

### Introdução

A adolescência é caracterizada por acentuadas mudanças corporais e psíquicas devidas à crescente produção hormonal que influencia o desenvolvimento emocional e o comportamento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera adolescência o período entre 10 e 19 anos de idade. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990) a define como a faixa etária entre 12 e 18 anos<sup>1</sup>. As implicações jurídicas dessas definições são, às vezes, contrárias ao direito da população adolescente e podem interferir na prestação de cuidado à saúde física e emocional dessa população. O Ministério da Saúde do Brasil adverte que os adolescentes podem ser atendidos sozinhos, caso o desejem, e que devem ter a garantia de que as informações oferecidas nesse atendimento não serão repassadas aos seus pais e/ou responsáveis, bem como aos seus pares, sem concordância explícita<sup>2</sup>.

A expressão afetiva, emocional e erótica do adolescente reflete a expressão do seu comportamento sexual, que é construído no seio familiar desde a mais tenra idade. Nesse processo, os pais têm um papel fundamental, pois são eles os primeiros a auxiliar a criança a interpretar o ambiente em que vivem, e são a primeira referência para a criança que passa a mimetizar suas ações. A partir do convívio social, a aprendizagem da criança se amplia, incorporando diferentes parâmetros conceituais advindos do meio. O comportamento adotado resultará da interpretação desses diferentes ambientes, refletindo na expressão da sexualidade, ou seja, na forma com que o adolescente expressa a sua feminilidade, masculinidade ou ambas<sup>3</sup>. Um ambiente de violência física, emocional, sexual ou de negligência pode repercutir sobre o comportamento sexual do adolescente<sup>4,5</sup>. Por outro lado, um relacionamento assertivo com os pais tem reflexo positivo sobre sua sexualidade e saúde geral<sup>6</sup>.

O médico, especialmente o ginecologista, tem um papel importante na orientação sexual do adolescente visando sua saúde sexual<sup>7</sup>, mas a formação desse profissional para a abordagem da sexualidade é insipiente em nosso meio<sup>8</sup>. Isso contribui para que as orientações oferecidas por esse profissional sejam mais direcionadas para os riscos de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e da gravidez não planejada em detrimento da abordagem do sexo como forma de prazer e informações sobre os riscos relacionados com a iniciação

#### Correspondência

Lucia Alves da Silva Lara  
Avenida Bandeirantes, 3900 – Monte Alegre  
CEP: 14049-900  
Ribeirão Preto (SP), Brasil

#### Recebido

06/11/2014

#### Aceito com modificações

16/01/2015

DOI: 10.1590/S0100-720320150005207

Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>1</sup>Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>2</sup>Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

Conflito de interesses: não há.

sexual precoce<sup>9</sup>. Vale lembrar que as motivações para a iniciação sexual devem ser entendidas em uma perspectiva transcultural. Para sociedades que consideram a iniciação sexual como parte do processo de crescimento, a virgindade é interpretada como um estigma a ser vencido e a relação sexual se torna um acontecimento natural da vida<sup>10</sup>. Mas a primeira experiência sexual é mais do que um marco no desenvolvimento da mulher e pode ter implicações sobre seu bem-estar e sua saúde na vida adulta<sup>11</sup>.

Existe vasta literatura sobre a eficácia dos métodos de intervenção comportamental para a prevenção das DSTs, HIV<sup>12</sup> e gravidez, mas praticamente não há estudos sobre as motivações que levam a adolescente a se engajar em relacionamento sexual. É possível que essa situação esteja associada à histórica repressão do direito ao prazer com o sexo, contraposto à noção de pureza pela virgindade<sup>13</sup>. A tendência atual é de iniciação sexual mais cedo, principalmente em países em desenvolvimento e quando não se conta com um programa de educação sexual consolidado nas escolas, como é o caso do Brasil, onde a iniciação sexual está ocorrendo em adolescentes com 13 anos ou menos<sup>14</sup>.

