

# ADOLESCÊNCIA & SAÚDE

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL

volume 1 ■ número 3 ■ setembro 2004

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

- > Abordagem sistêmica em saúde dos adolescentes e suas famílias
- > Amamentação na adolescência: utopia ou realidade?
- > Fatores associados à iniciação sexual genital: estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro
- > O adolescente cardiopata e sua relação com a doença crônica: 'Eu tenho um problema'
- > Quebrando o silêncio sobre o abuso sexual
- > O processo de entrevistar em casos de abuso sexual. Parte I: entrevistando menores vítimas de abuso sexual

# 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

**Diretora:** Maria Helena Ruzany  
**Coordenador da Atenção Terciária:** José Henrique Aquino  
**Coordenadora da Atenção Secundária:** Isabel Cristina Bouzas  
**Coordenadora da Atenção Primária:** Carmen Maria Raymundo

## ➤ Conselho Editorial

**Editora:** Isabel Cristina Bouzas  
**Editora-Científica:** Evelyn Eisenstein  
**Co-Editores:** Andréa Pacheco, Kátia Nogueira  
**Colaboradores:** Celise Meneses, Cláudia Braga, Cláudio Abuassi, Eloisa Grossman, Flávio Stanjzbock, José Augusto Messias, Márcia Soares, Maria Cristina Kuschner, Marília Mello, Rejane Araújo, Selma Correia, Stella Taquette  
**Conselho Consultivo:** Darci Bonneto, 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):** Ana Maria Perez

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



Núcleo de Estudos da  
Saúde do Adolescente



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**

---

> EDITORIAL .....	5
> ABORDAGEM SISTÊMICA EM SAÚDE DOS ADOLESCENTES E SUAS FAMÍLIAS ..... <i>Helena Fonseca</i>	6
> AMAMENTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: UTOPIA OU REALIDADE? ..... <i>Silvina Beatriz Durhand</i>	12
> FATORES ASSOCIADOS À INICIAÇÃO SEXUAL GENITAL: ESTUDO TRANSVERSAL COM ADOLESCENTES NO RIO DE JANEIRO ..... <i>Stella R. Taquette; Marília Mello de Vilhena; Mariana Campos de Paula</i>	17
> O ADOLESCENTE CARDIOPATA E SUA RELAÇÃO COM A DOENÇA CRÔNICA: 'EU TENHO UM PROBLEMA' ..... <i>Maria Cristina Caetano Kuschnir</i>	22
> QUEBRANDO O SILÊNCIO SOBRE O ABUSO SEXUAL ..... <i>Evelyn Eisenstein</i>	26
> O PROCESSO DE ENTREVISTAR EM CASOS DE ABUSO SEXUAL. PARTE I: ENTREVISTANDO MENORES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL ..... <i>Victoria Lidchi</i>	30
> NORMAS EDITORIAIS .....	35
> PESQUISA DE OPINIÃO .....	37

---

# Adolescência

Sendo a adolescência uma fase de transição entre a pediatria, a clínica médica e outras especialidades, os problemas desta faixa etária ficaram durante muitos anos sem uma posição claramente definida na organização do sistema de saúde.

Devido principalmente a resistências, preconceitos e desconhecimentos específicos, a assistência ao adolescente permaneceu relegada às crises de emergência e a atendimentos de pronto-socorro.

Em anos recentes, com a conscientização de vários setores da sociedade e a elaboração de programas de incentivo ao atendimento do adolescente no sistema de saúde, tivemos o início da reversão desse quadro.

Atualmente existem no país diversos serviços organizados visando a um atendimento integral à saúde do adolescente e de suas famílias, assim como programas de prevenção em escolas e comunidades.

Apesar dessa evolução, ainda existem muitas dificuldades a serem superadas. Embora a adolescência seja entendida como uma etapa fisiológica do desenvolvimento, o adolescente ainda é fragmentado e estereotipado pelo seu comportamento, gerando reações nos profissionais de saúde que dificultam a relação médico/paciente, binômio fundamental para o atendimento.

A área da sexualidade, sendo de importância fundamental para a maturação física, social e psicológica, devido às suas características polêmicas, torna-se um dos temas de mais difícil abordagem e também contribui para criação de situações de risco entre o adolescente e a sociedade. Os novos meios de comunicação, principalmente a internet, além de influenciar o comportamento do adolescente, podem ser mais um fator de distorção da sexualidade.

Dentro desse tema, talvez a abordagem mais difícil seja quanto à violência e ao abuso sexual, que alcançam grande incidência em nosso país. Torna-se cada vez mais necessário que os profissionais estejam atentos a essa situação, no sentido de rastreamento, prevenção, diagnóstico e conduta.

A revista *Adolescência & Saúde*, unida à Associação Brasileira de Adolescência (ASBRA), inicia, neste número, uma parceria com a International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN) para a divulgação dos conhecimentos sobre prevenção da violência e do abuso sexual. É necessário apoiar o fortalecimento de uma rede integrada/interligada entre os profissionais da área de saúde para diminuirmos as taxas vergonhosas e subestimadas de abuso sexual em nosso país.

---

*Isabel Bouzas e equipe*  
Coordenação da Atenção Secundária do NESA

*Walter Marcondes Filho*  
Presidente da ASBRA (2003-2006)

Helena Fonseca

# Abordagem sistêmica em saúde dos adolescentes e suas famílias

*No coração da terapia sistêmica reside a suposição de que os seres humanos, na sua interação uns com os outros, fazem convites para se juntarem numa dança de adaptação mútua.*

Jones, 1998

## INTRODUÇÃO

Podemos definir as grandes alterações que ocorrem na adolescência em três níveis:

- mudanças ao nível do corpo;
  - alteração nas relações com os pares;
  - modificação do modelo relacional com os pais.
- A construção psicológica do adolescente tem em conta a sua história pessoal e as suas novas competências sexuais, cognitivas e sociais. O meio familiar, tal como o social, permite fazer a ponte entre os espaços psíquico e somático, que são indissociáveis. O que acontecer num subsistema no qual o adolescente esteja envolvido perturbará o que acontecerá nos outros.

O conhecimento dos marcos do desenvolvimento psicológico e o estudo das teorias sistêmicas têm ajudado muito a entender a dinâmica da relação do adolescente com os vários subsistemas em que se move.

As tarefas da adolescência poderão ser facilitadas ou, pelo contrário, dificultadas pelo sistema familiar. A família é um sistema aberto em constante interação com o meio. As diferentes fases do ciclo de vida implicam a realização de tarefas próprias, havendo necessidade de reestruturação do sistema para desempenhá-las.

A estrutura familiar tem essencialmente duas vertentes: uma homeostática, favorecedora da permanência e da continuidade, e outra transforma-

dora, que consiste na capacidade que tem a família de viver as crises adaptativas e reencontrar um novo equilíbrio. Assim, poderemos entender a *crise* como algo que não é, em si mesmo, necessariamente patológico. A *cristalização do sintoma*, isso sim, é que poderá ser sinal de patologia.

Numa família com adolescentes assiste-se a uma mudança na relação pais/filhos, a um aumento da flexibilidade das fronteiras familiares, a uma nova focagem na vivência do casal. Trata-se habitualmente de um período da vida profissional muito exigente para os pais. Há também um deslocamento progressivo das preocupações da família para as gerações mais velhas e, na fase final, assiste-se a uma preparação para a saída dos filhos, dando origem à chamada *síndrome do ninho vazio*. Atualmente a tendência é de que esta saída se dê mais tarde, comparativamente ao que acontecia na geração dos pais.

Por outro lado, com o emergir das novas formas de família, o seu conceito transformou-se em algo bem mais abrangente, obrigando a um reenquadramento social.

Está descrito que é nos períodos de transição entre as diferentes fases do ciclo de vida que mais freqüentemente surgem sinais de mal-estar e que o sistema familiar, reconhecendo a sua dificuldade de mudança, pode pedir ajuda. A fase do ciclo de vida familiar caracterizada pela adolescência dos filhos é reconhecidamente um período de grande vulnerabilidade para o sistema.

O adolescente, quando recorre aos serviços de saúde, pode ser o portador do sintoma da família, o elemento que leva a família a pedir ajuda. É essencial enquadrar o sintoma no contexto familiar para ajudar a modificá-lo. Quantas vezes não coincide a adolescência dos filhos com uma fase mais cinzenta da vida em que os pais questionam a sua

*Pediatra; terapeuta familiar; coordenadora da Unidade de Adolescentes do Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal; assistente convidada da Faculdade de Medicina de Lisboa; vice-presidente da International Association for Adolescent Health (IAAH).*

relação enquanto casal? Poderá então lhes ser mais fácil procurar ajuda através do filho adolescente (que poderá até estar tendo uma adolescência perfeitamente normal!), em vez de pedi-la diretamente para si próprios!

