocupações com o julgamento social conservador. Os meninos, por sua vez, vivenciam a sexualidade de forma mais livre, motivados pelo desejo sexual, refletindo os mandatos da masculinidade hegemônica. Ademais, o distanciamento na relação com os pais impactou no estabelecimento de espaços para educação sexual. O produto técnico ofertará subsídios que possam colaborar com o acolhimento e orientação dados aos adolescentes no âmbito escolar. **Conclusão:** Dessa maneira, são evidentes as desigualdades de gênero presentes nas experiências de sexualidade, que contribuem para potencializar as vulnerabilidades e produzir barreiras ao acesso à educação sexual. Dessa forma, recomenda-se que os serviços de saúde busquem intervenções educativas mais abrangentes, para prevenir comportamentos de risco e promover práticas sexuais saudáveis, e que reconheçam a necessidade dos profissionais de saúde e educação em aperfeiçoar o processo de trabalho intersetorial.

Palavras-chave: Adolescência; Relações de Gênero; Sexualidade; Saúde Sexual.

ABSTRACT

Introduction: Adolescence is a phase of life marked by discovery and experimentation, and it's related to sexuality and initial sexual experience. These experiences include affection, desire, preferences, and intimacy and are crossed by gender domination relations that hierarchize women and men in society. **Objectives:** To analyze the sexual initiation experiences of teenagers through a gender perspective in a popular neighborhood in Salvador/Bahia, to develop workshops on sexuality, gender relations, and sexual education in adolescence for teachers from a public school in this neighborhood, and to understand the motivations, knowledge and behaviors involved in the sexual initiation of teenagers in a popular neighborhood in Salvador/Bahia. **Methods:** This research was nested in to study entitled "Contexts of vulnerability to HIV among young people from popular classes: a multicentric study in five Brazilian capital cities - *Espaços Jovens*", which aimed to understand the contexts of exposure to HIV and other sexually transmitted infections among young people, aged 15 and 19 years old, in the community context, and to identify regional diversities, in communities located in the Brazilian capital cities Porto Alegre, São Paulo, Salvador, Manaus, and Rio de Janeiro. In this study, we have chosen to analyze collected information at Salvador, 36 interviews, and four focus groups from May 2021 to May 2022. Data were transcribed and analyzed through content analysis based on these categories: gender, sexual initiation, sexual practices, vulnerability, sexual education, and family context. **Results:** This master's degree dissertation presents two products as results: a qualitative research article and a technical product. The first shows that sexual initiation experiences occur in multiple and complex ways, intertwined with the production and reproduction of social aspects. The role of gender was important in analyzing these experiences. Despite girls having expressed greater sexual freedom and the pursuit of pleasure, concerns about conservative social judgment have still been persistent. Conversely, boys have experienced sexuality more freely, motivated by sexual desire, reflecting the hegemonic masculinity domain. Furthermore, weak relationships between adolescents and their parents have impacted the establishment of spaces for sexual education. The technical product will provide support that may help the scholar community to host and guide adolescents in this sexual development period. **Conclusion:** Thus, gender inequalities in sexual experiences are evident, which may increase vulnerabilities and barriers to access to sexual education. Therefore, health services must implement more effective comprehensive educational interventions to reduce risky behaviors and promote healthier sexual practices. Moreover, interventions must recognize the need for healthcare and education professionals to improve interdisciplinary approaches.

Keywords: Adolescence; Gender relations; Sexuality; Sexual Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características da população estudada _____ 57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Planejamento das oficinas de sexualidade, educação sexual e relações de gênero _____ 85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE	Anticoncepcional de emergência
AHI	Anticoncepcional hormonal injetável
AHCO	Anticoncepcional hormonal combinado oral
CEP	Comitê de ética em pesquisa
CF	Constituição Federal
DSS	Determinantes sociais de saúde
DIU	Dispositivo intra-uterino
ECA	Estatuto da criança e do adolescente
ESF	Estratégia saúde da família
ERICA	Estudo de riscos cardiovasculares em adolescentes
IDH	Índice de desenvolvimento humano
IST	Infecção sexualmente transmissível
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LGBTQIAP+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais, Intersexuais, assexuais e pansexuais
OMS	Organização Mundial da Saúde
HPV	Papilomavírus Humano
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Adolescente
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
SSR	Saúde sexual e reprodutiva
SUS	Sistema único de saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR	Teste rápido

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 ADOLESCÊNCIA E SAÚDE	17
3.2 SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA	22
3.2.1 Experiências de iniciação sexual	22
3.2.2 Métodos de prevenção	24
3.2.3 IST entre adolescentes	28
3.3 VULNERABILIDADES NA ADOLESCÊNCIA	30
3.3.1 Vulnerabilidade	30
3.3.2 Dimensão individual, social e programática nas práticas de risco entre adolescentes	32
3.4 GÊNERO E SEXUALIDADE	37
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	41
4.1 DESENHO DO ESTUDO	41
4.2 CONSTRUÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO	42
4.2.1 Lócus de desenvolvimento do trabalho	42
4.2.2 Participantes do estudo e estratégias de produção de dados	43
4.3 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS	45
4.4 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS	45
4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	47
5 RESULTADOS: PRODUTOS DA DISSERTAÇÃO	48
5.1 ARTIGO	49
5.2 PRODUTO TÉCNICO	79
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS	91
APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista Semiestruturada	102
APÊNDICE B - Roteiro para o Grupo Focal	104
ANEXO A - Parecer CEP	106

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	113
ANEXO C - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)	115

APRESENTAÇÃO

Durante toda minha formação escolar, falar de sexo sempre foi um tabu. Não me recordo de ter tido a oportunidade de participar de momentos de educação sexual ou discussões sobre sexualidade. No meio familiar fui pouco orientada por meus pais acerca dessa temática. Ao adentrar na universidade me deparei com um novo olhar acerca da sexualidade e, por considerar que a abordagem sobre educação sexual e reprodutiva pode ser transformadora, desejei uma aproximação com a área. Desde então as questões que envolvem a sexualidade, gênero e saúde, como os direitos sexuais e reprodutivos, acesso a informações e serviços/insumos de saúde e contracepção me acompanharam, norteando minhas condutas pessoais e profissionais.

Ao longo de meu percurso profissional como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) tive a oportunidade de vivenciar, aprender e me aproximar de adolescentes, principalmente na formação de um grupo de saúde de adolescentes na unidade na qual atuo. Percebi que os temas referentes à sexualidade eram motivo de dúvidas e questionamentos, assim como na minha época de adolescente. A necessidade de uma educação sexual e uma abordagem acolhedora aos adolescentes parecem não acompanhar o preparo dos profissionais de saúde para essa abordagem e se caracteriza como uma grande lacuna na formação profissional.

O interesse por me aprofundar nessa discussão se deu juntamente com a oportunidade de trabalhar em um projeto denominado “Contextos de vulnerabilidade ao HIV entre jovens de camadas populares: espaços jovens” e a possibilidade de adentrar no mestrado profissional em Saúde Coletiva. O mestrado aconteceu em minha vida num momento de incertezas e diante da vivência de uma maternidade reclusa devido ao isolamento social imposto pela pandemia de Covid - 19. Surgia em mim o desejo por mudar, expandir meu conhecimento, adquirir novas habilidades e valorizar minha formação profissional.

O presente estudo surgiu a partir de experiências vividas como enfermeira da saúde da família no município de Salvador - BA, onde observava nos atendimentos a adolescentes, de forma individual ou em grupos, na unidade, escola ou comunidade, o relato de práticas sexuais desprotegidas ou a vivência da maternidade/paternidade de forma imprevista. Diante disso, surgiu a necessidade de

conhecer as vulnerabilidades a que esses adolescentes estão expostos e identificar comportamentos de risco à saúde.

Os desafios que surgiram nesse processo fizeram parte do crescimento acadêmico e pessoal desenvolvido ao longo desses dois anos. Ao me deparar com novas teorias e abordagens, pude questionar crenças e preconceitos enraizados, desconstruir conceitos pré-existentes e abrir espaço para novas percepções. Essa mudança de perspectiva foi enriquecedor, pois permitiu uma compreensão mais ampla e complexa dos fenômenos relacionados à saúde, incluindo as questões de gênero e sexualidade. Ao me afastar de uma abordagem estritamente biológica e comportamental, passei a considerar também os aspectos sociais, culturais e históricos que influenciam as experiências e vivências das pessoas.

Essa nova abordagem também trouxe a responsabilidade em lidar com a complexidade e a subjetividade das vivências humanas, o reconhecimento da diversidade de experiências e a necessidade de acolhimento e respeito às singularidades de cada indivíduo. Aprofundar-se nas ciências sociais trouxe a oportunidade de compreender as relações de poder, os processos de exclusão e estigmatização, e buscar formas de promover a igualdade e a justiça social no campo da saúde.

A partir desse conhecimento, espero melhorar o planejamento de medidas de prevenção viáveis no contexto de vida de cada adolescente e propor a implantação de estratégias de intervenção apropriadas para a integralidade da assistência na unidade de saúde em que atuo.

1 INTRODUÇÃO

A adolescência pode ter diferentes conceitos e classificações cronológicas a depender do contexto social, econômico e cultural (SHABANI; MOLEKI; THUPAYAGALE-TSHWENEAGAE, 2018). De um ponto de vista cronológico, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é a fase da vida humana que está compreendida entre os 10 e 19 anos. Essa fase também marca a passagem da infância para a idade adulta (BRASIL, 2010) e caracteriza-se por diversas modificações no campo biológico, cognitivo, psicológico e social, sendo vivenciada de formas diferentes por cada sujeito e influenciada por contextos socioculturais (QUEIROZ *et al.*, 2017; REIS; MALTA; FURTADO, 2018).

Geralmente, esse período é culturalmente vinculado às experiências de iniciação sexual (BORGES *et al.*, 2016; MOTA *et al.*, 2019). No Brasil, estudo comparativo dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva (SSR) da Pesquisa Nacional de Saúde do Adolescente (PeNSE), realizada entre adolescentes nos anos de 2009, 2012 e 2015, demonstrou uma diminuição na proporção de adolescentes que já haviam iniciado as práticas sexuais genitais¹ (de 30,5% em 2009 para 27,5% em 2015), assim como uma queda no uso de preservativo na última relação sexual (75,9% em 2009 para 66,2% em 2015). Além disso, esse estudo mostrou uma maior proporção de iniciação sexual genital entre adolescentes do sexo masculino, com tendência a relação sexual genital desprotegida e maior número de parceiras sexuais em comparação com as meninas (FELISBINO-MENDES *et al.*, 2018).

O início precoce da relação sexual genital na adolescência, sem orientações específicas sobre a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e métodos contraceptivos, pode aumentar as chances de uma gravidez imprevista ou aborto inseguro (BRANDÃO; CABRAL, 2017). Nesse contexto, o início da vida sexual, sem informações adequadas, pode aumentar a vulnerabilidade desta população em comparação aos adultos (ARROYAVE *et al.*, 2016).

¹ Nesse trabalho, faremos a distinção entre i) iniciação sexual genital e ii) experiências de iniciação sexual. O primeiro é geralmente marcado pela utilização de elementos corporais para obtenção de prazer sexual (pênis, vagina, anus etc.) e que estão mais associados ao risco de infecções sexualmente transmissíveis. Talvez por conta desse risco epidemiológico, esse conceito é geralmente mais utilizado pelos estudos da saúde coletiva para se referir ao início da vida sexual. O último conceito, por outro lado, trata-se de um fenômeno amplo da experiência das experimentações sexuais dos sujeitos, que pode envolver a utilização daqueles elementos corporais ou não (e.g., pornografia, sexo virtual etc.).

No que diz respeito à infecção pelo HIV/aids, observa-se um aumento das notificações nos últimos anos no Brasil nessa faixa etária, especialmente entre os adolescentes do sexo masculino. Nesse país, a razão entre os sexos sofreu alteração ao longo do tempo: de 14 casos entre homens para cada dez casos entre mulheres em 2007 para 28 casos entre homens para cada dez casos entre mulheres em 2021. Apesar disso, em 2021, a ocorrência de novas infecções pelo HIV em mulheres entre 15 e 34 anos representou 45,6% dos casos. Em relação à taxa de detecção de aids entre os adolescentes homens de 15 a 19 anos, entre 2011 a 2021, observou-se um incremento de 45,9%, porém entre as adolescentes mulheres, apresentou uma queda de 45,1% (BRASIL, 2022b).

A saúde reprodutiva deveria ser um componente da saúde direcionada para homens e mulheres, porém por razões socioculturais, o ônus da fecundidade, contracepção e maternidade têm recaído, de maneira desproporcional, sobre as mulheres, estando estas mais sujeitas às repercussões morais da sociedade sobre suas decisões, seja de cunho sexual ou reprodutivo (BRANDÃO; CABRAL, 2017).

Essas desigualdades são resultado de normas de gênero e expectativas sociais arraigadas, divisão desigual entre trabalho remunerado, doméstico e cuidados com as crianças (MEDEIROS; PINHEIRO, 2018), estigmatização das decisões reprodutivas femininas, que incluem autonomia nas escolhas reprodutivas e contraceptivas (CHACHAM; JAYME, 2016; JUNQUEIRA, 2017; MARANHÃO *et al.*, 2017). Além disso, o acesso desigual às informações e serviços de saúde reprodutiva, muitas vezes com a exclusão de homens nas abordagens sobre reprodução, reforçam essas diferenças e a naturalização da dominação masculina (QUEIROZ *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2020).

Sabe-se que o conhecimento que os adolescentes possuem sobre SSR pode modificar comportamentos, atitudes e práticas no contexto da prevenção de IST e da contracepção. Pesquisa realizada entre 2012 e 2013 com estudantes de 12 a 18 anos, de escolas públicas na região da tríplice fronteira (Brasil, Paraguai e Argentina) evidenciou que 75,6% dos adolescentes receberam orientações sobre contraceptivos da família ou escola. Destes, 84,2% referiram hábito de uso de contraceptivos. O grupo que referiu menor acesso às informações foi o que apresentou maior percentual de práticas sexuais genitais, de forma mais precoce e com menor adesão ao uso de preservativo (PRIOTTO *et al.*, 2018). Outro estudo realizado em 2012 entre escolares brasileiros, com idade entre 13 e 17 anos,

também apontou que há uma maior chance da ocorrência de práticas sexuais genitais com uso de preservativos entre adolescentes que receberam orientação sobre contracepção e prevenção de ISTs nas escolas em comparação com aqueles que não receberam (OLIVEIRA-CAMPOS *et al.*, 2014).

No Brasil, a SSR é um direito reconhecido pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), Constituição Federal (CF) de 1988, Lei nº 9.263/1996, que regulamenta o planejamento familiar, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e pela Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos (BRASIL, 2013). Nessa perspectiva, a SSR defende que os indivíduos têm o direito de vivenciar a sexualidade com autonomia e liberdade, sem constrangimento, e decidir sobre a anticoncepção, maternidade ou paternidade, através do acesso às informações, métodos contraceptivos e insumos de prevenção (TELO; WITT, 2018). Entretanto, ainda ocorre o não reconhecimento dos adolescentes como agentes autônomos para decisão sobre SSR. Além disso, há uma não legitimação da sexualidade nesta faixa etária, que é imposta, em parte, pela visão de imaturidade e irresponsabilidade, mas também pelas deficiências na implementação de políticas públicas e invisibilidade dos adolescentes no contexto dos serviços de saúde (MORAES; VITALLE, 2012).

Nesse sentido, os serviços de saúde e, particularmente aqueles relacionados à atenção primária à saúde, têm um papel primordial relacionado ao planejamento reprodutivo e à prevenção de ISTs. Esses serviços podem contemplar educação em saúde relacionada às temáticas sobre a sexualidade, como o prazer e o desejo, bem como o aconselhamento para anticoncepção e prevenção de ISTs (TELO; WITT, 2018). Entretanto, no Brasil, temos observado cada vez mais a influência do conservadorismo político e do fundamentalismo religioso no governo. Além disso, têm ganhado destaque as pautas de defesa da família patriarcal, branca e heterossexual, disseminação da misoginia, homofobia e intolerância de gênero e religiosa, entre outras. Esse retrocesso tem colocado em risco os avanços no país na área de proteção e promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, pois pode impactar a formulação de políticas que versam sobre a SSR e igualdade de gênero (ZANATTA *et al.*, 2016).

No Brasil, temos observado a constante ameaça de perdas de direitos sexuais e reprodutivos e iniciativas parlamentares têm avançado na produção de retrocessos nos direitos das mulheres, população LGBTQIAP+, educação sexual e

igualdade de gênero. Por exemplo, observamos as tentativas de alterar a lei do aborto e o veto à sua ampliação e legalização, o projeto de lei “Estatuto da Família”, que exclui constituições familiares homo-afetivas, o apoio governamental a tratamentos de reversão sexual ou terapias de reorientação sexual e a exclusão do debate sobre sexualidade e gênero nas escolas públicas são exemplos dessas iniciativas legislativas (BRANDÃO; CABRAL, 2019).

Ao abordar a sexualidade na adolescência, é crucial reconhecer e valorizar a diversidade de experiências, identidades de gênero e orientações sexuais. A sexualidade é uma dimensão que está intrinsecamente ligada ao gênero, intimidade, afetividade, prazer, emoções e sentimentos, e é importante reconhecer os aspectos plurais e subjetivos nas experiências sexuais e relacionamentos (BRANDÃO; CABRAL, 2017). Assim, faz-se necessário refletir sobre as experiências em sexualidade nos adolescentes para o planejamento de intervenções educativas que rompam com iniciativas verticalizadas e centradas no discurso biomédico, que geralmente são distantes da realidade e especificidades desse público (PINHEIRO; SILVA; TOURINHO, 2017; SEHNEM *et al.*, 2019).

A compreensão das experiências e motivações dos adolescentes para a prática sexual perpassa pelo reconhecimento da complexidade existente no exercício da contracepção, das representações sociais, das desigualdades de gênero, do desejo da concepção reprodutiva, bem como das vulnerabilidades e disponibilidade dos serviços e insumos de prevenção (BRANDÃO; CABRAL, 2017). Nesse sentido, o presente estudo, sob uma perspectiva de gênero, possui a seguinte pergunta de investigação: como são as experiências de iniciação sexual de adolescentes em um bairro popular de Salvador, Bahia?

Com a realização desse estudo, esperamos oferecer subsídios para aproximar os profissionais de saúde das discussões acerca da SSR, e propor intervenções educativas voltadas ao adolescente para torná-los protagonistas no cuidado à sua saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as experiências de iniciação sexual de adolescentes sob uma perspectiva de gênero em um bairro popular de Salvador, Bahia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver oficinas sobre sexualidade, relações de gênero e educação sexual na adolescência para discutir com professores de uma escola pública de um bairro popular em Salvador/Ba.
- Compreender as motivações, conhecimentos e comportamentos envolvidos na iniciação sexual de adolescentes em um bairro popular de Salvador, Bahia.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ADOLESCÊNCIA E SAÚDE

A adolescência é um período marcado por inúmeras mudanças no campo biológico, cognitivo, psicológico e social, vivenciada de formas diferentes por cada sujeito e influenciam a construção das identidades (REIS; MALTA; FURTADO, 2018). Por se tratar de um período repleto de transformações, a vivência da adolescência é permeada por diversos tipos de suscetibilidades e necessita de uma atenção especial da família, da escola, dos profissionais de saúde e das políticas públicas (BARBOSA; CASOTTI; NERY, 2016).

É na adolescência que há o despertar para a sexualidade, que é marcado pelo início do amadurecimento sexual, da puberdade e das transformações físicas (BESERRA *et al.*, 2017). Esse período de mudanças, descobertas, experiências, contestações e conflitos, é caracterizado por rupturas e por construções, a partir das quais ocorre a construção da identidade individual e social (BARBOSA; CASOTTI; NERY, 2016).

As mudanças que ocorrem nesse período podem favorecer a experimentação de novas vivências e comportamentos, e aproximar os adolescentes a diversos fatores de risco à saúde, como uso de tabaco, consumo de álcool e outras drogas, alimentação inadequada e sedentarismo (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Também pode haver a exposição a fatores de risco de IST e gravidez não planejada, como o início sexual precoce, uso inadequado dos métodos contraceptivos e preventivos, ausência de orientações sobre sexualidade e inabilidade na negociação do preservativo (ARROYAVE *et al.*, 2016; MARANHÃO *et al.*, 2017).

Estudos identificam alguns fatores que podem agravar os problemas relacionados à SSR entre adolescentes: baixa escolaridade dos adolescentes e dos pais, falta de informações adequadas ou orientação sexual ineficaz ou ausente, barreiras no acesso aos serviços de saúde e insumos de prevenção, presença de situações de violência, incluindo a sexual, desigualdades de gênero e a impraticabilidade das políticas públicas (BESERRA *et al.*, 2017; KERNTOPF *et al.*, 2016). Pesquisa realizada, em 2013, com adolescentes, com idade de 13 a 16 anos, em Recife/PE, demonstrou que parte dos adolescentes utilizava o preservativo de forma inconsistente. Nessa pesquisa, alguns fatores pareciam influenciar a adesão

ao preservativo, tais como a diminuição do prazer, confiança no parceiro e a disponibilidade do preservativo nas práticas sexuais genitais (SANTOS *et al.*, 2016).

A adolescência é geralmente postulada como um momento propício para a construção de práticas de saúde que poderão ser perpetuadas por toda a vida (ARRUDA *et al.*, 2020). Nesse sentido, faz-se necessário que a sexualidade na adolescência seja encarada de maneira positiva, livre de preconceitos, valorização da autoestima e criação de vínculos. Nesse sentido, é preciso criar estratégias que abordem a reflexão sobre a importância de práticas sexuais seguras considerando os desejos, prazer, sentimentos, curiosidades e atitudes (BESERRA *et al.*, 2007).

Mundialmente, vários instrumentos legais foram construídos para a proteção dos adolescentes, com o objetivo de proteger as crianças e adolescentes de abusos e de reconhecê-los como sujeitos de direitos (BULHÕES, 2018; CASTRO; MACEDO, 2019). O principal marco legal internacional com relação à saúde de adolescentes é a “Convenção Internacional dos Direitos da Criança”, promulgada em 1989, que passa a reconhecer as crianças e adolescentes como seres em desenvolvimento e sujeitos de direitos, que estão sob a responsabilidade dos estados nacionais, com direito ao acesso à educação sobre SSR (BRASIL, 2007; TAQUETTE, 2013). Outro importante evento foi a “Conferência Mundial de População e Desenvolvimento”, realizada em 1994 no Cairo. Ela trouxe importantes avanços, introduzindo o conceito de direitos reprodutivos e reconhecendo os adolescentes como sujeitos destes direitos (TAQUETTE, 2013). Essa Conferência do Cairo, como ficou comumente conhecida, representou um marco fundamental na defesa do direito a igualdade entre os sexos (MORAES; VITALLE, 2012).

Dentre os marcos nacionais, destaca-se diversos documentos governamentais, tais como: o PAISM (1984), a CF (1988), o Estatuto da criança e do adolescente (ECA) (1990), a Lei do Planejamento Familiar (1996), Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (1996), o fórum Adolescência, Contracepção e Ética (2002), o documento Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade de governo e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (2005) (CASTRO; MACEDO, 2019; NASCIMENTO; ARELLO; SANTIAGO, 2015).

O PAISM foi criado em 1984 com a proposta de mudança do modelo de atenção à saúde das mulheres, e incorporou os princípios de integralidade e universalidade da atenção à saúde, com abordagem dos problemas de saúde desde

a adolescência, o controle das ISTs, do câncer de colo do útero e de mama, e a assistência para concepção e contracepção. O programa foi lançado num contexto histórico de democratização e debates que mobilizaram a sociedade civil feminina e o movimento da reforma sanitária, e representou um importante marco em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres. Ele incluiu a anticoncepção na assistência integral à saúde da mulher, porém excluiu a figura masculina da responsabilidade pela reprodução (OSSIS, 1998).

As ações governamentais anteriores à constituição de 1988, eram direcionadas para os menores carentes e infratores, como forma de proteção à sociedade. Foi um período marcado pela mortalidade infantil, abandono e reforço das desigualdades sociais e econômicas. A partir da ação de diversas organizações sociais em defesa da criança e do adolescente, somente após a constituição de 1988 e a construção do ECA em 1990, o Estado assume a responsabilidade pela proteção e promoção da saúde e desenvolvimento integral dos adolescentes (CASTRO; MACEDO, 2019; NASCIMENTO; ARELLO; SANTIAGO, 2015).

A CF introduziu as bases para o reconhecimento dos direitos da população infanto-juvenil brasileira a serem garantidos pela família, sociedade e Estado. O artigo 227, por exemplo, garante às crianças e adolescentes, os direitos fundamentais de sobrevivência, desenvolvimento pessoal, social, integridade física, psicológica e moral, e cria dispositivos legais contra a negligência, maus tratos, violência, exploração, crueldade e opressão (CASTRO; MACEDO, 2019).

O ECA é outro o marco legal e regulatório importante dos direitos humanos de crianças e adolescentes. Ele foi instituído através da Lei nº 8.069/90 para regulamentar o artigo 227 da CF. Define como direito fundamental: o direito à vida e saúde; à liberdade, ao respeito e à dignidade; à convivência familiar e comunitária; à educação, cultura, esporte e lazer; à profissionalização e proteção no trabalho (CASTRO; MACEDO, 2019). Apesar da ausência de direitos afirmativos referentes à sexualidade ou dos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes não estarem previstos na CF e no ECA, para além da maternidade e da proteção contra o abuso e exploração sexual, alguns de seus mecanismos criam pressupostos fundamentais para que eles sejam assegurados na assistência à saúde, como o reconhecimento dessa população, o respeito à privacidade, à confidencialidade e à autonomia (BRASIL, 2007; JIMENEZ; ASSIS; NEVES, 2015).

A partir desses marcos, iniciou-se a formulação de diversos instrumentos, portarias e programas que serviram como guia para assegurar e fortalecer a implementação das políticas de proteção integral à saúde dos adolescentes, incluindo a promulgação dos direitos sexuais e reprodutivos (CASTRO; MACEDO, 2019).

A “Lei do Planejamento Familiar”, n.º 9.263/96, estabelece normas, diretrizes e condições para a realização do planejamento familiar no Brasil. Embora não mencione os adolescentes no texto, institui o planejamento familiar como direito de todo cidadão e compreende a assistência à concepção, ao pré-natal, ao parto e puerpério, e o controle e prevenção das ISTs, câncer de útero, mama e de pênis, através de ações educativas, assistenciais e acesso às informações (BRASIL, 2007; MORAES; VITALLE, 2012)

Em 1996, a educação sexual foi incluída na LDB, com orientações para abordar o tema da sexualidade no ambiente escolar, perpassando por todas as disciplinas, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento e exercício da sexualidade com prazer, saúde e responsabilidade (FURLANETTO *et al.*, 2018)

Foi realizado em 2002 o Fórum “Adolescência, Contracepção e Ética”, para a discussão sobre as leis, o direito à SSR, e a ética profissional. Dentre as diretrizes, consta na redação final, que o adolescente tem direito à privacidade na consulta, confidencialidade e sigilo médico. A prescrição da anticoncepção de emergência para adolescentes também foi analisada no fórum, com recomendação para utilização em situações de exposição ao risco iminente de gravidez (BRASIL, 2007).

Lançado em 2005, o documento “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade de governo” apresenta as diretrizes em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, com foco no planejamento familiar, e tem como prioridade ações direcionadas aos adolescentes e jovens, dentre as quais destaca-se: ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais no Sistema Único de Saúde (SUS); elaboração de manuais técnicos e cartilhas educativas; capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica; ampliação do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas; implantação de serviços para atenção às vítimas de violência sexual e doméstica, e em situação de abortamento (BRASIL, 2007).

Em 2010, foi lançada as “Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde”, baseadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de

Adolescentes e Jovens, e tem como normas: fortalecimento da promoção da saúde nas ações para o cuidado integral à saúde de adolescentes e de jovens; reorientação dos serviços de saúde para favorecer a capacidade de respostas para a atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens (BRASIL, 2010).

Em 2019, o ECA ganhou alterações em seu texto, com a instituição, dentre outras, da Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência através da lei nº 13.798, com a finalidade de divulgar informações de caráter preventivo e educativo que contribuam para a redução da incidência da gravidez na adolescência (BRASIL, 2022a).

A inclusão dos adolescentes nas políticas de saúde e o reconhecimento destes indivíduos como sujeitos de direitos foi importante para a construção e efetivação de programas para atender às suas especificidades. Além disso, essas regulamentações asseguraram legalmente a liberdade das escolhas reprodutivas, a partir do acesso a informações seguras e de uma assistência de qualidade pelos serviços públicos de saúde (KERNTOPF *et al.*, 2016).

