

SÉRIE ORIENTAÇÕES
E RECOMENDAÇÕES
FEBRASGO

VOLUME 2 • Nº 3 • 2017



SEXUALIDADE NA ADOLESCENTE



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

DIRETORIA DA FEBRASGO 2016 / 2019

César Eduardo Fernandes

Presidente

Marcelo Burlá

Diretor Administrativo

Corintio Mariani Neto

Diretor Financeiro

Marcos Felipe Silva de Sá

Diretor Científico

Juvenal Barreto B. de Andrade

*Diretor de Defesa e Valorização
Profissional*

Alex Bortotto Garcia

Vice-Presidente

Região Centro-Oeste

Flavio Lucio Pontes Ibiapina

Vice-Presidente

Região Nordeste

Hilka Flávia Barra do E. Santo

Vice-Presidente

Região Norte

Aginaldo Lopes da Silva Filho

Vice-Presidente

Região Sudeste

Maria Celeste Osório Wender

Vice-Presidente

Região Sul



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

COMISSÃO NACIONAL DE SEXOLOGIA

Presidente

Lúcia Alves da Silva Lara

Vice-Presidente

Gerson Pereira Lopes

Secretária

Sandra Cristina Poener Scalco

Membros

Andrea Cronenberger Rufino

Carmita Helena Najjar Abdo

Jaqueline Brendler

Jorge José Serapião

Júlia Kefalás Troncon

Nelson Gonçalves

Sidney Glina

Sylvia Maria Oliveira da Cunha Cavalcanti

Teresa Cristina Souza Barroso Vieira

Yara Maia Villar de Carvalho

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Sexualidade na adolescente. -- São Paulo: Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2017.

Série Orientações e Recomendações FEBRASGO. v. 2, n. 3, 2017.

1.Adolescente 2.Sexualidade 3.Saúde sexual 4.Sexo 5.Feminino

ISSN 2525-6416

NLM WP118

ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DA FEBRASGO

SEXUALIDADE NA ADOLESCENTE

Apresentação

Progressivamente, as adolescentes vão “adentrando” os consultórios médicos, espontaneamente ou acompanhadas pelos pais ou por alguém de sua própria confiança. E o consultório do ginecologista tem sido a sua referência, pois, na maioria das vezes, as motivações que as movem na busca do auxílio médico dizem respeito aos seus problemas ginecológicos, a gravidezes não programadas, à anticoncepção, à sua sexualidade ou apenas a um simples aconselhamento.

É sabido que a morbidade e mortalidade na maioria dos adolescentes estão relacionadas ao comportamento pessoal e que, portanto, podem ser evitadas. A identificação e o aconselhamento feitos precocemente pelo médico podem ser fundamentais na redução dos seus riscos. Meninas que usam anticoncepcional sem a prescrição do médico ou outras que nunca os usam são situações frequentes e conflituosas vivenciadas pelos ginecologistas.

Além do conhecimento técnico, o médico assistente deve conhecer as leis que regulamentam o atendimento de menores, sempre em obediência estrita aos preceitos éticos das boas práticas médicas. Há a necessidade de se garantir a privacidade e respeitar a confidencialidade para o sucesso do atendimento e do seguimento dessas pacientes. Mas nem sempre os ginecologistas estão afeitos a esse tipo de pacientes que requerem, para o seu atendimento, um preparo muitas vezes não aprendido em bancos escolares ou durante a residência médica.

Por todo este contexto é que a FEBRASGO, por meio das suas Comissões Nacionais Especializadas de Ginecologia Infanto-puberal, de Anticoncepção e de Sexologia, está colocando à disposição de seus associados estes textos como o início de um grande projeto que visa oferecer aos nossos ginecologistas e obstetras a atualização necessária para o atendimento de jovens adolescentes, por meio das mensagens dos melhores especialistas do país sobre temas de grande interesse na atenção de nossa população jovem.



Prof. Dr. Marcos Felipe Silva de Sá
Diretor Científico



Prof. Dr. César Eduardo Fernandes
Presidente

SUMÁRIO

1. SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA.....	9
LUCIA ALVES DA SILVA LARA	
RESUMO.....	9
ABSTRACT.....	10
HIGHLIGHTS.....	11
INTRODUÇÃO.....	12
MÉTODOS.....	13
BASES BIOLÓGICAS DA CONSTRUÇÃO DA SEXUALIDADE E DA EXPRESSÃO SEXUAL.....	14
COMPORTAMENTO SEXUAL DA CRIANÇA.....	15
MEDIDAS EDUCATIVAS SOBRE COMPORTAMENTO SEXUAL INFANTIL.....	18
SEXUALIDADE E EXPRESSÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA.....	20
COMPORTAMENTO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA.....	21
FATORES DE PROTEÇÃO CONTRA A SEXARCA PRECOCE.....	23
PROMOÇÃO DO COMPORTAMENTO SEXUAL SAUDÁVEL NA ADOLESCÊNCIA.....	24
REFERÊNCIAS.....	28
2. COMPORTAMENTO SEXUAL DAS ADOLESCENTES.....	37
GERSON PEREIRA LOPES	
RESUMO.....	37
ABSTRACT.....	38
HIGHLIGHTS.....	39
INTRODUÇÃO.....	40
RESPOSTA SEXUAL DA ADOLESCENTE.....	42
COMPORTAMENTO SEXUAL DA ADOLESCENTE.....	47
MEDIDAS EDUCATIVAS PARA ADEQUAÇÃO DA RESPOSTA SEXUAL.....	49
REFERÊNCIAS.....	51
3. SAÚDE SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA.....	53
SANDRA CRISTINA POERNER SCALCO	
RESUMO.....	53
ABSTRACT.....	55
HIGHLIGHTS.....	56
INTRODUÇÃO.....	57
MÉTODOS.....	60
O ÂMBITO DA SAÚDE SEXUAL E ADOLESCÊNCIA.....	61
O FOCO NA EDUCAÇÃO, NO BEM-ESTAR E NOS DIREITOS SEXUAIS.....	62
SAÚDE SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA E DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	64
SERVIÇOS PREVENTIVOS: IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS E GESTÃO.....	66
DIRETRIZES PARA ADOLESCENTES.....	68
A PREVENÇÃO: ESTRATÉGIAS E RECOMENDAÇÕES.....	69
ORIENTAÇÃO ANTECIPATÓRIA PARA ADOLESCENTES.....	70
ORIENTAÇÃO ANTECIPATÓRIA PARA OS PAIS.....	71
REFERÊNCIAS.....	76

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

SEXUALITY IN ADOLESCENCE

Lucia Alves da Silva Lara

Médica Ginecologista e Obstetra especialista em Sexualidade Humana, Mestre e Doutora pela USP em Tocoginecologia, Presidente da Comissão Nacional de Sexologia da FEBRASGO, Coordenadora do Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

A sexualidade é uma entidade multidimensional e difícil de ser abordada em um consultório de ginecologia. Porém, ao conhecer as bases da construção da sexualidade, o ginecologista poderá oferecer informações básicas às adolescentes e aos seus pais sobre sexualidade, visando à prevenção de determinados agravos relacionados com vivências sexuais de risco. A saúde sexual dos adolescentes pode ser preservada por políticas públicas envolvendo programas de educação sexual nas escolas do ensino fundamental, sendo esses menos efetivos quando são aplicados para adolescentes. Apesar disso, as escolas relutam em incluir a educação sexual na grade curricular pela resistência de pais e por serem pressionadas por alguns segmentos políticos e religiosos. Sendo assim, os adolescentes estão à deriva no assunto sexualidade e sexo. Assim, as medidas preventivas de comportamentos sexuais de risco desses adolescentes são pontuais e oportunas quando oferecidas, principalmente, pelo ginecologista que, muitas vezes, lida já com as consequências de relações sexuais desprotegidas, como a gravidez e as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). O presente capítulo visa prover conhecimento aos Ginecologistas e Obstetras sobre a construção da sexualidade e o comportamento sexual desde a infância até a adolescência. Serão também discutidas algumas questões sobre orientação sexual e transexualidade, sobre vivências sexuais de risco, procedimentos serão sugeridos para esses casos, baseados em evidências.

Palavras-chave:

Sexualidade; Adolescente; Saúde sexual; Adolescência

ABSTRACT

Sexuality is a multidimensional condition that is hard to be addressed in gynecology setting. However, the knowledge on the construction of sexuality since childhood can provide basic information to gynecologist to address sexual function of adolescents, towards the prevention of diseases related to risk sexual behavior of adolescents. Some public policies involving sex education programs are more effective when applied in elementary schools than for adolescents to provide sexual health to adolescents. Nevertheless, school's staffs are reluctant to include sex education in the curriculum due to parents' resistance and negative pressure from some politicians and religious segments of Brazilian's society. Thus, teens are drifting in sex without preventive measures of sexual risk behaviors. Doctors, especially Gynecologist often will deal with consequences of unprotected sex; teenage pregnancy and sexually transmitted diseases (STDs). This chapter aims to provide knowledge for doctors on the construction of sexuality, and sexual behavior from child to adolescence. Also, some issues on sexual orientation and transsexuality will be discussed.

Keywords:

Sexuality; Adolescence; Sexual health; Teenager

HIGHLIGHTS

- Sexualidade é a energia que motiva as interações pessoais, a busca pelo amor e por sexo. É, também, a maneira de ser da pessoa.
- A sexualidade é construída a partir do nascimento da criança.
- Pais afetivos e ambiente afetivo favorecem uma sexualidade saudável.
- A vivência sexual saudável na adolescência e na vida adulta depende de como foi construída a sexualidade na infância.
- A iniciação sexual precoce (antes de 15 anos) é uma tendência atual e precisa ser combatida. A menina não deveria ter relações sexuais pênis-vagina com menos de 16 anos.
- A iniciação sexual precoce está associada ao aumento do risco para depressão, arrependimento, gravidez não planejada e lesão precursora do câncer do colo uterino.
- As relações sexuais desprotegidas são comuns em adolescentes que foram vítimas de violência física (maus tratos), violência sexual (abuso e estupro) e vítimas de negligência ao cuidado físico e emocional na infância.
- A educação sexual nas escolas começando antes do 5º ano escolar é uma medida efetiva para postergar a sexarca.
- O monitoramento dos pais é efetivo para prevenir a iniciação sexual precoce.

INTRODUÇÃO

Para entender o comportamento sexual da adolescente é necessário conhecer o processo de construção da sexualidade na infância, que forma a base da expressão da sexualidade e das vivências sexuais na adolescência. O conceito de sexualidade é, frequentemente, confundido com o conceito de função sexual ou expressão sexual. Mas, enquanto a expressão sexual está relacionada com relações sexuais, a sexualidade é a energia que motiva a busca do amor, o contato e a intimidade, e se expressa na forma de sentir e na maneira com que as pessoas interagem⁽¹⁾. Assim, boa parte deste capítulo será dedicada à compreensão do processo de construção da sexualidade na infância e do comportamento sexual da criança, que vai balizar a expressão da sexualidade e a função sexual da adolescente.

A construção da sexualidade inicia a partir do nascimento e é condicionada aos caracteres biológicos e psíquicos da pessoa, que favorecem ou desfavorecem a interpretação dela do ambiente em que vive. A relação da criança no ambiente familiar é fundamental nesse processo, e a sexualidade vai sendo cunhada na medida em que a criança vai ampliando o seu convívio social a partir de sua vivência nos diferentes contextos culturais e econômicos, o que influencia o processo de construção da sexualidade⁽²⁾. A maneira de ser da pessoa está, então, ligada à sua sexualidade e irá influenciar a relação dela com os outros no plano profissional e afetivo, na amizade, no amor e na relação sexual⁽³⁻⁵⁾. Pode-se dizer, então, que a relação sexual saudável caminha junto com a construção da sexualidade saudável, que irá depender do sentido que a pessoa deu às suas experiências positivas e negativas, na interação com os outros, desde a infância⁽⁶⁾.

A expressão sexual é um aspecto da sexualidade, e o comportamento sexual da adolescente na vida adulta irá depender de como foram elaborados os estímulos que a pessoa recebeu do seu ambiente, que pode ter sido afetivo, negligente, neutro ou violento⁽⁷⁾. Assim, a qualidade do cuidado que a pessoa recebeu na infância irá refletir na maneira dela se relacionar com os outros⁽⁸⁾ e na expressão sexual dela na adolescência e na vida adulta⁽⁹⁾.

O presente capítulo visa oferecer informações básicas sobre a construção da sexualidade da adolescente e sobre a influência que esse processo exerce na sua expressão sexual, para nortear o ginecologista no cuidado a essa 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 fase II, III e IV, estudos caso-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 Organização Mundial de Saúde (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 2016.

BASES BIOLÓGICAS DA CONSTRUÇÃO DA SEXUALIDADE E DA EXPRESSÃO SEXUAL



Mesmo antes de nascer, a criança recebe estímulos para assumir comportamentos considerados “tipicamente” masculinos ou femininos, que são predeterminados, socialmente, e reforçados ao longo da infância com a intenção de “confirmar” o sexo do nascimento. Apesar de o estímulo ambiental influenciar esses comportamentos, a exposição da criança à testosterona endógena na vida intrauterina contribui para a construção do comportamento feminino e masculino e também influencia as preferências por brinquedos e brincadeiras. Habitualmente, as meninas são mais atraídas por brinquedos e brincadeiras mais estáticas, enquanto que os meninos preferem brincadeiras com mais ação e brinquedos que movimentam⁽¹⁰⁾. As meninas portadoras de hiperplasia adrenal congênita podem apresentar mais interesse por brinquedos e brincadeiras consideradas mais masculinas⁽¹¹⁻¹³⁾. Um estudo evidenciou que a exposição exógena pré-natal de meninas a um progestagênio mais androgênico teve efeito masculinizante sobre o comportamento delas, ao passo que o progestagênio menos androgênico e a progesterona natural exerceram efeito desfeminizante sobre fetos femininos. Já os meninos expostos ao dietilestilbestrol na vida intrauterina apresentaram comportamento mais feminino⁽¹⁴⁾.

O interesse da criança por questões relacionadas ao sexo parece caminhar em paralelo com o aumento gradual dos androgênios a partir dos três anos de idade, à custa do sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEA-S)⁽¹⁵⁾. A excreção urinária de determinados metabolitos androgênicos é duas a quatro vezes maior em crianças com idade entre três e oito anos em relação às crianças menores⁽¹⁶⁾ comprovando esse aumento dos níveis androgênicos nessa fase. Parece que antes dos três anos, a criança não manifesta comportamento sexual compartilhado nem preferências por brinquedos estáticos ou móveis, sugerindo que essas características surgem com o início da adrenarca. Como já exposto, apesar dessa influência hormonal, os fatores socioculturais, educacionais e econômicos e o ambiente escolar têm substancial contribuição sobre o comportamento sexual da criança e do adolescente^(17,18), sendo a participação dos pais fundamental para mediar os efeitos ambientais no comportamento geral e sexual nessa fase⁽¹⁹⁾.

COMPORTAMENTO SEXUAL DA CRIANÇA



Para compreender o comportamento sexual da adolescente, é necessário ter em mente que as atividades sexuais lúdicas positivas ou negativas que ela teve ou não na infância vão embasar a expressão sexual dela, tanto na adolescência como na vida adulta. A masturbação é a mais precoce manifestação sexual da criança podendo ocorrer com meses de idade⁽²⁰⁾. Vale lembrar que o autoconhecimento do corpo inicia muito cedo e, nessa exploração, a criança aprende o quão prazeroso é tocar a genitália, que contém terminações nervosas prazerosas muito sensíveis ao toque. Já as atitudes sexuais compartilhadas com outras crianças vão se desenvolvendo gradativamente, e o interesse da criança por “brincadeiras sexuais” eleva, significativamente, com a aproximação da puberdade⁽²¹⁾ sugerindo uma influência hormonal nesse processo (Tabela 1).

