

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.

Segundo o estudo Brasileiro PeNSE, 1/3 dos adolescentes inicia as relações sexuais com menos de 15 anos, muitos sem proteção e sem método contraceptivo.⁽⁷⁾ Realizamos um estudo com 202 estudantes de escolas públicas com idade entre 15 e 19 anos, sendo 69 (34,2%) homens e 133 (65,8%) mulheres. A média de idade da primeira relação pênis-vagina para 63,4% das meninas foi de 14,4 (12-17) anos, e 70 (82,4%) delas não usaram qualquer método contraceptivo na primeira relação sexual. Perguntadas sobre a motivação para iniciar a vida sexual, 69 (81%) delas referiram que era simplesmente porque “estavam a fim”. Juntando isso aos altos índices de relações sexuais sem métodos anticoncepcionais, a iniciação sexual parece ter ocorrido pela força da pulsão sexual dessas meninas, sem o devido preparo de educação sexual formal e sem a adequada prestação de serviços de saúde sexual para dar oportunidade a elas de conhecer os métodos contraceptivos⁽⁸⁾ e as implicações de uma iniciação sexual precoce.

Esses dados em larga escala têm relevância social, pelo aumento da prevalência de comportamentos de risco, como abuso de álcool e substâncias ilícitas, e o aumento da violência e da delinquência, que estão associados à iniciação sexual precoce. O impacto social disso é evidente para a menina que fica limitada no seu desenvolvimento psíquico, educacional, emocional e social, e exposta a condições socioeconômicas, culturais e de saúde menos favoráveis no futuro.^(9,10)

A precocidade da iniciação sexual para os incríveis 12 a 13 anos também é citada na literatura e está relacionada com precárias condições socioculturais, sendo difícil classificar como relação consentida, podendo ter sido uma relação sexual indesejada⁽¹¹⁾ que ocorreu à revelia da autonomia da adolescente. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sexarcação precoce é definida como a ocorrência de relações sexuais pênis-vagina com idade igual ou inferior a 15 anos.⁽¹²⁾ No caso das meninas, elas se beneficiam de uma iniciação sexual mais tardia, especialmente após os 16 anos, que está relacionada com menor comprometimento da saúde física e psíquica em relação às meninas que iniciam a vida sexual mais cedo.⁽⁶⁾ Isso porque as práticas sexuais de risco estão relacionadas com vivências sexuais em adolescentes com menos de 16 anos.⁽⁶⁾

A relação afetiva e equilibrada no ambiente familiar é fundamental para modular o comportamento social e sexual dos adolescentes.⁽¹³⁾ As meninas com relação parental de baixa qualidade tendem a se envolver em comportamento sexual de risco.⁽⁵⁾ A comunicação entre pais e filhos sobre comportamentos, sexualidade, sexo e saúde sexual é um desafio, mas, em estudos nacionais (dados não publicados) e internacionais, os pais são identificados como educadores sexuais preferenciais dos adolescentes. Os fatores facilitadores dessa comunicação estão pautados na relação assertiva deles com o adolescente e na habilidade deles em falar

diretamente sobre sexo com seus filhos. Mas nem sempre isso é simples, porque existem barreiras que dificultam essa comunicação, pois muitos pais se sentem inibidos em falar sobre saúde sexual com seus filhos, e vice-versa.⁽¹⁴⁾

A atitude de contenção/regulação assumida pelos pais diante do comportamento do adolescente favorece o distanciamento nessa relação e desfavorece a comunicação bidirecional entre eles, predispondo aos comportamentos de risco sociais e sexuais dos adolescentes.⁽¹⁵⁾ Sabe-se que a comunicação coibitiva do sexo por meio de mensagens sobre suas consequências negativas não protege os comportamentos sexuais de risco, ao passo que viver em uma família monoparental ou mista favorece esses comportamentos.⁽¹⁶⁾ Também, informações positivas sobre sexo e prevenção são efetivos para reduzir comportamentos sexuais de risco.⁽¹⁷⁾

O médico, em especial o ginecologista e obstetra (GO), tem papel fundamental nas ações que visam reduzir esses comportamentos de risco dos adolescentes para a prevenção de piores agravos como gravidez não planejada, infecções sexualmente transmissíveis, depressão, arrependimentos e múltiplos parceiros, que impactam negativamente na saúde sexual e geral dos adolescentes. O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) defende a participação dos GO inclusive em programas de Educação em Sexualidade, pelo amplo acesso que esse profissional tem a importantes aspectos da sexualidade da adolescente e da saúde sexual dos casais.⁽¹⁸⁾

No Brasil, o Ministério da Saúde⁽¹⁹⁾ reserva ao médico o direito de atender a adolescente sem a presença dos pais ou responsáveis, se ela assim o desejar, mas recomenda que o GO a atenda na presença de uma assistente, a fim de se precaver de problemas judiciais. Mas o exame ginecológico, quando necessário, precisa ser feito com o consentimento da menina e com a presença de uma assistente ou da mãe.

Entretanto, há um conflito entre as diferentes legislações existentes no Brasil no que diz respeito ao atendimento de menores de idade em consultório médico, conforme apresentado no texto “Recomendações para o atendimento de adolescentes menores de 14 anos” neste fascículo.