Embora o Código Penal Brasileiro presuma crime qualquer ato sexual com menores de 14 anos de idade, a sexarca (primeira relação sexual) é precoce entre as adolescentes, fato evidenciado em um estudo que investigou as características do comportamento sexual de 3.099 alunos de Goiânia, Goiás, com idade entre 13 e 15 anos<sup>15</sup>. A Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE) avaliou o comportamento sexual de 60.973 adolescentes masculinos e femininos e evidenciou que cerca de um quarto deles tiveram relação sexual, a maioria com 13 anos ou menos, e cerca de 20% não usou proteção na última relação sexual<sup>14</sup>. Essa pesquisa, que foi realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), evidenciou que 26,5% dos adolescentes, especialmente estudantes de escola pública e do sexo masculino, haviam tido pelo menos uma relação sexual, a maioria aos 13 anos, e já tinham tido até 3 parceiros. Os estudantes de escolas públicas tiveram mais informações sobre prevenção de gravidez e orientação sobre DST/AIDS em relação aos que frequentaram a escola privada<sup>15</sup>. Nos países com maior nível educacional, os quais possuem mídia educativa e programas de ensino que incluem a educação sexual nas escolas, a iniciação sexual ocorre mais tarde<sup>16</sup>. Entre adolescentes americanos, a atividade sexual é rara antes dos 12 anos, ocorre em 30% dos adolescentes entre 15 e 16 anos e a maioria deles, entre 17 e 19 anos, é sexualmente ativa<sup>17</sup>.

As relações sexuais entre adolescentes são muitas vezes oportunistas e dependem do tempo que o jovem permanece ocioso ou sozinho em casa. Um estudo realizado em 6 escolas públicas americanas contou com 2.034 adolescentes e avaliou quando e onde os jovens tiveram suas relações

sexuais e qual a relação entre o tempo sem supervisão e sexo, DSTs e uso de drogas. Nessa população, 73% viviam com apenas um dos genitores, principalmente com a mãe (52%) e 56% referiram estar em casa sem um adulto presente 4 ou mais horas por dia, depois da escola. Entre as meninas, 9% tiveram sexarca antes dos 14 anos. Na população sexualmente ativa, 91% haviam tido relação sexual em ambiente doméstico, incluindo a própria casa (37%), a casa do seu parceiro (43%), a casa de um amigo (12%) e, geralmente, após a escola<sup>18</sup>. Nos dados da PeNSE de 2012 referentes aos adolescentes entre 13 e 15 anos, cerca de 25% tiveram relações sexuais e um quarto deles não usaram preservativo na última relação sexual. Os adolescentes que não tiveram orientação na escola sobre prevenção de gravidez apresentaram 1,41 vezes mais chance de ter relações sexuais e 1,87 mais chances de tê-las sem proteção<sup>19</sup>. Em 2010, um estudo com 17.371 alunos do ensino médio de escolas públicas e particulares de 27 capitais brasileiras evidenciou que cerca de um terço deles tiveram relações sexuais e quase a metade não usou preservativo, especialmente os de menor nível socioeconômico. O consumo excessivo de drogas ilícitas foi independentemente associado à relação sexual desprotegida<sup>20</sup>. Baixa escolaridade materna e mãe que trabalha aumentam a chance da adolescente adotar comportamento sexual de risco<sup>19</sup>. Quanto à etnia, meninas negras e as que experimentam cocaína são 4,88 vezes mais suscetíveis de engravidar em decorrência de comportamento sexual de risco<sup>21</sup>. Estudantes que não completaram o ensino médio têm maior número de parceiros sexuais em comparação com estudantes matriculados em programas de graduação de quatro anos<sup>22</sup>.

