

Stella R. Taquette<sup>1</sup>  
Marília Mello  
de Vilhena<sup>2</sup>  
Mariana Campos  
de Paula<sup>3</sup>

# Fatores associados à iniciação sexual genital: estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro

## > INTRODUÇÃO

Na adolescência geralmente acontecem as primeiras relações sexuais com envolvimento genital e, na atualidade, elas têm ocorrido em idades precoces e com mais variabilidade de parceiros, contribuindo para o aumento da ocorrência de gestações não-esperadas e de doenças sexualmente transmissíveis (DST). As DST favorecem a contaminação pelo vírus HIV, e o maior número de casos de AIDS notificados ao Ministério da Saúde se encontra na faixa etária entre 20 e 34 anos, sendo a via sexual o principal meio de transmissão<sup>(4)</sup>. Como o tempo de latência da doença é longo, chegando a 11 anos, podemos inferir que grande parte dos portadores deve ter se infectado na adolescência.

Fatores biológicos, psíquicos, sociais, entre outros, interferem na sexualidade. A baixa idade da menarca/semearca pode favorecer a iniciação sexual mais cedo, já que os hormônios da puberdade intensificam o desejo sexual. Em relação ao desenvolvimento psíquico, a adolescência é uma fase de definição da identidade sexual em que há experimentação e variabilidade de parceiros<sup>(13)</sup>. O pensamento abstrato ainda incipiente faz com que os jovens se sintam invulneráveis, não tendo atitudes de autoproteção e expondo-se a riscos sem prever suas conseqüências. Apesar das informações sobre DST, estas não resultam em ações efetivas protetoras da saúde. A família, segundo indicam algumas pesquisas, desempenha importante papel na sexualidade dos filhos através da transmissão de valores e atitudes<sup>(8)</sup>. Pesquisa realizada com puérperas adolescentes revelou que não ter pai efetivamente presente, especialmente do ponto de vista afetivo, é um fator de risco à sexualidade precoce. Jovens que não receberam carinho e cuidado familiar cedo se

engajam em relacionamento sexual desprotegido, talvez para suprir uma carência emocional<sup>(12)</sup>.

Do ponto de vista social, a influência grupal, o nível econômico, a pouca escolaridade e a violência em seus vários contextos estão relacionados à baixa idade nas primeiras relações sexuais, ao número de parceiros e às atitudes de proteção às DST. A atividade sexual precoce não é um fenômeno isolado e freqüentemente ocorre quando há envolvimento com drogas ou álcool e, às vezes, comportamento delinqüente<sup>(3)</sup>. Os modelos sociais de sexo masculino e feminino também exercem poderosa influência sobre os jovens, aumentando sua vulnerabilidade a fatores de risco à saúde.

O objetivo do presente estudo foi conhecer a sexualidade dos adolescentes atendidos no Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) e verificar possíveis fatores associados ao início da atividade sexual com envolvimento genital.

## POPULAÇÃO ESTUDADA E MÉTODO <

Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal, cuja população-alvo foi o público adolescente que procurou atendimento médico no NESA entre agosto de 2001 e julho de 2002. O NESA é uma instituição pública cujo ambulatório atende, em diversas especialidades, adolescentes entre 12 e 19 anos, a maioria deles pertencente às classes de baixo poder aquisitivo.

<sup>1</sup>Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM/ UERJ) e Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) da UERJ.

<sup>2</sup>Psicóloga do NESA/UERJ.

<sup>3</sup>Aluna da FCM/UERJ; bolsista de iniciação científica.

