

**Carlos Alberto Landi**

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA ADOLESCENTES E ADULTOS  
JOVENS E ESTILOS PARENTAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

São Paulo  
2019

**Carlos Alberto Landi**

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA ADOLESCENTES E ADULTOS  
JOVENS E ESTILOS PARENTAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

**Orientadora:**

Profa. Dra. Maria Sylvia de Souza Vitalle

São Paulo

2019

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Prof. Antonio Rubino de Azevedo,  
Campus São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, com os dados fornecidos pelo autor

Landi, Carlos Alberto

**Violência sexual contra adolescentes e adultos jovens e  
estilos parentais** / Carlos Alberto Landi. – São Paulo, 2019.  
xv, 86f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo.  
Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva.

Título em inglês: Sexual violence against adolescents and  
young adults and parenting.

1. Adolescente. 2. Comportamento do Adolescente. 3. Violência  
sexual. 4. Estilos parentais. 5. Saúde do adolescente.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Chefe do Departamento: Profa. Dra. Rosemarie Andrezza

Coordenadora do Curso de Pós-graduação: Profa. Dra. Zila van der Meer Sanchez

**Carlos Alberto Landi**

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA ADOLESCENTES E ADULTOS  
JOVENS E ESTILOS PARENTAIS**

Presidente da banca:

Profa. Dra. Maria Sylvia de Souza Vitale

Banca examinadora:

Profa. Dra. Maria Ignez Saito

Profa. Dra. Maria José Carvalho Sant'Anna

Profa. Dra. Dalva Alves Silva

## **Dedicatória**

A todos os adolescentes que, generosamente, abriram seu coração, expondo seus dramas, dores e mazelas, possibilitando a realização deste trabalho.

## **Agradecimentos**

À minha família, que me deu o alicerce necessário para seguir minha caminhada.

Ao meu fiel companheiro, Alexandre Perrin, que me deu o suporte para concretizar este trabalho.

Ao Prof. Salim Moisés Jorge que, com sua sabedoria, dedicação e serenidade, inspirou-me a escolher a Pediatria como especialidade.

À Profa. Dra. Maria Ignez Saito, cuja paixão no cuidado aos adolescentes me contagiou.

À Dra. Flavia Calunga da Silva, pela generosidade de me aceitar neste grande projeto.

À Profa. Dra. Maria Sylvia de Souza Vitalle, mais que uma orientadora, pela paciência e apoio para que este trabalho fosse concluído.

“Os pais podem dar alegria e satisfação a um filho, mas não há como lhe dar felicidade. Os pais podem aliviar sofrimentos enchendo-o de presentes, mas não há como lhe comprar felicidade. Os pais podem ser muito bem-sucedidos e felizes, mas não há como lhe emprestar felicidade. Mas os pais podem aos filhos dar muito amor, carinho, respeito. Ensinar tolerância, solidariedade e cidadania. Exigir reciprocidade, disciplina e religiosidade. Reforçar a ética e a preservação da Terra. Pois é de tudo isso que se compõe a autoestima. É sobre a autoestima que repousa a alma, e é nessa paz que reside a felicidade.”

Içami Tiba

## Sumário

Dedicatória .....	v
Agradecimentos.....	vi
Lista de gráficos.....	x
Lista de tabelas.....	xii
Lista de abreviaturas.....	xiii
Resumo .....	xiv
Abstract .....	xv
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1.1 Adolescência .....	2
1.2 Violência .....	3
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>4</b>
2.1 Formas de violência.....	5
2.2 Das leis e seus avanços .....	9
2.3 Estilos parentais .....	13
2.3.1 Práticas educativas positivas .....	15
2.3.2 Práticas educativas negativas.....	16
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
3.1 Objetivo geral.....	20
3.2 Objetivos específicos .....	20
<b>4 MÉTODOS.....</b>	<b>21</b>
4.1 Desenho do estudo.....	22
4.2 Casuística .....	22
4.2.1 Critérios de inclusão .....	22
4.2.2 Critérios de exclusão .....	23
4.3 Coleta .....	23
4.3.1 Instrumentos.....	23
4.3.2 Procedimentos.....	25
4.4 Análise de dados .....	26
4.5 Ética .....	27
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>28</b>
5.1 Análise dos resultados.....	29

<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>49</b>
6.1 Da caracterização da amostra .....	51
6.2 Da violência sexual e comportamento sexual de risco .....	55
6.3 Dos estilos parentais.....	57
6.4 Da força e limitações do estudo .....	67
6.5 Considerações finais.....	68
<b>7 CONCLUSÕES</b> .....	<b>70</b>
<b>8 REFERÊNCIAS</b> .....	<b>72</b>

**Anexos**

**Apêndices**

Bibliografia consultada

## Lista de gráficos

Gráfico 1. Distribuição do ano de coleta dos alunos, segundo vítima de violência.....	36
Gráfico 2. Distribuição das séries dos alunos no curso de medicina, segundo vítima de violência. ....	36
Gráfico 3. Distribuição das séries dos alunos no curso de enfermagem, segundo vítima de violência. ....	37
Gráfico 4. Distribuição das séries dos alunos no curso de fonoaudiologia, segundo vítima de violência. ....	37
Gráfico 5. Distribuição das séries dos alunos no curso de biomedicina, segundo vítima de violência. ....	38
Gráfico 6. Distribuição dos cursos dos alunos, segundo vítima de violência .....	38
Gráfico 7. Distribuição do sexo dos alunos, segundo vítima de violência. ....	39
Gráfico 8. <i>Boxplot</i> da idade (anos) dos alunos, segundo vítima de violência.....	39
Gráfico 9. Distribuição do nível socioeconômico dos alunos, segundo vítima de violência. ....	40
Gráfico 10. Distribuição da coitarca entre os alunos, segundo vítima de violência.....	40
Gráfico 11. <i>Boxplot</i> da idade na coitarca (anos) dos alunos, segundo vítima de violência.....	41
Gráfico 12. Distribuição da gravidez entre as alunas, segundo vítima de violência.....	41
Gráfico 13. Distribuição do uso de contraceptivo entre os alunos, segundo vítima de violência. ....	42

Gráfico 14. Distribuição da classe do inventário de estilos parentais (IEP) dos alunos, segundo vítima de violência. ....	42
Gráfico 15. <i>Boxplot</i> do escore do inventário de estilos parentais (IEP) dos alunos, segundo vítima de violência. ....	43
Gráfico 16. <i>Boxplot</i> do escore da prática monitoria positiva dos alunos, segundo vítima de violência. ....	43
Gráfico 17. <i>Boxplot</i> do escore da prática comportamento moral dos alunos, segundo vítima de violência.....	44
Gráfico 18. <i>Boxplot</i> do escore da prática punição inconsistente dos alunos, segundo vítima de violência .....	44
Gráfico 19. <i>Boxplot</i> do escore da prática negligência dos alunos, segundo vítima de violência. ....	45
Gráfico 20. <i>Boxplot</i> do escore da prática disciplina relaxada dos alunos, segundo vítima de violência.....	45
Gráfico 21. <i>Boxplot</i> do escore da prática monitoria negativa dos alunos, segundo vítima de violência.....	46
Gráfico 22. <i>Boxplot</i> do escore da prática abuso físico dos alunos, segundo vítima de violência .....	46

## Lista de tabelas

Tabela 1. Distribuição das características gerais dos alunos .....	30
Tabela 2. Distribuição das características gerais dos alunos, segundo vítima de violência .....	31
Tabela 3. Distribuição das características gerais dos alunos, segundo vítima de violência .....	33
Tabela 4. Distribuição das características relacionadas à atividade sexual dos alunos, segundo vítima de violência .....	34
Tabela 5. Distribuição das respostas ao Inventário de Estilos Parentais (IEP), segundo vítima de violência.....	35
Tabela 6. Ajustes dos modelos de regressão logística, considerando como variável dependente a definição de vítima de violência sexual (Quesi).....	48

## Lista de abreviaturas

<b>Abep</b>	Associação Brasileira de Pesquisa
<b>CAAA</b>	Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente
<b>CTQ</b>	<i>Childhood Trauma Questionnaire</i>
<b>ECA</b>	Estatuto da Criança e do Adolescente
<b>GSHS</b>	<i>Global School based Student Health survey</i>
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>HPV</b>	Papiloma Vírus Humano
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IEP</b>	Inventário de Estilos Parentais
<b>Inspire</b>	Programa OMS – Sete Estratégias para pôr fim à violência contra a criança
<b>IST</b>	Infecções Sexualmente Transmissíveis
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>Pense</b>	Pesquisa Nacional de Saúde Escolar
<b>Quesi</b>	Questionário sobre Exposição a Eventos Traumatizantes
<b>Sida</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>Sinan</b>	Sistema de Informação de Agravos e Notificação
<b>TA</b>	Termo de Assentimento
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TEPT</b>	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
<b>Unifesp</b>	Universidade Federal de São Paulo
<b>Viva</b>	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization</i>

## Resumo

**Objetivo:** Verificar a prevalência de adolescentes e adultos jovens vítimas de violência sexual, e a relação entre estilos parentais e a ocorrência de violência sexual.

**Métodos:** Foram entrevistados estudantes universitários, matriculados nos cursos de Medicina, Biomedicina, Fonoaudiologia e Enfermagem, do Campus São Paulo, da Universidade Federal de São Paulo, menores de 25 anos, em 2016 e 2017. Foram utilizados os instrumentos: questionários de perfil, de comportamento e de avaliação de nível socioeconômico, para caracterizar a amostra (Abep-2014); Inventário de Estilos Parentais (IEP) – consiste em sete práticas educativas (monitoria positiva, comportamento moral, negligência, monitoria negativa, punição inconsistente, disciplina relaxada, abuso físico e psicológico) e questionário sobre exposição a eventos traumatizantes (Quesi) – com/sem abuso. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Paulo, Unifesp, nº 1572/05. A análise estatística inicial foi descritiva e inferencial, para aplicar a Regressão Logística Multivariada e avaliar fatores de risco para violência sexual associados aos estilos parentais. **Resultados:** De 861 alunos, 71 (8,24%) foram vítimas de violência sexual, 52 (73,23%) do sexo feminino. O Inventário de Estilos Parentais mostra que, em vítimas de violência sexual, há predomínio dos estilos menos protetivos ( $p=0,002$ ), com maiores escores nas práticas: punição inconsistente ( $p=0,003$ ), negligência ( $p=0,001$ ), monitoria negativa ( $p=0,017$ ) e abuso físico ( $p<0,001$ ). A regressão logística mostra que a chance de um indivíduo ser vítima aumenta 11% a cada aumento de um escore de negligência, e 23,4% a cada aumento do escore de abuso físico. Quanto à monitoria positiva, a chance de um indivíduo ser vítima reduz 10% a cada aumento de um escore ( $p=0,009$ ). **Conclusões:** Os estilos parentais influenciam diretamente a possibilidade de ocorrência de abuso sexual – monitoria positiva é fator protetor, enquanto negligência e abuso físico (punição) aumentam o risco de o indivíduo ser vítima.

**Palavras-chave:** Adolescente, Comportamento do adolescente, Violência sexual, Estilos parentais, Saúde do adolescente.

## Abstract

**Objective:** To verify the prevalence of adolescents and young adults victims of sexual violence and the relationship between parenting styles and the occurrence of sexual violence. **Methods:** We interviewed university students under 25 years old enrolled in the Medicine, Biological Sciences, Speech Therapy and Nursing courses at the São Paulo Campus of the Federal University of São Paulo, in 2016 and 2017. The following instruments were used: profile, behavioral and socio-economic level questionnaires to characterize the sample (Abep-2014); Parenting Styles Inventory (PSI) - consisting of seven educational practices (positive monitoring, moral behavior, neglect, negative monitoring, inconsistent punishment, relaxed discipline, physical and psychological abuse); questionnaire on exposure to traumatic events (Quesi) - with/without abuse. The study was approved by the Research Ethics Committee of Hospital São Paulo, Unifesp, nº 1572/05. The initial statistical analysis was descriptive and inferential in order to apply the Multivariate Logistic Regression and to evaluate risk factors for sexual violence associated with parenting. **Results:** Among 861 students, 71 (8.24%) were victims of sexual violence, 52 (73.23%) being female. The Parenting Styles Inventory shows that there is a prevalence among victims of sexual violence of less protective styles ( $p=0.002$ ), with highest scores in the following practices: inconsistent punishment ( $p=0.003$ ), neglect ( $p=0.001$ ), negative monitoring ( $p=0.017$ ) and physical abuse ( $p=0.001$ ). Logistic regression shows that the chance of an individual becoming a victim increases by 11% with each increase in the neglect score and 23.4% with each increase in the physical abuse score. The chance of an individual being a victim is reduced by 10% with each increase of the positive monitoring score ( $p=0.009$ ). **Conclusions:** Parenting style directly influences the occurrence of sexual abuse: positive monitoring is a protective factor, whereas physical neglect and abuse (punishment) increase the risk of being a victim.

**Keywords:** Adolescent, Adolescent behavior, Sexual violence, Parenting, Adolescent Health.

## 1 INTRODUÇÃO

---

## 1.1 Adolescência

A adolescência é uma época de descobertas, caracterizada geralmente pela busca de autonomia sobre decisões, emoções e ações, referindo-se ao período de desenvolvimento situado entre a infância e a idade adulta, delimitada cronologicamente pela Organização Mundial da Saúde – OMS (2014)<sup>1</sup> – como a faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade, definição também adotada pelo Ministério da Saúde.<sup>2,3</sup> A adolescência é uma etapa do crescimento e desenvolvimento do ser humano, marcada por intensas transformações físicas, psíquicas e sociais. A OMS (1996)<sup>4</sup> considera, ainda, como juventude, o período delimitado entre 15 e 24 anos, identificando adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos).

Enquanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) revela que a população mundial de adolescentes é de 1,2 bilhões de indivíduos (1 a cada 6 pessoas no mundo tem entre 10 e 19 anos), o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010)<sup>5</sup> revela que o número de adolescentes no Brasil é composto por pouco mais de 34 milhões de pessoas, correspondendo a 17,9% da população brasileira. No Estado de São Paulo, a faixa etária dos 10 aos 19 anos corresponde a pouco mais de 6,5 milhões de indivíduos (16,1% da população) e dos 20 a 24 anos pouco mais de 3,5 milhões (8,8% da população). Em relação à cidade de São Paulo, o mesmo censo mostrou pouco mais de 1,7 milhão de indivíduos entre 10 e 19 anos (15,1% da população) e, em torno de 1 milhão, entre 20 e 24 anos (8,8%)<sup>1,5</sup>.

As transformações físicas que ocorrem nesta fase correspondem ao que denominamos de puberdade. Já as modificações de ordem psicoemocional foram reunidas por Knobel e Aberastury<sup>6</sup>, o que convencionou-se denominar de “Síndrome da Adolescência Normal”.

Características importantes desta síndrome constituem-se na busca da identidade, tendência grupal, desenvolvimento do pensamento abstrato, vivência temporal singular, variações do humor, evolução da sexualidade e separação progressiva dos pais. Estas características são responsáveis não só pela construção de um indivíduo pleno, mas também para uma maior vulnerabilidade destes jovens.

Estudos<sup>7,8</sup> de neurofisiologia e de ressonância magnética têm demonstrado que regiões do cérebro do adolescente amadurecem em épocas diferentes.

A área da amígdala, situada no córtex pré-frontal, ainda em desenvolvimento, é sede de sentimentos primários como medo e raiva, podendo responder pela impulsividade e pelos desajustes comportamentais da adolescência, estando madura por volta dos 14 anos. A região frontal, por sua vez, é responsável por funções cognitivas e emocionais mais elaboradas, como planejamento e raciocínio lógico, e é a última a amadurecer, por volta dos 24 anos<sup>7,8</sup>. Estas diferentes fases de maturação cerebral podem justificar muitos dos comportamentos dos adolescentes, o que faz desta faixa etária uma das mais vulneráveis, motivo pelo qual adultos jovens foram incluídos nesta pesquisa.

## **1.2 Violência**

Violência é o “uso intencional da força física, do poder, real ou ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 1996)”<sup>9</sup>. A violência vem crescendo como uma onda, em suas diversas facetas, fazendo parte de nosso cotidiano. Destaca-se a frequente relação entre violência e adolescentes, uma das populações mais vitimizadas, com graves consequências físicas, mentais e sociais, a curto e longo prazo, não somente para a vítima, mas para a família, a comunidade e o sistema de saúde<sup>10</sup>, e que passam a interferir, retardando ou impossibilitando um projeto de vida.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

---

## 2.1 Formas de violência

Diversas são as formas de violência que afetam os adolescentes, a saber:

- a) Física;
- b) Sexual;
- c) Psicológica;
- d) Doméstica;
- e) Negligência.

No presente estudo, o objeto de interesse é a violência sexual, definida como:

qualquer conduta que constranja o indivíduo a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que o induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que o impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que o force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos <sup>11</sup>.

Ou seja, violência sexual refere-se às situações nas quais se é fisicamente forçado a ter intercurso sexual contra sua vontade, por ter medo das consequências de não o ter, ou ser forçado a fazer algo no contexto sexual que é considerado humilhante ou degradante pelo indivíduo<sup>12</sup>.

Com relação à população privilegiada especificamente, utilizamos a definição de violência sexual de Sanderson nesse estudo<sup>13</sup>:

O envolvimento de crianças e adolescentes dependentes em atividades sexuais com um adulto ou com qualquer pessoa um pouco mais velha ou maior, em que haja uma diferença de idade, de tamanho ou de poder, em que a criança é usada como objeto sexual para a gratificação das necessidades ou dos desejos, para a qual é incapaz de dar um consentimento consciente por causa do desequilíbrio no poder, ou de qualquer incapacidade mental ou física". Essa definição exclui atividade consensual entre colegas.

Outros termos permeiam a literatura científica e leiga ao tratar do assunto violência sexual:

- a) Estupro;
- b) Abuso sexual;
- c) Atentado violento ao pudor;
- d) Assédio sexual;
- e) Sedução;
- f) Atos obscenos;
- g) Estupro de vulnerável.

De acordo com o Código Penal Brasileiro, alterado em 07 de agosto de 2009, estupro passou a ser designado como “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”<sup>14</sup>. Pela nova definição, tanto a mulher quanto o homem podem ser vítimas de estupro, quando constrangidos, mediante violência (física) ou grave ameaça (psicológica), a praticar conjunção carnal (penetração do pênis na vagina) ou qualquer outro ato libidinoso (penetração anal ou oral)<sup>15</sup>. O diferencial da nova lei é a inclusão das vítimas do sexo masculino na definição de estupro, anteriormente considerados como vítimas de atentado violento ao pudor.

A nova lei criou ainda um capítulo denominado “Dos crimes contra vulnerável”. O “estupro de vulnerável” consiste em ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos; “induzimento de menor de 14 anos a satisfazer lascívia de outrem”; “satisfação da lascívia mediante a presença de criança ou adolescente” e “favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável”<sup>14</sup>. Portanto, todos os artigos previstos nesta lei podem ser considerados, de forma ampla, como “violência sexual”. E é neste contexto abrangente que o termo “violência sexual” será usado neste trabalho, excluindo atividade sexual entre colegas<sup>14</sup>.

A violência sexual é um fenômeno universal, no qual não se distingue sexo, idade, raça ou classe social. Atinge cerca de 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo<sup>10,16</sup>. Mais de 1,3 milhões de indivíduos são afetados anualmente pela

violência<sup>17</sup>; um quarto dos adultos relata ter sido fisicamente abusado quando criança; uma em cada cinco mulheres relata ter sido sexualmente abusada na infância; 15 a 71% das mulheres sofre violência física e/ou sexual por um parceiro íntimo em algum momento de suas vidas<sup>17,18</sup>.

As adolescentes do sexo feminino são as principais vítimas de abuso sexual, enquanto indivíduos do sexo masculino figuram como as principais vítimas de homicídio, além do que, em diversos países, são os adolescentes que mais se suicidam. Ressalta-se que causas externas oriundas de homicídios, suicídios e acidentes são as principais causas de morte neste grupo etário. Além da morte, cabe lembrar as cifras relativas a sequelas físicas e emocionais, oriundas da violência.

Como ressaltado anteriormente, o sexo feminino é o mais exposto a este tipo de agressão, seja criança, adolescente, jovem ou mulher adulta<sup>19-21</sup>. Estima-se que, a cada quinze segundos, uma mulher seja agredida fisicamente no mundo, e uma a cada três mulheres foi ou será violentada durante sua vida<sup>21</sup>. Um estudo internacional revela que aproximadamente 20% das mulheres e 5 a 10% dos homens relataram ter sido vítimas de violência sexual quando criança<sup>21</sup>. De acordo com relatório publicado pela OMS em 2014, a prevalência global de violência física e/ou sexual contra a mulher está em torno de 35,6%, sendo mais elevada em países da África (45,6%), do Sudeste Asiático (40,2%), Orientais do Mediterrâneo (36,4) e da América (36,1%)<sup>7</sup>. Observa-se que a prevalência de violência perpetrada por parceiros já é alta entre adolescentes de 15 a 19 anos, sugerindo que a violência é muito comum já no início das relações afetivas<sup>17</sup>.

Entre 75 e 80% dos casos de abuso sexual são perpetrados por pessoas conhecidas pela criança ou adolescente, geralmente uma figura de autoridade e confiança; pode ser um dos pais, padrasto ou madrasta, outro adulto do círculo familiar, amigo da família, vizinho, babá, professor, treinador, irmão mais velho, primo ou tio. Essa “familiaridade” ou relação próxima aumenta a sensação de vulnerabilidade, perda, traição e quebra de confiança por parte da vítima<sup>22-24</sup>.

Dados nacionais indicam que, entre os anos de 2009 a 2015, cem mil novos casos de violência sexual foram notificados (média de 39 casos/dia)<sup>25</sup>. Trinta por cento desses casos ocorrem com meninas de 10 a 14 anos de idade; 18% de cinco a nove anos e 14% de 15 a 19 anos<sup>25</sup>. Embora no Brasil seja crime previsto por lei, os casos

são ainda pouco notificados e subestimados, ou negligenciados quanto à sua gravidade, principalmente quando não há evidências físicas da violência, como nos casos de assédio verbal, *voyeurismo* e exposição a material pornográfico, levando a crer que as estatísticas são bem maiores do que as referidas.

Apesar da escassa literatura no que se refere a abuso sexual de meninos, acredita-se que a subnotificação nesta população seja ainda mais expressiva, visto que os meninos tendem a revelar menos os abusos, temendo que sua orientação sexual seja questionada<sup>26,27</sup>. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), 14% das vítimas de violência sexual, entre os anos de 2009 e 2015, eram meninos<sup>25</sup>.

Todos os tipos de violência estão fortemente associados a eventos negativos para a saúde. Pesquisas mostram que mulheres vítimas de violência sexual apresentam idas mais frequentes a hospitais e serviços médicos, além de internações por tempo mais prolongado, quando comparadas às não vítimas, mesmo anos após o evento, acarretando grande ônus aos sistemas de saúde<sup>10,28,29</sup>.

Sabe-se que as consequências físicas, mentais, sexuais e reprodutivas do abuso sexual são devastadoras para as suas vítimas. Um estudo de 2013 evidenciou que, em certas regiões do mundo, as mulheres vítimas de violência têm 1,5 vezes mais chances de adquirir o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e 1,6 vezes de adquirir sífilis, quando comparadas às mulheres que não experimentaram esse tipo de violência<sup>12</sup>. A curto e longo prazo, pode ainda levar à depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), problemas de sono, fobias, transtornos alimentares, tentativa e ideação suicida e automutilação. A depressão e TEPT permanecem as formas mais comuns de problemas mentais associados ao abuso sexual<sup>26,30</sup>.

Entre mulheres deprimidas, aproximadamente 60% apresentam história de abuso sexual<sup>31</sup>. Crianças vítimas de violência sexual estão mais sujeitas ao uso do tabaco, abuso de álcool e drogas, comportamento sexual de risco (início precoce de atividade sexual consensual, múltiplos parceiros e intercurso sexual desprotegido), isolamento e vulnerabilidade à vitimização, problemas acadêmicos, delinquência, pobre autoestima e condutas destrutivas.

Quando a violência sexual acomete crianças e adolescentes a situação é especialmente dramática, uma vez que ameaça o desenvolvimento sexual e psíquico de um indivíduo em formação. Além disso, torna-se muito difícil revelar a violência sofrida, cercadas por sentimento de culpa, vergonha, às vezes descrédito e, não raramente, temor quanto às consequências que podem causar, tanto no meio familiar como no social. A revelação da violência é o primeiro passo a ser dado para obter ajuda após a vitimização<sup>32</sup>.