### > **QUAL DANÇA DE ADAPTAÇÃO MÚTUA... (RELATO DE UMA TERAPIA FAMILIAR)**

Ricardo tem 17 anos e é filho único. Os pais, na quarta década da vida, têm bom relacionamento entre si. O pai trabalha numa empresa de informática e a mãe é secretária. Vivem os três em Lisboa. Ricardo frequenta o 11º ano pela segunda vez numa escola secundária próxima de casa. O motivo da vinda à consulta foi claramente expresso pelos pais logo no nosso primeiro encontro: "A vida tornou-se um inferno!". Segundo eles, Ricardo fora uma criança que nunca dera grandes problemas até cerca de dois anos antes, quando começou a se desinteressar pelos estudos, a não respeitar minimamente as regras de casa e a andar com companhias que não eram do agrado dos pais. Tentei que especificassem um pouco melhor. Ricardo, até o 9º ano, tinha sido um aluno razoável. Teve grandes dúvidas em relação a que agrupamento escolher, tendo-se finalmente decidido, não muito convencido, pelo agrupamento de artes. No décimo ano iniciou um percurso de desinteresse escolar progressivo; faltava frequentemente à escola, mentindo sobre isso aos pais, passava os dias em jogos no computador, não respeitava as horas de chegada a casa previamente acordadas. Deitava-se invariavelmente tão tarde, que no dia seguinte não era capaz de se levantar, sempre faltando ao primeiro tempo. Os pais ensaiaram vários modos de interagir com o filho, dialogando, negociando, mas nada parecia dar resultado. Passou para o 11º ano reprovado em uma disciplina, e esse ano correu ainda pior. Começou a ir a discotecas às sextas e aos sábados à noite e a regressar a altas horas da madrugada. Combinava que vinha às 4 horas e chegava às 8 horas da manhã. Os pais iniciaram então um sistema de multas em que a semanada era diminuída ou pura e simplesmente retirada, ou então proibiam-no de sair no fim de semana seguinte. Nenhuma dessas medidas adiantou.

Ricardo saía assim mesmo. Da primeira vez saiu de casa depois de os pais já estarem dormindo e tocou à porta no dia seguinte de manhã como se nada tivesse acontecido. Teve um castigo que resultou em nova retaliação. Deixou de ir à escola durante uma semana e ameaçou afirmando que, se o castigo continuasse, deixaria de vez de frequentar a escola. Os pais, considerando a escola um ambiente protetor e com medo de que, não indo, Ricardo ficasse com o tempo excessivamente livre para se relacionar com as tais más companhias, suspenderam o castigo. Em determinada ocasião, a mãe começou a esconder os acontecimentos mais graves do pai no sentido de o proteger. Disse que chegou a temer pela sua saúde, pois ele ficava completamente perturbado com os disparates de Ricardo.

Enquanto os pais falavam, Ricardo alternava um ar de desafio com algum grau de embaraço. Quando pedimos o seu relato da situação, afirmou ser verdade o que os pais tinham dito, que não gostava de estudar, mas que achava que eles o controlavam demais.

Na primeira entrevista começamos com a fase de acolhimento, na qual foi dado tempo a cada membro da família para que se apresentasse; seguiram-se a fase de exposição do problema, a de interação, em que foi possível perceber como estavam definidos os níveis de poder, e, finalmente, a de definição de objetivos, quando se fez um contrato terapêutico.

Apercebemo-nos de que aqueles pais estavam exaustos. Percebia-se que adoravam o filho, mas que estavam profundamente magoados e desiludidos com ele. E, sobretudo, achavam que já tinham ensaiado tudo e que nada resultava.

A sensação de aparente não-solução, a simetria de atuação por parte dos pais e do Ricardo, a necessidade de evitar mais problemas do filho fizeram com que, no final desta sessão, a nossa prescrição fosse pedir que, até a sessão seguinte, não fizessem nada diferente do que tinham feito até aquela data. Propusemos que, até lá, imaginassem como se podia, numa dada situação, lidar com ela de modo diferente, não-previsível. Pedimos para que não o fizessem para já, que ensaiassem apenas dentro das suas cabeças.

Na sessão seguinte foi o pai quem tomou primeiro a palavra: "Neste momento, parece-me que

o Ricardo não pertence sequer à nossa família, chega em casa na hora de jantar, senta-se à mesa e, quando ainda estamos começando, ele já acabou, levanta-se e vai ver televisão ou jogar no computador. E quando lhe dizemos: 'Não vais nada te levantar, ficas aí até acabarmos de comer', parece que enlouquece. Um destes dias, disse-lhe: 'Ouvi dizer que andas faltando às aulas'. E Ricardo respondeu: 'Não ando nada'. 'Andas sim, senhor, telefonaram-me da escola perguntando se estavas doente.' 'Está bem, faltei às aulas, e depois? Não tem nada a ver com isso. É comigo ou não é?' 'E o que andaste fazendo?' 'Nada.' 'Mas eu quero saber onde estiveste, com quem e fazendo o quê. Não se falta às aulas por nada.' 'Não estive em lado nenhum, com ninguém, nem fazendo nada.' 'Vou conversar sobre isto com a tua mãe e pôr-te de castigo.' 'Grande coisa, podem pôr-me de castigo à vontade.' "

Perguntamos a Ricardo o que ele gostaria de ver mudado na família, tendo em conta, evidentemente, o seu ponto de vista. Respondeu que gostaria que não houvesse tantas discussões. Continuamos: "A impressão com que ficamos da última sessão foi de que o Ricardo adquiriu uma posição muito poderosa na família. Achemos que o modo que ele encontrou para manter esse poder foi através de, sempre que os pais dizem não, perguntar por que e, apesar das suas explicações, nunca obedecer".

De fato, os pais estavam sempre desejosos de explicar tudo. Eram ambos muito racionais. Provinham de famílias assaz rígidas e tiveram sempre o desejo de educar o filho num espírito de diálogo. E era aí que estava o grande trunfo de Ricardo. Ao envolvê-los numa discussão e persistir na sua teimosia, eles desistiam em puro desespero e acabavam por deixar Ricardo fazer o que lhe apetecia. Ricardo tinha o poder de os deixar completamente sem saber o que pensar e fazer. Podiam começar dizendo não, mas Ricardo sabia exatamente o que fazer para transformar esse não em sim.

Nessa sessão utilizamos, na tentativa de melhor organizar a informação, o questionamento circular. Perguntamos à mãe, por exemplo, o que ela achava que o pai gostaria de dizer a Ricardo e que nunca tivesse dito.

Dissemos então a Ricardo que, do nosso ponto de vista, era estúpido desistir desse poder que tinha conseguido com tanta eficácia. Fizemo-lo, no entanto, ver que esse poder tinha um preço muito

elevado, posto que tinha de mostrar sempre uma grande raiva e, no extremo, se calhar, teria de ser institucionalizado. Poderia, porém, habituar-se a isso e até não se importar. Acrescentamos que aquilo que nos restava fazer era ajudar os pais a se habituarem com essa idéia e que, para tal, não precisávamos da presença dele na sessão, pelo que o convidávamos a sair.

A prescrição do sintoma (a que Palazzoli denominou de prescrição paradoxal) e o absurdo do pedido para que saísse (então eu, que sou o paciente, sou dispensado, não faço falta?) fizeram com que ficasse atônito e saísse após ligeira hesitação.

Logo que Ricardo saiu, dirigimo-nos aos pais e perguntamos se tinham conseguido pensar em maneiras diferentes de lidar com a situação. A mãe manifestou rapidamente a sua impotência: "Não consigo pensar em nada, não sei o que fazer". O pai disse que tinha oscilado entre tentar ser razoável com Ricardo e, nas situações mais extremas, mostrar-lhe força. Admitiu, no entanto, que ambas as técnicas tinham falhado. Ricardo revelava sempre ter mais força.

Combinamos então que mudaríamos a atitude de força para fraqueza, ou seja, os pais iriam aparentar muito cansaço, não conseguindo fazer as coisas eficazmente como antes. Iriam deixar de aparecer na geladeira os alimentos da preferência de Ricardo e que habitualmente estavam disponíveis; a mãe por vezes ia esquecer-se de fazer o jantar; se Ricardo lhes pedisse para recarregar o celular, os pais diriam que não sabiam onde tinham deixado o cartão do banco; etc. Deixariam também de discutir com Ricardo.

A nossa estratégia de intervenção baseada nesta técnica de sabotagem benigna teve como objetivo induzir a confusão de papéis. Utilizou-se também a conotação positiva em que se redefiniu de forma positiva o comportamento sintomático. Recorremos ainda a uma metáfora nessa sessão. Contamos uma história para que os pais se identificassem com ela, pretendendo que tivessem uma visão alternativa da consequência dos comportamentos de Ricardo. No final da sessão, tornamos bem explícito que acreditávamos fortemente nas potencialidades da família.

Na sessão seguinte, os pais mostravam um estado de espírito mais positivo. Contaram que

Ricardo, perante esta mudança de estratégia, tinha ficado completamente frustrado. Ao ter de se questionar sobre o que se estaria passando, sem compreender, deve ter imaginado que os pais não eram tão poderosos assim. Foi necessário que eles se mostrassem simultaneamente menos compreensivos e menos poderosos para que Ricardo se mostrasse também menos seguro e poderoso. Na ausência de Ricardo, utilizou-se nessa sessão, e nas seguintes, a metodologia da cadeira vazia, com a intenção de exteriorizar o problema.