A frequência e o tipo de comportamento sexual na infância são difíceis de serem estimados porque ele nem sempre é presenciado pelos adultos⁽²²⁾. Ao perguntar a um grupo de adolescentes sobre suas práticas sexuais na infância, 82,9% referiu ter praticado a masturbação, 82,5% teve experiências sexuais mútuas com outra criança da mesma idade e 8,2% havia coagido outra criança a participar de atividades sexuais. Os meninos masturbavam mais do que as meninas e praticavam mais a masturbação mútua com outros meninos. As meninas tiveram mais experiências sexuais com o mesmo sexo, em comparação aos meninos. Ainda, 13% referiram experiências sexuais coercivas e 6,3% tiveram experiências sexuais impróprias com alguém pelo menos cinco anos mais velho. A culpa pelas brincadeiras sexuais foi mais comum entre as meninas, mas a maioria dos adolescentes considerou normal as suas vivências sexuais na infância⁽²³⁾. Outro estudo com 108 mulheres evidenciou que 44% delas tiveram brincadeiras sexuais com meninos, na maioria das vezes, sob coerção⁽²⁴⁾. Estes resultados evidenciam que grande parte desses comportamentos ocorre quando as crianças estão longe dos adultos, dada a grande diferença desses achados com os dados da Tabela 1, que é baseada no relato dos pais e cuidadores.

Os comportamentos sexuais das crianças devem ser 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⁾ (Tabela 1). Com o avançar da idade da criança, determinadas manifestações da sexualidade e os comportamentos sexuais vão sendo menos frequentes, sugerindo que a autocensura aumenta com a progressão da idade e se torna evidente quando se inicia a fase da adolescência.

TABELA 1. COMPORTAMENTOS SEXUAIS MAIS FREQUENTES ENTRE MENINOS E MENINAS DE 2-12 ANOS (49% MENINAS)

ATITUDES SEXUAIS DE CRIANÇAS OBSERVADAS E RELATADAS PELOS PAIS	IDADE (ANOS) (%)					
	2 a 5		6 a 9		10 a 12	
	Menino	Menina	Menino	Menina	Menino	Menina
Vestir roupas do sexo oposto	13,8	10,2	5,8	8,8	0	8,4
Tocar a genitália em casa	62,9	43,8	39,8	20,7	8,7	11,6
Tocar a genitália em público	26,5	15,1	13,8	6,5	1,2	2,2
Masturbação com as mãos	16,7	15,8	12,8	5,3	3,7	7,4
Masturbação com objetos	3,5	6,0	2,7	2,9	1,2	4,3
Tocar a genitália de outras crianças	4,6	8,8	8,0	1,2	1,2	1,1
Tocar a genitália de adultos	7,8	4,2	1,6	1,2	0	0
Fazer perguntas sobre sexo	0,4	3,2	0,5	7,2	0	8,5
Tentar olhar adultos quando nus	26,8	26,9	20,2	20,5	6,3	5,3
Tentar olhar fotografia de nus	5,4	3,9	10,1	10,2	11,4	3,2
Beijar outra criança	7,9	7,1	1,1	1,2	0	1,1
Abraçar desconhecidos	15,4	12,8	3,7	6,6	0	4,3
Mostrar a genitália para crianças	9,3	6,4	4,8	2,4	0	1,1
Muito interesse no sexo oposto	17,6	15,2	13,8	13,9	24,1	28,7

Fonte: Friedrich WN, Fisher J, Broughton D, Houston M, Shafran CR. Normative sexualbehavior in children: a contemporary sample. Pediatrics. 1998;101(4):E9⁽²⁵⁾.

O adulto pode sentir-se incomodado com o comportamento sexual da criança⁽²⁶⁾ porque o analisa, na perspectiva do tabu que permeia as vivências sexuais do adulto. A atitude correta do adulto ao presenciar um comportamento sexual infantil é manter a tranquilidade, sem fazer comentários que possam levar ao constrangimento da criança. Em condições normais, esses comportamentos sexuais ocorrem isoladamente ou podem se repetir esporadicamente (Tabela 2). Se a criança apresentar comportamento sexual repetitivo ou se isolar para se dedicar a esse comportamento, isto constitui uma anormalidade. Nesse caso, uma investigação é necessária, para afastar condições patológicas como depressão, violência sexual, hipersexualidade ou outras condições psíquicas e emocionais decorrentes de negligência de cuidados à criança, à exposição de vivências sexuais dos adultos ou a qualquer tipo de violência física, emocional, sexual⁽²⁷⁾.

TABELA 2. MEDIDAS EDUCATIVAS SOBRE SAÚDE SEXUAL NA INFÂNCIA

MEDIDAS EDUCATIVAS	EVIDÊNCIAS
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 o nascimento de um bebê na família ou de um animal para estimular o tema ⁽³⁷⁾ .
Não utilizar codinomes para a genitália feminina e masculina.	Utilizar nomes próprios: pênis e vulva/vagina ⁽³⁷⁾ .
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 ⁽²⁸⁾ 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 ⁽³³⁾ .
Atentar-se para a mudança de comportamento da criança, como fobias, perturbação excessiva, medo de ir à escola, medo de ficar sozinha.	Alterações emocionais e psíquicas e hipersexualidade são comuns em crianças vítimas de abuso sexual ⁽³⁸⁾ , violência doméstica ou negligência.

MEDIDAS EDUCATIVAS SOBRE COMPORTAMENTO SEXUAL INFANTIL



As crianças têm uma curiosidade natural em relação ao próprio corpo e ao corpo do adulto. Ao que parece, é durante a infância que as crianças poderiam ser mais abertas ao expor a curiosidade sobre questões como “de onde eu venho”, “como eu nasci”, entre outros questionamentos, que são importantes para que a criança enriqueça seu repertório sobre questões ligadas à sexualidade. Nessa fase, as crianças poderiam receber uma educação sexual mais didática de seus pais, se a sua curiosidade sexual e explorações sexuais lúdicas não fossem ativamente reprimidas⁽²⁸⁾.

A relação da criança com a exposição, não intencional, ao corpo do adulto pode promover a percepção dela, em relação às diferenças anatômicas entre os gêneros. A exposição não intencional em situações rotineiras, como no banho, durante a troca de roupa e quando estão dormindo na cama dos pais, não causa nenhum efeito no comportamento sexual e pode, inclusive, contribuir para uma relação interpessoal mais ajustada na vida adulta⁽²⁹⁾. Por outro lado, os adultos nem sempre agem adequadamente diante da curiosidade infantil em relação ao corpo, à nudez e da curiosidade da criança em relação ao sexo, porque a interpretam, inadequadamente, tomando como base a percepção libidinosa do adulto em relação a essas questões. Isto ficou evidente em um estudo em que os pais eram solicitados a descrever as expressões de crianças de dois anos, ao tocarem a genitália dos pais durante o banho. Na percepção dos pais, suas crianças manifestavam alegria, entusiasmo, riso e fascínio quando tocavam a genitália dos seus pais. Estes julgaram estas manifestações como sendo uma atitude “sexual” inadequada da criança⁽³⁰⁾, o que os motivou a reprimi-las com gestos e comentários restritivos. Essa reação dos pais pode gerar culpa e despertar na criança sentimentos negativos em relação à genitália, o que pode refletir negativamente na vida sexual na adolescência e vida adulta.

Parece que a erotização da criança está diretamente relacionada com o nível de erotização na família, o que poderá influenciar o seu comportamento nas relações interpessoais afetivas e maritais futuras⁽³¹⁾. A exposição, acidental ou irresponsável, 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⁽²⁸⁾.

O comportamento sexual deliberado e repetitivo em crianças como a masturbação excessiva⁽³²⁾ é anormal e pode refletir um quadro de alteração psíquica como depressão e ansiedade⁽³³⁾ ou pode estar associado a algum desvio de conduta da criança, conseqüente à exposição a lares conflituosos, à violência, à negligência e ao abuso sexual, entre outros⁽³⁴⁾. É preciso salientar que as crianças vítimas de abuso sexual dificilmente apresentarão alterações na genitália que possam predizer o abuso que é, sistematicamente, diagnosticado pela história clínica ou pela modificação do comportamento da criança ou ainda por sintomas urogenitais recorrentes⁽³⁵⁾.

O comportamento sexual infantil não usual precisa ser investigado por profissionais competentes. Uma revisão sistemática da literatura revelou que há pouca coordenação entre os serviços de saúde e de proteção social à criança e ao adolescente, e que os profissionais de saúde desconhecem os protocolos assistenciais e não recebem treinamentos para prestar assistência adequada à saúde sexual das crianças e adolescentes vítimas de violências⁽³⁶⁾. A Tabela 2 evidencia algumas medidas educativas sobre saúde sexual na infância que o médico ginecologista pode oferecer aos pais e cuidadores.

SEXUALIDADE E EXPRESSÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA



Uma boa assistência à saúde sexual e reprodutiva da adolescente envolve o conhecimento das vivências sexuais nessa fase, as quais ocorrem nos mais diversos formatos: relações homoafetivas, heteroafetivas, ambas, ou diferentes, que podem ser transitórias ou permanentes, conforme o grau de tolerância da sociedade em que a adolescente vive⁽³⁹⁾. A heterossexualidade é, ainda, o referencial social da orientação sexual, utilizado para discriminar o comportamento sexual “normal” (adequado) do “anormal” (inadequado), que abriga toda forma de interação sexual não heterossexual⁽⁴⁰⁾. No entanto, a heteronormatividade predispõe os adolescentes à discriminação social^(41,42) e pode ter outras consequências quando é imposta a um ser em pleno desenvolvimento físico, psíquico e emocional, caso a pessoa apresente incompatibilidade com um padrão de orientação sexual predeterminado. Essa inadequação pode causar danos à saúde mental, aumentando o risco para ansiedade e depressão, bem como para a distorção da autoimagem e rebaixamento da autoestima^(43,44), fobias em relação à aparência do corpo e incertezas em relação à orientação sexual⁽⁴⁵⁾. Tudo isto pode predispor a adolescente a comportamentos de risco para a saúde, como consumo de álcool, substâncias ilícitas, tabaco, iniciação sexual precoce e relações sexuais desprotegidas⁽⁴⁶⁾.

Existe uma tendência atual de iniciação sexual cada vez mais precoce e, frequentemente, sem proteção (Quadro 1). O estudo PeNSE evidencia que um terço dos adolescentes inicia as relações sexuais com menos de 15 anos, boa parte sem proteção e sem método anticoncepcional eficaz⁽⁴⁷⁾. O impacto social disso é evidente, principalmente para a menina, que tem seu desenvolvimento psíquico, educacional, emocional e social interrompido, e para a criança que fica exposta às condições socioeconômicas, culturais e de saúde menos favorecidas^(48,49). Em larga escala, isso tem relevância social, pelo aumento da prevalência de comportamentos de risco, como abuso de álcool e substâncias ilícitas e aumento da violência e delinquência, causando impacto negativo nos indicadores de saúde e bem-estar da população de adolescentes.

COMPORTAMENTO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA



A condição clínica mostrada no Quadro 1 é cada vez mais frequente no consultório do Ginecologista e Obstetra.

QUADRO 1. CASO CLÍNICO SOBRE COMPORTAMENTO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA

Beatriz* tem 12 anos e está grávida de quatro meses. Teve a primeira menstruação aos dez anos e logo começou a namorar e iniciou a vida sexual. Ao engravidar foi morar com o namorado na casa dos pais dele. Viveram juntos durante quatro meses, mas a Beatriz decidiu deixá-lo porque não gostava mais dele e porque estava apaixonada por outra pessoa, uma mulher mais velha. Então, decidiram morar juntas...

* Beatriz é um nome fictício.

As modificações biológicas no aparelho genital e o desenvolvimento estrutural de áreas cerebrais (área pré-óptica e amígdala) envolvidas no comportamento sexual^(50,51), em conjunto com a ação dos esteroides sexuais⁽⁵²⁾, promovem o aparecimento do impulso sexual, que impele a adolescente para a interação sexual. Porém, a decisão de iniciar a vida sexual é determinada por fatores ambientais relacionados com a cultura, os costumes, a educação, a religião⁽⁵³⁾, bem como pelo comportamento do grupo de convívio da adolescente, pela iniciação sexual de suas amigas e pela pressão do parceiro para a iniciação sexual⁽⁵⁴⁾. Mas algumas condições patológicas também abreviam a iniciação sexual, como no caso das meninas que foram vítimas de violência física e sexual na infância, das que fazem uso de álcool e de substâncias ilícitas e das que vivem em lares conflituosos e com pais negligentes ou separados⁽⁵⁵⁾. É importante frisar que as meninas vitimadas têm maior risco de tentativa de suicídio, autoagressão, de revitimação⁽²⁷⁾ e de sofrerem violência pelo parceiro⁽⁵⁶⁾ (Tabela 3).

TABELA 3. FATORES QUE FAVORECEM A INICIAÇÃO SEXUAL PRECOCE

BIOLÓGICO

- Impulso sexual associado à elevação dos androgênios na adrenarca

PSÍQUICOS E EMOCIONAIS

- Prova de amor ao parceiro
- Aumentar a intimidade emocional com o parceiro
- Pressão do parceiro
- Baixa autoestima e insegurança
- Violência sexual (abuso sexual)

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

DEFICIÊNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE CUIDADO À SAÚDE SEXUAL DO ADOLESCENTE

- Ausência de programas de educação sexual na escola
- Desconhecimento do adolescente sobre DSTs/SIDA
- Influência do meio; amigas que iniciaram a vida sexual
- Falta de emprego, uso de drogas e álcool
- Estímulo sexual precoce na mídia

DSTs: doenças sexualmente transmissíveis; SIDA: síndrome da imunodeficiência adquirida.

FATORES DE PROTEÇÃO CONTRA A SEXARCA PRECOCE



Os fatores de proteção contra a iniciação sexual precoce e as práticas sexuais de risco na adolescência são a religiosidade, a educação sexual na escola e o monitoramento dos pais⁽⁵⁷⁾. A atitude restritiva ou permissiva dos pais em forma de conselhos ou conversas abertas sobre sexo não influenciam as vivências sexuais dos adolescentes, independentemente da cultura e de pertencer a uma condição socioeconômica mais ou menos favorecida⁽⁵⁸⁾. As medidas educativas instituídas em escolas⁽⁵⁹⁾, bem como as políticas públicas, visando à promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, são eficazes para prevenir a iniciação sexual precoce e o comportamento sexual de risco subsequente⁽⁶⁰⁾, assim como para prevenir os agravos relacionados com as práticas sexuais na adolescência⁽⁶¹⁾.

O médico exerce um importante papel ao fornecer informações sobre a função sexual às adolescentes que procuram o consultório. É preciso que o médico tenha um olhar sobre a sexualidade na perspectiva da expressão natural da feminilidade da adolescente, que a motiva para buscar a relação sexual com a finalidade de obter o prazer físico e emocional, além da intimidade com o parceiro. Essas forças naturais que impelem a menina para iniciar a vida sexual não podem ser controladas por proibições ou conselhos para que ela postergue a iniciação sexual. Assim, é preciso que as adolescentes sejam informadas sobre as implicações da sexarca precoce e que práticas sexuais de risco podem resultar em gravidez não planejada, DSTs, depressão, entre outros (Tabela 4).

PROMOÇÃO DO COMPORTAMENTO SEXUAL SAUDÁVEL NA ADOLESCÊNCIA



O médico, em especial o ginecologista, tem um papel importante na promoção da saúde sexual das adolescentes porque pode acessar as necessidades individuais delas. O Ministério da Saúde reserva ao médico o direito de atender a adolescente sem a presença dos pais ou responsáveis, se ela assim desejar. Porém, ressalva que o médico poderá quebrar o sigilo se identificar na menina comportamentos de risco de morte para ela ou para terceiros, violência sexual contra ela, ideação suicida e homicídios⁽⁶²⁾. O atendimento ginecológico precisa assegurar maior privacidade a ela, e o GO deve avisar a mãe sobre os benefícios de uma entrevista privada com a adolescente. O exame ginecológico, caso seja necessário, precisa ser com o consentimento da menina e com a presença de uma assistente ou da mãe.

A assistência às adolescentes precisa envolver medidas que possam reduzir a motivação delas para iniciar as relações sexuais precocemente (Tabela 3). A Organização Mundial de Saúde considera sexarca precoce a ocorrência de relações sexuais pênis-vagina com idade ≤ 15 anos⁽⁶³⁾. No entanto, dados recentes evidenciam o benefício de postergar a iniciação sexual para os 16 anos⁽⁶⁴⁾. Meninas que iniciam relações sexuais mais cedo tendem a não utilizar método anticoncepcional eficaz⁽⁶⁵⁾ e usam menos o preservativo nas relações subsequentes⁽⁶⁶⁾.