A amostra estudada foi de conveniência, e a escolha dos participantes foi aleatória (não-probabilística) entre os pacientes que aguardavam atendimento em sala de espera. Desconhecia-se de antemão o motivo da consulta e se o adolescente era ou não sexualmente ativo. O instrumento utilizado foi uma entrevista semi-estruturada que obedecia a roteiro previamente estabelecido e testado por um estudo piloto feito com 20 jovens não-incluídos nesta amostra. Todos os entrevistadores receberam treinamento por um único pesquisador antes de sair a campo e semanalmente eram feitas reuniões da equipe de pesquisa, quando os dados eram checados. A validade das informações foi assegurada de várias maneiras. Quando havia dúvida quanto à sua veracidade, o participante era excluído da amostra. Além disso, cerca de 5% das entrevistas foram repetidas por outro entrevistador que obteve as mesmas respostas. Estes procedimentos efetuaram-se no sentido de garantir uma homogeneidade interna.

O adolescente era entrevistado a sós, após consentimento informado. As entrevistas realizaram-se sucessivamente durante doze meses. Como critério para a inclusão e a escolha desta amostragem privilegiamos, de modo intencional, os ambulatórios de DST, ginecologia e urologia, onde a possibilidade de existirem pacientes sexualmente ativos era maior. Concomitantemente, adolescentes eram entrevistados nos outros ambulatórios.

O roteiro de entrevista, composto de três partes, contava com perguntas abertas e fechadas. A primeira investigava dados pessoais como idade, renda familiar, escolaridade, trabalho, prática de exercícios, uso de bebidas alcoólicas, tabaco e outras drogas. Considerou-se atraso escolar defasagem maior que dois anos em relação à idade esperada para a série freqüentada. Quanto à prática de exercícios, foi classificada em regular quando executada no mínimo três vezes por semana. O uso de álcool e drogas foi categorizado em *uma vez na vida, no último mês e seis vezes ou mais no último mês*.

Na segunda parte da entrevista indagamos detalhadamente sobre a família: com quem mora, opinião sobre o pai e a mãe, seu relacionamento com cada um dos genitores e entre eles. As questões eram abertas e o entrevistador, cuidadoso, no sentido de não sugerir as respostas, como, por exemplo, perguntar se o pai era bom.

Na terceira parte investigaram-se o histórico sexual e da puberdade do adolescente e a época da menarca/seménarca e do primeiro coito. Em seguida, indagamos quanto à ocorrência de relações homossexuais, prostituição, abuso sexual e gravidez. As últimas questões foram sobre o número de parceiros e o uso de preservativos.

Na análise estatística das respostas estruturadas utilizamos o teste qui-quadrado com nível de significância de 95%. As afirmações às perguntas abertas foram lidas e relidas exaustivamente e, a partir disso, construíram-se categorias, depois quantificadas e estatisticamente analisadas.

O projeto de pesquisa foi previamente avaliado e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto. O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado antes da entrevista.

## RESULTADOS

Entrevistamos um total de 356 adolescentes em ambiente de garantida privacidade. O tempo médio de duração de cada entrevista foi de 25 minutos. Entre os entrevistados, 132 ainda não tinham iniciado atividade sexual e 224 eram sexualmente ativos, sendo 109 portadores de DST e 115 não-portadores. Os rapazes compunham 29,5% da amostra e as moças, 70,5%. O predomínio do sexo feminino ocorreu devido ao grande volume de atendimento do ambulatório de ginecologia. O percentual de homens e mulheres em cada grupo foi semelhante. A idade média dos não-sexualmente ativos (15 anos e 11 meses) foi dez meses mais baixa que a dos que já tinham iniciado atividade sexual (16 anos e 9 meses). A renda familiar foi similar nos dois grupos (quatro salários mínimos). Em relação à escolaridade, houve relação estatisticamente significativa entre atraso escolar e não ser mais virgem. O trabalho remunerado fora do lar foi significativamente mais freqüente entre os sexualmente ativos. Já a atividade física regular foi encontrada predominantemente entre os que ainda não haviam tido as primeiras relações sexuais. A distribuição dos dados pessoais demográficos pode ser vista na **Tabela 1**.