Apesar dos diversos avanços na defesa dos direitos sociais das crianças e dos adolescentes, eles ainda não foram totalmente compreendidos por toda a sociedade, ainda sendo comum a violação desses direitos, como a presença, por vezes natural, de crianças em situação de rua, e a banalização da violência na infância e adolescência, inclusive por parte do Estado quando inertes a essas situações (BULHÕES, 2018).

“No modelo hegemônico de sexualidade atual, é estipulado para as crianças e para os adolescentes o lugar de vítimas, como a principal maneira de estarem incluídas nos debates realizados sobre sexualidade e direitos. Essa concepção de sexualidade, baseada unicamente no risco, impede que a dimensão sexual na vida de crianças e de adolescentes seja pensada para além dos imperativos de permissão ou de proibição, distanciando-se em muito de uma compreensão ontológica que entenda a sexualidade como uma dimensão particular de desenvolvimento do ser social” (PENANTE; SOUSA, 2023, p. 170).

A garantia desses direitos é um desafio a ser enfrentado, pois o impacto na saúde dos adolescentes devido à ausência ou fragilidade da sua efetivação acentua as vulnerabilidades (KERNTOPF *et al.*, 2016). Para tanto, é necessário ampliar os investimentos em políticas públicas, melhorar a organização dos serviços de saúde, realizar ações de educação em saúde e melhorar os indicadores de SSR na adolescência (TAQUETTE, 2013).

3.2 SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

3.2.1 Experiências de iniciação sexual

O processo de iniciação sexual ocorre geralmente ainda na adolescência, a partir das diversas mudanças iniciadas ainda na infância, que permite esses sujeitos adentrar num mundo de novas descobertas e experimentações e que vão fazer parte da construção das suas identidades (TAQUETTE; VILHENA, 2008). Os adolescentes iniciam a vida sexual movidos pelo desejo, amor, paixão, curiosidade, impulsividade, influenciado pelos pares ou parceiros ou simplesmente pela busca do prazer (ARRUDA *et al.*, 2020; BESERRA *et al.*, 2017).

As experiências de iniciação sexual são cercadas por mitos e tabus e podem ocorrer em contextos de vulnerabilidades diversas (BORGES *et al.*, 2016), principalmente quando ocorre sem acesso às informações adequadas, ao apoio familiar e sem a disponibilidade de insumos de prevenção (ARROYAVE *et al.*, 2016). Dentre essas experiências, a primeira relação sexual genital, sem que ocorra a conquista de certa autonomia, que inclui o incentivo à construção de habilidades relacionais e afetivas para a tomada de decisão, podem aumentar as chances de uma gravidez não planejada, ISTs ou aborto inseguro (BRANDÃO; CABRAL, 2017). Estar em um relacionamento estável, prolongado ou com parceiros mais velhos podem também ser fatores adicionais para o despertar das práticas sexuais genitais (ARRUDA *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2016).

Em pesquisas de abrangência nacional, a iniciação sexual (geralmente analisada como genital) entre adolescentes é influenciada por características sociodemográficas e regionais (BORGES *et al.*, 2016). Por exemplo, estudo transversal analisando os dados da pesquisa PeNSE, em 2015, investigou a relação entre as dimensões do status socioeconômico com comportamentos sexuais de adolescentes. O sexo, a idade, a defasagem escolar, baixa escolaridade materna, baixa renda familiar e aspectos regionais são comumente descritos como fatores associados às práticas sexuais genitais de forma precoce (antes dos 15 anos de idade) entre adolescentes (WOOLLEY; MACINKO, 2019). Corroborando com esses achados, estudo transversal realizado, em 2017, com adolescentes, em Pouso Alegre/MG, indica que a primeira relação sexual genital antes dos 15 anos pode ser influenciada por questões sociais e culturais, valores familiares, desinformação,

vivência da violência, desigualdades de gênero e pode influenciar na multiplicidade de parceiros e no comportamento contraceptivo (VIEIRA *et al.*, 2021).

A pesquisa intitulada “Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes” (ERICA), realizada com adolescentes escolares com idade de 12 a 17 anos, entre 2013 e 2014, demonstrou que 28,1% já haviam iniciado a vida sexual (BORGES *et al.*, 2016). Corroborando esses achados, o estudo PeNSE identificou uma proporção de 27,5% de iniciação sexual entre adolescentes escolares com idade de 13 a 17 anos em 2015 (FELISBINO-MENDES *et al.*, 2018). Um recorte deste estudo, com os adolescentes do Piauí, identificou que a primeira relação sexual genital ocorreu em 24,2% dos adolescentes e foi mais prevalente entre os adolescentes do sexo masculino, sendo que quase metade dos meninos relatou terem tido a primeira relação sexual genital com 13 anos ou menos (CASTRO *et al.*, 2023).

Ao iniciar a vida sexual mais precocemente os adolescentes parecem ser mais vulneráveis às conseqüências de práticas sexuais sem o uso do preservativo (ARRUDA *et al.*, 2020). Na pesquisa ERICA, por exemplo, dentre os adolescentes com 17 anos, 69,2% relatou a utilização de preservativo na última relação sexual, enquanto que dentre aqueles com 12 anos, o uso ocorreu em 46,9% (BORGES *et al.*, 2016). Entre as meninas, utilizar preservativo inconsistentemente também repercutiu no número de gestações durante sua vida reprodutiva (MARANHÃO *et al.*, 2017).

Um ponto que parece influenciar na idade da primeira relação sexual genital em meninas é a idade da primeira menstruação (menarca), ocorrendo, geralmente após esse marco do desenvolvimento sexual, relacionando-se possivelmente às mudanças hormonais e maturação sexual na puberdade (CEZIMBRA *et al.*, 2020; MARANHÃO *et al.*, 2017; SPINOLA; BÉRIA; SCHERMANN, 2017). A prevalência da primeira relação sexual foi 26% maior entre as adolescentes com menarca precoce, em comparação com as que menstruaram após os 13 anos (SPINOLA; BÉRIA; SCHERMANN, 2017).

Outros fatores que interferem na idade da primeira relação sexual é a escolaridade e os anos de defasagem escolar. Estudo seccional realizado em Teresina – PI no ano de 2006 com jovens de 15 a 19 anos identificou que escolaridade, idade da menarca, tempo de namoro com a primeira parceira sexual e a orientação sexual na escola foram significativamente associados à idade da iniciação sexual. Entre as adolescentes com maior escolaridade foi observado o

adiamento de pelo menos dois anos quando comparadas com as de menor escolaridade. A escola parece influenciar na prática de comportamentos saudáveis em adolescentes expostos a orientações em SSR (MARANHÃO *et al.*, 2017).

Estudos mostram que as motivações que levam adolescentes à primeira relação sexual genital apresentam distintas manifestações entre os sexos, entendidas em uma perspectiva transcultural (CASTRO; ARAÚJO; PITANGUI, 2017; COSTA *et al.*, 2020; RIND, 2020). As meninas, geralmente, referem que a idade é um aspecto importante, tratando esse tema de forma romantizada, e ponderando aspectos como os sentimentos, a segurança e o encontro do parceiro ideal (CASTRO; ARAÚJO; PITANGUI, 2017; COSTA *et al.*, 2020; JUNQUEIRA, 2017). Entre os meninos, os discursos evidenciam masculinidade hegemônica produto de uma sociedade patriarcal e machista, ao relacionar a relação sexual com aproveitar a oportunidade, não importando quando, com quem ou se vivencia um relacionamento (CASTRO; ARAÚJO; PITANGUI, 2017; COSTA *et al.*, 2020; RIND, 2020).

É preciso entender a influência dos determinantes sociais de saúde (DSS), os comportamentos geracionais, as diferenças de gênero e as motivações que os adolescentes têm para o início da atividade sexual, já que as atuais medidas de intervenção não têm demonstrado quedas nos índices de gravidez na adolescência e contaminação por HIV e IST. As intervenções na área da SSR não devem ignorar as motivações dos adolescentes para prática sexual (ARRUDA *et al.*, 2020).

3.2.2 Métodos de prevenção

O relato de uso de preservativo e outros métodos contraceptivos são importantes para compreender o grau de exposição às ISTs e a gravidez não planejada, bem como conhecer os comportamentos contraceptivos dos adolescentes. É importante apreender tais comportamentos no que diz respeito à frequência das relações sexuais, dinâmica de relacionamentos afetivos e o conhecimento, uso e alternância entre os métodos contraceptivos (BORGES *et al.*, 2016).

Os métodos contraceptivos mais conhecidos pelos adolescentes brasileiros são o preservativo insertivo, o anticoncepcional hormonal combinado oral (AHCO), o anticoncepcional de emergência (AE) e o anticoncepcional hormonal injetável (AHI),

(OLSEN *et al.*, 2018; RAMOS *et al.*, 2018) já o preservativo receptivo, o dispositivo intra-uterino (DIU) (VIEIRA *et al.*, 2021), e o anel vaginal são menos conhecidos e utilizados (CASTRO; ARAÚJO; PITANGUI, 2017).

No Brasil, desde os anos 1990, a Política Nacional de Controle do HIV/aids foca na promoção do uso de preservativos e permanece ainda hoje bastante divulgada e incentivada. Apesar disso, os estudos mostram que os adolescentes brasileiros não têm utilizado essa estratégia de prevenção na iniciação sexual e nas demais relações sexuais, mesmo quando afirmam conhecer sua importância (FELISBINO-MENDES *et al.*, 2018; LINS *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2016; VIEIRA *et al.*, 2021).

O estudo PeNSE, realizado em 2015, apontou que houve uma redução no uso de preservativos insertivo na primeira relação sexual de 14,6% entre os anos de 2009 e 2015 (REIS; MALTA; FURTADO, 2018). Outras análises realizadas com base nesse estudo mostraram que houve uma diminuição no uso de preservativo na última relação sexual ao longo dos anos estudados, de 75,9% em 2009 para 66,2% em 2015, não havendo diferença entre os sexos (CAMPOS; SCHALL; NOGUEIRA, 2013; FELISBINO-MENDES *et al.*, 2018). Dos adolescentes que já iniciaram relação sexual, 19,5% não utilizavam nenhum método contraceptivo e 8,7% utilizaram outros dispositivos para contracepção (FELISBINO-MENDES *et al.*, 2018).

O estudo ERICA ao comparar informações de adolescentes entre as capitais brasileiras no ano de 2013 e 2014, demonstrou que 77,2% dos adolescentes de 12 a 17 anos residentes em Salvador/BA, utilizaram algum método contraceptivo na última relação sexual, sendo o preservativo insertivo o dispositivo de maior utilização (BORGES *et al.*, 2016). Já na região periférica da cidade, entre os anos 2014 e 2015, os dados de outro estudo com adolescentes de 10 a 19 anos indicou que somente 18,41% dos adolescentes referiram utilizar sempre ou quase sempre o preservativo insertivo (MOTA *et al.*, 2019).

Estudos documentam que os meninos apresentam uma menor prevalência no uso de preservativos ou algum outro método de prevenção, principalmente na primeira relação, em comparação com as meninas (CHAVES *et al.*, 2021; VIEIRA *et al.*, 2021). Além disso, estudos também mostram que os meninos receberam menos orientações sobre sexualidade, prevenção e uso de métodos (FELISBINO-MENDES *et al.*, 2018; VIEIRA *et al.*, 2021).

Alguns fatores podem estar associados a não adesão ao preservativo, como por exemplo, a fragilidade no conhecimento sobre as ISTs e os riscos (MOTA *et al.*, 2019), relação sexual entre adolescentes mais jovens, dificuldade de acesso ao método (BORGES *et al.*, 2016) e aos serviços de saúde, vergonha ou falta de planejamento para portar o preservativo, principalmente em relações esporádicas (OLSEN *et al.*, 2018), percepção da diminuição do prazer, crença na invulnerabilidade às infecções e confiança na parceria sexual (SANTOS *et al.*, 2016). Além disso, o uso de tabaco, álcool e outras drogas podem aumentar a prática de relação sexual sem preservativo (SANTOS *et al.*, 2016).

Outros estudos documentam que o relato de vergonha em ter o preservativo ou negociar o uso junto ao parceiro no momento da relação sexual é mais comum entre as meninas (SANTOS *et al.*, 2016; LINS *et al.*, 2017). A dificuldade na negociação do uso do preservativo é marcada pela desigualdade de gênero na pactuação e decisão quanto ao uso desse método de prevenção. O uso do preservativo requer uma habilidade na negociação que nem sempre as adolescentes possuem, ainda mais quando vivenciam a violência sexual ou ao relacionar-se com um parceiro mais velho (BESERRA *et al.*, 2017). Entre as meninas, também é comum o relato de desconforto com uso do preservativo para o pênis e medo de quebrar uma relação de confiança com o companheiro (LINS *et al.*, 2017).

O preservativo receptivo é uma tecnologia de prevenção contra as ISTs e gestação e tem o objetivo de dar liberdade e autonomia às mulheres nas escolhas reprodutivas (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015). Em pesquisa realizada em 2017 na cidade de Senhor do Bonfim/BA, com mulheres jovens de 15 a 29 anos, sobre as representações sociais com o uso do preservativo para vagina foi comum o relato de estranhamento, dificuldade e desconforto, que pode ser causado pela falta de familiaridade com o método (MORAES *et al.*, 2019). Entre os adolescentes ainda é incomum o uso desse dispositivo (VIEIRA *et al.*, 2021).

A ausência de informações adequadas sobre os métodos contraceptivos, o modo de utilização corretos e a sua importância ainda são de difícil acesso aos jovens, e os riscos envolvidos na prática de sexo inseguro muitas vezes são ignorados (SANTOS *et al.*, 2016) e muitos adolescentes vivenciam situações de frustrações, violência sexual, gravidez ou aborto (BESERRA *et al.*, 2017).

O uso de contraceptivos hormonais ainda é bastante limitado entre as adolescentes (COSTA; GUERRA; ARAÚJO, 2016). A utilização está associada às

meninas sexualmente ativas, que têm práticas sexuais mais frequentes e inesperadas (BORGES *et al.*, 2016; OLSEN *et al.*, 2018). As adolescentes mais velhas foram significativamente mais propensas ao uso de algum método, principalmente os hormonais. Apesar disso, pouco é conhecido sobre o uso correto desse método entre elas. O que se observa é uma forte tendência à flexibilização do uso do preservativo para o pênis em substituição ao anticoncepcional hormonal quando estão em relacionamentos mais duradouros (BORGES *et al.*, 2016).

Outro método hormonal que merece destaque é o AE (OLSEN *et al.*, 2018; RAMOS *et al.*, 2018). Estudo realizado na cidade de São Paulo/SP, no ano 2015, com adolescentes meninas com idade de 15 a 19 anos, mostrou que 60% das adolescentes relataram seu uso pelo menos uma vez na vida. Este método tem sido bastante utilizado quando a relação sexual não foi planejada, na indisponibilidade de outros métodos, ou por não confiar na contracepção em uso (OLSEN *et al.*, 2018). Esse contraceptivo é um método importante para a diminuição das taxas de gravidez na adolescência e precisa ser mais divulgado e ter seu acesso facilitado principalmente entre os adolescentes (SOUSA *et al.*, 2016).

Pesquisa realizada em São Paulo/SP no ano de 2015, com adolescentes de 15 a 19 anos, destaca que as principais razões apontadas para o não uso dos anticoncepcionais hormonais foram: não ter relação sexual frequentemente, ter o desejo de engravidar, e não saber onde obter ou não conseguir acesso ao método (OLSEN *et al.*, 2018). Dentre os adolescentes sexualmente ativos, ainda persistem aqueles que não fazem uso de nenhum método contraceptivo (FELISBINO-MENDES *et al.*, 2018; OLSEN *et al.*, 2018; RAMOS *et al.*, 2018).

Apesar do preservativo e do AHCO serem os métodos mais citados pelos adolescentes, a sua utilização ainda acontece de forma irregular (FELISBINO-MENDES *et al.*, 2018). Ainda é pequena a diversidade de contraceptivos ofertados pelo SUS, que não incorporou a oferta de novas tecnologias como os adesivos, o anel vaginal e os implantes intradérmicos (OLSEN *et al.*, 2018). Além disso, as disparidades regionais e as desigualdades socioeconômicas que ocorrem em um país continental como o Brasil (FELISBINO-MENDES *et al.*, 2018), acentuam as vulnerabilidades nessa população, principalmente nas regiões periféricas, e reforçam a necessidade da orientação sobre os métodos contraceptivos, o acesso aos serviços e insumos de proteção gratuitamente, sobretudo, antes da iniciação sexual (RAMOS *et al.*, 2018).

3.2.3 ISTs entre adolescentes

As ISTs estão entre as doenças transmissíveis que mais afetam a saúde de pessoas em todo o mundo. Estima-se que os adolescentes são duas a três vezes mais propensos a serem infectados por uma IST do que os adultos (PEDER *et al.*, 2020). No Brasil, a OMS avalia que aconteçam aproximadamente 12 milhões de novos casos de IST a cada ano, porém, esses dados são limitados e subnotificados (CHAVES *et al.*, 2021).

Estudo transversal realizado em um centro especializado em doenças infecto-parasitárias no município de Cascavel/PR, com jovens de 13 a 24 anos, entre 2012 e 2017, estimou que a prevalência de IST foi de 84,85%. Apesar de apenas 26,92% dos usuários desse serviço estarem na faixa etária de 13 a 18 anos, eles tiveram uma prevalência de IST de 80,54% (PEDER *et al.*, 2020).

Dentre as ISTs com maior prevalência, destacam-se o Papilomavírus Humano (HPV) com 40,34%, sífilis com 23,31% e as síndromes do corrimento uretral com 14,5%, que incluem gonorréia, clamídia e *trichomonas*. Também foi constatada diferença estatística entre as prevalências entre homens e mulheres, sendo superior entre os homens, com excesso da HPV. Dentre as ISTs analisadas no estudo, a única que apresentou prevalência superior na faixa etária de 13 a 18 anos foi o HPV com 44,51%, sendo que desses, 58,63% correspondia às adolescentes do gênero feminino (PEDER *et al.*, 2020).

Outra IST de grande importância no cenário das infecções em adolescentes, é o HIV/aids. Em 2021, entre adolescentes de 15 a 19 anos, a taxa de detecção de HIV foi de 5,1% e a de aids foi de 4,8%, mantendo-se estável nos últimos 10 anos. Ao analisar o número de casos notificados de aids no Brasil em 2021, levando em consideração idade e gênero, a maior taxa de detecção ocorreu em homens entre 25 e 29 anos, com 53,6 casos/100 mil habitantes (BRASIL, 2022b). Levando-se em consideração que se leva cerca de dez anos, em média, entre a infecção pelo HIV e a doença aids, e que há uma tendência à diminuição do uso de preservativos entre adolescentes, talvez uma parcela destes adultos tenham-se infectado ainda na adolescência (ARROYAVE *et al.*, 2016).

Estudos documentam a associação entre a idade na iniciação sexual genital, antes dos 12 anos, e maior vulnerabilidade ao sexo sem preservativo ao decorrer da vida (BESERRA *et al.*, 2017; MOLA *et al.*, 2016). Dessa forma, maior número de

parceiros, menor idade na primeira relação sexual genital, sexo desprotegido, vivência da violência, baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade materna, representam fatores que, quando interrelacionados, podem gerar comportamentos que vulnerabilizam essas pessoas a ocorrência das ISTs (NEVES *et al.*, 2017).

Estudo transversal com dados da PeNSE 2012 analisou a simultaneidade e a interligação de dois ou mais fatores (simultaneidade de consumo de álcool, fumo e drogas, número de parceiros e uso de camisinha) com comportamentos de risco para IST. A prevalência de adolescentes que não usavam camisinha e tinham dois ou mais parceiros simultaneamente foi de aproximadamente 12,0% em ambos os sexos. A presença de dois ou mais comportamentos de risco, entre o uso de álcool, fumo e drogas, foi de 14,7% dos meninos e 21,5% das meninas. O uso de álcool, cigarro e outras drogas estão associados positivamente ao número de parceiros sexuais e ao sexo sem preservativo, com uma tendência de simultaneidade desses com o avançar da idade (NEVES *et al.*, 2017).

Pesquisa realizada com adolescentes de 10 a 19 anos no ano de 2014, no Rio Grande do Sul/SC identificou que 89,2% das meninas e 90,3% dos meninos reconheceram que as IST são transmitidas através da relação sexual (vaginal, anal ou oral) com parceiro infectado (GENZ *et al.*, 2017), porém a grande maioria relata que não acredita ser possível se infectar a partir do sexo sem preservativo, o que reforça a crença da invulnerabilidade e baixa percepção de risco entre adolescentes (CHAVES *et al.*, 2021; GENZ *et al.*, 2017).

Além disso, observa-se que o conhecimento sobre as ISTs é limitado. As ISTs mais conhecidas são o HIV, herpes, gonorréia, HPV, sífilis e hepatites virais, apesar do conhecimento superficial (CHAVES *et al.*, 2021; GENZ *et al.*, 2017). A educação em SSR tem se mostrado um fator protetor para as ISTs e para o incentivo à contracepção, com tendência à ocorrência de práticas sexuais genitais seguras com o aumento da escolaridade (GENZ *et al.*, 2017).

A família é umas das instituições responsáveis na formação das percepções, atitudes e conhecimentos de uma pessoa sobre sexo e que pode influenciar a compreensão e vivência da sexualidade (BORGONOVO *et al.*, 2017; FURLANETO *et al.*, 2018). É nesse espaço que o adolescente tem o primeiro contato com as crenças, valores e modelos de comportamentos que circundam o sexo e a sexualidade. É a partir desses elementos que, desde a infância, se inicia a formação

da identidade para a expressão de sua sexualidade (PIRES; SOUZA; MEDEIROS, 2020; SILVA *et al.*, 2021).

Os estudos também apontam que o diálogo sobre sexualidade com adultos podem ser cercadas por conflitos, tabus, mitos e proibições devido a uma abordagem biomédica, frequentemente caracterizada numa prática fiscalizadora e disciplinadora, que pode gerar insegurança em conversar sobre essa temática e distanciar esses atores (ALMEIDA *et al.*, 2017; COSTA; GUERRA; ARAÚJO, 2016). As fontes de informação sobre sexualidade dos adolescentes são bastante variadas, com destaque para as mães, escola e, secundariamente, os serviços de saúde e os amigos. A troca de informações entre os pares é importante, mas nem sempre mais adequada e segura (GENZ *et al.*, 2017). Além disso, alguns estudos mostram que o pai não costuma participar de conversas sobre a vida sexual dos adolescentes, especialmente das meninas, ficando a cargo da mãe o papel educacional (GENZ *et al.*, 2017; GROSSMAN; PEARCE; RICHER, 2021; USONWU; AHMAD; CURTIS-TYLER, 2021).

3.3 VULNERABILIDADES NA ADOLESCÊNCIA

3.3.1 Vulnerabilidade

O conceito de vulnerabilidade é descrito no campo da saúde pública como “um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos para sua proteção” (AYRES; PAIVA; FRANÇA-JR, 2012, p. 78). Por ser baseado em dinâmicas individuais, sociais e políticas, está em constante transformação e é influenciado pela disponibilidade dos recursos para as intervenções e proteção em saúde (AYRES; CASTELLANOS; BAPTISTA, 2018; AYRES; PAIVA; FRANÇA-JR, 2012; DIMENSTEIN; NETO, 2020).

Para a compreensão da vulnerabilidade a que os indivíduos estão expostos, é preciso analisar os contextos sociais e ambientais, bem como os DSS que contribuem para esta suscetibilidade e os arranjos entre saberes, tecnologias, serviços e a realidade nas quais as pessoas vivem, adoecem e onde há o cuidado (AYRES; PAIVA; FRANÇA-JR, 2012; COSTA *et al.*, 2019).

Essa abordagem envolve a articulação de três componentes que permitem uma análise multidimensional na busca da raiz dos problemas, abrangendo ações e mecanismos de enfrentamento aos riscos, orientando ações de saúde na perspectiva coletiva: individual, social e programática. (BENEDETTO; SILVEIRA, 2013; CHAVES *et al.*, 2021; DIMENSTEIN; NETO, 2020)

A dimensão individual se refere aos aspectos relacionados a fatores cognitivos e comportamentais. Esses aspectos dizem respeito aos recursos pessoais, ao grau (escolaridade) e qualidade das informações (acesso) que a pessoa tem sobre um determinado problema, suas redes de relações (redes de apoio) e à capacidade de elaboração cognitiva na construção de comportamentos protetores, levando em consideração as subjetividades dos sujeitos (valores, crenças, desejos) (AYRES; PAIVA; FRANÇA-JR, 2012).

A dimensão social é relativa ao que é socialmente construído, estabelecendo as relações entre os sujeitos e o acesso à renda, saúde, cultura, recursos materiais e serviços. Na análise das vulnerabilidades, essa dimensão busca explicar os contextos sociais em que o indivíduo está inserido como as estruturas institucionais e as relações de poder, as relações de gênero, raça e intergeracionais, atitudes a respeito da sexualidade e os estigmas, as quais influenciam a capacidade de resposta do indivíduo aos agravos (AYRES; PAIVA; FRANÇA-JR, 2012; CHAVES *et al.*, 2021).

E a dimensão programática faz referência aos posicionamentos das instituições na construção das políticas públicas que visam a promoção e proteção à saúde, incluindo o acesso aos serviços de saúde, com ênfase na responsabilidade, respeito e promoção de ações governamentais pelo direito à saúde, educação, justiça e cultura (AYRES; PAIVA; FRANÇA-JR, 2012; BENEDETTO; SILVEIRA, 2013; CHAVES *et al.*, 2021). Essa dimensão busca analisar a partir da observação da disponibilidade, acessibilidade, qualidade e aceitabilidade dos serviços, o quanto as ações do governo estão organizadas de forma a reduzir, reproduzir ou intensificar as vulnerabilidades dos indivíduos em seus contextos (AYRES; PAIVA; FRANÇA-JR, 2012).

“[...] o quadro da vulnerabilidade vem destacar a perspectiva dos sujeitos e de seus contextos de intersubjetividade como a base necessária para identificar e transformar as relações sociais que produzem agravos e os meios para superá-los” (AYRES; PAIVA; FRANÇA-JR, 2012, p. 90).

3.3.2 Dimensão individual, social e programática nas práticas de risco entre adolescentes

No transcurso da adolescência, estão presentes vários fatores que podem precipitar a ocorrência de atitudes que demandam risco à saúde. A busca pela identidade, aceitação e liberdade, e as vivências/experiências predispoem condições que podem levar ao adoecimento (SILVA *et al.*, 2021). Os comportamentos adotados pelos adolescentes podem ser compreendidos como atividades que possam colocar em risco à saúde, como o consumo de bebidas alcoólicas, o tabagismo, alimentação inadequada, sedentarismo e o sexo desprotegido (BARBOSA; CASOTTI; NERY, 2016).

Esses comportamentos estão associados à redução do autocontrole, degradação de relações sociais e a ocorrências de agravos, e podem ser as principais causas de deficiência e morte prematura (ANTUNES *et al.*, 2018; BARBOSA; CASOTTI; NERY, 2016). Nessa fase do desenvolvimento os agravos podem comprometer a saúde e a qualidade de vida, podendo inclusive impactar na saúde ao longo de toda a vida (SILVA *et al.*, 2021).

Apesar do reconhecimento da importância da adoção de comportamentos saudáveis à saúde, a prevalência de comportamentos como o consumo de álcool, tabaco, drogas e atividade sexual desprotegida, é bastante elevada entre adolescentes em diferentes contextos sociais (BARBOSA; CASOTTI; NERY, 2016).

Esse reconhecimento e uma maior disponibilidade de tecnologias destinadas à SSR, como preservativo e anticoncepcional, parecem estar em contradição com o aumento das taxas das ISTs/HIV e da gravidez na adolescência. As estratégias adotadas em resposta a esse cenário não parecem ser suficientes para promover uma mudança duradoura nos comportamentos, especialmente para o sexo desprotegido (FONTES *et al.*, 2017).

O consumo regular de álcool (23,4%), de tabaco (5,6%) (SILVA *et al.*, 2021) e de drogas ilícitas (3,8%) pelos adolescentes brasileiros (ANTUNES *et al.*, 2018) pode estar associado à reprodução de comportamentos pelo uso disseminado e normalizado dessas substâncias por pessoas próximas, como pais, amigos ou no ambiente escolar (SILVA *et al.*, 2021). O uso regular de drogas aparecem com maior frequência entre os adolescentes mais velhos do sexo masculino (BARBOSA; CASOTTI; NERY, 2016; CHAVES *et al.*, 2021), em comunidades de baixa renda e

escolaridade, em que há maiores condições de violência e criminalidade (PIRES; SOUZA; MEDEIROS, 2020).