A Tabela 4 evidencia algumas medidas que podem reduzir o risco de iniciação sexual precoce. Mas é preciso salientar que os programas de educação sexual continuada, de longa duração, reforçando sequencialmente as medidas preventivas, são mais efetivos do que as intervenções isoladas e pontuais para prevenir os agravos da expressão sexual dos adolescentes⁽⁹⁾.

O conhecimento do risco real de contrair HIV/AIDS⁽⁶⁷⁾, o maior comprometimento na escola e maiores notas⁽⁶⁸⁾, o monitoramento dos pais⁽⁶⁹⁾ e o oferecimento de orientações sobre saúde sexual e reprodutiva pelos educadores e por profissionais de saúde^(68,70,71) são medidas que reduzem o comportamento sexual de risco. Vale lembrar que a educação sexual oferecida pelos pais⁽¹⁷⁾ e o monitoramento deles⁽⁶⁹⁾ contribuem para postergar a iniciação sexual. No entanto, 40% dos adolescentes entre 13 e 17 anos têm iniciação sexual sem antes discutir com os pais sobre doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), controle da natalidade e uso de preservativos⁽⁷²⁾.

TABELA 4. MEDIDAS EDUCATIVAS SOBRE SAÚDE SEXUAL PARA A ADOLESCENTE

Esclarecer que o sexo é fonte lícita de prazer para ser vivenciado por meio do autoerotismo ou do compartilhamento com outra pessoa^(64,73).

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.

Informar que o orgasmo nem sempre ocorre, espontaneamente, nas relações sexuais pênis-vagina⁽⁷⁴⁾ e que apenas de 20% a 36% das mulheres conseguem orgasmo na penetração⁽⁷⁵⁾, mas o conseguem com a masturbação⁽⁷⁶⁾.

Informar que o autoerotismo (masturbação) é comum e natural, como fonte de prazer sexual e importante prática para a mulher aprender a ter o orgasmo⁽⁷⁶⁾.

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⁽⁶⁴⁾.

Informar sobre contágio das DSTs/SIDA. O conhecimento sobre essas doenças contribui para postergar a sexarca e reduzir o sexo desprotegido⁽⁷⁷⁾.

Intermediar a discussão entre pais e adolescente sobre temas sexuais⁽⁷⁸⁾. Em geral, as adolescentes preferem a mãe para obter informações sobre sexo⁽⁷¹⁾.

Orientar os pais sobre não restringir a iniciação sexual de adolescentes com desenvolvimento psicoemocional e cognitivo adequado, o que favorece a escolha consciente e informada⁽⁷⁹⁾, pois a restrição predispõe a maior permissividade sexual pelas adolescentes⁽⁵⁸⁾.

Informar aos pais que a relação assertiva e colaborativa com a adolescente favorece o adiamento da sexarca⁽⁸⁰⁾.

Informar aos pais sobre a importância do monitoramento da adolescente (conhecer com quem a menina se relaciona, lugares que frequenta, discutir DSTs/SIDA) para reduzir comportamentos de risco⁽³⁷⁾.

Alertar a adolescente sobre a pressão de amigas e do namorado, bem como da influência da mídia, para a iniciação sexual. Reforçar a importância dela mesma decidir o melhor momento para ela iniciar sua vida sexual⁽³⁷⁾.

Informar aos pais e adolescentes que os relacionamentos homoafetivos podem ocorrer e ser transitórios na adolescência.

Informar sobre o risco potencial de adição de drogas e álcool nessa fase.

Informar à adolescente sobre riscos dos relacionamentos sexuais transitórios com múltiplos parceiros⁽⁸¹⁾, pois estão associados ao aumento da incidência de lesões precursoras do câncer do colo uterino.

Detalhar sobre o uso correto do preservativo e de método anticoncepcional eficaz. A iniciação precoce do anticoncepcional está associada à maior adesão ao método⁽⁸²⁾.

Estimular o uso do preservativo e prescrever um método anticoncepcional eficaz, lembrando que as pílulas sem intervalo e os métodos reversíveis de longa duração (Long-Acting Reversible Contraceptives - LARC) são os mais efetivos para evitar gravidez precoce e recorrência de gravidez na adolescência⁽⁸³⁾.

Informar sobre a segurança dos anticoncepcionais hormonais. Lembrar que o anticoncepcional combinado não afeta a estatura e o peso corporal⁽⁸⁴⁾.

Orientar vacinas para HPV, hepatite B e outros

DSTs: doenças sexualmente transmissíveis; SIDA: síndrome da imunodeficiência adquirida; HPV: papiloma vírus humano.

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⁽⁸⁵⁾. A educação sexual nas escolas, se oferecida mais cedo, para alunos do 5º e 6º anos⁽⁸⁶⁾ é mais eficaz para reduzir o comportamento sexual de risco, definido como iniciação sexual precoce, múltiplos parceiros, sexo casual, relações sexuais desprotegidas. Os programas de políticas públicas mais efetivos para retardar a iniciação sexual pênis-vagina são os que oferecem informações práticas de treinamento de autocontrole e negociação diante de situações de risco e aumentam a capacidade de comunicação dos adolescentes por meio de grupos de discussão interativa e técnicas de encenação (role play). Os programas que vincularam as ações nas escolas juntamente com serviços de saúde reprodutiva e ações comunitárias são os que mais favorecem para a redução das taxas de gravidez na adolescência^(87,88).

A condição clínica apresentada no Quadro 1 sugere que a adolescente foi privada de educação sexual, visto que a menina iniciou as relações sexuais em uma idade muito precoce, sem método anticoncepcional e sem a prevenção contra as DSTs. A tarefa dos pais de participar efetivamente do cotidiano dos adolescentes é crucial, porém não é suficiente para a prevenção da sexarca precoce e seus agravos. Nem sempre os pais são informados da vida afetiva da adolescente e, por isso, é necessário eles se atentarem para mudanças de comportamento dela, que possam predizer o engajamento afetivo que predispõe à iniciação sexual.

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. 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.
4. Lovallo WR, Farag NH, Sorocco KH, Acheson A, Cohoon AJ, Vincent AS. Vincent 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.
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. 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.
7. van de Bongardt D, Reitz E, Sandfort T, Dekovic 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.
8. 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.
9. Lundgren R, and A. Amin A. Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: emerging evidence of effectiveness. *J Adolesc Health.* 2015; 56(1 Suppl):S42-50.
10. Collaer ML, Hines M. Human behavioral sex differences: a role for gonadal hormones during early development? *Psychol Bull.* 1995; 118(1):55-107. Review.

- 11.** Nordenstrom A, Servin A, Bohlin G, Larsson A, Wedell A. Sex-typed toy play behavior correlates with the degree of prenatal androgen exposure assessed by CYP21 genotype in girls with congenital adrenal hyperplasia. *J Clin Endocrinol Metab.* 2002; 87(11):5119-24.
- 12.** Hines M, Brook C, Conway GS. Androgen and psychosexual development: core gender identity, sexual orientation and recalled childhood gender role behavior in women and men with congenital adrenal hyperplasia (CAH). *J Sex Res.* 2004; 41(1):75-81.
- 13.** Pasterski VL, Geffner ME, Brain C, Hindmarsh P, Brook C, Hines M. Prenatal hormones and postnatal socialization by parents as determinants of male-typical toy play in girls with congenital adrenal hyperplasia. *Child Dev.* 2005; 76(1):264-78.
- 14.** Reinisch JM, Ziemba-Davis M, Sanders SA. Hormonal contributions to sexually dimorphic behavioral development in humans. *Psychoneuroendocrinology.* 1991; 16(1-3):213-78.
- 15.** 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.
- 16.** Remer T, Boye KR, Hartmann MF, Wudy SA. Urinary markers of adrenarche: reference values in healthy subjects, aged 3-18 years. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005; 90(4):2015-21.
- 17.** 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.
- 18.** Moron-Duarte LS, Latorre C, Tovar JR. Risk factors for adolescent pregnancy in Bogota, Colombia, 2010: a case-control study. *Rev Panam Salud Publica.* 2014; 36(3):179-84.
- 19.** Collier KM, Coyne SM, Rasmussen EE, Hawkins AJ, Padilla-Walker LM, Erickson SE, Memmott-Elison MK. 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.

20. Rodoo 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.
21. Thigpen JW. Early sexual behavior in a sample of low-income, African American Children. *J Sex Res.* 2009; 46(1):67-79.
22. Larsson I, Svedin CG. Sexual experiences in childhood: young adults' recollections. *Arch Sex Behav.* 2002; 31(3):263-73.
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. Lamb S, Coakley M. Normal childhood sexual play and games: differentiating play from abuse. *Child Abuse Negl.* 1993; 17(4):515-26.
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. Gagnon JH. Attitudes and responses of parents to pre-adolescent masturbation. *Arch Sex Behav.* 1985; 14(5):451-66.
27. 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.
28. Josephs L. How children learn about sex: a cross-species and cross-cultural analysis. *Arch Sex Behav.* 2015; 44(4):1059-69.
29. 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.
30. Schuhrke B. Young children's curiosity about other people's genitals. *J Psychol Human Sexuality.* 2000; 12(1-2):27-48.
31. Izdebska A, Beisert MJ, Roszyk A. The early childhood sexual experiences and collusion in adult partner relationship. *Psychiatr Pol.* 2015; 49(3):625-36.

- 32.** 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.
- 33.** 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.
- 34.** 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.
- 35.** Krajewski W, Wojciechowska J, Krefft M, Hirnle L, Kołodziej A. Urogenital tract disorders in children suspected of being sexually abused. *Cent European J Urol*. 2016; 69(1):112-7.
- 36.** Wirtz AL, Alvarez C, Guedes AC, Brumana L, Modvar C, Glass N. Violence against children in Latin America and Caribbean countries: a comprehensive review of national health sector efforts in prevention and response. *BMC Public Health*. 2016; 16(1):1006.
- 37.** 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.
- 38.** 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.
- 39.** 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.
- 40.** Flowers P, Buston K. I was terrified of being different: exploring gay men's accounts of growing-up in a heterosexist society. *J Adolesc*. 2001; 24(1):51-65.
- 41.** Burke SE, Dovidio JF, Przedworski JM, Hardeman RR, Perry SP, Phelan SM, et al. Do contact and empathy mitigate bias against gay and lesbian people among heterosexual first-year medical students? A report from the medical student CHANGE study. *Acad Med*. 2015; 90(5):645-51.

- 42.** Puckett JA, Woodward EN, Mereish EH, Pantalone DW. Parental rejection following sexual orientation disclosure: impact on internalized homophobia, social support, and mental health. *LGBT Health*. 2015; 2(3):265-9.
- 43.** Woodford MR, Kulick A, Sinco BR, Hong SJ. Contemporary heterosexism on campus and psychological distress among LGBTQ students: the mediating role of self-acceptance. *Am J Orthopsychiatry*. 2014; 84(5):519-29.
- 44.** 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.
- 45.** 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.
- 46.** Germanos R, Deacon R, Mooney-Somers J. The social and cultural significance of women's sexual identities should guide health promotion. *LGBT Health*. 2015; 2(2):162-8.
- 47.** Oliveira-Campos M, Nunes ML, Madeira Fde C, Santos MG, Bregmann SR, Malta DC, Giatti L, Barreto SM. Sexual behavior among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol*. 2014; 17 Suppl 1:116-30.
- 48.** Institute, A. G. *Sex and America's Teenagers*. New York: Alan Guttmacher Institute; New York, NY, Alan Guttmacher Institute; 1994.
- 49.** Donovan P. *The politics of blame: family planning, abortion, and the poor*. New York, NY: Alan Guttmacher Institute; 1995.
- 50.** 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.
- 51.** 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.
- 52.** 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.

- 53.** Santelli JS, Song X, Holden IK, Wunder K, Zhong X, Wei Y, et al. Prevalence of sexual experience and initiation of sexual intercourse among adolescents, Rakai District, Uganda, 1994-2011. *J Adolesc Health*. 2015; 57(5):496-505.
- 54.** 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.
- 55.** 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.
- 56.** Unlu G, Cakaloz B. Effects of perpetrator identity on suicidality and nonsuicidal self-injury in sexually victimized female adolescents. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016; 12:1489-97.
- 57.** 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; 12:73.
- 58.** 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.
- 59.** 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.
- 60.** Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Viner Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016; 387(10036): 2423-78.
- 61.** 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.
- 62.** 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).

- 63.** Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, Picket W, Richter M, Morgan A, Barnekov V. (2008). 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.
- 64.** Lara LA, Abdo CH. Age at initial sexual intercourse and health of adolescent girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2016; 29(5):417-23.
- 65.** Finer LB, Philbin JM. Sexual initiation, contraceptive use, and pregnancy among young adolescents. *Pediatrics.* 2013; 131(5):886-91.
- 66.** 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; 12:105.
- 67.** Asubiaro OY, Fatusi AO. Differential effects of religiosity on sexual initiation among Nigerian in-school adolescents. *Int J Adolesc Med Health.* 2014; 26(1):93-100.
- 68.** 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.
- 69.** 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.
- 70.** 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.
- 71.** 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; 14:770.
- 72.** Beckett MK, Elliott MN, Martino S, Kanouse DE, Corona R, Klein DJ, et al. Timing of parent and child communication about sexuality relative to children's sexual behaviors. *Pediatrics.* 2010; 125(1):34-42.
- 73.** Suleiman AB, Galvan A, Harden KP, Dahl RE. Becoming a sexual being: The 'elephant in the room' of adolescent brain development. *Dev Cogn Neurosci.* 2016; Sep 29.pii:S1878-9293(16)30077-9.

- 74.** Georgiadis JR, Kortekaas R, Kuipers A, Nieuwenburg J, 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.
- 75.** 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.
- 76.** Reisinger JJ. Effects of erotic stimulation and masturbatory training upon situational orgasmic dysfunction. *J Sex Marital Ther.* 1978; 4(3):177-85.
- 77.** 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.
- 78.** 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.
- 79.** Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007; 98(2):182-7.
- 80.** 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.
- 81.** Allen CF, Edwards F, Gennari C, Francis S, Caffee E, Boisson S, Jones and N. Jack. 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.
- 82.** 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.
- 83.** 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.
- 84.** 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.

- 85.** 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
- 86.** Frost JJ, Forrest JD. Understanding the impact of effective teenage pregnancy prevention programs. *Fam Plann Perspect.* 1995; 27(5):188-95.
- 87.** 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.
- 88.** 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.

COMPORTAMENTO SEXUAL DAS ADOLESCENTES

SEXUAL BEHAVIOR OF ADOLESCENT GIRLS

Gerson Pereira Lopes

Médico Ginecologista e Obstetra com Atuação em Sexologia, Ex-Consultor em Projetos sobre a Adolescência pelo Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP) e Coordenador do Departamento de Medicina Sexual do Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, Brasil.

RESUMO

Nas últimas décadas, tem se verificado uma mudança no comportamento sexual dos adolescentes que têm iniciado a vida sexual cada vez mais cedo. Devido ao aumento dos esteroides sexuais na puberdade que estimulam a síntese e ação de vários neurotransmissores que modulam a resposta sexual, é de se esperar que o impulso e o desejo sexual espontâneo estejam exacerbados nesta fase. Ademais, a adolescência é um período, para a menina, de pleno desenvolvimento do amor romântico e de busca por parceria que lhe possa proporcionar intimidade emocional e sexual. Este texto propõe oferecer ao ginecologista uma atualização científica sobre o mecanismo da resposta sexual feminina (RSF), destacando-se as particularidades da função sexual de adolescentes. Lembramos que sexo é função, sexualidade é vivência. Portanto, na abordagem da sexualidade feminina, é importante levar em consideração outros aspectos, e todos estão interagidos.

Palavras-chave:

Sexualidade; Adolescência; Sexo; Comportamento sexual

ABSTRACT

In recent decades, there has been a change in the sexual behavior of adolescents who have started their sexual life earlier and earlier. Due to the increase in sexual steroids at puberty that stimulate the synthesis and action of various neurotransmitters that modulate the sexual response, it is to be expected that spontaneous sexual drive and desire are exacerbated at this stage. In addition, adolescence is a period, for the girl, of full development of romantic love and search for partnership that can provide emotional and sexual intimacy. This text proposes to offer the gynecologist a scientific update on the mechanism of the female sexual response, highlighting the particularities of the sexual function of adolescents. We remember that sex is a function, sexuality is experience. Therefore, in the approach to female sexuality, it is important to take into account other aspects, and all are interacted.

