

Sexualidade na adolescente

Lucia Alves da Silva Lara¹

1. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Como citar:

Lara LA. Sexualidade na adolescente. In: Necessidades específicas para o atendimento de pacientes adolescentes. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. Cap. 3, p. 17-35. (Série Orientações e Recomendações Febrasgo, no. 5/Comissão Nacional Especializada em Sexologia).

Descritores

Sexualidade; Adolescente; Saúde sexual; Adolescência

RESUMO

A sexualidade é um conceito multidimensional e compreende vários aspectos incluindo o amor, as relações interpessoais, o comportamento, as relações sexuais, o afeto, entre outros. O sexo é apenas um aspecto da sexualidade. A construção da sexualidade de uma pessoa inicia mesmo antes de ela nascer, com as expectativas dos pais sobre o que será a criança, e vai influenciar a construção da sexualidade desde a infância até a adolescência. Nesse processo, tem também grande relevância o período que a criança e a adolescente vive na escola, que irá influenciar a construção do comportamento social e sexual da pessoa. A contribuição positiva dos pais e do ambiente escolar é fundamental para a prevenção das relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros e iniciação sexual sem método anticoncepcional, que tem como consequência as infecções sexualmente transmissíveis e a gravidez não planejada/indesejada. Os programas de educação sexual nas escolas e a intervenção oportuna do Ginecologista e Obstetra (GO) são fundamentais e efetivos para a promoção da saúde sexual das adolescentes.

INTRODUÇÃO

O termo “sexualidade” é utilizado como sinônimo de expressão sexual mesmo pelos profissionais de saúde, o que dificulta o desenvolvimento do espectro de cuidados requeridos por essa temática. A sexualidade é um conceito multidimensional e compreende vários aspectos, incluindo o amor, as relações interpessoais, o comportamento social, as relações sexuais, o afeto, a feminilidade, a masculinidade e questões de gênero. A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que a sexualidade é uma energia que motiva a busca do amor, o contato e a intimidade, e se expressa na forma de sentir e na maneira como as pessoas interagem.⁽¹⁾ Dessa forma, cada aspecto da sexualidade abrange uma área do conhecimento e demanda cuidados específicos em saúde. Sendo assim, a abordagem da sexualidade é multidisciplinar e interdisciplinar, inicia-se com a educação sexual (ES) e termina com intervenções médicas e psíquicas.

A construção da sexualidade de uma pessoa começa mesmo antes de ela nascer mediante as expectativas dos pais sobre o que será a criança, bem como a influência que eles exercem sobre a construção da sexualidade dela, ao nascer.⁽²⁾ Uma característica fundamental da sexualidade é a afetividade, que é determinante para a qualidade das relações interpessoais no ambiente profissional, na amizade, no amor e no sexo.⁽³⁻⁵⁾ Assim, a vivência saudável da sexualidade irá depender de como foram elaborados os estímulos que a menina recebeu do seu ambiente, que podem ter sido afetivos, negligentes, neutros ou violentos.⁽⁶⁾ Este texto visa discutir os aspectos da formação da sexualidade das adolescentes, com ênfase

no comportamento sexual e nos cuidados à saúde sexual dessa população.

MÉTODOS

Este texto é o resultado de uma ampla revisão da literatura, em busca de evidências sobre a construção da sexualidade na infância e na adolescência e sobre o comportamento sexual infantil, bem como sobre as práticas sexuais na adolescência. A busca foi realizada no banco de dados do PubMed, no Google – *Indexed Scientific Literature* e *Cochrane Central Register of Controlled Trials* (CENTRAL) (<http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary/search>), e englobou ensaios clínicos de fases II, III e IV, estudos casos-controle, multicêntricos ou não, randomizados ou não, metanálises e revisões sistemáticas, que apresentassem como desfecho primário ou secundário dados sobre o comportamento sexual na infância e na adolescência. Consensos nacionais e internacionais e relatórios da OMS sobre comportamento sexual na infância e na adolescência, foram considerados para leitura. As bases de informações secundárias (revisões, opiniões de especialistas, editoriais, protocolos) foram consultadas para as recomendações baseadas em opiniões sem evidências disponíveis na literatura. Não houve limite inferior de data de publicação e foram incluídos estudos em humanos publicados até setembro de 2018.

ASPECTOS DA CONSTRUÇÃO DA SEXUALIDADE DA ADOLESCENTE

A construção da sexualidade da adolescente irá balizar o seu comportamento sexual e é determinada por estímu-

los que ela recebe desde o nascimento, vindos dos pais, da família e da sociedade.^(7,8) Em geral, esses estímulos são predeterminados pelas normas sociais que visam reafirmar o sexo biológico da criança. Nesse sentido, as meninas são estimuladas para os brinquedos e brincadeiras prefixadas como femininas e, constitucionalmente, elas são mais atraídas por brinquedos e brincadeiras mais estáticas, ao passo que os meninos preferem brincadeiras com mais ação e brinquedos que se movimentam.⁽⁹⁾ Essas preferências parecem fazer parte de características geneticamente herdadas, que são moduladas pela ação dos esteroides sexuais no sistema nervoso central (SNC) no processo do neurodesenvolvimento, que definem habilidades e características psíquicas individuais que influenciam o comportamento.⁽¹⁰⁾ De fato, a testosterona tem papel importante no neurodesenvolvimento e, potencialmente, esse hormônio influencia as diferenças de comportamento entre meninos e meninas.⁽¹¹⁾

O interesse das crianças por questões sexuais começa por volta dos 3 anos de idade e coincide com o aumento gradual dos androgênios e, paralelamente, há um incremento nos comportamentos sexuais compartilhados com outras crianças.⁽¹²⁾ Já na puberdade, as mudanças hormonais ocorridas nessa fase promovem profundas modificações físicas e psíquicas que influenciam o comportamento social e sexual de meninas e meninos.⁽¹³⁾ Sob a ação dos esteroides sexuais, o aparelho genital evolui e ocorrem modificações estruturais e funcionais em áreas cerebrais (área pré-óptica e amígdala) envolvidas no comportamento sexual,^(14,15) aumentando o interesse impulsivo pelo sexo, que impele a adolescente para a interação sexual.

