

ADOLESCÊNCIA & SAÚDE

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL

REVISTA OFICIAL DO NÚCLEO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO ADOLESCENTE/UERJ

- > Uso e abuso de álcool na adolescência
- > Qualidade de vida do adolescente portador de cardiopatia: alguns aspectos práticos
- > O adolescer... Um vir a ser
- > Adolescente com deficiência mental: abordagem dos aspectos sexuais
- > Adolescentes no rio de janeiro – educação, trabalho e riscos à saúde
- > Abordagem médica do jovem usuário de substâncias psicoativas
- > Anorexia nervosa e bulimia na adolescência: diagnóstico e tratamento
- > Adolescente, família e o profissional de saúde
- > Bullying

2ª CAPA
ANÚNCIO ADOLESS
(VAI SER ALTERADO)

ADOLESCÊNCIA & SAÚDE

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL EDITADA PELO NÚCLEO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO ADOLESCENTE (NESA) DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UERJ)

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Nival Nunes de Almeida
Vice-Reitor: Ronaldo Martins Lauria

NÚCLEO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO ADOLESCENTE

Diretor: José Augusto Messias
Coordenador da Atenção Terciária: José Henrique Aquino
Coordenadora da Atenção Secundária: Rejane Araújo
Coordenadora da Atenção Primária: Stella Taquette

CONSELHO EDITORIAL

Editora: Isabel Cristina Bouzas
Editora-Científica: Evelyn Eisenstein
Co-Editores: Claudia Braga, Kátia Nogueira, Marília Mello
Colaboradores: Celise Meneses, Cláudio Abuassi, Eloisa Grossman, Flávio Stanjzbock, José Augusto Messias, Márcia Soares, Maria Cristina Kuschner, Rejane Araújo, Selma Correia, Stella Taquette
Conselho Consultivo: Darci Bonnetto, Maria de Fátima Coutinho, Maria Teresa Maldonado, Maria Verônica Coates, Simone Assis, Viviane Castelo Branco, Walter Marcondes Filho, Robert Brown (University of Columbia, Ohio, EUA), Richard MacKenzie (University of Los Angeles, Califórnia, EUA), Jane Rees (University of Washington, Seattle, EUA), Irene Jillson (University of Georgetown, Washington, EUA), Marc Jacobson (Children's Hospital, Long Island, NY, EUA), Helena Fonseca (Lisboa, Portugal), Leonor Sasseti (Lisboa, Portugal), David Bennett (Westmead, Sydney, Austrália), Michael Kohn (Parramatta, Austrália), Nicholas Woolfield (Children's Hospital Queensland, Austrália), Rafiq Lockhat (Cidade do Cabo, África do Sul), Sue Bagshaw (Nova Zelândia), Sérgio Buzzini (University of Chapel Hill, EUA), Matilde Maddaleno (OPAS/OMS, Washington), Robert Blum (Johns Hopkins University, Baltimore)
Coordenação Editorial (Diagraphic Editora): Jane Castelo

A795

Adolescência & saúde
/ órgão oficial do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente
HUPE/UERJ. – V. 1, n. 1 (Jan./Mar. 2004) – . – Rio de Janeiro :
Diagraphic, 2003
Trimestral :

Descrição baseada em: V. 1, n. 1 (Jan./Mar. 2004)
Inclui bibliografia
ISSN 1679-9941
1. Adolescentes – Saúde e higiene – Periódicos.
I. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Núcleo de Estudos da
Saúde do Adolescente.

03-2487

CDD 613.0433
CDU 613.96



Boulevard 28 de Setembro 109/fundos
Pavilhão Floriano Stoffel • Vila Isabel • CEP 20551-030
Rio de Janeiro-RJ • Tels.: (21) 2587-6570/2587-6571
Fax: (21) 2264-2082 • E-mail: nesa@uerj.br • www.nesa.uerj.br

www.asbrabr.br

DIAGRAPHIC EDITORA
Av. Paulo de Frontin 707 • CEP 20261-241
Rio de Janeiro-RJ • Telefax: (21) 2502-7405
e-mail: editora@diagraphic.com.br • www.diagraphic.com.br

**COMERCIALIZAÇÃO E
CONTATOS MÉDICOS**

E-mail: adolescenciaesaudefqm.com.br • www.adolescenciaesaudefqm.com.br

> EDITORIAL	5
> USO E ABUSO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA	6
Departamento de Adolescência da SBP	
> QUALIDADE DE VIDA DO ADOLESCENTE PORTADOR DE CARDIOPATIA: ALGUNS ASPECTOS PRÁTICOS	18
Maria de Fátima Monteiro Pereira Leite; Mônica Scott Borges	
> O ADOLESCER... UM VIR A SER	24
Inez Silva de Almeida; Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues; Sonia Mara Faria Simões	
> ADOLESCENTE COM DEFICIÊNCIA MENTAL: ABORDAGEM DOS ASPECTOS SEXUAIS	30
Olga Maria Bastos; Denise Fidry	
> ADOLESCENTES NO RIO DE JANEIRO – EDUCAÇÃO, TRABALHO E RISCOS À SAÚDE.....	34
Riva Rozenberg; Leila Tendrih	
> ABORDAGEM MÉDICA DO JOVEM USUÁRIO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	38
Antonio Luiz Gonçalves Albernaz	
> ANOREXIA NERVOSA E BULIMIA NA ADOLESCÊNCIA: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.....	42
Marcia Antunes Fernandes	
> ADOLESCENTE, FAMÍLIA E O PROFISSIONAL DE SAÚDE.....	47
Therezinha J Cruz	
> BULLYING.....	53
Aramis A. Lopes Neto	
> NORMAS EDITORIAIS	59

Novo desafio

Iniciamos um novo ano e com um novo desafio: a indexação da revista *Adolescência & Saúde*. Nos dois primeiros anos tivemos por objetivo a divulgação de temas básicos da adolescência, demonstrando a importância dessa faixa etária, que deve ser assistida de uma forma diferenciada, orientada pelas suas características peculiares. No terceiro ano, divulgamos a revista entre outras especialidades e buscamos parcerias que permitissem fortalecer e consolidar o crescimento.

Em outubro de 2006, o trabalho realizado em conjunto com o congresso de pediatria resultou não só em uma maior divulgação, como também deu origem à idéia de tornar a revista um centro catalisador da integração dos diversos serviços de adolescência. Com base nesse contexto, em novembro de 2006 realizamos um encontro com representantes da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro (SOPERJ) e dos diversos serviços de adolescentes do Rio de Janeiro, onde foram discutidos temas relacionados às metas futuras e a forma de participação e contribuição de cada setor.

Por se tratar de uma faixa etária que utiliza várias especialidades, a pediatria especificamente para a adolescência ainda está engatinhando. Acreditamos que a divulgação e a estimulação de trabalhos científicos contribuirão não só para a maior disseminação do conhecimento e experiências, permitindo melhor assistência e maior prevenção, como também para mudanças conceituais e comportamentais em relação à adolescência que terão impacto positivo e de grandes dimensões na idade adulta.

Nosso objetivo principal é colocar a revista como instrumento de incentivo para novos pesquisadores, um ponto de união e um pólo agregador de todos os profissionais que lidam com esta faixa etária.

O início de uma trajetória é sempre árduo e por vezes desestimulante, principalmente no campo científico em nosso país, onde na maioria das situações não contamos com as condições ideais de trabalho, o que nos obriga a verdadeiras mágicas para administrar contratempos, retirando soluções inovadoras da nossa cartola de perseverança e teimosia. A união, a interação e as trocas são armas por demais valiosas. O primeiro passo nesse sentido já foi dado, e esperamos que essa idéia se propague e abranja outros setores e outras regiões.

A indexação de uma revista passa por várias etapas, mas duas são fundamentais: a contribuição e a participação de todos, leitores, pesquisadores, professores, alunos, patrocinadores, editores, revisores, sociedades, departamentos. Resumindo, dos colegas.

Mais uma vez convido a todos a participar desta nova etapa da nossa revista.

Isabel Bouzas

Editora

Uso e abuso de álcool na adolescência

INTRODUÇÃO E EPIDEMIOLOGIA

Sabemos que 18 em cada 100 brasileiros são dependentes de bebida alcoólica⁽³⁹⁾. Pesquisas recentes mostram que o hábito de beber entre crianças e adolescentes não pára de crescer. O uso precoce do álcool, como vem ocorrendo entre adolescentes (média de 13 anos de idade)⁽³⁵⁾, antecipa os riscos graves à saúde: hepatite alcoólica, gastrite, síndrome de má absorção, hipertensão arterial, acidentes vasculares, cardiopatias (aumento do ventrículo esquerdo com cardiomiopatias), diferentes tipos de câncer (esôfago, boca, garganta, cordas vocais, de mama nas mulheres e o risco de câncer no intestino), pancreatite e polineurite alcoólica (dor, formigamento e câibras nos membros inferiores)⁽³⁹⁾. É importante destacar que no caso das mulheres essas manifestações são mais precoces.

ÁLCOOL X DIREÇÃO DE VEÍCULOS

A ingestão de bebida alcoólica, mesmo em pequena quantidade, compromete a capacidade de dirigir veículos. Sabemos que certas habilidades para dirigir, como o manejo do volante ao mesmo tempo em que se presta atenção ao tráfego, podem ser prejudicadas por pequenas concentrações de álcool no sangue. É importante frisar que 75% dos acidentes fatais de trânsito, muitos deles com mortes (aproximadamente 29 mil/ano), e sequelas de deficiências múltiplas têm como causa o álcool, conforme os dados da Associação Brasileira

de Estudos do Álcool e Outras Drogas (ABEAD)⁽⁴⁾. No último triênio, foram gastos cerca de R\$ 310 milhões relativos a internações decorrentes do uso abusivo e da dependência do álcool, conforme dados do Ministério da Saúde (MS)⁽²¹⁾.

ÁLCOOL X GRAVIDEZ

O uso de álcool na gravidez pode causar doenças no recém-nascido (RN) e na criança. A síndrome fetal alcoólica (SFA) é a mais grave delas, acarretando déficit intelectual, problemas de aprendizado e transtornos de comportamento nas crianças pelo resto da vida⁽⁴⁰⁾. Os RNs com SFA apresentam ainda sinais de irritação, mamam e dormem pouco, têm tremores (sintomas que lembram a síndrome de abstinência), bem como podem apresentar anormalidades físicas (malformações congênitas), retardo mental, problemas de comportamento e desordens neurológicas e psicomotoras.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

O álcool reage negativamente com várias substâncias e, entre elas, citamos algumas dessas interações negativas:

- os medicamentos antialérgicos do grupo dos anti-histamínicos têm o efeito de sonolência potencializado pelo álcool, tornando a direção e a operação de máquinas e veículos ainda mais perigosas;
- o acetaminofeno em associação com o álcool pode aumentar a toxicidade hepática de ambas as drogas.

Em suma, o uso de álcool por crianças e adolescentes, além dos prejuízos à saúde física, expõe crianças e adolescentes às mais variadas situações de riscos, já que a substância tem como efeito di-

minuição do “limiar de censura” que, somados à onipotência pubertária e ao sentimento de indestrutibilidade e invulnerabilidade nessa fase, faz com que muitas vezes, suas vidas sejam interrompidas ou prejudicadas pelo uso dessa substância.

> CAMPANHA

O Departamento de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), preocupado com o aumento do uso/abuso de álcool por crianças e adolescentes, encaminha o presente documento – dirigido a todos os pediatras – como proposta inicial para grande campanha envolvendo todos os departamentos da SBP, outras instituições governamentais e as não-governamentais (públicas e privadas).

A campanha, que será lançada em 2008 como uma das metas da atual diretoria da SBP, envolverá todos os membros dos comitês estaduais de adolescência, além de contribuições de profissionais de reconhecido saber na área, tratando não só das questões de prevenção, como também de apoio a estratégias que possam coibir o uso do álcool, como fiscalização maior no trânsito; restrição de propaganda de álcool; aumento da taxa; restrição de veiculação de imagens de personalidades públicas bebendo; advertência sobre os riscos do álcool; campanhas à população; divulgação de dados estatísticos; proibição de patrocínio em eventos esportivos e culturais; redução do teor alcoólico nas bebidas; e proibição de venda para menores de 18 anos.

Salientamos a importância do pediatra na prevenção do uso de drogas, incluindo o álcool. Os pediatras, ao iniciarem esse trabalho em idade pré-púbere na qual as crianças escutam mais os adultos, podem com as suas informações mudar o rumo da vida de muitos adolescentes. Os pais sempre recorrem aos pediatras, não só em questões envolvendo as práticas curativas e preventivas da especialidade, mas também solicitando ajuda no que diz respeito a atitudes, à educação e à formação de seus filhos. Durante as consultas pediátricas os pais se mostram mais receptivos e, nesse momento, desponta o importante papel do pediatra nas práticas educativas e preventivas.

MECANISMO DE AÇÃO <

O álcool é um composto orgânico em que um átomo de hidrogênio é substituído por um grupo hidroxila. O etanol é o álcool mais conhecido, sendo obtido por meio da fermentação e/ou destilação da glicose presente em cereais, raízes e frutas. As bebidas fermentadas possuem um teor de álcool menor em relação às destiladas⁽⁴¹⁾.

O etanol é um depressor cerebral com ação hipnótica, dose-dependente, que age diretamente em diversos órgãos como fígado, coração, vasos sanguíneos e parede do estômago. Difunde-se pelos líquidos, alterando a função protéica. O consumo elevado da droga pode resultar na diminuição da função da bomba Na/K-ATPase no transporte de elétrons, prejudicando assim a condução elétrica. Alguns fatores favorecem a absorção mais rápida do álcool, como presença de alimentos no estômago, consumo de bebidas frías e estresse⁽⁴¹⁾.

O álcool exerce os seus efeitos no sistema nervoso central (SNC) por meio da interação com os neurotransmissores cerebrais inibitórios, sendo mais conhecida a potencialização do efeito do ácido gama-aminobutírico (GABA) por um mecanismo ainda não bem esclarecido, mas independente do receptor benzodiazepínico⁽⁴¹⁾. Quando o GABA se acopla ao seu receptor, promove a abertura dos canais de cloro e a passagem desse íon para o meio intracelular, o que estimula a hiperpolarização neuronal⁽⁴¹⁾. Baixas concentrações de etanol podem facilitar a inibição do GABA e exercer um efeito estimulante transitório⁽⁴¹⁾.

O etanol também interfere com o glutamato, um neurotransmissor excitatório que guarda relação com a memória e a cognição, alterando a ação sináptica do mesmo através do bloqueio dos receptores N-metil-D-aspartato (NMDA), e reduzindo a sua ação nas células hipocámpais⁽⁴¹⁾. Concentrações de álcool em torno de 25 mM inibem a passagem de cálcio por meio dos canais iônicos e reduzem a liberação dos neurotransmissores excitatórios⁽¹¹⁾.

A metabolização do álcool sofre influência de fatores genéticos e ambientais. Os componentes genéticos podem responder por 50% da variação do nível de resposta aos efeitos do álcool, determi-

nados pelos polimorfismos dos sistemas enzimáticos. Indivíduos com o genótipo ADH-1 B 1/2 apresentam maior risco de apresentarem desordens associadas ao consumo da droga⁽¹¹⁾.

A idade é outro fator que interfere no mecanismo de ação do álcool. Estudos em modelos animais demonstram que ratos adolescentes possuem menor sensibilidade aos efeitos agudos do álcool, em relação aos adultos⁽³³⁾. Esse fato sugere que indivíduos mais jovens podem desenvolver respostas adaptativas mais rápidas de tolerância à droga por mecanismos ainda não bem conhecidos. O que seria um fator de proteção para os indivíduos mais jovens, acaba por favorecer o maior consumo da droga, podendo contribuir para acidentes e violência e, no futuro, para maior risco de dependências física e psicológica.

A metabolização do álcool parece sofrer a influência do gênero. York et al.⁽⁴³⁾, avaliando o pico de concentração sanguínea de álcool após o consumo, ajustando-se as doses em ambos os sexos, relataram que as mulheres apresentam menor pico de concentração plasmática da droga em relação aos homens, o que sugere maior eliminação da droga no sexo feminino.

O consumo de álcool pela gestante pode favorecer a teratogênese e a alteração da regulação da função circadiana dos neurônios que secretam β -endorfinas⁽¹²⁾. Esse fato pode justificar a presença de alguns transtornos em indivíduos submetidos à exposição alcoólica no período pré-natal, como distúrbios do sono, déficit de atenção, hiperatividade e ansiedade⁽⁷⁾.

Um estudo de coorte realizado na Austrália mostrou que filhos de gestantes, que consumiram três ou mais copos de bebidas alcoólicas, apresentaram risco 3,29 vezes maior de desenvolver desordens relacionadas ao uso de álcool na vida adulta⁽¹⁾. Isso sugere que a exposição fetal ao álcool, em particular no início da gestação, pode favorecer problemas futuros.



FATORES DE RISCO X FATORES DE PROTEÇÃO

O uso de álcool na adolescência está quase sempre associado a comportamentos de risco, au-

mentando a chance do envolvimento em acidentes de trânsito, violências estrutural e sexual, uso de outras drogas e formação de gangues. Portanto, o consumo de álcool por adolescentes está fortemente associado a risco de morte violenta, a mau desempenho escolar, a dificuldades de aprendizado, a prejuízos no desenvolvimento e à estruturação das habilidades emocionais, cognitivas e comportamentais do jovem^(2, 23,).

O uso/abuso de qualquer substância psicoativa é multifatorial, envolvendo características biológicas, psicológicas, comportamentais, familiares e sociais. A análise dos motivos alegados para a experimentação do álcool estabelece que os fatores externos assumem um papel muito importante para o uso freqüente. Os fatores mais associados ao abuso e dependência, entretanto, se referem a situações próprias do indivíduo⁽²⁾.

Vários estudos enfatizam tanto os fatores de risco como os protetores relacionados ao uso de drogas, entretanto a grande maioria discute sob a óptica da compreensão dos fatores de risco, quase sempre ignorando os fatores protetores^(8, 23, 28). Fatores de risco e protetores, embora não determinantes, caracterizam situações que aumentam ou diminuem a probabilidade de evolução do uso para dependência e/ou abuso.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cinco fatores propiciam o abuso de substâncias:

- falta de informação sobre o problema;
- dificuldade de inserção no meio familiar e no trabalho;
- insatisfação com a qualidade de vida;
- problemas de saúde;
- facilidade de acesso às substâncias^(2, 20).

Entre os motivos alegados para o uso, pode-se destacar curiosidade, necessidade de pertencer a determinado grupo, diminuir inibições, dar coragem, tratar problemas médicos, relaxar para lidar com problemas, em rituais religiosos e para obter prazer^(2, 28).

As pesquisas têm mostrado que há muitos fatores de risco para o abuso de substâncias, cada um com impacto distinto, dependendo da fase do desenvolvimento psicossocial. No entanto, alguns

autores acreditam que os fatores familiares são cruciais, já que a família é a base da estruturação do psiquismo do ser humano⁽¹⁷⁾.

Didaticamente, podemos caracterizar como fatores de risco familiares o ambiente doméstico caótico (pais abusadores de alguma substância e enfermidade mental); a paternidade não-participante, especialmente com filhos de temperamento difícil e problemas de conduta; e, por fim, falta de vínculo afetivo com a criança e com o adolescente^(24, 29, 32).

Além dos fatores familiares, há fatores de risco ligados à escola e/ou comunidade, como timidez e/ou agressividade na escola; baixo desempenho escolar; dificuldade com as relações sociais; ingresso em grupos de comportamento inadequado; percepção de aprovação de uso de substâncias psicoativas pelo ambiente escolar e social e pelos companheiros, além de facilidade de acesso^(24, 29, 32).

Como fatores protetores destacamos a família bem estruturada, com fortes laços afetivos; a participação efetiva dos pais na vida dos filhos, determinando regras claras de conduta no núcleo familiar (propicia o desenvolvimento de recursos internos frente às frustrações); o rendimento escolar satisfatório; as relações com outros núcleos da comunidade como igreja, ações cívicas, grupos desportivos, recolhimento de doativos, entre outros; a adoção de normas convencionais a respeito de uso de substâncias.

Segundo Blum⁽⁹⁾, a estruturação da chamada resiliência relativa aos fatores protetores está intimamente ligada à prevenção. Uma vez conhecido o que expõe um indivíduo ou um grupo a situações de chamado risco a determinado evento negativo e quando se sabe quais fatores podem reduzir tais eventos, pode-se assim buscar estratégias que dirimam esse risco⁽⁹⁾.

O modelo de desenvolvimento social é baseado na criação de habilidades para a vida, mas reconhece a necessidade da participação do ambiente que cerca o indivíduo, como a escola, a família e a comunidade, provendo-as com reforços de cada unidade e valorizando a aquisição de novas aptidões.

REFERÊNCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS ENTRE ADOLESCENTES NO BRASIL

São inúmeras as limitações, controvérsias e dificuldades que envolvem a definição de padrão de consumo de álcool. Esse, pela complexidade de fatores envolvidos, deve ser avaliado dentro de diversos contextos biológicos, psicológicos, sociais, ambientais, antropológicos, legais e culturais. Nos protocolos de pesquisas considera-se volume, tipo de bebida, teor alcoólico, frequência (diária, semanal, mensal e anual), variabilidade de consumo, idade de início, entre outras situações como regionalização e sazonalidade. A individualidade deve ser considerada, condições de saúde e doença, utilização de medicamentos, peso, sexo, gravidez, metabolismo, desenvolvimento de tolerância/dependência relacionado ao uso do álcool, etnia e hereditariedade⁽²³⁾. Mesmo assim os dados não são confiáveis. Menos ainda, entre os da população que se encontra em pleno desenvolvimento, com labilidades física, emocional e mental, situações típicas da adolescência. Deve-se, portanto, reforçar que padrões de uso de substâncias tóxicas habitualmente utilizados para adultos não podem ser aplicados a adolescentes⁽⁴²⁾.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) regulamenta o tema, incluindo a proibição de compra, venda, transporte guarda e consumo de álcool e tabaco para a faixa etária até 18 anos. Portanto, para adolescentes, o álcool é sempre droga ilícita^(13, 31, 35).

Referenciar consumo de álcool, por outro lado, auxilia a monitorar o comportamento dos jovens em relação à bebida, rastreando os transtornos relacionados (agudos/crônicos e físicos/mentais) e/ou prejuízo social. Porém, é preciso enfatizar que nada substitui a avaliação médica para confirmação diagnóstica e orientação terapêutica do uso, uso nocivo, abuso e dependência de álcool⁽³⁾.

No Brasil, com esse monitoramento, observa-se que a idade inicial de consumo atualmente está na faixa de 10,1 anos de idade. Esse dado indica a precocidade do início de consumo. Crianças em situação de risco social, moradoras de rua, sem con-

tato familiar ou que abandonaram a escola, apresentam risco maior de uso frequente de álcool⁽³⁰⁾.

Em uma sociedade de consumo, a indústria disponibiliza para os jovens bebidas de baixo custo, inúmeros pontos de venda, com o teor alcoólico e sabores camuflados, caracterizando o gosto adocicado e apelo de mídia sofisticado. Inúmeros são os produtos: “alcopops” (bebidas carbonatadas que prometem baixo teor alcoólico), compostos de suco de frutas com álcool (simulando o sabor para mais doce), coolers de vinho, os “ice” misturados principalmente com vodka. As cervejas, associadas ao esporte e ao sexo, têm apelo mais forte entre adolescentes mais velhos. Estão em moda ainda os “energéticos” que prometem o prolongamento da vigília. Esses, contendo altos teores de cafeína, nos rótulos “advertem” para não associar ao álcool⁽³⁷⁾.

Nas ruas, em grupos, para não caracterizar uso de álcool, é cena comum em finais de semana, de forma anedótica, o consumo dos “tubões”. Embalagens “pet” de refrigerantes de dois litros tipo cola (cafeína) muitas vezes light ou diet (fe-

nilalanina) são misturados com aguardentes ou outros destilados com alto teor alcoólico.

Há também regiões com marcada sazonalidade. Bebidas do “tempo frio” no sul do Brasil, os quantões de vinho e, mais a sudeste, os quantões de pinga (aguardente ou vinho misturados com frutas ou raízes/condimentos aromáticos servidos quentes no inverno) são consumidos inclusive no ambiente familiar.

Para fins laboratoriais toxicológicos, define-se como dose ou unidade padrão de bebida alcoólica o volume de qualquer bebida que contenha 10 ml de álcool puro (Tabela 1)⁽¹⁶⁾.

Outra questão é a alcoolemia (concentração de álcool na corrente sanguínea). A coleta do sangue para exames deve ser realizada em até uma hora após o consumo. Deve-se enfatizar que a alcoolemia depende da quantidade ingerida por hora, acrescida de outros fatores como diferenças individuais metabólicas, étnicas, sexuais, ponderais e etárias. Além das condições orgânicas, mentais, emocionais e alimentares.