#### ■ Fatores associados à idade da sexarca

Vários fatores contribuem para a sexarca precoce. Quanto maior o tempo em casa sem supervisão e sem ocupação, maior a possibilidade dos adolescentes se tornarem sexualmente ativos<sup>18</sup>. A falta de orientação na escola sobre prevenção da gravidez está associada à maior frequência de relações sexuais. No contexto familiar, ter pais separados<sup>23</sup>, viver apenas com um ou com nenhum dos pais e a baixa supervisão aumentam a frequência de relações sexuais<sup>14</sup>. Exposição precoce a cenas eróticas pode promover o comportamento sexual de risco, incentivar a busca por sensações sexuais precoces, múltiplos parceiros sexuais, uso inconsistente do preservativo, podendo também antecipar a iniciação sexual<sup>24</sup>. A idade precoce da sexarca está associada ainda à falta de emprego, ao pouco conhecimento sobre o HIV, ao uso de álcool e substâncias ilícitas<sup>25</sup>, ao abuso sexual na infância e a problemas familiares<sup>26</sup>. Outro forte preditor de iniciação sexual precoce é a crença de que a maioria dos amigos já teve relação sexual<sup>27</sup>. Em uma população de adolescentes brasileiros,

a iniciação sexual precoce mostrou-se relacionada ao baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, ter pais divorciados, não praticar uma religião e uso de drogas<sup>28</sup>. Os jovens que pertencem a grupos específicos (tais como *Hip-hop*, *Techno-scene*, *Metal*, *Punk*, *Skinheads*) são mais propensos à iniciação sexual precoce, principalmente quando não possuem vínculo parental e não recebem monitoramento dos pais<sup>29</sup>.

A orientação sexual que a mãe oferece à adolescente é complexa e comumente mescla informações sobre saúde sexual e riscos das relações sexuais; aparentemente, o desejo sexual da filha é validado, porém controlado, no intuito de postergar a sexarca<sup>30</sup>. Um estudo avaliou o poder preditivo da percepção de adolescentes, masculinos e femininos, sobre as atitudes maternas a favor da abstinência sexual. Aproximadamente 10 mil adolescentes completaram duas entrevistas em suas casas com intervalo de um ano. Quanto maior a percepção dos adolescentes a respeito da desaprovação de suas mães sobre a iniciação

sexual, maior foi a probabilidade de se envolverem em relações sexuais. As adolescentes satisfeitas com a relação com a mãe apresentaram menor probabilidade de iniciação sexual precoce e de gravidez, e maior probabilidade de fazer contracepção<sup>31</sup>. O Quadro 1 sumariza os fatores associados à maior frequência de sexarca precoce.

As implicações da sexarca precoce se referem ao maior risco de relações sexuais desprotegidas e uso inconsistente de métodos anticoncepcionais<sup>20</sup> e, como consequência, aumento da incidência de gravidez não planejada e DSTs, risco aumentado para arrependimento, depressão e ideação suicida<sup>32</sup>. Diante disso, fica evidente a necessidade de medidas que visam postergar a iniciação sexual<sup>33</sup>, reduzir os relacionamentos sexuais transitórios com múltiplos parceiros e a promoção do sexo seguro pelo uso consistente do preservativo. Essas iniciativas devem ser complementadas com medidas de prevenção da violência sexual (abuso sexual de crianças, sexo não consentido) e da discriminação de gênero<sup>34</sup>.

**Quadro 1. Fatores associados ao risco de sexarca precoce**

Estudos (Referências)	Fatores que abreviam a idade da sexarca
26	Influência do parceiro, pulsão sexual, história de abuso sexual, a relação sexual é uma prova de amor
35-37	Cor negra, ser filha de mãe adolescente
29	Falta de monitoramento dos pais
14, 23, 28	Pais separados, baixo nível escolar, viver com apenas um genitor ou sem os genitores
38-40	Baixa autoestima, insegurança, programas específicos de televisão, desconhecimento sobre DSTs/HIV, influência social e do meio em que vive, relacionamento com os pais negligente
14	Falta de educação sexual na escola
28, 37	Baixa escolaridade, baixo rendimento escolar
41	Estímulo sexual precoce, insistência do parceiro
28	Baixa condição socioeconômica
25, 37, 42	Falta de emprego, uso de drogas e álcool
28	Não praticar religião
27	Amigos que tiveram relação sexual