Keywords:

Sexuality; Adolescence; Sex; Sexual behavior

HIGHLIGHTS

- A iniciação sexual está ocorrendo cada vez mais cedo.
- O status hormonal na puberdade instiga a adolescente para o sexo e atua como um facilitador de todas as fases da resposta (desejo, excitação, orgasmo).
- A adolescência é um período de desenvolvimento do amor romântico e de busca por parceria que possa proporcionar intimidade emocional e sexual.
- Apesar do desenvolvimento biológico, a adolescente não está psicologicamente preparada para iniciar um relacionamento sexual e para assumir as possíveis consequências da iniciação sexual precoce.
- O ginecologista precisa atuar na promoção da saúde sexual da adolescente.

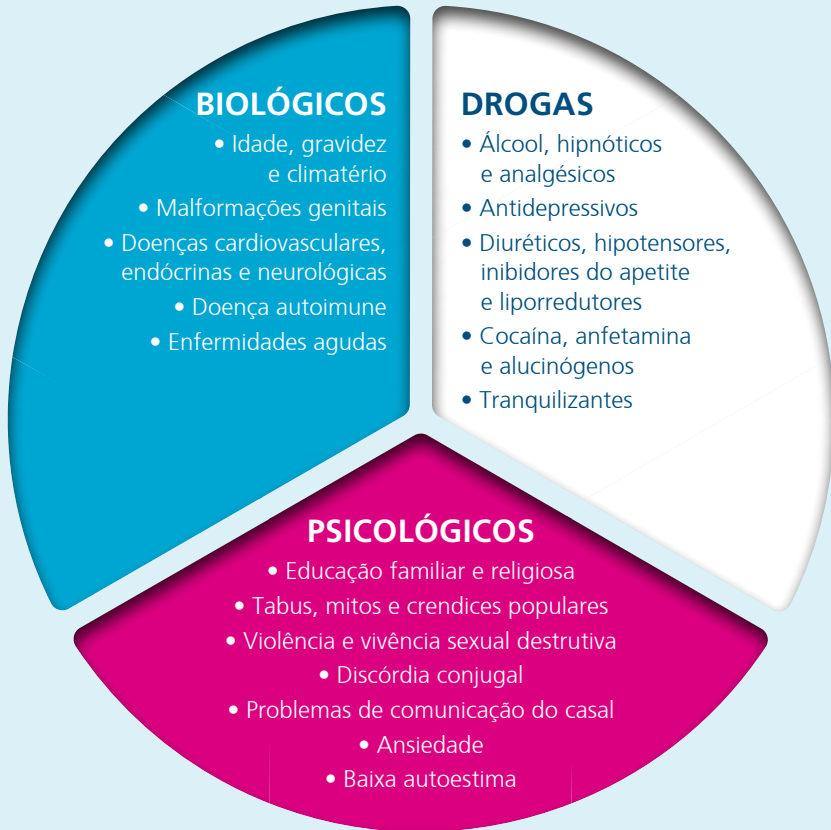
INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, tem se verificado uma mudança no comportamento sexual dos adolescentes que têm iniciado a vida sexual cada vez mais cedo. O início da adolescência é marcado pela transição biológica que inicia com a puberdade, quando ocorrem profundas mudanças na cognição, no comportamento e nas motivações para as diferentes relações sociais.

No período puberal, a menina passa por modificações psíquicas e emocionais marcantes com mudanças no humor, períodos de alegria alternando irritabilidade e isolamento, choro fácil e maior predisposição para a ansiedade, depressão e comportamentos de risco^(1,2). Isto significa que, apesar do desenvolvimento biológico, a adolescente não está psiquicamente preparada para iniciar um relacionamento sexual e para assumir as possíveis consequências da iniciação sexual precoce, como a gravidez não planejada. Essa vulnerabilidade à gestação e às DSTs decorre de inúmeros fatores, tanto individuais (motivacionais) como contextuais (sociais e culturais), que estão relacionados às características da própria adolescência, como a impulsividade e o pensamento egocêntrico, que “blindam” a menina dos riscos relacionados com as práticas sexuais. Cabe então aos adultos, pais e cuidadores, e ao médico resguardar a saúde sexual da adolescente.

Este texto propõe oferecer ao ginecologista uma atualização científica sobre o mecanismo da resposta sexual feminina (RSF), destacando-se as particularidades da função sexual de adolescentes. Lembramos que sexo é função, sexualidade é vivência. Portanto, na abordagem da sexualidade feminina, é importante levar em consideração outros aspectos, e todos estão interligados (Figura 1).

FIGURA 1. FATORES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS E A INFLUÊNCIA DE DROGAS E MEDICAMENTOS SOBRE A RSF



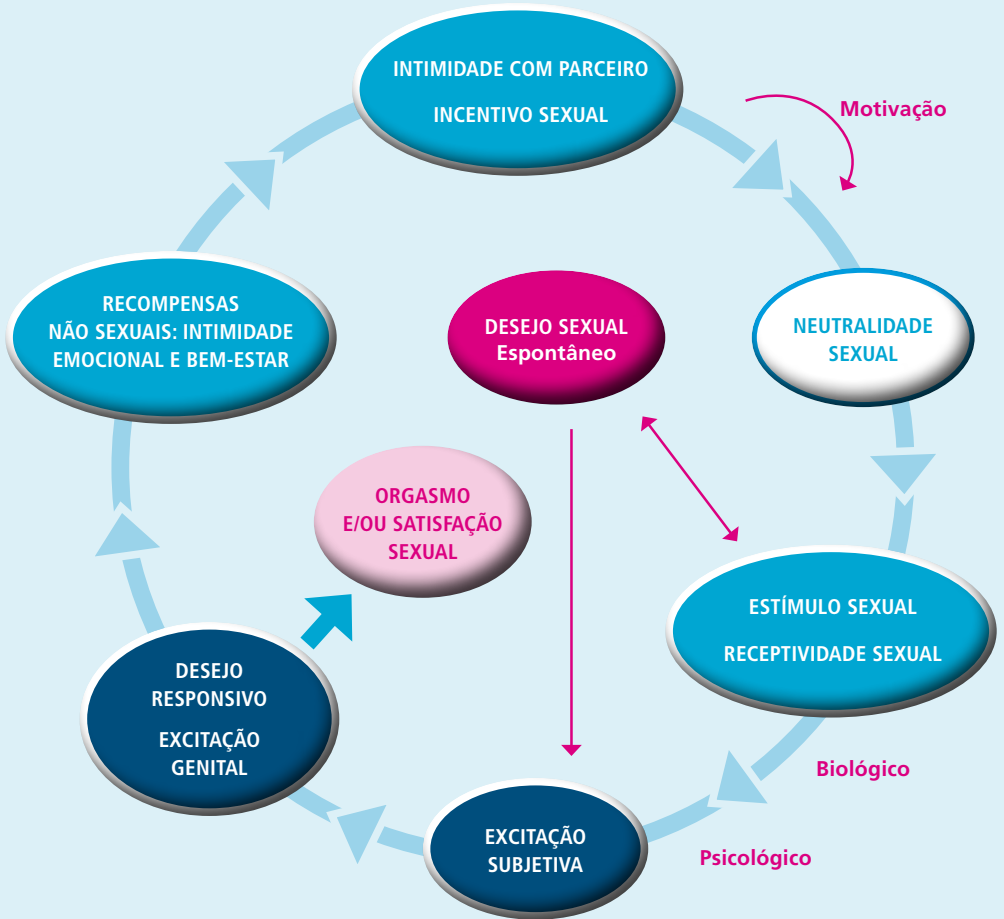


A adolescência é um período, para a menina, de pleno desenvolvimento do amor romântico e de busca por parceria que lhe possa proporcionar intimidade emocional e sexual. Há uma escassez de estudos sobre a resposta sexual das adolescentes, possivelmente por dificuldades éticas, e pouco se sabe sobre a resposta sexual feminina nesta fase da vida, principalmente, sobre as bases neurais de um comportamento sexual adequado e os fundamentos do amor romântico e sexual. Ademais, a maioria dos estudos disponíveis na literatura aborda a sexualidade na adolescência não na perspectiva do prazer e, sim, dos riscos associados às relações sexuais nesta fase, realçando a necessidade de que as práticas sexuais sejam coibidas⁽³⁾. Assim, particularidades na resposta sexual da adolescente em relação à mulher adulta não podem ser descritas com base em evidência, a não ser pela observação da diferença no comportamento sexual que dizem respeito ao seu status hormonal, que em linhas gerais pode-se afirmar que atua como facilitador de todas as fases da resposta, seja o desejo, a excitação, seja o orgasmo. A testosterona, em particular, cujos níveis aumentam substancialmente no período puberal, tem sido associada às modificações no processamento de informações vindas do meio, nos mecanismos de recompensa e aumento da sensibilidade aos estímulos vindos do meio ambiente, bem como à busca por sensações prazerosas por diferentes mecanismos, incluindo as mudanças no processamento do medo, da resposta ao estresse, de resposta aos mecanismos de ameaça e de recompensa⁽⁴⁾. A ação da testosterona nesta fase está também associada à maior predisposição da adolescente para comportamento de risco⁽⁵⁾.

Estudos experimentais com animais evidenciam que as experiências sexuais são a expressão de um comportamento que é ancorado por uma plataforma fisiológica moldada pelo desenvolvimento neural e hormonal⁽⁶⁾. No entanto, os modelos animais não proveem dados para o entendimento dos mecanismos de desenvolvimento do amor e nem da necessidade emocional para se engajar em um relacionamento afetivo/sexual ou apenas sexual. Portanto, com base nos estudos experimentais, é de se esperar que o impulso e o desejo sexual espontâneo estejam exacerbados no período puberal, entretanto, as experiências afetivas da menina no seu ambiente de convívio⁽⁷⁾ é que vão interferir positiva ou negativamente na sua função sexual.

Possivelmente, a resposta sexual da menina nos primeiros anos da adolescência atenda melhor ao antigo modelo linear e fisiológico proposto por Masters e Johnson⁽⁸⁾ e expandido por Kaplan, que introduziu nesse modelo a fase do desejo sexual⁽⁹⁾ que constituía a primeira fase da resposta sexual. Já no início deste século, a resposta sexual feminina (RSF) foi redimensionada pela pesquisadora Rosemary Basson em um modelo circular que propõe mover o foco do desejo sexual espontâneo, acreditando que a maioria das mulheres perde tal desejo após algum tempo de relacionamento⁽¹⁰⁾. Segundo Basson, a resposta sexual feminina não começa pelo desejo, uma vez que o desejo sexual espontâneo entre as mulheres existiria apenas em novidade de parceria, reatamento da relação e em determinados dias do ciclo. A RSF se inicia por um estado de neutralidade sexual e se alterará dependendo de motivação da mulher baseada na intimidade. A neutralidade aconteceria em relacionamentos de longo tempo de duração, em que a mulher perde o desejo sexual espontâneo, mas, quando estimulada sexualmente, ela fica excitada e passa a sentir desejo de se engajar na relação sexual. Assim, retira-se o foco da genitalidade e valoriza-se a satisfação sexual e a intimidade emocional⁽¹⁰⁾. Cada vez mais se enfoca a sexualidade como um todo, em um contexto integral, principalmente em relação à RSF e não só ao sexo genital, pois para um “bom sexo” é necessário que haja uma boa integração entre os parceiros (Figura 2).

FIGURA 2 - MODELO CIRCULAR DA RESPOSTA SEXUAL FEMININA DE BASSON⁽¹⁰⁾



A RSF deve ser considerada circular, com quatro domínios principais: desejo, excitação, orgasmo e satisfação/resolução, cada uma delas podendo se sobrepor negativamente ou positivamente a outra⁽¹⁰⁾. Em síntese, o modelo atualmente aceito enfatiza a importância da intimidade emocional e satisfação como parte integrante da função sexual feminina⁽¹¹⁾.

Em nível biológico, além dos esteroides sexuais, uma série de outros hormônios e neurotransmissores são ativados durante a puberdade, incluindo a oxitocina, vasopressina, dopamina, serotonina e cortisol⁽¹²⁾ que promove modificações físicas generalizadas no organismo para preparação do ato sexual⁽¹³⁾. No SNC são neurotransmissores excitatórios a dopamina, noradrenalina, as melanocortinas e a ocitocina. A dopamina promove a vontade de iniciar a atividade sexual, aumenta a motivação sexual e estimula a iniciação da resposta autonômica. A ocitocina parece influenciar a atividade dopaminérgica no interior do sistema de dopamina mesocorticolímbico, que é crucial não apenas para o mecanismo de recompensa, mas também para a motivação e para a expressão dos comportamentos afetivos⁽¹⁴⁾. A noradrenalina, produzida principalmente no locus ceruleus, promove o aumento da atividade cerebral do impulso sexual e ativa o sistema nervoso autonômico, desencadeando alteração das funções viscerais, como a frequência cardíaca e a pressão arterial. As melanocortinas são peptídeos hormonais produzidos principalmente pelo eixo hipotálamo-hipofisário que potencializam o desejo sexual a partir da interação com os receptores dopaminérgicos. A ocitocina estimula o aumento do fluxo sanguíneo, aumentando a deflagração dos neurotransmissores pelo sistema nervoso autônomo parassimpático, provocando alterações físicas generalizadas no organismo e desencadeando a excitação sexual⁽¹⁵⁾. Os mecanismos inibitórios agem principalmente no córtex, sistema límbico, hipotálamo e mesencéfalo no período de satisfação sexual ou refratário, por meio da liberação de opioides e endocanabinoides.

A noradrenalina controla o mecanismo de excitação por meio de resposta seletiva ao receptor e ativação autonômica. A ocitocina estimula o aumento do fluxo sanguíneo durante a excitação e proporciona recompensa sexual⁽¹⁴⁾. O próximo passo da resposta sexual é a deflagração dos neurotransmissores pelo sistema nervoso autônomo que provoca alterações físicas generalizadas no organismo para preparação do ato sexual. Durante a excitação sexual, sinais parassimpáticos passam pelo plexo sacral para o órgão genital. Os sinais parassimpáticos liberam acetilcolina, óxido nítrico e polipeptídeo intestinal vasoativo nas terminações nervosas, aumentando o fluxo sanguíneo. Ocorre o inorgitamento da parede vaginal, em virtude

do aumento da pressão no interior dos capilares, criando uma transudação do plasma através do epitélio vaginal e lubrificando o canal vaginal. Os sinais parassimpáticos também passam pela glândula de Bartholin, estimulando a secreção do muco no interior do introito vaginal, umedecendo ainda mais a vagina durante a relação sexual. Além da lubrificação, os mediadores neuroquímicos aumentam o fluxo arterial em torno do introito vaginal e artérias cavernosas do clitóris, resultando na tumescência e protrusão deste. A vagina se alonga e se dilata durante a excitação sexual, como resultado do relaxamento do músculo liso da parede vaginal. Reações extragenitais também são observadas, como o aumento dos ritmos respiratório e cardiovascular, rubor sexual, ereção mamilar e miotonias generalizadas. A seguir, quando as sensações de motivação sexual são sustentadas pelos sinais nervosos centrais e a estimulação sexual local atinge a intensidade máxima, são iniciados reflexos que causam o orgasmo feminino⁽¹⁵⁾.

COMPORTAMENTO SEXUAL DA ADOLESCENTE



O aumento dos níveis dos esteroides sexuais na puberdade e ação do estradiol determinam o crescimento das mamas e a distribuição feminina da gordura e, também, promovem o aparecimento da menstruação⁽¹⁶⁾. Com esta silhueta considerada atrativa⁽¹⁷⁾, subentende-se que a menina está biologicamente formada para a atividade sexual e pronta para a reprodução. Vale lembrar que a menarca vem ocorrendo cada vez mais cedo e a maturidade corporal precoce está relacionada com a atividade sexual precoce, porém, a maturidade corporal não é um bom indicador de maturidade para as práticas sexuais na adolescência⁽¹⁸⁾. O aumento dos níveis de estrogênios predispõe a menina para engajar em carícias e beijos⁽¹⁹⁾, porém, os fatores sociais e culturais desempenham um papel fundamental na construção da sexualidade dela.