A terapia manteve-se durante mais três sessões neste tipo de registro. Ensaíamos expandir o sintoma, na perspectiva de o problema levado para a terapia não ser o único da família, deixando assim de estar tão centrado em Ricardo. Whitaker descreve, na sua terapia experimental-simbólica, as batalhas pela estrutura e pela iniciativa por nós aqui utilizadas. Foi efetivamente com esta última que conseguimos estabelecer a aliança terapêutica.

Para Whitaker, uma família saudável, enquanto organismo social aberto, é dinâmica, há clara separação de gerações, podem-se viver triangulações e coalizões, mas tem capacidade para utilizar as crises como forma de crescer. Segundo este autor: "Todos os mecanismos que consideramos patológicos e que são indicadores de famílias não-saudáveis são encontrados em todas as famílias ditas normais. A diferença está na intensidade, na rigidez e no momento de aparecimento dos problemas".

Numa das sessões combinamos que, sempre que Ricardo fosse mal-educado com a mãe, o pai dar-lhe-ia dois euros, sem dizer nada, e se o Ricardo perguntasse o porquê, ele não responderia e simplesmente deixaria ficar os dois euros.

Os pais deixaram, assim, de discutir com Ricardo. Respondiam às perguntas/exigências com frases do tipo "vamos pensar nisso, logo se vê", ou então mostravam um ar desamparado, perdido, não chegando a dar qualquer resposta. A prescrição paradoxal induziu no Ricardo uma perplexidade imensa. Segundo os pais, Ricardo começou a aparentar não ter a certeza de nada, muito menos dele próprio.

À sexta sessão, o pai disse que parecia que tinha o filho que sempre conhecera de volta. Falamos então das recaídas e do perigo de voltar ao padrão de relacionamento antigo. Era notório que os pais se tinham tornado mais confiantes na sua capaci-

dade de lidar com a situação e também mais unidos no modo de atuar em face do comportamento do filho. Quanto a Ricardo, parecia que tinha necessidade dessas dúvidas e de insegurança para encontrar o seu caminho.

A abordagem estrutural entende a família enquanto um sistema aberto em transformação. A família existe para o indivíduo e este existe para a família, à qual tem de se adaptar, deparando-se frequentemente com dificuldades. Se analisarmos a família de Ricardo sob uma perspectiva estrutural, percebemos que há três subsistemas presentes: o conjugal, o parental e o filial. Os padrões transacionais têm a ver com as fronteiras de um subsistema, as regras que definem quem participa e do que participa. Olhando para esse mapa estrutural, o que se pretende é a mudança para um sistema funcional. Era importante, tanto para os pais como para Ricardo, lidar melhor com o estresse. As estratégias de intervenção passaram por um desafio ao sintoma, com efetivação de padrões, focalização e intensificação. Num segundo tempo, houve um desafio à estrutura com delimitação de fronteiras, desequilíbrio e complementaridade, no sentido de diminuir o emaranhamento. Tentamos assim restabelecer os canais de comunicação, a dança com a família de que falava Minuchin. O desafio à realidade familiar consistiu na reformulação de sua construção, utilizando as forças da família e os paradoxos. O terapeuta uniu-se à família numa posição de liderança, com o objetivo de promover a mudança. Iniciou-se uma terapia por etapas em que a prioridade foi estabelecer fronteiras entre as gerações. Foi utilizada a teoria da mudança, segundo a escola estratégica (Haley, Palazzoli), tendo-se trabalhado aquilo que Haley designou de triângulo perverso. Havia efetivamente três pessoas com diferentes níveis de poder. A mãe fazia notoriamente duas coalizões transgeracionais, ora associando-se ao pai para combater os comportamentos de Ricardo, ora aliando-se a Ricardo para proteger o pai.

## A ABORDAGEM SISTÊMICA EM SAÚDE DOS ADOLESCENTES (REPENSANDO UM NOVO PARADIGMA)

Alguns pais, durante a adolescência dos filhos, passam por fases verdadeiramente difíceis.

Torna-se urgente apoiá-los para que se sintam menos perdidos e menos sozinhos nas suas vivências.

Quando vejo pais muito desesperados, costumo propor que façam um esforço de memória e tentem lembrar-se das suas próprias adolescências. Ajudo-os também a refletir sobre esta travessia do deserto, este terreno movediço em que o adolescente se move, com alguns avanços e muitos recuos. Muitas vezes é para se libertar dessa angústia e do sofrimento que estes recuos lhe causam que descarrega nos pais a sua agressividade. Urge descobrir espaços em que a partilha destas experiências seja possível e onde os pais possam encontrar algum suporte. *Também se aprende a ser mãe ou pai de um adolescente!*

Na fase intermédia da adolescência, a presença do grupo é grande, constituindo muitas vezes motivo de preocupação para os pais. Aquilo que habitualmente intitulamos de *grupo de pares* é, na adolescência, um grupo de jovens de idades semelhantes, com interesses e necessidades também semelhantes, cujos membros preferem passar mais tempo uns com os outros do que com as suas respectivas famílias. No grupo de pares, o adolescente como que dilui a sua identidade, veste-se, fala e comporta-se como os do grupo. Aqui ganha segurança à custa de ter comportamentos semelhantes aos dos outros. Ao ser integrado pelo grupo, reforça também a sua auto-estima. Os pais tendem a ver o grupo de pares como algo ameaçador, como uma influência negativa na vida do adolescente. Em alguns casos talvez o seja, mas ele constitui, sobretudo, uma entidade na qual o adolescente pode ensaiar diferentes maneiras de ser adulto até descobrir a sua própria maneira, aquela com que se sente confortável. A maioria dos estudos aponta para o fato de o adolescente se juntar a um determinado grupo porque esse grupo preenche as suas necessidades e interesses. Era isso que se passava com Ricardo. Ao contrário do que habitualmente se pensa, o adolescente não vai escolher um grupo que o force a fazer o que não se sinta inclinado a fazer. Assim, se, por exemplo, o adolescente tem necessidade de participar de condutas de experimentação que envolvam risco, irá procurar pares que pensem de modo semelhante para conseguir obter suporte do grupo. Sob esta ótica, será complicado apontar o dedo ao grupo como responsável por condutas

que não apreciamos nos nossos filhos. Quem terá nascido primeiro, o ovo ou a galinha?

A necessidade de individuação em relação à família de origem, que muitas vezes se revela através da contestação constante, é tanto mais patente quanto mais difícil está sendo a separação. As opiniões dos pais são incessantemente questionadas e postas em causa. Se, por exemplo, os pais querem ir à igreja, o adolescente desta idade poderá dizer que não acredita em Deus e que não vê qualquer interesse em participar daquelas cerimônias sem sentido. O que o adolescente pretende com esta atitude é, sobretudo, ver como os pais reagem a este desafio e defendem as suas convicções. Algo semelhante se passa com as convicções políticas ou mesmo com a escolha das roupas.

Há, no entanto, uma ambivalência por parte do adolescente entre o desejo de contestar e ter um lugar no mundo dos adultos e a necessidade de se sentir protegido sempre que surgirem dificuldades.

A criança pequena fica feliz se a alimentarmos, se cuidarmos dela e lhe dermos carinho. Na infância, a sua representação dos pais é uma referência absoluta. Na adolescência inicia-se um percurso em que a separação das figuras parentais é um acontecimento essencial para a construção da identidade. No entanto a necessidade de autonomia que caracteriza a adolescência pode ser geradora de conflitos familiares, indo necessariamente desencadear mudanças no interior da família, com alteração de regras e descoberta, de parte a parte, de novas formas de comunicação.

As dificuldades de comunicação estão na base de muitos dos conflitos que surgem tipicamente neste período. Frequentemente há também dificuldade em se negociar regras. Coisas simples, como, por exemplo, as saídas e as horas de chegar a casa ou a quantia da mesada.

De que modo a família pode ser um fator protetor para o desenvolvimento do adolescente? Promovendo a auto-estima, abolindo o discurso negativista, deixando que os sentimentos se expressem, para permitir e dar espaço para que o adolescente descubra qual o tipo de adulto que gosta para si. Se a uma reação agressiva do adolescente respondermos também de modo agressivo, gerar-se-á um ciclo difícil de se quebrar. Se, por

outro lado, há demasiada tolerância, sem definição de regras e limites, o adolescente vê-se privado de linhas orientadoras, o que irá prejudicar o seu desenvolvimento. Se o adulto conseguir não abdicar das suas responsabilidades parentais e procurar manter uma tolerância firme, o adolescente sairá beneficiado desta regulação.

Muitas vezes, o técnico de saúde revela alguma dificuldade em passar de uma ótica individual para uma familiar. Há situações difíceis em Medicina de Adolescentes em que a passagem de uma ótica para a outra permite a adoção de modelos menos clássicos de intervenção, por vezes com bastante eficácia.