Famílias de indivíduos abusados são descritas como caóticas, violentas, com alto nível de conflitos, pais separados, pobre vínculo emocional entre os integrantes e presença de psicopatologia em algum dos pais, como abuso de drogas ilícitas e/ou álcool<sup>33-37</sup>. Contudo, estas características não podem ser tratadas como fatores determinantes do abuso sexual, mas como indicativos possíveis de um terreno propício para a ocorrência de violência sexual contra suas crianças e adolescentes<sup>38</sup>, elementos que favorecem e/ou propiciam a violência sexual contra crianças e adolescentes<sup>38</sup>. Nestas famílias, não é incomum que, além das crianças, outra pessoa, na maioria das vezes a mãe, também seja vítima de abuso, tornando a revelação ainda mais difícil e assustadora<sup>38</sup>.

Estas características familiares levantam a questão da relação entre estilos parentais e práticas educativas e maior vulnerabilidade de adolescentes e adultos jovens para situações de risco, especialmente no que diz respeito à violência sexual. A identificação de famílias com estes perfis nos possibilitaria atuar no intuito de minimizar riscos e agravos. Este estudo se dedica ao assunto, reiterando a importância da valorização e implementação de práticas de políticas públicas pertinentes, dentre elas as abordadas no Artigo 70-A, itens I a VI do ECA, detalhados a seguir.

## **2.2 Das leis e seus avanços**

Durante muito tempo, as crianças e adolescentes eram consideradas “propriedades” do pai, que tinham total poder sobre estes, definido como pátrio poder ou poder paterno, que remonta ao direito romano “*Pater Potestas*” (direito absoluto e

ilimitado, conferido ao chefe da organização familiar sobre a pessoa dos filhos)<sup>39</sup>. No século XVII, o filósofo John Locke, em “Segundo Tratado sobre o Governo”, já considerava pátrio poder aquele que os progenitores tinham sobre os filhos, visando seu bem-estar, até que atingissem o uso da razão ou um grau de conhecimento em que se possa considerá-los aptos a entender as leis.

O Código Civil, de 1916, estabelecia o “Pátrio Poder” ao marido, chefe da sociedade conjugal. O Código Civil, de 2002 modificou o termo para “Poder Familiar”, para designar o complexo de direitos e deveres que compete aos pais, em relação aos filhos menores de 18 anos. Recentemente, a doutrina mais vanguardista tem dado preferência ao termo “Autoridade Parental”, já utilizado internacionalmente. É importante salientar que o Estatuto da Criança e do Adolescente representou importante mudança, sendo uma ferramenta, não de dominação ou controle, mas de proteção à criança e ao adolescente, uma vez que, para alguns pais, o termo “Autoridade Parental” daria direito ao uso da força física como prática educacional.

O fato de existir uma linha muito tênue entre punição corporal (como prática educativa) e abuso físico motivou a alteração da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, do Estatuto da Criança e do Adolescente, para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante. A Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, também foi alterada. O Art. 10, da Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014, estabelece que a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (ECA), passe a vigorar acrescida dos seguintes artigos. 18-A, 18-B e 70-A <sup>40</sup>:

- Art. 18-A. A criança e o adolescente têm o direito de ser educados e cuidados sem o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante, como formas de correção, disciplina, educação ou qualquer outro pretexto, pelos pais, pelos integrantes da família ampliada, pelos responsáveis, pelos agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou por qualquer pessoa encarregada de cuidar deles, tratá-los, educá-los ou protegê-los. Parágrafo único. Para os fins desta Lei, considera-se:

- I. Castigo físico: ação de natureza disciplinar ou punitiva aplicada com o uso da força física sobre a criança ou o adolescente que resulte em:
    - a) sofrimento físico; ou
    - b) lesão;
  - II. Tratamento cruel ou degradante: conduta ou forma cruel de tratamento em relação à criança ou ao adolescente que:
    - a) humilhe; ou
    - b) ameace gravemente; ou
    - c) ridicularize.”
- Art. 18-B. Os pais, os integrantes da família ampliada, os responsáveis, os agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou qualquer pessoa encarregada de cuidar de crianças e de adolescentes, tratá-los, educá-los ou protegê-los que utilizarem castigo físico ou tratamento cruel ou degradante como formas de correção, disciplina, educação ou qualquer outro pretexto estarão sujeitos, sem prejuízo de outras sanções cabíveis, às seguintes medidas, que serão aplicadas de acordo com a gravidade do caso:
    - I. Encaminhamento a programa oficial ou comunitário de proteção à família;
    - II. Encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico;
    - III. Encaminhamento a cursos ou programas de orientação;
    - IV. Obrigação de encaminhar a criança a tratamento especializado;
    - V. Advertência.

Parágrafo único. As medidas previstas neste artigo serão aplicadas pelo Conselho Tutelar, sem prejuízo de outras providências legais.”

- Art. 70-A. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão atuar de forma articulada na elaboração de políticas públicas e na execução de ações destinadas a coibir o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante e difundir formas não violentas de educação de crianças e de adolescentes, tendo como principais ações:

- I. A promoção de campanhas educativas permanentes para a divulgação do direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante e dos instrumentos de proteção aos direitos humanos;
- II. A integração com os órgãos do Poder Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública, com o Conselho Tutelar, com os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e com as entidades não governamentais que atuam na promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente;
- III. A formação continuada e a capacitação dos profissionais de saúde, educação e assistência social e dos demais agentes que atuam na promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente para o desenvolvimento das competências necessárias à prevenção, à identificação de evidências, ao diagnóstico e ao enfrentamento de todas as formas de violência contra a criança e o adolescente;
- IV. O apoio e o incentivo às práticas de resolução pacífica de conflitos que envolvam violência contra a criança e o adolescente;
- V. A inclusão, nas políticas públicas, de ações que visem a garantir os direitos da criança e do adolescente, desde a atenção pré-natal, e de atividades junto aos pais e responsáveis com o objetivo de promover a informação, a reflexão, o debate e a orientação sobre alternativas ao uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante no processo educativo;
- VI. A promoção de espaços intersetoriais locais para a articulação de ações e a elaboração de planos de atuação conjunta focados nas famílias em situação de violência, com participação de profissionais de saúde, de assistência social e de educação e de órgãos de promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente.

## 2.3 Estilos parentais

O ambiente familiar é tido como o primeiro contexto de socialização da criança, sendo responsável pelo estabelecimento dos padrões comportamentais infantis. Estilo parental é definido como o conjunto de práticas educativas ou atitudes parentais utilizadas pelos cuidadores com o objetivo de educar, socializar e controlar o comportamento dos filhos, sendo que práticas educativas dizem respeito às estratégias específicas, utilizadas pelos pais em diferentes contextos<sup>41</sup>. Assim, nesse estudo, entende-se que estilo parental é o resultado da confluência de forças das práticas educativas.

Estilos parentais podem influenciar de forma positiva ou negativa o desenvolvimento cognitivo, a autoconfiança, autoestima, autonomia e aquisição de habilidades sociais, na infância e adolescência, podendo contribuir ainda mais para maior vulnerabilidade para situações de risco nestas faixas etárias. A classificação de estilos parentais tem sido revista por diferentes autores.

O pioneiro no estudo dos estilos parentais e a influência no comportamento de crianças e adolescentes como fatores de risco ou proteção foi Baldwin (1949)<sup>42</sup>, que categorizou os estilos parentais em:

- a) Democrático-recíproco (envolver a criança no processo decisório familiar, conforme o nível de desenvolvimento da mesma);
- b) Autoritário (impositivo e hostil ou insensível aos interesses e vontades da criança).

Na década de 70, Baumrid<sup>42-46</sup>, baseado no controle por parte dos pais, retomou esta linha de pesquisa, formulando três protótipos parentais:

- a) Permissivo: os pais cobram pouca responsabilidade das crianças, permitindo que se autorregulem;
- b) Autoritário: os pais visam controlar e avaliar o comportamento dos filhos através de padrões absolutos, com restrições da autonomia da criança e sem considerar o seu ponto de vista, com o uso frequente de punições e reforços negativos;

- c) Autoritativo: procura-se direcionar as atividades das crianças, avaliando o ponto de vista delas, utilizando-se de regras claras e consistentes e reforço positivo.

Já na década de 80, Maccoby & Martin<sup>47</sup> reorganizaram esta classificação, desmembrando o estilo permissivo em dois:

- a) Indulgente: caracterizado por alta exigência e baixa responsividade;
- b) Negligente, com baixa exigência e baixa responsividade, mantendo os estilos autoritário e autoritativo.

Os estilos do tipo indulgente e negligente estariam associados a maiores problemas de desenvolvimento dos filhos, enquanto pais do tipo autoritativo, com alto padrão de exigência e alta responsividade, gerariam crianças mais competentes emocional e socialmente.

Ana Maria Guimarães (2014)<sup>48</sup> propõe um modelo teórico de Estilo Parental composto por sete práticas educativas, cinco vinculadas ao desenvolvimento de comportamento antissocial e duas que promovem comportamentos pró-sociais.

Entre as práticas relacionadas com o desenvolvimento de comportamento antissocial temos:

- a) Negligência;
- b) Abuso físico;
- c) Disciplina relaxada;
- d) Punição inconsistente;
- e) Monitoria negativa.

As duas práticas relacionadas com o desenvolvimento de comportamento pró-social são:

- a) Monitoria positiva;
- b) Comportamento moral.

A seguir, abordaremos os aspectos conceituais das práticas educativas positivas (Monitoria Positiva e Comportamento Moral) e, posteriormente, das práticas

educativas negativas (Abuso Físico, Disciplina Relaxada, Monitoria Negativa, Negligência e Punição Inconsistente).

## **2.3.1 Práticas educativas positivas**

### **2.3.1.1 Monitoria positiva**

Nas chamadas práticas educativas positivas, a Monitoria Positiva consiste na utilização adequada de atenção e distribuição de privilégios, bem como o adequado estabelecimento de regras, distribuição contínua e segura de afeto, acompanhamento e supervisão das atividades escolares e de lazer. Na visão de Ana Maria Guimarães, utilizando os conceitos de Snyder e Patterson<sup>49</sup>, os pais devem proporcionar às crianças regras sobre onde devem ir, com quem podem associar-se, quando devem ir para casa, bem como “garantir o seguimento obediente de tais regras e, além disso, ter uma ação disciplinar efetiva quando as regras são violadas”<sup>49</sup> (Snyder, Patterson, 1987, p. 226). Ou seja, os pais devem utilizar a disciplina consistente, controlando ativamente o comportamento de seus filhos e companhias.

### **2.3.1.2 Comportamento moral**

No que diz respeito à prática conhecida como Comportamento Moral, os pais transmitem aos filhos valores humanos, como honestidade, generosidade, justiça e compaixão, transmissão esta que contribuiria para a inibição de comportamento antissocial<sup>48</sup>, bem como para o desenvolvimento da moralidade.

Observamos que os estilos Monitoria Positiva e Comportamento Moral se complementam, aproximando-se do estilo Autoritativo de Baumrid.

## **2.3.2 Práticas educativas negativas**

### **2.3.2.1 Abuso físico e psicológico**

O conceito de maus-tratos infantis inclui o abuso físico, psicológico, sexual e negligência. A negligência pode ainda ser subdividida em negligência física, onde há falha em fornecer cuidados básicos e ausência de supervisão, negligência emocional, médica, de saúde, mental e educacional. No modelo de estilo parental considerado, trataremos do abuso físico e da negligência<sup>50</sup>.

### **2.3.2.2 Disciplina relaxada**

A Disciplina Relaxada é caracterizada pelo não cumprimento de regras previamente estabelecidas. Apesar dos pais estabelecerem regras e ameaçarem os filhos, abrem mão do seu papel quando se confrontam com comportamentos opostos e agressivos dos filhos, retirando-se do embate<sup>51,52</sup>.

### **2.3.2.3 Monitoria negativa**

A Monitoria Negativa, também conhecida como supervisão estressante<sup>52</sup>, caracteriza-se por fiscalização e ordens excessivas dadas aos filhos, que, em sua maioria, não são obedecidas, gerando uma relação conflituosa entre pais e filhos, baseada em hostilidade, insegurança e dissimulações. Contrariamente à monitoria positiva, o controle psicológico refere-se às tentativas de controle que inibem ou interferem no desenvolvimento da independência e autodirecionamento da criança, uma vez que contribui para a manutenção de uma dependência emocional dos pais.

#### **2.3.2.4 Negligência**

O impacto da negligência no desenvolvimento infantil pode ser compreendido avaliando-se as interações precoces entre pais negligentes e seus filhos. Crittenden<sup>53</sup> descreve pais negligentes como não responsivos e que se retiram das situações difíceis. Mães negligentes não aceitam suas responsabilidades e são limitadas em competência. Pais negligentes ignoram a maioria dos comportamentos da criança, respondendo muito pouco às iniciativas de comunicação dos filhos. As crianças que, em geral, são muito passivas na infância, sofrem com déficits comportamentais. A falta de calor e carinho na interação com a criança pode desencadear sentimento de insegurança, vulnerabilidade e eventual hostilidade e agressão em relacionamentos sociais. Assim, experiências de carinho por parte dos pais no relacionamento com seus filhos deve diminuir o risco de desenvolvimento futuro de violência em relacionamentos íntimos destes<sup>54</sup>.

#### **2.3.2.5 Punição inconsistente**

A Punição Inconsistente interfere, sobretudo, na percepção do indivíduo, prejudicando sua avaliação, no que se refere aos efeitos que suas ações têm sobre os outros e sobre o meio<sup>55</sup>. Na mãe que pune a criança algumas vezes e outras não, pelo mesmo comportamento, provavelmente o que está determinando sua conduta não é a ação da criança, mas sim o estado emocional da mãe (mais ou menos calma). Assim, não há interiorização de valores morais, ou seja, a criança não aprende o que é certo ou errado, mas aprende a discriminar quando a mãe está nervosa. Da mesma forma, um pai chegando em casa raivoso bate em seu filho, independente do que o filho esteja fazendo, poderá conseguir desencadear na criança um sentimento de rejeição, fazendo com que a punição perca seu poder educativo, pois ficará associada à falta de afeto e amor. A criança aprende a discriminar não o ato praticado, se adequado ou não, mas o humor do pai ou da mãe, passando a agir de forma a evitar os “maus humores” destes.

A alta prevalência de violência sexual perpetrada contra crianças, adolescentes e jovens, suas graves consequências negativas à saúde física e psíquica, bem como as características familiares discutidas anteriormente, levantam a questão da relação entre estilos parentais e sua possível influência na maior vulnerabilidade destes jovens a situações de risco, especialmente no que diz respeito à violência sexual. A identificação pelos profissionais que atuam com adolescentes, seja da área da saúde ou da educação, de famílias disfuncionais, possibilitaria a criação e implantação de estratégias no intuito de minimizar riscos e agravos. Este estudo se debruça sobre o assunto, reiterando a importância da valorização e implementação de práticas de políticas públicas pertinentes.



### **3.1 Objetivo geral**

Verificar a prevalência de adolescentes e adultos jovens vítimas de violência sexual em estudantes universitários.

### **3.2 Objetivos específicos**

- Analisar a relação entre estilos parentais e a ocorrência de violência sexual;
- Verificar a relação entre sexo, estilo parental e violência sexual.



## **4.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, observacional e transversal, realizado em uma amostra não probabilística da população de estudantes universitários do sexo masculino e feminino, da Universidade Federal de São Paulo – Campus São Paulo.

## **4.2 Casuística**

Estudantes universitários regularmente matriculados em todos os cursos de graduação da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), do Campus São Paulo, foram recrutados em sala de aula durante o segundo semestre de 2016 e primeiro semestre de 2017.

### **4.2.1 Critérios de inclusão**

A amostra foi composta por alunos regularmente matriculados nos cursos de Medicina, Biomedicina, Fonoaudiologia e Enfermagem, menores de 25 anos e que estavam presentes em sala de aula no momento da aplicação dos instrumentos, bem como tenham aceitado participar do estudo, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice 1) para os maiores de 18 anos. Para os menores de 18 anos, leitura e assinatura do Termo de Assentimento (TA - Apêndice 2), juntamente com a leitura e assinatura do TCLE pelo responsável. Alunos do internato do curso de Medicina (5º e 6º anos), por não terem aulas conjuntamente, foram abordados em seus estágios, individualmente.

### 4.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos os alunos que não estivessem presentes na sala de aula no momento da aplicação dos questionários ou instrumentos, os que não aceitaram participar do estudo e os estudantes com mais de 25 anos.

## 4.3 Coleta

### 4.3.1 Instrumentos

Todos os alunos que preencheram os critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa foram convidados a responder questionário de perfil de comportamento e questionário para avaliar o nível socioeconômico, bem como instrumentos que avaliam a presença de violência na família e a forma como os pais exercem suas funções parentais. Os instrumentos utilizados neste estudo estão detalhados a seguir:

a) Questionário de perfil e comportamento (Apêndice 3)

O questionário contém 18 questões de múltipla escolha que visam descrever o estudante segundo idade, sexo, naturalidade, curso que frequenta e comportamento sexual, bem como telefone ou e-mail para posterior contato se necessário.

b) Questionários de perfil sócio econômico (Apêndice 3)

Para definição do perfil socioeconômico foi utilizado o modelo de questionário, classificatório criado pela Associação Brasileira de Pesquisa (Abep, 2015)<sup>56</sup>. O conceito básico desta classificação é discriminar as pessoas socioeconomicamente, mediante informações sobre sua escolaridade e posse de determinados “itens de conforto”. É levado em consideração o número de entidades possuídas, item por item. A soma dos pontos inclui os entrevistados em 8 classes (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E).

c) Questionário sobre eventos traumatizantes – Quesi (Apêndice 4)

Este instrumento consiste na versão validada para o português do *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ), que aborda a exposição a eventos traumatizantes, referentes a abuso, tanto físico quanto sexual, e negligência. Originalmente desenvolvido para ser aplicado em maiores de 12 anos, o Quesi é a versão adaptada no Brasil, utilizado para identificar os estudantes que foram vítimas de abuso<sup>57,58</sup>.

d) Inventário de estilos parentais – IEP<sup>48</sup> (Apêndice 5)

Estilo parental é definido como o conjunto de práticas educativas ou atitudes parentais, utilizadas pelos cuidadores com o objetivo de educar, socializar e controlar o comportamento de seus filhos. O modelo teórico de estilo parental utilizado é composto de sete variáveis (práticas educativas), cinco delas vinculadas ao desenvolvimento de comportamento antissocial (Negligência, Abuso Físico, Disciplina Relaxada, Punição Inconsistente e Monitoria Negativa), e duas que promovem comportamento pró-social (Monitoria Positiva e Comportamento Moral). Visando avaliar se as estratégias utilizadas pelos pais em diferentes contextos são mais positivas ou negativas, criou-se o IEP. É um instrumento validado, composto por 42 questões, que correspondem às sete práticas educativas do modelo. Para cada prática educativa foram elaboradas 6 questões, distribuídas ao longo do inventário.

Cada questão consta de uma frase para a qual o respondente deve indicar a frequência com que a figura materna/paterna age na situação descrita, seguindo a seguinte legenda:

- a) NUNCA: se, em 10 ocasiões, ela/ele agiu daquela forma de 0 a 2 vezes;
- b) ÀS VEZES: se, em 10 ocasiões, ela/ele agiu daquela forma de 3 a 7 vezes;
- c) SEMPRE: se, em 10 ocasiões, ela/ele agiu daquela forma de 8 a 10 vezes.

Cada resposta NUNCA recebe pontuação ZERO; ÀS VEZES, pontuação UM; SEMPRE, pontuação DOIS. Portanto, cada prática educativa poderá ter pontuação

máxima de 12 pontos e mínima de ZERO. Quando o participante não responder a uma questão, o avaliador colocará ZERO na folha de resposta.

O *score* de Estilos Parentais ou Índice de Estilos Parentais (IEP) é feito através da diferença entre a somatória das práticas positivas e a somatória das práticas negativas, ou seja,  $IEP = (MP+CM) - (PI+N+DR+MN+AF)$ .

Sendo:

- MP = Monitoria Positiva
- CM = Comportamento Moral
- PI = Punição Inconsistente
- N = Negligência
- DR = Disciplina Relaxada
- MN = Monitoria Negativa
- AF = Abuso Físico

Portanto, o IEP pode variar de **- 60** (ausência de práticas positivas e presença total de práticas negativas) até **+ 24** (ausência de práticas negativas e presença total de práticas positivas). Desta forma, o índice de estilo parental negativo é indicativo da prevalência práticas parentais negativas que neutralizam ou sobrepõem às práticas parentais positivas. Já quando o *Índice de Estilo Parental* é positivo, indica uma forte presença de práticas parentais positivas que se sobrepõem às práticas negativas.

### 4.3.2 Procedimentos

Os questionários foram aplicados pelo pesquisador em conjunto com outros pesquisadores do grupo de pesquisa, após explanação sobre o objetivo e a natureza da pesquisa, com prévio consentimento dos estudantes, após leitura e assinatura do TCLE e/ou TA, sendo mantido o anonimato e a confidencialidade.

Os estudantes que assinalaram qualquer resposta diferente de **NUNCA** nas questões 21, 22, 23, 24 e 27 do Quesi (Anexo 5), foram considerados vítimas de

violência sexual. Um estudo piloto foi realizado, envolvendo 15 adolescentes que frequentam o Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente (CAAA) da Unifesp, para adequação dos instrumentos aplicados e correção de possíveis erros.

Os dados quantitativos dessa pesquisa foram duplamente digitados.

#### 4.4 Análise de dados

A análise estatística de todas as informações coletadas nesta pesquisa foi inicialmente feita de forma descritiva, através da média, mediana, valor mínimo e máximo, desvio padrão, frequência absoluta e relativa (porcentagem), além de gráficos *boxplot* e barras.

As análises inferenciais empregadas com o intuito de confirmar ou refutar evidências encontradas na análise descritiva foram <sup>59-62</sup>:

- a) Qui-Quadrado de Pearson, Exato de Fisher ou sua extensão (Agresti, 1990) na comparação dos grupos (vítima de violência, não vítima de violência) quanto às características de natureza categórica;
- b) Mann-Whitney (Siegel, 2006) na comparação dos grupos (vítima de violência, não vítima de violência), quanto às características de natureza numérica;
- c) Regressão Logística Multivariada (Kleinbaum, 1992) na investigação conjunta do sexo, nível socioeconômico e escores obtidos nos sete estilos parentais (IEP), na definição de vítima de violência sexual (Quesi).

Em todas as conclusões obtidas através das análises inferenciais foi utilizado o nível de significância alfa igual a 5%.

Os dados foram digitados em planilhas de Excel do Windows 2010, para o adequado armazenamento das informações. As análises estatísticas foram realizadas com o programa estatístico R, versão 3.5.1. (R Core Team, 2016).

## 4.5 Ética

Este estudo está de acordo com a resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Paulo, Unifesp, nº 1572/05, fazendo parte de um grande projeto intitulado: “Violência Sexual: Revelação, prevenção e redução de danos na adolescência” (Anexo 1).



## 5.1 Análise dos resultados

A amostra selecionada nessa pesquisa foi composta por 858 alunos, sendo 481 (56,1%) selecionados no ano de 2016 e 377 (43,9%) no ano de 2017. Cerca de 526 (61,3%) alunos cursavam medicina, 145 (16,9%) alunos cursavam enfermagem, 103 (12,0%) faziam o curso de fonoaudiologia e o restante, 84 alunos (9,8%), cursavam biomedicina (ver detalhes na Tabela 1).

De maneira resumida, 64% dos alunos é do sexo feminino, com idade média de 21,1 anos, variando de 17 a 24 anos, com naturalidade dos estados da região sudeste (90,2%) e nível socioeconômico até classe B2 (88,2%).

A Tabela 2 mostra que 626 (73,0%) alunos tiveram coitarca com média de idade de 17,3 anos, variando de 12 a 23 anos. A maioria dos alunos relatou usar frequentemente ou sempre algum método contraceptivo nas relações sexuais (63,0%). Quanto à gravidez, das 549 alunas, 9 (1,6%) haviam engravidado até o momento da entrevista. O tipo de parceiro mais comum relatado pelos alunos foi "namorado" (56,9%), seguido de "ficante" (24,4%), o "conhecido na balada" (9,6%) e outros (0,8%) – vale lembrar que o aluno poderia ter tido mais de um tipo de parceiro. O HPV foi a IST mais relatada pelos alunos (1,6%), seguida da clamídia (0,7%) e herpes (0,3%).