A maioria dos estudos sobre comportamento sexual de adolescentes explora o comportamento sexual de risco deles ou as modificações hormonais nesta fase, e quase nada se sabe sobre o envolvimento das modificações biológicas e aspectos psíquicos que determinam o aparecimento do amor romântico e a motivação da menina para se engajar nas práticas sexuais. É importante ressaltar que a neuroplasticidade na infância e na adolescência instiga o ser em formação a se engajar em práticas que elas vivenciam no meio. Se essas experiências são positivas, elas tendem a repeti-las^(7,17). Assim, ocorre com a iniciação sexual na adolescência, normalmente estimulada pelas práticas sexuais das amigas e por mensagens pró-sexuais na mídia em um cérebro preparado pelos esteroides sexuais para ativar o comportamento reprodutivo⁽²⁰⁾.

A sexualidade e a expressão sexual não são determinadas apenas pelo aspecto biológico, sendo fundamentalmente um processo biopsicossocial e, sobretudo, a expressão do afeto, da comunicação, da emoção e do prazer⁽²¹⁾. Ademais, as motivações para a iniciação sexual devem ser entendidas em uma perspectiva transcultural e temporal. Nos tempos atuais, a iniciação sexual para adolescentes é avaliada como parte do processo de crescimento, e a virgindade é interpretada como um estigma a ser vencido pela adolescente⁽²²⁾.

Na adolescência, é difícil uma expressão plena da sexualidade, mas é assim mesmo: essa é uma fase de aprendizagem, por meio de práticas sexuais individuais e compartilhadas. O autoerotismo (masturbação) é, em geral, uma prática comum

e a forma pela qual a adolescente experimenta o prazer sexual. Pode gerar culpa na menina devido aos fatores culturais e religiosos repressivos em relação a essa prática. É importante lembrar que, na adolescência, meninos e meninas podem apresentar fantasias homoeróticas como fantasia, atração e interesse por pessoas do mesmo sexo ou vivências homoafetivas por masturbação mútua ou relações homossexuais. Vale salientar que essas práticas podem significar atividades experimentais que podem ocorrer sem que signifiquem, necessariamente, a orientação sexual homossexual⁽²³⁾.

O início dos relacionamentos românticos na adolescência tende a ocorrer por rápidas interações (o ficar) que levam ao beijo, e as relações que envolvem mais emoções e dispendem mais tempo e energia, como namoro, são menos comuns. Estes relacionamentos fugazes servem de experiência e preparo para as adolescentes explorarem a sua identidade sexual e seu potencial romântico sexual. Entre meninas, a atividade sexual com um parceiro por ela amado está associada a experiências positivas e facilitadoras do engajamento nos relacionamentos mais amorosos, incluindo a maior entrega e maior satisfação com a vida romântica. Ao contrário, a atividade sexual frequente com vários parceiros e sem amor foi associada a experiências negativas e representou maior risco para insatisfação com a vida sexual, mais dificuldade para amar e para entrega durante a relação sexual⁽²⁴⁾.

MEDIDAS EDUCATIVAS PARA ADEQUAÇÃO DA RESPOSTA SEXUAL



A qualidade da relação dos pais com a filha pode afetar substancialmente o desenvolvimento neural e o comportamento sexual da menina, desde que a relação dos pais seja baseada na prestação de apoio e informações sobre o amor romântico e sobre o comportamento sexual da adolescente⁽²⁵⁾. Também, as adolescentes de pais que convivem em harmonia tendem a postergar a idade da primeira relação sexual⁽²⁶⁾. Portanto, o médico, seja o pediatra, seja o ginecologista, precisa estimular a relação assertiva entre os pais e a filha para reduzir comportamentos sexuais de risco.

Já no plano das vivências sexuais, cabe ao ginecologista o importante papel de esclarecer a adolescente sobre uma vivência sexual saudável e prazerosa. A adolescente precisa ser instruída a reduzir a expectativa irreal de que toda resposta sexual adequada ocorrerá de pronto a partir da primeira relação sexual. É importante informar que o sexo fica melhor com o tempo, com a maturidade e com a aprendizagem. É comum, nessa fase, que as adolescentes vivam o sexo sem prazer, sem ter o mínimo que a vida sexual a dois deveria proporcionar. O prazer está no compartilhar carícias, na troca afetiva, no gostar de tocar e ser tocado e também na possibilidade de sentir orgasmo. O prazer não é sinônimo de orgasmo. E ninguém dá orgasmo a ninguém. O outro pode facilitar ou dificultar. Outra grande mentira com força de verdade é acreditar na existência de dois orgasmos, o clitoridiano e o vaginal. O orgasmo é um só: cerebral. O clitóris atua como um importante gatilho e a vagina (terço externo) depois com a plataforma orgástica (contrações vaginais). Portanto, é mais fácil chegar ao orgasmo com estímulo direto ao clitóris (oral, manual) comparado ao estímulo indireto oferecido pela relação pênis-vagina⁽²³⁾. A satisfação sexual plena demanda vivência sexual e maturidade nas relações com a parceria.

Os problemas sexuais na adolescência têm sua origem tanto na falha de uma educação sexual que substitua os mitos e tabus como na exigência social da *performance* sexual que transforma o sexo em um jogo competitivo com regras e juízes.

O outro motivo de problemas sexuais entre adolescentes é a ênfase no coito ou no orgasmo como componentes únicos ou principais da relação sexual. Essa postura ofusca o prazer do jogo erótico das preliminares, além de gerar ansiedade, medo e sentimento de culpa por não conseguir satisfazer expectativas (muitas vezes irreais). Observamos entre as adolescentes uma pressão imensa pela ditadura

do orgasmo, levando-as a viver o “sexo mercadológico”, pois a todo momento ficam avaliando, pesando e medindo como se fossem mercadorias. Adolescentes masculinos também focados nesse processo performático sofrem e muito com a necessidade de ter que controlar sua ejaculação.

Concluindo, diria que é fundamental distinguir sexualidade de genitalidade. Genitalidade é uma função dos órgãos dos órgãos sexuais, um fenômeno fisiológico para satisfazer o instinto. A sexualidade também compreende a genitalidade, porém, a supera e transcende, chegando a um contexto muito mais rico de valores.

REFERÊNCIAS

1. de Water E, Braams BR, Crone EA, Peper JS. Pubertal maturation and sex steroids are related to alcohol use in adolescents. *Horm Behav.* 2013; 63(2):392-7.
2. Han G, Miller JG, Cole PM, Zahn-Waxler C, Hastings PD. Adolescents' internalizing and externalizing problems predict their affect-specific HPA and HPG axes reactivity. *Dev Psychobiol.* 2015; 57(6):769-85.
3. Fortenberry JD. Sexual learning, sexual experience, and healthy adolescent sex. *New Dir Child Adolesc Dev.* 2014(144):71-86.
4. Eisenegger C, Naef M. Combining behavioral endocrinology and experimental economics: testosterone and social decision making. *J Vis Exp.* 2011; (49). pii: 2065. doi:10.3791/2065.
5. Peper JS, Dahl RE. Surging hormones: brain-behavior interactions during puberty. *Curr Dir Psychol Sci.* 2013; 22(2):134-9.
6. Nutsch VL, Will Rg, Robison CL, Martz JR, Tobiansky DJ, Dominguez JM. Colocalization of mating-induced fos and d2-like dopamine receptors in the medial preoptic area: influence of sexual experience. *Front Behav Neurosci.* 2016; 10:75.
7. Crone EA, Dahl RE. Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nat Rev Neurosci.* 2012; 13(9):636-50.
8. Masters W. Johnson V. Human sexual response. Boston: Lippincott Williams & Wilkins; 1966.
9. Kaplan HS. A nova terapia do sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1977.
10. Basson R. Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 2001; 27(5):395-403.
11. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ.* 2005; 172(10):1327-33.
12. de Boer A, van Buel EM, Ter Horst GJ. Love is more than just a kiss: a neurobiological perspective on love and affection. *Neuroscience.* 2012; 201:114-24.
13. Jonathan S, Novak B. Tratado de ginecologia. Rio de Janeiro; Guanabara Koo-gan; 2008.
14. Love TM. Oxytocin, motivation and the role of dopamine. *Pharmacol Biochem Behav.* 2014; 119: 49-60.

15. Pfaus JG. Pathways of sexual desire. *J Sex Med.* 2009; 6(6):1506-33.
16. Cano MA, Ferriani MG, Gomes R. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2000; 8(2):18-24.
17. Suleiman A, Galván A, Harden KP, Dahl RE. Becoming a sexual being: The 'elephant in the room' of adolescent brain development. *Dev Cogn Neurosci.* 2016; Sep 29. pii: S1878-9293(16)30077-9.
18. Tresch C, Ohl J. Age of puberty and western young women sexuality. *Gynecol Obstet Fertil.* 2015; 43(2):158-62.
19. Finkelstein JW, Susman EJ, Chinchilli VM, D'Arcangelo MR, Kunselman SJ, Schwab J, et al. Effects of estrogen or testosterone on self-reported sexual responses and behaviors in hypogonadal adolescents. *J Clin Endocrinol Metab.* 1988; 83(7):2281-5.
20. Sisk CL, Zehr JL. Pubertal hormones organize the adolescent brain and behavior. *Front Neuroendocrinol.* 2005; 26(3-4):163-74.
21. 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).
22. Erickson PI, Badiane L, Singer M. The social context and meaning of virginity loss among African American and Puerto Rican young adults in Hartford. *Med Anthropol.* 2013; Q27(3):313-29.
23. Lopes G, Maia M. Conversando com o adolescente sobre sexo - quem vai responder? Belo Horizonte: Autêntica; 2001.
24. Collibee C, Furman W. The relationship context for sexual activity and its associations with romantic cognitions among emerging adults. *Emerg Adulthood.* 2016; 4(2):71-81.
25. Ernst M, Nelson EE, Jazbec S, McClure EB, Monk CS, Leibenluft E, et al. Amygdala and nucleus accumbens in responses to receipt and omission of gains in adults and adolescents. *Neuroimage.* 2005; 25(4):1279-91.
26. 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.

SAÚDE SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA

Sandra Cristina Poerner Scalco

Médica Ginecologista e Obstetra especialista em Sexualidade Humana (TESH/SBRASH e área de atuação/FEBRASGO), Terapeuta de Casais – INFAPA. Mestre em Saúde Coletiva (Área: Saúde Mental e Sexualidade) na Universidade Luterana do Brasil e Doutoranda em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Preceptora do Ambulatório SAISS – Serviço de Atenção Integral em Saúde Sexual (Atendimento multidisciplinar de disfunções sexuais femininas, Infecções Sexualmente Transmissíveis – ISTs e Violência Sexual), no HMIPV. Integrante da Comissão Nacional de Sexologia da FEBRASGO.

RESUMO

A morbidade e mortalidade na maioria dos adolescentes estão relacionadas ao comportamento pessoal e, como tal, são evitáveis. Os médicos têm um papel importante na identificação precoce de riscos durante uma triagem, aconselhamento para redução desses, ao fornecer orientações gerais de saúde (antecipatória), além de imunizações. No campo da saúde sexual, e em especial na ginecologia, recomenda-se orientação preventiva às adolescentes, que elas possam ser rastreadas de forma integral. Instruir para comportamentos sexuais responsáveis, dentro das potenciais vulnerabilidades, que incluem questões de gênero, tais como: o abuso físico, sexual e emocional ou comportamento sexual que pode resultar em gravidez indesejada; neste caso, discutir início de contracepção adequada, além de evitar ou adiar a sexarca (início da atividade sexual) precoce. Triar com periodicidade anual para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), incluindo teste do vírus da imunodeficiência humana (HIV). E, ainda, evitar a partilha de informações e imagens pessoais na internet, o fumo, álcool e outras substâncias, que podem causar agravos nos indicadores. Enfim, avaliar vulnerabilidades de minorias, problemas de aprendizagem e questionar inclusive sobre depressão e suicídio, que podem estar associados com fatores de risco. Sabemos que o envolvimento e atitudes dos pais afetam os adolescentes nos comportamentos e resultados de saúde. Sugerimos que os pais também recebam orientação antecipatória pelo menos uma vez durante o início, meio e final da adolescência de seus filhos. Uma estratégia é apresentada para a integração de

serviços preventivos em cuidados médicos de rotina. Essa pode ser utilizada pela Ginecologia e Obstetrícia, na abordagem com as adolescentes, principalmente nas questões sexuais, e auxiliar na detecção de uma série de potenciais riscos, identificar aqueles que precisam de uma avaliação mais aprofundada e se concentrar naqueles que constituem uma preocupação imediata. O presente capítulo visa prover conhecimento aos GO sobre a saúde sexual na adolescência, no qual está alicerçada a prevenção. Contempla variáveis do comportamento sexual nessa fase, com demandas que envolvem desde dúvidas do início das relações até questões de diversidade, minorias, orientação, identidade e bem-estar.

Palavras-chave:

Sexualidade; Adolescente; Saúde sexual

ABSTRACT

Morbidity and mortality in most adolescents are related to personal behavior and, as such, are preventable. Physicians play an important role in early identification of risks during screening, counseling for screening, general health (anticipatory) guidance, and immunizations. In the field of sexual health, and especially in gynecology, preventive counseling to adolescents is recommended so that they can be fully screened. Educate for responsible sexual behaviors within potential vulnerabilities, including gender issues such as: physical, sexual and emotional abuse, or sexual behavior that may result in unwanted pregnancy; In this case, discuss beginning of adequate contraception, in addition to avoiding or delaying the early sexarca. Screening every year annually for sexually transmitted infections (STIs), including human immunodeficiency virus (HIV) test. Also, avoid sharing information and personal images on the internet, smoking, alcohol and other substances, which can cause damage to the indicators. Finally, assess vulnerabilities of minorities, learning problems and even question about depression and suicide, which may be associated with risk factors. We know that parental involvement and attitudes affect adolescents in behaviors and health outcomes. We suggest that parents also receive anticipatory guidance at least once during the early, middle, and late teens of their children. A strategy is presented for the integration of preventive services into routine medical care. It can be used by the Gynecology and Obstetrics (GO), in the approach with the adolescents, mainly in the sexual questions, and help in the detection of a series of potential risks, to identify those that need a more in depth evaluation, and to concentrate in those that constitute a immediate concern. This chapter aims to provide the GO knowledge about sexual health in adolescence, where prevention is based. It contemplates variables of sexual behavior at this stage, with demands ranging from doubts about the beginning of relationships to questions of diversity, minorities, orientation, identity and well-being.

Keywords:

Sexuality; Adolescent; Sexual health

HIGHLIGHTS

- Recomenda-se triar com periodicidade anual doenças sexualmente transmissíveis.
- Adolescentes devem receber orientação sobre comportamentos sexuais responsáveis.
- A associação com álcool e uso de drogas contribuem para a piora dos indicadores.
- Envolvimento e atitudes dos pais afetam positivamente o comportamento de adolescentes.
- Gravidez não planejada e infecções sexualmente transmissíveis são algumas das principais causas de morbimortalidade de adolescentes.
- A iniciação sexual precoce está associada ao aumento do risco para depressão, arrependimento, gravidez não planejada e lesão precursora do câncer do colo uterino.
- As relações sexuais desprotegidas são mais comuns em adolescentes que foram vítimas de violência física (maus tratos), violência sexual (abuso e estupro) e vítimas de negligência ao cuidado físico e emocional na infância.
- A educação sexual nas escolas começando antes do 5º ano escolar é uma medida efetiva para postergar a sexarca.
- O monitoramento dos pais é efetivo para prevenir a iniciação sexual precoce.

INTRODUÇÃO

A saúde sexual associada a comportamentos de risco dos adolescentes é acompanhada há vários anos, e, embora a melhora tenha sido observada em alguns indicadores, em comparação com outros grupos etários, ainda assim, a saúde do adolescente não foi capaz de responder a uma série de intervenções desenvolvidas para escolas, comunidades e sistema de saúde.

Na contemporaneidade observa-se que:

“A iniciação precoce da sexualidade não representa, em si, uma forma de passagem para a vida adulta; talvez possa ser mais bem entendida como outra forma de experimentar vivências do mundo adulto, sem assumi-lo completamente [...] evidenciando o exercício de vários ‘papéis adultos’ por indivíduos que ainda se identificam como jovens”⁽¹⁾.