Uma entrevista clínica bem conduzida nos irá permitir perceber com quem o adolescente vive, como são as relações no seio da família, com quem estabelece relações preferenciais, com quem tem relações particularmente conflituosas, com quem se habituou a contar quando tem um problema. Segundo o modelo que utilizamos, em seguida procede-se à delimitação do problema, à análise das soluções já tentadas, à definição da mudança concreta a se efetuar e à formulação e aplicação de um plano para obter a mudança. Pretende-se assim ajudar a família a entrar nesta nova fase do ciclo de vida e ajudar o adolescente a realizar, através da modificação das relações com os pais e os pares, uma das tarefas centrais da adolescência, que é a autonomia.

Em termos de prevenção primária temos essencialmente dois objetivos:

- ajudar a família a entrar numa fase nova do ciclo de vida;

- auxiliar o adolescente a realizar as tarefas da adolescência.

Em termos de prevenção secundária temos por objetivos:

- fazer a deteção precoce de quadros psicopatológicos;
- proceder a um encaminhamento e um seguimento adequados.

É um desafio para todos nós sermos capazes de construir um modelo de saúde mais flexível e maleável em que o relacionamento com a equipe seja construído em função das necessidades reais do adolescente e da família. Urge descobrir abordagens inovadoras que nos permitam ir ao encontro das reais necessidades das famílias!

Pretendemos demonstrar como existe uma aplicabilidade exemplar, no âmbito da saúde dos adolescentes, da abordagem sistêmica, a qual pode e deve desempenhar uma mais-valia nesta área, introduzindo uma palavra inovadora na inter-relação do profissional de saúde com os vários subsistemas em que o adolescente se move. Para que possa ser uma realidade, há que se realizar capacitações profissionais, nomeadamente da área da saúde, bem como melhorar as condições de trabalho para que haja a possibilidade de pôr em prática as técnicas de intervenção sistêmica. Acreditamos que, em médio prazo, uma análise do custo/benefício, tão cara a quem nos governa nos tempos atuais, irá mostrar claramente as vantagens deste tipo de abordagem.

Neste, como em tantos outros domínios, há ainda um longo caminho a percorrer. Então vamos em frente, auxiliando os adolescentes e suas famílias!

## > REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ausloos G. A competência das famílias: tempo, caos, processo. 1. ed. Lisboa: Climepsi Editores, 1996.
2. Fonseca H. Compreender os adolescentes: um desafio para pais e educadores. 2. ed. Lisboa: Editorial Presença, 2003.
3. Malpique C. O fantástico mundo de Alice: estudos sobre a puberdade feminina. 1. ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003.
4. Minuchin S. Famílias: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
5. Minuchin S, Fishman H. Técnicas de terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
6. Sampaio D, Gameiro J. Terapia familiar. 2. ed. Porto: Edições Afrontamento, 1985.
7. Skinner R, Cleese J. Famílias e como sobreviver com elas. 1. ed. Porto: Edições Afrontamento, 1983.
8. Stratton P, Preston-Shoot M, Hanks H. Family therapy: training and practice. Birmingham: Venture Press, 1990.

Silvina Beatriz Durhand

# Amamentação na adolescência: utopia ou realidade?

## > INTRODUÇÃO

A gravidez e a maternidade na adolescência aparecem na literatura como um problema de saúde pública, dados o aumento significativo da fecundidade neste grupo etário e o fato de as meninas entre 10 e 19 anos de idade serem consideradas de risco para assumir a gravidez. Assim, a maternidade se expressa como um forte impacto biopsicossocial que se soma às profundas modificações que caracterizam este período do desenvolvimento humano. Algumas vezes, o fato de ser mãe é vivenciado como um facilitador da passagem do papel de menina para o de mãe/mulher, vinculando a representação social da maternidade à única perspectiva de vida para as jovens. Por outro lado, é rejeitado por vir a atrapalhar os planos futuros de estudo e trabalho das adolescentes. Neste contexto é assumida a maternidade e a nova mãe se vê diante de importantes escolhas, entre elas a forma de alimentar o seu bebê.

Pesquisas atuais afirmam que a amamentação é a melhor forma de alimentar os lactentes. Dito ato, às vezes definido, numa perspectiva simplista, como natural e instintivo, está biologicamente determinado e é condicionado pela história, pela cultura e pela sociedade, constituindo-se num fenômeno complexo que tem se tornado assunto de interesse para os profissionais de saúde das mais diversas áreas.

Os conhecimentos sobre a *performance* das mães adolescentes em relação à amamentação são ainda controversos. A maioria dos estudos sobre

o assunto descreve o comportamento das mães adolescentes em comparação com as mães adultas. Alguns trabalhos questionam se estas jovens mães estão fisiologicamente preparadas para amamentar e se o aleitamento poderia acarretar efeitos deletérios para o crescimento e o desenvolvimento da própria adolescente, apresentando a prática da amamentação nesta população como uma quimera, como um projeto irrealizável.

Tentaremos aqui elucidar alguns aspectos sobre amamentação e adolescência, com o objetivo de esclarecer as características desta prática, para o apoio e a promoção do aleitamento materno nesta fase tão particular.

## INCIDÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA <

Segundo Wambach *et al.* (2000), é difícil encontrar na literatura publicações com dados representativos e descritivos das taxas de amamentação em mães adolescentes. Estudos realizados nos Estados Unidos, no Canadá e na Inglaterra entre 1980 e 1995 reportam o início do aleitamento materno entre 9,5% e 58% das mulheres com menos de 20 anos. Em comparação, o índice de aleitamento materno em mulheres com mais de 20 anos ficou entre 45% e 70% no mesmo período.

Em relação à duração do aleitamento materno, nos Estados Unidos, 9,1% das mulheres com menos de 20 anos continuaram amamentando até o sexto mês, enquanto esse percentual esteve entre 15% e 34% nas mulheres com mais de 20 anos (Ryan, 1997).

Embora as evidências sejam escassas, pode-se dizer que as mães adolescentes amamentam com menor frequência e por menos tempo quando em comparação com mães adultas.

Licenciada em Fonoaudiologia; mestranda da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).  
Este trabalho é parte integrante da dissertação de mestrado da licenciada Silvina B. Durhand no Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da UERJ.

Faz-se necessária a confirmação destas suposições através de estudos nacionais.

## > ASPECTOS FISIOLÓGICOS DA AMAMENTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Embora se tenha questionado se as adolescentes estão fisiologicamente preparadas para amamentar e se o aleitamento poderia acarretar efeitos deletérios para o crescimento e o desenvolvimento da própria adolescente, várias pesquisas indicam que o leite produzido pelas mães adolescentes tem composição similar ao gerado pelas mães adultas (Brasil *et al.*, 1991; Lipsman *et al.*, 1985; Vitolo *et al.*, 1993). As diferenças encontradas na composição do leite, como níveis mais baixos de lactose (Lipsman *et al.*, 1985) e maiores de proteína (Brasil *et al.*, 1991), não resultam estatisticamente significativas. Somente o estudo conduzido por Motil *et al.* (1997) revelou maior nível de sódio no leite produzido por mães adolescentes quando em comparação com mães adultas. O colostro produzido pelas mães adolescentes só difere nos níveis de IgA e IgM, diferença esta explicada pelos altos níveis de prolactina, estrogênio e progesterona, normais na adolescência (Vitolo *et al.*, 1993). Em relação ao volume de leite, os achados são contraditórios, havendo quem afirme que as adolescentes o produzem adequadamente ao requerimento do bebê em função do ganho de peso (Lipsman *et al.*, 1985), e quem diga que estas mães produzem 37% a 54% menos leite do que as mães adultas (Motil *et al.* 1997). Estes autores questionam a capacidade fisiológica das mães adolescentes de produzir leite em quantidade suficiente em função de fatores biológicos, como maturidade de desenvolvimento e crescimento relacionados à gravidez. A relação direta entre a idade materna e a quantidade do leite produzido sugere que o processo de maturação da adolescente poderia ter impacto significativo na sua habilidade de amamentar adequadamente (Motil *et al.* 1997). Este fato tem sido vinculado ao maior índice de desmame e introdução precoce de substitutos do leite materno por mães adolescentes quando em comparação com mães adultas.

## < O PARECER DAS ADOLESCENTES NÃO-GESTANTES EM RELAÇÃO À AMAMENTAÇÃO

Vários estudos descrevem as atitudes e o conhecimento das adolescentes sobre amamentação, assim como também as futuras intenções de amamentar ou não os seus filhos quando engravidarem.