As categorias *consumo de bebidas alcoólicas no último mês e seis vezes ou mais no último mês* fo-

ram computadas conjuntamente, assim como *uma vez na vida* e *nunca*. Em relação ao uso de tabaco e de drogas, categorizamos apenas em *sim* ou *não*, independente da frequência de seu consumo. Observamos que tanto o tabaco como as bebidas alcoólicas e outras drogas ilícitas foram usados num percentual significativamente maior entre os adolescentes sexualmente ativos do que entre os não-ativos, como podemos observar na **Tabela 2**.

Na análise dos dados familiares, criamos duas classes de família: biparental e não-biparental, segundo o entrevistado residisse ou não com ambos os genitores. Houve relação estatisticamente significativa entre virgindade e família biparental. As respostas sobre os pais foram categorizadas em *pai/mãe com qualidades*, *com defeitos* ou *não infor-*

*mado*, e o relacionamento do adolescente com os pais, em *bom*, *regular*, *péssimo* ou *não se relaciona*. Observamos relação significativa entre as variáveis *ter pai/mãe com qualidades* e *bom relacionamento com os filhos* e *não ser sexualmente ativo*. Estes dados estão apresentados na **Tabela 3**.

No inquérito sobre puberdade e sexualidade, observamos que a idade média da menarca/semearca entre os que ainda não haviam tido suas primeiras relações sexuais era menor do que a dos sexualmente ativos (11anos e 6 meses e 12 anos e 4 meses, respectivamente). O índice de abuso sexual entre os sexualmente ativos foi de 21,4% e, no outro grupo, de 3%. Houve relação estatisticamente significativa entre ter sofrido abuso sexual e já ser sexualmente ativo. A maioria dos entrevistados de

**Tabela 1**  
DISTRIBUIÇÃO DOS ADOLESCENTES SEGUNDO DADOS DEMOGRÁFICOS E ATIVIDADE SEXUAL

Variável	Sem atividade sexual n = 132		Com atividade sexual n = 224		p
		100%		100%	
<b>Sexo</b>					
Feminino	90	68,2	161	71,9	0,53
Masculino	42	31,8	63	28,1	
<b>Atraso escolar &gt; 2 anos</b>					
Sim	26	19,7	89	39,7	0
Não	106	80,3	135	60,3	
<b>Trabalha fora</b>					
Sim	16	12,1	58	25,9	0,03
Não	116	87,9	166	74,1	
<b>Atividade física</b>					
Sim	35	26,5	34	15,2	0,01
Não	97	73,5	190	84,8	

**Tabela 2**  
DISTRIBUIÇÃO DOS ADOLESCENTES SEGUNDO A ATIVIDADE SEXUAL E O USO DE TABACO, BEBIDAS ALCOÓLICAS E OUTRAS DROGAS

Variável	Sem atividade sexual n = 132		Com atividade sexual n = 224		p
		100%		100%	
<b>Uso de tabaco</b>					
Sim	5	3,8	38	17	0
Não	127	96,2	186	83	
<b>Uso de bebidas</b>					
Nunca/uma vez vida	109	82,6	128	57,1	0
Último mês	23	17,4	96	42,9	
<b>Uso de drogas</b>					
Sim	1	0,8	31	13,8	0
Não	131	99,2	193	86,2	

**Tabela 3**  
DISTRIBUIÇÃO DOS ADOLESCENTES SEGUNDO ATIVIDADE SEXUAL E CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

Variável	Sem atividade sexual n = 132		Com atividade sexual n = 224		p
		100%		100%	
<b>Família</b>					
Biparental	83	62,9	89	39,3	0
Não-biparental	49	37,1	135	60,7	
<b>Pai com qualidades e bom relacionamento</b>					
Sim	68	51,5	75	33,5	0
Não	64	48,5	149	66,5	
<b>Mãe com qualidades e bom relacionamento</b>					
Sim	102	77,3	144	64,3	0,01
Não	30	22,7	80	35,7	

ambos os grupos já tinha tido algum tipo de orientação sexual, porém, entre os não-sexualmente ativos a porcentagem foi significativamente maior (80,4% e 92,4%, respectivamente).