A OMS tem trabalhado na área da saúde sexual, pelo menos desde 1974, quando as deliberações de um comitê foram publicadas em um relatório técnico intitulado “Educação e tratamento na sexualidade humana”⁽²⁾.

Em 2000, a Organização Pan-Americana da Saúde OPAS e a OMS convocaram especialistas para rever a terminologia e identificar opções do programa. Posteriormente, a OPAS e a Associação Mundial para a Saúde Sexual WAS passaram a considerar uma série de preocupações de saúde sexual com respeito à integridade corporal, à segurança sexual, ao erotismo, ao sexo, à orientação sexual, ao apego emocional e à reprodução^(2,3).

O grupo de trabalho de peritos das organizações acima descritas propôs uma abordagem sindrômica que facilita a identificação dos problemas de saúde sexual. Trata-se de ampliar a visibilidade de situações mais vulneráveis, por parte dos profissionais de saúde e pelo público em geral, para considerações epidemiológicas.

A partir dessa contextualização, são consideradas síndromes clínicas que prejudicam o funcionamento sexual situações como: a disfunção sexual; o comportamento sexual compulsivo; conflitos de identidade, tais como disforia de gênero no adolescente, violência e vitimização, síndromes clínicas depois de ter sido abusado sexualmente quando criança (incluindo transtorno de estresse pós-traumático); fobia clínica focada na sexualidade; padrões de comportamento sexual de risco para a infecção pelo HIV e/ou outras DSTs; e síndromes clínicas relacionadas com a reprodução.

O Brasil está alinhado aos compromissos assumidos durante a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), Cairo 1994, em especial com Programa de Ação da CIPD, que foram essenciais para a inserção dos adolescentes como sujeitos com direito à saúde sexual e reprodutiva a ser alcançado por normas, programas e políticas públicas.

O Ministério da Saúde promoveu, em novembro de 2004, em Brasília, a Oficina Nacional de Elaboração do Marco Teórico-Referencial da Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens. Naquele momento, havia também um consenso de que um dos grandes desafios era implementar ações de saúde que atendessem às especificidades da população jovem, “de modo integral e respondendo às demandas colocadas pelas condições decorrentes das distintas situações de vida dos adolescentes e jovens do país”. O Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) é uma das ações do Programa Saúde na Escola (PSE), que tem a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública. Em parceria com UNESCO, UNICEF e UNFPA, o SPE está alicerçado em uma demanda da população, foi implantado nos 26 estados do Brasil, no Distrito Federal e em aproximadamente 600 municípios. A proposta do projeto é realizar ações de promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, articulando os setores de saúde e de educação^(1,4).

Entretanto, após ter sido estabelecida, na Conferência de Cairo em 1994 (CIPD), uma definição audaciosa, clara e abrangente de saúde reprodutiva para que fossem satisfeitas as necessidades educacionais e de serviço dos adolescentes, para lhes permitir lidar de forma positiva e responsável com seus sexualidade, o contexto atual demonstrado em uma revisão reflete sobre considerações para uma agenda de desenvolvimento pós-2015, em que são identificados os principais desafios e respostas críticas que ainda precisam ser abordadas no tratamento da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes. As principais recomendações são ligar a prestação de serviços de educação sexual e saúde sexual e reprodutiva (SSR) de forma mais efetiva; promover a conscientização, aceitação e apoio para educação e serviços de SSR favoráveis aos jovens; abordar a desigualdade de gênero em termos de crenças, atitudes e normas; e priorizar os cuidados preventivos no período adolescente precoce (10-14 anos). As muitas lacunas de conhecimento e resultados apontam para a necessidade urgente de intensificar os programas de intervenção⁽⁵⁾.

As questões de saúde sexual e reprodutiva, tais como gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis, continuam a ser algumas das principais causas de morbidade e mortalidade na adolescência. A associação de álcool e uso de drogas contribui para a piora desses indicadores. A natureza evitável, de todas essas condições, fornece um mandato claro para os profissionais de saúde. O desafio é integrar serviços de prevenção em cuidados médicos de rotina⁽⁶⁻⁹⁾.

MÉTODOS

A metodologia empregada é resultado de revisão da literatura, em busca de evidências sobre a saúde sexual na adolescência, incluindo dados epidemiológicos e estratégias de prevenção baseadas no comportamento e práticas sexuais nessa faixa etária. A busca foi realizada no banco de dados do PUBMED, no Google - *Indexed Scientific Literature* e *Cochrane Central Register of Controlled Trials* (CENTRAL), além de sumários e recomendações do *Uptodate*. Foram filtrados ensaios clínicos fase II, III e IV, estudos caso-controle, randomizados, metanálises e revisões sistemáticas que apresentassem como desfecho dados sobre saúde sexual na adolescência. Consensos nacionais e internacionais, relatórios da Organização Mundial de Saúde (OMS), do Ministério da Saúde (MS), do *Preventive Services Task Force Estados Unidos* (USPSTF) – Guia de serviços preventivos clínicos, da *American Medical Association* (AMA) – Orientações para adolescentes serviços preventivos (1994), da Academia Americana de Médicos de Família (AAFP) – Serviços de Saúde Pública Materna e Infantil dos Estados Unidos (MCHB), da Academia Americana de Pediatria (AAP), da *Bright Futures*: diretrizes para supervisão cuidados de saúde de adolescentes, todos foram considerados para leitura. O limite superior de data de publicação na busca dos artigos foi outubro de 2016 e não foi estabelecido limite inferior, foram incluídos apenas estudos em humanos que tenham sido publicados.

O ÂMBITO DA SAÚDE SEXUAL E ADOLESCÊNCIA



A saúde sexual é uma área que engloba muitos desafios, direitos humanos relacionados com prazer sexual, doenças (HIV/AIDS, ISTs,), violência, mutilação da genitália feminina, disfunção sexual e saúde mental⁽¹⁰⁾.

As questões de saúde sexual são situações da vida que podem ser abordadas por meio da educação sobre sexualidade e ações de toda a sociedade, a fim de promover a saúde dos indivíduos. Esse setor tem um papel a desempenhar na avaliação e na prestação de aconselhamento e cuidados, engloba preocupações relacionadas à integridade corporal e à segurança sexual. Embora médicos frequentemente discutam o comportamento sexual dos adolescentes em termos de “risco”, é importante lembrar que os comportamentos sexuais e as relações sexuais fazem parte da sexualidade e constituem uma parte importante e necessária do desenvolvimento humano. Os paradigmas da sexualidade de adolescentes estão se ampliando do risco ao bem-estar, dos esforços direcionados aos esforços abrangentes e do aumento do conhecimento à construção de habilidades que implica em capacitar para a tomada de decisões, comunicação, assertividade e negociação, que melhoram as relações pessoais⁽¹¹⁾.

A vida sexual deve ser reconhecida em sua prática, de maneira segura e responsável, que envolve a não exploração e as relações consensuais para além da necessidade de conhecimento sobre a resposta sexual e o prazer. Envolve, também, o respeito, a igualdade e a aceitação das diferenças de gênero, bem como as questões relacionados à orientação sexual.

O comportamento sexual responsável (por exemplo, prorrogar a iniciação de relações sexuais, escolher parceiros atenciosos, aumentar o uso de preservativos e usar contracepção eficaz) é um importante problema de saúde pública. A promoção de comportamentos sexuais saudáveis e o maior acesso a serviços de qualidade para prevenir doenças sexualmente transmissíveis e suas complicações são fundamentais nesse processo^(12,13).

O FOCO NA EDUCAÇÃO, NO BEM-ESTAR E NOS DIREITOS SEXUAIS



Para atender à demanda de saúde sexual do adolescente, é necessária uma educação médica continuada que prepare os profissionais para identificar e gerir a doença biomédica, mas, além disso, prepará-los para lidar com perturbações evitáveis relacionadas ao comportamento pessoal e sexual⁽¹⁴⁾.

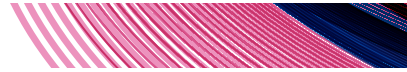
Ao atender adolescentes, o ginecologista costuma se concentrar mais em “doenças” ou “condições com as quais está familiarizado”, para avaliação de saúde de rotina, em vez de detectar comportamentos de risco à saúde e em especial à saúde sexual^(15,16).

Porém, ao discutir o comportamento sexual com esse público jovem, é importante criar um diálogo aberto que invista em respostas honestas, que priorize os objetivos individuais, dessa faixa etária, que se construa habilidades para abordar diretamente sobre barreiras relacionadas às oportunidades, privacidade, confidencialidade, abrangência e continuidade de seus cuidados preventivos na saúde sexual. Incentivos também podem ser uma forma eficaz. O acesso dos adolescentes, à vigilância e à orientação sobre temas relacionados, sugere que a melhor maneira de encorajar a discussão ocorre em uma relação contínua e confidencial. Eles relatam que o uso de mensagens de texto, e-mail e internet para fornecer informações e aconselhamento sobre vários temas sensíveis relacionados à saúde sexual encoraja a utilização de serviços de saúde preventivos. Essas ações promovem a responsabilidade pessoal, reduzindo, ao mesmo tempo, o risco de consequências potencialmente negativas na saúde sexual e reprodutiva⁽¹⁷⁾.

Em uma revisão sistemática, de 2016, foram analisados os efeitos dos programas de saúde sexual e reprodutiva nas infecções sexualmente transmissíveis e a gravidez entre adolescentes. Oito ensaios clínicos randomizados/clusters de diferentes continentes foram analisados, com 55.157 participantes. Esses programas avaliados são amplamente aceitos como uma abordagem para reduzir o comportamento sexual de alto risco entre os adolescentes. Muitos estudos e revisões sistemáticas concentram-se em avaliar os efeitos sobre o conhecimento ou o comportamento autor-relatado em vez de mostrar os resultados biológicos, como gravidez ou prevalência de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

Concluiu-se que há uma necessidade contínua de fornecer serviços de saúde aos adolescentes que incluam escolhas contraceptivas e preservativos e que os envolvam na concepção dos serviços preventivos bem como nas tomadas de decisões. Há pouca evidência de que programas educacionais isolados, na atividade curricular, por si só, sejam eficazes para melhorar os resultados de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. As intervenções baseadas em incentivos que se concentram em manter os jovens no ensino secundário associados a serviços preventivos e programas educacionais podem reduzir tanto a gravidez na adolescência como as ISTs, o que confirma o caráter multidimensional da prevenção, da saúde sexual na adolescência⁽¹⁸⁾.

SAÚDE SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA E DADOS EPIDEMIOLÓGICOS



A sexarca vem ocorrendo em meninas cada vez mais jovens, e esse foi o foco de uma recente revisão no Brasil, em que dados foram extraídos de 28 estudos e 41 referências foram utilizadas para introduzir o tema de iniciação sexual precoce e apoiar a discussão. Segundo o estudo, uma idade precoce pode conduzir a um comportamento sexual com maior risco subjacente⁽¹⁹⁾.

Uma ampla pesquisa de coorte, sociodemográfica, com 5.249 adolescentes entrevistados, nascidos em 1993, em Pelotas, Rio Grande do Sul, demonstrou que a prevalência de iniciação com a idade de 14 anos ou menos foi de 18,6%. Menor escolaridade, índice de bens, escolaridade materna, ser do sexo masculino ou ter nascido de mães adolescentes foram relacionados com maior prevalência de iniciação sexual precoce (até 14 anos). Desses, 30% não tinham usado nenhum método de contracepção e 18% não usaram preservativos na última relação sexual⁽²⁰⁾.

Meninas que têm o início de sua vida sexual com 14 anos de idade ou menos têm menor propensão a usar contracepção nessa ocasião, a demorar mais tempo para começar a usar a contracepção em relações sexuais subsequentes e são mais propensas a ter vários parceiros sexuais. Além disso, elas têm um maior risco de depressão, menor autoestima, mais episódios de arrependimento e, ainda, maior risco de uma doença sexualmente transmissível. Meninas com baixo nível educacional, socioeconômico e cultural, pouco monitoramento dos pais, separação dos pais e ausência de religiosidade tendem a experimentar sexarca em uma idade mais jovem. Adolescentes que adiam sua iniciação sexual, até que tenham 16 anos, são fisicamente e psicologicamente mais saudáveis do que aquelas que iniciam em uma idade mais precoce. O estudo sugere que proporcionar às meninas adolescentes, especialmente menores de 14 anos, uma educação adequada sobre as relações sexuais no contexto de segurança e responsabilidade, inclusive recomendando postergar sua sexarca, pode reduzir o efeito negativo das relações sexuais^(19,20).

Muitos jovens se envolvem em comportamentos sexuais de risco. Por exemplo, nos EUA, entre alunos do ensino médio, em 2015: 41% nunca tinham tido relações sexuais, 30% tinham tido relações sexuais durante os últimos três meses, 43% não usaram preservativo na última vez que fizeram sexo, 14% não usaram qualquer método para evitar a gravidez, 21% tinham consumido álcool ou usado drogas

na última relação sexual. Esses comportamentos sexuais aumentam a exposição dos adolescentes, inclusive à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), além de outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e gravidez não planejada. De fato, os jovens com idade entre 13-24 anos foram responsáveis por cerca de 22% de todos os novos diagnósticos de HIV nos Estados Unidos, em 2014. Desses, 80% eram homossexuais e bissexuais. Apenas 10% dos que eram sexualmente ativos tinham sido testados para o HIV(9). E, ainda, cerca de 250.000 bebês nasceram de meninas adolescentes com idades entre 15-19^(9,21).

O CDC recomenda que todos os adolescentes façam o teste de HIV pelo menos uma vez ao ano, como parte da rotina de cuidados médicos. Metade dos 20 milhões de novas ISTs notificadas anualmente, estavam entre os jovens, com idades de 15-24 anos⁽⁹⁾.

No Brasil, de acordo com dados oficiais de 2011⁽²²⁾, 26,8% da população sexualmente ativa entre 15 e 64 anos iniciou sua vida sexual antes dos 15 anos⁽²³⁾. Cerca de 19,3% das crianças nascidas vivas em 2010 no Brasil são filhos e filhas de mulheres de 19 anos ou menos⁽²⁴⁾.

SERVIÇOS PREVENTIVOS: IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS E GESTÃO



A finalidade dos serviços de prevenção é reduzir a morbidade grave e mortalidade prematura, tanto durante a adolescência como nos anos posteriores. Esses serviços tipicamente se enquadram em quatro categorias: i) realizar triagem, ii) realizar aconselhamento para reduzir riscos, iii) proporcionar imunizações e iv) promover orientações gerais de saúde.

Além disso, uma recomendação para a frequência ideal nas consultas de rotina é incluída nas diferentes situações. Várias organizações desenvolveram orientações que são projetadas para permitir que os profissionais possam identificar e resolver problemas específicos de saúde e comportamentos que causam a maior carga de sofrimento entre os adolescentes (Tabela 1).

TABELA 1. ORGANIZAÇÕES ENVOLVIDAS NO DESENVOLVIMENTO DE ORIENTAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE IDENTIFICAREM E RESOLVEREM PROBLEMAS COM A SAÚDE DE ADOLESCENTES

Preventive Services Task Force Estados Unidos (USPSTF) - Guia de serviços preventivos clínicos⁽²⁵⁾.

American Medical Association (AMA) - Orientações para adolescentes, serviços preventivos (intervalos) de 1994⁽²⁶⁾.

Academia Americana de Médicos de Família (AAFP) - Gráficos de idade para periódicos exames de saúde^(27,28).

Estados Unidos Serviços de Saúde Pública Materna e Infantil Serviços de Saúde (MCHB) e Academia Americana de Pediatria (AAP) - Bright Futures: Diretrizes para supervisão, cuidados de saúde de lactentes, crianças e adolescentes^(29,30).

Bright Futures/AAP - Recomendações para Pediátrica Preventiva de Saúde 2014⁽³¹⁾.

Comitê Consultivo em Práticas de Imunização (ACIP) - Esquemas anuais de imunização em adolescentes^(32,33).

Os serviços preventivos, no âmbito da saúde sexual, incluem recomendações nos campos de triagem, orientação antecipatória e imunizações. Dessas, em especial, as vacinas para o vírus do papiloma humano (GRAU 1A).