Tabela 1
COMO CALCULAR A QUANTIDADE DE ÁLCOOL DA BEBIDA

I. Quantidade de álcool se obtém multiplicando (x*) o volume da bebida por concentração da bebida que resulta o volume em mililitro (ml) de álcool
II. Para se converter ml para gramas (g), considera-se que em cada ml há aproximadamente 0,8 g de álcool, calcula-se: volume do álcool x 0,8 = g de álcool
1. Cerveja (lata de 350 ml) teor alcoólico de 5%
Quantidade de álcool = 350 x 5 = 17,5 ml de álcool
Gramas de álcool puro = volume do álcool x 0,8 = 14 g
Corresponde a 1,4 unidade
2. Destilado (pinga/uísque entre outros) volume 40 ml e teor alcoólico de 40%
Quantidade de álcool = 40 x 40 = 16 ml
Gramas de álcool volume do álcool x 0,8 = 13,4 g
Equivale a 1,3 unidade
3. Vinho 140 ml e teor alcoólico de 12%
Quantidade de álcool = 140 ml x 12 = 16,8 ml de álcool
Gramas de álcool = volume x 0,8 = 13,2
Equivale a 1,3 unidade

* x = multiplicar.

Fonte: Adaptado da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), 2002(5)

No organismo em desenvolvimento (adolescência) mais suscetível a agravos, riscos clínicos e psicológicos são maiores devido a menor massa muscular e à labilidade dos tecidos em crescimento/amadurecimento e ao comportamento próprio da idade. Adolescentes do sexo feminino, com menor massa muscular, estresse hormonal e menor quantidade de enzimas, resistem menos ao uso do álcool.

De forma simplificada e não considerando muitos dos fatores mencionados anteriormente, a alcoolemia após uma hora pode ser calculada. Para adultos, por lei, o limite de alcoolemia é de 0,57 g por litro de sangue.

$$\text{Nível de álcool circulante} = \frac{\text{álcool consumido em gramas por hora} \times K (\text{constante peso})}{\text{Peso corporal (kg)}}$$

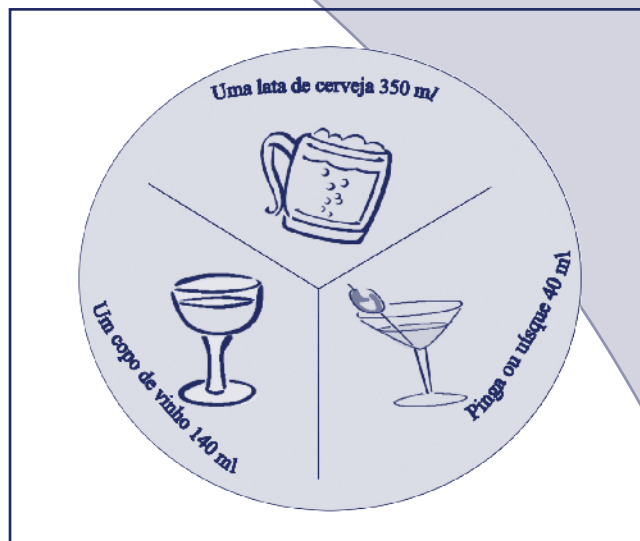
K = 0,7 homens em jejum; K = 0,6 mulheres em jejum;

A alcoolemia após uma hora em homens adultos, em jejum, com 60 kg é de 0,27 g; 70 kg de 0,22 g; e de 80 kg é 0,19 g.

Na Figura são apresentadas algumas bebidas alcoólicas mais consumidas no momento que têm equivalência aproximada em teor alcoólico.

Alguns questionários são usados nos serviços de atenção primária, como métodos de rastreamento para transtornos decorrentes do uso de álcool (uso nocivo e dependência do álcool). O teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool (AUDIT) da OMS⁽³⁸⁾, em adultos, testado e revalidado em alguns países de língua espanhola, é de rápida aplicação. A aplicação do AUDIT tem como objetivo indicar a intervenção apropriada. Esse teste foi padronizado para a utilização em adultos e não foi testado ou revalidado para adolescentes.

Para adolescentes que consomem álcool, devido às suas características e aos riscos envolvidos, que independem da dose, devem sempre ter acompanhamento de profissionais de saúde, pois o teste de rastreamento apenas auxiliará na indicação do tipo de intervenção, já que não existem níveis seguros de drogas para qualquer faixa etária (Tabela 2).



As recomendações devem ser analisadas com critério, principalmente entre adolescentes, já que esses questionários ainda não foram validados para essa faixa etária, bem como para os casos em que não há consistência entre os dados e a clínica. Muitas vezes, por medo, as respostas podem ser omitidas e as questões que envolvem respostas positivas para dependência (4, 5 ou 6) e/ou problemas referentes ao álcool (9 e 10) devem ser revistas com cuidado (Tabela 3).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA INTOXICAÇÃO AGUDA POR ÁLCOOL

A intoxicação aguda caracteriza-se pelo consumo de uma ou mais substâncias em quantidade suficiente para produzir mudanças no funcionamento normal do indivíduo, incluindo alterações comportamentais mal-adaptativas, sinais de comprometimento neurológico e ausência de outros diagnósticos e condições⁽¹⁵⁾. Essa condição coloca o jovem em maior vulnerabilidade para acidentes de trânsito, violência física, suicídios, homicídios entre outras intercorrências.

O quadro clínico pode variar de leve embriaguez à intoxicação grave, levando a coma, depres-

Tabela 2

TESTE DE IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL (AUDIT) PARA ADULTOS

Iniciar explicando que perguntará sobre o uso de bebidas alcoólicas no último ano. Explicar o que significa bebida alcoólica, usar exemplos locais. Utilizar bebidas padronizadas. Utilizar (Figura)

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?

0. Nunca (vá direto para questão 9)

1. Mensalmente ou menos

2. 2 a 4 vezes ao mês

3. 2 a 3 vezes na semana

4. 4 ou mais vezes na semana

2. Quantas bebidas alcoólicas você consome no dia em que bebe?

0. 1 ou 2 (vá direto para questão 9)

1. 3 ou 4

2. 5 ou 6

3. 7, 8 ou 9

4. 10 ou mais

3. Com que frequência você toma seis ou mais bebidas alcoólicas em uma única ocasião?

0. Nunca

1. Menos que mensalmente

2. Mensalmente

3. Semanalmente

4. Diariamente ou quase

Não responda às questões 9 e 10 se o escore para questões 2 e 3 foi zero

4. Com que frequência, no último ano, você encontrou dificuldade para parar de beber após ter começado?

0. Nunca

1. Menos que mensalmente

2. Mensalmente

3. Semanalmente

4. Diariamente ou quase

5. Com que frequência, no último ano, você não conseguiu cumprir suas obrigações diárias ou deixou de comparecer a um compromisso por ter bebido muito?

0. Nunca

1. Menos que mensalmente

2. Mensalmente

3. Semanalmente

4. Diariamente ou quase

6. Com que frequência, no último ano, você precisou de uma bebida alcoólica pela manhã para poder iniciar suas atividades?

0. Nunca

1. Menos que mensalmente

2. Mensalmente

3. Semanalmente
4. Diariamente ou quase
7. Com que frequência, no último ano, você sentiu remorso ou culpa por ter bebido?
0. Nunca
1. Menos que mensalmente
2. Mensalmente
3. Semanalmente
4. Diariamente ou quase
8. Com que frequência, nos últimos anos, você não consegue se lembrar do que aconteceu na noite/dia anterior por ter bebido?
0. Nunca
1. Menos que mensalmente
2. Mensalmente
3. Semanalmente
4. Diariamente ou quase
9. Você ou alguém foi injuriado como resultado de você ter bebido?
0. Nunca
1. Sim, mas não no último ano
2. Sim, durante o último ano
10. Algum amigo, parente ou médico mostrou-se preocupado ou recomendou que você parasse de beber?
0. Nunca
1. Sim, mas não no último ano
2. Sim, durante o último ano
Total de pontos: localizar a recomendação

Fonte: Adaptado da World Health Organization (WHO), 2001(38).

Tabela 3

INTERVENÇÃO RECOMENDADA EM SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE E RESULTADO DO ESCORE DO TESTE DA TABELA 2 (AUDIT)

	Tipo intervenção sugerida	Escore
Zona I	Educacional	0-7
Zona II	Aconselhamento	8-15
Zona III	Aconselhamento/terapia breve/monitorização	16-19
Zona IV	Encaminhar a especialista/diagnóstico/tratamento	20-40

Fonte: Adaptado da World Health Organization (WHO) 2001(38).

AUDIT: TESTE DE IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DO ÁLCOOL

são respiratória e morte conseqüente à parada respiratória ou aspiração de vômito^(4, 26). O comportamento e o afeto podem estar comprometidos de forma variável, apresentando desde um estado

de excitação, alegria, impulsividade, irritabilidade até agressividade, depressão e ideação suicida⁽¹⁸⁾. Alguns indivíduos apresentam humor instável, alternando crises de choro e risos⁽¹⁵⁾. O prejuízo das funções mentais pode ser evidenciado pela lentificação do pensamento e pela menor capacidade de concentração, do raciocínio, da atenção e do julgamento^(15, 18, 19, 27). Também estão presentes alterações psicomotoras como fala arrastada, incoordenação motora e ataxia^(18, 27).

As manifestações clínicas na intoxicação aguda por álcool variam conforme o nível de concentração alcoólica no sangue (alcoolemia), que indica a concentração de etanol no SNC. Os fatores que podem interferir na alcoolemia incluem velocidade de ingestão, consumo prévio de alimentos, fatores ambientais e desenvolvimento de tolerância ao álcool⁽¹⁹⁾.

Os sintomas comumente encontrados nos diferentes níveis de álcool no sangue e na urina podem ser vistos na Tabela 4.

➤ TRATAMENTO DA INTOXICAÇÃO AGUDA

A gravidade da intoxicação aguda pelo etanol está diretamente relacionada ao seu nível sérico, e a conduta terapêutica depende da gravidade do quadro clínico (Tabela 5).

As medidas gerais que devem ser adotadas nos casos de intoxicação alcoólica aguda são:

- confirmar ingestão aguda;
- manter o paciente em ambiente calmo, protegido;
- avaliar lesões traumáticas associadas;
- manter o paciente em decúbito lateral para evitar a aspiração de secreções;
- manter o paciente aquecido;
- avaliar periodicamente os sinais vitais e intervir conforme a necessidade;
- manter a permeabilidade das vias aéreas;
- avaliar uso associado com outras substâncias;
- avaliar doenças relacionadas;
- instituir oxigenoterapia;
- lavagem gástrica pode ser útil até uma hora após ingestão, para diminuir a absorção do álcool ingerido, avaliar coma, proteger via aérea e risco de aspi-

ração. Não há indicação para uso de carvão ativado, pois o etanol não é bem absorvido por ele.

Tratamento medicamentoso e cuidados intensivos:

- hidratação parenteral para a reposição das perdas líquidas e controle da hipotensão;
- uso de drogas vasoativas, caso ocorra persistência de hipotensão grave ou choque;
- correção de distúrbios eletrolíticos quando necessário;
- correção da acidose metabólica com hidratação e, se necessário, bicarbonato de sódio, de acordo com a gasometria;
- ventilação assistida na ocorrência de insuficiência respiratória;
- tratamento da hipoglicemia com infusão contínua de glicose até o controle da glicemia;
- protetores da mucosa gástrica;
- tiamina 100 mg, intramuscular (IM) – acelera a transformação de piruvato em acetilcoenzima A, reduzindo a acidose láctica –, ainda antes da administração de glicose se essa for necessária por hipoglicemia;
- nos casos de intensa agitação e/ou agressividade do paciente, está indicado o uso de benzodiazepínicos (clordiazepóxido ou diazepam), com muita cautela, pois esses potencializam a ação depressora no SNC causada pelo álcool;

Tabela 4
ESTÁGIOS DA INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA AGUDA

Concentração de etanol no sangue (mg%)	Concentração de etanol na urina (mg%)	Estágio de influência alcoólica	Efeitos
0,01-0,05	0,01-0,07	Sobriedade	Pouco efeito na maioria das pessoas
0,04-0,12	0,03-0,16	Euforia	Inibições diminuídas, julgamento diminuído, perda do controle fino, tempo de reação aumentado
0,09-0,20	0,07-0,30	Excitação	Incoordenação, perda do julgamento crítico, perda da memória, tempo de reação aumentado
0,15 – 0,30	0,12-0,40	Confusão	Desorientação, equilíbrio emocional danificado, fala prejudicada, sensação perturbada
0,25-0,40	0,20-0,50	Estupor	Paralisia e incontinência
0,30-0,50	0,25-0,60	Coma	Reflexos diminuídos, respiração diminuída e morte possível

Fonte: Wallach J. Interpretação de exames laboratoriais. 7 ed. Rio de Janeiro: Medsi. 2003; 17, 955-79(34).

Tabela 5

QUADRO CLÍNICO E CONDUTA TERAPÊUTICA NA INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA AGUDA DE ACORDO COM A ALCOOLEMIA (NÍVEIS SÉRICOS CONSIDERADOS PARA ADULTOS)

Alcoolemia (mg%)	Quadro clínico	Conduta
30	- Euforia e excitação - Alterações leves da atenção	- Manter o paciente em ambiente calmo - Monitorar sinais vitais
50	- Incoordenação motora discreta - Alterações do humor, da personalidade e do comportamento	- Manter o paciente em ambiente calmo - Monitorar sinais vitais
100	Incoordenação motora pronunciada, com ataxia, diminuição da concentração, piora dos reflexos sensitivos, piora do humor	- Monitorar sinais vitais - Cuidar para manter das vias aéreas livres - Observar risco de aspiração de vômitos
200	- Piora da ataxia - Náuseas e vômitos	- Internação - Cuidar para a manter vias aéreas livres - Observar risco de aspiração - Administrar tiamina via IM
300	Disartria, amnésia, hipotermia, anestesia (estágio I)	- Internação - Cuidados gerais para a manutenção da vida - Administrar tiamina via IM
400	- Coma - Morte potencial (bloqueio respiratório central)	- Emergência médica - Cuidados intensivos para a manutenção da vida - Tratar o coma

Fonte: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes: Abuso e dependência do álcool(39).

- na ocorrência de crises convulsivas, está indicado o uso de diazepam, via endovenoso (EV) – com cautela para não aumentar a depressão do SNC e da respiração – e avaliar distúrbios metabólicos, infecções do SNC ou traumas;
- o tratamento do coma, voltado principalmente para a manutenção das funções vitais e para correção dos distúrbios metabólicos, deve ser idealmente realizado em unidade de terapia intensiva (UTI), pois essa é uma condição que apresenta risco imediato de morte.

➤ PREVENÇÃO COMO POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO

A questão das drogas lícitas e ilícitas deve ser tratada como um problema de saúde pública e ser integrada às políticas governamentais vigentes. As estratégias de prevenção dos diversos agravos que acometem os adolescentes devem constar dos programas de saúde pública adotados pelas três esferas de governo (municipal, estadual e federal).

A viabilização dos programas de prevenção está diretamente vinculada à participação das famílias e seus filhos (promovendo o protagonismo infanto-juvenil) em todas as etapas do trabalho proposto.

Vale ressaltar que os conceitos de prevenção e promoção de saúde muitas vezes se confundem na prevenção. O foco são as modificações do comportamento individual e a redução dos fatores de risco, configurando o modelo de intervenção biomédico. Na promoção da saúde a estratégia é a da mediação entre as pessoas e seu ambiente⁽¹⁰⁾. Essas duas abordagens se complementam e possibilitam, no caso da droga lícita (o álcool), o benefício das medidas propostas por ambas as estratégias de intervenção.

O adolescente, pelas características próprias da fase (impulsividade, curiosidade, busca da identidade adulta diferenciando-se dos pais, o apoio e a pressão do grupo de pares), pode ser levado a se expor a situações de risco pessoal e social, como o uso abusivo do álcool.

Para a prevenção desse evento são poucas as intervenções existentes, o que favorece a eficácia das campanhas publicitárias que, diariamente e

com muita competência, “bombardeiam” a sociedade com mensagens explícitas do consumo de álcool ligado ao sucesso, ao erotismo, à condição de se dar bem na vida.

Na prevenção primária a divulgação de informações é o meio mais conhecido e utilizado, não usando o amedrontamento e sim a “valorização da vida” como eixo central. Apesar de ser fundamental o conhecimento, ele não é capaz de, por si só, mudar o comportamento dos adolescentes. Para tanto, têm sido usados outros modelos de prevenção primária, como fortalecimento de atitudes saudáveis, promoção de atividades esportivas e culturais, modificação do ambiente e sensibilização de líderes juvenis com o objetivo de que se tornem multiplicadores junto a seus pares.

As prevenções secundária e terciária envolvem a orientação familiar no tratamento e reinserção dos adolescentes dependentes do álcool no seu meio familiar, educacional e social⁽²²⁾.

A inexistência de uma política pública integrada contribui para a precariedade das ações e propostas visando à implementação de medidas preventivas. Mesmo assim têm sido verificadas iniciativas dos setores da saúde e da educação que ainda não conseguiram mudar o quadro epidemiológico no país relativo ao problema em questão.

Promover a criação de redes de apoio, intensificar a atenção integral à saúde do adolescente e insistir na valorização da vida podem ser os diferenciais para a prevenção do uso e abuso do álcool pelos adolescentes.

➤ REFERÊNCIAS

1. Alati R, Al Mamun A, Williams CM, O' Callaghan M, Nayman JM, Bor W. In utero alcohol exposure and prediction of alcohol disorders in early adulthood: a birth study cohort study. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63(9):1009-16.
2. Albernaz ALC, Passos SRL. Uso de substâncias psicoativas. In: Coutinho MFG, Barros RR. *Adolescência: uma abordagem prática*. Atheneu. 2001; 237-50.
3. American Psychiatric Association. *DSM (Manual de Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais)*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed. 2002; 207-302.
4. Associação Brasileira de Estudos sobre o álcool e outras drogas.
5. Associação Brasileira de Psiquiatria, Grupo Assessor. *Abuso e dependência de álcool*. 2002.
6. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. *Projeto Diretrizes: Abuso e dependência do álcool*. Disponível em: www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/002.pdf. Acesso em: 12/12/06.
7. Barr HM, Bookstein FL, O' Malley RD, Connor PD, Huggins JE, Streissguth AP. Binge drinking during pregnancy as a predictor of psychiatric disorders on the structured clinical interview for DSM-IV in young adult offspring. *Am J Psychiatry*. 2006; 163(6):1061-5.
8. Baus J, Kupek E, Pires M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Rev Saúde Pública São Paulo*. 2002; 36(1).
9. Blum RW. Adolescent substance use and abuse. *Arch Pediatr Adolesc*. 1997; 151: 805-8.
10. Czeresnia D, De Freitas CM. In: *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2003.
11. Duranceaux NO, Schuckit MA, Eng MY, Robinson SK, Carr LG, Wall TL. Associations of variations in alcohol dehydrogenase genes with the level of response to alcohol in non-asians. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006; 30(9): 1470-8.
12. Elliot EJ, Payne J, Haan E, Bower C. Diagnosis of fetal alcohol syndrome and alcohol use in pregnancy: a survey of paediatricians knowledge attitudes and practice. *J Paediatr Child Health*. 2006; 42(11): 698-703.
13. *Estatuto da Criança e do adolescente*, 1990.
14. Graff S, Fruchtgarten L, Haddad Filho J. Tratamento das intoxicações agudas causadas por drogas de abuso. In: Seibel SD, Toscano Jr A. *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu. 2001; 311-4.
15. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Transtornos relacionados a substâncias. In: *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997; 381-95.
16. Knapp P, Nasi LA. Intoxicação aguda e abstinência de álcool. In: Nasi LA et al. *Rotinas de pronto socorro*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed. 2005; 254-9.

17. Lapate V. A Família e as drogas. In: formação de multiplicadores de informação preventiva sobre drogas. SENAD. 2002; 143-75.
18. Laranjeira R, Dunn J, Araújo MR. Álcool e drogas: emergência psiquiátrica. In: Botega NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed. 2002; 223-50.
19. Miller NS. Principles of addiction medicine. Maryland: American Society of Addiction Medicine. 1994.
20. Ministério da Saúde. Política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília. Acervo Digital BVS MS.
21. Ministério da Saúde. Revista Canal Médico. Agosto de 1999.
22. Noto AR, Galduróz JCF. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1999; 4(1).
23. Pechansky F, Szobot CM, Scivoletto S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004; 26(11).
24. Pechansky F, Szobot CM, Scivoletto S. Alcohol use among adolescents: concepts, epidemiological characteristics and etiopathogenic factors. *Rev Bras Psiquiatr*, São Paulo. 2004; 26.
25. Pimenta MS. Intoxicação alcoólica aguda. In: Pires MTB, Starling SV. Manual de urgências em pronto-socorro. 7 ed. Rio de Janeiro: Medsi Editora. 2002; 682-8.
26. Ribeiro PCP. Características biológicas, sociais, demográficas e hábitos de vida de adolescentes em Belo Horizonte: ao primeiro atendimento por equipe interdisciplinar. Belo Horizonte: 2004. Tese de mestrado, UFMG.
27. Rosa LM, Pechansky F. Intoxicações agudas e abstinência de álcool e drogas de abuso. In: Kapczinski F, Quevedo J, Schmitt R, Chachamovich E. Emergências psiquiátricas. Editora Porto Alegre: 2001; 118-38.
28. Sanchez Z, Van der Meer OLG, Nappo SA. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. Rio de Janeiro: *Ciência: Saúde Coletiva*. 2004; 9(1):.
29. Souza DPO, Areco KN, Da Silveira Filho DX. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saúde Pública São Paulo*. 2005; 39(4):.
30. Souza DPO et al. O Uso de bebidas alcoólicas. *Rev Saúde Publica*. 2005; 39(4): 585-92.
31. Taborda JG, Chalub M, Abdalla Filho E et al. Psiquiatria Forense: perícias de responsabilidade penal e dependência química. Porto Alegre: Artmed. 2004; 129-52.
32. Tavares BF, Beria JU, De Lima MS. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. São Paulo: *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(6):.
33. Varlinskaya GI, Spear LP. Ontogeny of acute tolerance to ethanol-induced social inhibition in Sprague-Dawley rats. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006; 30(11): 1833-44.
34. Wallach J. Interpretação de exames laboratoriais. 7 ed. Rio de Janeiro: Medsi. 2003; 955-79.
35. WHO. Classificação Internacional de Doenças. 10ª Revisão. Porto Alegre: Artmed.
36. WHO. Global Status Report Alcohol. WHO. 2004.
37. WHO. Global Status Report Alcohol and Young. WHO/MSD/MSB/0011. 2001.
38. WHO. Intervención breve para el consumo de riesgo e perjudicial de alcohol. WHO/MSD/MSB/01.6b. 2001.
39. www.cisa.org.br. Álcool e saúde e Álcool e trânsito. Acessado em: 12/10/2006.
40. www.cisa.org.br. Álcool e gravidez. Acessado em: 18/11/2006.
41. www.afn.bio.br/nervosos/nervoso 5.asp. Anatomia e fisiologia humanas: o álcool e os neurotransmissores. Acesso em: 12/11/2006.
42. www2.adolesc.br/bsv/adolesc. Acesso em: 02/12/2006. 1993.
43. York JL, Wette J, Hirsch J. Gender comparison of alcohol exposure on drinking occasions. *J Stud Alcohol*. 2003; 64(6): 790-801.

MEMBROS DO DEPARTAMENTO DE ADOLESCÊNCIA DA SBP

Isabel Carmen Fonseca Freitas
Lígia de Fátima Nóbrega Reato (vice-presidente)
Lucimar Aparecida Françoso
Maria de Fátima Goulart Coutinho
Maria Aciolina Ferreira Moreira
Maria Teresa Nardin Sauer
Marilúcia Rocha de Almeida Picanço (secretária)
Marizilda Martins
Paulo César Pinho Ribeiro (presidente)
Rachel Niskier Sanchez
Rita de Cássia dos Passos Souza
Roberto Assis Ferreira

Maria de Fátima
Monteiro Pereira Leite¹
Mônica Scott Borges²

Qualidade de vida do adolescente portador de cardiopatia: alguns aspectos práticos

RESUMO

O aumento da sobrevida de crianças portadoras de cardiopatias congênitas e a melhor avaliação e tratamento das cardiopatias adquiridas levaram a um crescimento do número de adolescentes e adultos jovens cardiopatas. O papel do clínico de adolescentes e do cardiologista pediátrico é cuidar desses pacientes, não apenas sob o ponto de vista clínico, como também os orientando sob os pontos de vista psicológico e social, a fim de que venham a se tornar adultos plenamente realizados. Discute-se de forma prática algumas das principais dúvidas do dia-a-dia de adolescentes cardiopatas e de seus pais. Métodos: Revisão bibliográfica dos últimos cinco anos por meio do MEDLINE e PUBMED, utilizando as palavras-chave adolescentes e cardiopatia, e abordando os temas sexualidade e gestação, orientação vocacional, prática de atividades físicas e pacientes com risco cardiovascular na adolescência.