O impulso sexual pode ser modulado pela educação sexual que a adolescente recebe dos pais e no ambiente escolar, e por fatores socioculturais, educacionais e econômicos, que influenciam o comportamento sexual da adolescente.^(7,8) Isso implica que a expressão sexual saudável da menina dependerá do sentido que ela deu às suas experiências positivas e negativas, na interação com os outros e com o seu meio ambiente, desde a infância.⁽¹⁶⁾ Sendo assim, a qualidade do cuidado que a pessoa recebeu na infância refletirá na maneira dela se relacionar com os outros⁽¹⁷⁾ e na expressão sexual dela na adolescência e na vida adulta.⁽¹⁸⁾

A adolescência é um período de contestação e oposição aos dogmas sociais, aos costumes e aos métodos educativos tradicionais da família,⁽¹⁹⁾ que estimulam a abstinência sexual. No entanto, a adolescente vivencia as tendências do seu grupo em relação aos hábitos, ao comportamento social e sexual,⁽²⁰⁾ e tende para a iniciação sexual motivada pelas amigas e cedendo à pressão da parceria.⁽²¹⁾ Além disso, algumas condições adversas vivenciadas pela menina, como violência física e sexual na infância, uso de álcool e de substâncias ilícitas, lares conflituosos, pais negligentes ou separados,⁽²²⁾ são condições que fomentam a iniciação sexual precoce.

COMPORTAMENTO SEXUAL DA INFÂNCIA À ADOLESCÊNCIA

A frequência e o tipo de comportamento sexual da criança são difíceis de serem estimados, porque nem sempre são presenciados pelos adultos.⁽²³⁾ A masturbação é a manifestação sexual mais precoce, pode ser identificada em crianças com meses de idade⁽²⁴⁾ e ocorre ao longo da vida. Os comportamentos sexuais compartilhados com outras crianças do sexo oposto ou do mesmo sexo aumentam em torno dos 3 anos de idade,⁽¹²⁾ são conhecidos como “brincadeiras sexuais” e são considerados normais, desde que sejam diversificados em frequência e nas práticas, sendo os mais comuns a masturbação, olhar a genitália do outro e o envolvimento oportuno em brincadeiras sexuais com outras crianças, entre outros.⁽²⁵⁾

As brincadeiras sexuais aumentam gradativamente com a aproximação da puberdade,⁽²⁶⁾ fazem parte do desenvolvimento adequado da criança e contribuem para o despertar para a expressão sexual, porém, se ocorrerem sob coerção de outra criança, o que não é incomum,^(27,28) podem gerar problemas sexuais na vida adulta.

Os comportamentos sexuais de crianças podem incomodar os adultos⁽²⁹⁾ que os dimensionam na perspectiva do tabu que permeia as vivências sexuais deles. Mas apenas os comportamentos sexuais repetitivos em crianças, como a masturbação excessiva,⁽³⁰⁾ são dignos de preocupação, porque podem refletir um quadro de patologia psíquica como depressão e ansiedade,⁽³¹⁾ ou desvio de conduta da criança, consequente a exposição à violência doméstica, negligência dos pais e cuidadores, e abuso sexual, entre outros.⁽³²⁾ Assim, o comportamento sexual infantil patológico precisa ser investigado por profissionais competentes. O quadro 1 evidencia importantes conceitos sobre a sexualidade na infância que influenciará o comportamento sexual na adolescência.

Já na adolescência as vivências sexuais ocorrem por meio das relações homoafetivas, heteroafetivas, ambas, ou diferentes, que podem ser transitórias ou permanentes.⁽³⁸⁾ Os relacionamentos homoafetivos experimentais são comuns nessa fase e podem gerar incertezas para a adolescente em relação a sua orientação sexual.⁽³⁹⁾ Devido a isso, os conflitos internos podem surgir e aumentam o risco de ansiedade e depressão, distorção da autoimagem e rebaixamento da autoestima.^(40,41)

A escola é um local onde os adolescentes se agrupam para trocar informações sobre sexo, para compartilhar suas experiências sexuais e para agregar razões a favor da iniciação sexual.⁽⁴²⁾ O comportamento da adolescente, social, sexual e em relação aos hábitos está associado ao comportamento do grupo a que ela pertence, assim como pela influência das amigas e de seu parceiro.⁽²¹⁾

A iniciação sexual da adolescente tem ocorrido cada vez mais precocemente. A OMS considera iniciação sexual precoce a ocorrência de relações sexuais pênis-vagina com idade ≤ 15 anos.⁽⁴³⁾ Entretanto, uma