**Tabela 1. Distribuição das características gerais dos alunos**

ano (n=858)	2016	481	56,1%
	2017	377	43,9%
medicina (n=526)	1ª série	186	35,4%
	2ª série	39	7,4%
	3ª série	155	29,5%
	4ª série	6	1,1%
	5ª série	82	15,6%
	6ª série	55	10,5%
	não respondeu	3	0,6%
enfermagem (n=145)	1ª série	26	17,9%
	2ª série	55	37,9%
	3ª série	28	19,3%
	4ª série	35	24,1%
	não respondeu	1	0,7%
fonoaudiologia (n=103)	1ª série	29	28,2%
	2ª série	22	21,4%
	3ª série	32	31,1%
	4ª série	20	19,4%
biomedicina (n=84)	1ª série	30	35,7%
	2ª série	16	19,0%
	3ª série	21	25,0%
	4ª série	16	19,0%
	não respondeu	1	1,2%
sexo (n=858)	feminino	549	64,0%
	masculino	309	36,0%
idade (anos) (n=858)	média	21,1	
	mediana	21,0	
	mínimo-máximo	17-24	
	desvio padrão	1,8	
região de origem (n=858)	Norte	4	0,5%
	Nordeste	26	3,0%
	Centro	19	2,2%
	Sudeste	774	90,2%
	Norte exterior	15	1,7%
	exterior	16	1,9%
	não respondeu	4	0,5%
nível socioeconômico (n=858)	A	369	43,0%
	B1	192	22,4%
	B2	196	22,8%
	C1	60	7,0%
	C2	11	1,3%
	DE	1	0,1%
	não respondeu	29	3,4%

**Tabela 2. Distribuição das características relacionadas à atividade sexual dos alunos**

coitarca (n=858)	não	225	26,2%
	sim	626	73,0%
	não respondeu	7	0,8%
idade na coitarca (anos) (n=599)	média	17,3	
	mediana	17,0	
	mínimo-máximo	12-23	
	desvio padrão	1,9	
uso de contraceptivo (n=858)	não usa	19	2,2%
	raramente	14	1,6%
	às vezes	49	5,7%
	frequentemente	150	17,5%
	todas as relações	390	45,5%
	não se aplica	225	26,2%
	não respondeu	11	1,3%
gravidez (apenas entre as mulheres) (n=549)	não	367	66,8%
	sim	9	1,6%
	não se aplica	170	31,0%
	não respondeu	3	0,5%
	Total	549	100,0%
tipo de IST	HPV	14	1,6%
	CLAMIDIA	6	0,7%
	HERPES	3	0,3%
	SÍFILIS	2	0,2%
	BALANOPOSTITE	2	0,2%
	CANDIDÍASE	2	0,2%
	TRICOMONÍASE	2	0,2%
	URETRITE	2	0,2%
	HIV/AIDS	1	0,1%
	GONORREIA	1	0,1%
	EPEDIDIMITE	1	0,1%
	VAGINOSE	1	0,1%

Todos os alunos foram investigados quanto à ocorrência de violência sexual em algum momento da vida e estilo parental. Essas informações foram obtidas através dos questionários Quesi e Inventário do Estilo Parental (IEP),

respectivamente. Segundo o questionário Quesi, 71 (8,3% com intervalo de 95% de confiança igual a 6,4% a 10,1%) alunos foram identificados como vítimas de violência (ver detalhes nas Tabelas 3 a 5 e Gráficos 1 a 22).

De maneira resumida e univariada, ambos os grupos (vítima e não vítima) apresentaram o mesmo perfil quanto ao ano de coleta ( $p=0,072$ ), sexo ( $p=0,090$ ), distribuição nas séries dos cursos de medicina ( $p=0,547$ ), enfermagem ( $p=0,143$ ), fonoaudiologia ( $p=0,355$ ) e biomedicina ( $p=0,104$ ). A idade dos alunos na coitarca ( $p=0,931$ ) e o uso de contraceptivo ( $p=0,090$ ) também foram semelhantes entre os grupos.

Os alunos vítimas de violência apresentam maior idade ( $p=0,014$ ) e menor nível socioeconômico ( $p=0,003$ ). Há mais alunos com coitarca ( $p=0,029$ ) e alunas que já engravidaram antes ( $p=0,001$ ).

Considerando o IEP, notamos que, no grupo vítima de violência, há mais escores iguais ou menores que zero, quando comparados ao grupo não vítima, tanto considerando classes do IEP ( $p=0,002$ ), quanto o IEP em escore bruto ( $p<0,001$ ).

Ainda quanto ao IEP, os grupos não apresentaram diferença quanto às práticas de comportamento moral ( $p=0,110$ ) e disciplina relaxada ( $p=0,506$ ). O grupo vítima apresentou maior escore nas práticas: punição inconsistente ( $p=0,003$ ), negligência ( $p=0,001$ ), monitoria negativa ( $p=0,017$ ) e abuso físico ( $p<0,001$ ), quando comparado ao grupo não vítima. Na prática monitoria positiva ( $p=0,008$ ), o grupo vítima apresentou menor escore, quando comparado ao grupo não vítima.

**Tabela 3. Distribuição das características gerais dos alunos, segundo vítima de violência**

		vítima		não vítima		Total		p
ano	2016	47	9,8%	434	90,2%	481	100,0%	0,072 <sup>a</sup>
	2017	24	6,4%	353	93,6%	377	100,0%	
	Total	71	8,3%	787	91,7%	858	100,0%	
medicina	1ª série	15	8,1%	171	91,9%	186	100,0%	0,547 <sup>b</sup>
	2ª série	3	7,7%	36	92,3%	39	100,0%	
	3ª série	10	6,5%	145	93,5%	155	100,0%	
	4ª série	-	-	6	100,0%	6	100,0%	
	5ª série	10	12,2%	72	87,8%	82	100,0%	
	6ª série	2	3,6%	53	96,4%	55	100,0%	
	não respondeu	1	33,3%	2	66,7%	3	100,0%	
	Total	41	7,8%	485	92,2%	526	100,0%	
enfermagem	1ª série	4	15,4%	22	84,6%	26	100,0%	0,143 <sup>b</sup>
	2ª série	8	14,5%	47	85,5%	55	100,0%	
	3ª série	1	3,6%	27	96,4%	28	100,0%	
	4ª série	1	2,9%	34	97,1%	35	100,0%	
	não respondeu	-	-	1	100,0%	1	100,0%	
	Total	14	9,7%	131	90,3%	145	100,0%	
fonoaudiologia	1ª série	3	10,3%	26	89,7%	29	100,0%	0,355 <sup>b</sup>
	2ª série	5	22,7%	17	77,3%	22	100,0%	
	3ª série	2	6,3%	30	93,8%	32	100,0%	
	4ª série	2	10,0%	18	90,0%	20	100,0%	
	Total	12	11,7%	91	88,3%	103	100,0%	
biomedicina	1ª série	-	-	30	100,0%	30	100,0%	0,104 <sup>b</sup>
	2ª série	-	-	16	100,0%	16	100,0%	
	3ª série	2	9,5%	19	90,5%	21	100,0%	
	4ª série	2	12,5%	14	87,5%	16	100,0%	
	não respondeu	-	-	1	100,0%	1	100,0%	
	Total	4	4,8%	80	95,2%	84	100,0%	
sexo	feminino	52	9,5%	497	90,5%	549	100,0%	0,090 <sup>a</sup>
	masculino	19	6,1%	290	93,9%	309	100,0%	
	Total	71	8,3%	787	91,7%	858	100,0%	
curso	medicina	41	7,8%	485	92,2%	526	100,0%	0,329 <sup>a</sup>
	enfermagem	14	9,7%	131	90,3%	145	100,0%	
	fonoaudiologia	12	11,7%	91	88,3%	103	100,0%	
	biomedicina	4	4,8%	80	95,2%	84	100,0%	
	Total	71	8,3%	787	91,7%	858	100,0%	
idade (anos)	n	71		787		858		0,014 <sup>c</sup>
	média	21,6		21,0		21,1		
	mediana	22,0		21,0		21,0		
	mínimo-máximo	18-24		17-24		17-24		
	desvio padrão	1,7		1,8		1,8		
nível sócioeconômico	A	21	5,7%	348	94,3%	369	100,0%	0,003 <sup>c</sup>
	B1	17	8,9%	175	91,1%	192	100,0%	
	B2	21	10,7%	175	89,3%	196	100,0%	
	C1	10	16,7%	50	83,3%	60	100,0%	
	C2	1	9,1%	10	90,9%	11	100,0%	
	D ou E	-	-	1	100,0%	1	100,0%	
	não respondeu	1	3,4%	28	96,6%	29	100,0%	
	Total	71	8,3%	787	91,7%	858	100,0%	

<sup>a</sup>Qui-Quadrado de Pearson, <sup>b</sup>Extensão do teste Exato de Fisher, <sup>c</sup>Mann-Whitney

**Tabela 4. Distribuição das características relacionadas à atividade sexual dos alunos, segundo vítima de violência**

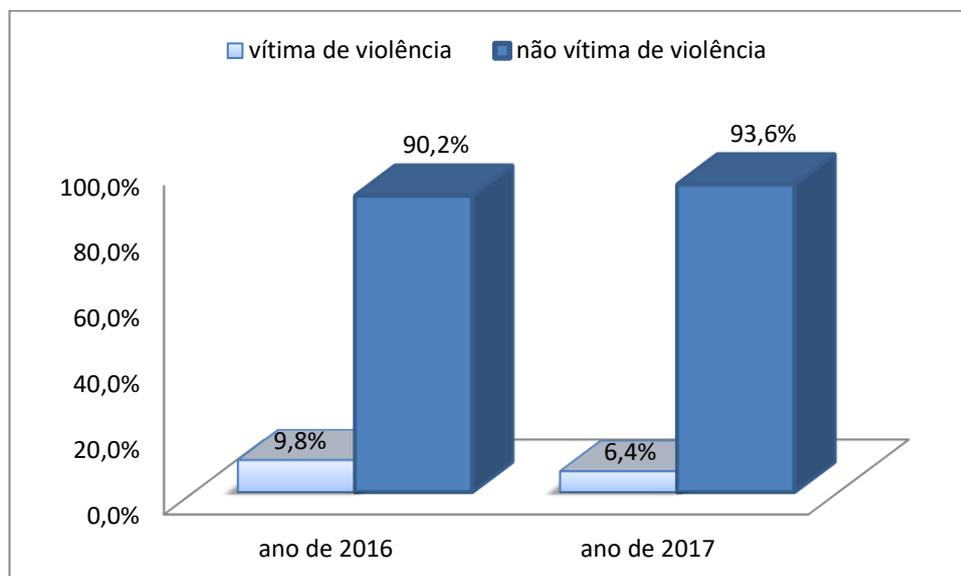
		vítima		não vítima		Total		p
coitarca	sim	60	9,6%	566	90,4%	626	100,0%	0,029 <sup>a</sup>
	não	11	4,9%	214	95,1%	225	100,0%	
	não respondeu	-	-	7	100,0%	7	100,0%	
	Total	71	8,3%	787	91,7%	858	100,0%	
idade na coitarca (anos)	n	57		542		599		0,931 <sup>c</sup>
	média	17,2		17,3		17,3		
	mediana	17,0		17,0		17,0		
	mínimo-máximo	13-23		12-23		12-23		
	desvio padrão	2,2		1,8		1,9		
gravidez (apenas entre as mulheres)	sim	5	55,6%	4	44,4%	9	100,0%	0,001 <sup>b</sup>
	não	37	10,1%	330	89,9%	367	100,0%	
	Total	42	11,2%	334	88,8%	376	100,0%	
uso de contraceptivo	não usa	2	10,5%	17	89,5%	19	100,0%	0,090 <sup>b</sup>
	raramente	-	-	14	100,0%	14	100,0%	
	às vezes	4	8,2%	45	91,8%	49	100,0%	
	frequentemente	23	15,3%	127	84,7%	150	100,0%	
	todas as relações	31	7,9%	359	92,1%	390	100,0%	
	não se aplica	11	4,9%	214	95,1%	225	100,0%	
	não respondeu	-	-	11	100,0%	11	100,0%	
	Total	71	8,3%	787	91,7%	858	100,0%	

<sup>a</sup>Qui-Quadrado de Pearson, <sup>b</sup>Exato de Fisher ou sua extensão, <sup>c</sup>Mann-Whitney

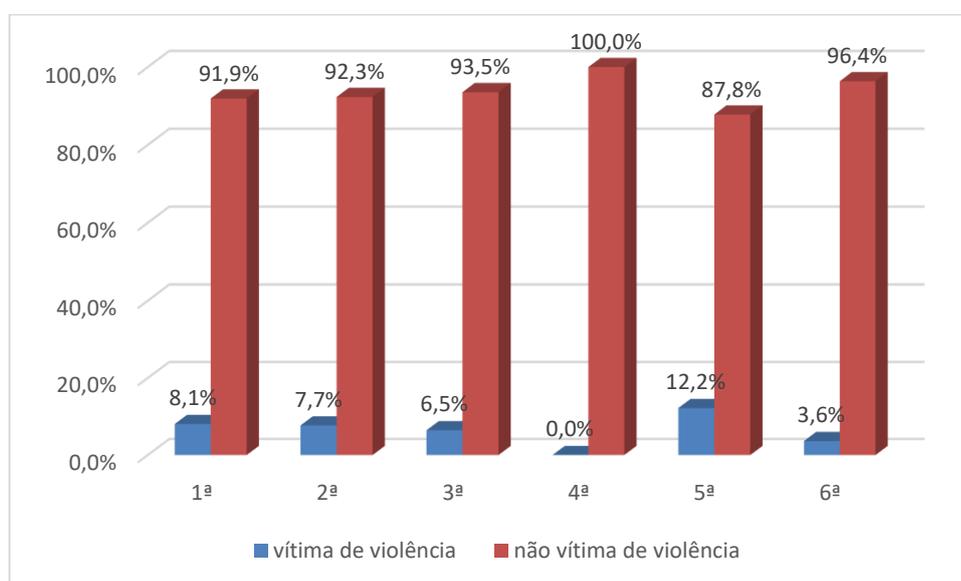
**Tabela 5. Distribuição das respostas ao inventário de estilos parentais (IEP), segundo vítima de violência**

		vítima		não vítima		Total		p
IEP	maior que zero	37	6,1%	566	93,9%	603	100,0%	0,002 <sup>a</sup>
	igual a zero	5	17,2%	24	82,8%	29	100,0%	
	menor que zero	29	12,8%	197	87,2%	226	100,0%	
	Total	71	8,3%	787	91,7%	858	100,0%	
IEP	n	71		787		858		0,001 <sup>c</sup>
	média	-0,6		4,9		4,4		
	mediana	2,0		7,0		6,0		
	mínimo-máximo	-32,0 a 18		-29,0 a 23		-32,0 a 23		
	desvio padrão	11,8		9,3		9,6		
monitoria positiva	n	71		787		858		0,008 <sup>c</sup>
	média	8,1		9,0		8,9		
	mediana	9,0		10,0		10,0		
	mínimo-máximo	0-12		0-12		0-12		
	desvio padrão	3,0		2,7		2,7		
comportamento moral	n	71		787		858		0,110 <sup>c</sup>
	média	8,0		8,4		8,4		
	mediana	8,0		9,0		9,0		
	mínimo-máximo	3-12		0-12		0-12		
	desvio padrão	2,4		2,5		2,5		
punição inconsistente	n	71		787		858		0,003 <sup>c</sup>
	média	3,9		3,0		3,0		
	mediana	4,0		3,0		3,0		
	mínimo-máximo	0-9		0-10		0-10		
	desvio padrão	2,5		2,2		2,2		
negligência	n	71		787		858		0,001 <sup>c</sup>
	média	4,0		2,7		2,8		
	mediana	3,0		2,0		2,0		
	mínimo-máximo	0-12		0-12		0-12		
	desvio padrão	3,1		2,3		2,4		
disciplina relaxada	n	71		787		858		0,506 <sup>c</sup>
	média	2,4		2,2		2,2		
	mediana	2,0		2,0		2,0		
	mínimo-máximo	0-8		0-11		0-11		
	desvio padrão	2,0		1,9		1,9		
monitoria negativa	n	71		787		858		0,017 <sup>c</sup>
	média	4,6		4,0		4,1		
	mediana	5,0		4,0		4,0		
	mínimo-máximo	0-9		0-12		0-12		
	desvio padrão	2,1		2,2		2,2		
abuso físico	n	71		787		858		0,001 <sup>c</sup>
	média	1,8		0,7		0,8		
	mediana	1,0		0,0		0,0		
	mínimo-máximo	0-9		0-11		0-11		
	desvio padrão	2,3		1,5		1,6		

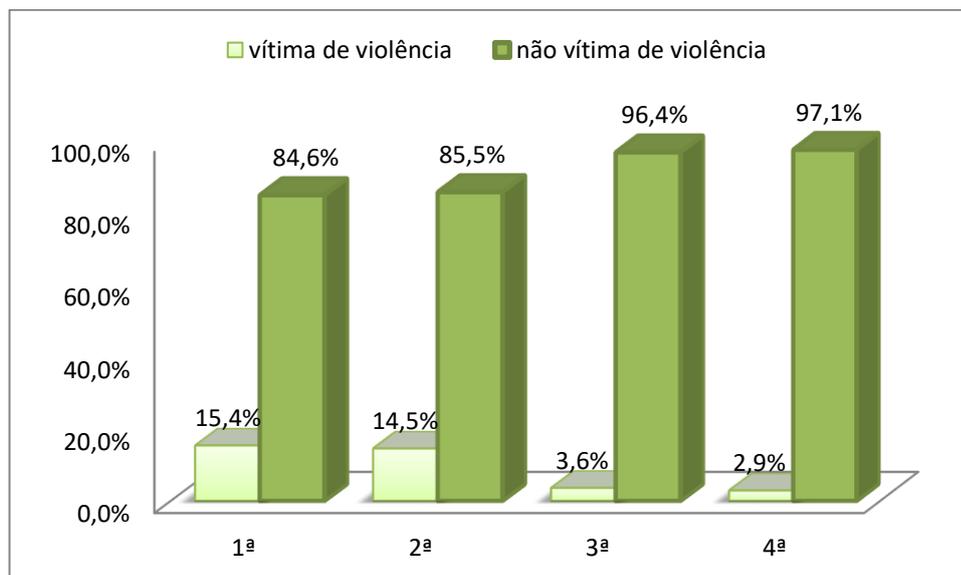
<sup>a</sup>Qui-Quadrado de Pearson, <sup>c</sup>Mann-Whitney



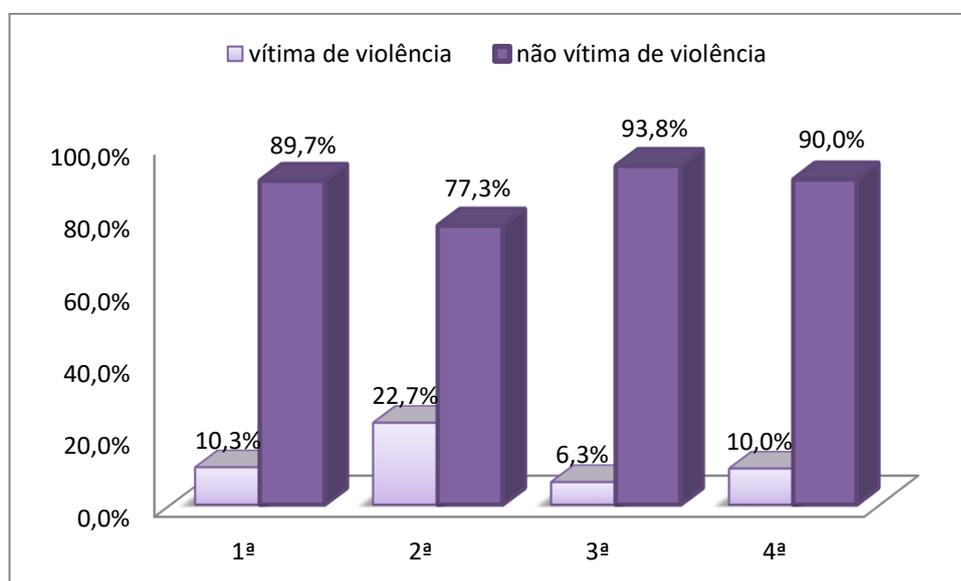
**Gráfico 1. Distribuição do ano de coleta dos alunos, segundo vítima de violência.**



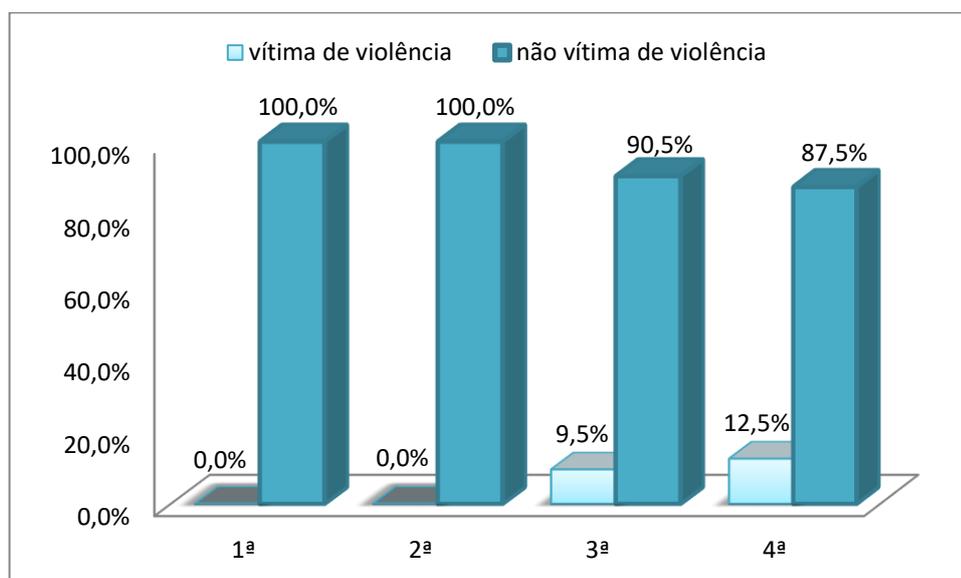
**Gráfico 2. Distribuição das séries dos alunos no curso de medicina, segundo vítima de violência.**



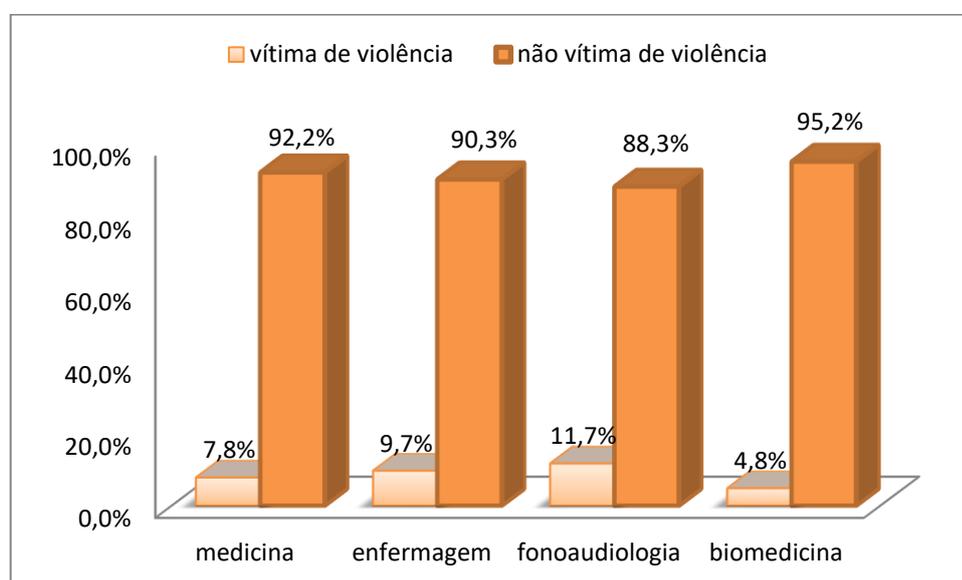
**Gráfico 3. Distribuição das séries dos alunos no curso de enfermagem, segundo vítima de violência.**



**Gráfico 4. Distribuição das séries dos alunos no curso de fonoaudiologia, segundo vítima de violência.**



**Gráfico 5. Distribuição das séries dos alunos no curso de biomedicina, segundo vítima de violência.**



**Gráfico 6. Distribuição dos cursos dos alunos, segundo vítima de violência.**

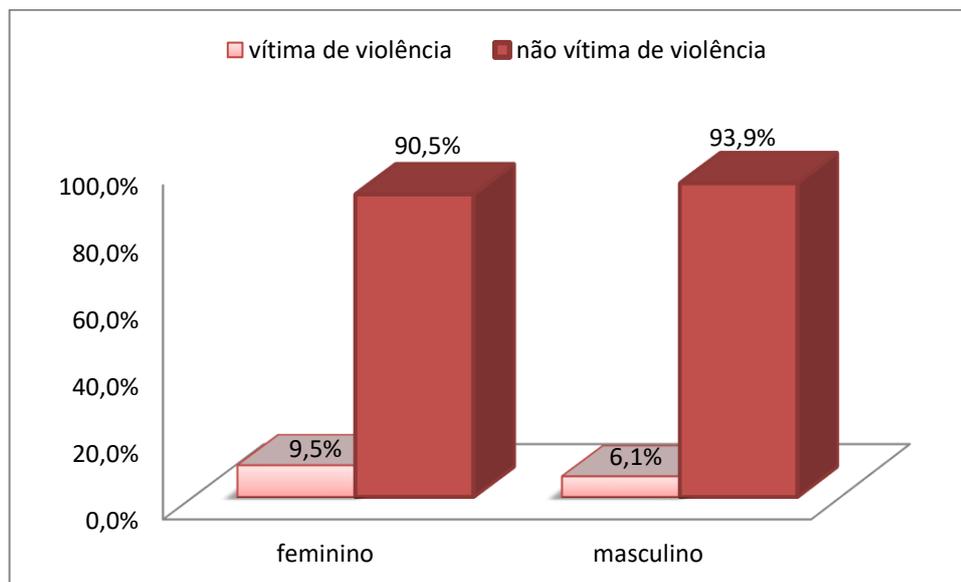


Gráfico 7. Distribuição do sexo dos alunos, segundo vítima de violência.