REFERÊNCIAS

1. Wamoyi J, Heise L, Meiksin R, Kyegombe N, Nyato D, Buller AM. Is transactional sex exploitative? A social norms perspective, with implications for interventions with adolescent girls and young women in Tanzania. *PLoS One*. 2019;14(4):e0214366. doi: 10.1371/journal.pone.0214366
2. Amiot CE, Aubin RM. Why and how are you attached to your social group? Investigating different forms of social identification. *Br J Soc Psychol*. 2013;52(3):563-86. doi: 10.1111/bjso.12004
3. 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. doi: 10.1002/hbm.22575

4. Sullivan EV, Pfefferbaum A, Rohlfing T, Baker FC, Padilla ML, Colrain IM. 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. doi: 10.1016/j.neuroimage.2011.04.003
5. 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. doi: 10.1017/S095457941100085X
6. Lara LAS, Abdo CHN. Age at time of initial sexual intercourse and health of adolescent girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;29(5):417-23. doi: 10.1016/j.jpag.2015.11.012
7. Oliveira-Campos M, Nunes ML, Madeira FC, Santos MG, Bregmann SR, Malta DC, et al. Sexual behavior among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17 Suppl 1:116-30. doi: 10.1590/1809-4503201400050010
8. ESHRE Capri Workshop Group. Why after 50 years of effective contraception do we still have unintended pregnancy? A European perspective. *Hum Reprod*. 2018;33(5):777-83. doi: 10.1093/humrep/dey089
9. Donovan P. The politics of blame: family planning, abortion, and the poor. New York, NY: Alan Guttmacher Institute; 1995.
10. The Alan Guttmacher Institute. Sex and America's teenagers. New York, NY: Alan Guttmacher Institute; 1994.
11. Lindberg LD, Maddow-Zimet I, Marcell AV. Prevalence of sexual initiation before age 13 years among male adolescents and young adults in the United States. *JAMA Pediatr*. 2019 Apr 8. doi: 10.1001/jamapediatrics.2019.0458. [Epub ahead of print]
12. 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. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
13. Diaz-Aguado MJ, 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. doi: 10.1177/0886260514553631
14. Randolph SD, Coakley T, Shears J, Thorpe RJ Jr. African-American fathers' perspectives on facilitators and barriers to father-son sexual health communication. *Res Nurs Health*. 2017;40(3):229-36. doi: 10.1002/nur.21789
15. Flores D, Barroso J. 21st century parent-child sex communication in the United States: a process review. *J Sex Res*. 2017;54(4-5):532-48. doi: 10.1080/00224499.2016.1267693
16. Cheshire E, Kaestle CE, Miyazaki Y. The influence of parent and parent-adolescent relationship characteristics on sexual trajectories into adulthood. *Arch Sex Behav*. 2019;48(3):893-910. doi: 10.1007/s10508-018-1380-7
17. Harris AL, Sutherland MA, Hutchinson MK. Parental influences of sexual risk among urban African American adolescent males. *J Nurs Scholarsh*. 2013;45(2):141-50. doi: 10.1111/jnu.12016
18. Committee Opinion No. 678 Summary: comprehensive sexuality education. *Obstet Gynecol*. 2016;128(5):1196-7. doi: 10.1097/AOG.0000000000001764
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2007.

Anticoncepção na adolescência

Rogério Bonassi Machado¹

1. Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil.

Como citar:

Machado RB. Anticoncepção na adolescência. In: Necessidades específicas para o atendimento de pacientes adolescentes. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. Cap. 1, p. 1-8. (Série Orientações e Recomendações Febrasgo, no. 5/Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção).

Descritores

Anticoncepção; Adolescente; Aconselhamento; Estrogênios; Progestinas; Dispositivos intrauterinos

RESUMO

Adolescentes desejam método seguro e efetivo de contracepção, mas encontram barreiras ao conhecimento de diferentes opções e a seu acesso. A idade isoladamente não contraindica qualquer método contraceptivo. Ao contrário, adolescentes têm maior número de opções contraceptivas em virtude das condições de saúde próprias da idade. As formas mais populares de contracepção em adolescentes são preservativos e o coito interrompido, seguidos das pílulas combinadas. Observa-se, no entanto, que os métodos que dependem do uso correto das adolescentes apresentam maior número de falhas quando comparadas a mulheres adultas. Profissionais de saúde envolvidos em medidas contraceptivas devem priorizar o aconselhamento e a capacitação para a oferta dos métodos contraceptivos para adolescentes, observando aspectos culturais e éticos nessa importante fase da vida feminina.

INTRODUÇÃO

Embora a idade isoladamente não represente contraindicações aos diferentes contraceptivos, algumas etapas da vida feminina, como adolescência, podem trazer dúvidas quanto ao método mais adequado. Nesse sentido, o conhecimento das características mais relevantes da anticoncepção nos extremos reprodutivos torna-se

fundamental no manejo prático dessa situação clínica bastante comum. Considera-se, do ponto de vista conceitual, a adolescência como o período entre o início da puberdade e a idade adulta, referindo-se, na maioria das vezes, a jovens com idade abaixo dos 18 anos.⁽¹⁾ Uma vez que as indicações e contraindicações específicas de cada método contraceptivo encontram-se bem estabelecidas por meio dos Critérios de Elegibilidade da Orga-