## DISCUSSÃO

Este estudo utilizou uma amostragem de conveniência que não pode ser generalizada. Entretanto nossos resultados são semelhantes aos de outras pesquisas<sup>(1, 6)</sup> e podem servir de auxílio para o entendimento das questões da sexualidade na adolescência.

Uma das principais inquietações dos profissionais de saúde que atendem adolescentes é compreender por que alguns de seus clientes têm os primeiros intercurso sexuais em condições protegidas e outros não, e, dentro do quadro atual em que se observam diminuição da idade da sexarca e aumento de DST e gestações na adolescência, saber o que fazer para promover a saúde sexual desta população.

Vivemos numa sociedade erotizada, onde os jovens recebem mensagens dúbias sobre o que é bom ou ruim em relação ao sexo. Há uma permissividade social negligente. Em geral, a atividade sexual inicia-se sem clareza suficiente entre o que se deseja e a influência sofrida pelos pares e pela sociedade. Através da mídia os adolescentes são estimulados a *transar* precocemente. Por outro lado, as comunidades religiosas condenam a atividade sexual antes do casamento. Mesmo entre os não-crentes, a virgindade ainda é valorizada para as mulheres<sup>(2)</sup>. Os modelos de sexo hegemônicos

associam, entre os homens, sexo e prazer, e, entre as mulheres, sexo e procriação. Dos homens espera-se que iniciem sua vida sexual muito cedo (na adolescência) e que tenham várias parceiras sexuais dentro e fora do casamento. Quanto às mulheres, delas exigem-se abstinência sexual antes do matrimônio e posterior fidelidade aos maridos.

No presente estudo observamos alguns fatores associados ao início da atividade sexual genital, entre eles a baixa escolaridade, o uso de tabaco, bebidas alcoólicas e drogas e o histórico de abuso sexual. Quanto à virgindade, apresentou-se relacionada a famílias nas quais ambos os pais estão presentes. Estes resultados são corroborados por outras pesquisas nacionais e estrangeiras<sup>(10, 11)</sup>.

Desde a década de 1980, esforços têm sido feitos para incluir conteúdos de orientação sexual no currículo dos ensinos fundamental e médio das escolas, com o objetivo de capacitar os jovens a evitar conseqüências indesejáveis da atividade sexual precoce e irresponsável. Isso, entretanto, não tem resultado em diminuição concreta da atividade sexual na adolescência e de suas conseqüências nefastas. Apenas informar é insuficiente. No entanto, em nossa pesquisa, observamos que o grupo sexualmente ativo referiu ter recebido índice significativamente menor de orientação sexual quando em comparação com o não-sexualmente ativo.

Entre os fatores associados à iniciação sexual genital na adolescência, gostaríamos de destacar dois: a família e o uso de drogas lícitas ou ilícitas. Estudo longitudinal de dez anos realizado com 203 adolescentes virgens, cujo objetivo foi avaliar a transição daqueles que tiveram relação sexual, revelou

que o grupo de virgens apresentou maior índice de conversa com seus pais<sup>(5)</sup>. Outra pesquisa mostra forte associação entre virgindade e família estruturada<sup>(7)</sup>. Em relação ao uso de drogas, notamos grande tolerância por parte da sociedade. Fumar ou consumir bebidas alcoólicas é normal na adolescência. As famílias não estranham ver um filho bêbado chegar de uma festa ou de uma boate.