As organizações acima referidas utilizam diferentes métodos para suas diretrizes. Por exemplo, as da USPSTF baseiam-se na capacidade comprovada de procedimentos de triagem e intervenções para melhorar resultados clínicos. Contudo, os dados de estudos, de serviços de prevenção, utilizando adolescentes em ambientes clínicos, são escassos. Por isso, as diretrizes da AMA e Bright Futures incorporam a opinião de especialistas^(26,34,35). Então, uma análise das recomendações revela o seguinte:

Existe desacordo sobre a periodicidade recomendada para avaliações de saúde de rotina de adolescentes. Embora a AMA, Bright Futures e AAP recomendem visitas anuais dos serviços preventivos para adolescentes, a AAFP e USPSTF recomendam visitas entre um e três anos. Nas recomendações do CDC, nos Estados Unidos, a Comissão Nacional de Controle de Qualidade inclui medidas de desempenho, em que adolescentes entre 13 e 18 anos de idade devem ser vistos anualmente para uma consulta de rotina⁽³⁶⁾.

DIRETRIZES PARA ADOLESCENTES



A Sociedade de Medicina Adolescente (AMA) incide sobre semelhanças entre as orientações e solicita a ampla aceitação e implementação de serviços clínicos preventivos para adolescentes⁽²⁶⁾. “Diretrizes para adolescentes dos serviços preventivos” (GAPS) e o paradigma da Associação Médica Americana fornecem um quadro para o conteúdo e prestação de serviços de prevenção abrangentes para adolescentes⁽²⁶⁾. As recomendações mais prementes são alvo de triagem, orientação antecipatória e imunizações^(15,16).

Novas tecnologias de baixo custo, tais como assistentes digitais pessoais, podem aumentar o rastreio clínico e aconselhamento e melhorar a percepção dos adolescentes de que sua visita é confidencial e que eles foram ouvidos com atenção. As redes sociais, incluindo telefones celulares, também podem fornecer novas oportunidades para alcançar adolescentes com mensagens de saúde⁽¹⁷⁾.

A PREVENÇÃO: ESTRATÉGIAS E RECOMENDAÇÕES



A prevenção, no contexto da triagem, nos adolescentes considera que devam ser rastreados para condições de risco, durante os atendimentos clínicos preventivos, em especial na saúde sexual^(36, 37), da seguinte forma:

- Avaliar comportamento sexual que pode resultar em gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis, incluindo infecção pelo HIV⁽³⁸⁾.
- Rastrear, de rotina, as doenças sexualmente transmissíveis, se sexualmente ativa⁽³⁹⁾.
- Recomendar aos adolescentes atendidos nos serviços de saúde que façam o teste para a infecção pelo HIV, a menos que especificamente se recusem^(37,38).

ORIENTAÇÃO ANTECIPATÓRIA PARA ADOLESCENTES



Por meio dessa orientação, os médicos e em especial os ginecologistas podem ajudar as adolescentes a ter uma melhor compreensão de seu crescimento físico, desenvolvimento psicossocial, psicosssexual e da importância de se envolver ativamente nas decisões sobre seus cuidados de saúde. Além disso, os adolescentes devem receber aconselhamento sobre hábitos saudáveis e redução de risco nas seguintes áreas:

- Hábitos alimentares saudáveis.
- Redução de lesões por acidente.
- O exercício físico regular.
- A duração do sono ideal (8 a 10 horas por dia) e hábitos de sono saudáveis.
- Comportamentos sexuais responsáveis, incluindo a abstinência.
- Prevenção de tabaco, álcool e outras substâncias.
- Evitar comportamentos on-line que podem ter consequências negativas, como *sexting* e partilha de informações e imagens pessoais com estranhos.
- Estratégias para lidar com o *bullying*.

ORIENTAÇÃO ANTECIPATÓRIA PARA OS PAIS



Orientações de saúde para os pais incluem conselhos para ajudá-los nas tomadas de decisões adequadas e, assim, adaptar as suas práticas parentais para atender às novas necessidades dos seus filhos adolescentes⁽²⁷⁾. Os pais devem receber orientações de saúde de seu filho pelo menos uma vez durante o período da adolescência⁽³⁴⁾.

Estudos mostram que o envolvimento e atitudes positivas de monitoramento e cuidados, por parte dos pais, afetam o comportamento e resultados na saúde do adolescente, de forma protetiva, reduzindo riscos^(40,41).

Como exemplo, em análise transversal dos dados da entrevista de mais de 12.000 estudantes de ensino médio, descobrimos que a conexão pai-família (por exemplo, sentimentos de calor, amor e carinho dos pais) foi protetora contra todos os fatores de risco ao medir comportamentos (perturbação emocional, suicídio, violência, uso de cigarro, uso de álcool e maconha), exceto na história de gravidez⁽⁴⁰⁾.

Em outro estudo prospectivo longitudinal da saúde do adolescente, com 10.000 adolescentes, a percepção desses, de atitudes maternas de se envolver em relações sexuais e a falta de satisfação do adolescente com o tipo de interpeleção materna foram preditivos da ocorrência do início da relação sexual nos 12 meses seguintes⁽⁴²⁾.

A comunicação sexual entre pais e adolescentes tem recebido considerável atenção como um fator que pode afetar positivamente o comportamento sexual mais seguro entre os jovens.

Uma pesquisa sistemática de estudos publicados entre 1º de julho de 2014 e 27 de julho de 2015, usando as bases de dados MEDLINE, PsycINFO e Comunicação e *Mass Media Complete* e artigos de revisão relevantes produziu 5.098 estudos, dos quais 52 estudos com 25.314 adolescentes evidenciaram efeito positivo da comunicação sexual entre pais e adolescentes com comportamento sexual mais seguro, principalmente para meninas e para os adolescentes que discutiram sexo com as mães em comparação com os pais. Concluindo, assim, que a comunicação sexual com os pais, particularmente as mães, desempenha um papel protetor no comportamento sexual mais seguro entre os adolescentes; este efeito protetor é mais pronunciado para as meninas do que para meninos⁽⁴³⁾.

Os pais também devem ser aconselhados a monitorar o comportamento do adolescente, em especial o uso da mídia social on-line. A atenção deve ser dirigida para ajudar os pais a compreender os riscos associados à sexarca precoce, bem como o risco de compartilhamento de informações pessoais com estranhos⁽⁴¹⁾ e mesmo de visita a um amigo, cujos pais estão ausentes, que pode resultar em iniciação sexual desprotegida e abuso de álcool e outras substâncias.

Por último, os pais devem ser alertados a observar o risco de quaisquer comentários ou indicações de *bullying* contra o adolescente. Se há uma suspeita, essa deve ser discutida com a escola, bem como a natureza do problema e as intervenções que serão tomadas, visto ser esse um agravo importante para o comportamento sexual de risco⁽⁴⁴⁾.

Além das diretrizes, os profissionais precisam de uma estratégia para ajudá-los a integrar serviços de prevenção com os cuidados médicos na prática diária. Há um esquema apresentado que pode auxiliar na detecção de um grande número de potenciais riscos à saúde e ser utilizado no campo da sexualidade. Assim, os ginecologistas podem identificar as pacientes que precisam de uma avaliação mais aprofundada e concentrar naquelas que constituem uma preocupação imediata⁽⁴⁵⁾. Segue abaixo a orientação breve de como proceder nessa estratégia de prevenção, direcionada para a saúde sexual:

ETAPA 1: REUNIR INFORMAÇÃO E IDENTIFICAR OS PROBLEMAS

Os dados coletados na consulta são utilizados para orientar o atendimento e para uma avaliação mais aprofundada dos eventuais pontos de risco (exemplos: dados do exame físico, peso, altura, pressão e questionários).

Nessa etapa as áreas de maior preocupação são extraídas. O ginecologista oferece apoio e reforço para comportamentos saudáveis. No entanto, se o adolescente citar um problema, como sexo desprotegido, uso irregular do contraceptivo ou qualquer prática de um comportamento de saúde de risco, o médico vai utilizar esses dados para a Etapa 2^(46,47).

ETAPA 2: ESTUDAR MAIS A FUNDO

O objetivo desse passo é determinar, para cada problema potencial identificado na Etapa 1, se o adolescente está em alto, moderado ou baixo risco de consequências adversas. Esses problemas identificados são ainda avaliados com uma história completa, exame físico e exames laboratoriais. Se o problema apresenta um risco iminente e grave, em seguida, faz-se o encaminhamento para avaliação, tratamento e ou gestão de forma apropriada, com o ginecologista.

Exemplos: diagnóstico e tratamento de uma DST, detecção de violência sexual (com possibilidade de gestação).

ETAPA 3: IDENTIFICAR E PRIORIZAR OS PROBLEMAS EM CONJUNTO

Uma vez que o profissional tenha determinado a categoria de risco para cada um dos problemas, esse deve ter uma discussão com o adolescente para reconhecer os problemas identificados e priorizar a lista por ordem de importância. A existência de uma relação/vínculo terapêutico entre o profissional e o adolescente irá facilitar esta discussão. As adolescentes tendem a responder a uma abordagem que pede a sua cooperação e participação no processo de tomada de decisão. O ginecologista pode promover um acordo terapêutico por:

- Assegurar à adolescente que a informação compartilhada com o praticante irá permanecer confidencial, a menos que indique que eles estão em risco de prejudicar outros ou a si mesmos.
- Ouvir e valorizar a perspectiva da adolescente.
- Não responder com informações sobre comportamentos pessoais de uma forma pejorativa ou punitiva.

O ginecologista e a adolescente devem chegar a um acordo sobre o tipo e a gravidade de cada problema. Embora o profissional possa acreditar, por exemplo, que o tabagismo, o uso mensal de álcool são os principais assuntos de preocupação, o adolescente pode classificar esses comportamentos em uma ordem diferente ou mesmo não vê-los como problemas. Sem aceitação do adolescente da lista-problema e sua priorização, as chances de conformidade com o plano de gestão são nulas. A menos que o comportamento seja de risco de vida imediato, o médico e o adolescente devem negociar o que eles vão trabalhar em conjunto. O processo de negociação proporciona a ocasião para determinar se o adolescente está pronto para mudar seu comportamento e identificar oportunidades e obstáculos à mudança. Esta informação é necessária para prosseguir para o desenvolvimento de um plano de gestão^(48,49).

ETAPA 4: SOLUÇÕES - DESENVOLVER UM PLANO DE GESTÃO PARA OS PROBLEMAS

Negociar a intervenção: discutir as opções de gestão com o adolescente e determinar, em conjunto, o melhor curso de ação. Se o adolescente vê o resultado final como muito difícil, em seguida, negociar objetivos mais imediatos e atingíveis, também é razoável.

Promover a confiança do adolescente que o plano de gestão pode ajudar. Motivação para trabalhar em um plano de mudança de comportamento é fundamental para que se possa atingir os objetivos priorizados.

Discutir estratégias com o adolescente para superar as barreiras no plano de gestão – o adolescente identificar uma lista das barreiras que acredita que possam interferir com a estratégia de mudar o comportamento. Ajudar a planejar maneiras para superar as barreiras.

Desenvolver um contrato ou acordo verbal com a adolescente em relação às expectativas conjuntas.

Ter acesso a um auxílio no seguimento das ações identificadas – a paciente pode fazer contato por meio de correio eletrônico, chamadas ou mensagens telefônicas, antes do retorno ao consultório^(50,51).

Estabelecer mudanças sistemáticas facilita a capacidade dos profissionais para prestar serviços de prevenção. Programas e materiais nacionais podem ser modificados para atender às necessidades locais. Os objetivos devem ser claros e protocolos bem delineados antes das mudanças amplas serem instituídas. O processo de integração requer tempo e a cumplicidade de cada membro da equipe. Experiência com as diretrizes, programa de serviços preventivos a adolescentes e informações da literatura fornecem um conjunto de passos para a integração bem-sucedida dos serviços de prevenção, de forma abrangente para os cuidados de rotina⁽⁵²⁻⁵⁵⁾.

A eficácia das recomendações foi demonstrada e analisada antes e depois da implementação do programa em cinco centros comunitários de saúde (CMHCs)(51). A porcentagem de adolescentes que relataram ter recebido exames preventivos ou aconselhamento aumentou após a implementação em 19 de 31 áreas de conteúdo, incluindo: abuso sexual (22% vs. 10%), orientação sexual (27% vs. 13%), combate (21% vs. 6%), armas (22% vs. 5%), depressão (34% vs. 16%), suicídio (22% vs. 7%), transtornos alimentares

(29% vs. 11%). Em estudo adicional, os pesquisadores descobriram que, com treinamento baseado em habilidade apropriada, os médicos podem implementar serviços preventivos na rotina de atendimento⁽⁵⁶⁾.

Além disso, em recente metanálise, foi analisado o efeito de uma avaliação centrada no jovem, o Calendário de Histórico de Eventos de Risco Sexual (SREHC), comparado com a avaliação das Diretrizes para a Prevenção de Adolescentes (GAPS), sobre atitudes, intenções e comportamentos de risco sexual.

A utilização do Modelo de Interação do Comportamento de Saúde foi critério para guiar esse estudo randomizado controlado em que 181 jovens americanos com idade entre 15-25 anos recrutados em clínicas universitárias e comunitárias foram selecionados para uma consulta com profissional de saúde usando as diretrizes propostas pelo SREHC ou GAPS. Após a intervenção em 3, 6 e 12 meses, os jovens do grupo SREHC relataram intenções mais fortes de usar preservativos em comparação com aqueles no grupo GAPS. A idade e a raça também foram preditores significativos da experiência sexual. Esse estudo destaca a importância do uso de uma abordagem centrada na pessoa (jovem), além da utilização sistemática na avaliação dos comportamentos de risco sexual⁽⁵⁵⁾.

A gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis estão relacionadas como as principais causas de morbidade e mortalidade, na maioria dos adolescentes, e paradoxalmente evitáveis, caracterizando a urgência de medidas de impacto, uma questão de saúde pública. A natureza evitável dos riscos fornece um mandato para os profissionais de saúde, especialmente aos ginecologistas no que concerne ao atendimento das adolescentes.

Portanto, recomenda-se triar com periodicidade anual doenças sexualmente transmissíveis e utilizar métodos de contracepção mais eficazes. E, ainda, os adolescentes devem receber orientação antecipatória sobre comportamentos sexuais responsáveis, sendo que a associação com álcool e uso de drogas contribuem para a piora dos indicadores.

Sabe-se que o envolvimento e atitudes dos pais afetam o comportamento de adolescentes. O desafio é estender o atendimento e integrar serviços de prevenção em cuidados médicos de rotina, e que essa prestação de serviços tenha o foco na educação sexual, centrado nas prioridades do adolescente, a partir do seu relato (e riscos em potencial), bem como contar com a colaboração de escolas, pais e serviços de saúde, de forma multidimensional.

REFERÊNCIAS

1. Aquino L. Introdução – A juventude como foco das políticas públicas. In: Castro JA, Aquino L, Andrade CC, organizadores. Juventude e políticas sociais no Brasil. Brasília (DF): Ipea; 2009.
2. Organización Mundial de la Salud. Organización de servicios de salud mental en los países en desarrollo. Ginebra; OMS: 1975. (Serie de Informes Técnicos, n. 564).
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Caracas. In: Conferência Nacional de Saúde Mental, 2, Brasília (DF), 1992. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Mental; 1992.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26)
5. Chandra-Mouli V, Svanemyr J, Amin A, Fogstad H, Say L, Girard F, et al. Twenty years after International Conference on Population and Development: where are we with adolescent sexual and reproductive health and rights? *J Adolesc Health*. 2015;56(1 Suppl):S1-6.
6. Ozer EM, Park J, Paul T, Brindis CD, Irving CE Jr. America's adolescents: are they healthy? 2003 edition revised and updated. National Adolescent Health Information Center. Division of Adolescent Medicine, Department of Pediatrics and Institute for Health Policy Studies, University of California School of Medicine, San Francisco; 2003. [cited 2014 Ago 26]. Available from: http://nahic.ucsf.edu/downloads/AA_2003.pdf
7. Shanklin S, Brener ND, Kann L, Griffin-Blake S, Ussery-Hall A, Easton A, et al. Youth risk behavior surveillance--selected steps communities - United States, 2007. *MMWR Surveill Summ*. 2008; 57(12):1-27.
8. Brener ND, Kann L, Garcia D, MacDonald G, Ramsey F, Honeycutt S, et al. Youth risk behavior surveillance--selected steps communities, 2005. *MMWR Surveill Summ*. 2007; 56(2):1-16.
9. Kann L, McManus T, Harris WA, Shanklin SL, Flint KH, Hawkins J, et al. Youth risk behavior surveillance - United States, 2015. *MMWR Surveill Summ*. 2016; 65(6):1-174.