Considerando-se o aleitamento materno um comportamento socialmente aprendido, as pesquisas revelam que o fato de ter sido amamentada e/ou ter tido contato com alguém que tenha amamentado (modelo) gera atitudes positivas e influencia a decisão de amamentar futuramente (Gregg, 1989; Cusson, 1985). De modo geral, o aleitamento materno é catalogado pelas adolescentes como uma prática privada, que não deve ser feita em público nem na presença de homens e que ocasiona incômodo e desconforto. Estas atitudes negativas têm sido associadas à escolha de alimentação mista e ao uso da mamadeira como a melhor opção para alimentar o bebê (Ellis, 1983; Forrester *et al.*, 1997; Ineichen *et al.*, 1997; Wolinski, 1989). Outras pesquisas desenvolvidas com mães adolescentes revelam que elas consideram a amamentação uma prática natural e instintiva que favorece o vínculo entre mãe e filho, provê satisfação emocional para ambos e é mais prático, rápido e barato do que a alimentação com substitutos. Estas atitudes positivas têm sido associadas à escolha do aleitamento materno exclusivo como a melhor opção para alimentar o bebê (Purtell, 1994; Wolinski, 1989; Forrester *et al.*, 1997). Vários estudos apontam que as adolescentes possuem escassos conhecimentos em relação ao aleitamento materno e têm conceitos errôneos a respeito dessa prática, como: “o tamanho dos seios está relacionado à habilidade de amamentar” (Ellis, 1983), “o aleitamento materno é um comportamento instintivo, e não aprendido” (Ellis, 1983; Wolinski, 1989), entre outros. Embora a grande maioria das adolescentes considere amamentar exclusiva ou parcialmente (40%-79%) (Gregg, 1989; Ellis, 1983; Purtell, 1994; Wolinski, 1989), um grande número ainda está indeciso a respeito da melhor opção para alimentar o bebê (19%-42%) (Wolinski, 1989; Purtell,

1994). O aleitamento materno deveria ser incluído como matéria de estudo para ambos os sexos desde os primeiros graus, preparando os alunos tanto para a paternidade quanto para a vida profissional (Gregg, 1989).

### > FATORES QUE INFLUENCIAM AS ADOLESCENTES NA DECISÃO DE AMAMENTAR

Muitos dos fatores que influenciam as mulheres adultas na decisão de amamentar também afetam a dita prática entre as mães adolescentes. No entanto o conhecimento dos fatores que influem somente neste último grupo ajudará a entender melhor por que as adolescentes escolhem amamentar com menor frequência do que as adultas (Wambach *et al.*, 2000).

Para entender como as adolescentes constroem a decisão de amamentar, devemos primeiro olhá-las como adolescentes e, posteriormente, como mães (Wambach *et al.* 2000).

Nesta tomada de decisão, podem-se destacar dois tipos de fatores.

#### ■ Fatores sociodemográficos e culturais:

a) **idade materna:** adolescentes mais velhas (maiores de 16 anos) escolhem amamentar os seus filhos com maior frequência do que as mais novas (menores de 16 anos) (Ineichen *et al.* 1997; Neifert *et al.*, 1988a; Robinson *et al.*, 1993; Yoos, 1985). Os processos de desenvolvimento e amadurecimento poderiam ser chaves na decisão de amamentar entre as adolescentes (Wambach *et al.*, 2000);

b) **exposição prévia a modelos de aleitamento materno:** tanto nas mães adultas quanto nas adolescentes não-gestantes, a exposição prévia a modelos de amamentação e o fato de terem sido amamentadas influenciam favoravelmente na decisão de amamentar (Lizarraga *et al.*, 1992; Wiemann *et al.*, 1998b; Joffe *et al.*, 1987; Wiemann *et al.*, 1998a);

c) **etnia:** adolescentes de raça branca escolhem amamentar com mais frequência (67%) que as de grupos étnicos minoritários (31%) (Neifert *et al.* 1988a);

d) **rede social de apoio:** a mãe da própria adolescente e o parceiro, o pai da criança, foram reporta-

dos como as figuras que mais influenciam a decisão de amamentar, e atitudes de aprovação e apoio por parte deles foram associadas com o início da amamentação em mães adolescentes (Ineichen *et al.*, 1997; Robinson *et al.*, 1993; Wiemann *et al.*, 1998a). O profissional de saúde foi apontado como fonte de encorajamento em menor proporção do que a mãe e o parceiro da adolescente (Ineichen *et al.*, 1997; Wiemann *et al.*, 1998a; Ray *et al.*, 1984), mas também como figura desestimuladora do aleitamento materno, induzindo a introdução precoce de métodos alternativos de alimentação como a mamadeira (Wiemann *et al.*, 1998a). Segundo Katz (1999), o desconhecimento do profissional de saúde acerca do manejo adequado da amamentação reforça as dificuldades iniciais que possam se estabelecer em tal processo. A amamentação durante muito tempo foi delineada como uma prática que deveria seguir normas rígidas. Esta concepção ainda hoje é reproduzida nas orientações fornecidas às mães por muitos profissionais de saúde, discurso este pautado no desconhecimento da fisiologia da amamentação e da singularidade do leite humano;

e) **grau de escolaridade da mãe:** quando entrevistadas e consultadas sobre o tópico amamentação, as mães adolescentes com maior grau de escolaridade tiveram, em média, porcentagem maior de respostas consideradas adequadas nas questões sobre benefícios do aleitamento materno para o bebê, para a mãe e mitos e preconceitos com relação ao aleitamento (Wambach *et al.*, 2000).

■ Fatores comportamentais e atitudes que influenciam a decisão de amamentar: as mães adolescentes apresentam atitudes positivas e negativas em relação ao aleitamento materno. Embora as atitudes positivas sejam uma influência substancial na decisão de amamentar, as atitudes negativas e as barreiras colocadas pelas jovens mães em relação à lactação aparecem como os principais motivos pelos quais elas não iniciam o aleitamento.

Numa revisão bibliográfica sobre amamentação e adolescência (Wambach *et al.*, 2000), são citados como atitudes positivas para iniciar a amamentação: – benefícios do aleitamento materno para a saúde do bebê: o leite materno é melhor do que a fórmula;

- favorece o vínculo mãe/filho;
- é mais conveniente: o processo é mais fácil de se iniciar e menos complicado do que dar a mamadeira;
- é mais econômico;
- benefícios da amamentação para a saúde da mãe: dorme mais, faz com que se sinta importante, é mais natural.

As atitudes negativas ou razões para introduzir a mamadeira são:

- a amamentação é inconveniente quando exclusiva forma de alimentar a criança: a mãe perde a liberdade, deve fazê-lo sozinha, é embaraçoso;
- mudanças na imagem corporal: os seios se deformam, não se perde peso com facilidade;
- não gostam de amamentar;
- amamentar não está na moda;
- tem medo de sentir dor;
- o bebê engorda mais quando alimentado com fórmula.

Finalmente, são colocados como obstáculos ou barreiras ao aleitamento materno:

- retorno à escola ou ao trabalho;
- restrições em algumas atividades: não se pode fumar, não se pode tomar anticoncepcional;
- falta de conhecimento em relação à amamentação: fisiologia da lactação e técnicas de aleitamento materno.

## > EXPERIÊNCIAS DAS MÃES ADOLESCENTES EM RELAÇÃO À AMAMENTAÇÃO

As experiências das adolescentes em relação ao aleitamento materno apresentam algumas características em comum com as de mães adultas. No entanto esta prática adquire características únicas e especiais na população mais jovem, provavelmente devido ao nível de desenvolvimento e maturidade dessas mães.

Um grande número de estudos aponta que a maioria das adolescentes deixa de amamentar nas primeiras semanas. As razões para o desmame são similares às observadas em mães adultas: confusão de bico, dificuldades na pega, pouco leite, fissuras mamárias, ingurgitamento, mastite, bebê muito faminto.

Numa pesquisa realizada em 1996 com cem mães adolescentes atendidas pelo Programa de Assistência Multidisciplinar à Mãe e à Gestante Adolescente (PAMGA) em curso na Unidade Integrada de Saúde Hamilton Land, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, os dados revelam que a amamentação é vista como algo de bom para a saúde do bebê, além de lhe proporcionar afeto e segurança emocional. O período de amamentação ultrapassou doze meses em 34% dos casos (Maia Monteiro *et al.*, 1998).

Numa pesquisa sobre as percepções das adolescentes em relação à gravidez e à maternidade, Katz (1999) cita que as narrativas das adolescentes sobre a amamentação reforçam o nosso entendimento de que o enfoque de risco, aquele que considera a gravidez e a maternidade riscos advindos do comportamento adolescente, acarretando danos ao desenvolvimento integral tanto para a mãe quanto para a criança, é uma construção baseada no olhar que estigmatiza a mãe adolescente e a destaca da sociedade, além de contribuírem para o desmame precoce sua idade e sua suposta imaturidade. Neste sentido, o enfoque de risco reforça a responsabilidade e a culpabilidade da adolescente diante do sucesso da amamentação, permanecendo imune às inúmeras influências que a mulher sofre no ato de amamentar.

As alegações maternas para o desmame precoce observadas exclusivamente em adolescentes incluem: dificuldade em permanecer lactando após o retorno à escola ou ao trabalho e em manter a produção e a ordenha do leite quando separadas dos bebês, resistência à amamentação em público (Neifert *et al.*, 1988b) e interrupções do sono (Ellis, 1983).

Às vezes o acompanhamento psicológico faz-se necessário para que seja efetuado o desmame, pois, para as adolescentes, tal tarefa se torna difícil. Isso certamente pelo fato de reviverem, nesse momento, a própria amamentação e as dificuldades experimentadas com o desmame (Maia Monteiro *et al.*, 1998).