Quadro 1. Aspectos do comportamento sexual da criança

As explorações sexuais lúdicas (brincadeiras sexuais) de crianças presenciadas pelo adulto não devem ser ativamente reprimidas para não levar ao constrangimento da criança. ⁽³³⁾ Em geral, as crianças retomam as brincadeiras, casualmente.
Comportamento sexual repetitivo em criança é anormal e requer investigação, para afastar violência física, emocional e sexual, depressão, violência sexual ou hipersexualidade decorrentes de negligência de cuidados à criança e exposição a vivências sexuais dos adultos. ⁽³⁴⁾
Responder estritamente à pergunta da criança sobre questões como “como eu nasci”? Resposta sugerida: “de parto normal”. Depois de algum tempo ela irá perguntar: “como é parto normal?”. Resposta sugerida: “é o parto vaginal”.
A exposição não intencional da criança à nudez de adultos em situações rotineiras como no banho e troca de roupa não causa nenhum efeito no comportamento sexual das crianças. ⁽³⁵⁾
A exposição mesmo accidental de crianças às relações sexuais de adultos pode motivá-las a se engajarem em práticas sexuais compartilhadas com manipulação da genitália e simulação da relação sexual presenciada. ⁽³³⁾
A erotização da criança tem relação direta com o nível de erotização na família e poderá influenciar o seu comportamento nas relações interpessoais futuras. ⁽³⁶⁾
O abuso sexual é, sistematicamente, diagnosticado pela história clínica ou pela modificação do comportamento da criança, ou ainda por sintomas urogenitais recorrentes. ⁽³⁷⁾

revisão recente evidenciou o benefício de postergar a iniciação sexual para os 16 anos,⁽⁴⁴⁾ porque as meninas que iniciam relações sexuais precocemente tendem a iniciar a vida sexual sem utilizar método anticoncepcional eficaz⁽⁴⁵⁾ e usam menos o preservativo nas relações subsequentes.⁽⁴⁶⁾ Assim, aumenta a prevalência da gravidez indesejada e não planejada na adolescência e também aumentam os comportamentos de risco (múltiplos parceiros, abuso de álcool e de substâncias ilícitas), o que interfere no desenvolvimento psíquico, educacional, emocional e social da adolescente.^(47,48) Vale lembrar também que as meninas filhas de pais adolescentes têm maior predisposição para engravidarem na adolescência, replicando o comportamento sexual dos pais.^(49,50) O quadro 2 evidencia vários fatores que influenciam o comportamento sexual na adolescência.

SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA

A depressão na adolescência é uma condição comum, porém nem sempre diagnosticada. A incidência é maior em meninas, aumenta acentuadamente após a puberdade e, no final da adolescência, a taxa de prevalência de um ano excede 4%.⁽⁵¹⁾ A depressão na adolescência está associada ao aumento do risco para o suicídio e deve ser suspeitada sempre que há história familiar de depressão e exposição ao estresse psicossocial. Além da

Quadro 2. Fatores que favorecem a iniciação sexual precoce

BIOLÓGICO:
• Impulso sexual associado à elevação dos androgênios no período puberal
PSÍQUICOS, EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS:
• Pressão do parceiro para aumentar a intimidade e iniciar as relações sexuais
• Baixa autoestima e insegurança
• Violência sexual (abuso sexual)
• Uso de drogas e álcool
AMBIENTAIS:
• Baixa condição socioeconômica
• Ser filha de mãe adolescente
• Falta de monitoramento dos pais
• Pais separados
• Pais negligentes
• Lares conflituosos
• Conflito dos pais e com os pais
• Viver com apenas um dos pais
• Baixo nível escolar
• Estímulo sexual precoce na mídia
DEFICIÊNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE CUIDADO À SAÚDE SEXUAL DO ADOLESCENTE:
• Ausência de programas de educação sexual na escola
• Desconhecimento do adolescente sobre ISTs/HIV
• Influência do meio; amigas que iniciaram a vida sexual

ISTs: infecções sexualmente transmissíveis; HIV: vírus da imunodeficiência humana.

suspeita clínica, o diagnóstico de depressão pode ser acessado por meio de instrumento psicométrico validado para o português brasileiro. O quadro 3 evidencia o Questionário Sobre a Saúde do Paciente – 9 (versão da PHQ-9), que é um instrumento breve que reúne nove itens, dispostos em uma escala de quatro pontos do tipo Likert: 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias), com pontuação que varia de 0 a 27 para avaliar a frequência de sinais e sintomas de depressão nas últimas duas semanas. Estima-se, como indicador positivo de depressão maior, valor ≥ 10 .⁽⁵²⁾

**MEDIDAS DE CUIDADO À SAÚDE SEXUAL DA ADOLESCÊNCIA
POLÍTICAS PÚBLICAS**

Os agravos à saúde sexual e geral das adolescentes relacionados com a iniciação sexual precoce indicam que a prevenção é o foco central do cuidado à sexualidade da adolescente. A prevenção da iniciação sexual precoce envolve medidas que possam reduzir a motivação delas para iniciar as relações sexuais (Quadro 2). As mudanças hormonais na puberdade constituem a força natural que impele a menina para a busca por intimidade e prazer sexual, e não são controladas por proibições ou conselhos para postergar a iniciação sexual. São necessárias políticas públicas com programas de educação sexual nas escolas, que

Quadro 3. Questionário Sobre a Saúde do Paciente – 9 (versão da PHQ-9)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3
Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas. () Nenhuma dificuldade () Alguma dificuldade () Muita dificuldade () Extrema dificuldade				

Fonte: Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet*. 2012;379(9820):1056-67.⁽⁵⁰⁾ de Lima Osório F, Vilela Mendes A, Crippa JA, Loureiro SR. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspect Psychiatr Care*. 2009;45(3):216-27.⁽⁵¹⁾

já demonstraram eficácia para prevenir a iniciação sexual precoce e o comportamento sexual de risco subsequente,⁽⁵³⁾ bem como para prevenir os agravos relacionados com as práticas sexuais na adolescência.⁽⁵⁴⁾ Esses programas devem tratar sobre a importância da religiosidade e do monitoramento dos pais,⁽⁵⁵⁾ mas precisam dar ênfase na importância da educação sexual nas escolas (ESE)⁽⁵⁶⁾ oferecida pelos professores, que precisam ser capacitados para isso. As orientações sobre saúde sexual e reprodutiva pelos educadores e por profissionais de saúde⁽⁵⁷⁻⁵⁹⁾ constituem fatores de proteção contra a iniciação sexual precoce e as práticas sexuais de risco na adolescência.