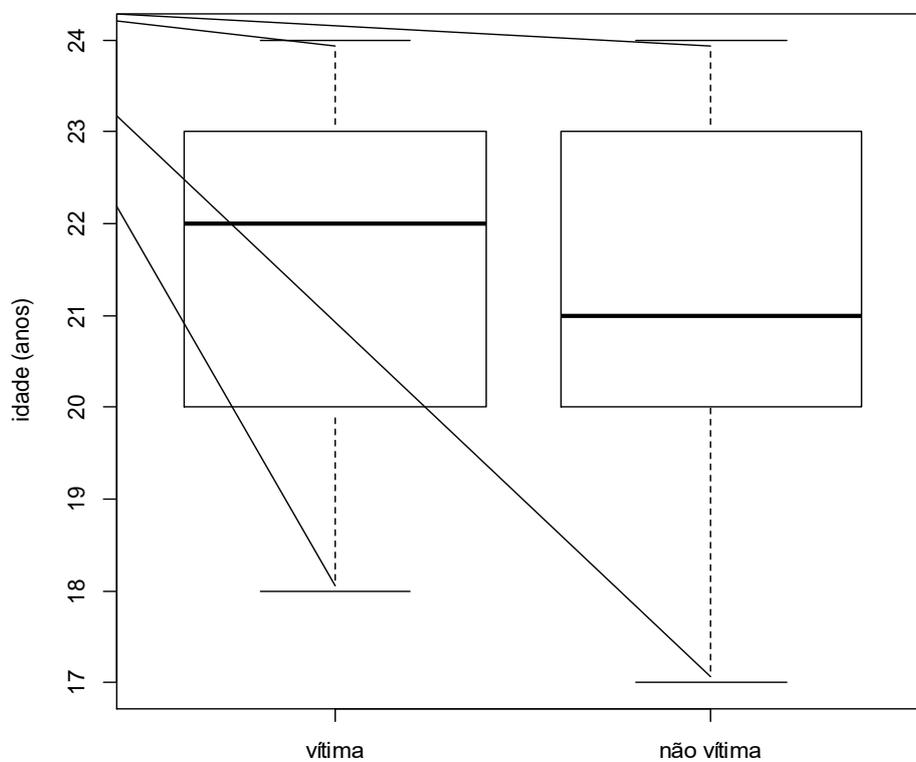
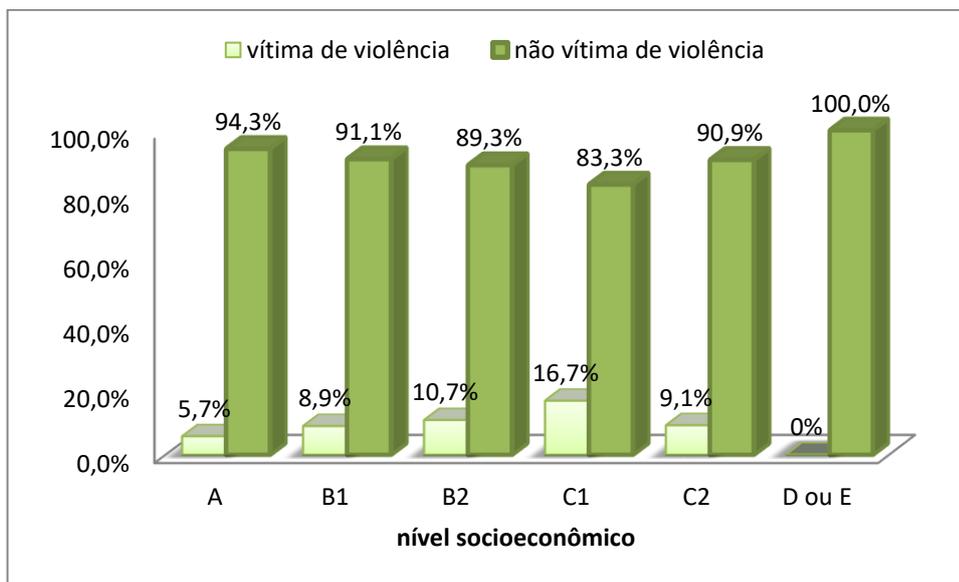
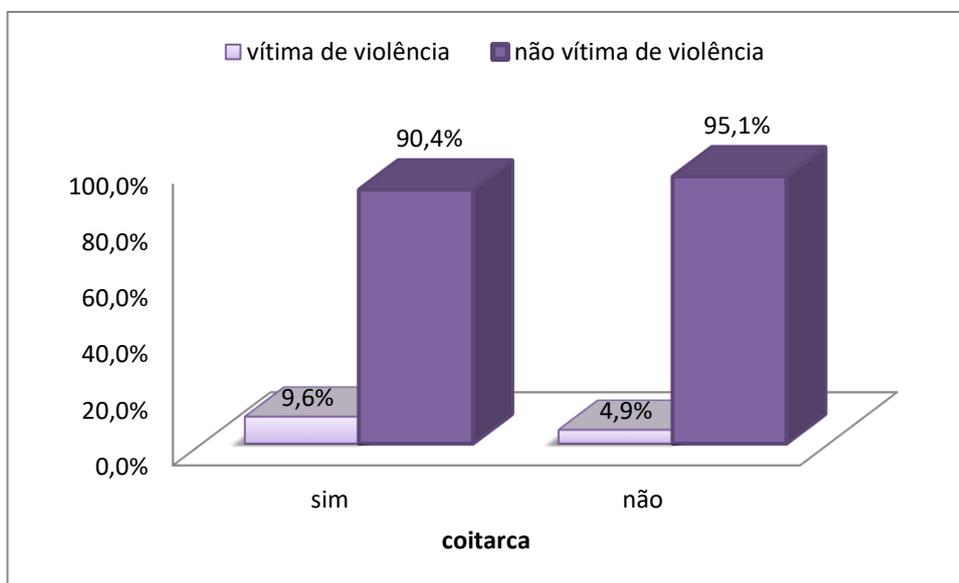


Gráfico 8. Boxplot da idade (anos) dos alunos, segundo vítima de violência.



**Gráfico 9. Distribuição do nível socioeconômico dos alunos, segundo vítima de violência.**



**Gráfico 10. Distribuição da coitarca entre os alunos, segundo vítima de violência.**

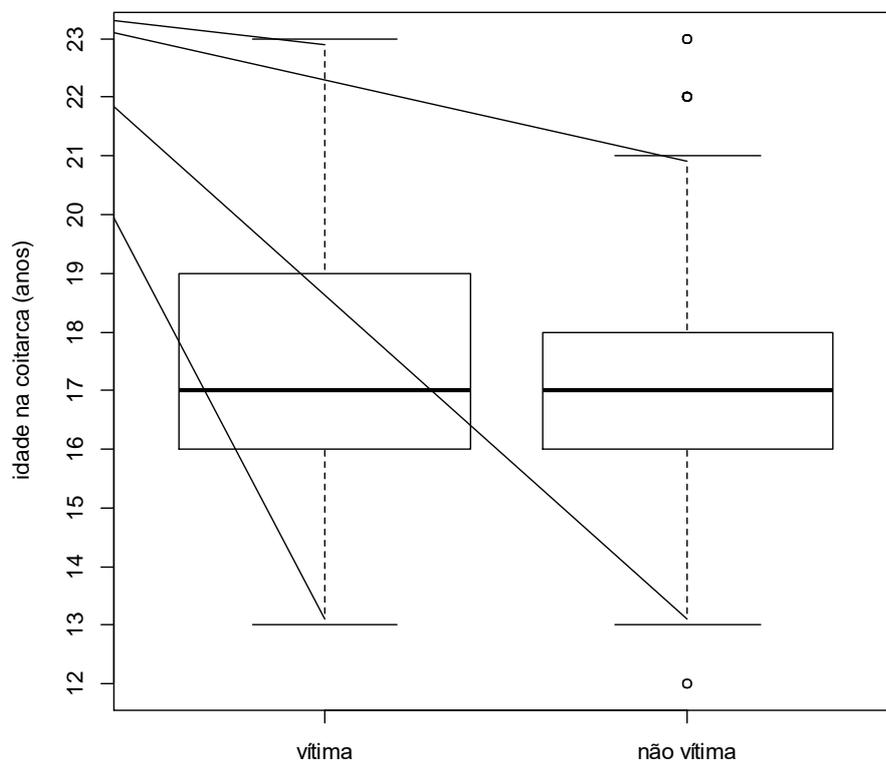


Gráfico 11. *Boxplot* da idade na coitarca (anos) dos alunos, segundo vítima de violência.

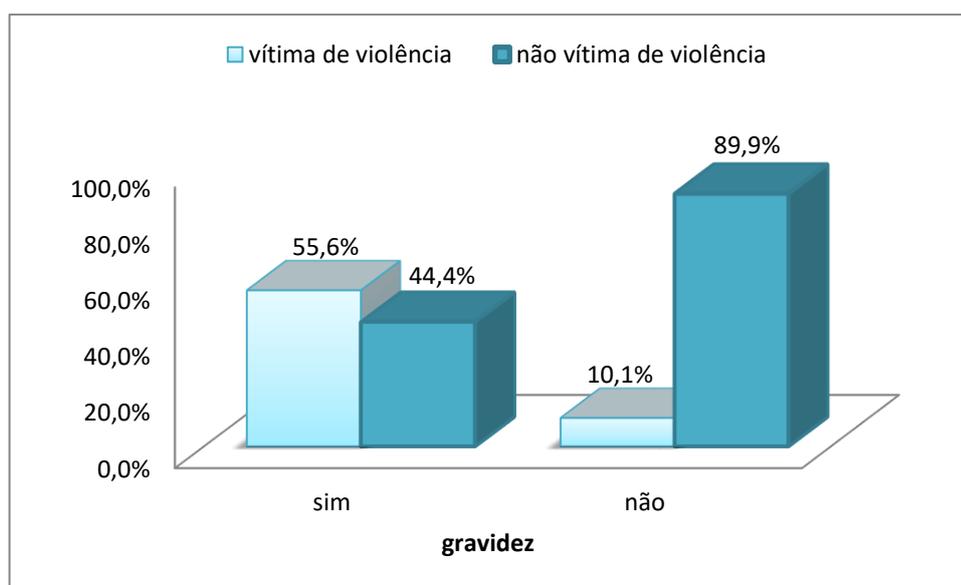
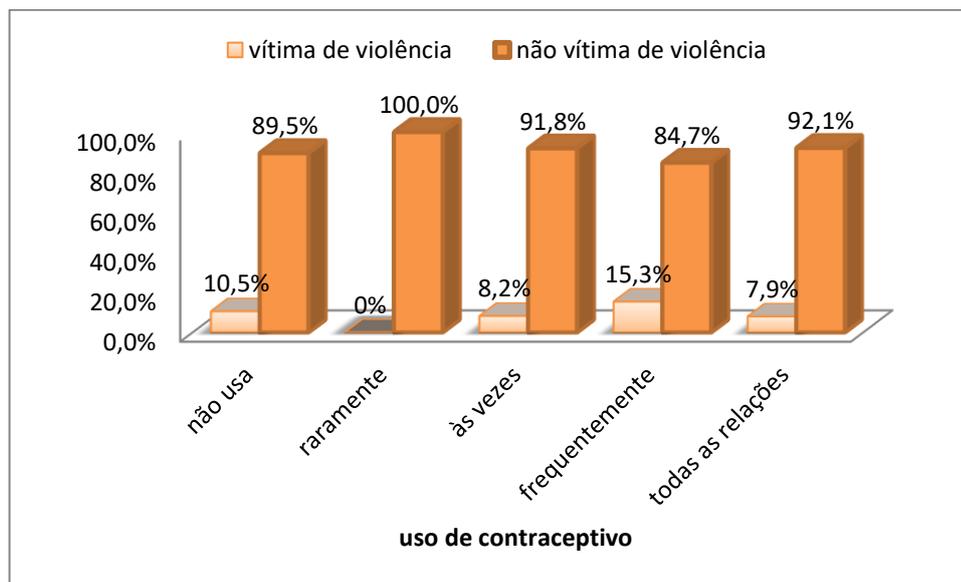
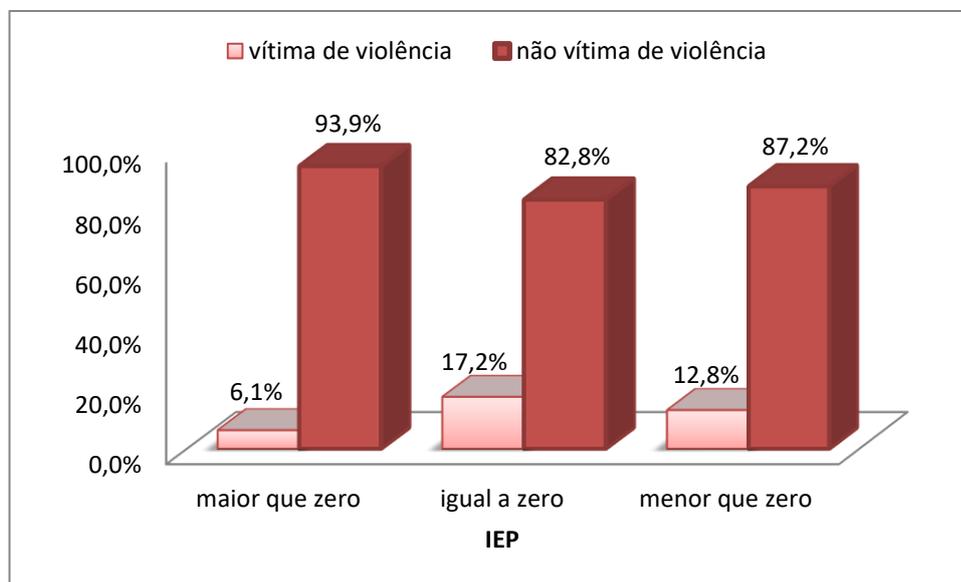


Gráfico 12. Distribuição da gravidez entre as alunas, segundo vítima de violência.



**Gráfico 13. Distribuição do uso de contraceptivo entre os alunos, segundo vítima de violência**



**Gráfico 14. Distribuição da classe do inventário de estilos parentais (IEP) dos alunos, segundo vítima de violência.**

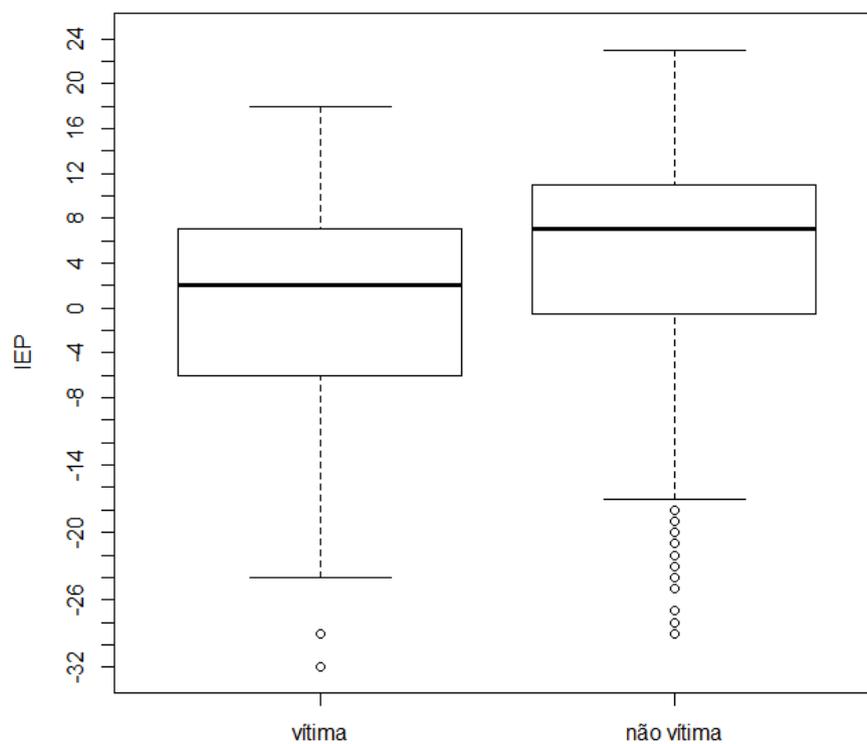


Gráfico 15. *Boxplot* do escore do inventário de estilos parentais (IEP) dos alunos, segundo vítima de violência.

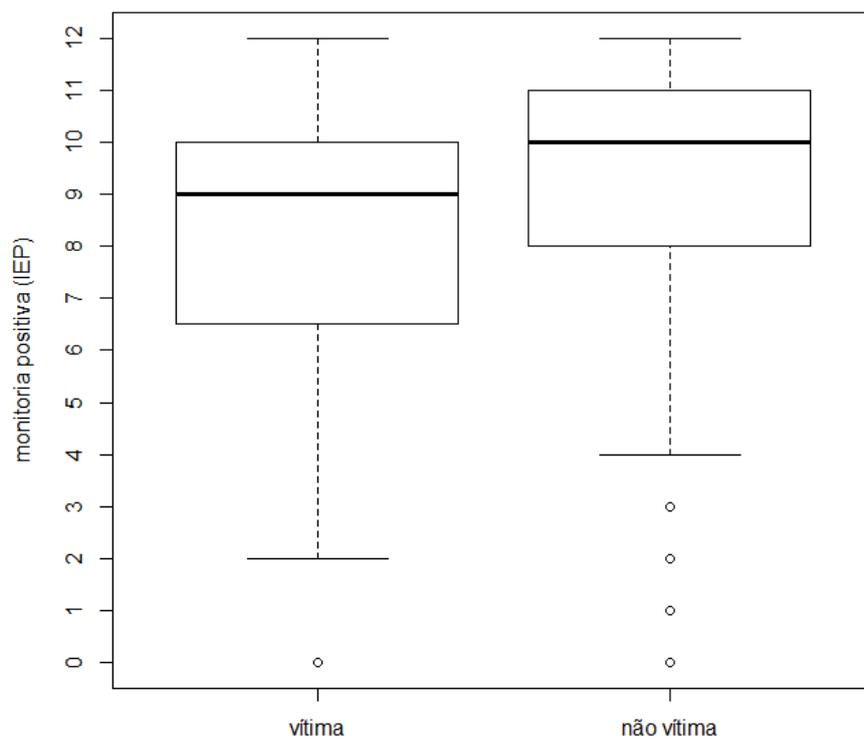


Gráfico 16. *Boxplot* do escore da prática monitoria positiva dos alunos, segundo vítima de violência.

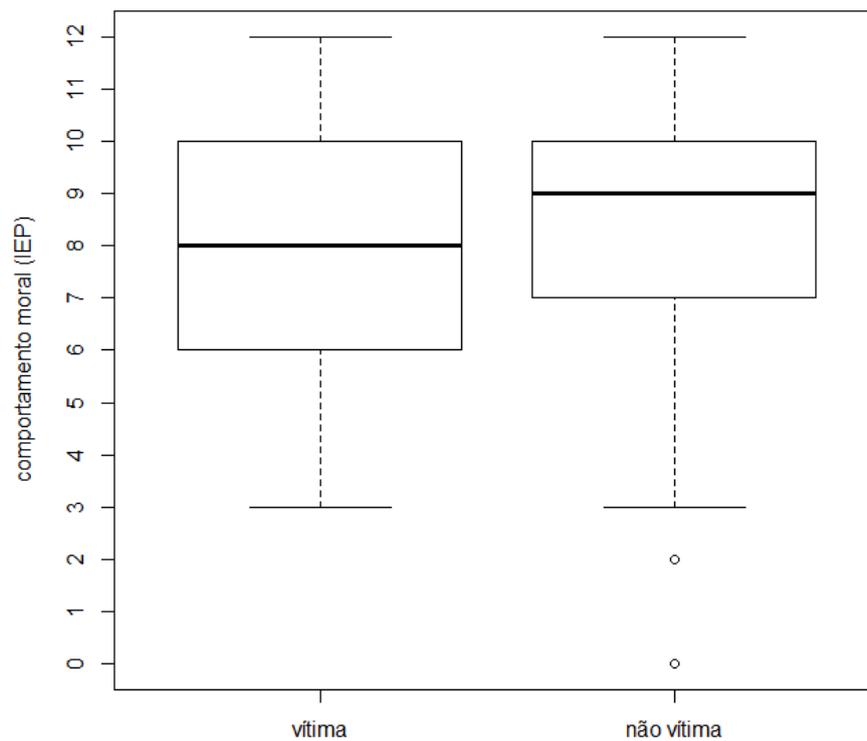


Gráfico 17. *Boxplot* do escore da prática comportamento moral dos alunos, segundo vítima de violência.

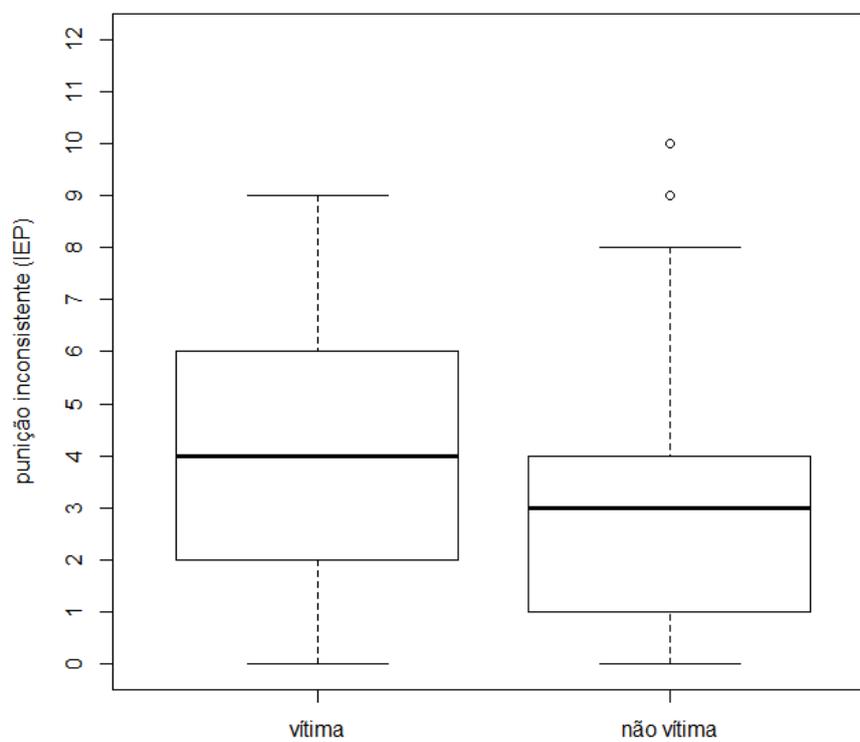
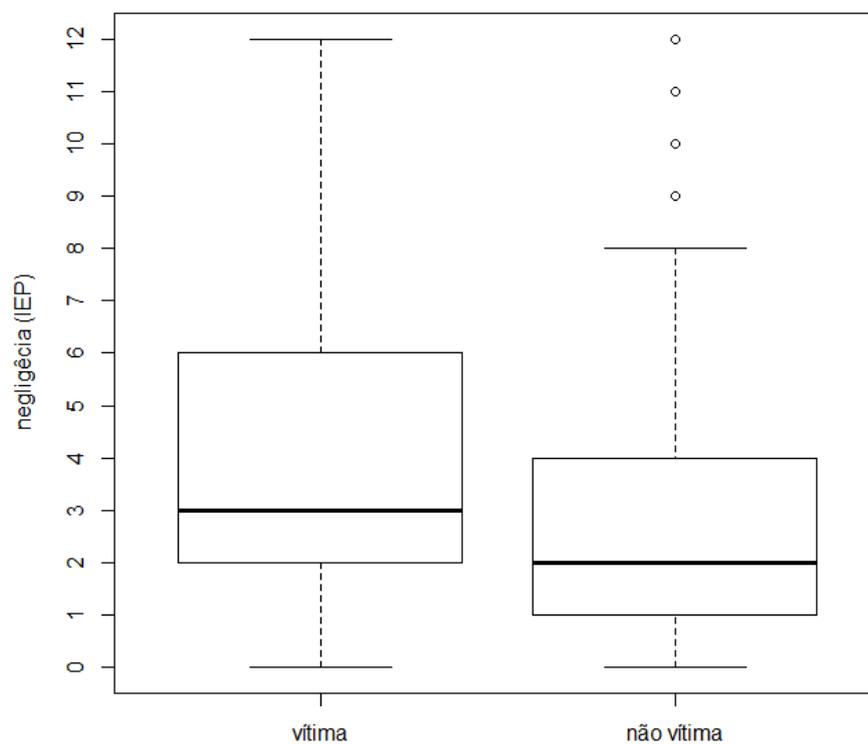
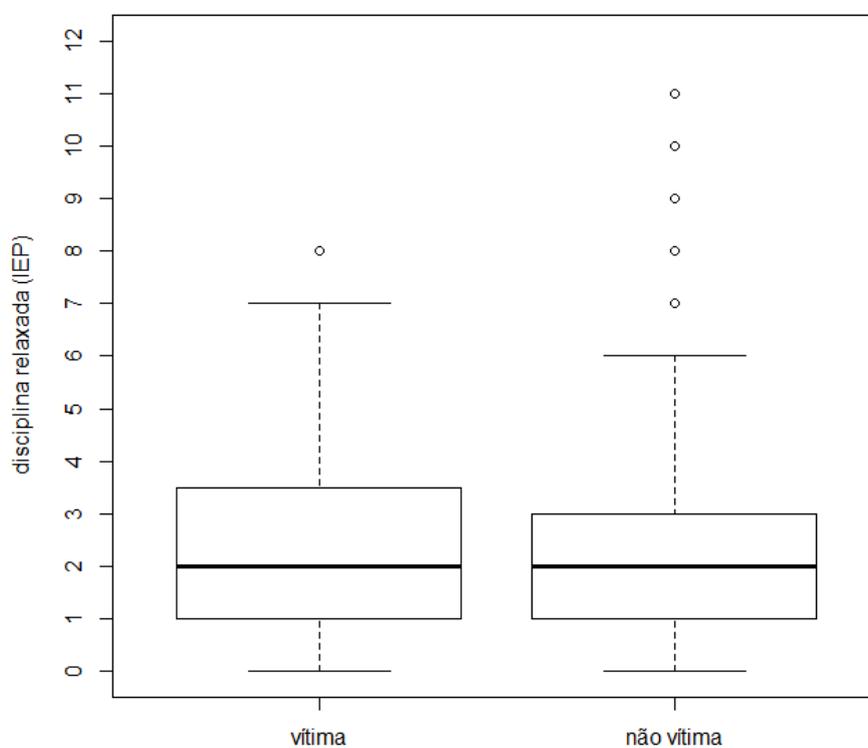


Gráfico 18. *Boxplot* do escore da prática punição inconsistente dos alunos, segundo vítima de violência.