## CONCLUSÕES <

Os conhecimentos sobre a *performance* das mães adolescentes em relação à amamentação são

controversos. A maioria dos estudos descreve o comportamento das mães adolescentes em comparação com o das mães adultas. Chama-se a atenção sobre a escassez de pesquisas nacionais acerca deste assunto.

Considerando-se a situação de risco na qual se encontram estas jovens mães, por sua condição de adolescentes, faz-se necessário o trabalho consciente e particularizado dos profissionais de saúde

de que lidam com esta população em função da promoção e do apoio à amamentação. Acredita-se que somente através de estratégias e práticas em saúde que contemplem as necessidades, medos e dúvidas que estas mães apresentam na tentativa de amamentar poder-se-á garantir o sucesso do aleitamento materno na adolescência, promovendo a passagem da utopia à realidade.

## ➤ REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil, AL, Vitolo MR, Lopez FA, Nobrega FJ. Fat and protein composition of mature milk in adolescents. *Journal of Adolescent Health* 1991; 12: 365-71.
2. Cusson RM. Attitudes toward breast-feeding among female high-school students. *Pediatric Nursing* 1985; 11: 189-91.
3. Ellis DJ. Secondary school students' attitudes and beliefs about breastfeeding. *Journal of School Health* 1983; 53: 600-4.
4. Forrester IT, Whawlock G, Warren AP. Assessment of students' attitudes toward breastfeeding. *Journal of Human Lactation* 1997; 13: 33-7.
5. Gregg, JEM. Attitudes of teenagers in Liverpool to breast feeding. *British Medical Journal* 1989; 299: 147-8.
6. Ineichen B, Pierce M, Lawrenson R. Teenage mothers as breastfeeders: attitudes and behaviors. *Journal of Adolescence* 1997; 20: 505-9.
7. Joffe A, Radius SM. Breast versus bottle: correlates of adolescent mothers' infant-feeding practice. *Pediatrics* 1987; 79: 689-95.
8. Katz RA. Adolescentes e maternidade: um destino, um problema, uma escolha? Rio de Janeiro: 1999. Tese de Mestrado em Saúde da Criança, IFF/Fiocruz.
9. Lipsman S, Dewey KG, Lönnerdal B. Breastfeeding among teenage mothers: milk composition, infant growth, and maternal dietary intake. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 1985; 4: 426-34.
10. Lizarraga JL, Maehr JC, Wingard DL, Felice ME. Psychosocial and economic factors associated with infant feeding intentions of adolescent mothers. *Journal of Adolescent Health Care* 1992; 13: 676-81.
11. Maia Monteiro DL, Almeida Cunha A, Cunha Bastos A. Gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.
12. Motil KJ, Kertz B, Thotathuchery M. Lactational performance of adolescent mothers shows preliminary differences from that of adult women. *Journal of Adolescent Health* 1997; 20: 442-9.
13. Neifert M, Gray J, Gary N, Camp B. Effect of two types of hospital feeding gift packs on duration of breast-feeding among adolescent mothers. *Journal of Adolescent Health Care* 1988b; 9: 411-3.
14. Neifert M, Gray J, Gary N, Camp B. Factors influencing breast-feeding among adolescents. *Journal of Adolescent Health Care* 1988a; 9: 470-3.
15. Purtell M. Teenage girls' attitudes to breastfeeding. *Health Visitor* 1994; 67: 156-7.
16. Ray DVP, Estok PJ. Infant feeding choice and the adolescent mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 1984; 13: 115-8.
17. Robinson JB, Hunt AE, Pope J, Garner B. Attitudes toward infant feeding among adolescent mothers from a WIC population in northern Louisiana. *Journal of the American Dietetic Association* 1993; 93: 1311-3.
18. Ryan, AS. The resurgence of breastfeeding in the United States. *Pediatrics* 1997; 99: 12.
19. Vitolo MR, Brasil AL, Lopez FA, Nobrega FJ. Colostrum composition in adolescent mothers. *Journal of the American College of Nutrition* 1993; 12: 547-50.
20. Wambach, KA, Cole, C. Breastfeeding and adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 2000; 29(3): 282-94.
21. Wiemann CM, Dubois JC, Berenson AB. Racial/ethnic differences in the decision to breastfeed among adolescent mothers. *Pediatrics* 1998a; 101(6): 11.
22. Wiemann CM, Dubois JC, Berenson AB. Strategies to promote breast-feeding among adolescent mothers. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine* 1998b; 152: 862-9.
23. Wolinski M. Adolescent views on breastfeeding: a descriptive survey. *Breastfeeding Review* 1989; 9-12.
24. Yoos L. Developmental issues and the choice of feeding method of adolescent mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 1985; 14: 68-72.

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

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

## > INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

## POPULAÇÃO ESTUDADA E MÉTODO <

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

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

<sup>2</sup>Psicóloga do NESA/UERJ.

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

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

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

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

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

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

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

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

## RESULTADOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## DISCUSSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Maria Cristina Caetano  
Kuschnir

## O adolescente cardiopata e sua relação com a doença crônica: 'Eu tenho um problema'

São muitas as definições e/ou explicações dadas à palavra doença. Ela já foi considerada pertencente ao domínio dos deuses, de Deus, da natureza, do homem, da população, da ciência, do Estado, da medicina e, mais recentemente, da equipe multidisciplinar em saúde e da mídia. Hoje parece pertencer a todos esses domínios, a partir de um processo cumulativo e não-excludente. A doença assim considerada torna-se uma abstração, comporta-se como um substantivo, um objeto ainda sem relação com os outros objetos. Pode também ser considerada sujeito, sujeitando-se a esses domínios. Às vezes ganha adjetivos: doença aguda, doença crônica, doença orgânica, doença psicossomática... Dependendo do tempo e/ou, mais precisamente, dos meios existentes para mantê-la ou extingui-la, ela pode adquirir a característica de cronicidade; dependendo do foco em que é visualizada, pode ser conjunta, epidêmica. Ao ajustarmos nossa lente podemos encontrá-la no indivíduo como um todo; com maior ajuste chegaremos ao órgão; com lentes potentes, à célula; e, atualmente, com os avanços da genética, conseguimos alcançá-la nos genes. Ou seja, para nós, detentores do conhecimento científico, ela tanto pode estar em vários locais, como pode ser uma qualidade, um objeto ou um sujeito, ou ter ela própria uma qualidade. Alguns de nós permitimos até que, para os leigos, ela possa pertencer a outros domínios que não o das ciências.

Os adolescentes a representam por outro termo: *problema*. Não ignoram a sua presença, porém, simplesmente, ao falarem de si, definem-na como "meu problema". Para eles, quando se trata de uma moléstia\* de longa duração, crônica, esta

passa a ser chamada de problema e, na presença de uma intercorrência, acarretando agudização, isto é, quando os sintomas causam-lhes sofrimento e limitação, identificam este momento por estar doente. Por outro lado, o sofrimento, a dor e a limitação impostos por quadros agudos em indivíduos previamente saudáveis também são considerados "estar doente".

Entrevistamos adolescentes cardiopatas atendidos no ambulatório de Cardiologia do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) a fim de compreendermos o que significa para eles estar doente e que repercussões este fato acarreta para sua vida.

A expressão "sou doente" só foi ouvida por nós no relato de Leila, da seguinte forma: "Sou doente, mas ninguém acha". Em todos os outros momentos ela se referia ao seu problema: "Eu tô com um problema no ovário, eu tinha um cisto embrionário. Este cisto é causado porque, quando eu nasci, sobrou uma glândula dentro de mim, então, ao invés dela ir para o lugar natural, ela desceu para o ovário". Leila, apesar de ter recentemente completado 12 anos, apoderou-se do vocabulário médico de forma surpreendente. Tal fato pode ser explicado por sua mãe ter necessidade de acompanhamento constante. Segundo ela, "Sou filha única porque minha mãe tem tireóide, sabe o que é? Ela tem uma glândula que falta. Teve pré-eclâmpsia e eu nasci de oito meses". Sua moléstia tem uma localização, o ovário, não se manifestando nela como um todo. Ela explica por quê: uma glândula a mais, justamente o contrário de sua mãe, que tem uma glândula a menos. Ela continua afirmando que sua mãe não apresenta nenhuma moléstia, uma vez que "ela só toma um remédio, mas não pode parar senão vai desregular, fica com depressão...". Sua mãe tem um problema de tireóide e, se não tomar o remédio, aí, sim, ficará doente.

Professora de Medicina de Adolescentes da Faculdade de Ciências Médicas/Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); mestre em Saúde Pública.

Muitas vezes os sintomas aparecem/incomodam/doem/fazem sofrer e os adolescentes desconhecem a sua origem. Não os identificando internamente, passam a colocar a moléstia em um lugar fora de seu corpo. Ana refere: "... [o problema] apareceu lá em Curitiba". Ela faz pouca alusão ao sofrimento físico causado, não descreve os sinais e sintomas que a acometeram e se refere sempre a um lugar conhecido: Curitiba.