É fundamental atentar para o fato de que a ESE é mais efetiva para prevenir a iniciação sexual precoce, múltiplos parceiros, sexo casual e relações sexuais desprotegidas quando instituída mais cedo para alunos do 5º e 6º ano.⁽⁶⁰⁾ Esses programas precisam ser desenhados com diferentes níveis de informação, para reforçar, sequencialmente, as medidas preventivas, porque as intervenções isoladas e pontuais não são efetivas.⁽¹⁸⁾ A educação sexual oferecida pelos pais⁽⁷⁾ e o monitoramento deles⁽⁶¹⁾ contribuem para postergar a iniciação sexual, portanto os pais precisam ser inseridos nos programas de ESE.

Os programas mais efetivos para retardar a iniciação sexual pênis-vagina são os que oferecem treinamento

para autocontrole e negociação diante de situações de risco, aprimoramento da comunicação dos adolescentes por meio de grupos de discussão interativa e técnicas de encenação (*role play*). As ações nas escolas que visaram apenas à abstinência foram efetivas para reduzir em 15% o risco de iniciação sexual precoce.⁽⁶²⁾ Os programas que vincularam as ações nas escolas com serviços de saúde reprodutiva e ações comunitárias são os que mais favoreceram a redução das taxas de gravidez na adolescência.^(63,64)

PAPEL DO GINECOLOGISTA E OBSTETRA (GO)

O papel do GO é crucial na prevenção da gravidez indesejada/não planejada, ISTs, depressão, arrependimentos, entre outros, relacionados com a iniciação sexual precoce e as práticas sexuais de risco da adolescente. O Ministério da Saúde reserva ao médico o direito de atender a adolescente sem a presença dos pais ou responsáveis, se ela assim o desejar,⁽⁶⁵⁾ o que torna mais fácil a conversa sobre as questões sexuais. Para isso, é necessário que o GO siga um roteiro de abordagem baseado em evidências (Quadro 2) e poderá contar com a presença de uma assistente, a fim de se precaver de problemas judiciais. Vale lembrar que o exame ginecológico, quando necessário, precisa ser com o consentimento da menina e com a presença de uma assistente ou da mãe.

Com frequência, o GO é consultado sobre o comportamento sexual de crianças, sendo essa uma janela de oportunidade para oferecer medidas para a promoção da sexualidade saudável da criança, que poderá impactar positivamente na expressão da sexualidade dela na adolescência. As medidas propostas estão elencadas no quadro 4.

As orientações do GO para as adolescentes constam de esclarecimentos sobre a vivência sexual saudável e prazerosa. É importante informar que a satisfação sexual plena demanda maturidade e relações interpessoais afetivas e que, para a mulher, a satisfação sexual não está diretamente vinculada à sua capacidade de ter orgasmo. Esclarecer que o orgasmo pode ocorrer com mais facilidade com o estímulo direto no clitôris, sendo menos comum ocorrer com o estímulo indireto da relação pênis-vagina.⁽⁶⁸⁾

Aos pais, o GO deve esclarecer que a participação deles é fundamental para mediar os efeitos ambientais no comportamento geral e sexual da adolescente.⁽⁶⁹⁾ Os pais devem ser informados sobre o efeito protetor da relação harmoniosa entre eles e com a filha para reduzir os comportamentos sexuais de risco e para postergar a idade da primeira relação sexual.⁽⁷⁰⁾

O quadro 5 elenca algumas medidas educativas para a promoção da sexualidade saudável que o GO pode oferecer aos pais e cuidadores e à adolescente.

CONCLUSÃO

A sexualidade é um conceito multidimensional que inclui as relações interpessoais, o comportamento, as relações sexuais e o afeto. O sexo é apenas um aspecto da sexualidade. Os pais e o ambiente escolar são fundamentais para a construção da sexualidade da adolescente. A educação sexual nas escolas é essencial para a prevenção dos comportamentos sexuais de risco da adolescente e contribui para a redução das taxas de gravidez não planejada/indesejada nessa fase. A interven-