**Gráfico 19. *Boxplot* do escore da prática negligência dos alunos, segundo vítima de violência.**



**Gráfico 20. *Boxplot* do escore da prática disciplina relaxada dos alunos, segundo vítima de violência.**

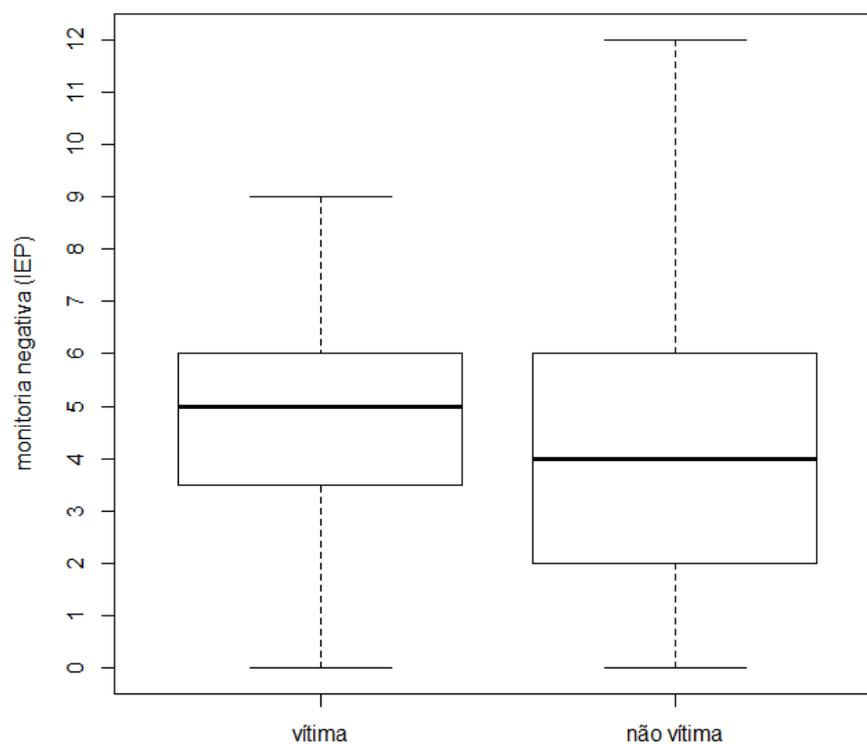


Gráfico 21. *Boxplot* do escore da prática monitoria negativa dos alunos, segundo vítima de violência.

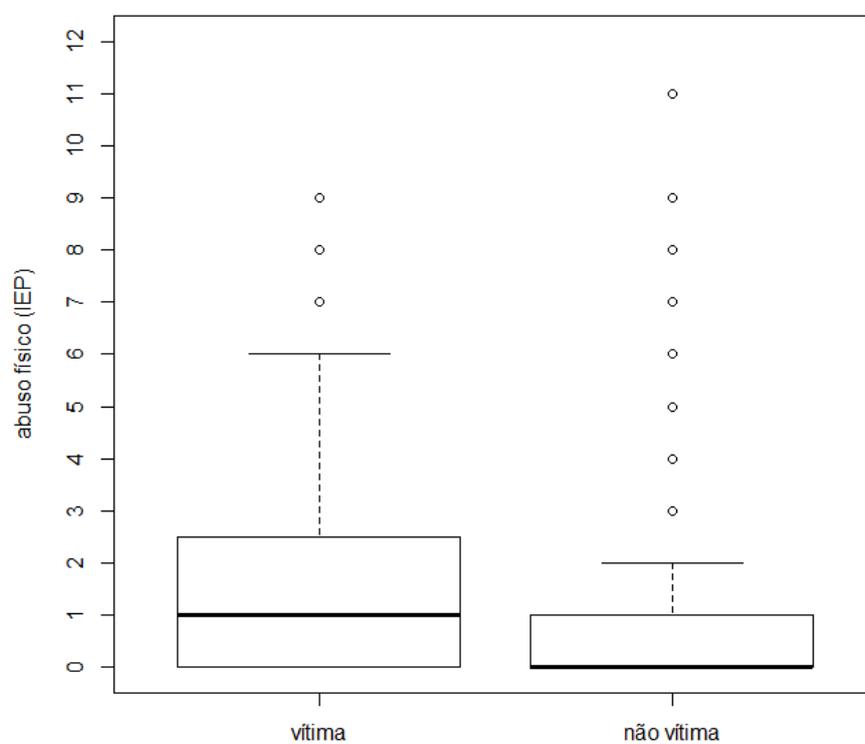


Gráfico 22. *Boxplot* do escore da prática abuso físico dos alunos, segundo vítima de violência.

Por fim, foram ajustados alguns modelos de regressão logística, com o intuito de investigar conjuntamente se o sexo, o nível socioeconômico e os escores obtidos nos sete estilos parentais (IEP) se relacionam com a definição de vítima de violência sexual (Quesi).

No primeiro modelo que considerou sexo, nível socioeconômico e os sete escores dos estilos parentais, o ajuste mostrou que sexo ( $p=0,078$ ), nível socioeconômico ( $p=0,226$ ), escores de monitoria positiva ( $p=0,847$ ), comportamento moral ( $p=0,884$ ), punição inconsistente ( $p=0,986$ ), disciplina relaxada ( $p=0,661$ ) e monitoria negativa ( $p=0,518$ ) não se mostraram relacionados à definição de vítima. Apenas os escores de negligência ( $p=0,038$ ) e abuso físico ( $p=0,001$ ) se relacionaram conjuntamente à definição de vítima, em que a chance de um indivíduo ser vítima aumenta 11,0%, a cada aumento de um escore de negligência e 23,4%, a cada aumento do escore de abuso físico (ver detalhes na Tabela 6).

Em outro ajuste (segundo modelo), foram considerados o sexo, o nível socioeconômico e escores de monitoria positiva e comportamento moral. Nesse ajuste, o sexo ( $p=0,057$ ), o nível socioeconômico ( $p=0,185$ ) e o escore em comportamento moral ( $p=0,964$ ) não mostraram relação significativa à definição de vítima. A chance de um indivíduo ser vítima reduz 10,0%, a cada aumento de um escore de monitoria positiva ( $p=0,009$ ).

No terceiro e último ajuste, foram considerados o sexo, o nível socioeconômico e os escores de punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico. Apenas os escores de negligência ( $p=0,038$ ) e abuso físico ( $p=0,001$ ) se relacionaram conjuntamente à situação de vítima, assim como no primeiro modelo.

**Tabela 6. Ajustes dos modelos de regressão logística, considerando como variável dependente a definição de vítima de violência sexual (Qesi)**

		coeficiente	erro padrão	Wald	gl	p	OR	Intervalo de confiança (OR)	
<b>Modelos 1 e 3</b>	negligência	0,105	0,051	4,291	1	0,038	1,110	1,006	1,226
	abuso físico	0,210	0,064	10,816	1	0,001	1,234	1,089	1,399
	constante	-2,993	0,207	208,666	1	0,001	0,050		
		coeficiente	erro padrão	Wald	gl	p	OR	Intervalo de confiança (OR)	
<b>Modelo 2</b>	monitoria positiva	-0,105	0,041	6,740	1	0,009	0,900	0,831	0,975
	constante	-1,506	0,354	18,081	1	0,001	0,222		

**Wald** = estatística de Wald, **gl** = graus de liberdade, **OR** = *odds ratio*



Durante séculos, crianças e adolescentes foram considerados “objetos”, pertencentes a seus pais e cuidadores, que tinham poder absoluto sobre seus corpos (pátrio poder), fazendo com que relações intrafamiliares violentas fossem justificáveis, no intuito de educá-los. Hoje, essas atitudes são criticadas e coibidas por direitos constitucionais, como o ECA (1990) e o Código Penal Brasileiro, alterado em 07 de agosto de 2009, na Lei nº 12.015, que redefiniu estupro e crimes contra vulnerável. Entretanto, as mudanças de comportamento dentro da sociedade ocorrem de forma lenta, sendo que, ainda hoje, algumas famílias utilizam punição e outros estilos parentais abusivos como práticas educativas.

Diversos autores<sup>41-48</sup> relacionam estilos parentais com comportamentos de risco à saúde do adolescente. Em uma revisão sistemática, Newman, Harrison, Dashiff e Susan<sup>63</sup> mostram a relação entre estilos parentais pouco protetivos com comportamentos de risco para o uso e abuso de álcool, drogas e/ou tabaco, danos físicos intencionais ou não intencionais, além de comportamentos sexuais insalubres, mostrando, assim, a relevância do tema no campo da Saúde Coletiva. Além disso, a violência sexual atinge globalmente o indivíduo, com graves consequências, a curto e longo prazo, no que diz respeito à saúde física, psíquica e emocional, sendo, portanto, um importante problema de saúde pública.

A literatura científica<sup>64-69</sup> aponta para a importância dos estilos parentais no desenvolvimento de problemas afetando crianças e adolescentes bem como no desenvolvimento de alguns padrões de comportamento nesta faixa etária como agressividade, consumo de álcool e drogas, comportamento antissocial, hiperatividade e impulsividade, bem como comportamento sexual de risco. Relacionou-se delinquência na adolescência com baixo nível de controle parental na infância, sensibilidade materna e rejeição pelos pais. Entretanto, poucos trabalhos avaliam a relação entre estilos parentais e violência sexual<sup>70,71</sup>, a maioria deles limita-se ao campo do direito ou da psicologia, estudando as consequências do abuso nas vítimas. A busca pela possível relação entre estilos parentais e a vulnerabilidade à ocorrência de violência sexual poderá nos dar subsídios para melhor enfrentamento do problema, podendo auxiliar na elaboração de políticas públicas que possam mapear os grupos de risco relativos aos estilos parentais e, assim, desenvolver ações específicas.

## 6.1 Da caracterização da amostra

Os estudos internacionais mostram que a violência sexual é um fenômeno mundial, presente em todas as classes sociais. Uma pesquisa sobre prevalência de violência contra crianças e adolescentes, realizada em 96 países estima que, em torno de 1 bilhão de crianças e adolescentes entre 2 e 17 anos tenham sofrido violência psicológica, física ou sexual no ano anterior à pesquisa<sup>72</sup>. O fato de, na maioria das vezes, a violência contra crianças e adolescentes ser subnotificada ou escondida, assumindo proporções ainda maiores<sup>73</sup>, torna fundamental que pesquisas que abordem o tema sejam feitas. Trabalhos apontam que meninas são particularmente vulneráveis à violência sexual. A prevalência de abuso sexual na infância é de 18% para meninas e de 8% para meninos<sup>74</sup>. Meninas também têm mais probabilidade de sofrer violência física e sexual praticada por parceiros íntimos, estupro, casamento precoce e forçado, exploração sexual ou de trabalho infantil e mutilação/corte genital. Em termos globais, aproximadamente uma em cada três meninas adolescentes entre 15 e 19 anos (84 milhões) foi vítima de violência física, psicológica ou sexual perpetrada por marido ou parceiro<sup>75</sup>. No nosso trabalho, encontramos uma maior prevalência de abuso sexual em meninas (Gráfico 7), embora a regressão logística tenha demonstrado que o sexo, isoladamente, não é fator de risco para abuso (Tabela 6).

No Brasil, a escassez de informações sistematizadas, confiáveis e contínuas, dificulta o dimensionamento e enfrentamento do problema. Apesar do ECA (1990) estabelecer a obrigatoriedade de notificação de todos os casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes, somente em 2006 o Ministério da Saúde implantou, nacionalmente, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), com o objetivo de coletar dados em serviços sentinela, por meio da Ficha de Notificação de Violência Doméstica, sexual e/ou outras violências, o que permite a análise regular destas informações<sup>76</sup>.

Neste sentido, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense), realizada desde 2009, é uma ferramenta útil, uma vez que fornece informações para o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis do

Ministério da Saúde, com dados atualizados sobre a distribuição desses fatores no público-alvo, a partir de convênio celebrado entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Ministério da Saúde, com o apoio do Ministério da Educação. A última edição de 2015 trouxe algumas inovações em relação às edições anteriores, a mais relevante foi a disponibilização de dados provenientes de dois planos amostrais distintos: Amostra 1, que contempla escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental e Amostra 2, abrangendo escolares de 13 a 17 anos de idade, frequentando as etapas do 6º ao 9º ano do ensino fundamental (antigas 5ª a 8ª séries) e da 1ª a 3ª série do ensino médio, no ano de referência da pesquisa. A primeira amostra tradicional da Pense permite a comparação temporal entre os municípios das capitais e o Distrito Federal, nas suas três edições. Além disso, a ampliação da representatividade da amostra possibilita o desmembramento das informações por Unidades da Federação e oferece aos gestores de políticas públicas e à população em geral dados sobre a situação de saúde dos escolares mais próximos da realidade local. A segunda amostra possibilita, entre outros aspectos, melhor identificação e acompanhamento de fatores relacionados ao desenvolvimento físico-biológico e ao tempo de exposição às condições de risco, para o grupo etário considerado. Além disso, permite maior comparabilidade com indicadores internacionais, em especial aqueles provenientes da *Global School-based Student Health Survey* (GSHS), desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde – OMS (*World Health Organization* – WHO).

Em relação à sexualidade, os resultados da Pense 2015<sup>77</sup> para a Amostra 1 indicaram que 27,5% dos escolares brasileiros do 9º ano do ensino fundamental já tiveram relação sexual alguma vez. Dos escolares do sexo masculino, 36,0% declararam já ter se relacionado sexualmente alguma vez, enquanto que os do sexo feminino deste mesmo grupo, o percentual foi de 19,5%. Considerando as escolas públicas e privadas, 29,7% de alunos das escolas públicas e 15,0% das escolas privadas já tiveram relação sexual alguma vez. Na análise por grandes regiões, as Regiões Norte (36,1%) e Sudeste (25,0%) tiveram o maior e menor percentuais, respectivamente. O Estado de Roraima (41,4%) e o de Alagoas (20,8%) apresentaram o maior e o menor percentual, respectivamente, para esse indicador.

No que diz respeito à violência, a Pense 2015, assim como as edições anteriores (2009 e 2012) pesquisaram formas de violência sofridas pelos estudantes no âmbito familiar e escolar, como *bullying* e brigas, agressão física em locais públicos, com uso de arma branca ou de fogo, lesões e ferimentos sofridos, sentimento de insegurança no trajeto casa-escola, escola-casa e violência no trânsito.

A pesquisa de 2015 incluiu, também, duas questões sobre relação sexual forçada, direcionadas aos escolares participantes:

- a) Alguma vez na vida você foi forçado(a) a ter relação sexual?
- b) Quem os forçou a ter relação sexual?

Em relação à primeira questão, 4% dos escolares do 9º ano entrevistados responderam já terem sido forçados a ter relação sexual, sendo o percentual para meninos de 3,7% e, para as meninas, de 4,3%.

Já em relação à segunda pergunta, os maiores percentuais foram:

- a) Namorado(a)/ex-namorado(a): 26,6%;
- b) Amigo(a): 21,8%;
- c) Pai/mãe/padrasto/madrasta: 11,9%;
- d) Outros familiares: 19,7%.

Ainda em relação aos dados nacionais, o Boletim Epidemiológico de número 27 do Ministério da Saúde faz uma análise dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, entre 2011 e 2017<sup>78</sup>. Neste período, foram notificados, via Sinan, 1.406.326 casos de violência interpessoal ou autoprovocada, dos quais 219.717 (15%) eram com crianças (zero aos 9 anos de idade) e 372.014 (25,5%) contra adolescentes (10 aos 19 anos), totalizando 40,5% dos casos notificados nestes 2 grupos etários. Nesse período, foram notificados 184.524 casos de violência sexual, sendo 58.037 (31,5%) contra crianças e 83.068 (45,0%) contra adolescentes, concentrando 76,5% dos casos notificados nesses dois cursos de vida. A análise das características sociodemográficas das crianças vítimas de violência sexual mostrou que 43.034 (74,2%) eram do sexo feminino e 14.996 (25,8%) eram do sexo masculino. Do total, 51,2% estavam na faixa etária entre 1 e 5 anos, 45,5% eram da raça/cor da pele negra e 3,3% possuíam alguma deficiência ou transtorno. As

notificações se concentraram nas regiões Sudeste (40,4%), Sul (21,7%) e Norte (15,7%).

Em relação aos adolescentes vítimas de violência sexual, observou-se que 76.716 (92,4%) eram do sexo feminino e 6.344 (7,6%) do sexo masculino. Do total, 67,8% estavam na faixa etária entre 10 e 14 anos, 55,5% eram da raça/cor negra, 7,1% possuíam alguma deficiência ou transtorno; as notificações se concentraram nas regiões Sudeste (32,1%), Norte (21,9%) e Sul (18,8%). Entre as adolescentes do sexo feminino, 67,1% estavam na faixa etária entre 10 e 14 anos, 56,0% eram da raça/cor da pele negra, 6,3% possuíam alguma deficiência ou transtorno; as notificações se concentraram nas regiões Sudeste (31,4%), Norte (22,6%) e Sul (18,4%). Entre os adolescentes do sexo masculino, 75,9% estavam na faixa etária entre 10 e 14 anos, 49,9% eram da raça/cor da pele negra, 17,0% possuíam alguma deficiência ou transtorno; as notificações se concentraram nas regiões Sudeste (41,0%), Sul (23,5%) e Nordeste (14,0%).

Ainda em relação à violência sexual, um levantamento feito pela Secretaria de Vigilância em Saúde, por meio do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), que utiliza dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), demonstrou que a violência sexual ocupa o segundo lugar na faixa etária de 10 a 14 anos, com 10,5% das notificações, ficando atrás apenas da violência física (13,3%) (Ministério da Saúde, 2013). Pesquisas sobre o tema alertam para o fato de meninas serem as maiores vítimas na violência sexual e violência, geralmente de forma intrafamiliar, onde, na maior parte das vezes, seus agressores são seus tutores, submetendo a vítima à sua autoridade. Em geral, crianças e adolescentes do sexo feminino têm mais risco de sofrer violência sexual e, do sexo masculino, maior risco de violência física<sup>79</sup>.

Em São Paulo, um trabalho realizado no ano de 2009 descreveu os casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes menores de 15 anos, registrados no Sistema VIVA no Estado de São Paulo<sup>80</sup>. Foram notificados 4085 casos no ano de 2009, onde 2.511 (61,5%) eram meninas, com idade predominante de 10 a 14 anos. A violência sexual foi a segunda notificação mais frequente (33,2%), com maior proporção de meninas (33,2% do total de casos no sexo feminino), em relação aos meninos (19,5% do total de casos do sexo masculino), enquanto a violência física e a

negligência foram maiores entre os meninos. A regressão logística realizada neste trabalho mostrou que meninas notificam 2,8 vezes mais sobre o abuso sexual do que os meninos.

Em nosso estudo, dos 858 alunos estudados, 71 (8,1%) relataram ter sofrido violência sexual em algum momento da infância ou adolescência, sendo 52 (73,23%) do sexo feminino e 19 (26,76%) do sexo masculino (Tabela 1, Gráfico 7). Trabalhos internacionais e nacionais também mostram a violência sexual predominante no sexo feminino, onde ainda existe muita dificuldade, especialmente entre os garotos, para relatarem e denunciarem a ocorrência do abuso. Chama atenção que 549 (64%) indivíduos da população estudada são do sexo feminino, o que, aliado ao fato dos garotos denunciarem menos o abuso, inclusive por questões culturais, pode justificar a diferença encontrada de abuso sexual entre os sexos. De qualquer forma, os estudos populacionais normativos refletem a mesma tendência<sup>76-78</sup>.

Em relação ao nível socioeconômico, observamos na população estudada, predomínio das classes A, B1 e B2, revelando que, apesar de existir a política de cotas, ainda há diferença importante no acesso à Universidade no que diz respeito às classes menos favorecidas. Apesar de encontrarmos vítimas de violência em todas as classes sociais, há franco predomínio nas classes sociais mais baixas (Tabela 3, Gráfico 9).

## 6.2 Da violência sexual e comportamento sexual de risco

Merece destaque, também, a relação entre a ocorrência de violência sexual na infância/adolescência e comportamento sexual de risco. Sabe-se que a maioria dos indivíduos inicia sua vida sexual na adolescência e aquisição de autonomia aliado à pressão dos pares são responsáveis pelo aumento de comportamentos sexuais de risco, incluindo atividade sexual desprotegida e atividades com múltiplos parceiros, que, como consequência, podem resultar em gravidez não programada e infecções sexualmente transmissíveis (IST), inclusive Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (Sida)<sup>81,82</sup>. Dados da Pense (2015)<sup>77</sup>, que avaliou dados de saúde sexual e reprodutiva de escolares de 13 a 17 anos de idade, apontam que o percentual de

escolares que já tiveram iniciação sexual aumenta com a idade, sendo que no grupo etário de 13 a 15 anos o percentual era 27,0%, enquanto no grupo etário de 16 a 17 anos, mais da metade dos alunos já tiveram relação sexual (54,7%). Os resultados indicaram ainda que 34,5% dos escolares de 13 a 15 anos de idade, do sexo masculino, já tiveram relação sexual alguma vez, enquanto entre as meninas deste grupo etário, o percentual era de 19,3%. Na faixa etária de 16 a 17 anos, 59,9% dos escolares do sexo masculino já haviam tido relação sexual, enquanto que, para a mesma faixa etária, o percentual entre as meninas foi de 49,7%. Chama a atenção, que, dos escolares mais jovens de 13 a 15 anos de idade que já iniciaram a vida sexual, 59,7% usaram preservativo na primeira relação. No grupo etário de 16 a 17 anos, o percentual foi de 68,2%. Em relação ao uso de preservativo na última relação sexual, os dados indicam que o comportamento dos escolares pouco se altera, em comparação com o percentual de uso de preservativo na iniciação sexual. No grupo de escolares de 13 a 15 anos de idade, 60,3% responderam usar preservativo na última relação sexual; no grupo etário de 16 a 17 anos, esse percentual foi de 65,6%. No que se refere ao uso de método contraceptivo e de prevenção de ISTs na última relação, os resultados indicaram que 69,5% dos escolares com idades de 16 a 17 anos usaram algum método para se protegerem. Assim como observado no indicador de uso de preservativo na primeira relação, os mais jovens foram os que menos se protegeram (59,6%).