Edson localiza o início de sua moléstia dentro do útero de sua mãe, muito embora não seja esta a verdade. Ele apresenta febre reumática acompanhada de insuficiências mitral grave e aórtica moderada desde os cinco anos. Foi submetido a troca de válvula mitral há poucos meses. Fala com clareza do seu coração comprometido: "Eu descobri com 5 anos, ou seja, eu já nasci doente, fora do tempo, com sete meses, e minha primeira crise foi com cinco anos (...). Eu quase não aproveitei a infância por causa do problema do coração; eu corria, andava de bicicleta, mas quando parava o coração ficava pulando". O tempo do início de sua moléstia mostra-se longínquo, na infância, ou até se confunde com o período de sua vida intra-uterina. O local dela é o próprio coração.

No relato de sua história, Edson não deixa de mencionar os momentos em que está doente, momentos estes intercalados com aqueles em que apresenta apenas a sua moléstia. Ao falar do pai, lembra que ele gosta de fumar em casa: "a não ser quando eu estou doente. Aí, ele não fuma". Novamente a idéia de que a moléstia que o acompanha desde os 5 anos ora é um problema (sempre latente), ora é estar doente, ou seja, provocando dor e limitação.

Leonardo fala: "Desde quando eu nasci que tenho este problema. Eu tinha 6 anos quando fiquei com falta de ar (...) acho que desmaiei. O coração disparava". Para ele, a infância e a vida intra-uterina parecem confundir-se, tornando-se ambas o período de sua vida no qual a moléstia teve sua origem. Refere-se ao coração como a moradia, o *locus* espacial dela. Neste caso também se trata de febre reumática complicada com insuficiência da válvula mitral. Aos 12 anos foi submetido a plastia desta válvula.

Seu relato: "Quando eu era pequeno, eu era doente. Agora não. Agora, quando tô jogando bola, às vezes fico ofegante, aí os garotos começam a falar: vai o coração de galinha! Eu nem ligo..."

Anderson e Leonardo falam de suas mães e ambas se queixam de dores na coluna. Leonardo minimiza as sentidas por sua mãe: "... ela tem um probleminha de coluna. Isso todo mundo tem. É velhice!". Anderson conta: "A minha mãe, às vezes, quando lava a roupa, ela se queixa de dores na coluna. Mas isso é normal...". Segundo estes relatos, os "quase-problemas" se devem à idade, e por isso aparecem na velhice e, no entendimento deles, não se configuram como uma moléstia.

O sofrimento sentido no corpo teve sua origem na infância, até mesmo dentro do útero, constituindo-se em um problema que atrapalhava as brincadeiras da infância. Em alguns momentos o problema transforma-se em estar doente. Eles identificam esta mudança de acordo com o grau de padecimento que lhes é imposto. Leandro nos contou sua história em um desses momentos de descompensação. Ele apresenta uma cardiopatia leve, e, assim como os outros adolescentes, ao falar de suas moléstias evidencia desconforto e certa tristeza, como se o "problema" representasse um "fracasso". Esperam-se deles força e corpos saudáveis, entretanto esses mesmos corpos são doentes. Leandro tenta quase se desculpar: "Tem gente pior do que eu, em cima de uma cama. Eu posso andar. Tô podendo falar, conversar, posso me expressar. Tem pessoas que não falam mais...". Concebendo a moléstia como um problema, sua maior preocupação é tê-la transmitido a seu filho de 10 meses: "Ele tem saúde. Mas eu quero levar ele num cardiologista, que meu problema de repente pode ter passado para ele".

A moléstia apresenta-se de várias formas na narrativa de Alessandra: "Porque eu tenho um problema do coração e desde pequena venho ao hospital. É de nascença e com 6 anos eu fiz o cateterismo para desentupir; eu não entendo bem este problema". Ela apresentava estenose de artéria pulmonar, dilatada aos 6 anos, precisando de acompanhamento, uma

*\*Usaremos o termo moléstia quando nos referirmos a problemas relacionados à saúde narrados pelos adolescentes. De acordo com Castiel, moléstia se refere à idéia de sofrimento, e acrescenta: "Em outros termos, as dimensões simbólicas do adoecimento (enquanto moléstia) referidas ao indivíduo consistiriam em elaborações metafóricas que serviriam de mediação entre doenças (definidas pelo modelo médico-epidemiológico) e representações sociais de adoecimento" (1996a, p. 19).*

vez que a parte direita de seu coração é comprometida. Relata o que a doutora lhe disse: "...que eu sou normal e que posso levar uma vida sem problemas". Ao falar de sua família, destaca que sua avó é diabética, mas pondera: "Diabetes não é doença, mas é uma coisa que tem que cuidar. Dá trabalho, porque não é tudo que pode comer". Esta adolescente não entende bem a moléstia que a acometeu e que acredita ter sido resolvida/solucionada com a dilatação de sua válvula; afinal o que é uma estenose de artéria pulmonar? Para ela foi um problema, não é mais. Repete a fala da doutora para legitimar esta afirmação, que, na realidade, sabe não ser verdadeira. Evidencia também a idéia de problema, idéia esta reforçada pelo relato do diabetes de sua avó.

Esta mesma adolescente traz à luz, em sua história, uma outra forma de abordar o sofrimento: "Eu sentia muita depressão, uma coisa muito estranha. Eu chorava, chorava muito. Sentia sozinha. Minha cabeça era uma embaralhação. Uma coisa muito estranha. Fiquei assim um ano. Só eu sabia aquela agonia, aquela tristeza, uma opressão grande. Aí eu fui lá na igreja. Agora graças a Deus eu não sinto mais nada". Os sintomas assinalados por ela são encontrados em qualquer livro de psiquiatria, que rapidamente revelaria um diagnóstico de angústia ou sofrimento e depressão e proporia tratamento. Um quadro nosológico surgiria. No entanto Alessandra não catalogou os seus sintomas como componentes de uma moléstia, nem mesmo um problema. Não procurou o serviço de saúde, foi à igreja. Lá obteve melhora para aquela agonia, para aquele estar doente.

Em alguns momentos, os adolescentes que ouvimos tratam a moléstia como sendo substantivo, outras vezes citam o estar doente como adjetivo de problema, dando-lhe conotação de agravamento ou piora. Tais quais os profissionais de saúde, também a encontram nos mais variados locais e tempos, que às vezes parecem confundir-se com o espaço, tornando-se referência do tempo e vice-versa.

Os adolescentes encontram a moléstia em seu ovário, na sua pele, na pele dos outros, no seu coração, em Curitiba, em Santa Cruz, nos genes, na vida intra-uterina, na infância, com 5 anos, com 12 anos, na velhice... Como já apontamos, a moléstia algumas vezes é situada externamente ao corpo, mormente quando relacionada ao seu início.

Vale frisar que os adolescentes, de um modo geral, concebem que suas moléstias tiveram início na infância, ao passo que as de seus familiares, na velhice. Podem até dizer que adoeceram aos 12 ou 15 anos, mas jamais na adolescência.

Não há como, a partir da nossa condição de médicos, negar que os avanços terapêuticos oferecidos pela tecnologia médica são fundamentais. Entretanto, para os adolescentes, eles podem significar uma violência. Júlia foi ameaçada por sua médica: "A doutora disse que talvez eu tenha que botar uma válvula de porco no coração. Eu prefiro morrer!". Ao benefício que a ciência lhe oferece ela responde com pavor, pois essa mesma ciência retira sua identidade humana e confere-lhe a de um porco. A sinonímia entre válvula de porco e porco é muito mais terrível do que morte, ou melhor, na concepção de Júlia, de certa maneira, a implantação da válvula simboliza a morte, uma vez que é um ser humano que fenece para fazer nascer um animal.

Ana teve sua válvula mitral destruída pela febre reumática, substituída por uma prótese mecânica: "Ela faz barulho (...) pareço um robô. (...) E se ela parar?"

Na cultura popular, a articulação entre coração e identidade funciona como uma metáfora cristalizada cuja força explicativa escapa a qualquer tentativa de racionalização. Ora, para Ana, agora, sua identidade está abalada, pois seu coração não é mais o dela: é uma válvula mecânica construída pela ciência. Ao medo da perda de identidade acresce-se a experiência de ouvir o barulho de seus próprios batimentos cardíacos. Nós só tomamos conhecimento de nossos batimentos no cotidiano quando, por exemplo, somos acometidos de uma taquicardia. De modo geral eles nos integram e por isso nós os ignoramos. Ana já não é mais como qualquer um de nós. Dentro dela a válvula funciona como o tiquetaque audível de um relógio, e ela passa a viver em função do tempo que ele marca. Qualquer interrupção nesse tiquetaque, eternamente presente, significa a parada da máquina e, conseqüentemente, a morte.