Precisamos reverter o quadro atual de engajamento prematuro por parte de numerosos adolescentes em atividade sexual desprotegida, o que vem acarretando gestações indesejadas e DST. Além da importância de conscientizar a população quanto aos prejuízos provocados pela precocidade das relações sexuais, o trabalho dos profissionais de saúde deve possibilitar aos adolescentes a negociação de práticas sexuais seguras e prazerosas, respeitando o parceiro e sendo respeitados. A sexualidade precisa integrar um espaço de troca, não somente enquanto erotização da relação sexual propriamente dita, mas, sobretudo, como lugar de gestão a dois da sexualidade, do prazer e do risco; uma forma de

*savoir-être* e *savoir-faire* exigidas pelo exercício de uma liberdade sexual pelo “uso prudente dos prazeres”, no dizer de Rudelic-Fernandez<sup>(9)</sup>.

Na escuta dos adolescentes, no apoio às famílias, no trabalho educativo nas escolas, no treinamento de jovens promotores de saúde, nas esferas de capacitação de profissionais, enfim, nas diversas práticas que dão subsídios às pesquisas, cabe assinalar a necessidade de um enfoque verdadeiramente eficaz nas relações familiares. Consideramos extremamente importante que todo trabalho de orientação em sexualidade e promoção de saúde inclua a família e a prevenção do uso de bebidas alcoólicas e drogas. Estratégias necessitam ser criadas para que se favoreça uma maior comunicação entre pais e filhos.

Na indicação de caminhos para novas pesquisas, gostaríamos de enfatizar a relevância de uma perspectiva multidisciplinar. Deste modo, quando esforços adequados são postos em ação, pensamos ser possível ajudar os jovens a se implicarem enquanto sujeitos no exercício de sua sexualidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anteghini M, Fonseca H, Ireland M, Blum RW. Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil. *J Adolesc Health* 2001; 28: 295-302.
2. Bastos OM. Eu me perdi! O significado da virgindade para as adolescentes. 1996. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira, Ministério da Saúde.
3. Bayley SL, Pollock MPH, Martin CS, Lynch K. Risky sexual behaviors among adolescents with alcohol use disorders. *J Adolesc Health* 1999; 25(3): 179-81.
4. Castilho E, Szwarcwackd CL. Mais uma pedra no meio do caminho dos jovens brasileiros: a AIDS. In: CNPD – Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília: Editora CNPD, 1998. p. 197-207.
5. Karofsky PS, Zeng L, Kosorok MR. Relationship between adolescent-parental communication and initiation of first intercourse by adolescents. *J Adolesc Health* 2000; 28: 41-5.
6. Paradise JE, Cote J, Minsk S, Lourenco A, Howland J. Personal values and sexual decision-making among virginal and sexually experienced urban adolescent girls. *J Adolesc Health* 2001; 28: 404-9.
7. Raine TR et al. Sociodemographic correlates of virginity in seventh-grade black and Latin students. *J Adolesc Health* 1999; 24: 304-12.
8. Romo LF, Lefkowitz ES, Sigman M, Au TK. A longitudinal study of maternal messages about dating and sexuality and their influence on Latin adolescents. *J Adolesc Health* 2002; 31: 59-69.
9. Rudelic-Fernandez D. A sexualidade dos jovens em tempos de AIDS: atos e falas. In: Borillo D, Férida P, Fraisse G, Gayon J, Matlock J, Rudelic-Fernandez. *A sexualidade tem futuro?* São Paulo: Edições Loyola, 2002. p. 55-72.
10. Scivoletto S, Tsuji RK, Abdo CHN, Queiroz S, Andrade AG, Gattaz WF. Relação entre consumo de drogas e comportamento sexual de estudantes de 2º grau de São Paulo. *Rev Brasileira de Psiquiatria* 1999; 21: 87-94.
11. Tapert SF, Aarons G, Sedlar G, Brown SA. Adolescent substance use and sexual risk-taking behavior. *J Adolesc Health* 2001; 28: 181-9.
12. Taquette SR. Sexo e gravidez na adolescência: estudo de antecedentes biopsicossociais. *Jornal de Pediatria* 1992; 68(3/4): 135-9.
13. Taquette SR, Ricas J. Sexualidade na infância e adolescência. *Pediatria Atual* 1999; 12(9): 11-4.