O abuso sexual na infância e adolescência é considerado um dos maiores traumas, uma vez que rompe o processo de desenvolvimento psíquico e emocional em curso, com graves consequências a curto e médio prazo<sup>83</sup>, relacionando-se, inclusive, com o desenvolvimento de comportamento sexual de risco, incluindo atividade sexual desprotegida, múltiplos parceiros, prostituição e promiscuidade<sup>84</sup>.

Evidências sugerem que o abuso sexual na infância/adolescência está relacionado a comportamentos sexuais de risco. Estudos nos EUA e em países africanos têm mostrado relação entre abuso sexual na infância em mulheres, com sexarca mais precoce, maior quantidade de parceiros, risco aumentado do uso de substâncias psicoativas antes da prática sexual, maior número de relações desprotegidas, além de maior prevalência de IST<sup>85-88</sup>. Estudos americanos também evidenciaram o aumento de comportamentos sexuais de risco no sexo masculino<sup>89,90</sup>,

incluindo relação anal desprotegida em homens que se relacionam com homens e que foram vítimas de abuso na infância. Apesar de uma revisão sistemática<sup>91</sup> ter mostrado maior probabilidade de comportamentos sexuais de risco entre mulheres que foram vítimas de abuso na infância, pesquisas realizadas anteriormente não haviam encontrado diferenças significativas em relação ao sexo<sup>92,93</sup>.

Não observamos diferença em relação à idade dos alunos, no que diz respeito à coitarca ( $p=0,931$ ) e ao uso de contraceptivo ( $p=0,090$ ), entre os grupos de vítimas e não vítimas de violência. Entretanto, os alunos vítimas de violência apresentam maior idade ( $p=0,014$ ) e baixo nível socioeconômico ( $p=0,003$ ), além de pertencer a este grupo um maior número de alunos com coitarca ( $p=0,029$ ), e alunas que já engravidaram antes da pesquisa ( $p=0,001$ ) (Tabela 4, Gráficos 8, 9, 10, 11, 12).

### 6.3 Dos estilos parentais

Nos últimos anos, temos nos deparado com inúmeros estudos, relacionando o modo como os pais educam seus filhos, bem como os efeitos destas práticas educativas no desenvolvimento psicossocial destes jovens<sup>94-102</sup>. Estes estudos sugerem que as práticas parentais estão realmente associadas a diversos indicadores de desenvolvimento psicológico e comportamental na adolescência, como:

- a) Autoestima;
- b) Depressão;
- c) Ansiedade;
- d) Desempenho acadêmico;
- e) Competência interpessoal;
- f) Comportamentos agressivos;
- g) Autonomia.

Define-se estilo parental como um padrão de comportamento parental, expresso dentro de um clima emocional, criado pelo conjunto de atitudes dos pais, incluindo, além das práticas parentais, outros aspectos da interação pais-filhos, como

tom de voz, linguagem corporal, mudança de humor e descuido, no processo de educação e sociabilização dos seus filhos<sup>103</sup>. O objetivo final destas práticas parentais é suprimir comportamentos considerados inadequados, bem como incentivar comportamentos socialmente aceitos<sup>104</sup>.

Como já comentado anteriormente, desde os estudos iniciais sobre estilos parentais e formas de cuidados das famílias com seus filhos mostra-se a importância desta relação no estabelecimento de comportamentos de risco na adolescência e vida adulta, tanto no que diz respeito ao estabelecimento de comportamentos antissociais, como maior predisposição ao uso e abuso de álcool e drogas, comportamentos sexuais de risco, idade de início da atividade sexual, múltiplos parceiros, sexo desprotegido, ISTs e gravidez. No nosso estudo, observamos uma maior porcentagem de meninas que já engravidaram no grupo vítima de violência (Gráfico 12).

Na década de 60, Baumrind<sup>44-46</sup> tratou o comportamento dos pais sob três protótipos:

- a) Autoritativo;
- b) Autoritário;
- c) Permissivo.

Por ser de difícil tradução, o termo autoritativo foi mantido por alguns pesquisadores brasileiros<sup>105</sup>, enquanto outros optaram por nomes alternativos como: democrático-recíproco<sup>106</sup> ou competente<sup>107</sup>, que corresponde ao estilo monitoria positiva de Gomide<sup>48</sup>.

Baumrind<sup>43</sup> caracterizou seus protótipos da seguinte maneira:

- a) Pais autoritativos: tentam direcionar as atividades dos filhos de maneira racional e orientada, incentivando o diálogo e exercendo firme controle nos pontos divergentes. Estes pais colocam a perspectiva de adulto, levando em consideração que a criança tem interesses próprios e maneiras particulares. Esta forma de agir é bastante semelhante ao estilo monitoria positiva de Gomide;
- b) Pais autoritários: controlam o comportamento das crianças de acordo com regras de conduta muito absolutas e rígidas, sendo favoráveis a medidas

punitivas quando as atitudes das crianças entram em conflito com as regras pré-estabelecidas. A utilização de medidas punitivas apresenta aspectos semelhantes aos pais que utilizam de abusos físicos no modelo de Gomide;

c) Pais permissivos: comportam-se de maneira não punitiva e receptiva diante do comportamento e desejo das crianças, não atuando como modelo ou direcionando o comportamento dos filhos. O estilo permissivo, foi subdividido por Macoby e Martin<sup>47</sup> em:

1. Negligente;
2. Indulgente.

A partir daí estes quatro modelos passaram a ser definidos por meio de dimensões de exigência e responsividade, entendendo-se por:

- a) Exigência: o quanto os pais controlam o comportamento dos filhos estipulando regras e exigindo seu cumprimento;
- b) Responsividade: o quanto os pais são amorosos, responsivos e envolvidos, aceitando a responsabilidade de responderem aos pontos de vista e às exigências razoáveis de seus filhos<sup>47</sup>.

Assim podemos dizer que:

- a) Pais autoritários/abusivos são exigentes, mas não são responsivos;
- b) Pais indulgentes são responsivos, mas não exigentes;
- c) Pais autoritativos/monitoria positiva são exigentes e responsivos;
- d) Pais negligentes não são nem exigentes, nem responsivos.

Pesquisas associam filhos de pais autoritativos com aspectos positivos, como assertividade, maturidade, responsabilidade social, conduta independente e empreendedora<sup>47,107-110</sup>, alto índice de competência psicológica e baixo índice de disfunção comportamental e psicológica<sup>111,112</sup>. Observou-se, também, que filhos de mães autoritativas são mais propensos a levar em conta a perspectiva dos outros e a entender as ideias dos outros<sup>113</sup>, além de apresentarem maior competência social e serem instrumentalmente mais competentes do que filhos de pais não autoritativos<sup>103</sup>.

Existe uma semelhança bastante relevante entre os pais que se utilizam de monitoria positiva e os pais autoritativos de Baumrind<sup>108</sup>, caracterizados pela ação calorosa e compreensiva, que, geralmente, promovem autonomia psicológica, sendo firmes no estabelecimento de diretrizes comportamentais, contrastando-se com os pais autoritários, onde observamos alto grau de exigência com baixos níveis de afeto caloroso e autonomia psicológica.

Wright e Cullen<sup>114</sup> afirmam que práticas parentais como a supervisão, o estabelecimento de limites, os posicionamentos claros em relação às regras e o relacionamento estreito entre os membros da família podem reduzir a possibilidade de engajamento em comportamentos de risco, sendo importante também apoio e suporte por parte dos pais.

Já Stattin e Kerr<sup>115</sup> recomendam o controle ativo, entendendo-se como monitoria os esforços parentais para localizar e vigiar seus filhos. É a vigilância “razoável”, por meio de adequada monitoria. Três são as formas através das quais os pais podem conhecer as atividades realizadas por seus filhos:

- a) Primeiro: as crianças deveriam falar e contar a seus pais espontaneamente, sem qualquer persuasão, suas atividades diárias, onde, o que e com quem as realizam;
- b) Segundo: os pais deveriam obter informações de suas crianças e de seus amigos sobre suas rotinas e atividades, através de solicitação;
- c) Terceiro, os pais deveriam estabelecer regras e restrições sobre as atividades de seus filhos e sobre as companhias das crianças, controlando, desta forma, a quantidade de liberdade que as crianças têm para fazer coisas sem contar a eles.

Pesquisas sugerem que a comunicação parental é mais benéfica que a vigilância e o controle<sup>116,117</sup>. O desenvolvimento do vínculo afetivo também é de extrema importância, como fornecedor de segurança emocional. Mães capazes de perceber e interpretar corretamente os sinais emitidos pela criança, fornecendo respostas imediatas e apropriadas, têm maior probabilidade de desenvolver em seus filhos a concepção de si mesmo, favorecendo o controle de situações de risco<sup>118</sup>. O

estudo de Petti e Bates<sup>119</sup> indicou que o afeto, somado a uma atitude educativa e positiva da mãe, estaria relacionado a baixos índices de problemas comportamentais.

Pesquisas mostram, também, correlação positiva entre comportamento pró-social de crianças e práticas maternas de educação voltadas para a empatia<sup>120,121</sup>. Outros estudos<sup>122,123</sup> relacionam o comportamento pró-social da criança com estilos parentais autoritativos, como menor vulnerabilidade ao uso de drogas em adolescentes apegados à figura paterna, ao lar cujo ambiente é saudável, à aceitação de crenças sobre o bom comportamento e à desaprovação paterna específica a certos comportamentos<sup>123</sup>.

Hoffmann<sup>124</sup> acredita que o apoio fornecido pelos pais faz a criança se sentir segura em relação ao seu bem-estar, proporcionando oportunidade de considerar as necessidades de bem-estar dos outros. O autor salienta, ainda, que crianças cujos pais apresentam predominantemente comportamento pró-social tendem a se solidarizarem com as vítimas de danos e tragédias, enquanto pais coercitivos, cujas ações provocam medo e raiva na criança que transgrida uma norma que causou danos a alguém, podem fazer com que ela focalize as consequências que a transgressão da regra causou a si mesma, em vez de focalizar nas consequências que seu ato causou na vítima.

Loos, Ferreira e Vaconcelos<sup>125</sup> também consideram fundamental o papel da família, sugerindo que após haver uma transgressão por parte da criança e os pais terem apresentado a esta, calma e tranquilamente, as consequências de seu ato, ela estaria mais propícia, precocemente, a ter sentimentos antecipados de culpa após a transgressão e isto seria um indicador do desenvolvimento do comportamento moral.

Nurco e Lerner<sup>123</sup> também relacionam fatores familiares contribuindo para a dependência de álcool e drogas na adolescência, referindo-se tanto à qualidade dos cuidados paternos (presença dos pais no lar ou de figuras paternas), como à qualidade da atmosfera no lar (morna/fria, estável/instável), em adolescentes cujas famílias possuíam como características forte apego ao pai, atmosfera positiva no lar, forte aceitação das crenças tradicionais sobre o bom comportamento para adolescentes e grande desaprovação paterna de maus comportamentos.

É possível perceber que o comportamento moral é um desdobramento do estilo parental monitoria positiva, de forma complementar, englobando as características descritas no estilo autoritativo de Baumrind<sup>108</sup>, que tem como características altas exigências e responsividade.

A afirmação de Kelleman<sup>126</sup> resume de forma clara o desenvolvimento da moralidade:

O aprendizado da moralidade não funcionará a menos que seja realizado numa atmosfera de genuíno calor humano e afetividade, primeiro, porque todas as crianças precisam ser ouvidas e avaliadas; segundo, porque uma das maneiras mais eficazes de ensinar é por meio do exemplo. Se quisermos transformar crianças de alto risco em seres humanos empáticos e solidários, elas precisam estar na extremidade receptora da empatia e solidariedade<sup>126</sup>.

Pais afetuosos e que cuidam dos filhos, pouco autoritários mas protetores, contribuem para que eles sejam mais resilientes e diminuam o desenvolvimento de desordens psiquiátricas na adolescência e vida adulta, mesmo se vítimas de abuso sexual<sup>127</sup>.

Um estudo<sup>128</sup> que avaliou fatores de risco e protetores para abuso sexual em adolescentes americanos descendentes de latinos e africanos, verificou que pais que monitoravam suas filhas, sabiam seus paradeiros – monitoria positiva – e tinham uma atitude mais conservadora em relação ao sexo associavam-se à menor vitimização. Tal controle social protegia contra outros fatores de risco, como álcool e envolvimento em brigas. A monitorização por parte dos pais estava relacionada com maior proximidade, confiança e honestidade, fazendo com que revelassem a seus pais seus paradeiros, funcionando como fator protetor para abuso sexual e outros comportamentos de risco, de encontro aos resultados de nosso trabalho, que mostram diminuição do risco de o indivíduo ser vítima de abuso nos pais que usam de monitoria positiva como estilo parental (Tabela 6).

Observamos, ainda, que os escores de IEP relacionados aos estilos parentais ditos protetores são maiores entre o grupo não vítima (Tabela 5, Gráfico 14), corroborando com esta afirmativa. A regressão logística realizada no modelo dois, que relaciona os estilos parentais protetores – monitoria positiva e comportamento moral

– com o nível socioeconômico e a ocorrência de violência mostra que, a cada aumento de escore para monitoria positiva, há uma redução de 10% na chance do indivíduo se tornar vítima de violência, o que parece estar relacionado com a melhora da autoestima e da autoconfiança, que se desenvolve a partir deste estilo parental, configurando seu papel protetor. Além disso, pais que utilizam de monitoria positiva contribuem para que os adolescentes tenham maior competência social, assertividade, maturidade e maior competência psicológica, o que pode justificar os resultados encontrados na pesquisa.

Já filhos de pais autoritários, que são pressionados a atender às expectativas dos pais, possuem comportamento de externalização, como agressão verbal ou física, destruição de objetos, mentira, e internalização, como retração social, depressão e ansiedade<sup>129</sup>. Ademais, possuem menores habilidades sociais, baixa autoestima e alto índice de depressão. Estas características podem justificar o fato de que o uso de abuso físico aumenta a chance de um indivíduo tornar-se vítima de abuso, como encontrado em nossa pesquisa (Tabela 6).

Outro ponto de destaque dos nossos resultados foi a relação entre o uso de abuso físico e um maior risco de o indivíduo ser vítima de violência sexual, sendo importante salientar a diferença entre punição corporal e abuso físico. Gershoff<sup>130</sup> faz esta distinção, segundo o qual punição corporal refere-se ao uso de uma força física com a intenção de fazer uma criança sentir dor, mas não ser machucada, com o propósito de corrigir ou controlar o comportamento da mesma. Já o abuso físico seria o resultado potencial de punição corporal, caracterizado pelo socar, espancar, chutar, morder, queimar, sacudir ou simplesmente machucar a criança.

Comportamentos que não machucam fisicamente (palmada e tapa) são considerados punição corporal, sendo, normalmente, administrados em crianças de até cinco anos, com frequência de uma a duas vezes ao mês<sup>130</sup>. Nas últimas décadas, tivemos diversos avanços legais, no intuito de proteção às crianças e adolescentes, de forma a coibir abusos de autoridade paterna/materna.

Práticas parentais violentas, espancamentos, atitudes autoritárias, disciplina severa, rejeição, falta de monitoria e supervisão, separação, divórcios, instabilidades, conflitos conjugais e características parentais de comportamentos

desviantes, tais como criminalidade e abuso de substâncias psicoativas, são variáveis que as pesquisas mais recentes<sup>131-134</sup> relacionam como fatores etiológicos de problemas sociais e psicológicos, como comportamentos criminosos e distúrbios psiquiátricos em adultos. Isso demonstra que a trajetória da violência é normalmente cíclica, confirmando o que já foi postulado pelo senso comum: violência gera violência.

Sabe-se que a punição corporal e o abuso físico estão interligados, pois quando a punição é administrada de forma muito exacerbada, frequentemente atravessa a linha para o abuso físico. Os fatores stress, falta de apoio/sustento e hostilidade funcionam como catalisadores para a passagem de punição ao abuso. Pais que se utilizam da punição corporal tendem a ser abusivos verbalmente com seus filhos, por meio de insultos, xingamentos e ameaças, comportamento que pode promover o desenvolvimento de agressão, delinquência e comportamento antissocial nas crianças<sup>135</sup>.

Vamos nos utilizar, mais uma vez, dos conceitos de Gershoff<sup>130</sup>, que classifica a punição em dois tipos:

- a) Instrumental: quando planejada, controlada, e não acompanhada de emoções fortes por parte dos pais. Geralmente faz parte do repertório disciplinar da criança, sendo procedimento capaz deixá-la mais obediente;
- b) Impulsiva: é aquela derivada do momento, acompanhada de sentimentos de raiva e possivelmente pelo fato de pai/mãe estarem fora do controle. Representa o último recurso disciplinar dos pais, sendo, na maioria das vezes, esporádico e passível de deixar a criança com medo ou revoltada com eles, sendo que seu uso contínuo está relacionado ao desenvolvimento de comportamentos antissociais em crianças e adolescentes.

Estudos longitudinais mostram que crianças que foram severamente punidas aprenderam a usar a agressão como alternativa para se expressar, e quanto mais severamente as meninas eram punidas, mais abusivas com seus filhos e maridos se tornavam<sup>135,136</sup>. Para pais e mães, a punição corporal mostra associação com

comportamentos opostos/desafiadores e uma relação inversa, com práticas de controle afetivo.

Outro estudo realizado entre estudantes mexicanos<sup>137</sup>, para avaliação de fatores de risco de abuso sexual na infância e adolescência, também encontrou fatores familiares associados a abuso sexual, como o uso de álcool pelos pais, mães vítimas de violência doméstica e ocorrência de violência intrafamiliar, que atuavam como fatores de risco para a ocorrência de abuso, enquanto a autoestima funciona como um fator protetor de ser vítima de violência sexual.

No que diz respeito a filhos de pais negligentes, estes têm menos competência em todos os domínios, mais dificuldade em desenvolver autoconhecimento<sup>138</sup> e menor autoestima, além de problemas afetivos e comportamentais.

Um estudo realizado no Brasil<sup>139</sup> relacionou estilos parentais com otimismo de crianças e encontrou melhores escores entre filhos de pais autoritativos e menores entre filhos de pais negligentes, indo de encontro ao estudo anterior<sup>140</sup>, que mostrou aspectos positivos em adolescentes que percebem seus pais como autoritativos, enquanto aqueles que percebem seus pais como negligentes estão relacionados a aspectos negativos. Os filhos de pais negligentes foram os que obtiveram menores escores de otimismo. O baixo otimismo traz sérias consequências, como humor depressivo, resignação, baixo rendimento, e até mesmo saúde física vulnerável, havendo também um risco muito maior de desenvolvimento de depressão futuramente<sup>141</sup>.

No modelo um da regressão logística, que relaciona nível socioeconômico, os sete estilos parentais propostos por Gomide e a ocorrência de violência mostraram que, a cada aumento do escore para negligência, aumenta em 11% a chance do indivíduo se tornar vítima, enquanto para cada aumento de escore de abuso físico, esta chance aumenta em 23% (Tabela 6).

Embora neste trabalho tenhamos encontrado relação com os estilos parentais monitoria positiva, negligência e abuso físico, e não com os demais, chama a atenção que, conforme observamos nos Gráficos 18, 20 e 21, existe uma tendência de indivíduos que sofreram abuso sexual terem maior pontuação nos demais estilos não protetivos que o grupo que não sofreu abuso. Esta tendência pode ser decorrente do

tamanho da amostra ou das características da população estudada, de forma que, na população geral, se fizermos outro tipo de desenho de estudo talvez possamos encontrar resultados diferentes. Diante disto, convém lembrar que, no tocante à disciplina relaxada, estudos longitudinais mostram que comportamento opositor e desafiador na infância se relacionam a comportamento delinquente durante a adolescência. Alguns autores apoiam o fato de influências sociais serem importantes na continuidade do comportamento antissocial<sup>142,143</sup>. Estes trabalhos identificam a família como o primeiro contexto de socialização da criança e enfatizam o controle social e os processos de aprendizagem social como os responsáveis pelo estabelecimento dos padrões comportamentais infantis. Crianças com comportamentos de agressividade e de oposição, criadas em um ambiente em que as práticas parentais são inadequadas, estão em situação de risco para o desenvolvimento de comportamentos delinquentes na adolescência<sup>119</sup>.

Dodge, Pettit e Battes<sup>54</sup> propõem que a falta de disciplina por parte dos pais na educação de seus filhos, bem como a falta de monitoramento, podem ser meios de encorajá-los a perceber a agressão e a violência como aceitáveis, sendo uma forma apropriada de atingir seus objetivos. Assim sendo, altos índices de monitoramento parental podem reduzir os riscos de comportamentos violentos em situações de delinquência e de relacionamentos íntimos.

Cavell<sup>144</sup> considera que falhas por parte dos pais em estabelecer práticas de monitoria e disciplina podem levar ao comportamento antissocial, assim como a disciplina demasiadamente severa. O mesmo estudo mostrou, também, haver relação entre pais que forneciam precária monitoria aos seus filhos e comportamentos de risco em adolescentes: baixa frequência de uso de preservativos ou de outro contraceptivo nas relações sexuais, multiplicidade de parceiros sexuais, uso de maconha e álcool, experiência de ter sido preso e maior incidência de ISTs.

Com relação à monitoria negativa, a maioria dos modelos acarreta efeitos para os adolescentes, como a tendência a se unirem a pares antissociais e, concomitantemente, aumenta o risco para delinquência<sup>142</sup>. Um estudo de Pettit, Laird, Dodge, Bates e Cris<sup>119</sup> mostra que mães que utilizam a severidade e a disciplina punitiva desde o início da infância de seus filhos estão mais propensas a serem

psicologicamente intrusivas e manipuladoras durante os anos iniciais da adolescência de seus filhos.

No que diz respeito à punição inconsistente é importante lembrar que a baixa autoestima, causada por esta prática educativa, na qual a criança é punida por algo independente de sua conduta, permite que seja mais facilmente conduzida a cometer atos criminosos, por estar fragilizada<sup>145</sup>. Segundo Ol Dershaw, Walters e Hall<sup>146</sup>, a socialização da criança torna-se comprometida quando os pais agem de forma inconsistente. No mesmo sentido, afirmam que, quando a punição exercida pelos pais perante comportamentos inadequados das crianças apresenta-se de forma variável, há a permanência do comportamento indesejado. Os autores acreditam, ainda, que exista acentuada relação entre punição inconsistente e abuso físico. Pais que não fornecem parâmetros efetivos, claros e permanentes acerca da adequação ou não do comportamento emitido pelos filhos perdem o controle sobre as suas atitudes, utilizando-se da punição física como última tentativa de controlar o comportamento de crianças e adolescentes.

#### **6.4 Da força e limitações do estudo**

Em relação à força do estudo, ele respondeu aos objetivos e mostrou a sua relevância no corpo de conhecimentos sobre violência sexual, para melhor compreensão do fenômeno e seu enfrentamento com a proposição de ações individuais e coletivas, que envolvam políticas públicas para identificação de grupos de risco, promoção de ações preventivas e minimização de agravos.

Quanto às suas limitações, observamos que, embora este estudo tenha validade interna, não se pode afirmar sobre sua validade externa, pois o desenho é transversal, com uma amostra não representativa da população. Desta forma, é imperativo pensar na viabilização de um estudo de desenho longitudinal, para acompanhamento ao longo do tempo do desdobramento das questões discutidas. Além disso, é necessário um estudo de base populacional com amostra representativa, para que se possa ter validade externa e para que assim possamos

ver além do “tamanho” do problema e qual é, de fato, o impacto em nossa sociedade, sobre o adolescente e o jovem, a relação entre estilos parentais e violência sexual.

Acreditamos que, com este desenho, medidas de enfrentamento poderão ser melhor delineadas.

Um estudo quali-quantitativo poderá nos mostrar, em nossa sociedade, o significado do abuso e das relações parentais, o que deverá apontar para o delineamento de uma intervenção mais eficaz, quando pensamos em indivíduos e grupos de risco.

Neste estudo, foi considerado quem sofreu abuso em algum momento da vida e, desta forma, as respostas obtidas podem já ter uma ressignificação do evento, o que pode ter influenciado nas respostas. Trabalhos que abordem indivíduos submetidos recentemente a este evento traumático podem trazer outras respostas.

## **6.5 Considerações finais**

A investigação das relações entre os comportamentos dos pais e dos filhos fornece subsídios para alertar os pais quanto às consequências de seus atos, e permite aconselhá-los sobre como podem mudar seus próprios comportamentos, em benefício de seus filhos.

Pais que estabelecem uma relação afetuosa, de acolhimento, mas ao mesmo tempo monitoram as atividades dos filhos, participam ativamente do seu dia a dia, estabelecem regras e limites bem claros, deixam bem definidas as consequências decorrentes de seus atos, como é o caso dos pais que se utilizam de monitoria positiva, contribuem para que a criança e o adolescente desenvolvam maior autoconfiança, autonomia e adquiram ferramentas para enfrentar possíveis dificuldades e contratemplos, além de maior autoestima, contribuindo como fatores protetores para comportamentos de risco, inclusive quanto ao risco de abuso sexual.