- 10.** World Health Organization (WHO). Providing the foundation for sexual and reproductive health – A record of achievement. Geneva: WHO; 2008.
- 11.** Michielsen K, De Meyer S, Ivanova O, Anderson R, Decat P, Herbiet C, et al. Reorienting adolescent sexual and reproductive health research: reflections from an international conference. *Reprod Health*. 2016; 13:3.
- 12.** Healthy People 2020. Family planning [Internet]. [cited 2011 Sept 9]. Available from: <<http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/overview.aspx?topicid=13>>.
- 13.** Healthy People 2020. Sexually transmitted diseases [Internet]. [cited 2011 Sept 9]. Available from: <<http://healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/overview.aspx?topicid=37>>.
- 14.** National Committee for Quality Assurance. Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS) 3.0. Washington (DC): 1996.
- 15.** Rosen DS, Elster A, Hedberg V, Paperny D. Clinical preventive services for adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health*. 1997;21(3):203.
- 16.** Olson AL, Gaffney CA, Hedberg VA, Gladstone GR. Use of inexpensive technology to enhance adolescent health screening and counseling. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009;163(2):172.
- 17.** Hoffman J. When the cellphone teaches sex education. *The New York Times* [Internet]. May 3, 2009. [cited 2011 Nov 11]. Available from: <http://www.nytimes.com/2009/05/03/fashion/03sexed.html?_r=2&ref>.
- 18.** Mason-Jones AJ, Sinclair D, Mathews C, Kagee A, Hillman A, Lombard C. School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Nov 8;11:CD006417. Review.
- 19.** Lara LA, Abdo CH. Age at time of initial sexual intercourse and health of adolescent girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;29(5):417-23.
- 20.** Goncalves H, Machado EC, Soares AL, Camargo-Figuera FA, Seeric SM, Mesenburg MA, et al. A iniciação sexual entre os adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos de saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18(1):25-41.

- 21.** Hamilton BE, Martin JA, Osterman MJ, Curtin SC, Matthews TJ. Births: Final Data for 2014. *Natl Vital Stat Rep.* 2015;64(12):1-64.
- 22.** Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa de conhecimento atitudes e prática na população brasileira – PCAP 2008. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
- 23.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2012.
- 24.** UNICEF Brasil. Situação da adolescência brasileira 2011. O direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília (DF): UNICEF; 2011.
- 25.** Guide to Clinical Preventive Services, 2010-2011. Recommendations of the United States Preventive Services Task Force [Internet]. [cited 2011 Mai 6]. Available from: <<http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.htm>>.
- 26.** Elster AB, Kuznets NJ. AMA Guidelines for adolescent preventive services (GAPS): recommendations and rationale [Internet]. Batimore: Williams & Wilkins; 1994. [cited 2011 Nov 8]. Available from: <<http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/public-health/promoting-healthy-lifestyles/adolescent-health/guidelines-adolescent-preventive-services.page>>.
- 27.** American Academy of Family Physicians. Clinical preventive services [Internet]. [cited 2011 Nov 8]. Available from: <<http://www.aafp.org/online/en/home/clinical/exam.html>>.
- 28.** American Academy of Family Physicians. Age charts for periodic health examinations. Kansas City; 1994.
- 29.** Hagen JF, Shaw JS, Duncan PM. Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. 3rd ed. Elk Grove Village: IL American Academy of Pediatrics; 2008.
- 30.** Bright Futures [Internet]. National Center for Education in Maternal and Child Health and Georgetown University. [cited 2011 Nov 8]. Available from: <http://www.brightfutures.aap.org/web>
- 31.** Bright Futures [Internet]. American Academy of Pediatrics. Recommendations for preventive pediatric health care - Periodicity schedule. [cited 2015 Dec 15]. Available from: <http://www.aap.org/en-us/professional-resources/practice-support/Pages/PeriodicitySchedule.aspx>

- 32.** Recommended immunization schedule for persons aged 7 through 18 years - United States, 2016 [Internet]. US Department of Health and Human Services; 2016. [cited 2017 Jan 25]. Available from: <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/downloads/child/0-18yrs-child-combined-schedule.pdf>
- 33.** Drutz JE, Duryea TK, Edwards MS, Torchia MM. Diphtheria, tetanus, and pertussis immunization in children 7 through 18 years of age. Uptodate [Internet]. Release: 24.5 - C25.18; 2017. [cited 2017 Jan 25]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/diphtheria-tetanus-and-pertussis-immunization-in-children-7-through-18-years-of-age>
- 34.** Elster AB. Comparison of recommendations for adolescent clinical preventive services developed by national organizations. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1998; 152:193-8.
- 35.** Richmond TK, Freed GL, Clark SJ, Cabana MD, American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Practice, Maternal Child Health Bureau, American Medical Association. Guidelines for adolescent well care: is there consensus? *Curr Opin Pediatr.* 2006; 18(4):365.
- 36.** Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen RS, Taylor AW, Lyss SB, et al. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR Recomm Rep.* 2006; 55(RR-14):1-17; quiz CE1-4.
- 37.** D'Angelo LJ, Samples C, Rogers AS, Peralta L, Friedman L. HIV infection and AIDS in adolescents: an update of the position of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health.* 2006; 38(1):88-91.
- 38.** Centers for Disease Control and Prevention. Diagnoses of HIV infection in the United States and dependent areas, 2014. HIV Surveillance Supplemental Report. 2014; 26: November 2015.
- 39.** Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease surveillance 2014. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2015.
- 40.** Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, et al. Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA.* 1997; 278(10):823-32.

- 41.** DiClemente RJ, Wingood GM, Crosby R, Crosby R, Sionean C, Cobb BK, et al. Parental monitoring: association with adolescents' risk behaviors. *Pediatrics*. 2001; 107(6):1363-8.
- 42.** Dittus PJ, Jaccard J. Adolescents' perceptions of maternal disapproval of sex: relationship to sexual outcomes. *J Adolesc Health*. 2000; 26(4):268-78.
- 43.** Widman L, Choukas-Bradley S, Noar SM, Nesi J, Garrett K. Parent-adolescent sexual communication and adolescent safer sex behavior: a meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2016; 170(1):52-61.
- 44.** Niolon PH, Vivolo-Kantor AM, Latzman NE, Valle LA, Kuoh H, Burton T, et al. Prevalence of teen dating violence and co-occurring risk factors among middle school youth in high-risk urban communities. *J Adolesc Health*. 2015; 56(2):S5-S13.
- 45.** Guidelines for adolescent preventive services: clinical evaluation and management handbook. Chicago: American Medical Association; 1995.
- 46.** Preventive medicine in general internal medicine residency training. Preventive Health Care Committee, Society for Research and Education in Primary Care Internal Medicine. *Ann Intern Med*. 1985; 102(6):859-61.
- 47.** Schubiner H, Tzelepis A, Wright K, Podany E. The clinical utility of the safe times questionnaire. *J Adolesc Health*. 1994; 15(5):374-82.
- 48.** Blum RW, Beuhring T, Wunderlich M, Resnick MD. Don't ask, they won't tell: the quality of adolescent health screening in five practice settings. *Am J Public Health*. 1996; 86(12):1767-72.
- 49.** Goodwin MA, Flocke SA, Borawski EA, Zyzanski SJ, Stange KC. Direct observation of health-habit counseling of adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999; 153(4):367-73.
- 50.** Frankenfield DL, Keyl PM, Gielen A, Wissow LS, Werthamer L, Baker SP. Adolescent patients--healthy or hurting? Missed opportunities to screen for suicide risk in the primary care setting. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000; 154(2):162-8.
- 51.** Klein JD, Allan MJ, Elster AB, Stevens D, Cox C, Hedberg VA, et al. Improving adolescent preventive care in community health centers. *Pediatrics*. 2001; 107(2):318-27.
- 52.** Goodson P, Gottlieb NH, Smith MM. Put prevention into practice. Evaluation of program initiation in nine Texas clinical sites. *Am J Prev Med*. 1999; 17(1):73-8.

- 53.** Elster AB, Levenberg P. Integrating comprehensive adolescent preventive services into routine medicine care. Rationale and approaches. *Pediatr Clin North Am.* 1997; 44(6):1365-77.
- 54.** Dietrich AJ, Woodruff CB, Carney PA. Changing office routines to enhance preventive care. The preventive GAPS approach. *Arch Fam Med.* 1994; 3(2):176-83.
- 55.** Munro-Kramer ML, Fava NM, Banerjee T, Darling-Fisher CS, Pardee M, Villarruel AM, Martyn KK. The effect of a youth-centered sexual risk event history calendar (SREHC) assessment on sexual risk attitudes, intentions, and behavior. *J Pediatr Health Care.* 2016 Oct 20. pii: S0891-5245(16)30253-X.
- 56.** Lustig JL, Ozer EM, Adams SH, Wibbelsman CJ, Fuster CD, Bonar RW, et al. Improving the delivery of adolescent clinical preventive services through skills-based training. *Pediatrics.* 2001; 107(5):1100-7.



Mais do que um
anticoncepcional,
um amigo que enche
a adolescente de
cuidados.



IUMI - drospirenona 3 mg + etinilestradiol 0,02 mg com 24 ou 72 comprimidos revestidos. Uso oral e adulto. Indicações: Contraceptivo oral, com efeitos antimínieralocorticoide e antiandrogênico que beneficiam também as mulheres que apresentam retenção de líquido de origem hormonal e seus sintomas. Tratamento de *acne vulgaris* moderada em mulheres que buscam adicionalmente proteção contraceptiva. **Contraindicações:** Contraceptivos orais combinados (COCs) não devem ser utilizados na presença das condições listadas abaixo. Se qualquer uma destas condições ocorrer pela primeira vez durante o uso de COCs, a sua utilização deve ser descontinuada imediatamente. Presença ou história de processos trombóticos/tromboembólicos arteriais ou venosos como, por exemplo, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, infarto do miocárdio, ou de acidente vascular cerebral; Presença ou história de sintomas e/ou sinais prodrômicos de trombose (p. ex.: episódio isquêmico transitório e angina pectoris). Um alto risco de trombose arterial ou venosa (veja item "Advertências e precauções"); História de enxaqueca com sintomas neurológicos focais; Diabetes mellitus com alterações vasculares; Doença hepática grave, enquanto os valores da função hepática não retornarem ao normal; Insuficiência renal grave ou insuficiência renal aguda; Presença ou história de tumores hepáticos (benignos ou malignos). Diagnóstico ou suspeita de neoplasias dependentes de esteroides sexuais (p. ex.: dos órgãos genitais ou das mamas); Sangramento vaginal não diagnosticado; Suspeita ou diagnóstico de gravidez; Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos componentes do produto. **Precauções e Advertências:** Em caso de ocorrência de qualquer uma das condições ou fatores de risco mencionados a seguir, os benefícios da utilização de COCs devem ser avaliados frente aos possíveis riscos para cada paciente individualmente e discutidos com a mesma antes de optar pelo início de sua utilização. Em casos de agravamento, exacerbação ou aparecimento pela primeira vez de qualquer uma dessas condições ou fatores de risco, a paciente deve entrar em contato com seu médico. Nestes casos, a continuação do uso do produto deve ficar a critério médico. **Gravidez e lactação:** Categoria de risco na gravidez: X. (Em estudos em animais e mulheres grávidas, o fármaco provocou anomalias fetais, havendo clara evidência de risco para o feto que é maior do que qualquer benefício possível para a paciente). **Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas ou que possam ficar grávidas durante o tratamento.** Iumi é contraindicado durante a gravidez. Caso a paciente engravide durante o uso de Iumi, deve-se descontinuar o seu uso. Entretanto, estudos epidemiológicos abrangentes não revelaram risco aumentado de malformações congênitas em crianças nascidas de mulheres que tenham utilizado COC, antes da gestação. Também não foram verificados efeitos teratogênicos decorrentes da ingestão accidental de COCs no início da gestação. Os dados disponíveis sobre o uso de Iumi durante a gravidez são muito limitados para extrair conclusões sobre efeitos negativos do produto na gravidez, saúde do feto e do neonato. Ainda não existem dados epidemiológicos relevantes. Os COCs podem afetar a lactação, uma vez que podem reduzir a quantidade e alterar a composição do leite materno. Portanto, em geral, não é recomendável o uso de COCs até que o lactante tenha suspenso completamente a amamentação do seu filho. Pequenas quantidades dos esteroides contraceptivos e/ou de seus metabólitos podem ser excretadas com o leite materno. **INTERAÇÕES COM MEDICAMENTOS, ALIMENTOS E ALCÓOL:** fenitoínas, barbitúricos, primidona, carbamazepina, rifampicina, modafinila e oxcarbazepina, topiramato, felbamato, ritonavir, griseofulvina e produtos contendo erva-de-são-jão; certos antibióticos, como as penicilinas e tetraciclina; inibidores da enzima conversora de angiotensina (ACE), antagonistas do receptor de angiotensina II, indometacina, diuréticos poupadores de potássio e antagonistas da aldosterona. **REAÇÕES ADVERSAS E ALTERAÇÕES DE EXAMES LABORATORIAIS:** intolerância às lentes de contato; náusea e dor abdominal; vômitos e diarreia; hipersensibilidade; aumento de peso corporal; diminuição de peso corporal; retenção de líquido; cefaleia; enxaqueca; estados depressivos e alterações de humor; diminuição ou aumento da libido; dor e hipersensibilidade nas mamas; hipertrofia mamária; secreção vaginal e secreção das mamas; erupção cutânea e urticária; eritema nodoso e eritema multiforme. Em mulheres com angioedema hereditário, estrogênios exógenos podem induzir ou intensificar os sintomas de angioedema. **INTERAÇÕES COM TESTES LABORATORIAIS:** pode alterar os parâmetros bioquímicos da função hepática, tireoideana, adrenal e renal; os níveis plasmáticos de proteínas transportadoras (como globulina de ligação a corticosteroides e frações lipídico-lipoproteicas); parâmetros do metabolismo de carboidratos e parâmetros da coagulação e fibrinólise. A drospirenona provoca aumento na aldosterona plasmática e na atividade da renina plasmática. **POSOLOGIA:** um comprimido por dia durante 24 dias consecutivos, sempre no mesmo horário, iniciando no primeiro dia de sangramento até o final da cartela. Cada nova cartela deve ser iniciada após um intervalo de pausa de quatro dias sem a ingestão dos comprimidos, no qual deve ocorrer sangramento por privação hormonal. A nova cartela deve ser iniciada no quinto dia, independente do sangramento ter ou não cessado. Na troca de outro contraceptivo oral combinado (COC) para Iumi, iniciar o tratamento no dia seguinte após a ingestão do último comprimido ativo do COC ou no máximo, no dia seguinte ao último dia de pausa ou da tomada dos comprimidos inertes. Na troca da utilização de anel vaginal ou adesivo transdérmico, iniciar Iumi no dia da retirada ou no máximo no dia previsto da próxima aplicação. Se a paciente estiver mudando de um método contraceptivo contendo semente prostaglandina poderá iniciar Iumi em qualquer dia no caso da minipílula; no dia da retirada do implante ou do SIU; ou no dia previsto para a próxima injeção. Nesses casos, recomendar o uso adicional de método de barreira nos 7 primeiros dias de ingestão. **Reg. MS 1.0033.0154. Farm. resp.: Cintia Delphino de Andrade - CRF-SP nº 25.125. LIBBS FARMACEUTICA LTDA. CNPJ 16.230.314/0001-75. Rua Alberto Correia Francfort, 88. Embu das Artes-SP. Indústria Brasileira. IUMI-MB10-15. Serviço de Atendimento Libbs: 0800-0135044. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. A persistirem os sintomas, o médico deve ser consultado. Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação.**

Jan/fev 2017

CONTRAINDICAÇÕES: trombose venosa profunda;
INTERAÇÕES COM MEDICAMENTOS: antibacterianos/antifúngicos.

Iumi
drospirenona 3mg
etinilestradiol 0,02mg

Libbs
Porque se trata de vida



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

APOIO

Libbs
Porque se trata da vida

505960