O uso de álcool, tabaco e outras drogas estão associados a vários problemas na saúde do adolescente, como ansiedade e sintomas depressivos, e sociais. Essas substâncias estão relacionados a comportamentos que alteram as percepções de risco (BARBOSA; CASOTTI; NERY, 2016). Entre os adolescentes que usaram alguma droga, a maioria tem sua primeira relação de forma precoce (CHAVES *et al.*, 2021; GONÇALVES *et al.*, 2015).

A maneira como os adolescentes se expressam através desses comportamentos é influenciada pelo contexto familiar e socioeconômico e na sua representatividade nos espaços sociais como na escola, na comunidade e entre amigos (BARBOSA; CASOTTI; NERY, 2016).

Estudo seccional utilizando dados da PeNSE 2015 associou alguns fatores familiares ao uso de drogas ilícitas na adolescência. Os seguintes fatores aumentam a prevalência do uso de drogas em adolescentes: não morar com os pais, não se sentir supervisionado, faltar às aulas sem o consentimento e nunca se sentir compreendido por eles, episódios de violência (agressão) e ter sua privacidade invadida (ANTUNES *et al.*, 2018).

Crianças e adolescentes que estão expostos a ambientes num contexto de vulnerabilidades e violência têm a tendência de apresentar sintomas de desordem psíquica, mental ou cognitiva, como episódios de ansiedade, depressão (MOTA *et al.*, 2019) e consumo de álcool e drogas ao longo da vida (ANTUNES *et al.*, 2018). Dessa forma é importante atentar para associação entre o contexto social e estrutura familiar, vulnerabilidades e a adoção de práticas de risco à saúde (SILVA *et al.*, 2021). Outra pesquisa realizada em três escolas públicas e privadas de Belo Horizonte, em 2013, com estudantes de 14 a 19 anos, com perfis socioeconômicos diferentes, evidenciou que quanto mais baixa a renda média familiar, mais precoce é a iniciação sexual e menor o conhecimento sobre a anatomia, contraceptivos, preservativos e IST (SOUZA *et al.*, 2017).

Os riscos e agravos se apresentam de forma diferente em adolescentes a depender do gênero, raça, renda, escolaridade, estrutura familiar, acesso a bens de consumo e aos serviços, principalmente educação e saúde (BRANCAGLIONI; FONSECA, 2016; PIRES; SOUZA; MEDEIROS, 2020) e a maneira como as famílias vivem pode ter um papel determinante no desenvolvimento dos adolescentes e na

forma como se relacionam socialmente. O contexto cultural, social, interpessoal e familiar pode afetar o cotidiano dos adolescentes de múltiplas maneiras e, a ocorrência de comportamentos que levam a danos à saúde, é multicausal (SILVA *et al.*, 2021).

A relação e estrutura familiar parecem ter forte impacto na qualidade de vida dos adolescentes. Os comportamentos adotados no núcleo familiar, a fragilidade dos vínculos familiares, a capacidade de diálogo, a escolaridade e ocupação dos pais, a falta de apoio à autonomia e um relaxamento na supervisão dos pais tem influenciado no desenvolvimento de atitudes que ameaçam a saúde dos adolescentes (BRANCAGLIONI; FONSECA, 2016; PIRES; SOUZA; MEDEIROS, 2020; SILVA *et al.*, 2021) impactando na capacidade de tomar decisões e adotar estilos de vida mais saudáveis pelos adolescentes. Os adolescentes que convivem num ambiente violento têm a tendência de reproduzir a violência no seu convívio social (BRANCAGLIONI; FONSECA, 2016).

Por outro lado, esses cenários não são determinantes para a ocorrência de práticas de risco à saúde e podem ser superados por adolescentes que desenvolveram habilidades e potencialidades que transpassaram essas adversidades (PIRES; SOUZA; MEDEIROS, 2020) ou por práticas parentais que perpetuam laços sociais. O acompanhamento de atividades escolares, envolvimento e supervisão do cotidiano do adolescente e apoio e suporte para a autonomia e independência, são fatores protetores às condutas de risco pelos adolescentes (ANTUNES *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2021).

A escola também pode favorecer para a proteção dos adolescentes ao uso abusivo de substâncias e outras situações de vulnerabilidade quando abre um canal de comunicação para a escuta qualificada e quando reconhece o adolescente vulnerável, acolhendo-o em situações de sofrimento (PIRES; SOUZA; MEDEIROS, 2020). Nesse cenário, há inúmeras lacunas que desfavorecem o conhecimento desses indivíduos em relação às suas próprias condições de risco e vulnerabilidade, fazendo com que práticas protetivas não sejam incorporadas regularmente em seu cotidiano (FONTES *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, o acesso aos serviços de saúde é essencial para a efetivação das políticas de promoção da saúde dos adolescentes e prevenção dos agravos e se configura como um importante aspecto no cuidado ao adolescente (MARTINS *et al.*, 2019; TAQUETTE *et al.*, 2017). Os adolescentes costumam

enfrentar obstáculos de acesso além daqueles que já são comuns a outros públicos e é necessário que os serviços e profissionais estejam concentrados em regiões em que há uma população maior de adolescentes em vulnerabilidade, como em regiões periféricas e com um menor índice de desenvolvimento humano (IDH) (TAQUETTE *et al.*, 2017).

A facilitação do acesso dos adolescentes aos serviços de saúde deve ser incentivada, numa abordagem de cuidados específica para essa faixa etária (MARTINS *et al.*, 2019), de forma precoce, de preferência antes da primeira relação sexual genital (REIS; MALTA; FURTADO, 2018). O acesso a uma educação sexual e a insumos de prevenção pode possibilitar a prevenção de abusos, redução de práticas sexuais de risco, conhecimento do corpo, gênero e sexualidade e a autonomia para exercê-la de forma livre e consciente (BESERRA *et al.*, 2017; SPINOLA; BÉRIA; SCHERMANN, 2017).

No Brasil, a PeNSE 2015 verificou que 56,7% dos entrevistados procuraram por algum serviço ou profissional de saúde nos últimos 12 meses anteriores à entrevista. Dentre esses adolescentes, a procura foi maior entre meninas brancas, mais velhas residentes na região Sudeste e que estudavam em escola particular (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

As mulheres em geral costumam procurar mais os serviços de saúde do que os homens, devido a uma maior preocupação com o auto cuidado (OLIVEIRA *et al.*, 2018). A maior resistência masculina muitas vezes não é intencional e remete às características de gênero/masculinidades como também a invisibilidade histórica dos homens nos serviços de saúde. Os discursos sobre prevenção e promoção de saúde factualmente são atrelados às mulheres e trazem os homens como coadjuvantes e não os atinge de modo integral e equivalente (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017).

Em comparação com o contexto familiar, os adolescentes mais propensos a procurar uma unidade de saúde para atendimento foram aqueles cuja mãe possuía escolaridade maior, que residiam com ambos os pais e que tinham uma supervisão maior de adultos responsáveis na alimentação, atividades diversas e frequência escolar (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Essas características podem estar relacionadas à situação socioeconômica, como escolaridade e renda familiar, e podem modificar a percepção do risco e uma autoavaliação da saúde (MARTINS *et al.*, 2019). A família tem papel protetor junto aos adolescentes no desenvolvimento de hábitos saudáveis (SILVA *et al.*, 2021).

Os adolescentes não têm o incentivo e a prática de procurar os serviços de saúde com a necessidade de orientação e prevenção de agravos (SEHNEM *et al.*, 2019) e alguns deles já procuram a unidade depois que já estavam expostos ao risco, já haviam realizado sexo desprotegido ou fazendo uso de álcool, drogas ou expostos a violência (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

A demora em procurar os serviços de saúde em busca de orientações perpetua práticas de risco e pode ser determinante na ocorrência de agravos, principalmente para a ocorrência de uma gestação (MARANHÃO *et al.*, 2017). Orientações e prevenção de ISTs ou gravidez propiciam a escuta das necessidades e proporcionam o uso de métodos, ao apresentar a disponibilidade dos métodos contraceptivos. Os profissionais de saúde precisam facilitar o acesso aos adolescentes nas unidades de saúde para acolhimento e escuta da demanda e para a oferta de insumos e prescrição de cuidados (OLSEN *et al.*, 2018).

Para que as estratégias de diagnóstico e prevenção ao HIV e demais IST sejam efetivas é necessário que o acesso a essas tecnologias seja abrangente e livre de entraves burocráticos, principalmente aos adolescentes (SANTOS *et al.*, 2021). A distribuição de insumos é essencial para a qualidade do atendimento em SSR entre adolescentes, porém barreiras de acesso, como a necessidade do acompanhamento de um adulto responsável, unidades que não são atrativas e adaptadas aos jovens, precisam ser superadas na promoção da acessibilidade (TAQUETTE *et al.*, 2017). A oferta de preservativos e contraceptivos deve ser bastante diversificada. A variedade de preservativos, para pessoas com pênis ou vagina, e de anticoncepcionais favorecem a liberdade de escolha e maiores chances de prevenção (OLSEN *et al.*, 2018)

Infelizmente, essa não é uma realidade para os adolescentes brasileiros. Ainda é pequena a diversidade da oferta de contraceptivos pelo sistema público. Outros métodos como adesivos, o anel vaginal e os implantes são restritos e de difícil acesso. Cerca de 75,2% das mulheres ainda precisam comprar o contraceptivo e 84,1% o preservativo em farmácias comerciais. A maioria delas nunca procurou os serviços ou tiveram dificuldade em obter os métodos (OLSEN *et al.*, 2018).

As estratégias institucionais do programa de planejamento reprodutivo brasileiro, que restringe métodos a grupos populacionais e não permite a oferta ampliada de métodos contraceptivos no SUS, só reforçam as dimensões racistas e estigmatizantes na atenção à saúde e nas políticas públicas. As mulheres, sobretudo

as mais vulneráveis, utilizam métodos sem levar em consideração suas especificidades e necessidades individuais, num misto de submissão, coerção e injustiça reprodutiva (BRANDÃO; CABRAL, 2021).

Além de não considerar a necessidade da mulher, não há a intenção de instrumentalizá-las na tomada de decisão sobre sua SSR. Brandão e Cabral (2021) trazem uma reflexão sobre o termo “coerção contraceptiva” em que mulheres são forçadas a aceitar o método, seja por omissão, opressão ou restrição da oferta. A coerção contraceptiva institucional cria obstáculos para a autonomia reprodutiva, promove a violação dos direitos e perpetua estigmas e injustiças estruturais.

A oferta de serviços nas unidades de saúde da atenção primária precisa ser ampliada e publicizada entre os adolescentes. Muitos deles não sabem dos serviços, métodos e insumos disponíveis, como contraceptivos de emergência, DIU, preservativo feminino e a realização de testes rápidos (TR) para HIV, sífilis, hepatites B e C (MARTINS *et al.*, 2019; OLSEN *et al.*, 2018).

Estudos em todo o mundo demonstram que muitos adolescentes não realizam testagem para HIV. Nos EUA, somente 9,3% dos adolescentes que tiveram pelo menos uma relação sexual já foi testado para HIV, com tendência de queda ao decorrer dos anos. Das pessoas testadas, os adolescentes mais velhos costumam ter mais acesso a essa tecnologia (KANN *et al.*, 2018). No Brasil, a implantação do TR para HIV proporciona ao indivíduo o conhecimento da sua sorologia de forma mais acessível, descentralizada e em momento oportuno. É importante ampliar a acessibilidade aos testes diagnósticos aos adolescentes como forma de autocuidado (LIMA *et al.*, 2021).

Devido à importância em assegurar a acessibilidade às informações, aos serviços de saúde, aos insumos de prevenção, torna-se necessário desenvolvimento de um trabalho intersetorial (saúde e educação) com participação da família e membros da comunidade (FREIRE *et al.*, 2017; PINHEIRO; SILVA; TOURINHO, 2017).

3.4 GÊNERO E SEXUALIDADE

O conceito de gênero nas ciências sociais e as várias perspectivas teóricas, não é uniforme, sendo objeto de intenso questionamento, debate e disputa, e

correspondem às diversas possibilidades de compreensão sobre a complexidade das relações sociais e de poder (FIRMINO; PORCHAT, 2017; TILIO, 2014).

Na perspectiva biológica, composta por proposições de cunho filosófico, religioso e científico, as características como comportamento e identidade de gênero são determinadas exclusivamente por aspectos biológicos, em corpos que carregam certas características marcadas ao nascer. As diferenças biológicas inatas aos sexos definiriam os rígidos papéis de gênero e da vivência da sexualidade (LOURO, 2014; TILIO, 2014).

Essa proposição incorre em práticas de socialização diferentes entre homens e mulheres e a eles são determinados papéis sociais de dominação e submissão com interdependência e complementaridade entre eles. Do sexo biológico decorrem os papéis e os gêneros binários, que sustentam a necessidade reprodutiva e perpetuação do poder, fundamentando essa dicotomia numa heteronormatização compulsória e reforça a dominação social masculina sobre as mulheres (FIRMINO; PORCHAT, 2017; TILIO, 2014).

Nessa mesma perspectiva, a sexualidade fundamenta-se num atributo biológico sob uma ótica essencialista, que atribui a origem da sexualidade a um impulso ou uma pulsão inata, sendo atribuída como a essência das experiências de forma generalista. Essa visão sobre gênero e sexualidade se apresenta com muitas limitações, pois ignora o impacto das influências sociais e culturais na formação dessas identidades (LOURO, 2014).

Dentre as teorizações modernas sobre gênero, Joan W. Scott propõe que o gênero é uma categoria de análise histórica que permite entender como as sociedades se organizam em termos de poder e dominação. Essa autora argumenta que o gênero não é uma característica determinada biologicamente, mas sim as representações e as relações construídas a partir das desigualdades e hierarquias entre homens e mulheres. O gênero e as relações de poder se constituem na diferença sexual (GOMES, 2018; TILIO, 2014).

A sexualidade e o gênero antecedem o sexo e estabelece a diferença sexual. Para Foucault a sexualidade não se limita apenas a aspectos biológicos ou às atividades genitais, mas sim uma construção social que abrange uma ampla gama de dimensões físicas, psicológicas e sociais. Pode se caracterizar por um sistema de regras sociais que molda e orienta a expressão dos desejos, emoções, motivações, fantasias, condutas e práticas corporais, influenciado por normas sociais, valores

culturais, discursos e relações de poder presentes em uma determinada sociedade (TILIO, 2014).

Nessa perspectiva, a sexualidade é uma construção histórica e uma compulsão cultural, que varia ao longo do tempo e entre diferentes contextos sociais, moldadas pelas estruturas de poder existentes e se caracteriza como um campo de poder e controle social, no qual são estabelecidas normas e são exercidas formas de vigilância e disciplina sobre os corpos e desejos, e restringe a sexualidade ao adulto, heterossexual, em união matrimonial e para a reprodução e que utiliza o sexo como referência de normatização (FIGUEIREDO, 2018; FIRMINO; PORCHAT, 2017; TILIO, 2014).

Para Judith Butler, essa diferença sexual entre homens e mulheres é um efeito das relações de poder e dos discursos sobre gênero e sexualidade. Para ela, o gênero é uma categoria performativa, relacional, criado e mantido através de normas e expectativas sociais, que molda a identidade e comportamento e se caracteriza na fluidez, transitoriedade, passível de reafirmações e desvinculada ao condicionante sexo (FIGUEIREDO, 2018; TILIO, 2014).

Ainda propõe que o gênero inclui uma constituição subjetiva da e na cultura, no estabelecimento de expectativas sociais e na determinação discursiva desde a concepção, num corpo já marcado por significados culturais (FIRMINO; PORCHAT, 2017), resultado dos atos performáticos de nomeação e comportamentos que identificam, mesmo que provisoriamente, os corpos, os desejos, a sexualidade e a orientação sexual (TILIO, 2014).

Dessa forma, os sujeitos aprendem culturalmente comportamentos e atitudes que, naquele ambiente, são considerados adequados para expressar seus desejos sexuais. Dessa forma Louro (2014, p. 66) destaca que a “Linguagem, crenças, fantasias, códigos sociais, desejos inconscientes, atributos biológicos constituem a sexualidade, em combinações e articulações complexas”.

Assumir que a sexualidade deve ser compreendida no âmbito histórico e cultural implica reconhecer que algumas identidades gozam de privilégio, autorização e autoridade, enquanto outras são representadas como desviantes, ilegítimas ou alternativas. Essas representações e atribuições identitárias estão enraizadas em sistemas de poder e normas sociais dominantes que reforçam certas identidades e marginalizam outras (LOURO, 2014).

A masculinidade não se constrói apenas em oposição à feminilidade, mas também a outras formas de exercer o masculino. Dentro desse contexto, há uma ênfase na heterossexualidade compulsória, que implica que os homens devem se conformar a padrões rígidos de comportamento e expressão de gênero para evitar serem percebidos como homossexuais. A expressão de qualquer traço feminino pode ser estigmatizante e desencadear o medo de serem percebidos como menos masculinos ou homossexuais. Isso cria uma pressão para que os homens evitem qualquer comportamento ou expressão que possa ser associado ao feminino (LOURO, 2014).

“Contemporaneamente, as fronteiras de gênero e de sexualidade são muitas vezes borradas, atravessadas e subvertidas, no entanto, a reiteração da norma, da classificação e do ordenamento continua sendo exercida” (LOURO, 2014, p. 70).

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado com adolescentes residentes no bairro do Arenoso, Salvador/Ba. Segundo Denzin e Lincoln (2006), a abordagem de pesquisa qualitativa é um estudo fundamentado acerca dos momentos e significados construídos do ponto de vista de cada pessoa através das suas experiências rotineiras, problemáticas de vida, crenças e maneiras de compreender o mundo.

Essa abordagem é definida como aquela que se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado e que trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Nesse sentido, esse método analisa as relações, os processos e os fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis da ciência estatística (MINAYO, 2007), sendo pertinente para a análise das experiências em sexualidade e a compreensão dos contextos de vulnerabilidades envolvidos na iniciação sexual de adolescentes moradores de bairros populares.

Esta investigação foi um recorte de estudo guarda-chuva intitulado “Contextos de vulnerabilidade ao HIV entre jovens de camadas populares: um estudo multicêntrico em cinco cidades do Brasil (Projeto Espaços Jovens)”, coordenado nacionalmente pela Profa. Dra. Daniela Knauth. Esse estudo teve como objetivo geral compreender os contextos de exposição ao HIV e outras IST entre adolescentes e jovens, com idade de 15 a 19 anos, no âmbito comunitário e identificar a diversidade regional no nível do próprio território, em comunidades localizadas capitais brasileiras de Porto Alegre, São Paulo, Salvador, Manaus e Rio de Janeiro.

4.2 CONSTRUÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO

4.2.1 Lócus de desenvolvimento do trabalho

Nessa pesquisa consideramos o material empírico produzido na cidade de Salvador, Bahia, entre os meses de maio de 2021 e maio de 2022, sendo realizada no bairro do Arenoso na região periférica desta cidade. De acordo com IBGE (2021), a Bahia está localizada na região Nordeste do país e se mantém no topo entre os estados com maior desigualdade de distribuição de renda no país, com destaque para as altas taxas de desocupação, desemprego e informalidade entre jovens e adultos. O aumento da informalidade no mercado de trabalho baiano, fonte da desigualdade nos rendimentos, tem como consequência, trabalhadores sem acesso aos mecanismos de proteção social, como o direito à aposentadoria e às licenças remuneradas. A cidade de Salvador é a quarta cidade mais populosa do Brasil, contando com quase três milhões de habitantes (população estimada em 2019).

O bairro do Arenoso está localizada na região do Beiru/Tancredo Neves e tem uma população de aproximadamente 16.604 mil pessoas, de acordo com o censo 2010. A população é predominantemente jovem (15 a 19 anos é de 9,77% e de 20 a 49 anos é de 52,19%), feminina (51,68%) e negra (36,78% de pretos e 50,71% de pardos) (CONDER, 2016).

Historicamente, essa comunidade é remanescente de um quilombo constituído no centro da cidade, e que, até os dias atuais, herda os rastros dos antepassados em movimento de resistência nesse território. Entre estes movimentos, destaca-se a tentativa de resgate à ancestralidade e resistência da população negra, através do fortalecimento da identidade étnica e cultural em iniciativas não governamentais de moradores da região (ALMEIDA, 2018; NUNES, 2015).

A população residente neste bairro enfrenta os desafios de viver num bairro com crescimento desordenado e crescente violência. Encontra-se em um contexto de alta vulnerabilidade social, marcado por precárias condições de moradia, dificuldade no acesso aos serviços sociais, de educação e de saúde (IBGE, 2021). Além disso, está exposta a um contexto de violência do estado, ao racismo e ao

genocídio impetrado à juventude negra, que influencia o comportamento de muitos adolescentes e jovens (NUNES, 2015).

Neste bairro, foram mapeados espaços de socialização da comunidade, como escolas públicas, igrejas, terreiros, centros comunitários e unidade de saúde da família, que serviram como pontos estratégicos de aproximação e abordagem dos participantes da pesquisa.

A Unidade Saúde da Família Professor Guilherme Rodrigues da Silva (USF Arenoso) destaca-se como um equipamento social importante na comunidade, sendo composta por enfermeiros, médicos, dentistas, técnicos de enfermagem e saúde bucal, e agentes comunitários de saúde (ACS). De acordo com o Portal eletrônico com os dados de cadastro e visitas dos ACS, no mês de junho de 2023 a unidade tem cadastrada para acompanhamento 4542 famílias e 12.398 indivíduos. Dos indivíduos cadastrados, 850 estão na faixa etária entre 15 a 19 anos (SALVADOR, 2023).

Uma das instituições religiosas presentes no bairro é o Ilê Axé Gezubum Santa Cruz, fundado em 1940 por mãe Rosalina Santiago dos Santos, que está em atividade até hoje, sendo um espaço com uma importante riqueza cultural e de resgate à ancestralidade e resistência da população negra. Outro espaço importante na região é o Centro Comunitário do Arenoso (antigo Cine teatro) que estava totalmente abandonado pelos órgãos públicos e reaberto em 2015 graças à luta pelo resgate da cultura negra, da luta por liberdade e resistência. Neste espaço, muito utilizado pela comunidade, são desenvolvidos vários projetos sociais a partir de atividades socioeducativas. Mais recentemente foi inaugurado no espaço a Biblioteca Comunitária Zeferina-Beiru, marco da luta pela inclusão da juventude negra, fortalecimento da identidade étnica e cultural (ALMEIDA, 2018; NUNES, 2015).

4.2.2 Participantes do estudo e estratégias de produção de dados

Foram conduzidas entrevistas e grupos focais com adolescentes, com idade de 15 a 19 anos, do sexo masculino e feminino, residentes no bairro do Arenoso. Como estratégia de aproximação com esse público, fizemos a abordagem dos participantes da pesquisa nos diversos espaços de socialização da comunidade e

também foram utilizados os informantes-chave na comunidade (e.g., ACS, lideranças comunitárias e profissionais de saúde) para a indicação de adolescentes elegíveis para pesquisa.

Na composição da amostragem por conveniência, foram realizadas 36 entrevistas, respeitando uma representatividade qualitativa de diversos perfis de adolescentes (quanto à sexualidade, gênero, raça/cor, religiosidade), sem preocupar-se com a representação estatística e sim com a qualidade das informações obtidas. A entrevista destaca-se por ser uma conversa entre o pesquisador e os participantes da pesquisa, e destina-se a fornecer informações pertinentes sobre o objeto do estudo, levantando questões com vistas a um objetivo (RICHARDSON, 2012).

Escolhemos a entrevista por permitir o acesso a dados da realidade, de caráter subjetivo, externado através de idéias, crenças, pensamentos, opiniões, sentimentos, condutas ou comportamentos (MINAYO, 2007). A escolha dessa técnica se deve ao fato de valorizar a presença do investigador, oferecendo todas as perspectivas possíveis para que o sujeito da pesquisa alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias para o aprofundamento das questões, enriquecendo a investigação (RICHARDSON, 2012).

Os grupos focais foram realizados utilizando-se o espaço em uma das escolas da comunidade, devido a facilidade do acesso pelos participantes e a disponibilidade de uma sala apropriada para a realização do grupo e que respeitasse a privacidade dos envolvidos. Foram realizados 4 encontros com a participação de 37 adolescentes que aceitaram participar do grupo. A sala foi arrumada com as cadeiras de forma circular, com a presença de um moderador e outras pessoas integrantes do projeto, que colaboraram para o apoio das atividades, observação e registro.

O Grupo focal é uma técnica de pesquisa qualitativa, por meio de entrevistas em grupo, num ambiente favorável à discussão, em que os participantes podem emitir livremente sua opinião no grupo e será observada inclusive a interação entre os participantes. Pode ser usada como técnica complementar e necessita de um planejamento prévio à sua execução (TRAD, 2009).

4.3 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS

Para a coleta de dados foram utilizados instrumentos com perguntas disparadoras para auxiliar durante as entrevistas semiestruturadas. Esse tipo de entrevista combina perguntas distribuídas em tópicos através da qual o entrevistado tem possibilidade de discorrer sobre os temas propostos. As perguntas feitas durante o processo não têm uma ordem pré-estabelecida e novos questionamentos podem ir surgindo no momento em que os entrevistados respondem (MINAYO, 2007; RICHARDSON, 2012).

As entrevistas foram realizadas com o auxílio de um gravador de áudio e tiveram uma duração média de 47 minutos. Elas foram realizadas, em sua maioria, nos espaços de sociabilidade presentes no bairro, como a unidade de saúde e o centro comunitário. Foi utilizado um roteiro predefinido (APÊNDICE A) com perguntas relacionadas ao perfil sociodemográfico, comportamentos, percepções e exposições aos riscos, conhecimentos e práticas de prevenção. Essas entrevistas foram transcritas na íntegra por membros da equipe de pesquisa.

Nos grupos focal, os 4 encontros tiveram uma média de 9 participantes e duração de 80 minutos em cada grupo. Foram usados gravadores, distribuídos pela sala, para garantir a qualidade na captação do áudio e um roteiro com perguntas disparadoras, um mapa com a localização dos integrantes e registro da observação das interações entre os participantes (APÊNDICE B).

As entrevistas e os grupos foram realizados por quatro pesquisadores envolvidos no projeto, três do sexo feminino e um masculino. A transcrição do material coletado foi realizada por pesquisadores do projeto.

4.4 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise das entrevistas e das falas registradas nos grupos focais foi realizada através da técnica de análise de conteúdo temática. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/percepção destas mensagens (MINAYO, 2007).

Essa análise se organizou cronologicamente em três fases: a pré – análise, a análise do material e o tratamento dos resultados. De acordo com Bardin (2016) a pré – análise é a fase de organização propriamente dita. Visa operacionalizar e sistematizar as idéias, elaborando um esquema preciso de desenvolvimento do trabalho.

De acordo com Minayo (2007) para esta análise, é necessário realizar a leitura superficial de todo material transcrito, escolher os dados a serem analisados, organizar o material de tal forma que possa responder a algumas normas de validade como exaustividade, representatividade, homogeneidade e adequação. Através dessa leitura busca-se: ter uma visão do conjunto; apreender as particularidades do conjunto do material a ser analisado; elaborar pressupostos iniciais que servem de baliza para a análise e interpretação dos dados; escolher formas de classificação inicial; determinar conceitos teóricos que orientaram a análise. Na fase pré – analítica determinam-se as unidades de registro (palavras – chaves), as unidades de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma leitura superficial das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais aprofundado ultrapassando os sentidos manifestados no material. Para isso, geralmente, todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e a articular a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem (MINAYO, 2007).

Para a análise propriamente dita foram utilizadas as falas organizadas em unidades de contexto, através da codificação, categorização e qualificação das informações. A partir dessa análise as falas foram selecionadas em categorias aplicáveis configurando-se a interpretação qualitativa. A codificação é um processo pelo qual os dados em bruto são sistematicamente transformados e agrupados em unidades que permitem uma descrição exata das características relevantes do conteúdo (RICHARDSON, 2012).

De acordo com Bardin (2016), a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classe, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico. Na construção das categorias serão utilizados como critérios a representatividade que vai emergir das falas.