Em contrapartida, os estilos parentais ditos não protetores, contribuiriam para uma maior insegurança, menor autoconfiança e autoestima, além de favorecer

comportamentos de risco e aumentar a vulnerabilidade para a ocorrência de abuso sexual.

Como pudemos verificar, pais que utilizam de monitoria positiva, correspondendo ao estilo autoritativo, contribuem para que o adolescente desenvolva maior autoestima, autoconfiança e autonomia, possibilitando um melhor enfrentamento de situações adversas, contribuindo como fator protetor à ocorrência de abuso sexual, o que não ocorre com os que têm pais negligentes ou que usam de abuso físico como estilo parental, tornando-os mais vulneráveis a tornarem-se vítimas de violência sexual, indo de encontro aos achados da nossa pesquisa.

Hoje vemos a sociedade, as mídias em suas diversas formas e os órgãos governamentais preocupados com as crescentes taxas de violência sexual contra crianças e adolescentes, inclusive com a criação de campanhas de estímulos a denúncias destes atos. A identificação precoce de famílias disfuncionais poderia possibilitar intervenções, de forma a minimizar a ocorrência destes abusos, bem como suas graves consequências, tanto para a vítima, como para a família, a comunidade e o sistema de saúde<sup>9</sup>, que passam a interferir, retardando ou impossibilitando um projeto de vida.

Uma sociedade sadia se faz com indivíduos moralmente capazes de construí-la. É no seio familiar que se dá grande parte do desenvolvimento moral. A grande janela de oportunidade de construção de indivíduos integralmente sadios, como define a OMS, acontece dentro da convivência familiar, fazendo com que o seio familiar seja o primeiro e grande núcleo formador e determinante da moralidade do indivíduo. É no seio familiar que crianças e adolescentes aprendem a amar e respeitar, a si e ao outro.

Não há amor sem respeito, não há respeito sem amor.



1. É assustadora a prevalência de violência sexual, em algum momento da vida, entre jovens universitários.
2. O estilo parental pode ter um papel protetor ou de risco para a ocorrência de violência sexual contra adolescentes e adultos jovens. A monitoria positiva exerce um fator protetor, enquanto a negligência e o abuso físico aumentam os riscos para a ocorrência de violência sexual.
3. A ocorrência de violência sexual independe do sexo da vítima, embora a maior visibilidade seja no sexo feminino.



1. World Health Organization. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2019 May 05]. Available from: [http:// apps.who.int/adelescents/second-decade/](http://apps.who.int/adelescents/second-decade/)
2. Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde (BR). 2007 [citado 2019 maio 05]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude>
3. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2007 [citado 2019 maio 05]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>
4. WHO: World Health Organization. Young People's Health [Internet]. Geneva: WHO; 1986. A challenge for society: Report of a WHO Study Group on young people and health for all. Geneva: WHO; 1986. Technical Report Series, 731. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41720/WHO\\_TRS\\_731.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41720/WHO_TRS_731.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
5. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Censo Demográfico 2010; [cited 2019 May 3]. Available from: [https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=35#topo\\_pirâmide](https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=35#topo_pirâmide).
6. Aberastury A, Knobel M. La adolescencia normal. Argentina: Editorial Paidós; 1970.
7. Keulers EHH, Stiers P, Jolles J. Developmental changes between ages 13 and 21 years in the extent and magnitude of the BOLD response during decision making. *NeuroImage*, 2011 Jan;54(2):1442-54.
8. Styne DM, Grumbach MM. Puberty: ontogeny, neuroendocrinology, physiology, and disorders. In: Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS. *Williams Textbook of Endocrinology*. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2008, p. 969-1166.
9. World Health Organization. WHO global consultation on violence and health. Geneva: World Health Organization; 1996.
10. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002 [cited 2019 Jun 10]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf;jsessionid=C97D2E630FB486B50D4E56B97D472C9F?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=C97D2E630FB486B50D4E56B97D472C9F?sequence=1)

11. Presidência da República (BR). Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): República Federativa do Brasil; 2006 [citado 2019 Jun 05]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm)
12. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.
13. Sanderson C. Abuso sexual em crianças. São Paulo: M. Brooks; 2005.
14. Presidência da República (BR). Lei nº 12.015 de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores [Internet]. Brasília (DF): República Federativa do Brasil; 2009 [citado 2019 Jun 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2007-2010/2009/Lei/2015.h](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2007-2010/2009/Lei/2015.h)
15. Ministério da Saúde (BR), Prevenção e tratamento dos agravos resultantes de violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma técnica. 3 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. 126 p.
16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação da Saúde. Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009-2011. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. 166 p.
17. World Health Organization. Global status report on violence prevention. Geneva: World Health Organization; 2014.
18. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2005 [cited 2019 Jun 05]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9241593512/en/>

19. Black MC, Basile KC, Breiding MJ, Smith SG, Walters ML, Merrick MT, et al. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 summary report [Internet]. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2011 [cited 2019 Jun 12]. Available from: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/nisvsreport2010-a.pdf>
20. Basile KC, Smith SG. Sexual violence victimization of women: prevalence, characteristics, and the role public health and prevention. *Am J Lifestyle Med.* 2011;5(5):407-7.
21. World Health Organization. Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2018 Dec 20]. Available from: <http://www.who.int//mediacentre/factsheets/fs239/en/>
22. Habigzang LF, Koller SH, Azevedo GA, Machado PX. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. *Psic Teor Pesq.* 2005;21(3):341-52.
23. Schor EL, editor. *Caring for Your School-Age Child Ages 5 To 12.* New York: Bantam Books; 2004.
24. Collin-Vézina D, Sablonnière-Griffin MDL, Palmer AM, Milne L. A preliminary mapping of individual, relational, and social factors that impede disclosure of childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 2015 May;43:123-34.
25. Ministério da Saúde (BR), Informações de Saúde. *Violência doméstica, sexual e/ou outras violências – SINAN – Brasil* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [citado 2019 abr 11]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/violencia/bases/violebnet.def>
26. Lacey HB, Roberts R. Sexual assault on men. *Int J STD AIDS.* 1991;2(4):258-60.
27. Holmes WC, Slap GB. Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae and management. *JAMA.* 1998;280(21):1855-62.
28. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *J Fam Violence.* 1999;14(2 ):99-132.

29. Lowenkron L. Abuso sexual infantil, exploração sexual de crianças, pedofilia: diferentes nomes, diferentes problemas? *Sex Salud Soc* [Internet]. 2010 [citado 2019 jan 12];5:9-29. Disponível em: <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/rt/printerFriendly/394/805>
30. Habigzang LF, Koller SH, Azevedo GA, Machado PX. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. *Psic Teor. Pesq.* 2005;21(3):341-8.
31. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev.* 2009;29(7):647-57.
32. Organização Mundial da Saúde. INSPIRE: sete estratégias para pôr fim à violência contra crianças. B&C Textos, tradução. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2017. 108 p. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207717/9789241565356-por.pdf>
33. Santos VA. As medias protetivas e a garantia de direitos na perspectiva de famílias em situação de violência sexual intrafamiliar [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.
34. Kenny M, Capri U, Thakkar-Kolar R, Ryan E, Runyon M. Child sexual abuse: from prevention to protection. *Child Abuse Rev.* 2008;17(1):36-54.
35. Alaggia R. An Ecological analysis of child sexual abuse disclosure: considerations for child and adolescent mental health. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010;19(1):32-9.
36. Cassidy L, Hurrell RM. The influence of victim's attire on adolescents' judgments of date rape. *Adolescence.* 1995;30(118):319-23.
37. Melo BO, Amaral ST, Samuel Júnior A. O delito do estupro. *ETIC – Encontro de Iniciação Científica* [Internet]. 2014 [citado 2019 abr 12];10(10). Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/view/4209/3967>
38. Hébert M, Tourigny M, Cyr M, McDuff P, Joly J. Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *Can J Psychiatry.* 2009;54(9):631-9.
39. Rodrigues S. Breve histórico do sobre o direito da família nos últimos 100 anos. *RFDUSP* [Internet]. 1993 [citado 2019 maio 19];88:239-54. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/67221>

40. Ministério da Justiça (BR). Lei no. 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Brasília: Ministério da Justiça; 1990 [citado 2019 maio 19]. Disponível em: [http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/lei%208.069-1990?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%208.069-1990?OpenDocument)
41. Reppold CT, Pacheco J, Bardagi M, Hutz C. Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos Estilos Parentais. In: Hutz C, organizers. Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. p. 7-51.
42. Baldwin AL. The effect of home environment on nursery school behavior. *Child Dev.* 1949;20:49-62.
43. Baumrind D. Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Dev.* 1966 Dec;37(4):887-907.
44. Baumrind D. Current patterns of parental authority. *Dev Psychol.* 1971;4(1 Pt 2):1-103.
45. Baumrind D. Effective parenting during the early adolescent transition. In: Cowan PA, Hetherington M, organizers. Family transitions. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1991. p. 11-163.
46. Baumrind D. The discipline encounter: contemporary issues. *Agress Violent Behav.* 1997;2(4):321-35.
47. Maccoby E, Martin J. Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In: Mussen PH. Handbook of child psychology. Vol. 4. Socialization, personality, and social development. 4th ed. New York: Wiley; 1983. p. 1-101. (Hetherington EM, editor. Socialization, personality, and social development; vol. 4).
48. Gomide PIC, coordenadora. Inventário de estilos parentais – IEP: modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação. 3a ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2014.
49. Snyder J, Patterson G. Family interaction and delinquent behavior. In: Quay HC, organizer. Handbook of juvenile delinquency. New York: Wiley; 1987. p. 216-243.
50. Gomide PIC. Inventário de estilos parentais. Petrópolis, RJ: Vozes; 2014.

- 
51. Gomide PIC. Estilos: parentais e comportamento antissocial. In: Del Prette Z, Del Prette A. Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção. Campinas: Alínea Editora; 2003.
  52. Gomide PIC. Pais presentes, pais ausentes. Petrópolis: Vozes; 2004.
  53. Crittenden PM. Maltreated infants: vulnerability and resilience. *J Child Psychol Psychiatry*. 1985 Jan;26(1):85-96.
  54. Dodge KA, Pettit GS, Batters JE. Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. *Child Dev*. 1994 Apr;65(2 Spec No):649-65.
  55. Gomide PIC. Menor infrator: a caminho de um novo tempo. 2a ed. Curitiba: Juruá; 1998.
  56. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB): Brasil 2015 [Internet]. São Paulo: ABEP; 2015 [citado 2019 Abr 10]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
  57. Bernstein DP, Ahluvalia T, Pogge D, Handelsman L. Validity of the childhood trauma questionnaire in an adolescent psychiatric population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(3):340-8.
  58. Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(2):249-55.
  59. Agresti A. Categorical data analysis. New York: Wiley Interscience; 1990, 558 p.
  60. Kleinbaum DG. Logistic regression. New York: Springer-Verlag; 1992. 282 p.
  61. R Development Core Team. R: A language and environment for statistical computing, reference index version 2.12.1 [Internet]. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2016 [cited 2019 Jan 28]. Available from: <http://www.R-project.org/>
  62. Siegel S. Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. 448 p.

- 
63. Newman K, Harrison L, Dashiff C, Davies S. Relações entre modelos de pais e comportamentos de risco na saúde do adolescente: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2008 [citado 2018 Dez 12];16(1):142-50. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/50104-11692008000100022>.
  64. Ni HC, Gau SS. Co-occurrence of attention-deficit hyperactivity disorder symptoms with other psychopathology in young adults: parenting style as a moderator. *Compr Psychiatry*. 2015;57:85-96.
  65. Raya Trenas AF, Herreruzo Cabrera J, Pino Osuna MJ. [Parenting styles and their relationship with hyperactivity]. *Psicothema*. 2008 Nov ;20(4):691-6. Spanish.
  66. Okhakhume AS. Influence of self-esteem, parenting style and parental monitoring on sexual risk behaviour of adolescents in Ibadan. *Gend Behav*. 2014;12(2):6341-53.
  67. Buschgens CJ, van Aken MA, Swinkels SH, Ormel J, Verhulst FC, Buitelaar JK. Erratum to: Externalizing behaviors in preadolescents: familial risk to externalizing behaviors and perceived parenting styles. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23:1115.
  68. Harris-McKoy D, Cui M. Parental control, adolescent delinquency, and young adult criminal behavior. *J Child Fam Stud*. 2013 Aug;22(6):836-43.
  69. van der Voort A, Linting M, Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH. Delinquent and aggressive behaviors in early-adopted adolescents: longitudinal predictions from child temperament and maternal sensitivity. *Child Youth Serv Rev*. 2013 Mar;35(3):439-46.
  70. Ding R, Wen X, He P, Guo C, Luo Y, Song X, et al. Association between childhood and adolescent sexual abuse experiences and high-risk sexual behaviors among Chinese youth. *J Sex Med*. 2018 [cited 2019 May 20];6(4):273-81. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2018.08.004>.
  71. Lind MJ, Brown RC, Sheering CM, York TP, Myers JM, Kendler KS, et al. Does parenting influence the enduring impact of severe childhood sexual abuse on psychiatric resilience in adulthood? *Child Psychiatry Hum Dev*. 2018;49(1):33-41.
  72. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*. 2016;137(3):e20154079

73. United Nations Children' Fund. Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children. New York: United Nations Children's Fund; 2014.
74. Stoltenborgh MA, van Ijzendoorn MH, Euser E, Bakerman-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*. 2011 May;16(2):79-101.
75. United Nations Children' Fund. Ending violence against children: six strategies for action [Internet]. New York: United Nations Children' Fund; 2014 [cited 2019 Apr 15]. Available from: [https://www.unicef.org/publications/files/Ending\\_Violence\\_Against\\_Children\\_Six\\_strategies\\_for\\_action\\_EN\\_9\\_Oct\\_2014.pdf](https://www.unicef.org/publications/files/Ending_Violence_Against_Children_Six_strategies_for_action_EN_9_Oct_2014.pdf)
76. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [citado 20 jan 2011]. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/30\\_03\\_2012\\_8.40.46.6cb50967bbeb18008432b71da11ac636.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/30_03_2012_8.40.46.6cb50967bbeb18008432b71da11ac636.pdf)
77. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
78. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. *Boletim Epidemiológico*. 2018;49(27):1-17.
79. Ribeiro MA, Ferriani M das GC, Reis JN dos. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. *Cadernos de Saúde Pública*, 2004 [citado 2016 jul. 13];20(2):456-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/13.pdf>.
80. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual instrutivo de preenchimento da ficha de notificação//investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências [citado 2011 jan 20]. Disponível em: [http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cve\\_dnc.htm](http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cve_dnc.htm).
81. Donahue KL<sup>1</sup>, Lichtenstein P, Lundström S, Anckarsäter H, Gumpert CH, Långström N, et al. Childhood behavior problems and adolescent sexual risk behavior: familial confounding in the child and adolescent twin study in Sweden (CATSS). *J Adolesc Health*. 2013 May;52(5):606-12.
82. Drago F, Ciccarese G, Zangrillo F, gasparini G, Cogorno L, Riva S, et al. A survey of current knowledge on sexually transmitted diseases and sexual behavior in Italian adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(4):422.

83. Zhu Q, Gao E, Cheng Y, Chuang YL, Zabin LS, Emerson MR, et al. Child sexual abuse and its relationship with health risk behaviors among adolescents and young adults in Taipei. *Asia Pac J Public Health*. 2015 Sep;27(6):643-51.
84. Senn TE, Carey MP, Venable PA. Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(5):711-35.
85. Abajobir AA, Kisely S, Maravilla JC, Williams G, Najman JM. Gender differences in the association between childhood sexual abuse and risky sexual behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Neglect*. 2016 Nov;63:249-60.
86. Bensley LS, Eenwyk JV, Simmons KW. Self-reported childhood sexual and physical abuse and adult HIV-risk behaviors and heavy drinking. *Am J Prev Med*. 2000 Feb;18(2):151-8.
87. Wilson HW, Widom CS. An examination of risky sexual behavior and HIV in victims of child abuse and neglect: a 30-year follow-up. *Health Psychol*. 2008 Mar;27(2):149-58.
88. Richter L, Komárek A, Desmond C. et al. Reported physical and sexual abuse in childhood and adult HIV risk behavior in three African countries: findings from Project Accept (HPTN-043). *AIDS Behav*. 2014 Feb;18(2):381-9.
89. Paul JP, Catania J, Pollack L, Stall R. Understanding childhood sexual abuse as a predictor of sexual risk-taking among men who have sex with men: the Urban Men's Health Study. *Child Abuse Negl*. 2001 Apr;25(4):557-84.
90. Kalichman SC, Gore-Felton C, Benotsch E, Cage M, Rompa D. Trauma symptoms, sexual behaviors, and substance abuse: correlates of childhood sexual abuse and HIV risks among men who have sex with men. *J Child Sex Abus*. 2004;13(1):1-15.
91. Abajobir AA, Kisely S, Maravilla JC, Williams G, Najman JM. Gender differences in the association between childhood sexual abuse and risky sexual behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl*. 2017 Jan;63:249-60.
92. Bensley LS, Eenwyk JV, Simmons KW. Self-reported childhood sexual and physical abuse and adult HIV-risk behaviors and heavy drinking. *Am J Prev Med*. 2000 Feb;18(2):151-8.
93. Haydon AA, Hussey JM, Halpern CT. Childhood abuse and neglect and the risk of STDs in early adulthood. *Perspect Sex Reprod Health*. 2011 Mar;43(1):16-22.

94. Bardagi MP. Os estilos parentais e sua relação com a indecisão profissional, ansiedade e depressão dos filhos adolescentes [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
95. Juang LP, Silbereisen RK. Supportive parenting and adolescent adjustment across time in former East and West Germany. *J Adolesc.* 1999;22(6):719-36.
96. Juang LP, Silbereisen RK. The relationship between adolescent academic capability beliefs, parenting and school grades. *J Adolesc.* 2002 Feb;25(1):3-18.
97. Laible DJ, Carlo G. The differential relations of maternal and paternal support and control to adolescent social competence, self-worth, and sympathy. *J Adolesc Res.* 2004;19:759-82.
98. Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L, Dornbusch SM. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Dev.* 1991 Oct;62(5):1049-65.
99. Meesters C, Muris P. Perceived parental rearing behaviors and coping in young adolescents. *Pers Individ Dif.* 2004 Aug;37(3):513-22.
100. Pacheco JT, Teixeira MAP, Gomes WB. Estilos parentais e habilidades sociais na adolescência. *Psic: Teor Pesq.* 1999;15(2):117-26.
101. Reppold CT. Estilo parental percebido e adaptação psicológica de adolescentes adotados [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2001.
102. Shucksmith J, Hendry LB, Glendinning A. Models of parenting: Implications for adolescent well-being within different types of family contexts. *J Adolesc.* 1995 June;18(3):253-70.
103. Darling N, Steinberg L. Parenting style as context: an integrative model. *Psychol Bull.* 1993;113(3):487-93.
104. Alvarenga P. Práticas educativas parentais como forma de prevenção de problemas de comportamento. In: Guilhardi HJ, organizador. *Sobre comportamento e cognição.* Porto Alegre: ESETec Editores Associados; 2001. p. 54-60.
105. Costa FT, Teixeira MAP, Gomes WB. Responsividade e exigência: duas escalas para avaliar estilos parentais. *Psicol Refl Crít.* 2000;13(3):46-52.

106. Oliveira EA, Marin AH, Pires FB, Frizzo GB, Ravanello T, Rossato C. Estilos parentais autoritário e democrático-recíproco intergeracionais, conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. *Psicol Refl Crít.* 2002;15(1):1-11.
107. Bee H. *A criança em desenvolvimento*. Porto Alegre: Artmed; 1996.
108. Baumrind D. Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genet Psychol Monogr.* 1967;75(1):43-88.
109. Baumrind D. Current patterns of parental authority. *Dev Psychol.* 1971;4(1 Pt.2):1-103.
110. Baumrind D, Black AE. Socialization practices associated with dimensions of competence in preschool boys and girls. *Child Dev.* 1967;38(2):291-327.
111. Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L, Dornbusch SM. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Dev.* 1991 Oct;62(5):1049-65.
112. Steinberg L, Lamborn SD, Darling N, Mounts NS, Dornbusch SM. Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Dev.* 1994;65(3):754-70.
113. Knight KH, Eifenbein MH, Capozzi L, Eason HÁ, Bernardo MF, Ferus KS. Relationship of connected and separate knowing to parental style and birth order. *Sex Roles.* 2000 Aug;43(3):229-40.
114. Wright JP, Cullen FT. Parental efficacy and delinquent behavior: control and support matter? *Criminology.* 2001;39(3):677-705.
115. Stattin H, Kerr M. Parental monitoring: a reinterpretation. *Child Dev.* 2000 Jul-Aug;71(4):1072-85.
116. Cernkovich SA, Giordano PC. Family relationships and delinquency. *Criminology.* 1987;25(2):295-321.
117. Benda BB, Whiteside L. Testing an integrated model of delinquency using LISREL. *J Soc Sci Res.* 1995;21(2):1-32.
118. Sokol-Katz J, Dunham R, Zimmerman R. Family structure versus attachment in controlling adolescent deviant behavior: a social control model. *Adolescence.* 1997 Spring;32(125):199-215.

119. Pettit G, Lair RD, Dodge KA, Bates J, Criss M. Antecedents and behavior-problem out-comes of parental monitoring and psychological control in early adolescence. *Child Dev.* 2001 Mar-Apr;72(2):583-98.
120. Zahn-Waxler C, Radke-Yarrow M, King AR. Child rearing and children's prosocial initiations toward victims of distress. *Child Dev.* 1979 Jun;50(2):319-30.
121. Eisesenberg N, Fabes RAA, Carlo G, Speer LA, Switer G, Karbon M, et al. The relations of empathy-relate emotions and maternal practices to children's comforting behavior. *J Exp Child Psychol.* 1993 Apr;55(2):131-50.
122. Jansens JMAM, Dekovic M. Child rearing, prosocial moral reasoning, and prosocial behavior. *Int J Behav Dev.* 1997;20(3):509-27.
123. Nurco DN, Lerner M. Vulnerability to narcotic addiction: family structure and functioning. *J Drug Issues.* 1996;26:1007-95.
124. Hoffmann ML. Discipline and internalization. *Dev Psychol.* 1994;30(1):26-8.
125. Loos H, Ferreira SPA, Vasconcelos FC. Julgamento moral: estudo comparativo entre crianças institucionalizadas e crianças de comunidade de baixa renda com relação à emergência do sentimento de culpa. *Psicol Reflex Crít.* 1999;12(1):47-70.
126. Kellerman J. Filhos selvagens: reflexões sobre a crianças violentas. Rio de Janeiro: Rocco; 2002. p 112.
127. Lind MJ, Brown RC, Sheerin CM, York TP, Myers JM, Kendler KS, et al. Does parenting influence the enduring impact of severe childhood sexual abuse on psychiatric resilience in adulthood? *Child Psych Hum Dev.* 2018 Feb;49(1):33-41.
128. East PI, Hokoda A. Risk and protective factors for sexual and dating violence victimization: a longitudinal, prospective study of Latino and African American adolescents. *J Youth Adolesc.* 2015 Jun;44(6):1288-300.
129. Oliveira EA, Marin AH, Pires FB, Frizzo GB, Ravanello T, Rossato C. (). Estilos parentais autoritário e democrático-recíproco intergeracionais, conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. *Psicol Reflex Crít.* 2002;15(1):1-11.
130. Gershoff ET. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. *Psychol Bull.* 2002 Jul;128(4):539-79.

131. Haapasolo J, Pokella E. Child-rearing and abuse antecedents of criminality. *Agress Violent Behav.* 1999;4(1):107-27.
132. Straus MA. *Beating the Devil out of them: corporal punishment American families.* Nova York: Lexington Books; 1994.
133. Ayala RC, Rivera-Rivera L, Angeles-Llerenas A, Díaz-Cerón E, Allen-Leigh B, Ponce EL. *Rev. Saúde Pública* 2009;43(3):506-14.
134. Cutrín O, Gomez-Fraguela JA, Maneiro L, Sobral J. Effects of parenting practices through deviant peers on nonviolent and violent antisocial behaviors in middle -and late-adolescence. *Eur J Psychol Appl Legal Context.* 2017;9(2):75-82.
135. Widom CS. Child abuse, neglect and witnessing violence. In: Stoff DM, Brelling, J, Maser JD, organizers. *Handbook of antisocial behavior.* Nova York: John Wiley & Sons; 1997. p. 159-70.
136. Simons RL, Lin K, Gordon L, Conger R. A cross-cultural examination of the link between corporal punishment and adolescent antisocial behavior. *Criminology.* 2000;38(1):47-80.
137. Ayala RC, Rivera-Rivera L, Angeles-Llerenas A, Diaz-Ceron E, Allen-Leigh B, Ponce EL. Fatores de abuso sexual na infância e adolescência de estudantes de Morelos, Mexico. *Rev Saúde Pública [Internet].* 2009 May/Jun [citado 2019 maio 29];43(3):246-55. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000300015>.
138. Kerka S. Parenting and career development. ERIC digest: no 214. ERIC Clearinghouse on adult, career, and vocational education [Internet]. Columbus, OH. Office of Educational Research and Improvement; 2000 [cited 2019 Jan 12]. Disponible from: <http://ericacve.org/docs/dig214.pdf>
139. Weber LND, Brandenburg OJ, Viezzer AP. A relação entre estilo parental e o otimismo da criança. *Psico-USF.* 2003;8(1):71-9.
140. Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L, Dornbusch SM. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Dev.* 1991;62(5):1049-65.
141. Seligman MEP. *The optimistic child: a proven program to safeguard children against depression and build lifelong resilience.* New York: Harper Perennial. 1995.