ABSTRACT

The improvement in survival of children with congenital heart disease, and the better evaluation and treatment of acquired heart disease in childhood and adolescence, have led to an increase in the number of adolescents and young adults with heart disease. The role of the adolescents' clinician and of the pediatric cardiologist is taking care of them not only physically, but also from the psychological and social point of views, in order to let them become succeeded adults. Some important, every-day life, doubts of adolescents with heart disease and their parents are discussed in a practical point of view. Methods: PUBMED and MEDLINE best articles of the last five years, using the key words adolescents and heart disease, were reviewed. sexuality and pregnancy, vocational orientation, physical activity and cardiovascular risk in adolescence were the subjects discussed.

INTRODUÇÃO

Estima-se que a incidência de cardiopatia congênita na população geral varia de 8 a 11 por 1.000 nascidos vivos⁽¹⁾. Devido à progressiva melhora nos métodos diagnósticos e no tratamento das cardiopatias na infância nas últimas décadas, cresce a cada ano o número de pacientes portadores de cardiopatias congênitas que atingem a adolescência e a idade adulta. A malformação congênita não é a única forma de acometimento do coração do adolescente, pois também há as doenças adquiridas como

febre reumática, miocardite, doença de Kawasaki, bem como doenças sistêmicas como síndrome de Marfan e lúpus eritematoso sistêmico (LES). Como parte do universo cardiológico abordado pela clínica de adolescentes, existem ainda aqueles com risco de desenvolver cardiopatia isquêmica, como os filhos de portadores de doença coronariana precoce, os obesos, os hipertensos e os portadores de síndrome plurimetabólica. Esses pacientes aparecem em número cada vez maior nos ambulatórios e consultórios médicos, e trazem consigo inúmeros questionamentos comuns na adolescência, além daqueles relacionados a sua doença crônica.

A família do adolescente cardiopata, que muitas vezes assume postura superprotetora impeditiva do desenvolvimento saudável desses pacientes e que, em outros momentos, incentiva a prática de atividades que podem ser deletérias a esses indivi-

Falta titulação!!!

duos, também é massacrada por dúvidas frequentes, necessitando assim de contatos e orientações regulares em seus desfechos de vida. Portanto, o objetivo desta revisão é discutir de forma prática as questões cotidianas relacionadas a adolescentes portadores de cardiopatias, enfatizando as condutas que possam melhorar sua qualidade de vida.

MÉTODOS

Foi realizada revisão bibliográfica por meio do MEDLINE e PUBMED de artigos sobre o tema cardiopatia na adolescência publicados nos últimos cinco anos. Foram utilizadas as palavras-chave adolescentes e doença cardiovascular (DCV), sendo selecionados artigos que enfatizassem principalmente as seguintes questões:

- seguimento na adolescência de pacientes que sofreram intervenção na infância;
- seguimento de cardiopatias adquiridas na infância e na adolescência;
- prática de atividade física pelo adolescente cardiopata;
- identificação de risco cardiovascular na adolescência;
- transição adolescência para adulto jovem nos cardiopatas.

Também foram retirados alguns dados de livros texto, a fim de complementar alguns tópicos.

DISCUSSÃO

Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde (DATASUS/MS)⁽¹⁴⁾, o Brasil tem hoje cerca de 30 milhões de adolescentes. Somente em 2006 foram realizadas no país 1.857 cirurgias cardíacas pediátricas, com uma taxa de mortalidade em torno de 14%. Em 1950, somente 20% dos recém-nascidos portadores de cardiopatias congênitas complexas sobreviviam ao primeiro ano de vida. Atualmente, 90% deles chegam à idade adulta nos EUA⁽¹⁶⁾. Em relação às cardiopatias adquiridas, a taxa de sobrevivência desses pacientes também vem aumentando significativamente, ressaltando a grande necessida-

de de sua capacitação para que possam chegar à idade adulta em condições de se tornarem pessoas realizadas, implicando portanto numa boa adaptação social/laboral. Trabalhos recentes salientam a importância de integrar o adolescente ao seu meio, e ressaltam alguns pontos que provocam conflito, como sexualidade, escolha profissional e prática de atividades esportivas.

SEXUALIDADE E GESTAÇÃO

Estudos mostram que os pais têm dificuldades em abordar esse tema e, assim, muitas vezes retardam a discussão do assunto ou mesmo tratam o filho como um ser assexuado⁽¹⁾. As consequências dessa postura são o medo e a insegurança do adolescente. Por outro lado, cicatrizes cirúrgicas, desnutrição e deformidades torácicas causadas pela própria doença contribuem para diminuir a auto-estima, o que aumenta o medo do fracasso na tentativa de iniciar uma relação, dificulta o relacionamento com o sexo oposto, além de causa frustração. A sexualidade deve ser abordada numa conversa franca que acabe com os estigmas da cardiopatia, melhorando a auto-estima e promovendo o crescimento e a aceitação de sua condição especial.

Em relação à anticoncepção, é importante saber que os anticoncepcionais orais são contraindicados apenas em pacientes com risco de eventos trombembólicos. Os portadores de disfunção hepática aguda e/ou tumores hepáticos (benignos ou malignos), gravidez suspeita ou comprovada, sangramento genital anormal em investigação, câncer de mama suspeito ou comprovado, também não podem fazer uso de tais medicações⁽⁵⁾. Os dispositivos intra-uterinos (DIUs) também são contraindicados pelo risco de endocardite infecciosa⁽⁵⁾. Obviamente, na prescrição de métodos contraceptivos devem ser consideradas as normas éticas e legais. A recomendação de abstinência sexual como método contraceptivo tem muito pouca chance de ser aceita e devidamente seguida⁽⁵⁾, o que pode gerar gravidez indesejada.

Embora a gravidez não seja estimulada nessa faixa etária, caso ela ocorra é importante saber que a maioria das cardiopatas com doença leve a moderada tem uma gestação bem tolerada, desde

que a função ventricular seja normal. Considera-se como de alto risco fetal e materno pacientes com hipertensão arterial pulmonar; cardiopatias cianóticas com saturação arterial de oxigênio (SaO_2) muito baixa; doenças com aumento do potencial trombembólico; lesões graves tantoestenóticas quanto regurgitantes; arritmias graves; e disfunção ventricular e dilatação aórtica, como nas síndromes de Marfan e Ehlers-Danlos (SED)^(4, 5). Pacientes portadoras de próteses cardíacas em uso de anticoagulantes do grupo cumarínico devem ter cuidado com sangramentos e com os efeitos teratogênicos da droga. Muitos autores orientam a troca do cumarínico pela heparina no período de embriogênese e no final da gestação, próximo ao parto⁽³⁾. Com relação ao tipo de parto, o parto normal é apropriado para a maioria das mulheres com cardiopatia, ficando o cesáreo para aquelas com insuficiência cardíaca grave, lesões cardíacas com *shunt* direita/esquerda causando sofrimento fetal, síndrome de Marfan com dilatação aórtica > 4 mm e/ ou por indicação obstétrica^(4, 5).

➤ ORIENTAÇÃO VOCACIONAL

A adolescência é o período em que o jovem se prepara para a entrada no mercado de trabalho. A maioria dos portadores de cardiopatia congênita ou adquirida, com doença leve, tem a mesma capacidade laborativa como qualquer indivíduo. Pacientes com doença moderada devem evitar funções em que a força física excessiva seja necessária, contudo, afora essa restrição, toleram sem dificuldades uma jornada de trabalho de 40 horas semanais. Indivíduos com doenças mais graves e complexas tendem a ter maior dificuldade em conseguir uma colocação no mercado de trabalho, por apresentarem maiores restrições físicas e por necessitarem de mais cuidados médicos⁽¹⁾.

Kamphuis *et al.* demonstraram que adultos com cardiopatias complexas têm uma oferta reduzida de emprego, quando em comparação com adultos saudáveis ou com formas leves da doença⁽⁹⁾. Também salientam que uma orientação educacional melhor, quanto às habilidades desses indivíduos, poderia reduzir essas dificuldades. A presença da cicatriz cirúrgica e a própria condição

de cardiopata ainda são estigmas muitas vezes difíceis de serem superados, mesmo diante de formas leves ou estáveis de cardiopatia.

Spijkerboer *et al.* mostram que os desvios de comportamento encontrados em crianças e adolescentes cardiopatas não estão associados à gravidade da sua doença, nem ao momento da primeira intervenção cirúrgica ou hemodinâmica⁽¹⁹⁾. No entanto, segundo trabalho de McMurray *et al.*, pode-se concluir que o grande desejo do adolescente cardiopata é ter uma vida normal, visto que, na maioria das vezes, as limitações da condição de cardiopata são poucas, sendo a família, os amigos e os próprios professores os maiores limitadores desses pacientes⁽¹³⁾. A desinformação é um dos maiores inimigos do cardiopata. Cabe então ao médico clínico, assim como ao cardiologista, manter um diálogo franco sobre as possibilidades do paciente e suas limitações físicas reais, evitando restrições maiores do que as necessárias, as quais muitas vezes são equivocadas e prejudicam o paciente. Deve orientar também sobre a necessidade de se dedicar a uma atividade adequada às suas possibilidades físicas, já que, excetuando-se portadores de síndromes com comprometimento da inteligência e pacientes submetidos a períodos prolongados de hipotermia ou circulação extracorpórea que podem ter seqüelas cognitivas, os cardiopatas, mesmo os com as formas complexas da doença, costumam ter o intelecto preservado, podendo exercer as mais diversas funções.

PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS <

Diminuição da resistência vascular, melhora da função cardiopulmonar e auxílio na prevenção de doenças crônico/degenerativas do adulto são benefícios já bem conhecidos do exercício para o coração⁽²⁰⁾. Assim, todo indivíduo deve ser estimulado a praticar algum tipo de atividade física. As formas leves de cardiopatia, como as comunicações interatriais e interventriculares, a persistência de canal arterial pequeno sem sobrecarga cardíaca, e os pós-operatórios de cirurgia cardíaca sem seqüelas hemodinâmicas significativas devem ser tratados, sob o ponto de vista da prática de atividades físicas, como indivíduos normais⁽⁸⁾. Os indivíduos

portadores de cardiopatias de moderada complexidade, cardiopatias adquiridas, arritmias e/ou com seqüelas de cirurgia cardíaca devem ser avaliados, quanto à função ventricular e ao risco de desenvolverem eventos cardiovasculares durante prática desportiva, antes de sua liberação.

Atualmente, a maioria dos pacientes com formas moderadas de doenças de correção simples, entrará na adolescência com seus defeitos tratados, seja por cirurgia ou por procedimento hemodinâmico. Assim, a maior questão da atividade física gira em torno de indivíduos com cardiopatias complexas de correção paliativa, cardiomiopatias, seqüelas de correção cirúrgica, arritmias e cardiopatias adquiridas na adolescência.

Alguns estudos demonstram que esses pacientes têm suas limitações secundárias a dois fatores:

- seqüelas hemodinâmicas da própria doença de base;
- falta de condicionamento físico secundário à inatividade física^(10, 17).

Para solucionar essa questão são propostos programas de reabilitação cardíaca, com objetivo de aumentar a aptidão física desses indivíduos, e, dessa forma, também melhorar seu desempenho nas atividades diárias, reduzindo o cansaço muscular por desuso⁽¹⁷⁾.

A atividade física só está proibida em situações muito especiais:

- os primeiros seis meses após a recuperação de um evento agudo cardiovascular, como miocardite, fase aguda da febre reumática, correção cirúrgica de cardiopatia e correção de defeitos por via percutânea;
- pacientes portadores de arritmias que apresentam piora ou risco de morte durante a atividade física;
- artéria coronária anômala;
- pacientes com doença do tecido conjuntivo e dilatação da aorta associada – esses devem evitar principalmente esportes de contato e/ou com risco de trauma torácico;
- pacientes com seqüela hemodinâmica significativa de cirurgia cardíaca – devem ter prática em grupos de reabilitação supervisionados por médico.

Alguns grupos de pacientes merecem consideração especial, como aqueles em pós-operatório

de coarctação da aorta, os quais devem ter a pressão arterial (PA) avaliada durante o esforço a fim de afastar hipertensão arterial secundária, ainda que essa permaneça normal em repouso. Também os portadores de próteses cardíacas em uso de anticoagulantes, mesmo com função ventricular normal, devem evitar atividades de contato pelo risco sangramento por trauma⁽²¹⁾.

É fato que qualquer adolescente desejo de praticar atividade física, principalmente competitiva, deve ser avaliado previamente pelo seu médico clínico. A história e o exame físico completos são imprescindíveis nessa consulta, pois por meio deles o clínico poderá encontrar pacientes com cardiopatia já diagnosticada e/ou suspeita, que deverão ser avaliados pelo cardiologista. Devem ser avaliados também aqueles que, embora saudáveis, apresentem fatores de risco para morte súbita associada à atividade física, como história familiar de morte súbita ou de cardiopatia associada à morte súbita (cardiomiopatia hipertrófica, síndrome do QT longo, displasia arritmogênica do ventrículo direito, síndrome de Marfan, etc). Além disso, é o momento em que patologias assintomáticas, como a hipertensão arterial, podem ser diagnosticadas e/ou que sintomas como dor torácica, dispnéia e síncope, associados ao exercício, podem ser investigados^(2, 7, 20).

A solicitação de exame complementar, como eletrocardiograma (ECG) e teste ergométrico para pacientes saudáveis, mas sem história familiar de risco para morte súbita, é motivo de discussão em todo o mundo. Em países como os EUA, em que o número de atletas é significativo e a incidência de morte súbita é baixa (algo em torno de 0,4%), torna-se inviável, do ponto de vista risco/benefício, a solicitação de exames complementares para todos os indivíduos⁽⁷⁾. Na Europa, países como a Itália, que têm alta incidência de displasia arritmogênica do ventrículo direito, preferem adotar a realização de pelo menos um ECG antes de o adolescente iniciar atividades físicas⁽²⁾. Sobre esse tópico, é importante lembrar que o ECG não é fiel para o diagnóstico de 100% dos pacientes com possibilidade de morte súbita. Assim, a história e o exame físico ainda são as melhores armas para esse tipo de diagnóstico, reservando-se o ECG para populações específicas em que o risco de morte súbita é maior^(2, 7).

Pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) primária, principalmente quando associada à obesidade e à dislipidemia, devem ser estimulados a praticar atividades físicas como parte do seu tratamento. Quando a hipertensão é considerada moderada ou grave, primeiro deve haver controle da PA, seguido de programa de condicionamento físico que permita ao paciente utilizar o máximo de sua capacidade com o mínimo risco cardiovascular. Pacientes com HAS leve e aqueles com PA controlada geralmente estão livres para praticar esportes, devendo, porém, ter acompanhamento médico periódico⁽¹²⁾.

A obesidade, que atualmente pode ser considerada um problema de saúde pública, também é intensamente deletéria ao coração. Associa-se à obesidade, a dislipidemia e a resistência à insulina, formando a síndrome plurimetabólica. Sharpe *et al.*⁽¹⁸⁾ demonstraram que a simples presença de obesidade em adolescentes é prejudicial ao coração, pois está associada à hipertrofia com aumento da massa ventricular e aos primeiros sinais de restrição diastólica do ventrículo esquerdo⁽¹⁸⁾. A presença da síndrome plurimetabólica é um fator de risco importante no desenvolvimento precoce de aterosclerose, que tende a causar infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidentes vasculares cerebrais (AVCs) em pessoas cada vez mais jovens.

Sabe-se que o tratamento exige a colaboração integral do adolescente e de sua família, mas esses pacientes quando adequadamente estimulados tendem a perder peso, melhorar os níveis de PA e o perfil lipídico, principalmente pelo aumento do colesterol da lipoproteína de alta densidade (HDL-C), bem como melhorar a função diastólica⁽¹⁵⁾. Além da melhora cardiovascular, há também um significativo progresso da auto-estima associada à perda do peso.

> RISCO CARDIOVASCULAR NA ADOLESCÊNCIA

Há alguns anos nota-se que a DCV tem um componente familiar muito importante. Hoje, se sabe que filhos de indivíduos hipertensos tendem a ter valores de PA maiores que os filhos de pessoas com níveis pressóricos normais. Assim como filhos de indivíduos com altos níveis de colesterol tendem a repetir o padrão dos pais. Adolescentes com esse

tipo de história familiar correm o risco de desenvolver precocemente doença aterosclerótica e suas co-morbidades. Portanto, é fundamental identificar desde a infância pacientes sob risco de DCV degenerativa precoce e realizar programas de prevenção, que devem se perpetuar pela adolescência e pela idade adulta. Esses fatores devem ser identificados durante a coleta da história clínica do paciente, que deve ser cuidadosa e repetida pelo menos a cada dois anos.

São considerados fatores de alto risco para aterosclerose precoce:

- pacientes com história familiar de morte por doença associada à aterosclerose em homens abaixo de 55 anos e mulheres abaixo de 60 anos;
- níveis séricos de colesterol total elevados em parentes de primeiro grau;
- obesidade;
- hipertensão;
- sedentarismo;
- tabagismo.

A associação dos fatores é responsável pelo aumento do risco^(6, 15). Sabe-se que o componente genético da história familiar não pode ser alterado, portanto os programas de prevenção devem atuar sobre os fatores modificáveis, principalmente o estilo de vida.

CONCLUSÃO <

A maior expectativa de vida dos pacientes com cardiopatias congênitas torna essencial que o clínico de adolescentes, o cardiopediatra e a equipe multidisciplinar trabalhem em conjunto para oferecer a esses indivíduos orientações e cuidados que os permitam usufruir plenamente as suas capacidades. O entendimento dos pais e pacientes sobre as suas possibilidades é fundamental para que isso ocorra. A identificação de adolescentes sob risco de desenvolver doença coronariana precoce e a melhora do estilo de vida dessas pessoas podem mudar a história natural da doença, fazendo com que esses indivíduos tenham uma vida longa e produtiva. É imperativo lembrar que, sendo o conceito de saúde o bem-estar físico e emocional, a inclusão social dessas pessoas é a meta a ser atingida.

REFERÊNCIAS

1. Canobio MM. Health care issues facing adolescents with congenital heart disease. *J Ped Nurs*. 2001; 16(5): 363-70.
2. Corrado D, Pelliccia A, Bjornstad HH, et al. Cardiovascular pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol. Consensus statement of the study group of cardiac rehabilitation and exercise physiology and the working group of myocardial and pericardial diseases of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2005; 26: 516-24.
3. Danik S, Fuster V. Anticoagulation in pregnant women with prosthetic heart valves. *The Mt Sinai J Med*. 2004; 71(5): 322-9.
4. Elkayam U. Pregnancy and cardiovascular disease. In: Braunwald E, Zipes DP, Libby P (editors). *Braunwald's heart disease a textbook of cardiovascular medicine*. 7 ed. Pennsylvania: Elsevier Saunders. 2005: 1965-84.
5. Fontana ME, Franklin WH, Allen HD. Sexuality, pregnancy and heart disease. In: Emmanouilides GC, Allen HD, Riemenschneider TA, Gutgesell HP (editors). *Moss and Adams: heart disease in infants children, and adolescents*. 4 ed. Baltimore: Williams & Wilkins. 1995; p. 665-72.
6. Freedman DS, Mei Z, Srinivasan SR, Berenson GR, Dietz WH. Cardiovascular risk factors and excess adiposity among overweight children and adolescents: The Bogalusa Heart Study. *J Pediatr*. 2007; 150: 12-7.
7. Giese EA, O'Connor FG, Depenbrock PJ, Oriscello RG. The athletic preparticipation evaluation: cardiovascular assessment. *Am Fam Physician*. 2007; 75(7): 1008-14.
8. Hirth A, Reybrouck T, Bjarnason-Wehrens B, Lawrenz W, Hoffmann A. Recommendations for participation in competitive and leisure sports in patients with congenital heart disease: a consensus document. *Eur J of Cardiovasc Prev Rehab*. 2006; 13(3): 293-9.
9. Kamphuis M, Vogels T, Ottenkamp J, et al. Employment in adults with congenital heart disease. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002; 156(11): 1143-8.
10. Lunt D, Briffa T, Briffa NK, Ramsey J. Physical activity levels of adolescents with congenital heart disease. *Aust J Physiot*. 2003; 49: 43-50.
11. Malik S, Cleves MA, Zhao W, Correa A, Hobbs CA. National birth defects prevention study: association between congenital heart defects and small for gestational age. *Pediatrics*. 2007; 119(4): 976-82.
12. Mason PK, Mounsey JP. Common issues in sports cardiology. *Clin Sports Med*. 2005; 24: 463-76.
13. McMurray R, Kendall L, Parsons JM, et al. A life less ordinary; growing up and coping with congenital heart disease. *Coronary Health Care*. 2001; 5: 51-7.
14. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>>.
15. Ornstein RM, Jacobson MS. Supersize teens: the metabolic syndrome. *Adolesc Med*. 2006; 17: 565-87.
16. Reid GJ, Webb GD, Barzel M, McCrindle BW, Irvine MJ, Siu SC. Estimates of life expectancy by adolescents and young adults with congenital heart disease. *JACC*. 2006; 48 (2): 349-55.
17. Rhodes J, Curran TJ, Camil L, et al. Impact of cardiac rehabilitation on the exercise function of children with serious congenital heart disease. *Pediatrics*. 2005; 116(6): 1339-46.
18. Sharpe JA, Naylor LH, Jones TW, et al. Impact of obesity on diastolic function in subjects ≤ 16 years of age. *Am J Cardiol*. 2006; 98: 691-3.
19. Spijkerboer AW, Utens EMWJ, Bogers AJJC, Verhulst FC, Helbing WA. Long-term behavioral and emotional problems in four cardiac diagnostic groups of children and adolescents after invasive treatment for congenital heart disease. *Int J Cardiol*. 2007. In press.
20. Strong WB, Malina RM, Blimkie CJR, et al. Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr*. 2005; 146: 732-7.
21. Thaulou E, Fredriksen PM. Exercise and training in adults with congenital heart disease. *Int J Cardiol*. 2004; 97(S1): 35-8. Miranda AE, Szwarcwald CL, Peres RL, Page-Shafer K. Prevalence and risk behaviors for chlamydial infection in a population-based study of female adolescents in Brazil. *Sex Transm Dis*. 2004 Sep; 31(9): 542-6.
9. Piaget J. Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human Dev* 1972; 15: 1-12.
10. Tapert F. et al. Adolescent substance use and sexual risk-taking behavior. *J Adolesc health* 2001; 28: 181-9.
11. Taquette SR, Ruzany MH, Ricardo I, Meirelles Z. Relacionamento violento na adolescência e o risco de DST/AIDS. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19: 1437-44.
12. Taquette, SR, Vilhena, MM, Paula MC. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop* 2004(a); 37(3): 210-14.
13. Taquette SR, Vilhena MM, Campos de Paula M. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal entre adolescentes no Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública* 2004(b); 20(1): 282-90.

Inez Silva de Almeida¹
Benedita Maria Rêgo
Deusdará Rodrigues²
Sonia Mara Faria
Simões³

O adolescer... um vir a ser

> RESUMO

A saúde do adolescente é uma temática que suscita atenção do profissional de saúde, por se tratar de uma etapa diferenciada do ciclo de vida na qual ocorrem transformações físicas, psicossociais, emocionais e comportamentais que podem gerar conflitos interiores. O convívio com a aceleração do desenvolvimento permite observar marcantes transformações sociais que interferem de forma significativa no comportamento dos jovens, levando à adoção de estilos divergentes dos padrões de saúde. Portanto é fundamental o suporte da educação em saúde visando instrumentalizar o indivíduo para o enfrentamento de condições adversas. Este artigo aborda a saúde dos adolescentes tendo como objetivos descrever os conceitos referentes à adolescência permeados pelo contexto da atualidade e caracterizar o fenômeno adolescência enquanto fase do processo de viver humano.

> UNITERMOS

Confirmar!

Adolescente; **adolescência**; saúde; educação em saúde

> ABSTRACT

Adolescents' health is a theme that requires attention by health professionals since adolescence consists of a differentiated phase of life, in which physical, psychosocial, emotional and behavioral transformations may generate inner conflicts. The closeness to development acceleration makes it possible to observe outstanding social transformations that significantly interfere in youngsters' behaviour, causing the adoption of styles divergent from health standards. Therefore, health education support is fundamental to prepare the individual to face adverse conditions. This paper approach to adolescents' health aims to describe the concepts regarding adolescence within the present time context and characterize the phenomenon adolescence as a phase of the human process of living.

> KEY WORDS

Adolescent; **adolescence**; health; education on health

> INTRODUÇÃO

A partir do reconhecimento da adolescência como parte do processo da vida humana, passamos a encará-la como fenômeno individual e social que necessita ser estudado pelos profissionais de enfermagem.