ção oportuna do GO é efetiva para a promoção da saúde sexual das adolescentes.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Geneva: WHO; 1975. (Report of a WHO Meeting Ser. T. Rep: 5-33).
2. World Health Organization (WHO). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. Geneva: WHO; 2006. (Sexual Health Documents Series, 30).
3. Lavallo WR, Farag NH, Sorocco KH, Acheson A, Cohoon AJ, Vincent AS. Early life adversity contributes to impaired cognition and impulsive behavior: studies from the Oklahoma Family Health Patterns Project. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013;37(4):616-23.
4. Ellis BJ, Schlomer GL, Tilley EH, Butler EA. Impact of fathers on risky sexual behavior in daughters: a genetically and environmentally controlled sibling study. *Dev Psychopathol*. 2012;24(1):317-32.
5. Stephenson R, Simon C, Finneran C. Community factors shaping early age at first sex among adolescents in Burkina Faso, Ghana, Malawi, and Uganda. *J Health Popul Nutr*. 2014;32(2):161-75.
6. van de Bongardt D, Reitz E, Sandfort T, Deković M. A meta-analysis of the relations between three types of peer norms and adolescent sexual behavior. *Pers Soc Psychol Rev*. 2015;19(3):203-34.
7. Barman-Adhikari A, Cederbaum J, Sathoff C, Toro R. Direct and indirect effects of maternal and peer influences on sexual intention among urban African American and Hispanic females. *Child Adolesc Social Work J*. 2014;31(6):559-75.
8. Morón-Duarte LS, Latorre C, Tovar JR. Risk factors for adolescent pregnancy in Bogotá, Colombia, 2010: a case-control study. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(3):179-84.
9. Collaer ML, Hines M. Human behavioral sex differences: a role for gonadal hormones during early development? *Psychol Bull*. 1995;118(1):55-107. Review.
10. Chen C, Decety J, Huang PC, Chen CY, Cheng Y. Testosterone administration in females modulates moral judgment and patterns of brain activation and functional connectivity. *Hum Brain Mapp*. 2016;37(10):3417-30.
11. Berenbaum SA, Bryk KL, Beltz AM. Early androgen effects on spatial and mechanical abilities: evidence from congenital adrenal hyperplasia. *Behav Neurosci*. 2012;126(1):86-96.
12. Palmert MR, Hayden DL, Mansfield MJ, Crigler JF Jr, Crowley WF Jr, Chandler DW, et al. The longitudinal study of adrenal maturation during gonadal suppression: evidence that adrenarche is a gradual process. *J Clin Endocrinol Metab*. 2001;86(9):4536-42.

Quadro 4. Medidas educativas sobre sexualidade na infância

Medidas educativas	Evidência
Responder ao questionamento da criança sobre questões sexuais sem informações adicionais, aguardando que a criança manifeste sua curiosidade.	Se o tema não surge espontaneamente, utilizar situações como nascimento de um bebê na família ou de um animal para estimular o tema. ⁽⁶⁶⁾
Não utilizar codinomes para a genitália feminina e masculina.	Utilizar nomes próprios: pênis e vulva/vagina. ⁽⁶⁶⁾
Presenciar com naturalidade as atividades sexuais lúdicas, individuais ou compartilhadas da criança, sem fazer comentários repressivos.	A curiosidade sexual e explorações sexuais lúdicas seriam benéficas se não fossem ativamente reprimidas, ⁽³³⁾ o que gera culpa na criança.
Buscar ajuda profissional para atividade sexual repetitiva da criança.	Comportamento sexual repetitivo em crianças pode refletir a negligência ou violência e alterações psíquicas como depressão e ansiedade. ⁽³¹⁾
Atentar para a mudança de comportamento da criança como fobias, masturbação excessiva, medo de ir à escola, medo de ficar sozinha.	Alterações emocionais e psíquicas e hipersexualidade são comuns em crianças vítimas de abuso sexual, ⁽⁶⁷⁾ violência doméstica ou negligência.

Quadro 5. Medidas educativas sobre sexualidade da adolescente

1 Esclarecer que o sexo é fonte lícita de prazer para ser vivenciada por meio do autoerotismo ou do compartilhamento com outra pessoa. ^(44,71)	7 Intermediar a discussão entre pais e adolescente sobre temas sexuais. ⁽⁷⁷⁾ Em geral, as adolescentes preferem a mãe para obter informações sobre sexo.	13 Informar sobre o risco potencial de adição a drogas e álcool nessa fase.
2 Esclarecer sobre a anatomia da genitália, medidas higiênicas, tipos de hímen, possibilidade de dor e sangramento na primeira relação e fases da resposta sexual, desejo, excitação, orgasmo e satisfação sexual que podem ser alteradas por vários fatores biológicos, psíquicos e relacionais. ⁽⁷²⁾	8 Orientar os pais sobre não restringir a iniciação sexual para adolescentes com desenvolvimento psicoemocional e cognitivo adequado. Essas adolescentes têm potencial para fazer escolhas conscientes se forem devidamente informadas. ⁽⁷⁸⁾ A restrição da vivência sexual para essas adolescentes estimula a iniciação sexual precoce. ⁽⁷⁹⁾	14 Informar a adolescente sobre riscos dos relacionamentos sexuais transitórios com múltiplos parceiros, ⁽⁸⁰⁾ que estão associados ao aumento da incidência de lesões precursoras do câncer do colo uterino.
3 Informar que o orgasmo nem sempre ocorre, espontaneamente, nas relações sexuais pênis-vagina ⁽⁷³⁾ e que 20% a 36% das mulheres conseguem orgasmo na penetração, ⁽⁷⁴⁾ mas a maioria delas consegue com a masturbação. ⁽⁷⁵⁾	9 Informar aos pais que a relação assertiva e colaborativa com a adolescente favorece o adiamento da sexarca. ⁽⁷⁰⁾	15 Detalhar sobre o uso correto do preservativo e de método anticoncepcional eficaz. A iniciação precoce do anticoncepcional está associada à maior adesão ao método. ⁽⁸¹⁾
4 Informar que o autoerotismo (masturbação) é uma prática comum e natural, como fonte de prazer sexual e importante para a mulher aprender a ter orgasmo. ⁽⁷⁵⁾	10 Informar aos pais sobre a importância do monitoramento da adolescente (conhecer com quem a menina se relaciona, lugares que frequenta, discutir ISTs/AIDS) para reduzir comportamentos de risco. ⁽⁶⁶⁾	16 Estimular o uso do preservativo e prescrever um método anticoncepcional eficaz, lembrando que as pílulas sem intervalo e os métodos reversíveis de longa duração (<i>long-acting reversible contraceptives</i> – LARC) são os mais efetivos para evitar gravidez precoce e recorrência de gravidez na adolescência. ⁽⁸²⁾
5 Informar que é importante postergar a relação sexual para os 16 anos ou mais para prevenir problemas de saúde física e mental para a adolescente. ⁽⁴⁴⁾	11 Alertar a adolescente sobre a pressão de amigas e do namorado, bem como da influência da mídia para a iniciação sexual. Reforçar a importância de ela mesma decidir o melhor momento para iniciar a vida sexual. ⁽⁶⁶⁾	17 Informar sobre a segurança dos anticoncepcionais hormonais. Lembrar que o anticoncepcional combinado não afeta a estatura e o peso corporal. ⁽⁸³⁾
6 Informar sobre contágio das ISTs/HIV. O conhecimento sobre essas doenças contribui para postergar a sexarca e reduzir o sexo desprotegido. ⁽⁷⁶⁾	12 Informar aos pais e adolescentes que os relacionamentos homoafetivos podem ocorrer de maneira transitória na adolescência.	18 Orientar vacinas para HPV, hepatite B e outros.