142. Pettit GS; Bates JE. Family interaction patterns and children's behavior problems from infancy to 4 years. *Dev Psychol.* 1992;25(3):413-20.
143. Simons RL, Chao W, Conger RD, Elder G. Quality of parenting as mediator of the effects of childhood deficiency on adolescent friendship choices and delinquency: a growth curve analysis. *J Marriage Fam.* 2001;63(1):63-79.
144. Cavell TA. *Working with parents of aggressive children.* Washington: American Psychological Association; 2000.
145. Feldman MP. *Comportamento criminoso: uma análise psicológica.* Rio de Janeiro: Zahar; 1997.
146. Ol Dershaw L, Walters GC, Hall DK. Control strategies and noncompliance in abusive mother-child dyads: an observational study. *Child Dev.* 1986 Jun;57(3):722-32.

ANEXOS

---

## Anexo 1 – Parecer Consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** VIOLÊNCIA SEXUAL: REVELAÇÃO, PREVENÇÃO E REDUÇÃO DE DANOS NA ADOLESCÊNCIA  
ESTUDO A - VIOLÊNCIA SEXUAL: PORQUE NÃO REVELAR?  
ESTUDO B - VIOLÊNCIA SEXUAL: REVELAÇÃO, PREVENÇÃO E REDUÇÃO DE DANOS ATRAVÉS DA LEITURA.

**Pesquisador:** FLÁVIA CALANCA DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 57262016.7.0000.5505

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.317.772

#### Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n: 0826/2016

Trata-se da apresentação de emenda ao protocolo original

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Estudo A: será avaliado a prevalência de adolescentes vítimas de violência sexual que não revelaram o abuso, em uma população de estudantes universitários do sexo masculino e feminino, bem como os motivos da não revelação e os fatores associados. Estudo B: compreender-se-á o que as/os adolescentes precisam saber e/ou sentir relacionado ao tema da violência sexual, que previna, ajude a revelar e diminua os danos do ocorrido, objetivando a construção de um livro de contos para abordar o assunto

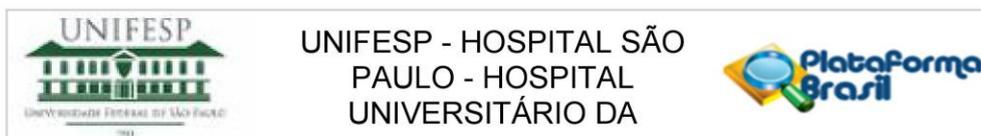
#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

conforme descrito no parecer inicial

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de emenda ao protocolo - justificativa: inclusão de pesquisador

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 2.317.772

Três novos pesquisadores foram incluídos no trabalho, os quais ajudarão na coleta, tabulação dos dados, bem como na redação dos artigos a serem produzidos. O Dr. Carlos Alberto Landi é médico pediatra e aluno de mestrado do Programa de Saúde Coletiva da Unifesp; Gabriel Amaral Zenardi é aluno de graduação do curso de medicina da Unifesp e bolsista do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica; e a pesquisadora Denise Chrysostomo Suzuki é musicista, aluna de especialização do curso "Especialização para Equipe Multiprofissional do Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente" da Unifesp. A inserção de tais pesquisadores acarretará maior agilidade na coleta e tabulação dos dados, bem como, gerará maior produção científica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

carta de solicitação da alteração apresentada de forma adequada

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

emenda apresentada adequadamente sem óbices éticas para a aprovação

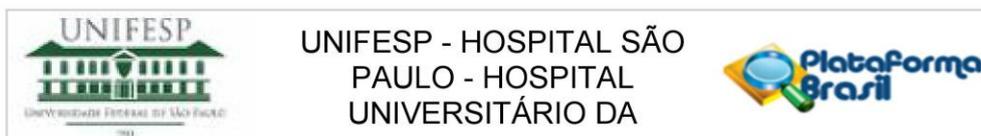
**Considerações Finais a critério do CEP:**

emenda aprovada

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_930505 E1.pdf	30/09/2017 00:04:59		Aceito
Outros	emenda.doc	30/09/2017 00:02:05	FLÁVIA CALANCA DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	IMG_1448.JPG	12/08/2016 16:53:33	FLÁVIA CALANCA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TA_estudoB.doc	12/08/2016 16:40:17	FLÁVIA CALANCA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TA_estudoA.doc	12/08/2016 16:40:02	FLÁVIA CALANCA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_estudoB.doc	12/08/2016 16:39:38	FLÁVIA CALANCA DA SILVA	Aceito

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 2.317.772

Ausência	TCLE_estudoB.doc	12/08/2016 16:39:38	FLÁVIA CALANCA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_estudoA.doc	12/08/2016 16:39:21	FLÁVIA CALANCA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Violencia_Sexual.doc	13/05/2016 13:57:08	FLÁVIA CALANCA DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO.pdf	13/05/2016 13:54:56	FLÁVIA CALANCA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO.pdf	13/05/2016 13:34:08	FLÁVIA CALANCA DA SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 05 de Outubro de 2017

Assinado por:  
Miguel Roberto Jorge  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

APÊNDICES

---

## Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do projeto: **VIOLÊNCIA SEXUAL: POR QUE NÃO REVELAR?**

Essas informações estão sendo fornecidas para participação voluntária neste estudo, que visa avaliar os adolescentes que são ou foram vítimas de violência sexual, reveladas ou não reveladas, bem como as repercussões deste acontecimento na vida; objetivando, com isso, informar a população sobre o tema e desmistificar esse assunto, incentivando a revelação.

O estudo é composto por duas etapas: na primeira etapa o adolescente receberá um questionário contendo 18 questões de múltipla escolha que visam conhecer a idade, o curso que frequenta, nível socioeconômico e o comportamento sexual. Nesse questionário o adolescente não precisará colocar seu nome, apenas telefone para contato e/ou e-mail, para que a pesquisadora possa entrar em contato caso considere necessário (segundo momento do estudo). O adolescente receberá ainda sete instrumentos (todos validados para o português), explicados a seguir:

- Questionário sobre exposição a eventos traumatizantes (Quesi) – contém 28 questões que abordam a exposição a eventos traumatizantes referentes a abuso, tanto físico quanto sexual, e negligência;
- Inventário de Depressão de Beck - Beck Depression Inventory (BDI) – contém 21 questões que objetivam verificar sintomas e atitudes depressivas;
- Inventário Beck de Ansiedade - Beck Anxiety Inventory (BAI) – instrumento autoaplicável, com 21 questões, para a medida clínica de ansiedade;
- Escala de resiliência - instrumento que mede os níveis de adaptação positiva em face de eventos de vida importantes, constituído por 25 itens;
- Questionário sobre qualidade de vida - World Health Organization's quality of life assessment (WHOQOL) – instrumento contendo 26 questões referentes a aspectos da sua qualidade de vida (satisfação com a própria saúde, o acesso a serviços de saúde, transporte, lazer; satisfação com as relações familiares e sociais, entre outros);
- Teste para Triagem do envolvimento com fumo, álcool e outras drogas Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) - questionário estruturado contendo oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos). As questões abordam a frequência de uso, na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas malsucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável;
- Inventário de Estilos Parentais (IEP) Paterno ou Materno –questionário composto de 42 questões que visam avaliar o conjunto de práticas educativas ou atitudes utilizadas pelos cuidadores/responsáveis com o objetivo de educar, socializar e controlar o seu comportamento.

Na segunda etapa do estudo, levando em consideração as respostas assinaladas no Questionário sobre Exposição a Eventos Traumatizantes (Quesi), a pesquisadora entrará em contato com o adolescente, por e-mail ou mensagem via celular (WhatsApp ou SMS), para convidá-lo(a) a participar de uma entrevista individual, em local e horário mais conveniente para ele(a). As entrevistas serão realizadas por uma das pesquisadoras responsáveis pelo estudo (Dra. Flávia Calanca da Silva), gravadas em áudio e transcritas na íntegra por profissional experiente. As transcrições serão conferidas e comparadas às gravações pela pesquisadora. As entrevistas serão conservadas em arquivos eletrônicos durante cinco anos, sendo destruídas ao final deste prazo. Estima-se que cada entrevista tenha duração média de 90 minutos.

O desconforto gerado pode ser considerado moderado, visto que o tema da pesquisa “Violência Sexual” pode acarretar desconforto emocional ao participante.  
Não há benefício direto para o participante.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os principais investigadores são Flávia Calanca da Silva, Aline Monge dos Santos Soares e Maria Sylvia de Souza Vitale, que podem ser encontradas à Rua Botucatu no. 715 São Paulo - SP Telefone(s) 5089-9210 ou pelos e-mails: flavia\_calanca@uol.com.br; alinemonge@gmail.com e sylviavitale@gmail.com

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) –Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br

**É GARANTIDA A LIBERDADE DE RETIRAR O CONSENTIMENTO A QUALQUER MOMENTO OU NÃO PARTICIPAR DO ESTUDO, SEM QUALQUER PREJUÍZO. A PARTICIPAÇÃO NA PRIMEIRA ETAPA NÃO O OBRIGA A PARTICIPAR DA SEGUNDA ETAPA, CASO O ADOLESCENTE SEJA CONVIDADO**

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros alunos, **NÃO SENDO DIVULGADO A IDENTIFICAÇÃO DE NENHUM ESTUDANTE.**

Você tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa. Não há despesas pessoais para o participante. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Em caso de danos diretos ou indiretos causados por este estudo, imediatos ou tardios, o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas. As pesquisadoras se comprometem a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Violência Sexual: porque não revelar?” Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a participação é isenta de



## Apêndice 2 – Termo de Assentimento

Título do projeto: **VIOLÊNCIA SEXUAL: POR QUE NÃO REVELAR?**

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa avaliar os adolescentes que são ou foram vítimas de violência sexual, reveladas ou não reveladas, bem como as repercussões deste acontecimento na vida; objetivando, com isso, informar a população sobre o tema e desmistificar esse assunto, incentivando a revelação.

O estudo é composto por duas etapas: na primeira etapa você receberá um questionário contendo 18 questões de múltipla escolha que visam conhecer sua idade, o curso que frequenta, nível socioeconômico e o seu comportamento sexual. Nesse questionário você não precisará colocar seu nome, apenas telefone para contato e/ou e-mail, para que a pesquisadora possa entrar em contato caso considere necessário (segundo momento do estudo). Você receberá ainda sete instrumentos (todos validados para o português), explicados a seguir:

- Questionário sobre exposição a eventos traumatizantes (Quesi) – contém 28 questões que abordam a exposição a eventos traumatizantes referentes a abuso, tanto físico quanto sexual, e negligência;
- Inventário de Depressão de Beck - Beck Depression Inventory (BDI) – contém 21 questões que objetivam verificar sintomas e atitudes depressivas;
- Inventário Beck de Ansiedade - Beck Anxiety Inventory (BAI) – instrumento autoaplicável, com 21 questões, para a medida clínica de ansiedade;
- Escala de resiliência - instrumento que mede os níveis de adaptação positiva em face de eventos de vida importantes, constituído por 25 itens;
- Questionário sobre qualidade de vida - World Health Organization's quality of life assessment (WHOQOL) – instrumento contendo 26 questões referentes a aspectos da sua qualidade de vida (satisfação com a própria saúde, o acesso a serviços de saúde, transporte, lazer; satisfação com as relações familiares e sociais, entre outros);
- Teste para Triagem do envolvimento com fumo, álcool e outras drogas –Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) - questionário estruturado contendo oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos). As questões abordam a frequência de uso, na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas malsucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável;
- Inventário de Estilos Parentais (IEP) Paterno ou Materno –questionário composto de 42 questões que visam avaliar o conjunto de práticas educativas ou atitudes utilizadas pelos cuidadores/responsáveis com o objetivo de educar, socializar e controlar o seu comportamento.

Na segunda etapa do estudo, levando em consideração as respostas assinaladas no Questionário sobre Exposição a Eventos Traumatizantes (Quesi), a pesquisadora entrará em contato por e-mail ou mensagem via celular (WhatsApp ou SMS), para convidá-lo(a) a participar de uma entrevista individual, em local e horário mais conveniente. As entrevistas serão realizadas por uma das pesquisadoras responsáveis pelo estudo (Dra. Flávia Calanca da Silva), gravadas em áudio e transcritas na íntegra por profissional experiente. As entrevistas serão conservadas em arquivos eletrônicos durante cinco anos, sendo destruídas ao final deste prazo. As transcrições serão conferidas e comparadas às gravações pela pesquisadora.

Estima-se que cada entrevista tenha duração média de 90 minutos.

O desconforto gerado pode ser considerado moderado, visto que o tema da pesquisa “Violência Sexual” pode acarretar desconforto emocional ao participante.

Não há benefício direto para o participante.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os principais investigadores são Flávia Calanca da Silva, Aline Monge dos Santos Soares e Maria Sylvia de Souza Vitale, que podem ser encontradas à Rua Botucatu no. 715 São Paulo - SP Telefone(s) 5089-9210 ou pelos e-mails:

flavia\_calanca@uol.com.br; alinemonge@gmail.com e sylviavitale@gmail.com

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 –1º andar –cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 –E-mail: cepunifesp@epm.br

É GARANTIDA A LIBERDADE DE RETIRAR O CONSENTIMENTO A QUALQUER MOMENTO OU NÃO PARTICIPAR DO ESTUDO, SEM QUALQUER PREJUÍZO. A PARTICIPAÇÃO NA PRIMEIRA ETAPA NÃO O OBRIGA A PARTICIPAR DA SEGUNDA ETAPA, CASO O ADOLESCENTE SEJA CONVIDADO.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros alunos, NÃO SENDO DIVULGADO A IDENTIFICAÇÃO DE NENHUM ESTUDANTE.

Você tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa. Não há despesas pessoais para o participante. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Em caso de danos diretos ou indiretos causados por este estudo, imediatos ou tardios, o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas. O pesquisador se compromete a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via original deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e elucidar as minhas dúvidas sobre a pesquisa “VIOLÊNCIA SEXUAL: PORQUE NÃO REVELAR?”



**Apêndice 3 – Questionário de perfil e comportamento e perfil sócio econômico**

Ficáramos extremamente agradecidos se você pudesse responder esse questionário da maneira mais sincera possível. Reforçamos que você não precisa colocar seu nome, apenas um e-mail e o número do seu telefone celular.

SUAS RESPOSTAS SÃO COMPLETAMENTE CONFIDENCIAIS.

Agradecemos muito a sua colaboração!

1) Idade \_\_\_\_\_ anos. Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2) Sexo: ( ) feminino ( ) masculino

3) Cidade de nascimento \_\_\_\_\_

4) Em São Paulo há quanto tempo? \_\_\_\_\_

5) e-mail \_\_\_\_\_

6) Celular com DDD \_\_\_\_\_

7) Curso: \_\_\_\_\_

Ano ou Semestre \_\_\_\_\_

8) Qual o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

- ( ) analfabeto OU fundamental I incompleto
- ( ) fundamental I completo OU fundamental II incompleto
- ( ) fundamental II completo OU médio incompleto
- ( ) médio completo OU superior incompleto
- ( ) superior completo

9) Na sua casa tem:

a) Automóveis de passeio exclusivamente para uso particular

( ) Não possui ( ) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_

b) Empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana

( ) Não possui ( ) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_

c) Máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho

( ) Não possui ( ) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_

d) Banheiros

( ) Não possui ( ) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_

e) DVD, considerando qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel

( ) Não possui ( ) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_

f) Geladeiras

( ) Não possui ( ) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_

g) Freezers independentes ou parte da geladeira duplex

( ) Não possui ( ) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_

h) Microcomputadores, considerando computadores de mesa, *laptops*, *notebooks* e *netbooks* e desconsiderando *tablets*, *palms* e *smartphones*

( ) Não possui ( ) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_

i) Lavadora de louças

( ) Não possui ( ) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_

j) Forno micro-ondas

( ) Não possui ( ) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_

k) Motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional

( ) Não possui ( ) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_

l) Máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca

( ) Não possui ( ) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_

10) A água utilizada no seu domicílio é proveniente de:

( ) Rede geral de distribuição ( ) Poço ou nascente ( ) Outro meio

11) Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que sua rua é:

( ) asfaltada/pavimentada ( ) terra/cascalho

12) Você já teve relação sexual?

- sim      Se você respondeu SIM, continue na próxima questão.  
 não      Se você respondeu NÃO, vá para o próximo questionário.

13) Com que idade você teve sua primeira relação sexual? \_\_\_\_\_ anos

- não lembro

14) De modo geral, quem são seus/suas parceiros(as) sexuais (você pode assinalar mais de uma alternativa)?

- namorado(a)  
 alguém com quem você está ficando  
 alguém que conheceu em alguma festa, 'balada'  
 um amigo ou colega       outros.

Especifique: \_\_\_\_\_

15) Quantos parceiros (as) você teve até o momento? \_\_\_\_\_ parceiros (as)

- não lembro

16) Quanto ao uso de métodos contraceptivos ("camisinha", pílula, anticoncepcional injetável, adesivo de hormônio, "camisinha feminina", anel vaginal, etc) nas relações sexuais você:

- usa em todas as relações sexuais       usa frequentemente  
 usa às vezes       usa raramente       não usa

17) Você já teve ou tem alguma Doença Sexualmente Transmissível (sífilis, AIDS, gonorreia, HPV, tricomoníase)?

- não       sim.      Qual (is) \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO:**

A questão 18 é apenas para as MULHERES responderem.

18) Você já teve uma gravidez não desejada?

- não       sim

### Apêndice 4 - Questionário sobre trauma na infância (Quesi)

Enquanto eu crescia.....	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Eu não tive o suficiente para comer.					
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.					
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo "estúpido (a)", "preguiçoso (a)" ou "feio (a)".					
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.					
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.					
6. Eu tive que usar roupas sujas.					
7. Eu me senti amado (a).					
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.					
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.					
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.					
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.					
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.					
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.					
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.					
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.					
16. Eu tive uma ótima infância.					
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.					
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.					
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.					
20. Eu tive a melhor família do mundo.					
21. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.					
22. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.					
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.					
24. Alguém me molestou.					
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.					
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.					
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.					
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.					

## Apêndice 5 – Inventário de estilos parentais (IEP) – Práticas parentais paternas ou maternas

O objetivo deste instrumento é estudar a maneira utilizada pelos pais na educação de seus filhos. Não existem respostas certas ou erradas. Responda cada questão com sinceridade e tranquilidade. Suas informações serão sigilosas. Escolha entre as alternativas a seguir, aquelas que mais refletem a forma como seu pai, ou sua mãe ou seu responsável o(a) educa (responda sobre a pessoa que você considera que é ou foi mais responsável por sua educação).

Responda a tabela a seguir fazendo um X no quadrinho que melhor indicar a frequência com que seu PAI/MÃE ou responsável age nas situações relacionadas; mesmo que a situação descrita nunca tenha ocorrido, responda considerando o possível comportamento de seu pai naquelas circunstâncias.

Utilize a legenda de acordo com seguinte critério:

**NUNCA:** se, considerando 10 episódios, ele agiu daquela forma entre 0 a 2 vezes.

**ÀS VEZES:** se, considerando 10 episódios, ele agiu daquela forma entre 3 a 7 vezes.

**SEMPRE:** se, considerando 10 episódios, ele agiu daquela forma entre 8 a 10 vezes.

Práticas parentais paternas ou maternas	8 a 10	3 a 7	0 a 2
	Sempre	Às vezes	Nunca
1. Quando saio conto a ele espontaneamente onde eu vou.			
2. Ele me ensina a devolver objetos ou dinheiro que não me pertencem.			
3. Quando faço algo errado, a punição do meu pai é mais severa dependendo do seu humor.			
4. O trabalho do meu pai atrapalha sua atenção para comigo			
5. Ele ameaça que vai me bater ou castigar e depois nada acontece.			
6. Ele me bate com cinta ou outros objetos.			
7. Ele critica qualquer coisa que eu faça, como o quarto estar desarrumado ou estar com os cabelos despenteados.			
8. Ele pergunta como foi meu dia na escola e me ouve atentamente.			
9. Se eu colar na prova, ele me explica que é melhor tirar nota baixa do que enganar a professora ou a mim mesmo(a).			
	<b>8 a 10</b>	<b>3 a 7</b>	<b>0 a 2</b>
	<b>Sempre</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Nunca</b>
10. Quando saio, ele telefona me procurando muitas vezes.			
11. Quando ele está alegre não se importa com as coisas erradas que eu faça.			
12. Sinto dificuldades em contar meus problemas para ele, pois vive ocupado.			

13. Quando ele me castiga, peço para sair do castigo, e, após um pouco de insistência, ele deixa.			
14. Tenho muito medo de apanhar dele.			
15. Quando estou triste ou aborrecido(a), ele se interessa em me ajudar a resolver o problema.			
16. Quando estrago alguma coisa de alguém, ele me ensina a contar o que fiz e pedir desculpas.			
17. Ele me castiga quando está nervoso; assim que a raiva passa me pede desculpas.			
18. Fico sozinho(a) em casa a maior parte do tempo.			
19. Durante uma briga, eu xingo ou grito com ele e, então, ele me deixa em paz.			
20. Ele controla com quem falo e saio			
21. Fico machucado (a) quando ele (a) me bate			
22. Quando está nervoso acaba descontando em mim			
23. Mesmo quando está ocupado ou viajando, me telefona para saber como estou.			
24. Ele me aconselha a ler livros, revistas ou ver programas de TV que mostrem os efeitos negativos do uso de drogas.			
25. Sinto que ele não me dá atenção.			
	<b>8 a 10</b>	<b>3 a 7</b>	<b>0 a 2</b>
	<b>Sempre</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Nunca</b>
26. Sinto ódio do meu pai quando ele me bate.			
27. Quando ele me manda estudar, arrumar o quarto ou voltar para casa, e não obedeco, ele "deixa para lá".			
28. Especialmente nas horas das refeições, ele fica dando as "broncas".			
29. Após uma festa, ele quer saber se me diverti.			
30. Ele conversa comigo sobre o que é certo ou errado no comportamento dos personagens dos filmes e dos programas de TV.			
31. Ele é mal-humorado.			
32. Ele ignora o que eu gosto.			
33. Ele avisa que não vai me dar um presente caso eu não estude, mas, na hora "H", ele fica com pena e dá o presente.			
34. Se vou a uma festa, ele somente quer saber se bebi, se fumei ou se estava com aquele grupo de maus elementos.			
35. Ele é agressivo comigo.			
36. Ele estabelece regras (o que pode e o que não pode ser feito) e explica suas razões sem brigar.			
37. Ele conversa sobre meu futuro trabalho mostrando os pontos positivos ou negativos da minha escolha.			
38. O mau humor dele impede que eu saia com os amigos.			
39. Ele ignora meus problemas.			
40. Quando fico muito nervoso (a) em uma discussão ou briga, percebo que isso amedronta meu pai.			
41. Ele é violento.			
	<b>8 a 10</b>	<b>3 a 7</b>	<b>0 a 2</b>
	<b>Sempre</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Nunca</b>
42. Quando estou aborrecido (a), ele fica insistindo para eu contar o que aconteceu, mesmo que eu não queira contar.			

## Bibliografia consultada

Academia Brasileira de Letras. Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa, Volp. Busca no vocabulário. [Internet]. 2016 Set [cited 2019 Feb 01]. Available from: <http://www.academia.org.br/nossa-lingua/busca-no-vocabulario>

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Normas de apresentação tabular. 3a ed. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 1993.

Normas para teses e dissertações [internet]. 2ª. ed. rev. e corrigida. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Biblioteca Antônio Rubino de Azevedo, Coordenação de Curso; [cited 2018 Ago 30]. Available from: <http://www.bibliotecacsp.unifesp.br/Documentos-Apostila/normas-para-teses-e-dissertacoes>

Patrias K. Citing medicine: the NLM style guide for authors, editors, and publishers [Internet]. 2nd ed. Wendling DL, technical editor. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2007 [updated 2015 Oct 21; cited 2018 Apr 29]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>

Pereira TA, Montero EFS. Terminologia DeCS e as novas regras ortográficas da língua portuguesa: orientações para uma atualização[Internet]. Acta Cir Bras [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 10];27(7):509-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/acb/v27n7/a14v27n7.pdf>