A adolescência pode ser entendida como o período entre a infância e a idade adulta que dá continuidade a um processo dinâmico, iniciado com o nascimento, no qual ocorrem transformações físicas, sociais e psicoemocionais⁽⁴⁾. Verifica-se também que a adolescência resulta das alterações estruturais e funcionais no organismo (de um perfil anterior de criança para um de adulto) e também do intenso desejo de auto-afirmação, levando a conflitos interiores. É um verdadeiro ser (criança) ou não ser (adulto) diário, que gera ansiedade pelo confronto entre o que a sociedade exige e o que o adolescente realmente necessita como ser em crescimento.

¹Enfermeira; mestre em Enfermagem; líder da Atenção Secundária do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (NESA/ UERJ).

²Enfermeira; doutora em Enfermagem; diretora da Faculdade de Enfermagem da UERJ; professora titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da UERJ.

³Enfermeira; doutora em Enfermagem; professora titular do Departamento de Fundamentos de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Percebe-se que a adolescência é um momento muito especial na vida de todo ser humano, apresentando características próprias e determinando cuidados especiais⁽³⁾.

Em nosso meio social a chegada da adolescência é cada vez mais prematura. A antecipação do início desse evento pode estar associada à chegada de um novo século, à curiosidade por novas sensações, aos namoros virtuais, ao acesso às mais diversas e rápidas formas de comunicação, às novas e cada vez mais precoces formas de expressão sexual⁽²⁾. Essas transformações sociais interferem de forma significativa no comportamento sexual dos adolescentes, antecipando-o, num período da vida em que a construção de valores e a maturidade ainda não estão consolidadas.

É importante que os adolescentes saibam que a eclosão e a expressão da sexualidade vão além do ato sexual em si, fazem parte do desenvolvimento normal e envolvem questões que perpassam a maturidade física, as relações sociais e as aspirações referentes ao futuro.

Levantamentos epidemiológicos demonstram claramente a dimensão do problema do início precoce da atividade sexual, que traz como conseqüências a gravidez de risco, os abortos, as doenças sexualmente transmissíveis, a síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) e os transtornos psicoemocionais, entre outros⁽³⁾.

Vale ressaltar o papel dos meios de comunicação, com a exacerbação de estímulos à sexualidade e a veiculação de mensagens que valorizam a erotização, transmitindo a irreidade de um panorama que estimula o sexo sem compromisso. Uma forma de evitar esses danos é a educação em saúde: cabe aos pais, responsáveis, professores e profissionais de saúde orientar os adolescentes na aquisição de conhecimentos que levem a práticas sexuais saudáveis.

Para evitar o risco é necessário compreendê-lo, e para que o adolescente perceba o risco inerente à sua dinâmica de relações com o mundo são fundamentais as orientações dos profissionais de saúde (por exemplo, sobre práticas sexuais responsáveis; índices de morbimortalidade pelo uso de drogas ilícitas; riscos referentes aos acidentes automobilísticos, aqueles a que o adolescente se

expõe nos relacionamentos desprotegidos, pelo uso de álcool e tabaco).

Seguindo essa linha de pensamento, entender o fenômeno da adolescência e sua contextualização na atualidade se faz prioridade para a equipe de saúde com o fim de, mediante o conhecimento dessa fase da vida e seus riscos, reduzir os agravos à saúde da população jovem através de práticas educativas.

Neste artigo buscou-se descrever os conceitos referentes à adolescência permeados pelo contexto da atualidade e caracterizar o fenômeno adolescência enquanto fase do processo de viver humano, valorizando a educação como forma de evitar danos à saúde desse grupo populacional.

ADOLESCÊNCIA: UMA FASE DO PROCESSO DE VIVER HUMANO



A adolescência é a fase da vida humana em que ocorrerem transformações de ordem física, emocional e social. É justamente o conjunto de suas características que confere unidade ao fenômeno da adolescência.

A adolescência é uma etapa crucial e bem definida do processo de crescimento e desenvolvimento, cuja marca registrada é a transformação ligada aos aspectos físicos e psíquicos do ser humano⁽⁸⁾. A transformação inicia-se com o aparecimento dos caracteres sexuais secundários, indicando que o corpo infantil começa a se despedir e o corpo juvenil, a emergir. Essas modificações são denominadas puberdade. A palavra puberdade origina-se de *pubertas* (latim), que significa idade fértil, e as modificações físicas que constituem a puberdade são caracterizadas por aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudanças na composição corporal e eclosão hormonal.

Em condições de normalidade física, a puberdade tem o seu início definido, **principalmente por um critério cronológico, em torno de 11-13 anos no sexo feminino e 12-16 anos no sexo masculino**. Em geral, as jovens entram na puberdade um a dois anos antes dos rapazes, porém as modificações diferem de indivíduo para indivíduo. A diversificação das

Confirmar!

características da puberdade em cada jovem mostra que a herança genética e as influências ambientais interagem de maneira complexa e variável⁽⁷⁾.

A puberdade e seus mecanismos específicos ainda estão sendo pesquisados, no entanto sabemos que tanto o crescimento puberal como a idade inicial podem ser determinados por condições familiares. Desde o começo do século passado existe uma tendência à antecipação cronológica do desenvolvimento da puberdade devido a melhorias socioeconômicas, nutricionais e de saúde⁽⁴⁾.

A puberdade é o “relógio biológico” da adolescência, marcando o início das atividades hormonais que desencadeiam o conjunto de alterações corporais como aumento na estatura, ganho ponderal e muscular. Nas jovens é evidenciada pelo surgimento de mamas, pêlos pubianos e menarca; nos rapazes identifica-se pelo crescimento de testículos e pênis, pêlos pubianos e primeira emissão de esperma ou semenarca, que caracteriza a capacidade de procriação.

Associadas a essas mudanças súbitas, surgem as preocupações dos adolescentes com o corpo e as dúvidas sobre a normalidade dos eventos. Questões como a acne, a hiperidrose com odor acentuado e o excesso de peso, apesar de não se apresentarem como condições patológicas, podem se tornar fatores de insatisfação e descontentamento.

Existem também preocupações que são diferenciadas pelo sexo, ou seja, os rapazes estão voltados para a altura, a formação de pêlos no corpo, o timbre de voz e largura dos ombros; as meninas, por sua vez, preocupam-se com a feminilidade, o delineamento mamário e os aspectos que definem o corpo feminino, como a cintura fina e os quadris largos⁽¹²⁾.

Como o adolescente possui um modelo de imagem corporal, à medida que seu corpo vai adquirindo a forma adulta pode ocorrer conflito entre a imagem corporal “fantasiada” e a imagem real. É reconhecida a insatisfação constante dos adolescentes com sua própria aparência⁽⁶⁾.

Em sociedades como a nossa, onde o aspecto físico é atributo valorizado e idealizado, o culto ao corpo e a necessidade de desenvolver uma forma física perfeita se tornam mais significativos para os jovens. Ao buscar a perfeição física, os jovens dese-

jam atender aos critérios que a sociedade e a mídia impõem e assim se expõem a riscos. Atualmente os padrões de beleza apontam para a magreza feminina e a musculação masculina. Ao tentar ir ao encontro desses padrões, as adolescentes incorporam hábitos de supressão alimentar, repressão do apetite, utilização de laxativos ou indução do vômito, e um número significativo delas desenvolve transtornos alimentares, como a anorexia e a bulimia. Já os rapazes trabalham excessivamente a musculatura em atividades físicas e aparelhos de ginástica, o que leva a desgaste das articulações e lesões osteomusculares, bem como utilizam anabolizantes para o desenvolvimento muscular.

A adolescência também remete os jovens às preocupações com o corpo devido às acentuadas alterações normais de crescimento e desenvolvimento, que nesse período são transitórias. Entre as preocupações mais frequentes relacionadas ao crescimento estão a baixa estatura e o retardo puberal.

É reconhecido que o atraso no aparecimento das características sexuais secundárias é fonte de grande preocupação para os adolescentes. Estes, com certa frequência, mediante a dificuldade em lidar com a situação, nem chegam a expressar claramente seu problema, passando a apresentar dificuldades de relacionamento em casa, na escola ou mesmo queixas vagas de saúde.

Comprovadamente existem fatores que podem alterar a idade da puberdade no sexo feminino, como as condições nutricionais e a composição corporal. Assim, nas jovens obesas, a menarca é antecipada, enquanto nos casos de desnutrição crônica, doenças depauperantes e distúrbios alimentares, a menarca é postergada⁽⁴⁾.

Muitas são as comparações que os jovens fazem entre eles questionando o seu crescimento. Apresentar estatura inferior ao grupo de amigos é motivo de ansiedade, levando-os muitas vezes a procurar o serviço de saúde na expectativa de encontrar a solução para o problema que tanto incomoda.

Convém mencionar que, a fim de minimizar as preocupações dos adolescentes com relação ao corpo, é de fundamental importância acompanhar sua evolução através de estadiamento pelos critérios de Tanner e avaliação do padrão de estatura familiar.

Para o adolescente do sexo masculino, o tamanho dos órgãos genitais também pode gerar insatisfação, por acreditar que isso tem relação com virilidade e potência sexual. Assim, é importante a equipe de saúde ensinar que diferenças no tamanho da genitália dependem de características genéticas individuais e da fase pubertária em que o jovem se encontra.

Portanto, o papel do educador em saúde de adolescentes não é apenas o de fornecer informações, mas principalmente de compreender a realidade do adolescente e as várias dimensões do fenômeno em que está inserido, no sentido de estimular sua participação efetiva no processo de saúde.

A adolescência pode ser caracterizada como o momento crucial do desenvolvimento do indivíduo, aquele que marca não só a aquisição da imagem corporal definitiva como também a estruturação final da personalidade. É parte de um continuum do processo evolutivo, que objetiva o desprendimento da infância, quando o adolescente cria uma revolução e busca afrontar os pais provocando o conhecido conflito de gerações. Ou seja, não só o adolescente, mas também seus pais padecem desse processo, pois têm dificuldades em aceitá-lo, visto terem que enfrentar a constatação do próprio envelhecimento e a rejeição consequente ao desenvolvimento dos filhos⁽¹⁾.

Alguns autores estipulam a faixa etária como base para a compreensão desse período da vida, havendo, porém, controvérsias quanto às idades inicial e final da adolescência. Segundo o Programa de Saúde do Adolescente, a adolescência envolve a faixa de 10 a 19 anos. Porém o Estatuto da Criança e do Adolescente considera adolescente a pessoa na faixa etária entre 12 e 18 anos⁽⁵⁾.

Confirmar!

Essas diversificações podem ser entendidas se lembrarmos que se trata de seres humanos, expostos a fatores que podem exacerbar ou retardar sua evolução. Sabe-se que os meios culturais determinam a diversidade de comportamentos que resulta nas diferentes expectativas e procedimentos sociais.

Como o adolescente desenvolve o pensamento crítico, contestador, numa busca pela identidade pessoal, desafia os modelos preestabelecidos e cria um novo e superior jeito de pensar, que lhe abre a

possibilidade de construir novas maneiras de compreender os fenômenos e interpretar o real⁽¹¹⁾.

O adolescente já não é mais criança; o mundo espera dele outro padrão de comportamento e ele se cobra diferenciações, pois não quer ser rotulado de infantil, não se permitindo tomar atitudes que possam caracterizá-lo dessa maneira. Portanto, evita recorrer aos pais, numa tentativa de mostrar-se mais adulto e independente. Desliga-se dos modelos anteriormente enaltecidos e busca no grupo de iguais as alianças e o auxílio para a tomada de decisões.

Encontrando-se em um processo de separação dos pais, o jovem permanece mais tempo com o seu grupo do que com a família, visto que o grupo representa o seu "lócus" de identificação. Dessa maneira recebe muito mais informações de outros adolescentes do que de seus pais⁽⁹⁾.

Além disso, devido às tendências mundiais da vida acelerada, às crescentes necessidades de ordem econômica, às demandas laborais e à urgência de viver o momento presente, podem ocorrer dificuldades para que pais e filhos se encontrem. Nesse contexto, as famílias delegam às escolas o papel que sempre lhes coube – de orientar seus filhos –, diminuindo o seu envolvimento e o compromisso com sua responsabilidade de educar.

A família, na figura dos pais, possui a responsabilidade de discutir e orientar seus filhos com relação a dúvidas, angústias, tabus e preconceitos. No entanto, a maioria dos adolescentes afirma que seus pais têm dificuldade de abordar temas relacionados à sexualidade, à violência e às drogas, além do que o atual modo de vida não propicia que pais e filhos estejam próximos.

Em famílias com condições socioeconômicas mais abastadas, os adolescentes participam de diversas atividades desportivas, sociais e de cunho pedagógico, permanecendo em período reduzido com seus familiares. Já nas famílias com poucos recursos, em que os adultos trabalham em longas jornadas para prover o seu sustento, os jovens são precocemente introduzidos no mundo do trabalho para complementar o rendimento financeiro, ocorrendo o distanciamento da presença familiar, o que pode levar a problemas sociocomportamentais.

A falta de convivência familiar aponta para a

ausência de determinados valores na formação dos jovens, tais como religião, disciplina e ética⁽¹³⁾. O afastamento do convívio familiar, associado às demandas do mundo globalizado, conduz os jovens a se comunicarem e interagirem não só com a turma da rua, do clube ou do condomínio, mas com adolescentes e adultos das regiões mais distintas, recebendo influências também de outras culturas, o que pode representar um risco à sua saúde⁽²⁾.

A mídia também influencia o comportamento dessa faixa etária, valorizando situações de perigo que levam à adoção de estilos divergentes dos padrões de saúde. O status da condição adolescente converge para a iniciação às saídas sem a companhia dos pais, a iniciação do namoro, o “ficar”, a condição de votar e até mesmo de dirigir. Percebemos que os adolescentes possuem o status de adulto sem a identidade para tal e por se encontrarem em período de formação não associam os privilégios às responsabilidades. Nesse panorama, a instabilidade emocional pode gerar conflitos, inclusive ocasionando o etilismo, o tabagismo, a drogadição, os acidentes automobilísticos, as doenças sexualmente transmissíveis e o risco à saúde, o que ressalta a vulnerabilidade desse grupo populacional.

Ser vulnerável significa ser susceptível, estar exposto a danos. A vulnerabilidade pode ser entendida como um conjunto de fatores que possibilitam o aumento ou a diminuição do risco. A particularidade de ser adolescente lhe confere uma vulnerabilidade especial para assimilar impactos de familiares, de amigos e da sociedade, encarregando-se não só de seus conflitos, mas também dos conflitos dos outros. Além disso, percebemos que a sociedade também se encarrega de projetar suas falhas nos “excessos da juventude” e os responsabiliza pela marginalização, pela prostituição, pela opção pelas drogas, não assumindo sua responsabilidade diante de tais fatos nem oferecendo possibilidades de dividir o ônus social⁽¹⁾.

O adolescente atual é um produto das rápidas mudanças sociais, das explosões demográficas, das tecnologias, das guerras e das tensões entre as nações. Portanto, nós o vemos em luta contra o mundo, que o limita e o reprime. Ele anseia pela

liberdade, tenta ultrapassar os limites, almeja a independência e expõe sua vida a riscos.

Nesse sentido, a educação em saúde representa uma estratégia ao focalizar a proteção contra agravos aos adolescentes, que estando em uma fase evolutiva da vida necessitam desse cuidado para o pleno desenvolvimento. Visto que a promoção de saúde está associada a concepções de qualidade de vida, equidade, cidadania, desenvolvimento, participação, ela visa instrumentalizar o indivíduo para o enfrentamento de condições adversas geradoras de riscos à saúde⁽¹⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Entendemos que a adolescência se configura como uma etapa da vida resultante de transformações que acompanham o fenômeno da puberdade, no qual interagem os fatores psíquicos, socioculturais e as diversas realidades existenciais de cada adolescente.

O convívio com a aceleração do desenvolvimento permite observar marcantes transformações sociais que interferem de forma significativa no comportamento dos jovens, levando à adoção de estilos divergentes dos padrões de saúde. Sendo um período de busca e de conhecimento, é um momento adequado para se investir em educação em saúde a fim de multiplicar práticas saudáveis entre os jovens, pois eles são os melhores promotores de mudanças sociais dentro de seu grupo populacional⁽¹⁴⁾. O profissional que desenvolve atividades educativas em saúde deve favorecer a participação ativa do adolescente e oferecer subsídios para que os programas assistenciais relativos a esse segmento populacional se efetivem, rumo à construção da saúde e da cidadania.

Entendendo que a articulação das ações intersetoriais e interdisciplinares favorece a consolidação das políticas públicas, sugerimos que os profissionais que atendem adolescentes devem buscar, pautando-se nas concepções da educação em saúde, estimular a promoção de hábitos saudáveis na sua clientela.

REFERÊNCIAS

1. Aberastury A, Knobel M. A adolescência normal: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas. 1981.
2. Figueiredo NMA, org. Ensinando a cuidar da criança. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem. 2003.
3. Françoso LA, Gejer D, Reato LFN, coordenadoras. Sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência. São Paulo: Atheneu. 2001.
4. Maakaroun MF, Souza PR, Cruz AR. Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica. 1991.
5. Ministério da Saúde. Programa de saúde do adolescente: bases programáticas. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde. 1996.
6. Osório LC. Adolescente hoje. São Paulo: Artes Médicas. 1989.
7. Poit ML. Desenvolvimento puberal. In: Françoso LA, Gejer D, Reato LFN, coords. Sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência. São Paulo: Atheneu. 2001, p. 21-32.
8. Saito MI, Silva LEV, coords. Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu; 2001.
9. Serra ASL, Mota MSFT. Adolescentes promotores de saúde. In: Ramos FRS, Monticelli M, Nitschke RG, orgs. Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEn, Governo Federal. 2000; p. 56-60.
10. Silva MRS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Tavares KO. Resiliência e promoção de saúde. Texto e Contexto – Enfermagem, Florianópolis. 2005; 14 (especial): 95-102.
11. Stroiili MHM. Escola: o aprendizado em questão. In: Saito MI, Silva LEV, coords. Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu. 2001; p. 169-75.
12. Toledo TT. A assistência de enfermagem ao adolescente hospitalizado: entre a perspectiva de cuidar e a expectativa de ser cuidado. Rio de Janeiro. 2001. Dissertação de mestrado, Uni-Rio.
13. Tiba I. Adolescentes: quem ama, educa. São Paulo: Integrare Editora. 2005.
14. Eisenstein E, Coelho SC. Nutrindo a saúde dos adolescentes: considerações práticas. Adolescência & Saúde. 2004; 1(1): 18-26.

Olga Maria Bastos¹
Denise Fidry²

Adolescente com deficiência mental: abordagem dos aspectos sexuais

> RESUMO

Ainda há preconceitos envolvendo a sexualidade dos adolescentes com deficiência mental. Muitos consideram que ela seria exacerbada, enquanto outros avaliam que eles são desprovidos de sexualidade. Entretanto, adolescentes com deficiência mental desenvolvem sua sexualidade como qualquer outro adolescente, contudo alguns apresentam uma expressão sexual considerada socialmente inadequada. Por saber que esse comportamento ocorre em razão das poucas informações que esses adolescentes e seus pais têm, a consulta médica torna-se um excelente espaço para o debate do tema, informando sobre as atitudes dos pais que podem contribuir para dar aos filhos mais autonomia, a fim de torná-los mais independentes nas relações sociais, favorecendo assim que o desenvolvimento de sua sexualidade ocorra de forma mais satisfatória.

> UNITERMOS

Adolescente com deficiência; sexualidade; consulta

> ABSTRACT

Prejudice concerning the sexuality of adolescents with mental disorders is still an issue nowadays. Many people consider it exacerbated whereas others think these adolescents are deprived of it. Nevertheless, adolescents with mental disorders develop their sexuality like any other adolescent, although some of them present a sexual expression considered socially inadequate. Knowing that this kind of behavior is due to the lack of information they themselves and their parents have, the visit to the doctor becomes an excellent opportunity to tell parents how to help their children become more autonomous and socially independent, thus favoring a satisfactory development of their sexuality.

> KEY WORDS

Adolescents with mental disorders; sexuality; visit

> INTRODUÇÃO

Certa vez, atendendo Daniel, um adolescente de 14 anos com deficiência mental, sua mãe falou sobre seu desinteresse pelas questões sexuais. Ela era costureira e suas clientes experimentavam as roupas diante do filho, já que, segundo ela, ele ain-

da não havia despertado para o assunto. No momento em que ela contava isso, Daniel, que estava em um canto desenhando, levantou os olhos dirigindo-me um sorriso disfarçado, tornando evidente como a mãe estava enganada a seu respeito.

A consulta de Gabriela (14 anos), uma adolescente com déficit intelectual não muito importante, pôde ser realizada, em parte, sem a presença da mãe. Quando lhe foi perguntado se já havia “transado” com alguém, imediatamente ela respondeu que sim, com seu ursinho.

Cenas como essas, entre outras tantas, fazem parte do cotidiano do atendimento dos adolescentes com deficiência mental e de seus familiares. Seria o Daniel assim tão “inocente” quanto sua mãe imaginava? Será que Gabriela iria além do seu bicho de pelúcia?

No imaginário social o indivíduo com defici-

¹Pediatra com atuação na Área de Medicina do Adolescente (Associação Médica Brasileira [AMB]/Sociedade Brasileira de Pediatria [SBP]) do Ambulatório de Adolescentes do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/FIOCRUZ); doutora em Ciências pela Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança – IFF/FIOCRUZ

²Pediatra com atuação na Área de Medicina do Adolescente (AMB/SBP) do Programa de Saúde do Adolescente do Município de Duque de Caxias (RJ) – Ministério da Saúde (MS); membro do Comitê de Adolescente da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro (SOPERJ).

ência mental ou não tem qualquer interesse sexual, sendo, muito freqüentemente, em relação a esse aspecto, comparado a “um anjo” ou, por outro lado, considerado como alguém com sexualidade exacerbada.

A representação social da sexualidade de pessoas com deficiência mental sofre influência da carência de informações sobre um tema ainda revestido de muitas lendas e preconceitos. Nesse sentido, a consulta médica é um excelente espaço de discussão dessa questão, contribuindo para que adolescentes com deficiência mental vivenciem sua sexualidade de modo mais satisfatório.

> A SEXUALIDADE E O ADOLESCENTE COM DEFICIÊNCIA MENTAL

Os autores atuais, impulsionados pelo aparecimento da pílula anticoncepcional nos anos 1960, a epidemia de HIV/AIDS e os estudos de gênero no início dos anos 1980, trouxeram novas investigações sobre práticas e representações da sexualidade. Hoje se observa maior flexibilidade em relação a novas práticas sexuais, embora se mantenham alguns valores tradicionais em determinados grupos populacionais⁽¹⁾. Maior liberdade sexual pode ser encontrada em alguns núcleos da sociedade nos quais, por exemplo, a masturbação não é mais considerada perversão, assim como a virgindade não é tão valorizada⁽⁴⁾.

Se uma grande parte dos adolescentes é beneficiada por uma visão contemporânea mais libertária da sexualidade, como defende Parker⁽¹⁰⁾, essa não é a realidade para os que têm deficiência mental, pois a maioria não tem sua sexualidade reconhecida. Dessa forma, esses adolescentes integram o senso comum de que não possuem sexualidade ou, quando têm, essa se manifesta de forma exacerbada e, portanto, necessita de controle.

Glat e Freitas⁽³⁾ avaliam que esse estereótipo é uma extensão da representação social da deficiência mental, que vê esse indivíduo entre dois extremos: como “um ser demoníaco” ou como “uma eterna criança”⁽³⁾.

Na adolescência, nos indivíduos com deficiência mental, existe um contraste entre a transformação do corpo infantil em um corpo adulto e a continuidade de uma função imatura no que

se refere à cognição, à comunicação e ao domínio social⁽²⁾. A diferença com os outros adolescentes sem deficiência pode se acentuar, pois sendo uma época em que se percorre acintosamente o caminho para a identidade adulta, para os que têm deficiência esse percurso não é fácil. A adolescência se prolonga, frustrando muitas vezes as expectativas dos pais e do próprio adolescente⁽⁸⁾.

Muitos acreditam que a deficiência cognitiva está associada a um déficit sexual. Isso decorre das poucas evidências sistematizadas da sexualidade de pessoas com deficiência mental, devido a maior dificuldade de obtenção de dados por meio de entrevistas com pessoas desse grupo⁽⁷⁾.

A conduta sexual de pessoas com deficiência mental é variável, visto que depende do nível de seu comprometimento intelectual, do apoio familiar e da estrutura social. Indivíduos com comprometimento intelectual muito importante, de um modo geral, têm uma conduta sexual predominantemente indiferenciada, sem o estabelecimento de relações interpessoais, com o objetivo apenas de satisfação de seus impulsos sexuais. A manifestação de sua sexualidade, geralmente, restringe-se à manipulação dos genitais. Os que apresentam deficiência moderada podem ter um relacionamento interpessoal, mas sem que existam conteúdos afetivos e culturais que caracterizariam uma relação adulta. Os com deficiência mental leve estabelecem relações de amizade, podem ter relações íntimas e, em algumas situações, até mesmo constituir famílias. Contudo deve ser ressaltado que, embora a possibilidade de constituição de família seja referida, não estão disponíveis trabalhos sobre o tema⁽¹³⁾.