As categorias de análise tanto podem ser criadas antes como durante o processo de análise. As categorias anteriores, ou “à priori”, dizem respeito às nossas hipóteses de pesquisa, isto é, idéias que temos sobre os fenômenos que estudamos (MORAES; GALIAZZI, 2005). As categorias que surgem no decorrer da análise, ou “emergentes” (idem) são categorias que emergem dos dados, isto é, são novidades que criamos a partir de leituras anteriores, bem como do confronto com os dados que se apresentam (BARDIN, 2016; MINAYO, 2007).

Nessa pesquisa foram utilizadas as seguintes categorias temáticas éticas, que partiram da revisão de literatura: gênero; práticas sexuais na adolescência; vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas e educação sexual.

As categorias iniciais de análise foram feitas partindo da leitura completa do corpus do trabalho, destacando no corpo dos materiais transcritos trechos considerados importantes para responder a pergunta norteadora que motivou o desenvolvimento da pesquisa. Depois disso, essas partes em destaque foram resumidas em palavras ou frases que expressavam o sentido analítico. As categorias temáticas que emergiram da leitura do material empírico: iniciação sexual, práticas sexuais e contexto familiar.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, a pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Essa resolução incorpora os quatro princípios básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Assegurando os direitos e deveres dos pesquisadores, sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012).

O projeto guarda-chuva foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), sob número de parecer 4.540.024. (ANEXO A).

Todas as pessoas participantes da pesquisa com idade igual ou maior a 18 anos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B), enquanto que aqueles com idade menor de 18 anos assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (ANEXO C) após o esclarecimento sobre o projeto, seus objetivos e o respeito da livre decisão em participar da pesquisa, sem nenhum tipo de coação, constrangimento ou benefícios individuais. Nesta pesquisa, foi solicitado ao CEP dispensa de TCLE para os pais ou responsáveis, que deu parecer favorável a esse pedido, devido a sensibilidade do objeto de estudo.

Na tentativa de manter a privacidade, as entrevistas foram realizadas em locais reservados, porém ficou a critério do entrevistado o local em que estivesse mais seguro e confiante. Para o grupo focal, as atividades aconteceram na escola, num grupo fechado, com ausência de pessoas que não faziam parte do projeto.

5 RESULTADOS: PRODUTOS DA DISSERTAÇÃO

Essa dissertação possui como resultados dois produtos principais. O primeiro diz respeito ao artigo intitulado “Experiências de iniciação sexual sob uma perspectiva de gênero entre adolescentes de comunidades populares em Salvador-Ba: implicações para saúde sexual”, que traz a análise de dados empíricos deste trabalho e sintetiza os principais resultados e discussões relacionados ao objetivo geral. O segundo produto se trata do produto técnico de intervenção, que é a criação de oficinas sobre sexualidade, relações de gênero e educação sexual para professores de uma escola pública de um bairro popular em Salvador/Ba, a fim de aproximá-los da temática, discutir e ofertar subsídios que possam colaborar com o acolhimento e orientação dados aos adolescentes no âmbito escolar.

5.1 ARTIGO: EXPERIÊNCIAS DE INICIAÇÃO SEXUAL SOB UMA PERSPECTIVA DE GÊNERO ENTRE ADOLESCENTES DE COMUNIDADES POPULARES EM SALVADOR-BA: IMPLICAÇÕES PARA SAÚDE SEXUAL

Manuela Maciel Souza Codeço¹, Laio Magno¹.

¹ Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

manuelamaciell@gmail.com, ORCID 0000-0001-7789-4805.

laiomagnoss@gmail.com, ORCID 0000-0003-3752-0782.

Resumo

Introdução: A adolescência representa um período culturalmente vinculado às experiências de sexualidade, atravessadas por relações de gênero que produz hierarquias baseadas no poder. Esse estudo analisou as experiências de iniciação sexual de adolescentes sob uma perspectiva de gênero em um bairro popular de Salvador, Bahia.

Métodos: Pesquisa qualitativa, recorte do estudo “Contextos de vulnerabilidade ao HIV entre jovens de camadas populares: um estudo multicêntrico em cinco cidades do Brasil - Espaços Jovens”. Neste trabalho, foram incluídos dados de Salvador, referente a 36 entrevistas e 4 grupos focais, realizados entre maio/2021 e maio/2022. O material foi analisado através da análise de conteúdo a partir das seguintes categorias temáticas: gênero, iniciação sexual, práticas sexuais e contexto familiar.

Resultado: As experiências de iniciação sexual se dão de formas múltiplas e complexas, articuladas com a produção e a reprodução de aspectos sociais. O papel

do gênero foi importante para analisar essas experiências. Apesar das meninas expressarem uma maior liberdade sexual e busca do prazer, ainda persistem preocupações com o julgamento social conservador. Os meninos, por sua vez, vivenciam a sexualidade de forma mais livre, motivados pelo desejo sexual, refletindo os mandatos da masculinidade hegemônica. Ademais, o distanciamento na relação com os pais impactou no estabelecimento de espaços para educação sexual.

Considerações finais: Dessa forma, fica evidente que as desigualdades de gênero contribuem na potencialização das vulnerabilidades e produção de barreiras ao acesso à educação sexual.

Palavras-chave: Adolescência; iniciação sexual; relações de gênero; sexualidade.

Introdução

A adolescência é uma fase da vida culturalmente vinculada às experiências de sexualidade (BORGES *et al.*, 2016; MOTA *et al.*, 2019). Geralmente, é durante esse período que ocorrem as experiências de iniciação sexual, que permitem aos adolescentes adentrarem num mundo de novas descobertas e experimentações que podem auxiliar a construção de suas identidades (QUEIROZ *et al.*, 2017; REIS; MALTA; FURTADO, 2018). Essas experiências podem variar a depender do contexto social, econômico e cultural, bem como dos valores familiares, das orientações sexuais e performances de gênero, que são adotadas por cada pessoa (ARBEIT, 2014; SALLES, 2005). Além disso, é importante destacar que não se limitam às práticas sexuais genitais, mas envolvem relações intersubjetivas com a produção de afeto, desejos, preferências e intimidade (ARBEIT, 2014; LARA, 2019).

As experiências de iniciação sexual são atravessadas por relações de gênero que produzem hierarquias baseadas na distribuição desigual do poder entre homens e mulheres, das mais diversas identidades, em favor do masculino (BRANDÃO; CABRAL, 2017). De acordo com Scott (2017, p.86) “o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder”. Nesse sentido, o gênero não é uma característica fixa e biologicamente determinada, mas sim uma construção sociocultural, construído por meio de normas, papéis e expectativas sociais que atribuem significados diferentes a homens e mulheres, e que reflete e perpetua desigualdades de poder (SCOTT, 2017; TILIO, 2014). O gênero também é resultado de atos performáticos de nomeação e comportamentos

que auxilia a construção das identidades, impondo aos homens cisgêneros e heterossexuais uma posição de poder e privilégio em relação às mulheres e outras identidades sexuais e de gênero (i.e., não heterossexuais e transgêneras) (BUTLER, 2009; TILIO, 2014).

As normas socioculturais de gênero podem impor barreiras à expressão e aos desejos sexuais não heterossexuais ao potencializar a virilidade como elemento central da masculinidade e promover a estigmatização da sexualidade feminina (BRANDÃO; CABRAL, 2017; TILIO, 2014). Além disso, essas normas reforçam as expectativas rígidas de masculinidade que podem silenciar e reprimir as emoções dos homens (RODRIGUEZ, 2019; SILVA; MELO, 2021).

Nesse contexto de práticas, é comum observar a influência das construções socioculturais de gênero nas relações em torno da iniciação sexual. Por exemplo, estudo realizado com jovens, com idade de 16 a 32 anos, de bairros pobres e médios de Belém/PA, em 2013, evidenciou práticas e discursos sobre iniciação sexual que remetem às assimetrias de gênero. Nesse estudo, foi encontrada uma elaboração minuciosa sobre a experiência da “primeira vez” entre as mulheres, marcada pela idealização e critérios pré-estabelecidos para escolha do primeiro parceiro sexual, ao passo que, entre os homens, a escolha da parceira se caracterizou pelo imediatismo da primeira relação sexual genital e ênfase do papel masculino de dominação (REIS; RIBEIRO, 2017).

Essas experiências de iniciação sexual a partir de uma perspectiva dominante do gênero podem aumentar os riscos à saúde dessa população. Estudos têm documentado que algumas experiências de iniciação sexual, como, por exemplo, a primeira relação sexual genital na adolescência, podem estar associadas à ocorrência de gravidez não planejada, aborto inseguro e julgamento social, com efeito mais deletério para as meninas (BRANDÃO; CABRAL, 2017). Esses desfechos ocorrem especialmente quando a primeira relação sexual genital acontece sem apoio, sem acesso a informações adequadas sobre saúde sexual e reprodutiva (SSR) (ARROYAVE *et al.*, 2016), aumentando a vulnerabilidade desta população às infecções sexualmente transmissíveis (IST) e gravidez não planejada em comparação aos adultos (VIEIRA *et al.*, 2021).

A resposta de serviços de saúde para esse complexo quadro tem sido ineficaz para prevenção e promoção da saúde. É comum encontrar profissionais de

saúde que adotam uma prática biomédica tradicional, baseado em uma perspectiva do risco epidemiológico, ao tratar desse tema com os usuários dos serviços (CARVALHO *et al.*, 2021). Essa perspectiva, entretanto, pode limitar o escopo do olhar em torno da iniciação sexual na adolescência e, conseqüentemente, prejudicar as possibilidades de intervenções ampliadas de SSR, que consideram as reais necessidades dos adolescentes (SANTOS *et al.*, 2016).

A base teórica deste trabalho baseou-se no construcionismo social, que reconhece que a construção das identidades de gênero e sexualidade é fortemente influenciada por fatores sociais, culturais e históricos. Nessa perspectiva, o gênero é visto como uma construção social, que existe a partir das relações e interações sociais para a criação de significados. Essa abordagem destaca que as identidades de gênero e sexualidade são atribuições culturais, fluidas e variáveis em diferentes contextos (LOURO, 2014; NOGUEIRA; NEVES; BARBOSA, 2015).

Além disso, é preciso reconhecer que algumas identidades são hegemônicas e gozam de privilégio, autorização e autoridade, enquanto outras são representadas como desviantes, ilegítimas ou alternativas. Essas representações e atribuições identitárias estão enraizadas em sistemas de poder e normas sociais dominantes que reforçam certas identidades e marginalizam outras (LOURO, 2014).

Os indivíduos internalizam as distinções de gênero visíveis a nível estrutural e assumem para si os traços, comportamentos e papéis normativos presentes na sua cultura. Para além dessa internalização, também é embutido à figura feminina a desvalorização e subordinação (NOGUEIRA; NEVES; BARBOSA, 2015). Dessa forma, assumir que a sexualidade deve ser compreendida no âmbito histórico e cultural e identificar o caráter relacional e múltiplo das identidades implicará em abordagens muito mais complexas (LOURO, 2014).

Dessa forma, é necessário analisar as experiências de iniciação sexual levando em consideração as singularidades dos sujeitos, promovendo a igualdade de gênero e o fortalecimento da autonomia juvenil. Além disso, deve-se considerar que o gênero tem impactado nas escolhas que cercam a primeira relação sexual genital e nas trajetórias sexuais e reprodutivas dos adolescentes. Há uma necessidade de pensar as experiências de sexualidade durante a adolescência a partir do conhecimento de valores, crenças, emoções, incertezas, dúvidas e imposições morais dos próprios adolescentes. Assim, o presente estudo tem como

objetivo analisar as experiências de iniciação sexual de adolescentes sob uma perspectiva de gênero em um bairro popular de Salvador, Bahia.

Métodos

Desenho e população do estudo

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, que foi um recorte de estudo guarda-chuva intitulado “Contextos de vulnerabilidade ao HIV entre jovens de camadas populares: um estudo multicêntrico em cinco cidades do Brasil (Projeto Espaços Jovens)”. Esse estudo teve como objetivo geral compreender os contextos de exposição ao HIV e outras IST entre adolescentes e jovens, com idade de 15 a 19 anos, no âmbito comunitário e identificar a diversidade regional no nível do próprio território, em comunidades localizadas capitais brasileiras de Porto Alegre, São Paulo, Salvador, Manaus e Rio de Janeiro.

Nesse artigo, consideramos o material empírico produzido na cidade de Salvador, Bahia, entre os meses de maio de 2021 e maio de 2022. Foram conduzidas entrevistas e grupos focais com adolescentes, com idade de 15 a 19 anos, e residentes de um bairro popular.

Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada em um bairro popular na região periférica da capital do estado da Bahia. A cidade de Salvador está localizada na região Nordeste do país, e é a quarta cidade mais populosa do Brasil, contando com quase três milhões de habitantes (população estimada em 2019) (IBGE, 2021).

De acordo com IBGE (2021), a Bahia se mantém no topo entre os estados com maior desigualdade de distribuição de renda no país, com destaque para as altas taxas de desocupação, desemprego e informalidade entre jovens e adultos. O aumento da informalidade no mercado de trabalho baiano, fonte da desigualdade nos rendimentos, tem como consequência, trabalhadores sem acesso aos mecanismos de proteção social, como o direito à aposentadoria e às licenças remuneradas.

O bairro popular de residência dos participantes incluídos na pesquisa tem uma população de aproximadamente 16.604 mil pessoas, de acordo com o censo 2010. A população é predominantemente jovem (15 a 19 anos é de 9,77% e de 20 a

49 anos é de 52,19%), feminina (51,68%) e negra (36,78% de pretos e 50,71% de pardos) (CONDER, 2016).

Historicamente, essa comunidade é remanescente de um quilombo constituído no centro da cidade, e que, até os dias atuais, herda os rastros dos antepassados em movimento de resistência nesse território. Entre estes movimentos, destaca-se a tentativa de resgate à ancestralidade e resistência da população negra, através do fortalecimento da identidade étnica e cultural em iniciativas não governamentais de moradores da região (ALMEIDA, 2018; NUNES, 2015).

Essa população enfrenta os desafios de viver num bairro com crescimento desordenado e crescente violência. Encontra-se em um contexto de alta vulnerabilidade social, marcado por precárias condições de moradia, dificuldade no acesso aos serviços sociais, de educação e de saúde (IBGE, 2021). Além disso, está exposta a um contexto de violência do estado, ao racismo e ao genocídio impetrado à juventude negra, que influencia o comportamento de muitos adolescentes e jovens (NUNES, 2015).

Neste bairro, foram mapeados espaços de socialização da comunidade, como escolas públicas, igrejas, terreiros, centros comunitários e unidade de saúde da família, que serviram como pontos estratégicos de aproximação e abordagem dos participantes da pesquisa. Também foram utilizados os informantes-chave na comunidade (e.g., ACS, lideranças comunitárias e profissionais de saúde) para a indicação de adolescentes elegíveis para pesquisa.

Estratégia de produção de dados

Entrevistas semi-estruturadas

Foram realizadas 36 entrevistas semiestruturadas com adolescentes moradores deste bairro. Utilizou-se o auxílio de um gravador de áudio nessas entrevistas, que tiveram uma duração média de 47 minutos. Elas foram realizadas, em sua maioria, nos espaços de sociabilidade presentes no bairro, como a unidade de saúde e o centro comunitário. Foi utilizado um roteiro predefinido com perguntas relacionadas ao perfil sociodemográfico, comportamentos, percepções e exposições aos riscos, conhecimentos e práticas de prevenção. Essas entrevistas foram transcritas integralmente por membros da equipe de pesquisa.

Grupos focais

Os grupos focais foram realizados utilizando o espaço em uma das escolas da comunidade, devido a facilidade do acesso pelos participantes e a disponibilidade de uma sala apropriada para a realização do grupo e que respeitasse a privacidade dos envolvidos. Foram realizados 4 encontros, com uma média de 9 participantes e duração de 80 minutos em cada grupo. A sala foi arrumada com as cadeiras de forma circular, com a presença de um moderador e outras pessoas integrantes do projeto, que colaboraram para o apoio das atividades, observação e registro. Foram usados gravadores, distribuídos pela sala, para garantir a qualidade na captação do áudio e um roteiro com perguntas disparadoras, um mapa com a localização dos integrantes e registro da observação das interações entre os participantes.

As entrevistas e os grupos foram realizados por quatro pesquisadores envolvidos no projeto, três do sexo feminino e um masculino. A transcrição do material coletado foi realizada por pesquisadores do projeto.

Análise de dados

As entrevistas e as falas registradas nos grupos focais foram transcritas, categorizadas, codificadas e analisadas a partir da análise de conteúdo temática (MINAYO, 2007). Foram utilizadas as seguintes categorias temáticas éticas, que partiram da revisão de literatura: gênero; práticas sexuais na adolescência; vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas e educação sexual, e as seguintes categorias temáticas emergiram da leitura do material empírico: iniciação sexual, práticas sexuais e contexto familiar.

Para a identificação dos adolescentes, foi utilizada ou a letra “E” para o entrevistado, ou as letras “GF” para a identificação das falas que ocorreram dentro do grupo focal, seguida de um numeral para identificar sequência numérica das entrevistas ou grupos, a idade da pessoa e as letras “F” para feminino, “M” para masculino e “MT” para mulher transsexual.

Aspectos Éticos

A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto guarda-chuva foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB),

sob número de parecer 4.540.024. Todas as pessoas participantes da pesquisa com idade igual ou maior a 18 anos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), enquanto que aqueles com idade menor de 18 anos assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). Nesta pesquisa, foi solicitado ao CEP dispensa de TCLE para os pais ou responsáveis, que deu parecer favorável a esse pedido. As entrevistas foram realizadas em locais reservados, com o apoio da unidade de saúde, escola e centros comunitários.

Resultados

Característica geral dos participantes.

Dos 36 participantes, 22 eram meninas - 19 cisgênero e 3 transgêneros - e 14 meninos cisgênero. A idade média foi de 17 anos – mínima de 15 anos e máxima de 19 anos. Em relação à raça/cor de pele, 35 se autodeclararam pretos/pardos e apenas 1 branca. No que se refere à orientação sexual, a maioria declarou ser heterossexual (30). No que diz respeito à situação conjugal, todos eram solteiros. Destes, 9 declararam estar namorando, numa perspectiva tradicional com o envolvimento de compromisso, enquanto os demais relataram apenas relacionamentos eventuais, que não implicam estabilidade. Nestes casos, os termos “ficar”, “ficar sério”, “pegar” ou “conhecer melhor alguém” foram utilizados para descrição.

Na ocasião da coleta dos dados, a maioria declarou estudar ou estudar e trabalhar ao mesmo tempo. Dentre as atividades remuneradas, destaca-se o trabalho informal de rifeiro¹ (Tabela 1). Quanto à escolaridade, 17 declararam ter o ensino fundamental incompleto, estando a maioria matriculados na escola (13), 16 estavam cursando o ensino médio, 3 já haviam concluído a educação básica e 4 haviam abandonado os estudos (ainda no ensino fundamental).

Mais da metade dos adolescentes estão em situação de distorção idade-série, ou seja, têm dois ou mais anos de atraso escolar (19). Nessa condição estão a maioria dos adolescentes que trabalham e estudam (6) e os que haviam abandonado os estudos (4). Em relação à escolaridade materna, a maioria não

¹Trabalho informal que utiliza-se de um método tradicional de jogos de aposta, onde os participantes compram números da rifa em troca de uma chance de ganhar um prêmio, através de sorteio.

havia concluído o ensino fundamental (16) e o ensino médio (8), somente 6 haviam concluído a educação básica e nenhuma cursava ensino superior (Tabela 1).

Observa-se, com frequência, a ausência do pai na composição familiar dos adolescentes, em virtude da dissociação familiar, onde 25 têm a presença da mãe no núcleo familiar, enquanto 11 têm a presença do pai. Nesses casos, o pai aparece em configurações compostas por figuras femininas, como a mãe ou a madrasta. Pode-se verificar também a presença de outros atores, como avós e padrastos (Tabela 1).

O ambiente familiar, a escola, os pares e os diversos meios de comunicação disponíveis, tendo as redes sociais como forte elemento colaborativo, contribuem para a socialização e construção de identidades de acordo com as trajetórias individuais de cada um.

Tabela 1 - Características da população estudada.

Variáveis	n	%	Mulher Cisgênero n (%)	Mulher Transgênero n (%)	Homem Cisgênero n (%)
Sexo					
Feminino	19	52,8			
Masculino	17	47,3	19 (52,8)	3 (8,3)	14 (38,9)
Idade					
15 anos	8	22,2	5 (26,3)	0 (0,0)	3 (21,4)
16 anos	7	19,5	6 (31,6)	0 (0,0)	1 (7,1)
17 anos	6	16,7	5 (26,3)	0 (0,0)	1 (7,1)
18 anos	9	25,0	2 (10,5)	2 (66,7)	5 (35,7)
19 anos	6	16,7	1 (5,3)	1 (33,3)	4 (28,6)
Raça/cor					
Preta	26	72,2	13 (68,4)	3 (100,0)	10 (71,4)
Parda	9	25,0	5 (26,3)	0 (0,0)	4 (28,6)
Branca	1	2,8	1 (5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Orientação sexual					
Heterossexual	30	83,4	17 (89,4)	2 (66,7)	11 (78,6)
Homossexual	2	5,6	1 (5,3)	0 (0,0)	1 (7,1)

Variáveis	n	%	Mulher Cisgênero n (%)	Mulher Transgênero n (%)	Homem Cisgênero n (%)
Bissexual	1	2,8	1 (5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Pansexual	1	2,8	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (7,1)
Não se define	2	5,6	0 (0,0)	1 (33,3)	1 (7,1)
Tem namorado (a)					
Sim	10	27,8	9 (47,4)	0 (0,0)	1 (7,1)
Não	26	72,2	10 (52,6)	3 (100,0)	13 (92,9)
Ocupação					
Só estuda	20	55,5	14 (73,7)	1 (33,3)	5 (35,7)
Só trabalha	2	5,6	2 (10,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
Trabalha e estuda	9	25,0	2 (10,5)	2 (66,7)	5 (35,7)
Desempregado	2	5,6	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (14,3)
Nem trabalha, nem estuda	3	8,3	1 (5,3)	0 (0,0)	2 (14,3)
Escolaridade					
Ensino fundamental incompleto	17	47,2	9 (47,4)	2 (66,7)	6 (42,8)
Ensino médio incompleto	16	44,5	9 (47,4)	1 (33,3)	6 (42,8)
Ensino médio completo	3	8,3	1 (5,2)	0 (0,0)	2 (14,3)
Distorção idade-série					
Sem atraso	8	22,2	5 (26,3)	0 (0,0)	3 (21,4)
Atraso de 1 ano	9	25,0	7 (36,8)	0 (0,0)	2 (41,3)
Atraso de 2 anos	8	22,2	3 (15,8)	0 (0,0)	5 (35,8)
Atraso de 3 anos	3	8,4	1 (5,2)	1 (33,3)	1 (7,1)
Atraso de 4 anos ou mais	8	22,2	3 (15,8)	2 (66,7)	3 (21,4)
Escolaridade materna					
Ensino fundamental incompleto	16	44,4	7 (36,8)	2 (66,7)	7 (50,0)
Ensino médio incompleto	8	22,2	6 (31,6)	1 (33,3)	1 (7,1)
Ensino médio completo	6	16,7	4 (21,1)	0 (0,0)	2 (14,3)
Não sabe informar	6	16,7	2 (10,5)	0 (0,0)	4 (28,6)

Variáveis	n	%	Mulher Cisgênero n (%)	Mulher Transgênero n (%)	Homem Cisgênero n (%)
Com quem mora					
Com a mãe	12	33,3	5 (26,3)	1 (33,3)	2 (14,3)
Com mãe e pai	9	25,0	4 (21,1)	1 (33,3)	4 (28,6)
Com mãe e padrasto	4	11,1	2 (10,5)	0 (0,0)	2 (14,3)
Com pai e madrasta	2	5,5	1 (5,3)	0 (0,0)	1 (7,1)
Com avós	5	13,9	1 (5,3)	0 (0,0)	4 (28,6)
Sozinha	3	8,3	1 (5,3)	1 (33,3)	1 (7,1)
Com outros familiares	1	2,8	1 (5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)

Fonte: Elaboração própria.

Experiências de iniciação sexual.

Dos adolescentes entrevistados, 32 já haviam vivenciado uma relação sexual envolvendo penetração pelo menos uma vez. Destes, todos tiveram essa primeira relação antes dos 15 anos de idade. Essa experiência ocorreu em meio às descobertas, curiosidades e vários sentimentos. Foi relatado como um período de experimentações, que vai desde ao acesso à pornografia, perpassando pelo primeiro beijo e pela primeira relação sexual. Além disso, essas experiências parecem ser importantes para a construção das identidades.

Alguns consideraram o momento em que as experiências de iniciação sexual ocorrem como cedo demais, isto é, em períodos da vida em que são considerados “jovem demais” ou “uma criança”. Esse período é abordado como um contexto de ingenuidade e diversão, pelo qual as brincadeiras como “esconde-esconde” e “brincar de pai e filha” são mencionadas. Além disso, ocorre o medo do julgamento alheio do grupo caso o sujeito não queira participar das “brincadeiras”.

“Foi com 12 [anos]. Na minha opinião hoje em dia foi jovem demais” (E21 - F - 17 anos).

“A minha primeira relação sexual, acho que foi com sete anos de idade. Foi um negócio que, foi um negócio bem do nada, bem maluco, era esconde-esconde, aí a gente entrou dentro de uma casa abandonada, aí ela deitou na areia, aí foi que rolou.” (E16 - M - 17 anos)

“Primeira vez que eu fui, eu era criança, porque tava eu, a amiga de minha prima e minha prima. Aí elas ‘ah vamos brincar de pai e filha’, eu também pra não dar um de besta, bora” (E12 - M - 15 anos).

Os relatos sobre as experiências de iniciação sexual foram marcadas pela diversidade de situações e não podem ser reduzidas a uma única experiência singular e geral. Entre as meninas cisgênero, houve relatos de planejamento para a primeira relação sexual genital e busca de uma maior liberdade sobre as experiências, ao demonstrar vontade. Além disso, houve relato de idealização sobre o tempo correto e a pessoa que correspondesse às expectativas individuais de “gosto” e “conexão”.

“Eu queria ter, porque até então ele não me mostrava que queria, então quem quis foi eu, aí mostrei o que eu queria, só que na hora eu fiquei com vergonha, mas depois a gente teve relação normal” (E14 - F - 15 anos).

“Foi bom porque tipo eu gostava muito dele então pra mim foi uma sensação boa, independentemente de ser a primeira vez ou não, pra mim foi como se eu já tivesse feito já com ele, foi uma conexão surreal” (E6 - F - 16 anos).

“A gente já tinha conversado e eu disse a ele que ia esperar meu momento, e quando achasse que era meu momento aconteceria, e aí chegou o momento que eu achei que tava na hora e aconteceu” (E31 - F - 17 anos).

Além disso, houve relato de meninas cisgênero que tiveram experiências de iniciação sexual a partir de experimentações em um relacionamento afetivo-sexual com meninos e meninas, pois manifestavam desejo pelos dois gêneros. Também houve meninas que experimentaram a relação homoafetiva por curiosidade, mas que não se interessaram muito.

“A primeira vez com homem foi com 14 anos e com mulher com 16. Mas desde os meus 12 anos eu já tinha atração por mulheres. Eu escondia, porque tinha vergonha de contar, até hoje meus pais não sabem” (E18 - F - 18 anos).

“Bateu a curiosidade, [...], aí eu quis saber como era ficar com uma menina, aí eu fiquei e não teve graça nenhuma. eu não senti nada, porque você tá vendo uma menina, não tá vendo um menino” (E21 - F - 17 anos).

Entre os meninos, as experiências de iniciação sexual foram relatadas com menos preocupação e mais aberta à experimentação, de modo geral, em comparação com as meninas. Entretanto, essas experimentações não foram livres

de pressão social e cobranças, por exemplo, um menino relatou se cobrar muito porque gostava de “satisfazer a pessoa”. Nesse contexto, a experiência relatada com a pornografia foi apontada como um processo de descobrimento da sexualidade, que ocorre antes de uma “experiência real”.

“Hoje em dia é muito fácil você chegar numa pessoa. É até perigoso, mas no momento a gente não pensa no perigo, prazer sempre fala mais alto” (E8 - M - 19 anos).

Porque às vezes bate um negócio um vucovuco e vai. Que nem que uma vez eu cheguei e peguei um desconhecido (E2 - M - 18 anos).