ISTs: infecções sexualmente transmissíveis; HIV: vírus da imunodeficiência humana; HPV: papilomavírus humano.

13. Caruso S, Agnello C, Malandrino C, Lo Presti L, Cicero C, Cianci S. Do hormones influence women's sex? Sexual activity over the menstrual cycle. *J Sex Med*. 2014;11(1):211-21.
14. Herting MM, Gautam P, Spielberg JM, Kan E, Dahl RE, Sowell ER. The role of testosterone and estradiol in brain volume changes across adolescence: a longitudinal structural MRI study. *Hum Brain Mapp*. 2014;35(11):5633-45.
15. Sullivan EV, Pfefferbaum A, Rohlfing T, Baker FC, Padilla ML, Colrain JM. Developmental change in regional brain structure over 7 months in early adolescence: comparison of approaches for longitudinal atlas-based parcellation. *Neuroimage*. 2011;57(1):214-24.
16. Seehuus M, Clifton J, Rellini AH. The role of family environment and multiple forms of childhood abuse in the shaping of sexual function and satisfaction in women. *Arch Sex Behav*. 2015;44(6):1595-608.
17. Diaz-Aguado MJ, Martinez R. Martinez R. Types of adolescent male dating violence against women, self-esteem, and justification of dominance and aggression. *J Interpers Violence*. 2015;30(15):2636-58.
18. Lundgren R, Amin A. Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: emerging evidence of effectiveness. *J Adolesc Health*. 2015;56(1 Suppl):S42-50.
19. Harden KP. Genetic influences on adolescent sexual behavior: why genes matter for environmentally oriented researchers. *Psychol Bull*. 2014;140(2):434-65.
20. Resnick MD, Catalano RF, Sawyer SM, Viner R, Patton GC. Seizing the opportunities of adolescent health. *Lancet*. 2012;379(9826):1564-7.
21. Mathews C, Aarø LE, Flisher AJ, Mukoma W, Wubs AG, Schaalma H. Predictors of early first sexual intercourse among adolescents in Cape Town, South Africa. *Health Educ Res*. 2009;24(1):1-10.
22. Brown MJ, Masho SW, Perera RA, Mezuk B, Cohen SA. Sex and sexual orientation disparities in adverse childhood experiences and early age at sexual debut in the United States: results from a nationally representative sample. *Child Abuse Negl*. 2015;46:89-102.
23. Larsson I, Svedin CG. Teachers' and parents' reports on 3- to 6-year-old children's sexual behavior – a comparison. *Child Abuse Negl*. 2002;26(3):247-66.