Para Melo e Rodrigues⁽⁹⁾ o estabelecimento de relações sexuais afetivas só atinge aqueles cuja deficiência comprometa muito pouco suas competências, pois, geralmente, nessa área eles sofrem interdições de seus familiares e da sociedade em geral. Essas restrições resultam em menor autonomia e em poucas possibilidades de escolhas.

Nega-se a possibilidade de que pessoas com deficiência mental possam exercer sua sexualidade de forma plena e prazerosa. A essa negação se incorpora o que foi chamado por Strickler⁽¹¹⁾ de um “cobertor virtual de silêncio”. A sexualidade está presente, mas para que fique “esquecida” é melhor evitar falar no assunto. Considera-se que o obstáculo para uma vida amorosa plena e satisfa-

tória encontra-se pouco associado ao coeficiente intelectual ou ao problema neurológico presente. Essa restrição encontra-se, principalmente, na dependência da infantilização e do isolamento social a que se encontram expostos⁽³⁾.

Muitas condutas consideradas “desviantes”, como masturbação, voyeurismo e exibicionismo, podem ser compreendidas dentro do processo do desenvolvimento sexual. O que se questiona é se os problemas de comportamento sexual observados em algumas pessoas com deficiência mental não estariam relacionados à dificuldade de perceber e interpretar as exigências do meio social, que não coloca com clareza as mensagens que quer passar.

A masturbação é um tema de destaque nas discussões sobre sexualidade e deficiência mental. Merece atenção e orientação quando essa prática se dá de forma compulsiva ou em público, muitas vezes conseqüente a uma educação sexual inexistente e/ou ineficaz. Nessas situações também deve ser pesquisada a possibilidade de abuso sexual.

Muitos acreditam que as pessoas com deficiência mental são seres assexuados que não irão entender ou necessitar de educação sexual e, portanto, não precisam recebê-la. Na realidade, como vários trabalhos atestam, isso não é a realidade, já que, como afirmado anteriormente, a sexualidade se desenvolve da mesma forma nos indivíduos com e/ou sem deficiência, na grande maioria dos casos⁽¹²⁾.

> A CONSULTA: ABORDAGEM DOS ASPECTOS SEXUAIS

Na consulta de adolescentes com deficiência mental, questões que promovam sua saúde e que também contribuam para a prevenção de agravos a ela devem ser abordadas. É importante ressaltar que o sigilo médico, quesito tão importante em uma consulta de adolescentes, nem sempre poderá ser respeitado. Portanto, compreendendo a sexualidade como parte integrante da saúde do indivíduo, esse item deve ser contemplado no atendimento, favorecendo assim o desenvolvimento sexual harmônico, e também para que o exercício da sexualidade ocorra na ausência de discriminação, coerção e violência.

Com muita frequência os pais têm dificuldade em falar sobre o tema, que dificilmente aparecerá

espontaneamente na consulta. Compete ao profissional trazer o assunto para o debate e, quando possível, incluir os adolescentes na discussão.

A família e a escola seriam os locais mais indicados para o fornecimento de informações e reflexões sobre a sexualidade, pois a educação sexual vai sendo dada diante das oportunidades que se apresentam. Mas o que se observa é que essa tarefa não é exercida a contento, muitas vezes existindo a expectativa de que essa responsabilidade seria do médico, que deteria o conhecimento tanto do corpo biológico quanto do erótico.

A efetivação de uma relação sexual nem sempre é a maior preocupação desses adolescentes, sendo o auto-erotismo a prática sexual mais freqüente. Em função dos medos que existem em relação ao onanismo, a repreensão freqüentemente é utilizada como um modo de inibir essa atividade, por se considerar que a prática poderia estimular o adolescente a buscar outras formas de satisfação sexual. Aos pais deve ser assegurada que tal atitude é compatível com essa etapa do desenvolvimento.

Entre os dados de anamnese é importante se questionar sobre as manifestações da sexualidade, como a masturbação, e a possibilidade de relação sexual espontânea, assim como reconhecer se a pessoa com deficiência corre o risco de sofrer abuso sexual. Por mais difícil que seja a abordagem do tema, é importante saber se existem familiares com problemas de alcoolismo e/ou uso de outras drogas, visto que esses fatores favorecem a prática de atos violentos.

Embora a deficiência mental por si só não seja um fator de vulnerabilidade ao abuso sexual⁽⁵⁾, durante a consulta é importante que se investigue se há fatores de vulnerabilidade associados a essa forma de violência. Entre esses fatores destacamos o uso abusivo de substâncias químicas por uma pessoa que goza da confiança do adolescente, pois freqüentemente a violência é cometida por um dos cuidadores do adolescente com deficiência mental, devido à desigualdade de poder nas relações familiares.

Também é importante que se conheça o nível de autonomia do adolescente. Quanto mais autônomo, maior a possibilidade de que ele estabeleça relações amorosas e até mesmo sexuais. Diante dessa possibilidade, deve-se orientar a contracepção, assim como instruí-lo sobre o uso do preservativo (condom).

A sociedade tem algumas exigências sobre o comportamento sexual dos indivíduos, portanto a socialização de adolescentes com deficiência mental pode ser dificultada pela exacerbação da impulsividade própria da adolescência, além do seu menor senso crítico. A consulta é uma boa oportunidade para mostrar a eles o que é público e o que é privado. Entretanto, essa compreensão nem sempre é facilitada pelos pais, que raramente garantem sua privacidade, principalmente pela insegurança e temor. Além disso, muitos são infantilizados por seus responsáveis. Nessa abordagem deve ser utilizada uma linguagem adequada, conforme o nível cognitivo de cada adolescente.

➤ CONCLUSÃO

As manifestações sexuais de adolescentes com deficiência mental preocupam seus pais e a sociedade, que ora infantilizam essa sexualidade, ora têm o receio de que ela se manifeste de forma socialmente inadequada.

Uma melhor adaptação social interferirá no seu comportamento sexual, que em uma "via de

mão dupla" favorecerá sua inclusão. Para que isso ocorra, deve ser incentivada a participação em atividades que favoreçam a inclusão social, com destaque para as que promovam a capacitação para o trabalho, o esporte e o lazer. Essas atividades, associadas à frequência escolar, contribuem para que os adolescentes com deficiência mental adquiram conceitos de responsabilidade e limites, além de melhorar sua auto-estima.

A consulta médica é uma excelente oportunidade de estar trabalhando essas questões, especialmente as que se referem à sexualidade, desvendando os preconceitos sobre o tema. Nem o Daniel era tão inocente quanto sua mãe imaginava, nem a Gabriela, aparentemente, estava interessada em um parceiro real para conseguir exercer sua sexualidade.

Os pais precisam saber que seus filhos com deficiência provavelmente manifestarão sua sexualidade, seja através da masturbação, do namoro ou até mesmo, em alguns casos, na concretização da relação sexual. Acreditamos que isso contribuirá para que os adolescentes com deficiência não sejam tão reprimidos na expressão de sua sexualidade, podendo vivenciá-la de modo mais satisfatório.

➤ REFERÊNCIAS

1. Arilha M, Calazans GJ. Sexualidade na adolescência: o que há de novo? In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPDP), organizadora. *Jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas*. Brasília; 1998. 687-708.
2. Blacher J. Transition to adulthood: mental retardation, families and culture. *Am J Mental Ret*. 2001; 106: 173-88.
3. Glat R, Freitas RC. Sexualidade e deficiência mental: pesquisando, refletindo e debatendo sobre o tema. Rio de Janeiro: 7 Letras; 2002.
4. Gomes OMB. Eu me perdi! O significado da virgindade para adolescentes. Rio de Janeiro: 1996. Tese de doutorado, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.
5. Gonzalo O. Maltrato en niños con discapacidades: características y factores de riesgo. *Anal Esp Pediat*. 2000; 56(3): 219-23.
6. Heilborn ML, Brandão ER. Ciências sociais e sexualidade. In: Heilborn MH. (org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1999; 7-17.
7. Konstantareas M, Lunsy YJ. Sociosexual knowledge, experience, attitudes, and interest of individuals with autistic disorder and developmental delay. *J Aut Develop Dis*. 1997; 27: 397-413.
8. Mckinkay I, Ferguson A, Jolly C. Ability and dependency in adolescents with severe learning disabilities. *Develop Med Child Neurol*. 1996; 38: 48-58.
9. Melo NA, Rodrigues Júnior OM. Sexualidade e o adolescente deficiente mental. *Reprod*. 1989; 4: 19-21.
10. Parker RG. *Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Editora Best Seller. 1991.
11. Strickler HI. Interaction between family violence and mental retardation. *Mental Retard*. 2001; 39: 461-71.
12. Tharinger D, Horton CB, Millea S. Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation. *Child Abuse Negl*. 1990; 14(3): 301-12.
13. Waldman BH, Swerdloff M, Perlman PS. Sexuality and youngster with mental retardation. *J Dent Child*. 1999; 348-51.

Riva Rozenberg¹
Leila Tendrih²

Adolescentes no Rio de Janeiro – educação, trabalho e riscos à saúde

RESUMO

A adolescência é, em geral, tratada pela sociedade de forma homogênea. No entanto, a vulnerabilidade dos adolescentes aos riscos é fortemente influenciada por suas condições sociais. O papel desempenhado pela escola é fundamental para introduzir o jovem na cultura e na cidadania e prepará-lo para a inserção no mercado de trabalho. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD) de 2005 mostram taxas crescentes de frequência às escolas, mas níveis altos de defasagem série/idade, o que leva a uma desvantagem para a inserção no mercado de trabalho.

Os adolescentes das camadas mais pobres da população ingressam no mercado bem mais cedo que aqueles dos demais segmentos sociais e têm maior dificuldade de conciliar estudo e trabalho. Segundo o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos (Dieese), a maioria dos jovens oriundos das famílias mais pobres só trabalha e não estuda, possui apenas ensino fundamental incompleto e recebe rendimentos médios inferiores a um salário mínimo. As condições e o ambiente em que o trabalho é realizado podem influenciar a saúde de adolescentes. Um dos grandes desafios da sociedade brasileira, em relação aos adolescentes e jovens, é o de lhes possibilitar projetos de vida socialmente integrados nos diferentes contextos sociais em que estejam inseridos.

ABSTRACT

Adolescence is generally seen by society in a homogeneous way, although the vulnerability of teenagers to risks is strongly influenced by their social conditions. The role played by school is fundamental to introduce youths into culture and citizenship and to prepare them for the insertion into labor market. PNAD data from 2005 shows growth in the rates of school attendance, but also high levels of discrepancy between age and grade, what leads to disadvantages for the insertion into labor market.

Adolescents from lower social classes are inserted in the labor market much earlier than those from other segments of society and have greater difficulty in harmonizing study and work. According to Dieese, most youths that come from poorer families only work and do not study, possess only incomplete elementary education, and have average incomes that are inferior to the minimum wage. The conditions and the environment in which this work occurs may influence the adolescent's health. One of the great challenges faced by Brazilian society regarding teenagers and young people is to enable them to have life projects that are integrated to society, no matter the social and cultural context they come from.

INTRODUÇÃO

As condições de vida de adolescentes e jovens têm ocupado lugar crescente na agenda das políticas públicas. Essa faixa de população, em geral tratada de forma homogênea, apresenta grande diversidade em decorrência de variáveis como região, escolaridade, nível de renda e gênero. Diversos diagnósticos e estudos mostram que essa população é a mais vulnerável aos efeitos da pobreza, da desnutrição, da violência etc.

Sabe-se que existe relação entre adolescência e juventude e diversas modalidades de riscos em função de seu comportamento perante novas necessidades e realidades. Os hábitos e comportamentos adquiridos nessa etapa da vida são cruciais, já que podem ter conseqüências que muitas vezes vão definir as possibilidades de inserção na vida adulta. Grande parte da mortalidade prematura na vida adulta é resultante de comportamentos iniciados na adolescência.

Contudo, entre os fatores que afetam a magnitude de exposição dos jovens aos riscos, sobressaem suas condições de vida. As possibilidades e os riscos a que estão expostos grupos sociais menos favorecidos não são determinados somente por comportamentos individuais ou características de grupos demográficos, mas pelo ambiente social

¹Médica pediatra; presidente do Comitê de Adolescência da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro (Soperj); gerente de Programa de Saúde do Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde/RJ.

²Economista da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade).

em que vivem. Assim, a vulnerabilidade própria da idade, em contextos de exclusão social, expõe o jovem a situações adversas; transgressões, infrações e crimes de que são vítimas ou autores; gravidez indesejada etc.

A juventude está relacionada com uma nova inserção familiar e social, quando o indivíduo desloca-se do papel de filho ou filha para o de pai ou mãe. No entanto, a constituição de nova família, incluindo a maternidade e a paternidade, quando ocorre prematuramente, pode implicar muitas dificuldades na formação dos próprios adolescentes, na estabilidade familiar e na educação das novas crianças, e reproduzir ou ampliar dificuldades econômicas e sociais que impedem o progresso socio-cultural desses segmentos de população.

➤ EDUCAÇÃO: MAIOR ACESSO NÃO É GARANTIA DE QUALIDADE

O papel desempenhado pela escola é fundamental para introduzir o jovem na cultura e na cidadania, auxiliando-o na construção da autonomia ao prepará-lo para exigências do mercado de trabalho, cujos processos produtivos demandam mão-de-obra cada vez mais qualificada.

A Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD) 2005 aponta que, na faixa de 7 a 14 anos, correspondente ao ensino fundamental, a frequência escolar está praticamente universalizada no país. Quando se analisa o acesso ao sistema de ensino, no entanto, as taxas de frequência escolar bruta e líquida fornecem uma visão mais real da situação. A primeira representa a proporção de pessoas de determinada faixa etária que frequentam estabelecimento de ensino; a segunda considera a adequação série/idade, isto é, se as pessoas de determinado grupo etário estão frequentando a série de ensino recomendada à sua idade, o que faz com que a taxa líquida seja um importante indicador de fluxo escolar e qualidade de ensino.

Os dados da PNAD 2005 mostram que a taxa de frequência bruta a estabelecimentos de ensino na faixa de 7 a 14 anos era de 98,1% na Região

Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ) e de 97,3% no Brasil como um todo.

No caso de adolescentes de 15 a 17 anos, a taxa de frequência bruta é menor, mas vem aumentando desde 1995 e alcançou, em 2005, 88,5% na RMRJ e 81,7% no Brasil. Nessa faixa já se registra desigualdade de oportunidades no acesso à escola em função do rendimento familiar *per capita*.

No entanto, a universalização do acesso não significa que haja garantia de permanência nos estudos nem de sua conclusão. A elevada defasagem entre idade e série existente no país indica que um número expressivo dos que concluem o ensino fundamental o faz em idade superior à considerada adequada, nem sempre ingressando no ensino médio.

A proporção de estudantes do ensino fundamental com idade superior à recomendada para cada série, em até dois anos, aumenta progressivamente. No caso dos estudantes que frequentavam a 6ª série em 2005, na RMRJ, 37% tinham 14 anos ou mais; dos que frequentavam a 7ª série, 36% tinham 15 anos ou mais; e dos que frequentavam a 8ª série, 39% tinham 16 anos ou mais. Na média brasileira, esses percentuais eram 33%, 31% e 36%, respectivamente.

Adicionalmente, à medida que aumenta a idade, o percentual de jovens que somente estuda diminui, crescendo o dos que estudam e trabalham ou somente trabalham. Na faixa de 10 a 15 anos, o percentual dos que só estudam é 85,5%; na de 16 e 17 anos, 54,4%; e na de 18 e 19 anos, 27,6%. Esses percentuais referem-se à média brasileira, havendo algumas discrepâncias regionais, principalmente para as faixas etárias mais elevadas. Na RMRJ a situação é melhor, e na faixa de 18 e 19 anos, 42,2% dos jovens só estudam.

Esses dados provavelmente refletem um conjunto de variáveis entre as quais se destacam: inexistência de escola perto de casa; falta de vaga ou de transporte; desmotivação pela escola em função de sua precariedade e do ensino que é administrado; necessidade de ajudar nos afazeres domésticos; falta de dinheiro para as despesas para se manter na escola; desejo ou necessidade de obter renda etc.

> TRABALHO: NECESSIDADE E ACEITAÇÃO SOCIAL

Os adolescentes das camadas mais pobres da população ingressam no mercado de trabalho bem mais cedo que nos demais segmentos sociais. É clara a influência da renda familiar sobre o perfil ocupacional dos jovens e o sobre o desejável equilíbrio entre formação escolar e profissional e inserção no mercado de trabalho. Jovens de baixa renda têm maior dificuldade de conciliar estudo e trabalho.

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o trabalho infantil existe quando a criança ou adolescente, pelo conflito de horários, se vê impedida de ir à escola, é reprovada por excesso de faltas ou o rendimento escolar se reduz a ponto de colocar em risco a aprovação no curso. Isso sem mencionar cansaço, doenças, possibilidade de acidentes de trabalho, perdas de oportunidades de socialização e lazer etc.

A OIT vem implementando, desde 1992, o Programa Internacional para a Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) em vinte países, entre os quais o Brasil, onde o programa foi criado em 1996. Sua principal meta é eliminar progressivamente o trabalho antes da idade mínima permitida por lei, que é de 16 anos no Brasil. Um dos obstáculos ao programa é a forma com que muitas famílias pobres e a sociedade brasileira encaram o trabalho precoce.

O trabalho de crianças e adolescentes faz parte de um quadro simbólico e cultural aceito em nossa sociedade, que julga ser natural o trabalho da criança pobre: para ajudar sua família ou mesmo para seu auto-sustento; porque é melhor a criança trabalhar do que ficar nas ruas, desocupada; e porque o trabalho educa. Dessa forma, o trabalho infantil é visto como uma solução e não como um problema.

De acordo com o Ministério da Saúde, considera-se trabalho precoce atividades desenvolvidas por pessoas menores de 18 anos que contribuem para a produção de bens ou serviços, incluindo atividades remuneradas, trabalho familiar e tarefas domésticas exclusivas realizadas no próprio domi-

cílio sem frequência à escola. Considera-se trabalho infantil todo trabalho feito por crianças menores de 13 anos e adolescentes de 14 e 15 anos, com exceção daqueles que estão na condição de aprendiz, além do trabalho perigoso de adolescentes de 16 e 17 anos.

A PNAD mostra que em 2005 havia, no Brasil, 5,45 milhões de crianças e adolescentes entre 5 e 17 anos trabalhando, sendo 54% com idade inferior a 17 anos. Na RMRJ, esse total era 96,7 mil: 3% de 5 a 9 anos; 31% de 10 a 14 anos; e 66% de 15 a 17 anos. Nas áreas metropolitanas as atividades predominantes são: trabalho em restaurantes, serviços pessoais e domésticos, entrega de encomendas, ajudante de produção na indústria leve e artesanal, auxiliar de escritório, construção civil, comércio ambulante e em oficinas de assistência técnica a veículos etc.

Segundo o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos (Dieese), o jovem ocupado é, em geral, do sexo masculino, possui ensino médio completo, tem dificuldade de conciliar trabalho e estudo, em geral desenvolve suas atividades no setor de serviços, cumpre extensa jornada de trabalho que supera 39 horas semanais nas regiões metropolitanas pesquisadas. O rendimento é variável, situado entre um e dois salários mínimos.

O texto do Dieese ressalta, no entanto, que a realidade ocupacional dos jovens oriundos das famílias mais pobres situa-se aquém desse perfil, pois a maioria só trabalha e não estuda, possui apenas ensino fundamental incompleto, recebendo rendimentos médios inferiores a um salário mínimo.

TRABALHO PRECOCE: IMPACTOS NA SAÚDE <

A partir da iniciativa da OIT, ganharam divulgação pesquisas realizadas para avaliar o impacto do trabalho precoce sobre a saúde, o crescimento, a socialização, a educação e o desenvolvimento afetivo e cognitivo de crianças e adolescentes.

Estudos demonstram que crianças e adolescentes respondem diferentemente de adultos a

determinadas exposições. Além disso, o fato de máquinas, ferramentas, móveis e equipamentos de proteção individual não terem sido desenhados para uso infanto-juvenil também pode colocar crianças e adolescentes trabalhadores em situação de risco aumentado de desenvolver problemas relacionados ao trabalho quando comparados com adultos.

Os fatores de vulnerabilidade no trabalho de crianças e adolescentes são:

1. agentes físicos (ruído, desconforto térmico etc);
2. agentes biológicos (bactérias, vírus, fungos, animais peçonhentos etc.);
3. agentes químicos (agrotóxicos, poeiras, solventes, tintas etc);
4. agentes fisiológicos (sobrecargas física e mental);
5. elementos da organização do trabalho (jornada, os modos e ritmos de trabalho, relações de poder etc).

CONCLUSÕES

A adolescência traz consigo a idéia de indivíduos definindo-se e transformando-se para estabelecer seu processo de vida, o que vai lhes conferir potencial de emancipação, autonomia e responsabilidade social.

O grande desafio em relação aos adolescentes e jovens é lhes propiciar condições para a constituição de um projeto de vida que seja socialmente integrado, envolvendo algumas dimensões: exercício da autonomia, inserção no mercado de trabalho; redução dos comportamentos de risco e exposição à violência; possibilidade de integração familiar e viabilidade de participação política e social. Se a sociedade nada tiver a oferecer aos jovens, acaba restando-lhes apenas a ética do imediato, de ter todas as coisas na medida do seu desejo, no tempo mais breve possível.

REFERÊNCIAS

1. Dieese. A ocupação dos jovens nos mercados de trabalho metropolitanos. Estudos e Pesquisas. 2006; 3(24).
2. IBGE. Síntese de indicadores sociais, 2006.
3. Ministério da Saúde. Política do Ministério da Saúde para a erradicação do trabalho infantil (documento preliminar). Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. 2003.
4. Nascimento EP. Juventude: novo alvo da exclusão social. In: Bursztyn M (org.). No meio da rua: nômades, excluídos e viradores. Rio de Janeiro: Garamond. 2000.
5. Barker SL. Aspectos conceituais do trabalho infantil e do adolescente. I Simpósio sobre Trabalho Infantil e Saúde. Bahia; 2007.

Antonio Luiz Gonçalves
Albernaz

Abordagem médica do jovem usuário de substâncias psicoativas

Ainda é raro encontrarmos serviços que desenvolvem e utilizam um modelo de atendimento específico para jovens (adolescentes). Em geral, o jovem recebe atenção através de modelos adaptados daqueles desenvolvidos para adultos e/ou crianças. Felizmente, nos últimos anos, notamos um crescimento no Brasil de serviços específicos para essa faixa etária incrementados pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e suas afiliadas, quando assumiram o jovem como paciente da sua área específica, sendo então reconhecido por todas as instituições da SBP.

O primeiro contato com o médico é como qualquer outro: anamnese, exame físico completo (avaliação do estado geral de saúde física e mental) e históricos pessoal, familiar e social. A peculiaridade do jovem usuário de substâncias psicoativas reforça a necessidade de uma atenção diferenciada nas propedêuticas neurológica e psíquica.

Ao fim da primeira etapa, inicia-se a formulação de hipóteses diagnósticas. Essas hipóteses podem ou não necessitar de mais observações, exames complementares e/ou avaliações de especialistas para confirmação. O resultado indicará um jovem saudável ou um diagnóstico específico.

A literatura médica demonstra que uma média de 92% dos diagnósticos é conclusiva apenas com a anamnese e exame físico. Acrescido dos exames complementares, esse percentual pode chegar a 97%. Avaliações por especialistas são necessárias em aproximadamente 3% dos casos.

A conclusão diagnóstica leva o tempo que for necessário, sendo feita, muitas vezes, após várias consultas e observações, salvo em casos de risco de vida iminente, quando o jovem então será encaminhado para um serviço de emergência. O surgimento de novos dados da história, de sinais e sintomas, as várias fases do desenvolvimento infanto-juvenil, bem como avaliações cuidadosas dos ambientes que ele frequenta, por vezes, impõem esse alongamento na conclusão diagnóstica.

No jovem usuário de substâncias psicoativas chamam a atenção do médico os aspectos psíquico e neurológico, porém isso não deve reduzir a importância do estado físico geral. Esse cidadão infanto-juvenil, em desenvolvimento físico/psíquico, deve ser abordado com extrema cautela. Imerso na atual cultura policial/punitiva e no paradigma sanitista (infeccioso/microbiológico) do início do século XX, comumente chega “diagnosticado” e com o “tratamento” definido. Encontramos, na maioria das vezes, um jovem resignado e esperando apenas a confirmação do “veredicto” que a sociedade (senso comum) impõe. Assim, rótulos como “dependente químico”, “doente incurável, crônico ou irrecuperável”, que necessita de internação (leia-se contenção, tutelada) para desintoxicação (leia-se desinfecção) acompanham o jovem já com um sentimento de incapacidade e menos valia. Dessa forma, ele está certo de que deve ser “reformado” para que possa retornar ao convívio social.