“Antigamente quando eu tinha quinze, dezesseis anos, não sabia das coisas. Eu fazia muito uso da pornografia, aí quando foi na pele foi totalmente diferente, eu ficava esperando e pensando que era isso, mas não é [...] aí eu fui descobrindo com o tempo. [...] Eu me cobro muito, porque eu gosto de satisfazer a pessoa” (E28 - M - 18 anos).

Entre as meninas trans, as bordas borradas de identidade gênero e orientação sexual foram marcantes no processo de descobrimento da sexualidade e na iniciação sexual. Este fato é corroborado pelas experiências relatadas, num processo de reconhecimento e afirmação da performance de gênero feminina que ocorre no transcorrer da adolescência.

“A minha primeira experiência sexual eu ia fazer 14 anos, pouco antes de me assumir, eu lembro que eu tava na dúvida ainda, foi com um menino que eu gostava dele, ele também gostava de mim e eu gostei [...] no caso eu era gay, eu fui o primeiro gay que ele pegou, ele foi o primeiro menino, então foi super bom” (E36 - MT - 18 anos).

“Eu tenho que provar pra saber, aí eu cheguei a ter relações com uma menina e tudo, mas não gostei, aí tive com um menino, me senti bem, porque no caso me senti uma menina e ele como um menino, me senti bem, pelos carinho, essas coisas” (E29 - MT - 19 anos).

O significado da virgindade.

A primeira relação sexual genital e a significação simbólica do fenômeno virgindade transcorreu de forma sinuosa entre as narrativas dos adolescentes. Entre os adolescentes que não vivenciaram ainda as práticas genitais, a escolha por adiar a primeira relação sexual parece não decorrer da falta de oportunidades, mas pelo reconhecimento do desejo de encontrar o “momento” ou a “pessoa certa” para terem mais confiança de “se entregar”.

“Claro que você não vai se entregar pra qualquer pessoa, claro que não. Só isso. Não tenho vergonha, acho isso super normal” (E26 - F - 16 anos).

“Não sei do que gosto. Eu ainda, por mais que tenha 18 anos, ainda não me descobri, tenho muito que aprender a respeito de mim. [...] eu nunca cheguei a namorar ou me relacionar com ninguém, não estou com pressa pra isso [...], estou querendo experimentar, mas não encontrei a pessoa certa” (E10 - M - 18 anos).

“Eu perdi a virgindade com 14 anos porque achei que era meu momento [...] Esperei o momento de tá num relacionamento” (GF1 - F).

A decisão de antecipação ou adiamento da primeira relação sexual genital foi descrita como momento de influência dos pares ou parceiros e pelas normas sociais vigentes que parecem influenciar de formas diferentes a depender da performance de gênero. Entre as meninas, a virgindade é significada como um objeto a ser guardado para um momento especial e romântico, que aparece no discurso como um objeto ou mesmo como um presente a ser entregue a um parceiro sexual. Ao mesmo tempo, ao ser penetrada em uma relação sexual genital, a virgindade é perdida e, dependendo da experiência de cada um, essa perda pode ser relacionada a um sentimento bom ou ruim.

“Ele foi meu primeiro homem, foi com ele que eu perdi minha virgindade. Depois da primeira vez que a gente ficou, a gente ficava só no beijo, aí depois que eu me entreguei a ele a gente começou a namorar” (E7 - MT - 18 anos).

“Eu dou conselho a minha prima, porque ela tá doida pra perder a virgindade dela, porque eu perdi e me arrependi”. [...] É até uma vergonha Foi dentro de um colégio, no banheiro [...]. Me arrependi, chorei, que não foi com a pessoa certa, foi por aventura” (E27 - F - 16 anos).

“Foi bom porque eu gostava muito dele, então pra mim foi uma sensação boa” (E6 - F - 16 anos).

“Eu tinha 13 anos, não foi muito legal. Porque estava perdendo a minha virgindade, tava doendo muito” (E22 - F - 16 anos).

Nesse processo, não é incomum o relato de dor e a normalização do incômodo durante a penetração sexual no discurso de algumas meninas. É como se estivesse normalizada a vivência de desconforto como algo que se tem que acostumar.

“Aconteceu [a primeira relação sexual], não foi nada demais, não significou nada. Senti somente dor” (E5 - F - 17 anos).

“Minha mãe falava que doía um pouquinho. E que eu ia me acostumar porque a dor era, ela falava, era relativo, alguma coisa assim, e que ia sangrar um pouquinho, que não era pra me assustar, nem ficar com medo, e que depois ia ser normal” (E19 - F - 16 anos).

Elas também relacionaram a primeira relação sexual genital a um marco importante na transição para a vida adulta que exige a criação de “responsabilidades”, bem como a tomada de decisão com relação ao corpo e às práticas contraceptivas, em que a possibilidade de uma gestação é percebida com um potencial de impacto no futuro.

“Com 13 anos de idade, desde então tive que criar responsabilidades para não engravidar. [...] Seria um absurdo, minha mãe não ia aceitar, ia ser um transtorno na minha vida, eu não teria como sustentar e educar essa criança, porque eu sou uma criança praticamente” (E5 - F - 17 anos).

“Eu quis, mas depois me arrependi, porque eu sabia que era uma coisa que eu não podia voltar atrás. [...] se eu tivesse a mente que eu tenho hoje eu não teria feito, é uma coisa que muda tudo na vida, muda tudo” (E15 - F - 15 anos).

Entre os meninos, a descrição das experiências de iniciação sexual e da primeira relação sexual genital aparecem de maneira superficial, sem grande aprofundamento sobre sentimentos e afetos, com frases curtas, tais como: “foi de boa”, “normal”, “não sei nem o que dizer”. Talvez essa postura esteja relacionada com uma necessidade de se manter distanciado do tema ou mesmo para não demonstrar emoções, ou por se sentirem desconfortáveis ou inseguros ao falar sobre sexualidade.

“Eu acho que foi com 15 [anos]. Foi de boa, na casa de minha tia” (E33 - M - 19 anos).

“Já tem muito tempo. Eu tinha 16 anos. Foi normal. Eu tava 1 ano já com essa menina, depois resolvi ter [relação sexual]” (E34 - M - 19 anos).

“Foi uma vivência que eu não sei nem o que dizer como [...] Foi um dia antes do meu aniversário, que eu estava até no interior. Aí lá no interior tem um paquera por lá perdido. Aí ele disse ‘tá’ e eu ‘tá’, também só rola quando eu estou lá ou às vezes quando ele vem aqui” (E30 - M - 18 anos).

Esse comportamento masculino pode desfavorecer o planejamento de relações sexuais protegidas, contribuindo para que os adolescentes tenham relação sexual “sem tomar cuidado”. Nos discursos, alguns adolescentes podem não recuar

das relações sexuais com penetração na ausência de preservativo, contribuindo para situações de vulnerabilidade às IST e gravidez.

“Nas vezes que foi uma rapidinha [...] num local que eu posso ser pego no flagra, foi sem tomar nenhum cuidado [sem preservativo]” (E2 - M - 18 anos).

“A gente vai, na intenção de usar camisinha, na hora que tá se beijando, o fogo bate [...] Só tira de dentro quando terminar” (GF1 - M).

“Eu namorava sempre sem camisinha. Depois de um tempo eu fui saber a importância da camisinha. Agora eu tenho medo de ter doença. [...] Eu não sabia como usar a camisinha, aí demorava e ia sem camisinha mesmo. Aí aqui eu aprendi, aí a camisinha virou minha parceira.” (E8 - M - 19 anos).

Motivações e pressão social durante as experiências de iniciação sexual.

São várias as motivações que impulsionaram os adolescentes na iniciação sexual como, por exemplo, a curiosidade, o desejo de intimidade e conexão emocional, o desejo de se encaixar em um grupo ou mesmo a pressão social do grupo. Alguns adolescentes demonstraram curiosidade em relação ao sexo e a sexualidade, ao “querer saber” experimentar novas sensações e aprender mais sobre os seus corpos e dos parceiros. Nesse processo, também, se dá a descoberta dos desejos e das preferências sexuais.

“A primeira foi tranquila, doeu um pouco só. Foi por acaso. Não sei como, por mais incrível que pareça foi lá dentro da escola mesmo, atrás da escola. [...] Eu queria saber, assim como era” (E21 - F - 17 anos).

“Eu fui descobrindo [sobre a sexualidade] com o tempo com ela, ela também era virgem, aí fomos descobrindo juntos, foi ótimo [viver esse momento juntos] [...]” (E28 - M - 18 anos).

As experiências de iniciação sexual podem significar momentos em que se é possível expressar sentimentos, fortalecer os relacionamentos e reforçar o desejo pelo prazer, intimidade e conexão emocional nas relações afetivas. Algumas pessoas podem relacionar as experiências em relação sexuais genitais a uma forma de expressar amor ou compromisso com o parceiro, mais comum entre as meninas, enquanto outras podem vê-las como uma forma de atender ao prazer, geralmente entre os meninos.

“Ele foi um homem de verdade, que me aceitou, não tinha vergonha de nada. Tinham momentos que os amigos dele todos falavam, mas ele não

ligava. Eu sei que era errado o que ele fazia, mas tinha gente que ele até ameaçava quando abria a boca pra falar coisas de preconceito pra mim. Ele não se importava com nada, só dizia pra mim que se importava com a nossa felicidade” (E7 - MT - 18 anos).

A gente foi numa festa, aí no outro dia ele veio pra minha casa, aí acabou acontecendo. Aí eu conversei com ele, ele sabia que eu era virgem, que ele tinha tirado minha virgindade, e ele não achou certo da gente continuar ficando, até porque isso era uma coisa mais séria” (E24 - F - 18 anos).

“ No geral, o que pintar na rede é peixe. A gente não tem esse preconceito, [...] a gente pensa mais no prazer mesmo, não tem mais aquela coisa linda de antigamente, de casar, ter filho, se apaixonar” (E8 - M - 19 anos).

A necessidade de atender às expectativas dos seus semelhantes também foi relatada como uma motivação para o início das relações sexuais genitais entre as meninas, na medida em que podem se sentir envergonhadas ou intimidadas em assumir a virgindade perante o grupo. Essa pressão social pode cooperar para o silenciamento, encobrimento da verdade sobre a virgindade ou mesmo relutância em expressar inseguranças e expectativas sobre o processo de iniciação sexual. Nesse sentido, a pressão social foi relatada como um dos motivos para a primeira relação sexual genital, até mesmo contra o próprio desejo individual.

“As meninas falavam, eu ficava toda sem graça, não sabia nem o que falar, só ficava escutando e dando risada. Eu achava que era para ter logo relação sexual porque minhas amigas já tinham, já menti muitas vezes [sobre ter tido uma relação sexual]” (E1 - F - 15 anos).

“Tem menino também que dá uma de furão e quando vai ver ainda é virgem” (GF1 - F).

Essa pressão foi relatada como sendo mais forte no contexto de relacionamentos estáveis e mais duradouros, visto que a ocorrência de penetração em uma relação sexual significaria o estabelecimento de um maior laço de intimidade entre os parceiros.

“Antigamente quando eu namorava minha vida sexual era ativa né, agora eu terminei meu relacionamento” (E14 - F - 15 anos).

“Com meu namorado que foi a primeira vez e até hoje é com ele, nunca foi com outra pessoa” (E31 - F - 17 anos).

Entre namorar e ficar: a sexualidade e as relações afetivas.

Em relação à experiência de relacionamentos afetivos, observou-se duas principais: namorar e ficar. O primeiro foi geralmente caracterizado como uma relação com maior compromisso e foi comum encontrar relatos sobre maior intimidade afetiva, emocional e sexual entre os parceiros neste tipo de experiência. Geralmente, as meninas destacaram que a vida sexual era mais ativa no contexto do namoro e, às vezes, como o principal contexto em que aconteceu a primeira relação sexual genital.

“Antigamente quando eu namorava minha vida sexual era ativa né, agora eu terminei meu relacionamento” (E14 - F - 15 anos).

“Com meu namorado que foi a primeira vez e até hoje é com ele, nunca foi com outra pessoa” (E31 - F - 17 anos).

Foi com 13 anos, foi com meu namorado, meu ex namorado, ficamos 2 anos juntos, depois dele eu só tive relações, com 3 pessoas só (E35 - F - 15 anos).

Entre as meninas, observou-se experiências ambíguas sobre os relacionamentos afetivos e sexuais. Ao mesmo tempo em que houve uma atitude de expressão em favor de maior liberdade sexual, também houve o destaque para o medo de julgamentos e hostilização no contexto do ficar.

“Pra ser sincera, tipo marcar encontro hoje, tá difícil, ninguém marca mais não, todo mundo é “ah bora ficar, vem aqui em casa” já quer transar” (E17 - F - 19 anos).

“Já tive relação, foi por acaso [...]. Não sei como, por mais incrível que pareça foi lá dentro da escola mesmo, atrás da escola [...] Eu queria saber como era” (E21 - F - 17 anos).

“As meninas são mais hostilizadas, quando pega geral” (GF1 - F).

“Minha prima tem 18 anos e ainda tá na espera de um menino certo pra ela perder a virgindade. Isso é uma idiotice porque não existe homem certo. Se eu pudesse hoje, eu tinha perdido com uma pessoa que eu nem conhecia” (GF1 - F)

É importante destacar que as primeiras experiências sexuais dos meninos podem ocorrer de diferentes maneiras e em diferentes tipos de relacionamentos. Alguns relataram que as primeiras experiências sexuais aconteceram prioritariamente em relacionamentos ocasionais, com "ficantes", amigas ou primas.

Apenas um menino relatou experiência de uma primeira relação sexual genital com uma namorada e um outro estava namorando no período de realização da entrevista. Este último ponderou que se tratava de um relacionamento sério e mantinham uma relação sexual não genital, pois eles estavam aguardando o momento ideal.

“Eu tinha treze anos, treze para quatorze anos, comecei e foi com uma prima minha que acho que tinha dezesseis.” (E11 - M - 15 anos).

“No geral, o que pintar na rede é peixe. A gente não tem esse preconceito, só se o bairro da pessoa for muito perigoso” (E8 - M - 19 anos).

“Eu fui descobrindo com o tempo, com ela [a namorada], ela também era virgem, aí fomos descobrindo junto” (E28 - M - 18 anos).

“Eu acho tranquilo, difícil em algumas partes né, e a gente tem que segurar né, porque nada é como a gente quer. [...] Eu acho que [ela não transa] por causa da idade. [...] Eu acho que é uma coisa muito importante né [a virgindade]. Tem que respeitar, por causa da idade, e a mãe dela chamou a gente pra conversar, aí tem que respeitar” (E16 - M - 17 anos).

Houve o relato de diversas expectativas em relação às relações afetivas, que variaram de acordo com as experiências e vivências pessoais dos adolescentes. Algumas delas estavam relacionadas à expectativa frustrada do encontro com uma “pessoa especial” que é desejada e sonhada. Outras estavam associadas à busca por um relacionamento estável para debelar a carência de quem não quer mais apenas “ficar”, um destaque realizado por um dos meninos.

Eu não sei se foi a pessoa ou pelo fato de não ser como eu imaginaria, com uma pessoa especial, tem umas pessoas que a gente dá tudo ali né, imagina “ah vai ser foda” mas não foi, não foi aquilo que a gente imaginou, entendeu? Não foi prazeroso (E25 - F - 17 anos).

“Não tem mais aquela coisa linda de antigamente, de casar, ter filho, se apaixonar” (E8 - M - 19 anos)

Senti (vontade de ter relação sexual com a pessoa que estava ficando), mas quando isso aconteceu, a pessoa só queria ficar comigo e nada mais. Havia interesse da minha parte, mas por parte da pessoa não. [...] Tem momentos que eu fico carente, mas consigo levar.” (E10 - M - 18 anos).

Falta de apoio familiar durante as experiências de iniciação sexual.

O diálogo entre pais e adolescentes é relatado como inexistente para alguns. Há uma queixa da falta de abertura dos pais para abordar questões e dúvidas

relacionadas à experiência da sexualidade e socialização. A percepção é de estar perdido pela falta de orientação e pelo fato de ter que fazer tudo escondido.

“Quando eu preciso, ninguém nunca tá comigo, às vezes o que eu preciso nem é muito, é só conversar mesmo. Não consigo conversar com meus pais, eu prefiro guardar a maioria das coisas pra mim” (E15 - F - 15 anos).

“Aí esse povo fica meio perdido, assim como eu também já fiquei perdido, até porque não tinha ninguém pra conversar, ninguém pra eu chegar e ter esse tipo de conversa. Eu fazia tudo escondido, aí não tinha ninguém pra ter uma conversa pra pedir um conselho” (E2 - M - 18 anos).

Apesar de haver relatos de relações dialógicas entre mães e filhas, que foram comparadas como uma relação entre amigas, observou-se um limite sobre os assuntos abordados, existindo uma barreira que não permite a aceitação da sexualidade dessas adolescentes.

“Ela [mãe] é o tipo de pessoa que posso confiar de olhos fechados [...] ela é minha melhor amiga, me ajuda [...]. Minha mãe nunca conversou comigo sobre sexo, sobre meninos, sobre coisa de menstruação nem nada disso. Quando eu menstruei pela primeira vez, eu pensei que eu ia morrer, um negócio vermelho saindo de dentro de mim, eu comecei a gritar [...]. A gente não conversa muito, o que ela tinha que saber da minha vida e da minha virgindade ela já sabe [...] eu não contei não. Foram eles que descobriram, [acharam uma receita de anticoncepcional] e ficaram me questionando para que eu queria aquilo. Aí eu tive que contar” (E1 - F - 15 anos).

Além disso, a sexualidade é abordada de maneira superficial e sem que haja uma abertura para dúvidas ou troca sobre essas experiências principalmente na iniciação sexual. Há um foco principal no reforço do uso do preservativo e métodos contraceptivos hormonais, ou seja, no risco de relações sexuais desprotegidas. A preocupação dos pais parece se resumir em prevenção de doenças e gravidez, mesmo sem ter momentos para compartilhar as experiências que estavam vivendo.

“Mainha me fala muito, porque esse negócio de doença e também pra não ter filho, é barril [situação ruim ou complicada]” (E12 - M - 15 anos).

“Ela fala pra eu usar camisinha, para eu tomar cuidado” (E13 - M - 15 anos).

“Minha mãe sempre me perguntava se eu era virgem e eu sempre dizia que sim, porque eu era. Então ela nunca tocou no assunto, mas ela sempre falou “ah tem que usar camisinha” pra se prevenir e tal, tomar injeção, tudo certinho” (E25 - F - 17 anos).

De modo geral, observa-se uma tentativa de maior controle dos corpos das meninas do que dos meninos por meio da família. Por exemplo, a “virgindade” é controlada e vista como algo importante para pais e outros familiares que exercem poder sobre essas meninas. Constantemente as meninas são questionadas sobre a virgindade como se fosse um ponto primordial, supervalorizando esse momento de “perda” e consequente conflito no núcleo familiar. Muitas adolescentes acabam omitindo as experiências de iniciação sexual por medo da aceitação familiar.

“Eu tive que contar a ele que eu perdi minha virgindade, [...] aí ele falou um monte de coisa. Minha mãe já foi dizendo que ia me mandar embora para morar com meu tio, falou um monte de coisa também. Aí ele perguntou como foi, aí eu falei ‘foi bom’, aí ele foi e me bateu” (E1 - F - 15 anos).

“Minha mãe falava sempre comigo, sabe? Falava um monte de coisa, [...] de não perder a virgindade, só que eu já tinha perdido né. Meu pai é ausente, não temos uma relação. Meu padrasto que conversa comigo” (E22 - F - 16 anos).

“Quando eu perdi a virgindade, contei pra minha mãe no mesmo dia, só que ela me tratou com ignorância, só que eu precisava saber de alguma coisa que eu fazia, entendeu?! Eu estava perdida, não sabia qual remédio eu tinha que tomar” (E24 - F - 18 anos).

“Quando eu era virgem, eu tinha todo o apoio de minha avó, e quando eu perdi a virgindade ela ficou dizendo um monte de coisa [...], não ia me dar mais nada” (E14 - F - 15 anos).

Além disso, o preconceito quanto às orientações sexuais distintas da norma heterossexual também é um desafio que se apresenta às adolescentes bissexuais e nas meninas transexuais, para vivenciam essas experiências na iniciação sexual. Essa falta de acolhimento parece catapultar essas meninas para viverem suas experiências sexuais de forma escondida.

“Eu escondia [a bissexualidade], porque tinha vergonha de contar, até hoje assim, meus pais não sabem, não sei nem como eu vou contar. Porque minha família não gosta sabe, tem muito preconceito. Aí fico com medo de contar” (E18 - F - 18 anos).

“Era uma relação de namoro, mas era mais escondido, porque meus pais nunca foram de aceitar [...] Eles [os pais] são mais de prender a pessoa, não gostam de deixar a pessoa ter liberdade. Com eles também não tem muita conversa. A mãe acha que todos os lugares que a gente frequenta tem violência. Meu pai eu não me dou muito com ele [não aceita a orientação sexual] [...] nunca tive coragem de chegar no momento certo e levar ele lá pra conhecer meus pais” (E7 - MT - 18 anos).

Entre os meninos heterossexuais, por sua vez, percebe-se uma maior liberdade na aceitação de suas práticas sexuais pela família e sociedade em geral. Alguns relatam, por exemplo, que o local onde transam é a própria casa, com a anuência da família.

Minha mãe sempre foi de boa, porque ela trabalhava e ficava fora de casa. [...] Ela sabia, mas não falava nada. Minha mãe, por causa desse negócio de facção, ela preferia o filho dela dentro de casa, e eu sempre fui muito caseiro (E8 - M - 19 anos).

“[local que costuma transar] Em minha casa, quando meus pais não estão lá. Com meus pais lá eu não me sinto à vontade [mas não tem problema]. Se não der é na casa de alguém” (E12 - M - 15 anos).

Discussão

As experiências de iniciação sexual não se dão de modo sistemático, singular ou linear, mas de formas múltiplas e complexas, articuladas com a produção e a reprodução de aspectos sociais mais amplos. Além disso, o adiamento ou a antecipação das práticas sexuais genitais podem ser motivadas por sentimentos, curiosidade, influência dos pares ou parceiros, ou mesmo por pressão social de redes de amizade.

Observou-se diferenças de gênero nas experiências de iniciação sexual entre meninos e meninas. Apesar das meninas expressarem uma maior liberdade sexual e busca do prazer, ainda persistem preocupações com o julgamento conservador da família sobre a posição da mulher na sociedade em relação à sexualidade. Por outro lado, os meninos pareceram vivenciar a sexualidade com mais livre-arbítrio, motivados pelo desejo sexual. Entretanto, essa liberdade é autolimitada, pois é afetada pela pressão social e cobrança por performance que pode limitar o escopo de escolhas masculinas.

As meninas geralmente decidem sobre a iniciação sexual baseando-se nessas normas que preconizam que a mulher deve inicialmente resistir às investidas sexuais para posteriormente ceder, já que a iniciativa sexual é uma prerrogativa masculina (ARRUDA *et al.*, 2020; LIMA; LANDIM, 2021).

Nesta pesquisa, pode-se observar no relato das meninas a ambivalência entre o desejo em viver uma sexualidade mais livre e as normas sociais ainda vigentes. Assim, podemos dizer que as narrativas tanto refletem um processo de desconstrução, fruto de movimentos feministas e contribuições de estudos de

gênero, quanto de permanência com os padrões de gênero instituídos, em interface com as relações de dominação, poder e de desigualdade (JUNQUEIRA; MELO, 2016).

A maioria das meninas iniciou-se sexualmente dentro de um relacionamento. Elas podem se sentir pressionadas a adiarem suas práticas sexuais genitais ou cedê-las apenas às pessoas com as quais têm vínculos afetivo-amorosos, idealizando o tempo, confiança e a “pessoa certa”. Para Maranhão *et al.* (2017) em seu estudo seccional realizado em Teresina-PI, em 2008 com adolescentes com idade de 15 a 19 anos, este fato poderia justificar algumas meninas adiarem a primeira relação sexual com penetração após um ano de relacionamento com o parceiro. Em contrapartida, em outras situações, a idealização da iniciação sexual como evento inevitável do relacionamento duradouro contribui para sucesso nas investidas sexuais masculinas, pois as meninas tendem a ceder por medo de perder o namorado.

Entre os meninos, essas experiências aconteceram em relacionamentos casuais, sem compromisso amoroso e sem necessidade de esperar a pessoa certa, aproveitando as oportunidades ao sexo, com relatos mais reprimidos ou silenciados. Apesar da diversidade de experiências e relatos em relação à sexualidade, o fato de mais meninas retratarem experiências de iniciação sexual dentro de relacionamentos estáveis e os meninos em relações mais livres e casuais, pode estar relacionado com os mandatos da masculinidade hegemônica que colocam para o homem a iniciativa sexual, a performance heterossexual, a necessidade de várias parceiras na sua trajetória e a dissociação sexo/afeto como normas de masculinidade, frutos de uma construção social (ARRUDA *et al.*, 2020; NASCIMENTO; UZIEL; HERNÁNDEZ, 2018).

Apesar disso, os meninos também enfrentam pressão e cobrança em relação à sua performance na esfera sexual, já que as expectativas associadas ao masculino estabelecem que os homens devem ser assertivos, dominantes, sexualmente experimentados e bem-sucedidos (RODRIGUEZ, 2019). A pressão para ser sexualmente ativo e ter um desempenho satisfatório pode gerar ansiedade, insegurança e limitar a liberdade dos meninos em expressar emoções, mostrar vulnerabilidade e buscar ajuda em momentos de dificuldade (SILVA; MELO, 2021).

Ademais, nosso estudo mostrou que o distanciamento dos pais na relação com os filhos impactou no estabelecimento de um espaço de diálogo entre eles. Os adolescentes encontraram barreiras no acesso às informações relativas à sexualidade e não receberam atenção ou conversaram com os pais. Em relatos que apontaram presença de orientações sobre sexualidade na família, há o destaque da mãe como principal fonte de informações, a carência da figura paterna nesse papel e a presença de outros atores, em uma variedade de arranjos familiares existentes entre os participantes. A mãe também aparece em outros estudos como principal referência para esse diálogo, incluindo também outros familiares e/ou amigos. Uma parcela menor dos entrevistados dessas pesquisas conversa sobre sexo com o pai, sendo a maioria desse grupo formado por meninos (GENZ *et al.*, 2017; GROSSMAN; PEARCE; RICHER, 2021; USONWU; AHMAD; CURTIS-TYLER, 2021).

Mesmo nos relatos em que os adolescentes conversavam com os pais, as orientações sobre sexualidade ocorreram de maneira incipiente, superficial e limitada às questões relativas ao uso de preservativo e contraceptivo. A abordagem da sexualidade pelos pais ocorre frequentemente centralidade nos aspectos biológicos relacionados à contracepção e prevenção de IST, num caráter impositivo e punitivo, principalmente sobre as meninas (USONWU; AHMAD; CURTIS-TYLER, 2021).

O conteúdo da comunicação, a abertura ao diálogo e os sentimentos vivenciados por pais e adolescentes acerca da relação estabelecida entre eles, reforçam o fenômeno da “transgeracionalidade”, que diz respeito aos padrões relacionais transmitido de uma geração a outra, e enfatizam os estereótipos de gênero, onde a mãe/mulher lida com as tarefas da casa e cuidado dos filhos e o pai/homem se ocupa de uma posição de provedor, mais afastado desse cuidado (PACHECO; ARALDI, 2020).

Por outro lado, se para os adolescentes conversar sobre sexo pode causar estranheza, muitos pais podem não ter uma relação de proximidade e confiança com os filhos ou podem sentir-se despreparados e pouco confortáveis na abordagem do tema, devido à influência de normas culturais e do conservadorismo religioso (GROSSMAN; PEARCE; RICHER, 2021; USONWU; AHMAD; CURTIS-TYLER, 2021). Além disso, os pais acabam monitorando as atividades dos filhos de maneira desigual, demonstrando desigualdades de gênero no modo como os pais realizam

essa supervisão (REIS *et al.*, 2023). As famílias permitem aos meninos exercerem a sexualidade de maneira livre, incentivando-os, mesmo que inconscientemente, às práticas sexuais e o autoconhecimento do seu corpo. Ao passo que as meninas são reprimidas, desestimuladas à iniciativa sexual e têm seus corpos controlados, no intuito de adiar a primeira relação sexual genital (LIMA; LANDIM, 2021).