24. Rödöö P, Hellberg D. Girls who masturbate in early infancy: diagnostics, natural course and a long-term follow-up. *Acta Paediatr*. 2013;102(7):762-6.
25. Friedrich WN, Fisher J, Broughton D, Houston M, Shafran CR. Normative sexual behavior in children: a contemporary sample. *Pediatrics*. 1998;101(4):E9.
26. Thigpen JW. Early sexual behavior in a sample of low-income, African American Children. *J Sex Res*. 2009;46(1):67-79.
27. Lamb S, Coakley M. "Normal" childhood sexual play and games: differentiating play from abuse. *Child Abuse Negl*. 1993;17(4):515-26.
28. Larsson I, Svedin CG. Sexual experiences in childhood: young adults' recollections. *Arch Sex Behav*. 2002;31(3):263-73.
29. Gagnon JH. Attitudes and responses of parents to pre-adolescent masturbation. *Arch Sex Behav*. 1985;14(5):451-66.
30. Yang ML, Fullwood E, Goldstein J, Mink JW. Masturbation in infancy and early childhood presenting as a movement disorder: 12 cases and a review of the literature. *Pediatrics*. 2005;116(6):1427-32.
31. Bufferd SJ, Dougherty LR, Carlson GA, Rose S, Klein DN. Psychiatric disorders in preschoolers: continuity from ages 3 to 6. *Am J Psychiatry*. 2012;169(11):1157-64.
32. Hong JS, Tillman R, Luby JL. Disruptive behavior in preschool children: distinguishing normal misbehavior from markers of current and later childhood conduct disorder. *J Pediatr*. 2015;166(3):723-30.e1.
33. Josephs L. How children learn about sex: a cross-species and cross-cultural analysis. *Arch Sex Behav*. 2015;44(4):1059-69.
34. Jaschek G, Carter-Pokras O, He X, Lee S, Canino G. Association of child maltreatment and depressive symptoms among Puerto Rican youth. *Child Abuse Negl*. 2016;58:63-71.
35. Lewis RJ, Janda LH. The relationship between adult sexual adjustment and childhood experiences regarding exposure to nudity, sleeping in the parental bed, and parental attitudes toward sexuality. *Arch Sex Behav*. 1988;17(4):349-62.
36. Izdebska A, Beisert MJ, Roszyk A. The early childhood sexual experiences and collusion in adult partner relationship. *Psychiatr Pol*. 2015;49(3):625-36.
37. Krajewski W, Wojciechowska J, Krefft M, Hirnle L, Kotodziej A. Urogenital tract disorders in children suspected of being sexually abused. *Cent European J Urol*. 2016;69(1):112-7.
38. Charlton BM, Corliss HL, Spiegelman D, Williams K, Austin SB. Changes in reported sexual orientation following US States recognition of same-sex couples. *Am J Public Health*. 2016;106(12):2202-4.
39. Suchert V, Hanewinkel R, Isensee B. Screen time, weight status and the self-concept of physical attractiveness in adolescents. *J Adolesc*. 2016;48:11-7.
40. Mereish EH, Poteat VP. A relational model of sexual minority mental and physical health: the negative effects of shame on relationships, loneliness, and health. *J Couns Psychol*. 2015;62(3):425-37.
41. Woodford MR, Kulick A, Sinco BR, Hong JS. Contemporary heterosexism on campus and psychological distress among LGBTQ students: the mediating role of self-acceptance. *Am J Orthopsychiatry*. 2014;84(5):519-29.
42. Lam D, Marteleto LJ, Ranchhod V. The influence of older classmates on adolescent sexual behavior in Cape Town, South Africa. *Stud Fam Plann*. 2013;44(2):147-67.
43. Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, et al. Inequalities in young people's health: health behaviour in school-aged children. International Report from the 2005/2006 Survey. Hbsc International Report from the 2005/2006 Survey. C. A. A. H. R. U. (Cahru). Scotland: World Health Organization; 2008.
44. Lara LA, Abdo CH. Age at initial sexual intercourse and health of adolescent girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;29(5):417-23.
45. Finer LB, Philbin JM. Sexual initiation, contraceptive use, and pregnancy among young adolescents. *Pediatrics*. 2013;131(5):886-91.
46. Kalolo A, Kibusi SM. The influence of perceived behaviour control, attitude and empowerment on reported condom use and intention to use condoms among adolescents in rural Tanzania. *Reprod Health*. 2015;12(1):105.
47. Donovan P. The Politics of Blame: Family planning, abortion, and the poor. New York (NY): Alan Guttmacher Institute; 1995.
48. Institute AG. Sex and America's teenagers. New York (NY): Alan Guttmacher Institute; 1994.
49. Newcomer SF, Udry JR. Parent-child communication and adolescent sexual behavior. *Fam Plann Perspect*. 1985;17(4):169-74.
50. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet*. 2012;379(9820):1056-67.
51. de Lima Osório F, Vilela Mendes A, Crippa JA, Loureiro SR. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspect Psychiatr Care*. 2009;45(3):216-27.
52. Sipsma H, Biello KB, Cole-Lewis H, Kershaw T. Like father, like son: the intergenerational cycle of adolescent fatherhood. *Am J Public Health*. 2010;100(3):517-24.
53. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016;387(10036):2423-78.
54. Kalamar AM, Bayer AM, Hindin MJ. Interventions to prevent sexually transmitted infections, including HIV, among young people in low- and middle-income countries: a systematic review of the published and gray literature. *J Adolesc Health*. 2016;59(3 Suppl):S22-31.
55. Okigbo CC, Kabiru CW, Mumah JN, Mojola SA, Beguy D. Influence of parental factors on adolescents' transition to first sexual intercourse in Nairobi, Kenya: a longitudinal study. *Reprod Health*. 2015;12(1):73.
56. Oliveira-Campos M, Giatti L, Malta D, Barreto SM. Contextual factors associated with sexual behavior among Brazilian adolescents. *Ann Epidemiol*. 2013;23(10):629-35.
57. Lammers C, Ireland M, Resnick M, Blum R. Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: a survival analysis of virginity among youths aged 13 to 18 years. *J Adolesc Health*. 2000;26(1):42-8.
58. Wheeler SB. Effects of self-esteem and academic performance on adolescent decision-making: an examination of early sexual intercourse and illegal substance use. *J Adolesc Health*. 2010;47(6):582-90.
59. Kennedy EC, Bulu S, Harris J, Humphreys D, Malverus J, Gray NJ. "These issues aren't talked about at home": a qualitative study of the sexual and reproductive health information preferences of adolescents in Vanuatu. *BMC Public Health*. 2014;14(1):770.
60. Frost JJ, Forrest JD. Understanding the impact of effective teenage pregnancy prevention programs. *Fam Plann Perspect*. 1995;27(5):188-95.
61. Sieverding JA, Adler N, Witt S, Ellen J. The influence of parental monitoring on adolescent sexual initiation. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159(8):724-9.
62. Jemmott JB 3rd, Jemmott LS, Fong GT. Efficacy of a theory-based abstinence-only intervention over 24 months: a randomized controlled trial with young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010;164(2):152-9.
63. Zabin LS, Hirsch MB, Streett R, Emerson MR, Smith M, Hardy JB, et al. The Baltimore pregnancy prevention program for urban teenagers. I. How did it work? *Fam Plann Perspect*. 1988;20(4):182-7.
64. Paine-Andrews A, Harris KJ, Fisher JL, Lewis RK, Williams EL, Fawcett SB, et al. Effects of a replication of a multicomponent model for preventing adolescent pregnancy in three Kansas communities. *Fam Plann Perspect*. 1999;31(4):182-9.
65. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007. (Série A: Normas e Manuais Técnicos).