## Referências

- Digiácomo MJ, Digiácomo IA. ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente anotado e interpretado. São Paulo: FTD; 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2005.
- van de Bongardt D, Reitz E, Sandfort T, Deković M. A meta-analysis of the relations between three types of peer norms and adolescent sexual behavior. *Pers Soc Psychol Rev*. 2014. pii: 1088868314544223. [Epub ahead of print]
- Hulland EN, Brown JL, Swartzendruber AL, Sales JM, Rose ES, DiClemente RJ. The association between stress, coping, and sexual risk behaviors over 24 months among African-American female adolescents. *Psychol Health Med*. 2014;1-14. [Epub ahead of print]
- Fowler PJ, Motley D, Zhang J, Rolls-Reutz J, Landsverk J. Adolescent maltreatment in the child welfare system and developmental patterns of sexual risk behaviors. *Child Maltreat*. 2015. doi: 10.1177/1077559514548701. [Epub ahead of print]
- Rickert VI, Gilbert AL, Aalsma MC. Proactive parents are assets to the health and well-being of teens. *J Pediatr*. 2014;164(6):1390-5.
- Yulevitch A, Czamanski-Cohen J, Segal D, Ben-Zion I, Kushnir T. The vagina dialogues: genital self-image and communication with physicians about sexual dysfunction and dissatisfaction among Jewish patients in a women's health clinic in southern Israel. *J Sex Med*. 2013;10(12):3059-68.
- Lara LA. [Sexuality, sexual health and sexual medicine: current overview]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31(12):583-5. Portuguese.