Entre as meninas entrevistadas no nosso estudo, a primeira relação sexual genital se apresentou como um marco na transição para a vida adulta, que exigiam atitudes responsáveis e tomada de decisão sobre sua vida reprodutiva, que inclui prevenção e contracepção, e que pode estar relacionado às responsabilidades impostas somente às meninas pela concepção imprevista (LIMA; LANDIM, 2021). Enquanto em outros estudos a gravidez marca essa passagem para a vida adulta (AUGUSTO; GOMES; SEI, 2018; VIEIRA *et al.*, 2017), as jovens universitárias participantes da pesquisa de Reis e Ribeiro (2017), destacam a mudança para a capital em busca de qualificação educacional e profissional como uma demarcação do ingresso no mundo adulto, ao sair do âmbito familiar.

Os adolescentes participantes da nossa pesquisa, ao vivenciar a juventude em um bairro popular, podem experimentar a pobreza, a baixa escolaridade, inclusive materna, o racismo e a violência. É importante destacar que a trajetória das meninas expostas em um contexto familiar de maior vulnerabilidade, como baixa escolaridade materna, baixa renda familiar, família monoparental, parece ser mais relacionada às consequências das práticas sexuais mais precocemente (COSTA *et al.*, 2022). A iniciação sexual durante os primeiros anos da adolescência foi mais frequente entre as estudantes cujas mães tinham menor escolaridade (COSTA *et al.*, 2022; WOOLLEY; MACINKO, 2019).

Estudo transversal realizado entre 2016 e 2018, com estudantes de 15 a 19 anos de escolas públicas da cidade de Ribeirão Preto/SP, revelou que os adolescentes tinham muitas dúvidas em relação à sexualidade e que a maioria iniciou as relações sexuais genitais sem proteção contra IST's ou contracepção. Ainda demonstrou que nem sempre as escolas estão abertas para tratar desse tema cotidianamente e que os participantes desejam receber informação sobre SSR, sejam elas escritas ou em materiais ilustrativos, através da orientação dos pais ou responsáveis e/ou desejavam receber informações por meio de palestras educativas (ARRUDA *et al.*, 2020).

O acesso à educação em SSR abrangente pode modificar comportamentos, atitudes e práticas no contexto da prevenção de IST e da contracepção (PRAXEDES; QUEIROZ, 2018). Desse modo, é fundamental que os adolescentes tenham acesso às informações sobre essa temática abrangendo orientações sobre direitos sexuais e reprodutivos, sexualidade e gênero, e garantir o acesso aos serviços de saúde e insumos de prevenção (PRIOTTO *et al.*, 2018).

Considerações finais

Os resultados deste estudo permitiram analisar a diversidade nos relatos dos adolescentes que destacam desigualdades de gênero presentes em suas experiências de sexualidade. Essas diferenças podem contribuir para a potencialização das vulnerabilidades e para produção de barreiras ao acesso à educação em saúde sexual. Além disso, noções de gênero cristalizadas e o conservadorismo social permitem a manutenção de normas rígidas de sexualidade que reproduzem modelos de masculinidade com fortes assimetrias de gênero.

No entanto, é importante ressaltar que essas experiências trazidas ainda são simplificadas, e que a sexualidade é uma questão complexa e multifacetada que pode ser influenciada por diversos fatores. Reconhecer a profundidade dessas experiências e as motivações para o início das relações sexuais entre os adolescentes pode ajudar a desenvolver intervenções para esta população.

Dessa forma, recomenda-se que os serviços de saúde e os profissionais de educação não utilizem intervenções simplistas, baseadas no modelo biomédico, e busquem intervenções educativas mais abrangentes, com o objetivo de ajudá-los a entender sobre seu corpo, desejos e sensações, contracepção, prevenção e a abordagem de questões relacionadas aos relacionamentos, prevenindo comportamentos de risco e promovendo práticas sexuais saudáveis. Portanto, a promoção de informações, acolhimento e diálogo sobre o papel do gênero na sexualidade é muito importante para que os adolescentes vivenciem segurança e autonomia em suas decisões.

Declaração de conflitos de interesse

O(s) autor(es) declara(m) não haver conflitos de interesse potenciais com relação a pesquisa, autoria e publicação deste artigo.

Financiamento

O presente trabalho foi realizado com o financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (#442618/2019-0).

Agradecimentos

Agradecemos aos participantes desta pesquisa que de forma voluntária colaboraram em todas as fases da pesquisa. O agradecimento é extensivo às universidades públicas responsáveis pelo projeto e à equipe de trabalho do Projeto “Espaços Jovens”. A coordenação foi composta por Daniela Knauth – UFRGS (coordenação geral), Andréa Fachel Leal - UFRGS, Regina Barbosa - UNICAMP, Laio Magno - UNEB, André Machado - UEA e Simone Monteiro - IOC/Fiocruz. Especificamente na cidade de Salvador, agradecemos aos pesquisadores Naiara Maria Neves, Gisele Lima, Lucas Lima e às bolsistas de iniciação científica Flávia Oliveira e Thayana Silva.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, B. Biblioteca Comunitária Zeferina-Beiru é palco de resistência quilombola. **Correio Nagô**. Salvador, 2018. Disponível em: <<https://correionago.com.br/biblioteca-comunitaria-zeferina-beiru-e-palco-de-resistencia-quilombola/>>. Acesso em: 20 jun 2021.

ARBEIT, M. R. What does healthy sex look like among youth? Towards a skills-based model for promoting adolescent sexuality development. **Human Development**, v. 57, n. 5, p. 259-286, nov. 2014.

ARROYAVE, L. J. O. *et al.* Tendências e desigualdades nos comportamentos de risco em adolescentes: comparação das coortes de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 9, p. 1–11, 2016.

ARRUDA, E. P. T. *et al.* Sexual Practices During Adolescence. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 42, n. 11, p. 731–738, nov. 2020.

AUGUSTO, M. C.; GOMES, I. C.; SEI, M. B. Gravidez na adolescência: o uso do genograma como facilitador na elaboração de conteúdos transgeracionais. **VINCULO - Revista do NESME**, v. 15, n. 1, p. 22-36, jan. 2018.

BORGES, A. L. V. *et al.* ERICA: sexual initiation and contraception in Brazilian adolescents. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, supl 1, p. 1-15s, 2016.

BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Da gravidez imprevista à contracepção: aportes para um debate. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2017.

BUTLER, J. Desdiagnosticando o gênero. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 95–126, 2009.

CARVALHO, A. P. T. S. *et al.* Ações na área da sexualidade adolescente sob a perspectiva do programa Saúde na Escola: visão dos profissionais de saúde. **Rev. APS.**, v. 24, n. 1, p. 6-15, jan. 2021.

CONDER. Companhia de Desenvolvimento Urbano do Estado da Bahia. Sistema de Informações Geográficas Urbanas do Estado da Bahia. **Painel de Informações: dados socioeconômicos do município de Salvador por bairros e prefeituras-bairro.** Estado da Bahia, Bahia, 2016.

COSTA, S. F. *et al.* Vulnerabilidades sociais e iniciação sexual entre 10 e 14 anos em estudantes do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, v. 27, n. 7, p. 2763–2776, jul. 2022.

GENZ, N. *et al.* Sexually transmitted diseases: knowledge and sexual behavior of adolescents. **Texto contexto - enferm.**, v. 26, n. 2, p. 1–12, 2017.

GROSSMAN, J. M.; PEARCE, N.; RICHER, A. M. The Family System of Sexuality Communication: Extended Family Perceptions of Adolescent-Family Talk about Sex, with Sibling and Non-Sibling Comparison. **Sexes**, v. 2, n. 1, p. 1–16, mar. 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério da Economia. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2021.** Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

JUNQUEIRA, T. L. S.; MELO, D. S. P. Amor romântico, violência contra as mulheres e discursos adolescentes. In: SCOTT, P.; LYRA, J.; FONTE, I. B. F. **Relações e hierarquias marcadas por gênero.** Recife: Editora UFPE, 2016. 281 p.

LARA, L. A. S. Sexualidade na adolescente. **Femina**, v. 47, n. 4, p. 198-205, abr. 2019.

LIMA, J. S.; LANDIM, M. F. Sexo e Sexualidade: O que adolescentes do Ensino Fundamental têm a dizer?. **Scientia Plena**, [S. l.], v. 17, n. 2, fev. 2021.

LOURO, G. L. Corpo, escola e identidade. **Educação & realidade**, [S. l.], v. 25, n. 2, p. 59-76, set. 2014.

MARANHÃO, T. A. *et al.* Repercussão da iniciação sexual na vida sexual e reprodutiva de jovens de capital do Nordeste brasileiro. **Ciênc. saúde colet.**, v. 22, n. 12, p. 4083–4094, dez. 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2007.

MOTA, R. S. *et al.* Sociodemographic and health situation of teenage students according to sex. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 72, n. 4, p. 1007–1012, jul. 2019.

NASCIMENTO, M. A. O. F.; UZIEL, A. P.; HERNÁNDEZ, J. G. Young men in juvenile detention centers in Rio de Janeiro, Brazil: gender, sexuality, masculinity and health implications. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p.1-8, 2018.

NOGUEIRA, C.; NEVES, S.; BARBOSA, C. Fundamentos construcionistas sociais e críticos para o estudo do gênero. **Psicologia: Teoria, investigação e prática**, v.19, n.2, p. 1-15, 2005.

NUNES, D. Traços da história do bairro Arenoso e o quilombismo da biblioteca comunitária Zeferina-beiru. **Duque dos Banzos**. Salvador, 2015. Disponível em:< <https://ungareia.wordpress.com/2015/12/01/tracos-da-historia-do-bairro-arenoso-e-o-quilombismo-da-biblioteca-comunitaria-zeferina-beiru/>>. Acesso em: 02 jan. 2021.

PACHECO, J. C.; ARALDI, M. O. Gênero e transgeracionalidade: uma (des)construção. **Psicologia USP**, v. 31, p.1-10, 2020.

PRAXEDES, M. L. S.; QUEIROZ, M. V. O. Efetividade de intervenções educativas sobre contracepção na adolescência: revisão sistemática da literatura. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 20, p.1-11, dez. 2018.

PRIOTTO, E. *et al.* Iniciação sexual e práticas contraceptivas de adolescentes na tríplice fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai. **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, p. 1–9, jun. 2018.

QUEIROZ, M. V. O. *et al.* Características sociodemográficas e gineco-obstétricas de adolescentes assistidas em serviço de planejamento familiar. **Rev Enferm UFSM**, v. 7, n. 4, p. 615-628, out. 2017.

REIS, A. A. C.; MALTA, D. C.; FURTADO, L. A. C. Challenges for public policies aimed at adolescence and youth based on the national scholar health survey (PeNSE). **Ciênc. saúde colet.**, v. 23, n. 9, p. 2879–2890, set. 2018.

REIS, G. B. *et al.* Parental supervision and sexual behavior among Brazilian adolescents. **Rev. bras. Epidemiol.**, v. 26, p. 1-9, 2023.

REIS, R.; RIBEIRO, M. Dos imaginários sobre a iniciação sexual: intersecções de gênero, raça/cor e sexualidade entre jovens de camadas populares em Belém, Pará. **Sex., Salud Soc.**, n. 25, p. 89–112, jan. 2017.

RODRIGUEZ, S. S. Um breve ensaio sobre a masculinidade hegemônica. **Revista Diversidade e Educação**, v. 7, n. 2, p. 276–291, jul. 2019.

SALLES, L. M. F. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. **Estud. psicol. (Campinas)**, v. 22, n. 1, p. 33–41, mar. 2005.

SANTOS, C. P. *et al.* Adesão ao uso do preservativo masculino por adolescentes escolares. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 18, n. 2, p. 60–70, abr. 2016.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, v. 20, n. 2, p. 71-99, mar. 2017.

SILVA, R. P.; MELO, E. A. Masculinidades e sofrimento mental: do cuidado singular ao enfrentamento do machismo?. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4613–4622, out. 2021.

TILIO, R. Teorias de gênero: principais contribuições teóricas oferecidas pelas perspectivas contemporâneas. **Gênero**, v.14, n.2, p.125-148, 2014.

USONWU, I.; AHMAD, R.; CURTIS-TYLER, K. Parent–adolescent communication on adolescent sexual and reproductive health in sub-Saharan Africa: a qualitative review and thematic synthesis. **Reprod Health**, v. 18, n. 202, 2021.

VIEIRA, E. M. *et al.* Adolescent pregnancy and transition to adulthood in young users of the SUS. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, 2017.

VIEIRA, K. J. *et al.* Início da atividade sexual e sexo protegido em adolescentes. **Esc. Anna. Nery**, v. 25, n. 3, 2021.

WOOLLEY, N. O.; MACINKO, J. Association between sociodemographic characteristics and sexual behaviors among a nationally representative sample of adolescent students in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 2, 2019.

5.2 PRODUTO TÉCNICO: FALANDO SOBRE SEXO NA ADOLESCÊNCIA: OFICINA PARA PROFESSORES SOBRE SEXUALIDADE, EDUCAÇÃO SEXUAL E RELAÇÕES DE GÊNERO

Introdução

A educação sexual refere-se ao processo de formação específica, intencional, planejado e organizado sobre sexualidade, incluindo os comportamentos, atitudes, crenças, práticas e concepções, a partir da reflexão dos valores culturais e concepções sobre as práticas sexuais que cada indivíduo carrega, influenciados pela família e por outros grupos sociais. Devem ser ações de intervenção realizadas por profissionais capacitados, que possibilitem troca de informações, debate e reflexões sobre a sexualidade, ultrapassando o sentido biológico e profilático, através da sua compreensão sob a concepção cultural, social e política (MAIA; RIBEIRO, 2011).

A educação sexual e reprodutiva tem se mostrado um fator protetor para as ISTs e contracepção (GENZ *et al.*, 2017), sendo importante reconhecer o papel da educação na melhoria dos indicadores que permeiam a sexualidade dos adolescentes, na busca por alternativas de intervenção que favoreçam ao adolescente o reconhecimento dos riscos envolvidos em uma prática sexual insegura (ALMEIDA *et al.*, 2017; PRIOTTO *et al.*, 2018).

A escola é uma das instituições que exercem influências na construção identitária dos adolescentes e se constitui como um local privilegiado para a reflexão e aprendizado sobre SSR, através dos quais os adolescentes poderiam adquirir autonomia e empoderamento para confrontar as situações de vulnerabilidade. Assim, deveria servir de maneira complementar ao apoio social, da família e dos serviços de saúde mediante ações intersetoriais (SEHNEM *et al.*, 2019). Apresenta-se como um local em que os adolescentes passam boa parte do tempo, em que convivem com as diferenças e marcam seu adolescer, acendendo para a curiosidade sexual e a construção das identidades sociais, sendo um espaço social propício para a abordagem desses temas (FREIRE *et al.*, 2017).

Porém, a realidade é que os adolescentes enfrentam as adversidades ao lado de instituições educacionais frágeis, com a ausência de participação de equipes de saúde e com distanciamento das famílias da vida escolar (PIRES; SOUZA;

MEDEIROS, 2020). Pesquisa realizada em 2011 com adolescentes de baixa renda no nordeste brasileiro evidenciou que, 34,5% nunca tiveram qualquer conversa sobre contracepção em casa ou na escola e cerca de 53,9% declararam não conhecer qualquer método contraceptivo (COSTA; GUERRA; ARAÚJO, 2016).

Historicamente, a educação sexual nas escolas esteve vinculada às disciplinas de ciências ou Biologia e assumiu um pressuposto heteronormativo e sexista, direcionando as práticas sexuais na prevenção de doenças, no casamento e para a procriação. Como herança desse processo, associados a diversos outros fatores, a sexualidade em crianças e adolescentes constantemente esteve atrelada ao perigo ou proibição, enquanto o exercício da sexualidade vem sendo transferido exclusivamente à vida adulta (ARAÚJO; CRUZ; DANTAS, 2018).

Ao longo do tempo, a Educação Sexual na escola, transformou-se em aulas sobre reprodução, métodos contraceptivos, gravidez e prevenção às IST, como se a sexualidade estivesse restrita apenas aos aspectos anatômicos e fisiológicos (ARAÚJO; CRUZ; DANTAS, 2018; CASTRO *et al.*, 2018).

Somente a partir da segunda metade dos anos de 1980, principalmente devido ao contexto da epidemia de HIV/Aids, a educação sexual retornou à pauta e com ela movimentos para descolamento dessas práticas subsidiadas no argumento biológico para uma educação sexual numa perspectiva educacional mais ampla. Porém na prática, ainda estão constantemente atreladas ao controle do corpo feminino e da sexualidade infantil, a regulação das sexualidades não heterocisnormativas e ao sexo com finalidade reprodutiva (ARAÚJO; CRUZ; DANTAS, 2018).

Nessa perspectiva, a escola, como espaço social, não pode se abster do seu papel na execução da educação sexual e necessita discutir sobre a sexualidade, diversidade sexual, os preconceitos e a violência de gênero de forma transversal (FERREIRA *et al.*, 2018; NOGUEIRA; ALBARADO; VASCONCELOS, 2020). As oportunidades educacionais são capazes de pôr fim ao ciclo de pobreza intergeracional, facilitando a escolha de comportamentos saudáveis e acesso aos cuidados de saúde. Manter o adolescente na escola e garantir a conclusão dos estudos é fundamental no enfrentamento e redução das vulnerabilidades (SEHNEM *et al.*, 2019).

Em todo o mundo, estudos comprovam a importância do acesso à uma educação sexual abrangente, como uma ferramenta para a tomada de decisões e a promoção da SSR aos adolescentes. Essas abordagens incluem uma definição ampla de saúde e bem-estar sexual e adotam abordagens positivas, afirmativas e inclusivas da sexualidade humana. O acesso à educação em saúde influencia o comportamento frente à sexualidade, e se apresenta como um grande desafio (CASTRO *et al.*, 2018; GOLDFARB; LIEBERMAN, 2021; MARK; WU, 2022; REIS; MALTA; FURTADO, 2018).

Nos Estados Unidos da América (EUA), governos e pesquisadores se dividem na recomendação da educação sexual para adolescentes fundamentadas em dois níveis de prevenção: um baseado no adiamento da vida sexual e o outro que propõe práticas de sexo seguro. Em estados em que a educação sexual voltada para a abstinência sexual é fortemente incentivada, há aumento da prevalência de práticas sexuais genitais entre os jovens e diminuição do uso de preservativos e contraceptivos. Em contrapartida, nos locais em que se utiliza uma educação sexual mais abrangente, as taxas de jovens sexualmente ativos diminuíram e suas práticas sexuais tornaram-se mais seguras (ATKINS; BRADFORD, 2021). Pesquisa realizada nos EUA com dados do período de 1996 a 2017 constatou que uma educação sexual mais abrangente foi capaz de reduzir em mais de 3% as taxas de natalidade em adolescentes de 14 a 19 anos (MARK; WU, 2022).

Uma educação sexual baseada na abstinência tem impactado negativamente na atitude ao uso de preservativo e destaca-se por não modificar o comportamento de adolescentes (SHEPHERD; SLY; GIRARD, 2017). Por outro lado, a maioria dos governos e pesquisadores europeus seguem as recomendações de educação sexual da OMS, obrigatória, abrangente e transversal ao ensino escolar. Com políticas de acesso à educação sexual, preferencialmente antes do início da vida sexual, asseguraram o acesso a melhores condições para o desenvolvimento da autonomia dessas crianças e adolescentes, e associaram-se a baixas taxas de natalidade na adolescência e a altos índices de uso de anticoncepcionais nesses países (KETTING, 2018).

Estudo de abrangência nacional no México em 2014, com estudantes do ensino médio, também demonstra que o conteúdo sobre SSR nas escolas está

relacionado com a melhora do conhecimento sobre a temática, de atitudes positivas, uso de preservativo e anticoncepcional (CASTRO *et al.*, 2018).

No Brasil, estudo realizado com os dados da PeNSE das edições de 2009 a 2017 aponta que há uma maior chance da ocorrência de práticas sexuais com uso de preservativos entre aqueles adolescentes que receberam orientação sobre prevenção da gravidez e IST nas escolas, em comparação com aqueles que não receberam (REIS; MALTA; FURTADO, 2018).

Para isso, é importante que os professores e profissionais de saúde tenham treinamento adequado, tracem estratégias para a aproximação e estabelecimento de laços de confiança entre esses atores e os adolescentes, para que criem o vínculo necessário para a troca de informações de qualidade (PRIOTTO *et al.*, 2018).

Assegurar que os adolescentes recebam educação sexual é um desafio que vem se intensificando nos últimos anos. Estudo de revisão, realizado em 2019, apontou barreiras para a implementação de programas eficazes de educação sexual em países de baixa e média renda, devido aos desafios socioeconômicos, como por exemplo, questões de alfabetização, bem como tabus culturais relacionadas à sexualidade, acesso aos serviços e dificuldades para financiamento das ações (MASHORA; DZINAMARIRA; MUVUNYI, 2019).

Além disso, o surgimento em 2004 do movimento “Escola sem Partido” pela base conservadora parlamentar fragmenta o conceito de integralidade e evidencia um contexto de retrocessos políticos. Esse movimento propõe que o ambiente educacional seja de neutralidade política e destaca a orientação sexual sob a ótica da opção e a identidade de gênero sob a perspectiva biológica. Trata-se de uma tentativa de desestimular a educação sexual nas escolas, com a justificativa de impedir a doutrinação política e ideológica, e a influência na sexualidade e gênero de alunos pela comunidade escolar (FURLANETTO *et al.*, 2018; PENANTE; SOUSA, 2023).

Somado a esses fatores, os profissionais de educação também apontam certa dificuldade na abordagem desse tema e isso pode estar relacionado com diversos fatores: despreparo, falta de capacitação e a insegurança para a abordagem com esse público (PINHEIRO; SILVA; TOURINHO, 2017). É preciso enfrentar esses desafios que estão enraizados devido a crenças religiosas, morais e familiares (NOGUEIRA; ALBARADO; VASCONCELOS, 2020).

Se o acesso às informações é uma ferramenta que possibilita a tomada de decisões e a promoção da SSR aos adolescentes (FREIRE *et al.*, 2017) é necessário um movimento contra hegemônico, já que, muitas vezes, a maioria das iniciativas escolares ou ações de saúde concentram-se no discurso biológico, numa educação tradicional, silenciando outros pontos importantes como o prazer/desejo, autocuidado, sexualidade, identidade de gênero e diversidade sexual (PINHEIRO; SILVA; TOURINHO, 2017; SEHNEM *et al.*, 2019), garantindo a acessibilidade às informações, aos serviços de saúde, aos insumos de prevenção, tornando-se necessário desenvolvimento de um trabalho intersetorial com participação da família e comunidade (FREIRE *et al.*, 2017; PINHEIRO; SILVA; TOURINHO, 2017).

Diante disso, o produto técnico tem como objetivo desenvolver oficinas sobre sexualidade, relações de gênero e educação sexual na adolescência para discutir com professores de uma escola pública de um bairro popular em Salvador/Ba, e ofertar subsídios que possam colaborar com o acolhimento e orientação dados aos adolescentes no âmbito escolar.

Métodos

A proposta metodológica de oficinas se constitui num espaço de construção coletiva do conhecimento, interação e troca de saberes, de forma dinâmica e plural, com objetivos pedagógicos. Tem como finalidade a articulação de conceitos e pressupostos com a vivência dos participantes, além da execução coletiva de atividades para a construção de saberes (PAULA; NACARAT; SILVA, 2018).

Essa ferramenta possibilita um processo educativo permeado por momentos de sensibilização, reflexão, análise, compreensão e avaliação. É essencial que os participantes, incluindo o coordenador das atividades, sejam criativos, acolhedores, sensíveis, respeitando as diferentes opiniões e dispostos a construir um saber compartilhado (SILVA, 2020). Tem a intenção de desenvolver habilidades e competências para a transformação social, desenvolvendo indivíduos autônomos e com capacidade de análise crítica diante da complexidade do tema proposto, numa perspectiva freiriana (NOGUEIRA; ALBARADO; VASCONCELOS, 2020).

A educação na metodologia freiriana leva em consideração os problemas e necessidades dos educandos e prima pelo desenvolvimento de consciência crítica, para que se tornem sujeitos livres, questionadores e transformadores da realidade. A

base dessa teoria se baseia no desenvolvimento da autonomia, diálogo e relacionamento entre os atores no processo de aprendizagem. O educador mediador valoriza as experiências e contribuições trazidas e juntamente com o educando caminha na construção de novos conhecimentos (NOGUEIRA; ALBARADO; VASCONCELOS, 2020).

Entende-se que a oficina para formação de professores tem como foco principal a aproximação com a temática e propor alternativas para o entrosamento professor/aluno, para que a abordagem da sexualidade, gênero e da SSR entre esses atores de forma positiva e acolhedora.

A proposta é que a oficina seja desenvolvida, de forma presencial, aos professores do ensino fundamental II e médio, que atuam no Colégio Estadual Norma Ribeiro (CENOR), localizado no bairro do Arenoso na cidade de Salvador/BA. A escola está localizada na região do Beiru/Tancredo Neves e tem uma população de aproximadamente 16.604 mil pessoas, de acordo com o censo de 2010. A população é predominantemente jovem, feminina e negra (CONDER, 2016).

A CENOR é uma escola presente no bairro há 36 anos e já possui um vínculo estabelecido com a universidade, com a unidade de saúde e os profissionais de saúde através do programa saúde na escola (PSE) e de outros projetos construídos conjuntamente. Tem como propósito as ideias de inovação, é comprometida com a transmissão do saber escolar, da socialização e serve como instrumento de intervenção social. Tem funcionado no período integral e noturno, possui cerca de 318 alunos e 35 colaboradores, entre professores e funcionários.

Inicialmente, foi pactuada com a diretora da escola uma reunião para apresentar a proposta pedagógica do projeto aos professores e a viabilidade das oficinas para o segundo semestre de 2023.

Na operacionalização das oficinas serão realizadas as atividades seguindo a temática proposta, partindo do conhecimento trazido pelos professores, socialização em grupo e discussão dos diversos pontos sobre o tema. A cada encontro será realizado dinâmicas de aquecimento e desbloqueio, para facilitar o entrosamento entre os participantes e marcar o início da comunicação, momentos de reflexão sobre o tema proposto, compartilhamento e troca de saberes em grupo e, por fim, a avaliação.

As oficinas serão estruturadas para a apresentação das temáticas escolhidas, por meio de 4 (quatro) momentos, desenvolvidas mediante um roteiro previamente elaborado e será transversal as oficinas a ideia de: estabelecer diálogos abertos, evitar julgamentos e reprodução de estereótipos e estigmas, e orientações com ênfase na prevenção. Contaremos com o apoio de algumas pessoas convidadas para a implementação das oficinas, como profissionais com expertise nas áreas, profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), estudantes de graduação e residência em saúde da família. Serão utilizados recursos materiais próprios como cartolinas coloridas, papel A4 branco e colorido, pincéis atômicos, fita adesiva. Estarão disponíveis também, caso seja necessário, a utilização de equipamentos como *data-show*, caixa de som e notebook.

No roteiro das oficinas será considerado o tema proposto, os objetivos, as atividades e dinâmicas que serão desenvolvidas. Utilizaremos metodologias distintas em cada oficina para promover uma diversidade de atividades, manter os participantes motivados e interessados pela temática e oportunizar a reflexão sobre o sentido da sexualidade para cada um, para que possam perceber a importância da temática na vida dos jovens e como são atores essenciais nesse processo de informação. Ao término de cada oficina, os participantes deverão avaliar a sua participação no processo que auxiliará no aperfeiçoamento das oficinas.

Ressalta-se que na última atividade, referente a oficina 04, os participantes deverão realizar uma atividade de planejamento de uma ação local para ser aplicada com os adolescentes, utilizando as temáticas desenvolvidas nos encontros anteriores.

As oficinas serão desenvolvidas a partir dos seguintes eixos temáticas:

Oficina 1 - Sexualidade na adolescência;

Oficina 2 - Relações de Gênero, diversidade sexual e raça;

Oficina 3 - Saúde Sexual e reprodutiva (SSR);

Oficina 4 - Integração saúde e educação.

Diante desses eixos segue as propostas de discussão para cada uma das oficinas temáticas:

Quadro 1 - Planejamento das oficinas de Sexualidade, educação sexual e relações de gênero.