66. Breuner CC, Mattson G; Committee on Adolescence; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Sexuality education for children and adolescents. *Pediatrics*. 2016;138(2). pii: e20161348.
67. Sowmya BT, Seshadri SP, Srinath S, Girimaji S, Sagar JV. Clinical characteristics of children presenting with history of sexual abuse to a tertiary care centre in India. *Asian J Psychiatr*. 2016;19:44-9.
68. Lopes G, Maia M. Conversando com o adolescente sobre sexo. Quem vai responder? Rio de Janeiro: Autêntica Editora; 2001.
69. Collier KM, Coyne SM, Rasmussen EE, Hawkins AJ, Padilla-Walker LM, Erickson SE, et al. Does parental mediation of media influence child outcomes? A meta-analysis on media time, aggression, substance use, and sexual behavior. *Dev Psychol*. 2016;52(5):798-812.
70. Upadhyay UD, Hindin MJ. The influence of parents' marital relationship and women's status on children's age at first sex in Cebu, Philippines. *Stud Fam Plann*. 2007;38(3):173-86.
71. Suleiman AB, Galvan A, Harden KP, Dahl RE. Becoming a sexual being: The 'elephant in the room' of adolescent brain development. *Dev Cogn Neurosci*. 2017;25:209-20.
72. Basson R. Human sexual response. *Handb Clin Neurol*. 2015;130:11-8.
73. Georgiadis JR, Kortekaas R, Kuipers R, Nieuwenburg A, Pruim J, Reinders AA, et al. Regional cerebral blood flow changes associated with clitorally induced orgasm in healthy women. *Eur J Neurosci*. 2006;24(11):3305-16.
74. Harris JM, Cherkas LF, Kato BS, Heiman JR, Spector TD. Normal variations in personality are associated with coital orgasmic infrequency in heterosexual women: a population-based study. *J Sex Med*. 2008;5(5):1177-83.
75. Reisinger JJ. Effects of erotic stimulation and masturbatory training upon situational orgasmic dysfunction. *J Sex Marital Ther*. 1978;4(3):177-85.
76. Markham CM, Tortolero SR, Peskin MF, Shegog R, Thiel M, Baumler ER, et al. Sexual risk avoidance and sexual risk reduction interventions for middle school youth: a randomized controlled trial. *J Adolesc Health*. 2012;50(3):279-88.
77. Hyde A, Carney M, Drennan J, Butler M, Lohan M, Howlett E. The silent treatment: parents' narratives of sexuality education with young people. *Cult Health Sex*. 2010;12(4):359-71.
78. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007;98(2):182-7.
79. Negy C, Velezmoro R, Reig-Ferrer A, Smith-Castro V, Livia J. Parental Influence on Their Adult Children's Sexual Values: A Multi-National Comparison Between the United States, Spain, Costa Rica, and Peru. *Arch Sex Behav*. 2016;45(2):477-89.
80. Allen CF, Edwards P, Gennari F, Francis C, Caffè S, Boisson E, et al. Evidence on delay in sexual initiation, multiple partnerships and condom use among young people: review of Caribbean HIV behavioural studies. *West Indian Med J*. 2013;62(4):292-8.
81. True K, Bajos N, Bohet A, Moreau C. Timing of contraceptive initiation and association with future sexual and reproductive outcomes. *Hum Reprod*. 2014;29(8):1651-8.
82. Kaneshiro B, Salcedo J. Contraception for Adolescents: Focusing on Long-Acting Reversible Contraceptives (LARC) to Improve Reproductive Health Outcomes. *Curr Obstet Gynecol Rep*. 2015;4(1):53-60.
83. Warholm L, Petersen KR, Ravn P. Combined oral contraceptives' influence on weight, body composition, height, and bone mineral density in girls younger than 18 years: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2012;17(4):245-53.

A expressão marcante da sexualidade nas adolescentes e o início da vida sexual cada vez mais precocemente

Lúcia Alves da Silva Lara¹

1. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Descritores

Adolescentes; Sexarca; Educação sexual; Infecções sexualmente transmissíveis; Contracepção

A adolescência é um período marcado por impulsividade, inquietude, incertezas, experimentações e comportamento desafiador em meninos e meninas. A sexualidade é vivenciada plenamente nesse período, por meio das experiências afetivas que se consolidam com a formação de grupos afins, de laços afetivo-sexuais duradouros com parcerias, ou por experiências sexuais

nos encontros casuais.^(1,2) No início da adolescência, os esteroides sexuais promovem modificações estruturais na genitália e ativam o sistema límbico, especialmente a área pré-óptica e a amígdala, que estão envolvidas na pulsão sexual.^(3,4) O mundo mágico dos adolescentes é isento dos riscos "atribuídos" pelos adultos e vai sendo construído seguindo a lógica de suas pulsões límbicas, o que favorece os comportamentos de risco e a iniciação sexual precoce.⁽⁵⁾ A família é a base da construção da sexualidade, mas os adolescentes buscam segurança emocional nos seus pares e fidelizam suas ações ao seu grupo de convívio, que pode ser assertivo ou transgressor, sem a devida preocupação com os aspectos de prevenção.⁽⁶⁾

Os adolescentes têm iniciado a vida sexual cada vez mais precocemente e, quase sempre, sem proteção.