Nesse contexto encontra-se o médico diante do jovem. Agora é necessário um adendo: a medicina, assim como todo o saber, é inerte, ou seja, é totalmente dependente de quem a exerce. Infelizmente sabemos que a maior parte dos profissionais – não somente os médicos – tem como correto um discurso em consonância com o sen-

Falta titulação!!!

so comum, e dessa forma atuam. Não é objetivo deste texto entrar nessa discussão propriamente dita. Contudo, podemos e devemos nos colocar firmemente e com argumentações coerentes, fundamentadas e baseadas em literatura específica, contra esse discurso. Sabemos que é um discurso facilmente aceito e que ele é repressivo, organicista e já superado. Contudo, não é produtivo lamentar e esperar que a sociedade perceba isso passivamente ou sem resistência. Cabe ao médico atualizado, bem informado e coerente mediar essa situação.

A maior dificuldade inicial é justamente propor e explicar essa abordagem e/ou fazer essa mediação. O jovem quando procura ajuda, quase sempre, está com familiares ou acompanhantes que percebem a situação com a expectativa do senso comum. O maior cuidado deve ser tomado para se “desconstruir” essa percepção sem prejudicar a construção do vínculo paciente/médico. O objetivo maior é a passagem da tutela total da sociedade e seus diagnósticos (internação, psicotrópicos, doença incurável e desintoxicação) para a aquisição progressiva de responsabilidade pelos seus próprios atos. Portanto, com base numa reflexão autocrítica construída pelos seus próprios recursos intelectuais (resiliência), obter o amadurecimento em direção à cidadania, com autonomia informada, consciente e livre.

Nossa população, em sua maioria, tem carência total dos direitos básicos de sobrevivência e oportunidades. Apesar das dificuldades, deve-se permitir e fomentar o desenvolvimento do sentimento do direito de ter a palavra, de se expressar livremente e sem receios. Dessa forma podemos “descolar rótulos” sociais vigentes que tendem a conduzir o jovem a uma posição permanente de inferioridade e dependência (doente crônico; dependente químico irrecuperável; com necessidade de tutela permanente; menos valia).

Passo agora ao ponto que mais me causa preocupação em relação ao jovem usuário de substâncias psicoativas, sem autocontrole e com problemas familiares e sociais. Creio que, nesse universo da abordagem médica, a maior tensão é suscitada pela questão: devo intervir? qual momento de intervir? como intervir?

A tensão aumenta na proporção do avanço tecnológico. Novos e mais complexos exames complementares, novos e mais potentes fármacos psicoativos, e outras classes de fármacos, chegam a todo o momento ao “faminto” mercado. Todo cuidado é pouco para se desvencilhar da propaganda maciça que nos influencia desde a graduação. Não custa lembrar que essa propaganda também atinge o público leigo, produzindo mais uma demanda sob prescrição do profissional médico.

Assim, voltando ao início, devemos descartar a morbidade física/psíquica. Caso exista, devemos fazer o diagnóstico preciso. No amplo espectro de possibilidades de sinais e sintomas (síndromes clínicas), esses devem ser analisados sempre no seu contexto sociocultural. Agora podemos pesquisar e analisar o tipo de substância(s) usada(s) e o seu padrão de uso. Além disso, acrescentando os dados das avaliações interdisciplinares conforme a necessidade, o médico deve chegar a uma conclusão.

A máxima milenar “antes de tudo não fazer o mal” pesa muito para o profissional ciente de suas obrigações e responsabilidades. Outra máxima de igual importância, “o médico é o melhor medicamento”, deve causar profundas reflexões. Devemos sempre ter em mente a parca possibilidade e as dificuldades de construção de um vínculo adequado, devido à falta de condições de trabalho, *versus* exames complementares, farmacoterapias e medicalização indiscriminada nas decisões terapêuticas.

Em algumas situações há mais clareza a respeito do benefício maior em relação ao risco terapêutico, porém, muitas vezes, não esclarece suficientemente. Nesse ponto são ultrapassados os limites do respaldo das evidências científicas e mergulha-se nas incertezas (ceticismo) inerentes à profissão. Deve-se ter consciência disso, pois é nessa hora que o vínculo com o jovem e sua família deve ser forte e prevalecer. Afinal, é ao cidadão que se propõe a exercer a medicina que a sociedade confia essa responsabilidade após a sua formação (graduação). Infelizmente a sociedade não tem sido cuidadosa em atentar para a importância da qualidade da formação médica e, menos ainda, para as condições do exercício da medicina. Ela

está mais preocupada com os aspectos individuais da profissão do que com os coletivos, como se fosse possível uma boa assistência dessa forma. Além disso, vincular fantasiosamente a qualidade ao poder aquisitivo. Triste panorama esse promovido pela postura mercantilista da indústria farmacêutica e das operadoras de planos de saúde, permitido pelo vazio da não-implantação completa do Sistema Único de Saúde (SUS) e reforçado pela flagrante incapacidade de gestão dos insuficientes recursos destinados à saúde.

Portanto, lembrando que as possibilidades de intervenção estão tecnologicamente cada vez mais potentes, tanto para o benefício quanto para o risco, passo a comentar o conceito que se amplia cada vez mais, ou seja, a “redução de danos”. Encontra-se nesse conceito a grande base filosófica da abordagem, seja ela para usuário de substâncias psicoativas ou mesmo para qualquer outra situação em que se identifique algum dano à saúde.

Vamos nos ater somente à questão do uso de substâncias psicoativas. Quando um indivíduo procura o médico é porque algo está provocando mal-estar físico e/ou psíquico. Depois que o indivíduo passa por todo o processo de avaliação inicial, propomos uma estratégia para tentar retornar a uma situação progressivamente melhor ou restabelecer o seu bem-estar. Isso é pensar em redução de danos. O objetivo não é binário, cartesiano (uso sim, uso não), mas sim caminhar em direção ao bem-estar que, em nosso caso, inclui abstinência. Qualquer movimento em direção a abstinência e/ou melhora na qualidade de vida pode ser considerado um sucesso dentro do conceito ampliado de redução de danos. Os objetivos devem ser traçados em conjunto com cada indivíduo e isso deve ser respeitado. Melhoria na qualidade de vida, autogestão consciente (autonomia) e retorno do sentimento de pertencimento à sociedade (inclusão social) devem ser os objetivos perseguidos pelo médico sempre articulado com o jovem. Não falo agora apenas em relação aos danos causados pelo uso abusivo de substâncias psicoativas, mas também de toda uma angústia existencial que gira em torno dessa situação na qual a substância é tão somente um dos pontos.

Entre a população infanto-juvenil, cada vez mais percebemos que a questão das substâncias psicoativas é secundária e não constitui o problema real. Está facilmente disponível e é um problema mundial. A propaganda maciça envolvendo consumo de álcool, despidoradamente direcionada ao público jovem, continua impune. O álcool, além de ser de longe a substância psicoativa que causa maior impacto negativo na saúde pública em todo o planeta, quase sempre está associado ao uso de tabaco e outras substâncias psicoativas ilícitas. Quando usado individualmente, tem a sua regulamentação ignorada e é vendido livremente para o uso e abuso, mesmo para menores.

Essa permissividade social do uso de substâncias psicoativas lícitas (álcool, tabaco, tranqüilizantes e solventes) de forma irregular e a “demonização” das substâncias psicoativas ilícitas (drogas) desviam o real foco do problema. Os solventes (Thinner e cola de sapateiro), baratos e de fácil aquisição por crianças abandonadas nas ruas, representam outro aspecto nefasto que compromete gerações futuras, as quais insistimos em negligenciar. A legislação é burlada. Não há dúvida! Essas irregularidades são cometidas com consentimento de pais de todas as classes sociais, contudo se agrava quando ignoram regulamentações ou julgam comodamente menos graves.

Historicamente a medicina serve, com propósito ou não, como instrumento social de formação do indivíduo e da sociedade. Por esse motivo existe também grande tensão no julgamento do “normal” e do “patológico”, ou melhor, o que deve ser tratado e o que não deve ser tratado. Precisamos buscar conhecimentos em áreas do saber como bioética, antropologia, sociologia e filosofia. É notória essa lacuna na formação médica. Essas fronteiras são tênues e deixam margem para o mau uso não só da medicina, mas de todas as formas terapêuticas. É sempre um julgamento relativo, complexo e com infinitas facetas, mas deve ser enfrentado.

O reconhecimento de todos os interesses que giram em torno da população infanto-juvenil e a compreensão da geopolítica (nacional e internacional) são fundamentais para o entendimento

da situação do jovem e também da atuação do profissional médico. Visão multidisciplinar, entendimento interdisciplinar e atuação buscando a transdisciplinaridade devem ser metas perseguidas constantemente para se alcançar a integralidade.

A criança e o jovem são elementos essenciais para evolução da sociedade. Para que eles cresçam e se desenvolvam, devem superar os obstáculos cada vez mais complexos e as indiscutíveis mazelas contemporâneas. Só dessa forma poderão cumprir a sua função de questionar, mudar e melhorar a humanidade.

> REFERÊNCIAS

1. Olievenstein C. A Droga: drogas e toxicômanos. São Paulo: Editora Brasiliense. 1984.
2. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1987.
3. Carter B. As mudanças no ciclo da vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.
4. Correa MV, Gildemeister TS, Urzúa RF e al. Factores familiares protectores para conductas de riesgo: vulnerabilidade y resiliencia adolescentes. Santiago del Chile: Revista de Psiquiatria Clínica. 1995.
5. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra (Coleção Leitura). 1996.
6. Olievenstein C. Ser toxicômano no ano 2000. Conferência de abertura da XII Jornada de Estudos Clínicos e Sociais do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD. Salvador. 1998.
7. Maldonado MT. Caminhos da prevenção da violência doméstica e escolar: construindo a paz. Rio de Janeiro: 1998. Adolescência Latinoamericana.
8. Sayd, JD. Mediar, mediar, remediar: aspectos terapêuticos na medicina ocidental. Rio de Janeiro: 1998. Tese de Doutorado, EdUERJ.
9. Montt EM, García R, Almonte C, e al. Factores protectores y de riesgo em hijos de padres com transtornos afectivos, neuróticos y normales. Chile: Revista de Psiquiatria. 1999.
10. Mejía R, Avalos A. Material informativo entregado por los agentes de propaganda médica. Buenos Aires: 2000. XI Congreso de la Sociedad Argentina de Medicina Interna General.
11. Steinhauer PD. Aplicaciones clínicas y de servicio de la teoría de resiliencia con referència en particular a los adolescentes. Toronto: 2001. Adolescência Latinoamericana.
12. Albernaz ALC, Passos SL. Adolescência: uma abordagem prática. Rio de Janeiro: Atheneu. 2001; cap. 18.
13. Saggese, E. Adolescência e psicose: transformações sociais e os desafios da clínica. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 2001.
14. Stahl SM. Psicofarmacologia: base neurocientífica e aplicações práticas. Rio de Janeiro: Ed. Médica Científica. 2002.
15. Assumpção Jr, FB. Tratado de psiquiatria da infância e adolescência. São Paulo: Atheneu. 2003.
16. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. São Paulo: Editora Cortez. 2003.
17. Mukherjee D, Topol EJ. Pharmaceutical advertising versus research spending: are profits more important than patients? New York: American Heart Journal. 2003.
18. Passos SL. Drogas e pós-modernidade: prazer sofrimento e tabu: intervenção farmacológica no tratamento da dependência de cocaína: fundamentos e limites. Rio de Janeiro: EdUERJ. 2003; v. I; c. 5; p. 231.
19. Batista VM. Drogas e pós-modernidade: prazer sofrimento e tabu: a construção do transgressor. Rio de Janeiro: EdUERJ. 2003; v. II; c. 3; p. 157.
20. Nascimento AC. Ao persistir o sintoma o médico deverá ser consultado: isto é regulação. Rio de Janeiro: 2003. Tese de Mestrado.
21. Lima RC. A construção contemporânea de bioidentidades: um estudo sobre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDA/H). Rio de Janeiro: 2004. Tese de Mestrado.

Marcia Antunes
Fernandes

Anorexia nervosa e bulimia na adolescência: diagnóstico e tratamento

Eating disorders in adolescents: diagnostic and treatment

> RESUMO

A elevação da incidência de transtornos alimentares na adolescência e também em crianças aumenta a responsabilidade do pediatra no reconhecimento dos mesmos. É de fundamental importância a precocidade diagnóstica, posto que, sem dúvida, altera o prognóstico a longo prazo. A identificação de outras patologias no diagnóstico diferencial faz-se necessária. A abordagem é multidisciplinar e recomenda-se aos pediatras que se envolvam no tratamento em várias situações e em diferentes momentos críticos da doença. O presente artigo faz uma revisão dos principais aspectos clínicos e terapêuticos da anorexia nervosa e da bulimia.

> UNITERMOS

Adolescência; anorexia; bulimia; diagnóstico; tratamento

> ABSTRACT

The increase of eating disorders in adolescence and also in children, increases the responsibility of the pediatrician in recognizing it. It is important diagnostic it in the beginning, because it changes the prognostic in a long run. The identification of others diseases in a differential diagnostic is totally necessary. The boarding is multidiscipline and recommend to the pediatricians to involve their selves in the treatment in different situations as well as in different critics moments of the disease. This article makes a revision of the main clinic and therapeutical aspects of eating disorders.

> KEY WORDS

Eating disorders; adolescence; diagnostic; treatment

> INTRODUÇÃO

Ao longo da história, a nutrição tem sido tema de interesse e contradições, especialmente por sua relação com os parâmetros variáveis de beleza. Na atualidade, o padrão estético de magreza, reforçado pela mídia, tem repercussões inevitáveis sobre as adolescentes. Nessa faixa etária é preciso um tempo para assimilação e aceitação da sua nova imagem corporal, decorrente das transformações da puberdade. No entanto a necessidade de marcar novas

posições e de ser aceito pelo grupo ocasiona buscas frenéticas por um corpo idealizado que muitas vezes não está de acordo com as suas características genéticas. Assim, as adolescentes tornam-se vulneráveis às perturbações do comportamento alimentar.

Estudos epidemiológicos apontam um aumento na incidência de anorexia nervosa e bulimia não apenas em adolescentes, mas também em crianças, inclusive do sexo masculino. Estima-se que 0,5% das adolescentes americanas sofram de anorexia nervosa, que 1% a 5% satisfaçam os critérios de bulimia nervosa e que 5% a 10% dos casos de perturbação do comportamento alimentar ocorram em indivíduos do sexo masculino⁽¹⁾.

Na maioria dos casos, o pediatra é o médico que detecta inicialmente o problema, sendo seu papel de fundamental importância para o diag-

Professora-adjunta da disciplina de Pediatria da Universidade Federal Fluminense (UFF); mestra em Medicina (Pediatria) pela UFF; coordenadora do Programa de Residência Médica em Pediatria e Neonatologia da UFF; responsável pelo atendimento ambulatorial dos adolescentes do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), da UFF.

nóstico e a terapêutica precoces. É necessário, portanto, que esteja familiarizado com as questões envolvidas no reconhecimento dos transtornos alimentares em pediatria⁽¹⁾.

> ANAMNESE

Os pediatras devem abordar questões direcionadas a padrões alimentares, satisfação com o corpo e frequência de exercícios físicos, especialmente em se tratando de adolescentes e pré-adolescentes, assim como pesquisar sintomas que possam estar relacionados com a presença de alguma perturbação do comportamento alimentar, como síncope, vômitos, alopecia, irregularidades menstruais, palpitação, entre outros^(1-3, 11).

A simples negação por parte do paciente não exclui a suspeita diagnóstica.

> CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS SEGUNDO A QUARTA REVISÃO DO MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS (DSM-IV)^(3, 6, 11)

ANOREXIA NERVOSA

- Recusa em manter o peso dentro dos limites considerados normais para altura e idade (abaixo de 15% do peso considerado ideal);
- medo de ganhar peso;
- distúrbio grave da imagem corporal, medida predominantemente da auto-avaliação, com negação da gravidade da doença;
- ausência de ciclos menstruais ou amenorréia (mais de três ciclos)

SUBTIPOS

- Restritiva: restrição da ingestão e realização intensa de exercícios físicos para induzir a perda de peso;
- compulsão periódica/purgativa: ingestão compulsiva de alimentos e de purgação (vômitos auto-induzidos, laxantes, diuréticos ou enemas) como meio para controlar o peso.

Na realidade, as pacientes com anorexia nervosa não apresentam perda de apetite, mas um controle voluntário da ingestão do alimento.

BULIMIA NERVOSA

- Episódios de ingestão excessiva de alimentos com sensação de perda de controle;
- ingestão excessiva compensada por vômitos auto-induzidos; abuso de purgantes; períodos alternados de inanição; uso de drogas como anorexígenos, preparados tireoidianos ou diuréticos;
- ingestão excessiva e comportamentos compensatórios pelo menos duas vezes por semana (por três meses);
- insatisfação com a forma do corpo e com o peso.

Apesar destes comportamentos, os pacientes bulímicos, na maioria das vezes, apresentam-se com peso normal ou com discreto sobrepeso.

EXAME FÍSICO

O peso, a altura e o índice de massa corporal ($IMC = kg/m^2$) devem ser aferidos com regularidade e podem ser úteis na suspeita diagnóstica⁽¹⁾.

SINAIS FÍSICOS FREQUENTES^(1, 3, 6, 11)

ANOREXIA NERVOSA

- Hipercarotenemia;
- xerodermia;
- alopecia;
- lanugo;
- bradicardia (frequência cardíaca [FC] < 60 bpm);
- hipotensão (pressão arterial sistólica [PAS] < 90);
- hipotensão ortostática;
- hiperatividade;
- dificuldade de concentração;
- cianose do leito ungueal.

BULIMIA

- Aumento das glândulas salivares;
- erosão do esmalte dentário;
- queilite;
- gengivite;
- lesões e calosidades nas articulações interfalângicas proximais (sinal de Russel);
- o exame físico pode ser completamente normal.

> DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL⁽⁶⁾

- Diabetes *mellitus* (DM);
- insuficiência adrenal;
- depressão primária com anorexia;
- doenças do aparelho gastrointestinal, doenças inflamatórias;
- tumores abdominais;
- lesões do sistema nervoso que causem vômitos, supressão do apetite e alterações comportamentais;
- doenças infecciosas crônicas.

As adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) apresentam maior probabilidade de de-

envolver um quadro de anorexia nervosa, sendo uma estratégia freqüente para emagrecimento a suspensão da insulina⁽¹²⁾.

TRATAMENTO <

O tratamento requer equipe multidisciplinar constituída por psiquiatra, psicólogos, pediatra (ou clínico geral) e nutricionista⁽⁵⁾.

TRATAMENTO NÃO-FARMACOLÓGICO <

A terapia nutricional deve ser iniciada com oferta de 1.000 a 1.600 cal/dia ou 30 kcal/kg/dia, com aumento gradativo. O ganho ponderal recomendado é de 200 g a 500 g por semana e no máximo de 1 kg por semana para as pacientes internadas.

Durante a fase inicial do tratamento dietético em pacientes extremamente desnutridas pode ocorrer hipofosfatemia e/ou hipopotassemia graves em função da passagem do fósforo e do potássio do meio extra para o intracelular acompanhando a

Tabela
COMPLICAÇÕES MÉDICAS^(2, 6)

Osteopenia e osteoporose	Dores ósseas e fraturas patológicas
Alterações cardiovasculares	ECG com aumento do intervalo QT, arritmias, morte súbita Prolapso de válvula mitral
Alterações endócrinas: Diminuição dos níveis de LH, FSH, estrogênios, progesterona, IGF-1 Aumento do GH, do cortisol e do T ₃ reverso	Amenorréia Atraso da menarca Diminuição da libido Osteopenia, osteoporose Hipotireoidismo
Alterações eletrolíticas e ácido-básicas	Hipopotassemia, hiponatremia, hipercalcemia e hipomagnesemia Alcalose metabólica (vômitos) Acidose metabólica (uso de laxantes)
Alterações renais	Nefrolitíase, nefrocalcinose, nefrite túbulo-intersticial e insuficiência renal
Alterações gastrointestinais	Diminuição da motilidade intestinal, constipação, náuseas e empenchimento Esofagite, doenças dispépticas, síndrome de Mallory Weiss

ECG: eletrocardiograma; LH: hormônio luteinizante; FSH: hormônio folículo-estimulante; IGF-1: fator de crescimento semelhante à insulina; GH: hormônio do crescimento; T₃: triiodotironina

glicose. É a chamada síndrome de realimentação, ocasionada pela ação da insulina, o que pode levar a arritmias cardíacas e até à morte⁽⁴⁻⁶⁾.

As modificações do comportamento alimentar devem ser alcançadas através de psicoterapia individual, terapia cognitivo-comportamental e terapia familiar⁽⁶⁾.

> TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

ANTIDEPRESSIVOS

Inibidores da recaptação de serotonina (cloridrato de fluoxetina) – os resultados na anorexia nervosa têm sido desapontadores, embora pareçam beneficiar os pacientes portadores de comorbidades como depressão e transtornos obsessivos-compulsivos, além de diminuir as recaídas. Na bulimia, a resposta clínica parece ser mais efetiva, especialmente na dose de 60 mg/dia^(4-6, 9, 10).

Outros antidepressivos podem ser utilizados, como tricíclicos, inibidores da (enzima) monoamina oxidase (IMAO) e bupirona, porém, devido aos seus efeitos colaterais, recomenda-se a fluoxetina como primeira opção terapêutica^(4, 5, 9, 10).

ANTIPSICÓTICOS

Podem ser considerados nos pacientes resistentes, agitados e com grave distorção da imagem corporal. Recomenda-se olanzapina (2,5 a 10 mg/dia) ou risperidona (0,5 a 2 mg/dia)^(4, 5, 9, 10).

REPOSIÇÃO HORMONAL COM ESTROGÊNIOS

O objetivo seria minimizar o impacto sobre as alterações no metabolismo ósseo, porém seu emprego permanece controverso. Alguns estudos têm preconizado o uso de fator de crescimento semelhante à insulina (IGF-1) e deidroepiandrosterona (DHEA), pois favoreceriam a recuperação da massa óssea. Recomenda-se a ingestão de 1.200 a 1.500 mg de cálcio por dia e 400 UI de vitamina D^(6, 8, 13, 14).

INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO⁽⁶⁾ <

- Formas graves da doença (peso inferior a 75% do ideal);
- complicações da desnutrição (convulsão, falência cardíaca, arritmia etc.);
- evolução ambulatorial desfavorável;
- vômitos incoercíveis;
- emergência psiquiátrica (ideações suicidas).

DISCUSSÃO <

A anorexia nervosa e a bulimia são distúrbios comportamentais que desafiam o médico em sua prática diária, e esse desafio vai do diagnóstico ao tratamento. Na maioria das vezes cabe a ele suspeitar, sem, contudo, dispor de recursos laboratoriais ou de imagem patognomônicos. Apesar dos critérios diagnósticos propostos (DMS-IV), grande parte dos pacientes não se enquadra nos mesmos, o que dificulta o seu reconhecimento. A elaboração diagnóstica requer astúcia, pois é fundamental a diferenciação com patologias clínicas que também cursam com emagrecimento, humor deprimido, vômitos, entre outros. Quanto ao tratamento, apesar dos recursos disponíveis, os resultados são desapontadores, com altas taxas de recaída e pouca aceitação do diagnóstico pelo paciente e por sua família, especialmente nas fases iniciais da doença^(4, 5). Os pacientes que chegam ao hospital com desnutrição grave e evolução prolongada não conseguem uma boa resposta à utilização dos inibidores da recaptação de serotonina, pois falta o substrato (triptofano) necessário para a ação medicamentosa⁽³⁾. Nesta fase, todos os esforços são direcionados para uma adequada melhora do estado nutricional e para evitar a morte por inanição. Assim, os transtornos alimentares devem ser reconhecidos como condições clínicas graves associadas a alta taxa de morbidade e mortalidade. Maiores esforços são necessários para modificar as questões atuais relacionadas ao peso, especialmente no que se refere à falsa ideia de sucesso individual com magreza.