OFICINAS DE SEXUALIDADE, EDUCAÇÃO SEXUAL E RELAÇÕES DE GÊNERO		
OFICINA	TÍTULO	PROPOSTA
Oficina 1	Sexualidade na adolescência.	Compreender as transformações físicas e emocionais da adolescência relacionadas à sexualidade.
		Discutir estratégias para abordar questões de sexualidade de forma inclusiva e positiva na escola.
		Explorar os mitos e tabus sobre a sexualidade na adolescência.
		Discutir a importância da educação sexual consentimento e do respeito mútuo nas relações sexuais.
Oficina 2	Relações de Gênero, diversidade sexual e Raça.	Explorar as construções sociais de gênero e suas implicações nas relações humanas.
		Discutir os estereótipos de gênero e explorar a diversidade de orientações sexuais e identidades de gênero entre os adolescentes.
		Abordar a interseccionalidade de gênero, raça e sexualidade, e como essas identidades se interconectam, identificando as diferentes formas de discriminação e violência baseadas em gênero e raça.
		Discutir estratégias de enfrentamento a discriminação por raça gênero e promoção da igualdade de gênero, diversidade sexual e a inclusão racial na escola.
Oficina 3	Saúde Sexual e reprodutiva	Explorar estratégias para promover a educação em SSR na escola, para a tomada de decisões informadas e autônomas.
		Discutir a importância da contracepção e

		métodos de prevenção das IST.
		Identifique a importância e mecanismos de acesso à SSR para adolescentes.
		Discutir os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes e as políticas públicas relacionadas.
Oficina 4	Integração saúde e educação	Planejar estratégias de aproximação entre saúde e escola para realização de ações intersetoriais.
		Discutir a importância do acolhimento e segurança na escola para saúde dos adolescentes.
		Construir plano de ação local para abordar assuntos discutidos nessas oficinas em ações conjuntas entre equipe escolar, USF e corpo discente.
		Planejar mecanismos de discussão intersetorial de casos específicos de alunos/pacientes entre equipe de saúde e equipe escolar.

Fonte: Elaboração própria.

Resultados esperados

Desenvolvimento de quatro oficinas para a aproximação da comunidade escolar com a temática, na tentativa de incentivar o desenvolvimento de atores sensíveis e criativos que pensem sobre a educação sexual de forma crítica e transversal ao ensino. Dessa forma, ter como resultado a transformação de espaços e atores sociais, contribuir com a melhoria das relações e promover uma aproximação entre professores e adolescentes.

Ao abordar a sexualidade na adolescência, é necessário fornecer informações precisas e abrangentes sobre sexualidade, consentimento, gênero, prevenção e contracepção de forma positiva, livre de preconceitos, valorização da autoestima e criação de vínculos. É fundamental que os adolescentes tenham acesso a educação sexual que respeite sua autonomia, identidade de gênero e orientação sexual, e

promova o respeito mútuo, a igualdade e o bem-estar, considerando-se aspectos plurais e subjetivos e as necessidades dos adolescentes em sua diversidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitiram analisar a diversidade de experiências de iniciação sexual presentes nos relatos dos adolescentes. Essas diferenças podem potencializar as vulnerabilidades, reforçar estigmas e limitar o acesso à educação sexual.

Além disso, observou-se diferenças de gênero nas experiências de iniciação sexual entre meninos e meninas. Apesar das meninas expressarem uma maior liberdade sexual e busca do prazer, ainda persistem preocupações com o julgamento social conservador. A maioria das meninas iniciou-se sexualmente dentro de um relacionamento, considerando o vínculo afetivo-amoroso, idealizado no tempo, na confiança e no encontro da “pessoa certa”.

Por outro lado, os meninos pareceram vivenciar a sexualidade de forma mais livre motivados pelo desejo sexual. A maioria deles vivenciaram experiências de iniciação sexual em relacionamentos casuais, sem compromisso amoroso e sem necessidade de esperar a “pessoa certa”, considerando as oportunidades ao sexo refletindo os mandatos da masculinidade hegemônica.

O distanciamento na relação com os pais impactou no estabelecimento de espaços para educação sexual. As barreiras impostas para esse acesso impactam na capacidade dos adolescentes na tomada de decisão sobre sua sexualidade, nas escolhas reprodutivas e na percepção de risco. Em relatos que apontaram presença de orientações sobre sexualidade na família, a mãe se destaca como principal fonte de informações, com ressalva para a carência da figura paterna nesse papel. Quando ocorrem orientações sobre sexualidade, caracterizam-se na superficialidade e limitada às questões relativas ao uso de preservativos e contraceptivos. Além disso, noções de gênero cristalizadas e o conservadorismo permitem a manutenção de normas rígidas de sexualidade que reproduzem modelos de masculinidade com fortes assimetrias de gênero.

No entanto, é importante ressaltar que essas experiências trazidas ainda são simplificadas, e que a sexualidade é uma questão complexa e multifacetada que pode ser influenciada por diversos fatores. Reconhecer a profundidade dessas experiências e as motivações para o início das relações sexuais entre os adolescentes pode ajudar a desenvolver intervenções para esta população.

Por fim, o produto técnico desta dissertação reforça a necessidade de profissionais de saúde e de educação em aperfeiçoar o processo de trabalho intersetorial para que os adolescentes tenham acesso à educação sexual, respeitando sua autonomia, identidade de gênero e orientação sexual, considerando-se suas necessidades e os aspectos plurais e subjetivos da sexualidade.

Dessa forma, recomenda-se que os serviços de saúde considerem a pluralidade e complexidade das experiências de iniciação sexual, para superação de intervenções simplistas baseadas no modelo biológico. A busca por intervenções educativas mais abrangentes, atentando-se ao meio sociocultural, é necessária para ajudar adolescentes quanto a compreensão de seu corpo, desejos e sensações, contracepção, prevenção e relacionamentos afetivos-sexuais, promovendo a autogestão de risco e práticas sexuais saudáveis. Portanto, a promoção de educação sexual com acolhimento e diálogo sobre o papel do gênero na sexualidade mostra-se imprescindível para que os adolescentes tenham acesso a informações e aos serviços de saúde e vivenciem segurança e autonomia em suas decisões.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, G. A. *et al.* Autonomia sexual feminina: o preservativo feminino nas práticas eróticas. **Revista Saúde.com**, v. 11, n. 2, p. 123-136, 2015.
- ALMEIDA, B. Biblioteca Comunitária Zeferina-Beiru é palco de resistência quilombola. **Correio Nagô**. Salvador, 2018. Disponível em: <<https://correionago.com.br/biblioteca-comunitaria-zeferina-beiru-e-palco-de-resistencia-quilombola/>>. Acesso em: 20 jun 2021.
- ALMEIDA, R. A. A. S. *et al.* Conhecimento de adolescentes relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n. 5, p. 1087–94, set. 2017.
- ANTUNES, H. A. *et al.* Familiar factors and illicit drug use among Brazilian adolescents: an analysis of the Brazilian national survey of school health (peNSE, 2015). **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 12, p. 1–11, 2018.
- ARAÚJO, D. B.; CRUZ, I. S.; DANTAS, M. C. C. **Gênero e sexualidade na escola**. Salvador: UFBA, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências; Superintendência de Educação a Distância, 2018.
- ARBEIT, M. R. What does healthy sex look like among youth? Towards a skills-based model for promoting adolescent sexuality development. **Human Development**, v. 57, n. 5, p. 259-286, nov. 2014.
- ARROYAVE, L. J. O. *et al.* Tendências e desigualdades nos comportamentos de risco em adolescentes: comparação das coortes de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 9, p. 1–11, 2016.
- ARRUDA, E. P. T. *et al.* Sexual Practices During Adolescence. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 42, n. 11, p. 731–738, nov. 2020.
- ATKINS, D. N.; BRADFORD, W.D. The Effect of State-Level Sex Education Policies on Youth Sexual Behaviors. **Arch Sex Behav**, v. 50, n. 6, p. 2321-2333, ago. 2021.
- AUGUSTO, M. C.; GOMES, I. C.; SEI, M. B. Gravidez na adolescência: o uso do genograma como facilitador na elaboração de conteúdos transgeracionais. **VINCULO - Revista do NESME**, v. 15, n. 1, p. 22-36, jan. 2018.
- AYRES, J. R.; CASTELLANOS, M. E. P.; BAPTISTA, T. W. F. Interview with José Ricardo Ayres. **Saúde Soc.**, v. 27, n. 1, p. 51–60, jan. 2018.
- AYRES, J. R.; PAIVA, V.; FRANÇA-JR, I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. (Org.). **Vulnerabilidade e direitos humanos- prevenção e promoção da saúde: livro I, da doença à cidadania**. Curitiba: Juruá, 2012. p. 71-94.

BARBOSA, F. N. M.; CASOTTI, C. A.; NERY, A. A. Comportamento de risco à saúde de adolescentes escolares. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 4, p. 1–9, 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ª reimp. da 1ª edição. São Paulo: Ed. 70, 2016.

BENEDETTO, E. S.; SILVEIRA, E. Solo e raízes das dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade e as sementes no processo de saúde da criança **Textos & Contextos**, v. 12, n. 1, p. 68–84, jan. 2013.

BESERRA, E. P. *et al.* Perception of adolescents about the life activity “express sexuality”. **J. res.: fundam. care. online**, v. 9, n. 2, p. 340–346, abr. 2017.

BORGES, A. L. V. *et al.* ERICA: sexual initiation and contraception in Brazilian adolescents. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, supl 1, p. 1-15s, 2016.

BORGONOVO, A. K. Importância, capacidade e conforto ao conversar com crianças sobre sexualidade: comparação entre pais e professores. **Revista Educação**, n. 26, p. 100-122, set. 2017.

BOTTON, A.; CÚNICO, S. D.; STREY, M. N. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde:problematizações necessárias. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v. 25, n. 1, P. 67-72, jan. 2017.

BRANCAGLIONI, B. C. A.; FONSECA, R. M. G. S. Intimate partner violence in adolescence: an analysis of gender and generation. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 5, p. 890–898, set. 2016.

BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Da gravidez imprevista à contracepção: aportes para um debate. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2017.

_____. Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 26, n. 7, p. 2673-2682, jul. 2021.

_____. Sexual and reproductive rights under attack: the advance of political and moral conservatism in Brazil. **Sex Reprod Health Matters**, v. 27, n. 2, p. 76-86, out. 2019.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990**. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2022a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

BULHÕES, J. R. S. R. Construções históricas de crianças e adolescentes: Marcos legais no Brasil. **Confluências**, v. 20, n. 1, p. 63–76, out. 2018.

BUTLER, J. Desdiagnosticando o gênero. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 95–126, 2009.

CAMPOS, H. M.; SCHALL, V. T.; NOGUEIRA, M. J. Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: interlocuções com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Saúde debate**, v. 37, n. 97, p. 336-346, jun. 2013.

CARVALHO, A. P. T. S. *et al.* Ações na área da sexualidade adolescente sob a perspectiva do programa Saúde na Escola: visão dos profissionais de saúde. **Rev. APS.**, v. 24, n. 1, p. 6-15, jan. 2021.

CASTRO, E. G.; MACEDO, S. C. Estatuto da Criança e Adolescente e Estatuto da Juventude: interfaces, complementariedade, desafios e diferenças. **Rev. Direito e Práx.**, v. 10, n. 2, p. 1214–1238, abr. 2019.

CASTRO, F. *et al.* Sexual and reproductive health outcomes are positively associated with comprehensive sexual education exposure in Mexican high-school students. **PLoS ONE**, v. 13, n. 3, p. 1-15, mar. 2018.

CASTRO, J. F. L.; ARAÚJO, R. C.; PITANGUI, A. C. R. Sexual behavior and practices of adolescent students in the city of Recife, Brazil. **J Hum GrowthDev**, v.27, n. 2, p. 219-227, set. 2017.

CASTRO, L. C. *et al.* Prevalência e fatores associados à iniciação sexual em adolescentes escolares do Piauí. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 32, n. 1, p. 1-17, jan. 2023.

CEZIMBRA, G. S. S. *et al.* Increased vulnerability to pregnancy and sexual violence in adolescents with precocious menstruation. **International Journal of Reproductive Medicine**, v. 2020, p. 1–5, mar. 2020.

CHACHAM, A. S.; JAYME, J. G. Violência de gênero, desigualdade social e sexualidade: as experiências de mulheres jovens em Belo Horizonte. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v. 16, n. 1, p. e1-e19, jan. 2016.

CHAVES, C. S. *et al.* Vulnerability of adolescents to sexually transmitted infections/HIV. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 4880–4898, 2021.

CONDER. Companhia de Desenvolvimento Urbano do Estado da Bahia. Sistema de Informações Geográficas Urbanas do Estado da Bahia. **Painel de Informações: dados socioeconômicos do município de Salvador por bairros e prefeituras-bairro**. Estado da Bahia, Bahia, 2016.

COSTA, G. P. O.; GUERRA, A. Q. S.; ARAÚJO, A. C. P. F. Knowledge, attitudes and practices on contraception for teens. **J. res.: fundam. care. online**, v. 8, n. 1, p. 3597–3608, 2016.

COSTA, M. I. F. *et al.* Determinantes Sociais de Saúde e Vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis em Adolescentes. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 72, n. 6, p. 1673–1678, 2019.

COSTA, S. F. *et al.* Contradictions in relation to sexual violence in the eyes of adolescents and the disconnect with the law defining “rape of vulnerable individuals”. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 11, 2020.

COSTA, S. F. *et al.* Vulnerabilidades sociais e iniciação sexual entre 10 e 14 anos em estudantes do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, v. 27, n. 7, p. 2763–2776, jul. 2022.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Tradução de Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DIMENSTEIN, M.; NETO, M. C. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 15, n. 1, jan. 2020.

FELISBINO-MENDES, M. S. *et al.* Analysis of sexual and reproductive health indicators of Brazilian adolescents, 2009, 2012 and 2015. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 21, n. Suppl 1, 2018.

FERREIRA, E. A. *et al.* Adolescents in the school environment and knowledge of sexual and reproductive health. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 2, 2018.

FIGUEIREDO, E. Desfazendo o gênero: a teoria queer de Judith Butler. **Criação & Crítica**, n. 20, 2018.

FIRMINO, F. H.; PORCHAT, P. Feminismo, identidade e gênero em Judith Butler: apontamentos a partir de “problemas de gênero”. **Doxa: Rev. Bras. Psicol. Educ.**, v.19, n.1, p. 51-61, 2017.

FONTES, M. B. *et al.* Determinant factors of knowledge, attitudes and practices regarding STD/AIDS and viral hepatitis among youths aged 18 to 29 years in Brazil. **Ciênc. saúde colet.**, v. 22, n. 4, p. 1343–1352, abr. 2017.

FREIRE, A. K. S. *et al.* Aspectos psicossociais da sexualidade na adolescência: diálogos e aprendizagem na escola. **Semin. Cienc. Biol. Saude**, v. 38, n. 1, p. 3-14, dez. 2017.

FURLANETTO, M. F. *et al.* Educação sexual em escolas brasileiras: revisão sistemática da literatura. **Cad. Pesqui.**, v. 48, n. 168, p. 550-571, abr. 2018.

GENZ, N. *et al.* Sexually transmitted diseases: knowledge and sexual behavior of adolescents. **Texto contexto - enferm.**, v. 26, n. 2, p. 1–12, 2017.

GOLDFARB, E. S.; LIEBERMAN, L. D. Three Decades of Research: The Case for Comprehensive Sex Education. **Journal of Adolescent Health**, v. 68, p. 13-27, jan. 2021.

GOMES, C. M. Gênero como categoria de análise decolonial. **Civitas**, v. 18, n. 1, p. 65-82, jan. 2018.

GONÇALVES, H. *et al.* Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 18, n. 1, p. 25–41, mar. 2015.

GROSSMAN, J. M.; PEARCE, N.; RICHER, A. M. The Family System of Sexuality Communication: Extended Family Perceptions of Adolescent-Family Talk about Sex, with Sibling and Non-Sibling Comparison. **Sexes**, v. 2, n. 1, p. 1–16, mar. 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério da Economia. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2021**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

JIMENEZ, L.; ASSIS, D. A. D.; NEVES, R. G. Direitos sexuais e reprodutivos de crianças e adolescentes: desafios para as políticas de saúde. **Saúde debate**, v. 39, n. 107, p. 1092–1104, out. 2015.

JUNQUEIRA, T. L. S.; MELO, D. S. P. Amor romântico, violência contra as mulheres e discursos adolescentes. In: SCOTT, P.; LYRA, J.; FONTE, I. B. F. **Relações e hierarquias marcadas por gênero**. Recife: Editora UFPE, 2016. 281 p.

KANN, L. *et al.* Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2017. **Surveillance Summaries**, v. 67, n. 8, jun. 2018.

KERNTOPF, M. R. *et al.* Sexualidade na adolescência: uma revisão crítica da literatura. **Adolesc. Saude**, v. 13, p. 106 - 113, set. 2016.

KETTING, E. Sexuality education: the silent revolution in Europe. **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, v. 23, n. 5, p. 319-320, set. 2018.

LARA, L. A. S. Sexualidade na adolescente. **Femina**, v. 47, n. 4, p. 198-205, abr. 2019.

LIMA, J. S.; LANDIM, M. F. Sexo e Sexualidade: O que adolescentes do Ensino Fundamental têm a dizer?. **Scientia Plena**, [S. l.], v. 17, n. 2, fev. 2021.

LIMA, M. C. L. *et al.* Percepção dos enfermeiros acerca do processo de descentralização do atendimento ao HIV/Aids: testagem rápida. **Esc. Anna. Nery**, v. 25, n. 4, 2021.

LINS, L. S. *et al.* Análise do comportamento sexual de adolescentes. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, v. 30, n. 1, p. 47-56, jan. 2017.

LOURO, G. L. Corpo, escola e identidade. **Educação & realidade**, [S. l.], v. 25, n. 2, p. 59-76, set. 2014.

MAIA, A. C. B.; RIBEIRO, P. R. M. Educação sexual: princípios para ação. **Doxa. Revista Paulista de Psicologia e Educação**, v. 15, n. 1, p. 41-51, 2011.

MARANHÃO, T. A. *et al.* Repercussão da iniciação sexual na vida sexual e reprodutiva de jovens de capital do Nordeste brasileiro. **Ciênc. saúde colet.**, v. 22, n. 12, p. 4083–4094, dez. 2017.

MARK, N. D. E.; WU, L.L. More comprehensive sex education reduced teen births: Quasi-experimental evidence. **PNAS**, v. 22, n. 8, p. 1-6, fev. 2022.

MARTINS, M. M. F. *et al.* Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, 2019.

MASHORA, M. C.; DZINAMARIRA, T.; MUVUNYI, C. M. Barriers to the implementation of sexual and reproductive health education programmes in low-income and middleincome countries: a scoping review protocol. **BMJ Open**, v. 9, 2019.

MEDEIROS, M.; PINHEIRO, L. S. Desigualdades de gênero em tempo de trabalho pago e não pago no Brasil, 2013. **Sociedade e Estado**, v. 33, n. 1, p. 159–185, jan. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2007.

MOLA, R. *et al.* Condom use and alcohol consumption in adolescents and youth. **Einstein**, v. 14, n. 2, p. 143–151, abr. 2016.

MORAES, A. A. S. *et al.* O olhar de alunas de escola pública sobre o preservativo feminino. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 40, 2019.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise Textual Discursiva**. Ijuí: Unijuí, 2005.

MORAES, S. P.; VITALLE, M. S. S. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 58, n. 1, fev. 2012.

MOTA, R. S. *et al.* Sociodemographic and health situation of teenage students according to sex. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 72, n. 4, p. 1007–1012, jul. 2019.

NASCIMENTO, M. A. O. F.; UZIEL, A. P.; HERNÁNDEZ, J. G. Young men in juvenile detention centers in Rio de Janeiro, Brazil: gender, sexuality, masculinity and health implications. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p.1-8, 2018.

NASCIMENTO, M. L.; ARELLO, M. I. R. S.; SANTIAGO, G. H. P. Lógicas de controle e marcos legais: a proteção no campo da infância e da adolescência. **Estud. pesqui. psicol.**, v. 15, n. 3, p. 936–947, nov. 2015.

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

NEVES, R. G. *et al.* Simultaneidade de comportamentos de risco para infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes brasileiros, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 26, n. 3, p. 443–454, jul. 2017.

NOGUEIRA, C.; NEVES, S.; BARBOSA, C. Fundamentos construcionistas sociais e críticos para o estudo do gênero. **Psicologia: Teoria, investigação e prática**, v.19, n.2, p. 1-15, 2005.

NOGUEIRA, J. B.; ALBARADO, E. C.; VASCONCELOS, M. E. O. Metodologia na perspectiva freiriana: uma educação emancipatória para uma ação libertária no bojo dos movimentos sociais. **Revista Educação, Pesquisa e Inclusão**, v. 1, p. 279-293, nov. 2020.

NUNES, D. Traços da história do bairro Arenoso e o quilombismo da biblioteca comunitária Zeferina-beiru. **Duque dos Banzos**. Salvador, 2015. Disponível em: <<https://ungareia.wordpress.com/2015/12/01/tracos-da-historia-do-bairro-arenoso-e-o-quilombismo-da-biblioteca-comunitaria-zeferina-beiru/>>. Acesso em: 02 jan. 2021.

NUNES, M. D. S.; MADEIRO, A.; DINIZ, D. Mortes maternas por aborto entre adolescentes no Piauí, Brasil. **Saúde Debate**, v. 43, n. 123, p. 1132–1144, out. 2019.

OLIVEIRA, M. M. *et al.* Características da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 26, n. 3, p. 605–616, jul. 2017.

_____, M. M. *et al.* Demand for health services or professionals among Brazilian adolescents according to the National School Health Survey 2015. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 21, n. 1, 2018.

OLIVEIRA-CAMPOS, M. *et al.* Comportamento sexual em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). **Rev. bras. epidemiol.**, v. 17, 2014.

OLSEN, J. M. *et al.* Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, 2018.

OSSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, supl. 1, p. 25-32, 1998.

PACHECO, J. C.; ARALDI, M. O. Gênero e transgeracionalidade: uma (des)construção. **Psicologia USP**, v. 31, p.1-10, 2020.

PAULA, L. G. P.; NACARAT, A. C. L.; SILVA, C. M. A proposta das oficinas nas diretrizes curriculares: elementos para debate. **Temporalis**, v. 18, n. 35, 2018.

PEDER, L. D. *et al.* Prevalence of Sexually Transmitted Infections and Risk Factors Among Young People in a Public Health Center in Brazil: A Cross-Sectional Study. **J Pediatr Adolesc Gynecol.**, v. 33, n. 4, p. 354-362, ago. 2020.

PINHEIRO, A. S.; SILVA, L. R. G.; TOURINHO, M. B. A. C. A estratégia saúde da família e a escola na educação sexual: uma perspectiva de intersectorialidade. **Trab. educ. saúde**, v. 15, n. 3, p. 803–822, set. 2017.

PIRES, L. M.; SOUZA, M. M.; MEDEIROS, M. Aspects of protection and social vulnerability of teenagers in public all-day schools. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. Suppl 1, p. 1–9, 2020.

PRAXEDES, M. L. S.; QUEIROZ, M. V. O. Efetividade de intervenções educativas sobre contracepção na adolescência: revisão sistemática da literatura. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 20, p.1-11, dez. 2018.

PRIOTTO, E. *et al.* Iniciação sexual e práticas contraceptivas de adolescentes na tríplice fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai. **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, p. 1–9, jun. 2018.

QUEIROZ, I. B. S. *et al.* Abordagens de sexualidade e gênero na saúde do homem: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. sup., n. 43, p. 1-10, mar. 2020.

QUEIROZ, M. V. O. *et al.* Características sociodemográficas e gineco-obstétricas de adolescentes assistidas em serviço de planejamento familiar. **Rev Enferm UFSM**, v. 7, n. 4, p. 615-628, out. 2017.

RAMOS, L. A. S. *et al.* Use of contraceptive methods by adolescent women of a public school. **Cogitare Enferm.**, v. 23, n. 3, 2018.

REIS, A. A. C.; MALTA, D. C.; FURTADO, L. A. C. Challenges for public policies aimed at adolescence and youth based on the national scholar health survey (PeNSE). **Ciênc. saúde colet.**, v. 23, n. 9, p. 2879–2890, set. 2018.

REIS, G. B. *et al.* Parental supervision and sexual behavior among Brazilian adolescents. **Rev. bras. Epidemiol.**, v. 26, p. 1-9, 2023.

REIS, R.; RIBEIRO, M. Dos imaginários sobre a iniciação sexual: intersecções de gênero, raça/cor e sexualidade entre jovens de camadas populares em Belém, Pará. **Sex., Salud Soc.**, n. 25, p. 89–112, jan. 2017.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3ª. ed., 14ª reimpr. São Paulo: Atlas, 2012.

RIND, B. First Sexual Intercourse in the Irish Study of Sexual Health and Relationships: Current Functioning in Relation to Age at Time of Experience and Partner Age. **Arch Sex Behav.**, v. 50, n. 1, p. 289-310, maio 2021.

RODRIGUEZ, S. S. Um breve ensaio sobre a masculinidade hegemônica. **Revista Diversidade e Educação**, v. 7, n. 2, p. 276–291, jul. 2019.

SALLES, L. M. F. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. **Estud. psicol. (Campinas)**, v. 22, n. 1, p. 33–41, mar. 2005.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. **Portal dos agentes de saúde**. Disponível em: <<http://salvador.portalmas.com.br/open.do?sys=MAS>>. Acesso em: 10 jun. 2023.

SANTOS, C. P. *et al.* Adesão ao uso do preservativo masculino por adolescentes escolares. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 18, n. 2, p. 60–70, abr. 2016.

SANTOS, S. S. *et al.* Socio-Structural factors related to young people seeking HIV/AIDS testing: An integrative review. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, 2021.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, v. 20, n. 2, p. 71-99, mar. 2017.

SEHNEM, G. D. *et al.* Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes: evidência dos profissionais em enfermagem. **Av. Enferm.**, v. 37, n. 3, p. 343–352, dez. 2019.

SHABANI, O.; MOLEKI, M. M. ; THUPAYAGALE-TSHWENEAGAE, G. G. B. Individual determinants associated with utilisation of sexual and reproductive health care services for HIV and AIDS prevention by male adolescents. **Curationis**, v. 41, n.1, 2018.

SHEPHERD, L. M.; SLY, K. F.; GIRARD, J. M. Comparison of comprehensive and abstinence-only sexuality education in young African American adolescents. **J Adolesc.**, v. 61,p. 50-63, dez. 2017.

SILVA, C. R. Oficina em Educação Sexual (of Sex): aspectos teórico-metodológicos e uma definição. **Rev. estud. exp. educ.**, v. 19, n. 40, p. 213–233, 2020.

SILVA, J. G. *et al.* Inclusão e Participação Masculina no Planejamento Reprodutivo. **Rev. Mult. Psic.**, v. 14, n. 51, p. 659-666, jun. 2020.

SILVA, R. M. A. *et al.* Co-occurrence of health risk behaviors and the family context among brazilian adolescents, National Survey of School Health (2015). **Rer. Bras. Epidemiol.**, v. 24, p. 1–13, 2021.

SILVA, R. P.; MELO, E. A. Masculinidades e sofrimento mental: do cuidado singular ao enfrentamento do machismo?. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4613–4622, out. 2021.

SOUSA, S. R. G. R. *et al.* Conhecimento e uso da contracepção de emergência na adolescência. **Rev. Adolesc. Saúde**, v. 13, p. 167-173, ago. 2016.

SOUZA, V. *et al.* Conhecimentos, vivências e crenças no campo sexual: um estudo com alunos do ensino médio com perfis socioeconômicos diferenciados. **Rev Min Enferm**, v. 21, 2017.

SPINOLA, M. C. R.; BÉRIA, J. U.; SCHERMANN, L. B. Fatores associados à iniciação sexual em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre/RS, Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, v. 22, n. 11, p. 3755–3762, nov. 2017.

TAQUETTE, S. R. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. **Adolesc. Saúde**, v. 10, supl. 1, p. 72-77, abr. 2013.

TAQUETTE, S. R. *et al.* Saúde sexual e reprodutiva para a população adolescente, Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, v. 22, n. 6, p. 1923–1932, jun. 2017.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M. Uma contribuição ao entendimento da iniciação sexual feminina na adolescência. **Psicol. Estud.**, v. 13, n. 1, mar. 2008.

TELO, S. V.; WITT, R. R. Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde colet.**, v. 23, n. 11, p. 3481 - 3490, nov. 2018.

TILIO, R. Teorias de gênero: principais contribuições teóricas oferecidas pelas perspectivas contemporâneas. **Gênero**, v.14, n.2, p.125-148, 2014.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

USONWU, I.; AHMAD, R.; CURTIS-TYLER, K. Parent–adolescent communication on adolescent sexual and reproductive health in sub-Saharan Africa: a qualitative review and thematic synthesis. **Reprod Health**, v. 18, n. 202, 2021.

VIEIRA, E. M. *et al.* Adolescent pregnancy and transition to adulthood in young users of the SUS. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, 2017.