9. McCurdy SA. Willingness to provide behavioral health recommendations: a cross-sectional study of entering medical students. *BMC Med Educ.* 2012;12:28.
10. 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 Q.* 2013;27(3):313-29.
11. Smith CV, Shaffer MJ. Gone but not forgotten: virginity loss and current sexual satisfaction. *J Sex Marital Ther.* 2013;39(2):96-111.
12. Protogerou C, Johnson BT. Factors underlying the success of behavioral HIV-prevention interventions for adolescents: a meta-review. *AIDS Behav.* 2014;18(10):1847-63.
13. Molla M, Berhane Y, Lindtjørn B. Traditional values of virginity and sexual behaviour in rural Ethiopian youth: results from a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2008;8:9.
14. 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.
15. Sasaki RS, de Souza MM, Leles CR, Malta DC, Sardinha LM, Freire MC. Sexual behavior of school-aged adolescents in the city of Goiânia, Goiás. *Rev Bras Epidemiol.* 2014;17(Suppl 1):172-82.
16. Dijanić T, Kozul K, Miskulin M, Medić A, Jurcev-Savicević A, Burazin J. Sexual behaviour and condom use as a protection against sexually transmitted infections in student population. *Coll Antropol.* 2014;38(1):31-7.
17. Finer LB, Philbin JM. Sexual initiation, contraceptive use, and pregnancy among young adolescents. *Pediatrics.* 2013;131(5):886-91.
18. Cohen DA, Farley TA, Taylor SN, Martin DH, Schuster MA. When and where do youths have sex? The potential role of adult supervision. *Pediatrics.* 2002;110(6):e66.
19. Oliveira-Campos M, Nunes ML, Madeira FC, Santos MG, Bregmann SR, Malta DC, et al. Sexual behavior among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol.* 2014;17(Suppl 1):116-30.
20. Sanchez ZM, Nappo SA, Cruz JI, Carlini EA, Carlini CM, Martins SS. Sexual behavior among high school students in Brazil: alcohol consumption and legal and illegal drug use associated with unprotected sex. *Clinics (Sao Paulo).* 2013;68(4):489-94.
21. Rome ES, Rybicki LA, Durant RH. Pregnancy and other risk behaviors among adolescent girls in Ohio. *J Adolesc Health.* 1998;22(1):50-5.
22. Lyons HA, Manning WD, Longmore MA, Giordano PC. Gender and casual sexual activity from adolescence to emerging adulthood: social and life course correlates. *J Sex Res.* 2014;1-15. [Epub ahead of print]
23. Tsitsika A, Andrie E, Deligeoroglou E, Tzavara C Sakou I, Greydanus D, et al. Experiencing sexuality in youth living in Greece: contraceptive practices, risk taking, and psychosocial status. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2014;27(4):232-9.
24. O'Hara RE, Gibbons FX, Gerrard M, Li Z, Sargent JD. Greater exposure to sexual content in popular movies predicts earlier sexual debut and increased sexual risk taking. *Psychol Sci.* 2012;23(9):984-93.
25. Tilahun M, Ayele G. Factors associated with age at first sexual initiation among youths in Gamo Gofa, south west Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Public Health.* 2013;13:622.
26. Nik Farid ND, Che' Rus S, Dahlui M, Al-Sadat N. Determinants of sexual intercourse initiation among incarcerated adolescents: a mixed-method study. *Singapore Med J.* 2013;54(12):695-701.
27. Kinsman SB, Romer D, Furstenberg FF, Schwarz DF. Early sexual initiation: the role of peer norms. *Pediatrics.* 1998;102(5):1185-92.
28. Hugo TD, Maier VT, Jansen K, Rodrigues CE, Cruzeiro AL, Ores LC, et al. [Factors associated with age at first intercourse: a population-based study]. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(11):2207-14. Portuguese.
29. Bobakova D, Geckova AM, Klein D, van Dijk JP, Reijneveld SA. Protective and risk factors of early sexual initiation in youth subcultures. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2013;18(4):242-50.
30. Nelson E, Edmonds A, Ballesteros M, Encalada Soto D, Rodriguez O. The unintended consequences of sex education: an ethnography of a development intervention in Latin America. *Anthropol Med.* 2014;21(2):189-201.
31. Dittus PJ, Jaccard J. Adolescents' perceptions of maternal disapproval of sex: relationship to sexual outcomes. *J Adolesc Health.* 2000;26(4):268-78.
32. Kim DS, Kim HS. Early initiation of alcohol drinking, cigarette smoking, and sexual intercourse linked to suicidal ideation and attempts: findings from the 2006 Korean Youth Risk Behavior Survey. *Yonsei Med J.* 2010;51(1):18-26.
33. Postrado IT, Nicholson HJ. Effectiveness in delaying the initiation of sexual intercourse of girls aged 12-14. Two components of the Girls Incorporated Preventing Adolescent Pregnancy Program. *Youth Soc.* 1992;23(3):356-79.
34. Allen CF, Edwards P, Gennari F, Francis C, Caffé S, Boisson E, et al. Evidence on delay in sexual initiation, multiple partnerships and condom use among young people: review of Caribbean HIV behavioural studies. *West Indian Med J.* 2013;62(4):292-8.
35. Coker AL, Richter DL, Valois RF, McKeown RE, Garrison CZ, Vincent ML. Correlates and consequences of early initiation of sexual intercourse. *J Sch Health.* 1994;64(9):372-7.
36. Handler A. The correlates of the initiation of sexual intercourse among young urban black females. *J Youth Adolesc.* 1990;19(2):159-70.
37. Santelli JS, Kaiser J, Hirsch L, Radosh A, Simkin L, Middlestadt S. Initiation of sexual intercourse among middle school adolescents: the influence of psychosocial factors. *J Adolesc Health.* 2004;34(3):200-8.
38. Peterson JL, Moore KA, Furstenberg FF Jr. Television viewing and early initiation of sexual intercourse: is there a link? *J Homosex.* 1991;21(1-2):93-118.
39. Tenkorang EY, Maticka-Tyndale E. Factors influencing the timing of first sexual intercourse among young people in Nyanza, Kenya. *Int Fam Plan Perspect.* 2008;34(4):177-88.
40. Price MN, Hyde JS. When two isn't better than one: predictors of early sexual activity in adolescence using a cumulative risk model. *J Youth Adolesc.* 2009;38(8):1059-71.
41. Osorio A, López-del Burgo C, Carlos S, Ruiz-Canela M, Delgado M, de Irala J. First sexual intercourse and subsequent regret in three developing countries. *J Adolesc Health.* 2012;50(3):271-8.
42. Sales JM, Monahan JL, Brooks C, DiClemente RJ, Rose E, Samp JA. Differences in sexual risk behaviors between lower and higher frequency alcohol-using African-American adolescent females. *Curr HIV Res.* 2014;12(4):276-81.