➤ REFERÊNCIAS

1. Academia Americana de Pediatria. Identificação e terapêutica das perturbações do comportamento alimentar. *Pediatrics*. 2004; 53(3): 163-73.
2. Assumpção CL, Cabral MD. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; 24(supl III): 29-33.
3. Azevedo AMC, Abuchaim ALG. Bulimia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico. In: Nunes MAA, Appolinário JC, Abuchaim ALG, Coutinho W. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 31-9.
4. Bacalturk J, Kaio MH. Tratamento farmacológico da bulimia nervosa. In: Claudino AM, Zanelkla MT. *Transtornos alimentares e obesidade*. São Paulo: Manole/UNIFESP, 2005. p. 157-63.
5. Claudino AM. Tratamento farmacológico da anorexia nervosa. In: Claudino AM, Zanella MT. *Transtornos alimentares e obesidade*. Manole/UNIFESP, 2005. 147-56.
6. Goldberg TBL. Anorexia nervosa e bulimia. In: CoatesV, Beznos GW, Franço LA. *Medicina do adolescente*. São Paulo: Sarvier, 2003. p. 105-12.
7. Gordon C, Grace E, Emain J et al. Changes in bone turnover markers and menstrual function after short term oral DHEA in young women with anorexia nervosa. *J Bone Miner Res*. 1999; 14: 136.
8. Grinspoon S, Miller K, Coyle et al. Severity of osteopenia in estrogen-deficient women with anorexia nervosa and hypothalamic amenorrhea. *J Clin Endocrinol Metab*. 1999; 84: 2049-55.
9. Jimmerson DC, Wolfe BE, Brotman AW, Metzger ED. Medication in the treatment of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 1996; 19: 739-54.
10. Kaye WH, Nagata T, Weltzin TE, HSU LK, Bulik CM. An open trial of fluoxetine in patients with anorexia nervosa. *J Clin Psychiatry*. 1991; 52: 464-71.
11. Nunes MAA, Ramos DC. Anorexia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico. In: Nunes MAA, Appolinário JC, Abuchaim ALG, CoutinhoW. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 21-30.
12. Papelbaun M, Moreira RO, Coutinho WF et al. Diabetes mellitus e transtornos alimentares: uma revisão sistemática. *J Bras Psiquiatr*. 2004; 53(3): 163-73.
13. Putukian M. The female triad. Eating disorders, amenorrhea and osteoporosis. *Med Clin North Am*. 1994; 78: 345-6.
14. Warren MP, Vossoughian F, Geer EB, Hyle EP, Aceberg CL, Ramos RH. Functional hypothalamic amenorrhea: hypoleptinemia and disordered eating. *J Clin Endocrinol Metab*. 1999; 84: 873-7.

Therezinha J Cruz

Adolescente, família e o profissional de saúde

Adolescent, family and the health professional

> RESUMO

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento humano marcada por inúmeras transformações, que ocorrem tanto no aspecto físico como na esfera psicossocial. As famílias com adolescentes passam por mudanças em sua estrutura e organização, podendo chegar a conflitos intensos que às vezes tornam-se crônicos. O profissional de saúde que atende adolescentes deve conhecer os vários aspectos da adolescência na dinâmica familiar, bem como compreender o papel que desempenhará no acolhimento do adolescente e sua família.

> UNITERMOS

Desenvolvimento do adolescente; relação entre gerações

> ABSTRACT

Adolescence is a stage of human development marked by multiple transformations both physical as well as psychosocial. Families with adolescents go through changes in their structures and organization that may lead to intense conflict that might become chronic. The health professional must know the various aspects of adolescence in the familial dynamics and understand the role he will play in the shelter of the adolescent and its family.

> KEY WORDS

Adolescent development; intergenerational relations

> INTRODUÇÃO

A abordagem do adolescente exige postura adequada do profissional de saúde, conhecimentos técnicos e das mudanças psicossociais que ocorrem nessa fase da vida do jovem, bem como compreensão do impacto e conflitos que acarretam nas relações familiares.

O conhecimento das dinâmicas familiares é de fundamental importância na avaliação, tratamento e prevenção dos agravos a problemas de saúde apresentados pelos adolescentes. Para isso, o profissional de saúde deve observar como a família e o adolescente estão atravessando essa etapa da vida.

A família é um sistema ativo em constante transformação, que se altera com o passar do tempo para assegurar a continuidade e o crescimento

psicossocial de seus membros (Minuchin, 1977). Não podemos nos esquecer de realidades significativas que interagem com a família: a escola, o trabalho dos pais, o bairro, a vizinhança e o grupo de amigos.

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento humano marcada por profundas transformações, não apenas físicas, é também o início da transição psicológica da infância para a idade adulta (Hopkins, 1983). Esse período tem sido descrito desde Anna Freud como *conflitivo*; como crise de identidade por Erikson e tem a denominação uni-

Pediatra do Ministério da Saúde (MS); especialista em Medicina do Adolescente pela Associação Médica Brasileira e Sociedade Brasileira de Pediatria (AMB/SBP); membro do Comitê de Adolescência da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro (SOPERJ).

versal de “tempestade e estresse” (Sturm e Drang). As características do desenvolvimento psicossocial que ocorrem paralelamente às modificações do corpo são agrupadas no que Arminda Aberastury e Maurício Knobel denominaram de síndrome da adolescência normal (SAN). A adolescência é, assim, um conceito relativo a um processo e o adolescente é o sujeito que está vivenciando esse processo.

➤ METAMORFOSE FAMILIAR

Como consequência, a adolescência afeta o ciclo vital familiar e seu estilo de vida mais do que qualquer outra fase da vida, pois desestabiliza o sistema e provoca novos ajustes para manter as relações e a saúde mental de seus membros. Durante esse período as famílias também estão se ajustando a novas demandas de seus membros, que estão entrando em novos estágios do ciclo de vida. Os pais enfrentam questões maiores, como a “crise do meio da vida” de um ou ambos os cônjuges, com exploração das satisfações e insatisfações pessoais, profissionais e conjugais, ao mesmo tempo em que os avós passam pela experiência da aposentadoria e possíveis mudanças, como doença e morte. Os pais podem ter de se transformar em cuidadores de seus próprios pais ou ajudá-los a integrar as perdas da velhice.

O adolescente, tentando descobrir novas direções e formas de vida, desafia e questiona a ordem familiar até então estabelecida. A ambivalência independência/dependência vivenciada por ele cria uma tensão e instabilidade nas relações familiares, o que frequentemente leva a conflitos intensos que podem tornar-se crônicos.

Por serem tão intensas, as demandas adolescentes por maior autonomia e independência frequentemente precipitam mudanças no relacionamento entre as gerações, fazendo aflorar conflitos não resolvidos entre pais e avós, em sua infância ou adolescência, com seus pais (avós do adolescente). Os pais, além de reavaliar e analisar sua própria adolescência, bem como os pais de seu período adolescente, enfrentam novos estágios de seu ci-

clo vital, aparecendo então novas preocupações: a perda do corpo jovem e a aproximação da aposentadoria e da velhice.

O estresse e a tensão normais provocados na família por um adolescente são exacerbados quando os pais sentem uma profunda insatisfação e são compelidos a fazer mudanças em si mesmos. O que muitas vezes se cria é um campo de demandas conflitantes, em que o estresse parece ser transmitido para cima e para baixo entre as gerações. O conflito entre os pais e os avós pode ter um efeito negativo sobre o relacionamento entre os pais e o adolescente. O impasse também pode ocorrer em direção oposta: um conflito entre os pais e o adolescente pode afetar o relacionamento conjugal, o que acaba prejudicando o relacionamento entre os pais e os avós.

Na adolescência, a evolução da dependência absoluta da infância à autonomia adulta pode ser um momento doloroso para pais e filhos. Muitas vezes, os pais sentem um vazio quando os adolescentes tornam-se mais independentes, pois percebem que não são mais necessários como antes e, dessa forma, sentimentos de perda para a família (perda da criança) e medo de abandono podem ocorrer. Às vezes os pais, incapazes em lidar com a perda da dependência do filho, podem apresentar-se depressivos. Da mesma maneira, o adolescente precisa lidar com a perda do *eu* infantil e da família como fonte primária de afeto. A perda desse primeiro vínculo romântico também pode desencadear depressão no adolescente. Esse duplo movimento de luto em que participam pais e filhos foi denominado por Stone e Church de ambivalência dual. Toda mudança implica em aceitação da perda.

Assim, a adolescência exige mudanças estruturais e renegociação de papéis nas famílias, que se transformam. De unidades que protegem e nutrem os filhos, as famílias passam a ser o centro de preparação para a entrada do adolescente no universo das responsabilidades e dos compromissos do mundo adulto. Elas constituem então fronteiras mais flexíveis, permitindo aos adolescentes se aproximarem e serem dependentes nos momentos em que não conseguem manejar suas vidas sozinhos,

e se afastarem e experimentarem os desafios, com graus crescentes de independência, quando estão prontos. Isso exige esforços especiais de todos os membros da família.

A construção psicológica do adolescente tem em conta sua história pessoal, bem como suas novas competências sexuais, cognitivas e sociais. A história familiar do adolescente não se inicia na adolescência, estando presente mesmo antes da infância, durante a gravidez, planejada ou não.

> TAREFAS DA ADOLESCÊNCIA

Para viver satisfatoriamente essa etapa da vida, o adolescente deve cumprir aquilo que Erickson chama de tarefas do desenvolvimento:

- conhecer a si mesmo;
- adotar um papel sexual;
- conseguir autonomia frente à família;
- definir-se vocacionalmente;
- atingir relações interpessoais autônomas para consolidar sua identidade.

Com o rápido crescimento físico e a maturação sexual durante a puberdade são acelerados os movimentos que buscam solidificar uma identidade e estabelecer a autonomia em relação à família. Na realidade, são processos de desenvolvimento durante toda a vida, pois dizem respeito às expectativas sociais que se modificam e, muitas vezes, entram em conflito em relação aos papéis sexuais e às normas de comportamento impostas aos adolescentes pela família, escola, amigos e pela mídia. Sua capacidade de se diferenciar dos outros depende de como eles manejam os comportamentos sociais esperados, para expressar as intensas emoções precipitadas pela puberdade. Para estabelecer autonomia, os adolescentes precisam se tornar cada vez mais responsáveis por suas próprias decisões e, ao mesmo tempo, sentir a segurança da orientação dos pais.

A flexibilidade é a chave do sucesso para as famílias nesse estágio. Por exemplo, flexibilizar mais as fronteiras familiares e modular a autoridade parental permitem maior independência e desenvolvimento aos adolescentes. Entretanto, na

tentativa de diminuir os conflitos gerados nesse período, muitas famílias continuam em busca de soluções que costumavam funcionar em estágios anteriores. Os pais muitas vezes tentam “puxar as rédeas” ou retrair-se emocionalmente para evitar novos conflitos. Os adolescentes, por outro lado, no esforço para abrir seu próprio caminho, recorrem a ataques de raiva, se retraem emocionalmente por trás de portas fechadas, buscam apoio nos avós e/ou apresentam intermináveis exemplos de amigos que têm mais liberdade.

SEXUALIDADE <

As transformações físicas e sexuais que ocorrem na puberdade alteram radicalmente a autoimagem do adolescente, pois dos dois aos dez anos essas mudanças físicas são mais lentas do que na adolescência. É comum que os membros da família fiquem ansiosos e confusos quando os adolescentes começam a expressar seus novos interesses sexuais.

Apesar do amadurecimento físico da filha, os pais ficam receosos de que ela seja incapaz de se proteger dos perigos do mundo como, por exemplo, gravidez não planejada, abuso ou exploração sexual e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), que são problemas reais. Já a primeira preocupação que surge com os filhos é de que seus interesses sexuais o distraiam de suas tarefas escolares e prejudiquem seu futuro tanto profissional quanto pessoal.

As experiências pessoais com a sexualidade influenciam a maneira como os pais estabelecem limites e suas expectativas, aceitando melhor a sexualidade do jovem. Isso não significa que todos os pais que vivenciaram experiências negativas repetirão o padrão, mas é freqüente observar nas famílias a repetição de um início precoce da atividade sexual, da gravidez na adolescência ou até mesmo de casos de abuso sexual.

Nas famílias em que a informação é abertamente compartilhada há maior possibilidade de aceitação de transgressões menores e colocação de limites mais realistas. Por outro lado, quando a sexu-

alidade do adolescente é negada ou rejeitada pelos pais, o desenvolvimento de um autoconceito sexual fica prejudicado e, conseqüentemente, os riscos de atividade sexual precoce ou perigosa são maiores.

Na concepção de Freud, os impulsos incestuosos entre o adolescente e o progenitor de sexo oposto provavelmente aumentarão. Um relacionamento até então amoroso entre pai e filha pode evoluir rapidamente para um relacionamento hostil, com o pai sendo punitivo e possessivo e a filha, provocadora. As mães que são mais próximas de seus filhos podem sentir confusão e conflito quando eles começam a querer mais privacidade, assim como o desejo de proximidade da mãe pode ser recebido por eles com agressão e rejeição. Logo, ela pode então reagir de maneira semelhante.

Por outro lado, pais e filhos do mesmo sexo tendem a se envolver em lutas mais competitivas. A teoria psicanalítica é de que os adolescentes competem pelo amor e atenção do progenitor do sexo oposto (Freud, Blos). Outra suposição é de que eles competem em função de suas percepções conflitantes de seus papéis de gênero. Portanto, na adolescência, o conflito pode ser mais intenso com o progenitor do mesmo sexo, que geralmente serve de modelo na infância.

A maioria dos pais de adolescentes deverá revisar suas atitudes em relação ao papel sexual e tentar fazer mudanças que se ajustem melhor aos padrões sexuais do momento, cada vez mais liberais. Para muitos pais essa tarefa pode ser muito difícil.

BUSCA DA IDENTIDADE

As tentativas de compreender esse processo basearam-se principalmente nas teorias de Freud e Erickson. A súbita aceleração da formação da identidade que ocorre na adolescência pode se tornar uma fonte de mobilização e energia, mas também de conflitos para os adolescentes e suas famílias.

Os adolescentes, devido a sua propensão para desafiar e questionar normas, provocam transformações em casa, na escola e na comunidade. Eles discordam dos pais em relação a idéias, crenças e valores. Comentários típicos dos filhos ("meus

pais são antiquados, não me entendem") ou dos pais ("eu era tão diferente nessa idade" ou "eu não ousava questionar meus pais") tendem a criar conflitos entre as gerações, podendo levar a lutas a respeito de regras e relacionamentos. O jovem pode evitar fazer perguntas ou compartilhar idéias com medo de aumentar o conflito, acarretando distanciamento e falta de confiança.

O relacionamento entre filhos e pais do mesmo sexo tem um poderoso efeito sobre o processo de identificação de gênero nessa fase da vida. As opiniões sobre quem eles são estarão fortemente conectadas aos seus sentimentos sobre ser homem ou mulher. Além disso, sofrerão influência dos progenitores do sexo oposto para validar o senso de identidade de gênero. Isso poderá influenciar os futuros relacionamentos com o sexo oposto.

AUTONOMIA

Os adolescentes precisam se aventurar fora de casa para se tornarem mais independentes e autoconfiantes. Alianças fora de casa, que aumentam a influência de outros jovens, se tornam mais fortes e eles precisarão de permissão e encorajamento dos pais para serem mais responsáveis. Autonomia não significa desligamento emocional dos pais, mas, na verdade, que os adolescentes já não são tão dependentes dos pais em termos psicológicos e que têm mais controle sobre tomada de decisões em sua vida.

Os adolescentes tendem a buscar mais autonomia nas famílias, que os estimulam a participar das tomadas de decisões, mas são os pais, fundamentalmente, que decidem o que é adequado. Ao contrário, aqueles criados em ambientes em que as decisões e auto-regulação são limitadas, tendem a ficar mais dependentes e inseguros.

Colocar limites e ser ao mesmo tempo objetivo, apoiador e democrático não é tarefa fácil para muitos pais, principalmente quando se sentem julgados e criticados pelos filhos. A tolerância dos pais será menor, se eles não conseguiram obter autonomia emocional em relação aos próprios pais e/ou quando eles têm conflitos não resolvidos entre eles (o casal).

Para que os adolescentes consigam dominar essas etapas do desenvolvimento da adolescência, a família deverá ser forte, flexível e capaz de suportar o crescimento e as transformações de seus filhos.

➤ CONCLUSÃO

Apesar de não ser obrigatório, a participação da família no atendimento ao adolescente enriquece o processo de avaliação e torna possível a observação da relação do adolescente com seus pais/responsáveis, irmãos e outros. O adolescente deve ser incentivado a envolver a família no acompanhamento de seus problemas.

Quando o profissional de saúde entrevista um adolescente, deve considerar, na realidade, o conjunto da família do indivíduo. Não existe “o indivíduo”, cada um é uma colagem de gerações anteriores, até mesmo as não-conhecidas (transmissão transgeracional), embora cada um tenha a sua marca própria em maior ou menor intensidade. É muito empobrecedor ver apenas o indivíduo. Deve-se ter por objetivo uma visão dinâmica da pessoa no contexto familiar.

O profissional deve evitar uma postura autoritária e mostrar que está ali para colaborar com a família e o adolescente para que encontrem a melhor forma de atravessarem aquela fase da vida. Evitar também assumir o papel de juiz, que está ali para emitir uma sentença, ou o de aliado e/ou defensor de quem parece mais enfraquecido.

Algumas vezes os pais com dificuldade de entender vários aspectos desse processo procuram o profissional de saúde. Quando a família procura ajuda, pode significar a confirmação de sua incapacidade de resolver autonomamente as próprias dificuldades. Assim, ela delega ao profissional de saúde a responsabilidade de modificar o que não funciona

ou, pelo menos, de fornecer algumas indicações de comportamento para sair do problema, mas sem esperar algum pedido de participação direta na solução, delegando, portanto, ao profissional que ele cumpra o trabalho que é da família.

Aceitar a responsabilidade de resolver os problemas que o adolescente está criando para ele mesmo, para a família e para a escola confirma a idéia de que a família é incompetente e que somos nós, especialistas, que resolveremos esses problemas. Assim, a família sai aliviada (“meu filho está sendo tratado”), mas não aprende a enfrentar e resolver os problemas que está vivendo nem a assumir os que ocorrerão.

Se essa família não for confirmada como capaz, ficará mergulhada numa crença de fracasso e incompetência. O ideal é propor uma inversão para a família, que se acha incompetente e, principalmente, para o profissional que se formou e está acostumado a ser visto como aquele que resolverá os problemas e as doenças. Nós, profissionais, devemos mostrar que somos mais eficientes quando conseguimos uma parceria com a família e que agiremos como facilitadores, potencializando sua capacidade.

O profissional de saúde deve, então, estar atento ao papel que desempenhará:

- entender o impacto da adolescência na dinâmica familiar;
- apoiar os pais para que se sintam menos perdidos e menos sozinhos em suas vivências, além de aliviar a sensação de rejeição ou culpa da família;
- ajudar na compreensão dos conflitos na família e no adolescente;
- estimular a comunicação entre a família e o jovem;
- valorizar o importante papel das famílias nessa etapa da vida;
- detectar precocemente quadros psicopatológicos e fazer o encaminhamento adequado.

➤ REFERÊNCIAS

1. Adamo VLCL. Família e adolescência: antes e depois. In: Saito MI, Silva LEV. Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu. 2001; 145-58.

2. Adamo VLCL. Processo de abordagem com famílias. In: Saito MI, Silva LEV. Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu. 2001; 159-67.
3. Barros R. O Adolescente e a família. In: Maakaroun MF, et al. Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica. 1991; 55-59.
4. Bezerra VC, Linhares ACB. A família, o adolescente e o uso de drogas. In: Schor N, Maria SF, Branco VC et al. Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. 1999; 184-95.
5. Caridade A. O Adolescente e a sexualidade. In: Schor N, Maria SF, Branco VC et al. Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. 1999; 206-11.
6. Carter B, McGoldrick M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para terapia familiar. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995; 7-15.
7. Coates V. Repercussões da adolescência no âmbito familiar. In: Coates V, Beznos GW, França LA. Medicina do Adolescente. 2 ed. Sarvier. 2003; 609-15.
8. Crespin J. Consulta Clínica. In: Coates V, Beznos GW, França LA. Medicina do Adolescente. 2 ed. Sarvier. 2003; 9-17.
9. Crespin J. Ética no atendimento de adolescentes. In: Coates V, Beznos GW, França LA. Medicina do Adolescente. 2 ed. Sarvier. 2003; 35-8.
10. Guimarães EMB. Relação médico-adolescente e a consulta clínica na adolescência. In: Maakaroun MF, et al. Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica. 1991; 179-84.
11. Knobel M, Santos MGP. O Adolescente e o profissional de saúde. In: Maakaroun MF, et al. Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica. 1991; 145-55.
12. Knobel M. Visão psicológica na adolescência normal. In: Coates V, Beznos GW, França LA. Medicina do Adolescente. 2 ed. Sarvier. 2003; 39-44.
13. Korin EC. La importancia de la familia en la atención del adolescente. In: Silber TJ, Munist MM, Madaleno M, Ojeda ENS. Manual de Medicina de la Adolescencia. Washington DC: Organizacion Panamericana de la Salud. 1992; 13-21.
14. Neinstein LS, Juliani MA, Shapiro J. Psychosocial development in normal adolescents. In: Neinstein LS. Adolescent health care: a practical guide. 3 ed. Maryland: Williams & Wilkins. 1996; 40-60.
15. Preto NG. Transformação do sistema familiar na adolescência. In: Carter B, McGoldrick M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para terapia familiar. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995; 223-46.
16. Saito MI. Atenção integral à saúde do adolescente. In: Saito MI, Silva LEV. Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu. 2001; 199-204.
17. Saito MI, Leal MM. Síndrome da adolescência normal. In: Saito MI, Silva LEV. Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu. 2001; 105-12.

Aramis A. Lopes Neto

Bullying

RESUMO

Objetivo: Informar aos pediatras sobre a ocorrência de *bullying* entre os adolescentes, ressaltando sua alta prevalência, características e possíveis riscos à saúde. **Fontes de dados:** Foram acessados bancos de dados bibliográficos e páginas na Internet, dando-se destaque a textos científicos recentes. **Síntese dos dados:** o fenômeno *bullying* constitui-se na adoção de comportamento agressivo entre os estudantes, sempre entendido como atitudes normais e sem maiores conseqüências. Nos últimos 20 anos, estudos mais cuidadosos têm demonstrado que a prática de *bullying* pode produzir danos reais, em curto e médio prazos, tanto para seus autores quanto para seus alvos, escola, família e sociedade. **Conclusão:** A participação do pediatra na identificação do *bullying* poderá contribuir decisivamente para a compreensão do fenômeno e para a construção de soluções possíveis.

INTRODUÇÃO

Bullying é o conjunto de comportamentos agressivos marcados pela assimetria de poder e pelo caráter repetido com que ocorre, sempre com a intenção de ferir física ou moralmente⁽⁴⁾. Por sua alta prevalência, pelo alto nível de tolerância para com esse tipo de violência por parte da sociedade em geral e pelas escolas em particular, o *bullying* pode ser considerado um problema social grave e, provavelmente, o tipo mais freqüente de violência juvenil⁽⁸⁾.

Esses comportamentos agressivos são comuns em todas as escolas e trata-se de um fenômeno social no qual cada estudante desempenha seu papel como autor (agressor), alvo (vítima), alvo-autor (agressor e vítima) e testemunha ou observador. Esses atos são reconhecidamente uma fonte significativa de estresse para todos os envolvidos, causando problemas de ordem física e emocional, em curto e médio prazos, tanto para os alvos quanto para os autores, além de sentimentos de medo, insegurança e tolerância com atos violentos para os observadores^(2, 6).

A importância em se trazer à tona um fenômeno que sempre existiu, mas que nunca foi objeto de preocupação para educadores e profissionais de saúde, é entendermos que a escola deve ser vista como um local seguro e saudável para crianças e adolescentes, e

não apenas como um lugar que ensinar a ler, escrever e contar. Trata-se de um ambiente de socialização, de desenvolvimento da cidadania, onde não se pode admitir que o direito individual de cada um em ser educado sem ser vitimado seja negligenciado.

ESTUDOS REALIZADOS

Os estudos em países em desenvolvimento ainda são muito incipientes, enquanto que em nações desenvolvidas já vêm sendo feitos há alguns anos, sendo que, em diversos deles, foram criadas políticas públicas voltadas à prevenção e ao controle do *bullying* em todas as escolas⁽⁶⁾.

No biênio 2002/2003, a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (ABRAPIA) desenvolveu um projeto de pesquisa em 11 escolas localizadas no município do Rio de Janeiro, envolvendo 5.800 estudantes de 5ª a 8ª série do ensino fundamental. Entre os dados mais importantes, verificamos que 40,5% dos adolescentes admitiram ter se envolvido diretamente em situações de *bullying*, seja como autor, alvo-

Diretor da Diretoria de Direitos da Criança e do Adolescente da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro (SOPER); diretor do CMS Milton Fontes Magarão – Rio de Janeiro

autor ou alvo. Outros dados bastante significativos referem-se às salas de aula como o locais de maior incidência de *bullying* (60% das respostas) e ao fato de 41,6% dos alvos terem optado por não pedir auxílio a adultos ou a colegas para que cessassem as agressões sistemáticas que vinham sofrendo⁽⁷⁾.