VIEIRA, K. J. *et al.* Início da atividade sexual e sexo protegido em adolescentes. **Esc. Anna. Nery**, v. 25, n. 3, 2021.

WOOLLEY, N. O.; MACINKO, J. Association between sociodemographic characteristics and sexual behaviors among a nationally representative sample of adolescent students in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 2, 2019.

ZANATTA, L. F. *et al.* Igualdade de gênero - por que o Brasil vive retrocessos. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 8, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Semiestruturada



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA



ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Nome da pesquisadora: _____. Iniciais da(o) entrevistada(o): _____.

Número de identificação: _____. Data de realização da entrevista: ___/___/___.

Tempo da entrevista: ___ horas, ___ minutos, ___ segundos.

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

- Sexo: () Feminino () Masculino
- Identidade de gênero: () Mulher cis, () Homem cis, () Mulher trans, () Homem trans, () outros _____.
- Idade (em anos): _____
- Data de nascimento: ___/___/___.
- Raça/ etnia (autodeclarada): _____.
- Escolaridade (última série com aprovação): _____
- Escolaridade da mãe (última série com aprovação): _____
- Ocupação: _____
- Com quem mora (explorar a composição da unidade doméstica atual)?

- Com quem você morava antes desta casa atual

- Situação conjugal: () Casado; () União Estável; () Vive junto; () Solteiro
- Tem namorado(a)? () Sim () Não
- Já morou com parceiro(a)? () Sim () Não

VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE**PERGUNTA DISPARADORA:**

- Tem parceiro (a) sexual atualmente?
- Que tipo de sexo você faz?
- Como foi sua primeira relação sexual? Quais suas fontes de informação sobre o assunto?
- Já ficou grávida alguma vez? ou Já engravidou a parceira alguma vez?
- Quais os métodos que utiliza para prevenção da gravidez?
- Qual foi a idade da sua mãe quando engravidou pela 1ª vez?

GRAVIDEZ**PERGUNTA DISPARADORA:**

- O que significa ficar grávida na sua idade?

MATERNIDADE, PATERNIDADE**PERGUNTA DISPARADORA:**

- O que significa ser mãe? O que significa ser pai?

PERCEPÇÃO SOBRE HIV E ISTS E CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE PREVENÇÃO**PERGUNTAS DISPARADORAS:**

- Quando você faz sexo, quais os cuidados que você tem?
- Sabe o que são as IST?
- Onde e como obtém informações sobre essas doenças?
- Faz uso de preservativo durante as relações sexuais? Sabe para que serve?
- Conhece os testes para HIV ou o autoteste ?
- Conhece o que é PEP, PreP?

RELAÇÃO COM SERVIÇO DE SAÚDE**PERGUNTA DISPARADORA:**

- Como você cuida da sua saúde? Quais lugares você procura regularmente?
- Tem algum profissional de referência e em quais situações busca os serviços de saúde?
- Quais locais ou pessoas que busca quando precisa de algum cuidado de saúde?
- Onde procura por preservativos, medicamentos, testes gravidez ou HIV?
- Como se sente nos serviços de saúde e como é tratado nestes serviços?

APÊNDICE B – Roteiro para o grupo Focal



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA



ROTEIRO GRUPO FOCAL

VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE

PERGUNTA DISPARADORA:

- Nos lugares que frequenta, como vocês costumam curtir, o que rola?
- Vocês se sentem mais à vontade para a pegação/ficar com alguém?
- Como acontece o interesse por alguém pra rolar o sexo?

PERCEPÇÃO SOBRE HIV E ISTS E CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE PREVENÇÃO

PERGUNTAS DISPARADORAS:

- Quando rola o sexo vocês têm alguma preocupação ou medo?
- O que vem na sua cabeça quando você imagina cuidado na hora de transar e prevenção?
- O que disso vocês colocam em prática?
- Vocês fariam alguma recomendação para jovens em relação aos cuidados com a saúde sexual e prevenção?

RELAÇÃO COM SERVIÇO DE SAÚDE

PERGUNTA DISPARADORA:

- Quais os lugares que vocês buscam/frequentam para cuidar da saúde sexual e prevenção?
- Onde procuram por preservativos, medicamentos, testes gravidez ou HIV?

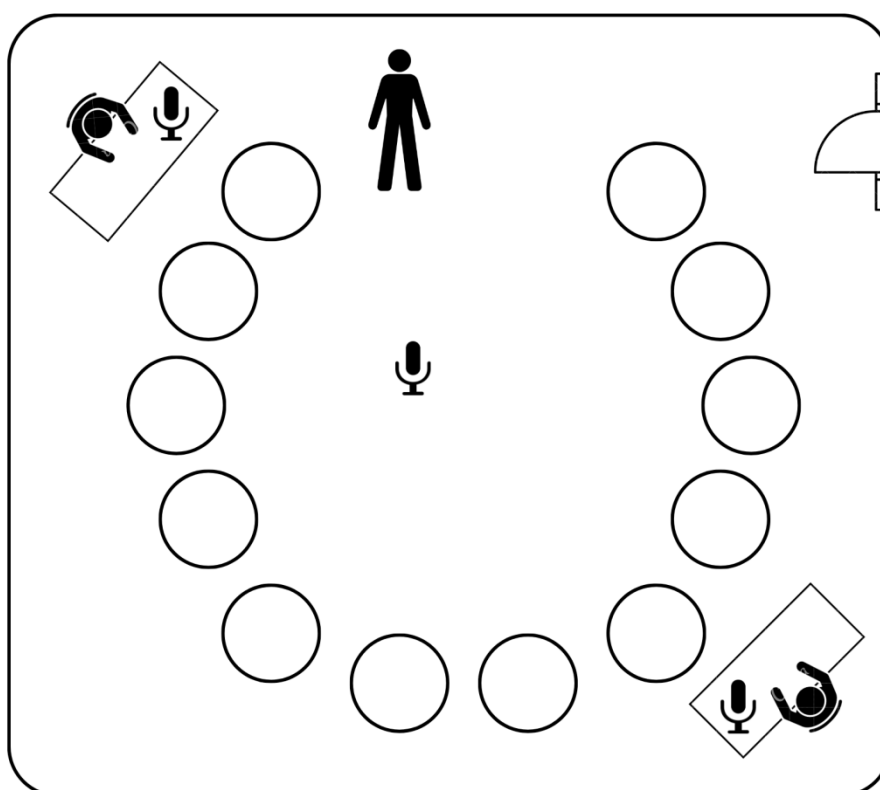
ORGANIZAÇÃO DA SALA

Hora de Início do grupo: ____ hs / Término do grupo: ____ hs

Moderador: _____

Observador (relator): _____

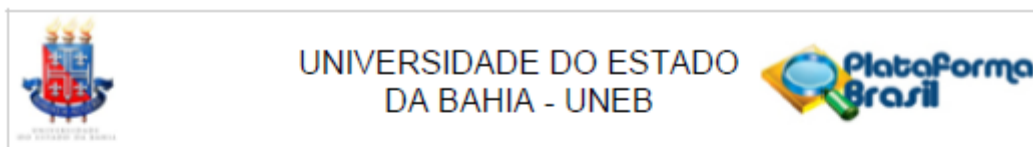
Identificação da disposição dos participantes no grupo (iniciais do nome e idade):



Observações gerais:

ANEXOS

ANEXO A – Parecer CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Contextos de vulnerabilidade ao HIV entre jovens de camadas populares: espaços jovens

Pesquisador: Daniela Riva Knauth

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36495120.7.3003.0057

Instituição Proponente: Departamento de Ciências da Vida

Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO-CNPQ

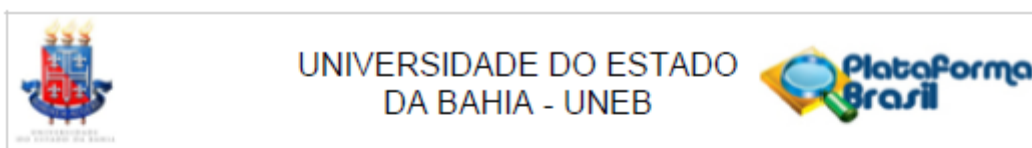
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.540.024

Apresentação do Projeto:

O presente estudo se configura enquanto uma pesquisa de tipo formativa, isto é, que utiliza prioritariamente metodologia qualitativa de investigação a fim de obter dados que possam auxiliar o desenvolvimento de intervenções (7). A pesquisa formativa possibilita compreender, em um curto período de tempo, o complexo significado social e cultural de um território específico (Beebe, 1995). A fim de dar conta dos diferentes objetivos do estudo, serão utilizadas diferentes técnicas de coleta de dados. Face às restrições impostas no contexto atual em função da epidemia da COVID-19 utilizaremos estratégias digitais à distância para a realização de parte das atividades previstas. Desta forma, o mapeamento da comunidade será realizado em um primeiro momento através do levantamento da literatura acadêmica (teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso) produzida sobre as comunidades estudadas, acompanhamento de publicações na mídia local sobre a comunidade, acompanhamento de comunidades locais no Facebook, Instagram e outras mídias sociais. Para este mapeamento serão realizadas ainda entrevistas semiestruturadas com lideranças locais através de contato telefônico ou através de redes sociais, com a devida autorização do entrevistado. As concepções sobre risco, HIV/Aids, estratégias de prevenção acionadas e relação com os serviços de saúde serão apreendidas através de entrevistas semiestruturadas com adolescentes e jovens de cada uma das comunidades estudadas. Buscando dar conta da diversidade do universo, serão realizadas cerca de 30 entrevistas semiestruturadas

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555
Bairro: Cabula **CEP:** 41.195-001
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3117-2399 **Fax:** (71)3117-2399 **E-mail:** cepuneb@uneb.br



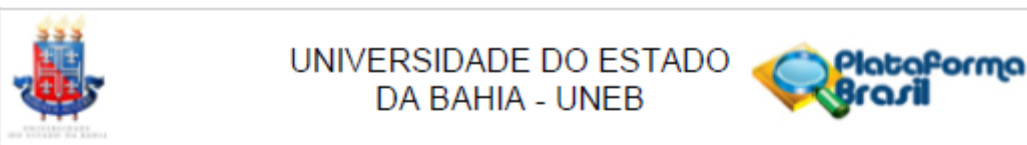
Continuação do Parecer: 4.540.024

com adolescentes e jovens (homens e mulheres) na faixa dos 15 aos 19 anos em cada uma das comunidades estudadas. A fim de dar continuidade ao projeto no contexto da pandemia da COVID-19 buscar-se-á diferentes estratégias para a realização das entrevistas como o uso do WhatsApp, ligações telefônicas ou outros recursos acessíveis aos jovens, como Skype, Meet, etc. Pensa-se também contar com pessoas da comunidade com as quais os pesquisadores já têm contato estabelecido, para atuarem enquanto facilitadores na identificação e contato dos jovens. Os pesquisadores irão adequar o meio de entrevista às condições de cada comunidade e participante. O roteiro de entrevista encontra-se no anexo 1. A fim de identificar as estratégias de intervenção mais eficazes para o público jovem, serão realizados grupos focais com adolescentes e jovens, buscando identificar tanto os canais de comunicação, como as linguagens mais adequadas aos diferentes segmentos deste grupo, considerando as especificidades regionais. Serão realizados dois grupos focais em cada uma das comunidades estudadas (anexo 2). Aqui novamente, se houver restrições para o contato presencial, serão articulados meios para a realização dos grupos focais de forma virtual através de plataformas como WhasApp, Skype, Meet entre outras. As informações produzidas neste estudo serão utilizadas para comparação com estudo similar em andamento em Porto Alegre e São Paulo (Projeto FAST Viabilidade e Aceitabilidade do Autoteste do HIV em Espaços Comunitários CAAE 82184118.5.0000.5347) com o objetivo de identificar de que forma contextos sociais e culturais distintos interferem na vulnerabilidade de adolescentes e jovens a infecção pelo HIV e outras ISTs. A comparação de diferentes cenários busca ainda identificar estratégias mais efetivas para facilitar o acesso a informações, formas de disponibilização e divulgação de insumos de prevenção, bem como estratégias de estímulo à testagem e de vínculo com os serviços de saúde.

Hipótese:

O estudo parte do pressuposto de que as redes de trocas sexuais, com exposição ao risco do HIV e outras IST, entre adolescentes e jovens se desenvolvem, preferencialmente, no âmbito da comunidade. É no território, isto é, nas proximidades de suas residências e locais de estudo e trabalho, que adolescentes e jovens buscam formas de lazer, consomem bebidas alcoólicas e drogas ilícitas, estabelecem relações afetivas e sexuais. A distância geográfica e/ou simbólica em relação ao centro da cidade faz com que os adolescentes e jovens moradores de comunidades pobres e de periferia, tenham o território como centro de sua sociabilidade e redes de relações. Esta premissa justifica a escolha de focar o estudo dentro da configuração da comunidade.

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555
 Bairro: Cabula CEP: 41.195-001
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3117-2399 Fax: (71)3117-2399 E-mail: cepuneb@uneb.br



Continuação do Parecer: 4.540.024

Comunidade entendida enquanto espaço geográfico, social e cultural que se configura como um "território" no qual os indivíduos compartilham valores, práticas, exposições comuns ao risco e acesso aos cuidados de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: O presente estudo tem por objetivo geral compreender os contextos de exposição ao HIV e outras ISTs de adolescentes e jovens (15 a 19 anos) no âmbito comunitário e identificar a diversidade regional no nível do próprio território neste segmento da população. Busca-se comparar os contextos comunitários de cinco cidades brasileiras: Porto Alegre, São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador e Manaus.

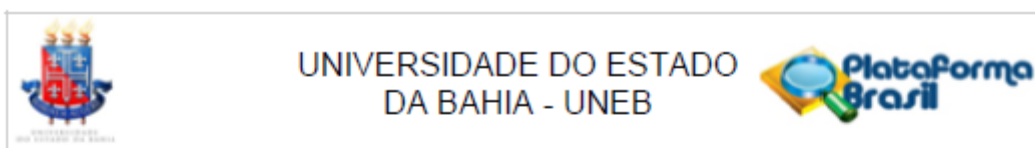
Objetivo Secundário: Objetivos específicos: 1) Mapear os espaços de sociabilidade frequentados por adolescentes e jovens com maior risco para transmissão do HIV em função do uso de bebidas alcoólicas, drogas ilegais e práticas sexuais, tais como bares, bailes funk, lugares de pegação, fluxos; 2) Compreender as concepções de adolescentes e jovens sobre o risco para o HIV e outras ISTs; 3) Identificar as estratégias de prevenção para o HIV e outras ISTs acionadas por adolescentes e jovens, incluindo tanto estratégias formais (como o uso do preservativo, profilaxia pós-exposição, testagem, entre outras), como práticas populares baseadas em concepções de risco (tais como o "conhecer a pessoa", local de encontro, etc.); 4) Compreender a relação dos adolescentes e jovens com os serviços de saúde locais; 5) Identificar junto aos adolescentes e jovens estratégias mais efetivas para facilitar o acesso a informações sobre sexualidade, infecções sexualmente transmissíveis e Aids, formas de disponibilização e divulgação na comunidade dos insumos de prevenção (camisinha, PEP, teste rápido), estratégias de estímulo à testagem e de vínculo com os serviços de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Compreendemos que toda pesquisa que envolve seres humanos, envolve também riscos. Estes riscos são decorrentes, em sua maioria, das formas de abordagens particulares a cada estudo. A metodologia desta pesquisa leva em consideração tais riscos, considerando etapas preliminares como a observação inicial e a realização de entrevista, análise documental. Assim, o contato para estabelecer o acolhimento e a confiança entre os participantes, ainda que tais instrumentos causem constrangimentos, é um compromisso que envolve todo contexto metodológico dessa

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555
 Bairro: Cabula CEP: 41.195-001
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3117-2399 Fax: (71)3117-2399 E-mail: oepuneb@uneb.br



Continuação do Parecer: 4.540.024

pesquisa.

Risco descrito pela pesquisadora:

Os riscos envolvidos em participar da pesquisa poderão ser de ordem psicológica e podem gerar perda de privacidade, desconforto e recusa a responder questões sensíveis. Especial atenção será dada aos jovens de 15 a 17 anos no sentido de incluir apenas aqueles que demonstrarem plena capacidade de entendimento das questões envolvidas com a pesquisa, tal como salientado acima. Os participantes terão o direito de se recusar a responder qualquer questão. O arquivamento dos termos de consentimento livre e esclarecidos (seja no formato físico, virtual ou gravado em forma de áudio) e da transcrição das entrevistas e grupos focais ocorrerá em locais separados e com acesso restrito aos pesquisadores principais do estudo. Para assegurar a segurança dos dados no formato virtual serão utilizados os recursos de nuvem do CPD-UFRGS.

Benefícios:

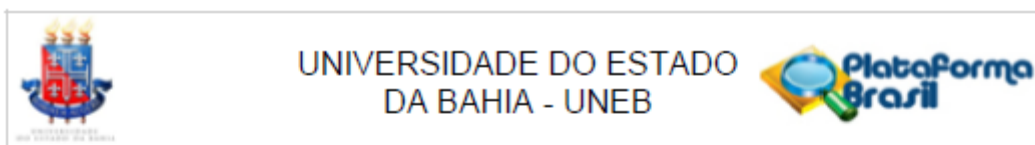
A pesquisadora descreve da seguinte forma:

Este estudo tem potencial para subsidiar o planejamento de ações de prevenção do HIV direcionadas à população jovem nos municípios nos quais a pesquisa será desenvolvida. Outro resultado esperado do estudo é o desenvolvimento de estratégias mais efetivas para facilitar o acesso a informações sobre sexualidade, infecções sexualmente transmissíveis e Aids, formas de disponibilização e divulgação na comunidade dos insumos de prevenção, estratégias de estímulo à testagem e de vínculo com os serviços de saúde. A equipe do estudo trabalhará em parceria com as coordenações municipais de Aids dos municípios envolvidos, o que facilitará o acesso aos serviços de saúde localizados nas comunidades nas quais o projeto será desenvolvido e aplicabilidade de seus resultados.

Comentário: A pesquisadora informa dentro da eticidade os riscos e benefícios da pesquisa.

Destacamos que as linhas de raciocínio explicitadas neste parecer não são restritivas as formas de aplicar os benefícios e atenuar os riscos em campo, sempre em prol dos princípios éticos.

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555		CEP: 41.195-001
Bairro: Cabula	Município: SALVADOR	
UF: BA		
Telefone: (71)3117-2399	Fax: (71)3117-2399	E-mail: oepuneb@uneb.br



Continuação do Parecer: 4.540.024

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Destacamos que todos os comentários deste parecer são baseados na correlação dos princípios éticos (autonomia, não maleficência, beneficência, equidade e justiça) com os aspectos da pesquisa (objeto, participante, metodologia e aspectos do campo). Sempre na perspectiva da orientação e sem julgamento de valores, conforme preconiza a ética no seu significado mais profundo que é propor a dignidade humana.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Na perspectiva da normativa, conforme segue:

- 1 – Termo de compromisso do pesquisador responsável: Em conformidade com a normativa;
- 2 – Termo de confidencialidade: Em conformidade;
- 3 – A autorização institucional da proponente: Em conformidade
- 4 – A autorização da instituição coparticipante: Em conformidade
- 5 - Folha de rosto: Em conformidade;
- 6 – Modelo do TCLE: Em conformidade.
- 7 - Declaração de concordância com o desenvolvimento do projeto de pesquisa: Em conformidade;
- 8 – Termo de Assentimento de Menor: Solicitado liberação devido a sensibilidade do objeto de estudo.

Os modelos para adaptação à realidade da pesquisa e outras orientações para construção do protocolo de pesquisa, estão disponível em www.uneb.br/comitedeetica.

Recomendações:

Recomendamos ao pesquisador atenção aos prazos de encaminhamento dos relatórios parcial e/ou final. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

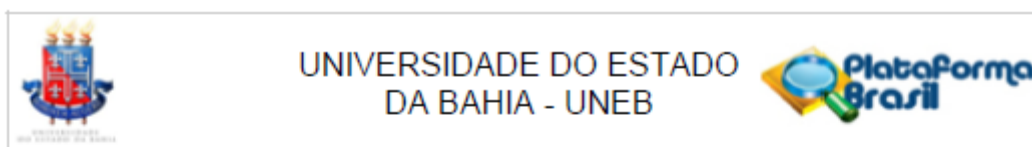
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos participantes, respeitando os princípios da autonomia, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555
 Bairro: Cabula CEP: 41.195-001
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3117-2399 Fax: (71)3117-2399 E-mail: cepuneb@uneb.br



Continuação do Parecer: 4.540.024

APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos sujeitos da pesquisa tendo respeitado os princípios da autonomia dos participantes da pesquisa, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.36495120.7.3003.0057

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1618767.pdf	02/12/2020 10:07:51		Aceito
Outros	Carta_resposta_pendencia.pdf	02/12/2020 10:07:02	Daniela Riva Knauth	Aceito
Outros	Folha_Rosto_Daniela_Knauth.pdf	02/12/2020 09:51:08	Daniela Riva Knauth	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_compromisso_pesquisadores.pdf	02/12/2020 09:49:01	Daniela Riva Knauth	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_de_concordancia.pdf	02/12/2020 09:44:55	Daniela Riva Knauth	Aceito
Declaração do Patrocinador	termo.pdf	16/07/2020 11:36:39	Daniela Riva Knauth	Aceito
Outros	Roteiros.pdf	16/07/2020 11:36:04	Daniela Riva Knauth	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Knauth_et_al_2019_CEP_HCPA.pdf	16/07/2020 11:33:57	Daniela Riva Knauth	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_TALE.pdf	16/07/2020 11:31:52	Daniela Riva Knauth	Aceito

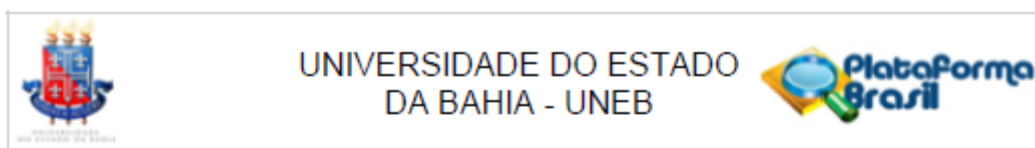
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555
 Bairro: Cabula CEP: 41.195-001
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3117-2399 Fax: (71)3117-2399 E-mail: cepuneb@uneb.br



Continuação do Parecer: 4.540.024

SALVADOR, 15 de Fevereiro de 2021

Assinado por:
Aderval Nascimento Brito
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555
Bairro: Cabula CEP: 41.195-001
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3117-2399 Fax: (71)3117-2399 E-mail: cepuneb@uneb.br

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto GPPG ou CAAE: 36495120.7.3003.0057

Título do Projeto: Contextos de vulnerabilidade ao HIV entre jovens de camadas populares: um estudo multicêntrico em cinco cidades do Brasil

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é conhecer as formas de lazer e os locais que os jovens frequentam, o uso de redes sociais, seus conhecimentos sobre o HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e a relação dos jovens com os serviços de saúde. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em conjunto com mais quatro instituições públicas do País: Unicamp (Campinas, SP), Fiocruz (Rio de Janeiro), Universidade de Estado da Bahia (Salvador), Universidade do Estado do Amazonas (Manaus).

Se você aceitar o convite, sua participação na pesquisa envolverá a realização de uma entrevista individual com duração de cerca de uma hora, em um ambiente que garanta a privacidade. A entrevista será conduzida por um(a) entrevistador(a) treinado(a). Esta entrevista será uma conversa sobre a vida na comunidade, locais de encontro de jovens, organizações comunitárias, serviços de saúde, práticas de prevenção, teste do HIV e de IST.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa. Você poderá, no entanto, se sentir desconfortável com o tempo da entrevista ou ainda com alguma questão que envolve aspectos de sua vida íntima. Se isto acontecer, você pode não responder à questão ou pedir ao entrevistador para interromper a conversa.

Não há nenhum benefício direto na participação da pesquisa. Mas esperamos que os resultados do estudo possam ajudar os responsáveis pela elaboração de políticas de saúde das cidades estudadas a desenvolverem ações que facilitem o acesso dos jovens às informações e insumos de prevenção do HIV e de outras IST e aos serviços de saúde.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar

seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com sua participação.

A entrevista será gravada em áudio e depois transcrita, sendo o material guardado em local seguro (na Universidade) por cinco anos. Os dados da pesquisa não serão identificados, isto é, seu nome não irá aparecer em nenhum momento. Os resultados serão apresentados sem que seja possível identificar individualmente os participantes.

Caso você tenha dúvidas em relação a esta pesquisa ou a este Termo, antes de decidir participar você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Daniela Riva Knauth, pelo telefone (51) 33085461, com o pesquisador Laio Magno Santos de Sousa, pelo telefone (71) 3117-2294, através do e-mail laiomagnoss@gmail.com ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, e-mail cep@hcpa.edu.br ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h. Poderá ainda contatar o Comitê de Ética em Pesquisa Universidade do Estado da Bahia (UNEB), localizado na Avenida Engenheiro Oscar Pontes s/n, antigo prédio da Petrobras 2º andar, sala 23, Água de Meninos, Salvador- BA, CEP: 40460-120, através do telefone (71) 3312-3420, 3312-5057, 3312-3393 ramal 250 ou através do e-mail cepuneb@uneb.br.

Você concorda em participar da pesquisa?

() Sim, concordo em participar da pesquisa.

Data: __/__/__

Assinatura do Participante Assinatura do Pesquisador

ANEXO C – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

(para menores de 18 anos)

Nº do projeto GPPG ou CAAE: 36495120.7.3003.0057

Título do Projeto: Contextos de vulnerabilidade ao HIV entre jovens de camadas populares: um estudo multicêntrico em cinco cidades do Brasil

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Esta pesquisa tem por objetivo conhecer as formas de lazer e os locais que os adolescentes e jovens frequentam, como eles usam as redes sociais, seus conhecimentos sobre o HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e a relação dos jovens com os serviços de saúde. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em conjunto com mais quatro instituições públicas do País: Unicamp (Campinas, SP), Fiocruz (Rio de Janeiro), Universidade de Estado da Bahia (Salvador), Universidade do Estado do Amazonas (Manaus).

Se você aceitar o convite, sua participação na pesquisa será a realização de uma entrevista individual com duração de cerca de uma hora, em local no qual você possa conversar à vontade, sem ser ouvido por outras pessoas. Iremos conversar sobre a vida na comunidade, os locais de encontro de adolescentes e jovens, participação em organizações comunitárias, os serviços de saúde, as práticas de prevenção, teste do HIV e de IST.

Para podermos guardar tudo o que você disser, nossa conversa será gravada em áudio. Mas este material só será utilizado para o estudo e nenhuma pessoa de fora da pesquisa terá acesso. Tudo o que você disser não será identificado com o seu nome. Os resultados do estudo serão apresentados sem que seja possível identificar individualmente os participantes. O seu nome não irá aparecer em nenhum momento.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa. Você poderá, no entanto, se sentir desconfortável com o tempo da entrevista ou ainda com alguma questão que envolve aspectos de sua vida íntima. Se isto acontecer, você pode não responder à questão ou pedir ao entrevistador para interromper a conversa.

Não há nenhum benefício direto na participação da pesquisa. Mas esperamos que os resultados do estudo possam ajudar os responsáveis pela elaboração de políticas de saúde das cidades estudadas a desenvolverem ações que facilitem o acesso dos jovens às informações e insumos de prevenção do HIV e de outras IST e aos serviços de saúde.

Você só deve participar da pesquisa se quiser. É um direito seu participar ou não. Se você não quiser participar ou desistir de participar, não tem problema e você não terá nenhum prejuízo.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com sua participação.

Caso você tenha dúvidas em relação a esta pesquisa ou a este Termo, antes de decidir participar você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Daniela Riva Knauth, pelo telefone (51) 33085461, com o pesquisador Laio Magno Santos de Sousa, pelo telefone (71) 3117-2294, através do e-mail laiomagnoss@gmail.com ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, e-mail cep@hcpa.edu.br ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h. Poderá ainda contatar o Comitê de Ética em Pesquisa Universidade do Estado da Bahia (UNEB), localizado na Avenida Engenheiro Oscar Pontes s/n, antigo prédio da Petrobras 2º andar, sala 23, Água de Meninos, Salvador- BA, CEP: 40460-120, através do telefone (71) 3312-3420, 3312-5057, 3312-3393 ramal 250 ou através do e-mail cepuneb@uneb.br.

Você concorda em participar da pesquisa?

() Sim, concordo em participar da pesquisa.

Data: __/__/__

Assinatura do Participante Assinatura do Pesquisador