Estudos em diversos países demonstram situações diferentes, que podem estar relacionadas a aspectos socioculturais. Em escolas ocidentais, os autores de *bullying* são geralmente mais velhos, de séries mais avançadas e cujos alvos nunca haviam sido seus amigos. E a maioria das agressões é, geralmente, verbal ou física. Já em países orientais, como Japão e Coréia, a maior incidência de *bullying* é observada entre os estudantes de mesma classe, sendo a forma mais comum a de exclusão social praticada coletivamente por seus colegas de sala ou por toda a escola^(6, 12, 13).

Os estudos mundiais sobre *bullying* surgiram nos últimos 15 a 20 anos e, talvez por serem ainda recentes, trazem algumas divergências de ordem conceitual, que requerem maior uniformidade entre os diversos autores. Assim é que a maior parte dos artigos refere o *bullying* como agressividade entre estudantes, enquanto outros ampliam esse entendimento incluindo os conflitos gerados entre professores e alunos, ou vice-versa⁽¹³⁾. Pessoalmente, entendo que, quando falamos de *bullying*, estamos nos referindo a atitudes agressivas ocorridas entre pares, ou entre indivíduos em iguais condições, quando a assimetria ou o abuso de poder é entendido como impróprio. Portanto a relação entre professor e aluno não pode ser incluída como entre pares, porque se tratam de pessoas em posições diferentes e entre as quais já existe uma hierarquia de poder bem estabelecida, pelo menos teoricamente.

Os fatores que contribuem para a violência na escola são complexos e multifacetados. Diversos autores sugerem correlações da prática de *bullying* com questões sociais e culturais, dinâmicas familiares, influência da mídia, videogames etc.⁽¹⁵⁾.

O *bullying* é mais comumente associado a formas mais leves de agressão, embora também possam ocorrer formas mais severas de violência. O serviço secreto norte-americano analisou 37 ata-

ques com arma de fogo em escolas, envolvendo 41 estudantes, e identificou que pelo menos dois terços desses adolescentes haviam sido alvos de *bullying*⁽¹⁴⁾.

Outro conceito ainda não bem esclarecido diz respeito à intencionalidade da agressão. Há dúvidas se essa "intenção" deve estar relacionada ao ato agressivo em si sem que haja, necessariamente, o entendimento sobre as suas conseqüências, ou se se trata de um desejo real em ferir a vítima. Ainda há outras questões: deve a agressão ser identificada por um observador externo ao ato, ou devemos valorizar a percepção da vítima? Quando considerar um ato como repetido? Deve haver uma relação com o tempo de duração? Devemos considerar a assimetria de poder com base na percepção da vítima ou por critérios mais objetivos, como a força física ou o número de agressores⁽¹²⁾? Tudo isso deve ser considerado, mas jamais justificará a cessação das pesquisas sobre *bullying*.

Entre aqueles denominados como testemunhas ou observadores, têm surgido diversas proposições de subclassificações bastante pertinentes. Há os denominados seguidores, que participam do *bullying*, uma vez iniciado, e os incentivadores, que não participam diretamente das agressões, mas incentivam os autores rindo ou apenas observando seus atos. Ainda são identificados os que não se envolvem, afastando-se da cena, e os defensores, que defendem o alvo, solicitam ajuda dos adultos ou falam com os autores para que parem com as agressões⁽¹¹⁾.

Os diferentes comportamentos que favorecem a prática de *bullying*, envolvendo os autores, seguidores e incentivadores, não nos permitem rotular esses atores secundários com base nas suas características individuais. Ao que nos parece, o comportamento de cada subgrupo pode estar inserido em um pacote de recursos sociais que lhes garante a segurança de não virem a se tornar "as próximas vítimas".

No estudo da ABRAPIA, 80% dos estudantes afirmaram desaprovar as situações de *bullying* e que esses atos trazem sentimentos de pena da vítima, medo e descrença relacionada à escola⁽⁷⁾. Essa falta de confiança é fortalecida pelas atitudes

de gestores, professores e demais funcionários das escolas, que não percebem, toleram ou ignoram a ocorrência de *bullying*. Entre os que admitiram serem autores de *bullying*, 51,8% responderam não terem sido advertidos por seus atos, fortalecendo o sentimento de impunidade e a não-percepção da inadequação de seu comportamento^(7, 8).

Uma nova estratégia para a prática de *bullying*, denominada *cyberbullying*, extrapola os limites da escola e decorre da utilização da tecnologia da informação e comunicação, como a Internet e os telefones celulares, quando textos e imagens são enviados diretamente para seu alvo ou de forma indireta, permitindo o livre acesso de outras pessoas a sítios voltados à difamação ou à organização de novas agressões no ambiente escolar.

Geralmente a utilização dessa tecnologia constitui-se em um prolongamento do *bullying* já praticado na escola, atingindo os mesmos alvos, por meio de ações com objetivos de ofender, ameaçar, denegrir a imagem, difamar, divulgar segredos, excluir etc.

A maior dificuldade em se combater esse tipo de comportamento reside na forma como esses recursos tecnológicos foram introduzidos comercialmente. Tanto a Internet como os telefones celulares têm como princípio a forma irrestrita de comunicação. Isso faz com que o adolescente não perceba a incorreção de seus atos e o dano que ele pode causar com a utilização inadequada desses recursos. Por outro lado, a omissão dos adultos contribui para o crescimento do *cyberbullying*. Estudos mostram que cerca de 80% dos adolescentes admitem que seus pais não impõem nenhum tipo de regra quanto ao uso da Internet⁽¹⁰⁾.

O impacto do *cyberbullying* pode ser mais devastador do que a prática de *bullying* na escola, porque os conteúdos dessas comunicações podem ser violentos; não há como escapar do *cyberbullying* – a vitimização é contínua; o material do *cyberbullying* pode ser distribuído mundialmente e é irrecuperável; os autores podem permanecer anônimos ou solicitar a participação de “amigos” desconhecidos; o adolescente pode sentir-se relutante em informar aos adultos o que está acontecendo, porque se sente traumatizado ou culpado,

por temer retaliações ou recear que sua liberdade em acessar a Internet ou utilizar seu celular seja restringida^(3, 16).

O PAPEL DOS ESTUDANTES DIANTE DE SITUAÇÕES DE BULLYING

A agressividade e a vitimização são mais frequentemente observadas entre crianças e adolescentes do sexo masculino, sendo os mais jovens mais comumente vitimados. Raramente podem-se relacionar as atitudes agressivas e a submissão às agressões sistemáticas com algum antecedente patológico que pudesse explicar possíveis alterações de comportamento. Portanto o *bullying* ocorre, prioritariamente, entre crianças e adolescentes normais, não havendo sinais que identifiquem previamente o papel que cada um deles irá desempenhar, entendendo-se que, não raro, observa-se certa rotatividade entre as diversas formas de participação, incluindo-se aí a figura dos observadores^(7, 8).

Entre os meninos prevalece o *bullying* físico (agressões). Quando se trata do *bullying* verbal (apelidos), observa-se uma equivalência entre ambos os sexos, enquanto que a forma indireta (difamação) é a mais frequente entre as meninas, principalmente entre as adolescentes⁽¹²⁾.

Os alvos típicos podem ser ansiosos, mais fracos física e emocionalmente e tendem a apresentar atitudes negativas diante dos atos violentos, seja pela não-reação, seja pelo isolamento ou por reações que demonstrem fragilidade, imaturidade ou insegurança, além de outros achados, como ansiedade, baixa auto-estima, rejeição ou baixa aceitação do grupo, poucos amigos, ambiente escolar pouco ou nada prazeroso e alta frequência de problemas internos e externos. Fatores familiares como superproteção ou rejeição (bode expiatório) podem ocorrer^(5, 6, 8, 12).

Os autores de *bullying* tendem a ser agressivos, impulsivos, mais fortes que seus alvos, populares, obtêm ganhos materiais e ascensão sobre o grupo por suas atitudes e pela imposição do medo. Podem ser identificadas questões familiares que poderiam explicar seus atos, como pobres relações

afetivas, violência doméstica ou permissividade e tolerância excessivas^(5, 6, 8, 12).

Aqueles que agredem, mas também sofrem agressões, alvo-autores, apresentam características diferenciadas e um número maior de problemas, como distúrbios de conduta e de relacionamento com seus colegas, sintomas psicológicos e psicossomáticos concorrentes, alterações psiquiátricas, maiores possibilidades de envolvimento persistente em situações de *bullying*, porte de armas e maior risco de desenvolverem intenções suicidas. É considerado um grupo de maior risco e necessita de maior atenção^(6, 8, 12).

Entre os autores e os alvo-autores observa-se maior incidência de situações de delinquência e adesão ao consumo de álcool e drogas, enquanto que entre os alvos a frequência de fumantes é bem menor quando em comparação com o grupo controle, formado por estudantes não envolvidos em atos de *bullying*^(6, 12).

➤ CONSEQUÊNCIAS IMEDIATAS E TARDIAS

As manifestações causadas pelo *bullying* refletem negativamente em todos nós, tanto por seus efeitos imediatos quanto tardios.

Os autores que adotam um comportamento anti-social, buscando assumir uma liderança negativa sobre o grupo, apresentam, mais tardiamente, chances quatro vezes maiores de virem a adotar comportamentos de risco, atitudes delinquentes, violentas e criminosas. Na vida adulta podem apresentar comportamentos violentos nos ambientes de trabalho e familiar.

Os alvos, em consequência das agressões sistêmicas sofridas, podem apresentar depressão, ansiedade, baixa auto-estima, isolamento, exclusão, perdas materiais etc. Quando jovens ou adultos, o mesmo quadro pode perdurar, além da dificuldade em impor-se profissionalmente e da insegurança em estabelecer uma relação afetiva duradoura.

As famílias dos alunos-alvo que, ao perceberem o sofrimento de seus filhos, não o valorizam e exigem-lhes um comportamento que não são

capazes de assumir, ou adquirem um sentimento de inconformismo, buscando culpados na escola ou no próprio seio familiar. Muitas vezes, o *bullying* passa a ser o maior problema na vida dos pais, interferindo em suas atividades profissionais, nas relações com os cônjuges e desses com seus filhos, que podem passar a exigir atitudes e soluções nem sempre bem-sucedidas.

Os alunos observadores sofrem com o medo, a dúvida sobre como agir e a descrença na capacidade e no interesse da escola em sanar o problema. O desempenho escolar pode cair, pois a atenção dos adolescentes passa a ser dirigida para as atitudes agressivas praticadas e sofridas por seus colegas.

Como dizem alguns autores, a escola que não atua efetivamente para a redução do *bullying* entre seus alunos acaba contaminada, tornando-se um ambiente inseguro, com altos índices de agressividade e a conseqüente perda do controle sobre o comportamento dos jovens. O não-enfrentamento das situações, justificado pela suposta inexistência de *bullying*, demonstra falta de conhecimento sobre o assunto ou revela a intenção de encobrir o problema.

Para a sociedade respinga o ônus dos prejuízos sociais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) admite que as ações *antibullying* constituem-se em um método eficaz para a redução da violência juvenil, por conseguinte pode ser uma estratégia de impacto para a redução da violência social. A prática de *bullying* promove a queda do rendimento escolar, tornando necessária a formação de turmas de educação especial. Para as esferas policiais e judiciárias recairão a vigilância e implementação de medidas socioeducativas para aqueles que adotarem comportamentos delinquentes e violentos.

A SAÚDE E O BULLYING <

Sofrer *bullying* pode ser um fator predisponente importante para a instalação e manutenção de sinais e sintomas clínicos (**Tabelas 1, 2 e 3**). A identificação de algumas dessas queixas pode ser indicativa de maus-tratos perpetrados por colegas, demonstrando a necessária atenção dos profissionais de saúde^(1, 7-9).

Tabela 1
SINAIS E SINTOMAS POSSÍVEIS DE SEREM OBSERVADOS EM ALVOS DE BULLYING

• Enurese noturna
• Alterações do sono
• Cefaléia
• Dor epigástrica
• Desmaios
• Vômitos
• Dores em extremidades
• Paralisias
• Hiperventilação
• Perda da memória
• Queixas visuais
• Síndrome do intestino irritável
• Anorexia
• Bulimia
• Sonolência
• Isolamento
• Tentativas de suicídio
• Irritabilidade
• Agressividade
• Ansiedade
• Histeria
• Depressão
• Pânico
• Relatos de medo
• Transtornos fóbicos
• Resistência em ir à escola
• Tristeza
• Insegurança por estar na escola
• Queda do rendimento escolar
• Atos deliberados de auto-agressão

Raramente o adolescente procurará o pediatra com a clara compreensão de ser ele autor ou alvo de *bullying*, pois a relação com seus possíveis efeitos raramente é evidente. No entanto a atenção quanto a essa possibilidade facilita a identificação dos fatores de risco e de possíveis psicopatologias, além de permitir que a família seja adequadamente esclarecida e orientada.

Tabela 2
SINAIS E SINTOMAS POSSÍVEIS DE SEREM OBSERVADOS EM AUTORES DE BULLYING

• Alterações de comportamento
• Consumo de álcool
• Consumo de drogas
• Maus-tratos
• Vulnerabilidade genética
• Comportamento de risco
• Lesões cerebrais pós-trauma
• Síndrome de estresse pós-traumático
• Falência escolar

Tabela 3
SINAIS E SINTOMAS POSSÍVEIS DE SEREM OBSERVADOS EM ALVO-AUTORES DE BULLYING (ALÉM DOS JÁ CITADOS)

• Hiperatividade
• Déficit de atenção
• Agressividade
• Desordem de conduta
• Depressão
• Dificuldades de aprendizado

Por não existirem métodos diagnósticos que indiquem a existência de *bullying* como fator predisponente de alguma alteração de comportamento ou psicossomático, cabe ao pediatra buscar informações sobre os riscos de origem familiar, comunitária ou escolar. A avaliação do desenvolvimento escolar do adolescente não deve ser baseada apenas na sua capacidade de aprendizado, mas também no desenvolvimento de suas habilidades sociais. Para isso torna-se necessário que sejam feitas diretamente ao paciente perguntas sobre seu sentimento em relação a escola, seus colegas, seu ciclo de amizades e sobre atividades relacionadas a atitudes agressivas, físicas ou morais, seja como autor, alvo ou testemunha.

Avaliações psiquiátricas e/ou psicológicas podem ser necessárias e devem ser garantidas nos casos em que o adolescente demonstrar alterações de personalidade, agressividade, depres-

são ou ansiedade de forma intensa, distúrbios de conduta, ou se mantenham, por longo período, na figura de autor, alvo ou alvo-autor, lembrando que os alunos alvo-autores compõem o grupo de maior risco para o desenvolvimento de alterações psiquiátricas.

A investigação sobre o consumo de álcool e drogas também deve fazer parte da anamnese, sendo observado com maior frequência naqueles que desempenham os papéis de autor ou alvo-autor de *bullying*.

As famílias devem ser orientadas quanto à existência do problema e esclarecidas sobre suas

possíveis consequências em curto e médio prazos.

CONCLUSÃO

Atos de *bullying* são universais. Não há escola sem *bullying* e não há estratégias capazes de extinguir esse tipo de comportamento entre os estudantes. No entanto, conhecer o problema e saber orientar adolescentes e famílias sobre seus riscos e consequências torna-se mais um ato de promoção da saúde que não pode ser ignorado pelos pediatras.

REFERÊNCIAS

1. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Understanding violent behavior in children and adolescents. Washington DC, American Academy of Child & Adolescent Psychiatry; AACAP Facts for Families no 55. Available from: URL:<http://www.aacap.org/publications/factfam/behavior.htm>. Access in 9 set. 2005.
2. Bauer NS, Lozano P, Rivara FP. The Effectiveness of the Olweus Bullying Prevention Program in Public Middle Schools: a controlled trial. *J Adolesc Health*. 2007; 40: 266-74.
3. BBC News. Warning over "bullying by mobile". BBC news. 2005 Jun 7. Available from: URL:http://www.news.bb.co/2/hl/uk_news/education/4614515.stm.
4. Bond L, Wolfe S, Tolut M, Buttler H. A Comparison of the Gatehouse Bullying Scale and the Peer Relations Questionnaire for Students in Secondary School. *J of School Health*. 2007; 77(2): 75-9.
5. Fekkes M, Pijpers FI, Verloove-Vanhorick SP. Bullying: who does what, when and where? Involvement of children, teachers and parents in bullying behavior. *Health Educ Res*. 2005; 20: 81-91.
6. Liang H, Flisher AJ, Lombard CJ. Bullying, violence and risk behavior in South African school students. *Child Abuse & Neglect*. 2007; 31: 161-71.
7. Lopes Neto AA, Saavedra LH. Diga não para o bullying. ABRAPIA. 2004.
8. Lopes Neto AA. Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. *J Pediatr (Rio J)*. 2005; 81(5 Supl): S164-72.
9. Lyznicki JM, McCaffree MA, Rabinowitz CB. American Medical Association, Chicago, Illinois. Childhood bullying: Implications for physicians. *Am Fam Physician*. 2004; 70: 1723-8.
10. National Crime Prevention Council, Cyberbullying Research Report. 2006.
11. Salmivalli C, Lagerspetz K, Björkqvist K, Österman K, Kaukiainen A. Bullying as a group process: Participant roles and their relations to social status within the group. *Aggressive Behavior*. 1996; 22: 1-15.
12. Smith PK. Bullying: recent developments. *Child and Adolescent Mental Health*. 2004; 9: 98-103.
13. Taki M. Japanese school bullying: ijime. Available from: URL:<http://www.nier.go.jp/a000110/StressModel5.pdf>, em 14/6/2007.
14. U.S. Secret Service National Threat Assessment Center. Safe School Initiative. An Interim Report on the Prevention of Targeted Violence in Schools. 2000.
15. Werle GD. Taking steps to promote safer schools. *J School Health*. 2006; 76(4):156-8.
16. Willard N. Educator's guide to cyberbullying and cyberthreats. Center for Safe and Responsible Use of the Internet. 2007.

INFORMAÇÕES GERAIS

A revista *Adolescência & Saúde* é uma publicação oficial do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com periodicidade trimestral. Aceita matérias inéditas para publicação na forma de artigos originais, artigos de atualização e relatos de casos.

Os textos devem vir acompanhados de carta assinada pelo autor principal e por todos os co-autores para serem avaliados pelo Conselho Editorial e receberem aprovação para publicação.

Os trabalhos devem ser enviados para: *Adolescência & Saúde* – Boulevard 28 de Setembro 109/fundos – Pavilhão Floriano Stoffel – Vila Isabel – CEP 20551-030 – Rio de Janeiro-RJ – Tels.: (21) 2587-6570 / 2587-6571 – Fax: (21) 2264-2082 – e-mail: revadol@uerj.br; ou para Diagraphic Editora – Av. Paulo de Frontin, 707 – Rio de Janeiro-RJ – CEP 20261-241 – a/c Jane Castelo – e-mail: editora@diagraphic.com.br.

SEÇÕES DA REVISTA

A revista publica os seguintes trabalhos:

- artigos originais, sejam prospectivos, experimentais ou retrospectivos;
- artigos de revisão, inclusive metanálises, comentários editoriais e cartas de opiniões, quando solicitados a membros do Conselho Editorial;
- resumos de teses apresentadas e aprovadas nos últimos 12 meses. Os mesmos deverão ter, no máximo, duas laudas (de 2.100 caracteres, com espaços), incluindo, no mínimo, três palavras ou expressões-chave. O resumo deverá ser enviado em disquete. Em arquivo separado, apresentar o nome completo do autor e do orientador, membros da banca, data de apresentação e a identificação do serviço ou departamento onde a tese foi desenvolvida e apresentada;
- relatos de casos de grande interesse e bem documentados clínica e laboratorialmente;
- artigos de temas livres, resumos e trabalhos apresentados em eventos científicos.

APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS

É necessário que os trabalhos sejam apresentados em três vias, em páginas separadas e numeradas no ângulo superior direito. Os artigos deverão ser enviados com no máximo dez laudas (de 2.100 caracteres, com

espaços), sem contar as referências. Para os artigos que contenham gráficos ou fotos, o número de laudas deverá ser menor, dependendo da quantidade de imagens. Devem ser também gravados e apresentados em disquete, mencionando-se o nome do arquivo e do software utilizado e a versão.

Devem vir acompanhados de carta do autor principal, autorizando a sua publicação e com a sua assinatura e a de todos os co-autores. O artigo passa a ser propriedade da revista, e as opiniões emitidas nos trabalhos são de responsabilidade única dos autores.

a) Primeira página:

- título do artigo;
- nome(s) do(s) autor(es) e titulação(ões);
- nome do serviço onde foi realizado o trabalho;
- endereço, número de telefone, fax e e-mail do autor principal.

b) Segunda página:

- resumo com, no máximo, 200 palavras;
- unitermos, no máximo cinco, formulados com base no vocabulário estruturado DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), que pode ser encontrado no endereço eletrônico www.bireme.br.

c) Terceira página:

- título em inglês;
- abstract;
- key words.

d) Quarta página:

- carta do autor principal, autorizando a publicação e com sua assinatura e a de todos os co-autores.

e) Texto:

- os artigos originais devem obedecer à seguinte sequência: Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão. Referências bibliográficas: no máximo 20;
- os artigos de atualização podem ou não ter subtítulos. Referências bibliográficas: no máximo 30;
- os relatos de caso devem obedecer à seguinte sequência: Introdução, Apresentação do Caso, Discussão e Conclusão. Referências bibliográficas: no máximo cinco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Devem ser ordenadas alfabeticamente, com base no último sobrenome do autor principal, e numeradas. As citações serão identificadas no texto por suas respectivas numerações sobrescritas. Para apresentação das referências, devem ser adotados os critérios do International Committee of Medical Journal Editors. Exemplos:

a) Artigos em periódicos:

Dupont W, Page D. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. *N Engl J Med*. 1985; 312: 146-51.

Obs.: Quando houver mais de seis autores, devem-se mencionar os três primeiros seguidos de *et al*.

b) Capítulos de livros:

Swain SM, Lippman ME. Locally advanced breast cancer. In: Bland KI, Copeland EM. *The Breast. Comprehensive management of benign and malignant diseases*. Philadelphia: WB Saunders. 1991; 843-62.

c) Livros:

Hughes LE, Mansel RE, Webster DJT. *Benign disorders and diseases of the breast. Concepts and clinical management*. London: Baillière-Tindall. 1989.

d) Referências de trabalhos apresentados em evento:

Tarricone V, Novaes SP, Pinto RC, Petti DA. Tratamento conservador do câncer de mama. XI Congresso Brasileiro de Mastologia. Foz do Iguaçu; 1998.

e) Referências de trabalhos de autoria de entidade:

American Medical Association. Mammographic criteria for surgical biopsy of nonpalpable breast lesions. Report of the AMA Council on Scientific Affairs. Chicago: American Medical Association. 1989; 9-20.

f) Referências de teses:

Narvaiza DG. Expressão do antígeno nuclear de proliferação celular (PCNA) no epitélio da mama de usuárias e não-usuárias de anticoncepcional hormonal combinado oral. São Paulo: 1998. Tese de Mestrado, Unifesp-EPM.

g) Artigos de periódico em formato eletrônico:

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1(1): [24 screens]. Available from: URL:<http://www.ede.gov/neidod/EID/eid.htm>.

papel, e as despesas com eventual reprodução de fotografias coloridas correrão por conta dos autores. Fotos eletrônicas só serão aceitas em formato jpg com 300dpi de resolução. Os desenhos em traço precisam ter qualidade profissional para permitir sua reprodução.

PONTOS A CONFERIR



Antes de enviar seu artigo para publicação, verifique os seguintes pontos:

1. O resumo está de acordo com o *abstract*?
2. Os unitermos estão de acordo com as *key words*?
3. Na terceira página consta o título em inglês?
4. A carta de autorização para publicar o artigo, com a assinatura do autor e dos co-autores, foi enviada?
5. A divisão de tópicos está correta?
6. O artigo está dentro do número máximo de laudas?
7. Referências
 - a) O número de referências está correto?
 - b) Todos os artigos citados no texto estão presentes nas referências?
 - c) Todos os artigos presentes nas referências estão citados no texto?
 - d) Os artigos estão digitados de acordo com as normas da revista?
 - e) Os nomes dos autores estão em ordem alfabética?
8. Tabelas
 - a) As legendas são auto-explicativas?
 - b) As tabelas apresentam autores que não estão presentes nas referências?
9. Figuras e fotos
 - a) As legendas são auto-explicativas?
 - b) Todas as figuras e fotos estão citadas no texto e vice-versa?
10. Os valores numéricos (principalmente porcentagens) estão calculados corretamente?
11. O disquete a ser enviado contém todo o texto do artigo em Word?
12. As fotos eletrônicas estão em formato jpg com 300dpi?



ILUSTRAÇÕES

Solicita-se que tabelas, gráficos, figuras e fotografias sejam apresentados em folhas separadas, com legendas individualizadas, ao final do trabalho. Preferencialmente as fotografias devem ser em preto-e-branco, em *slide* ou

3ª CAPA
ANÚNCIO INICOX

4ª CAPA
ANÚNCIO GYNOPAC PLUS