A ciência construiu um híbrido. O coração, para Ana, perdeu sua naturalidade, passando a ser artificial, mecânico. O discurso que faz de si própria aponta para a percepção de sentir-se um misto de ciência e natureza. Ela seria um exemplo acabado da

proliferação dos híbridos – tramas de ciência, política, economia, direito, religião, técnica – de que nos fala Latour (1994). Na construção desta nova Ana, o discurso médico também a hibrida porque abandona a adolescente para falar da cardiopata portadora de uma válvula mecânica, precisando de novos híbridos para manter-se viva (anticoagulantes para o resto da vida, por exemplo). Na sua narrativa fica claro o embate que sofreu sua identidade. Se seu coração não é mais o mesmo, será ela a mesma pessoa? A dúvida estabeleceu-se e por isso ela diz: “Pareço um robô”.

As concepções de saúde e doença dos adolescentes entrevistados mostram-se, portanto, variadas e complexas:

1. como problema, como algo a mais em suas vidas, difícil de ser verbalizado devido ao sofrimento que acarreta, sendo sua expressão máxima o medo da morte: aí é a doença crônica, aquela que perdura;

2. como estar doente, enquanto agravamento do problema: aí, ela é episódica, significando a agudização do problema ou uma moléstia momentânea passível de ser curada;

3. como sinônimo de fracasso;

4. enquanto situadas num espaço que tanto pode ser o do corpo, interno, como o geográfico, externo (o local/cidade onde se manifestou pela primeira vez);

5. enquanto localizadas num tempo, podendo este se referir à duração da moléstia (crônica = problema + estar doente, ou não-crônica = estar doente) ou articular-se ao seu início temporal (vida intra-uterina, infância, velhice);

6. a saúde enquanto ausência do estar doente, uma vez que, segundo os adolescentes, saúde e problema podem coexistir;

7. saúde enquanto um produto a ser comprado.

Durante as entrevistas pudemos observar o quanto foi sofrido, para os adolescentes, relatar suas moléstias; ter um problema significa de antemão ter poucas chances para o sucesso esperado para e por eles. É uma marca de inferioridade que tentam amenizar traduzindo doença, conceito por demais pesado, por problema, tentando assim minimizar e/ou disfarçar o sentimento de fracasso diante do fato de ser doente. Por outro lado, ao utilizarem o vocábulo problema, subentendem que exista uma solução, tirando o sentido de limitação e finitude que a palavra doença muitas vezes acarreta, misturando-a, assim, com os outros problemas presentes em suas vidas.

## CONCLUSÃO

Neste momento, percebemos nas falas dos adolescentes uma profunda desconfiança em relação à sociedade dos adultos, da qual se sentem excluídos. Ela lhes é hostil. Eles sentem grande necessidade de se fortalecerem para enfrentar a vida.

Ao buscarem o serviço de saúde, procuram um atendimento para os seus problemas, isto é, suas doenças, suas moléstias, suas dúvidas... Retornamos então ao nosso dilema inicial: estamos diante de um indivíduo social e historicamente construído, entretanto único, com desejos, medos, sonhos. Ao entrarem nos serviços de assistência médica querem que sua saúde seja restaurada. E nós temos a lhes oferecer um modelo de saúde integral que só os enxerga em sua condição de cidadãos do futuro, saudáveis para serem produtivos. Este modelo *biologiza* os aspectos psíquicos e sociais, padronizando não só a atenção à saúde dos adolescentes, como eles próprios.



## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

Evelyn Eisenstein

## Quebrando o silêncio sobre o abuso sexual

Abuso sexual significa qualquer ato ou contato sexual de adultos com crianças ou adolescentes, com ou sem o uso de força ou violência, que pode ocorrer num único ou em vários episódios, de curta ou longa duração, e que resulta em danos para a saúde, a sobrevivência ou a dignidade da vítima. Sempre permanece no ar uma ameaça ou formas verbalizadas ou não-explícitas de dominação sexual do(a) menor, o que envolve um silêncio em torno do perpetrador ou da família ou do fato em si. Esse trauma pode se tornar um tabu, que não é denunciado, sendo difícil de ser questionado, avaliado ou interrompido pelo profissional de saúde que venha a suspeitar desse diagnóstico.

O abuso pode se manifestar através de maus-tratos, exploração sexual ou comercial, molesto-mento, exibicionismos, manipulação, masturbação, estupro, contatos orogenitais, inserção de objetos ou penetração vaginal ou retal, quando a vítima é forçada por medo, ameaças ou violência física. Muitas vezes, a criança ou o adolescente é intoxicado com medicamentos psicoativos, anestésicos, drogas ou bebidas alcoólicas, e pode ficar semiconsciente ou em estado de estupro, ocorren-do dissociações psicoativas e desintegradoras, com traumas agudos, que poderão se tornar sintomas crônicos de problemas clínicos, com dificuldades de adaptação psicossocial.

Revelar para um médico, psicólogo ou profissional da área de saúde o que está ocorrendo ou

revelar a situação traumática para algum familiar de confiança às vezes se torna obstáculo difícil de ser superado. Isso estabelece um círculo vicioso de episódios de abuso, que se alternam com silêncio, omissão ou conluio, e mais ameaças de terror e traumas. Torna-se necessário e importante quebrar este silêncio e intervir para proteger a criança ou o adolescente vitimizado ou abusado sexualmente.

Com frequência, a criança ou o adolescente aparece na consulta ou é atendido em serviços de emergência, ou em hospitais públicos, com queixas ou marcas da violência, ou com problemas psicossociais, como fuga de casa ou distúrbio escolar, ou com queixas de insônia, pesadelos, corrimentos genitais, gravidez, lacerações ou equimoses. Muitas vezes as queixas são vagas, como cefaléias ou dores abdominais ou tonteiras.

Toda suspeita de abuso sexual, maus-tratos ou negligência deverá ser avaliada corretamente, e os dados da história familiar, pessoal e social devem ser obtidos com clareza de detalhes e informações pertinentes. É importante estabelecer uma relação de confiança e apoio emocional com o médico ou profissional de saúde para que a busca de sinais clínicos, objetivos e corporais do abuso faça parte da avaliação integrada. Muitas histórias e fantasias ou verbalizações que parecem desconexas podem ser disfarces de atos incestuosos, de pedofilia ou de tentativas de abuso sexual, mas também muitos silêncios podem ser interpretados como dificuldade de expressão da dor emocional e de outros traumas físicos e psíquicos associados.

Quebrar o silêncio é estabelecer um canal de comunicação, de diálogo, e uma nova relação de confiança envolvendo o profissional de saúde que saiba ouvir e observar tudo o que a criança ou o adolescente tenta dizer. É estabelecer, com

*Médica pediatra e clínica de adolescentes; professora-adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); diretora da Clínica de Adolescentes e do Centro de Estudos Integrados da Infância, Adolescência e Saúde (CEIIAS); membro da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), da Associação Brasileira de Adolescência (ASBRA), da Society for Adolescent Medicine (SAM), da International Association for Adolescent Health (IAAH) e da International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN).*

palavras simples, diretas, mas francas, cordiais e, principalmente, compreensivas para cada etapa de desenvolvimento e maturidade, um elo de confiança e uma ponte mais saudável para o relacionamento humano e o apoio social. Quase sempre essas situações são complicadas ou constrangedoras também para a família, quando envolvem aspectos policiais ou jurídicos.

Devido a implicações legais, todos os dados devem ser corretamente avaliados e sempre obtidos com o consentimento verbal e escrito da criança ou do adolescente vítima, ou do responsável familiar, mantendo-se o sigilo das informações e dos dados do exame clínico. O objetivo da avaliação é documentar os fatos ocorridos, obter dados e evidências que sejam adequados dos pontos de vista médico e legal, esclarecer sintomas e sinais suspeitos e ao mesmo tempo oferecer ao paciente apoio e tratamento médico e psicológico imediato com acompanhamento posterior e psicoterapias individual e/ou familiar. Não cabe ao médico clínico ou ginecologista julgar a veracidade dos fatos nem decidir ou selecionar quais dados poderão ser usados como provas ou evidências para um julgamento ou veredicto legal ou da promotoria pública. O ato médico deve ser limitado pela avaliação clínica e emocional integrada da criança ou do adolescente, para fazer o diagnóstico e para o planejamento de uma conduta terapêutica adequada.

Muitos protocolos e rotinas para avaliação e diagnóstico de abuso sexual já existem em serviços de saúde, hospitais de emergência e unidades ambulatoriais da rede. É importante preencher a ficha de notificação dos maus-tratos e/ou dos abusos, que deverá ser enviada ao Conselho Tutelar, através da direção da unidade de saúde, com cópia para a Secretaria Municipal de Saúde de sua cidade.

Descreveremos abaixo somente um resumo das principais etapas de *avaliação clínica do abuso sexual de crianças e adolescentes*.

1. Estabelecimento de uma relação profissional de confiança e cordialidade com o(a) paciente e com a família ou acompanhante responsável. Fazer a entrevista em separado ou em momentos diferentes,

após a apresentação de cada pessoa. É importante estar em local adequado e com privacidade para a entrevista e o exame clínico. Assegurar o sigilo das informações. Ter calma e ser tolerante com reações de aversão ou medo do médico ou do exame a ser realizado e oferecer o acompanhamento de enfermeira ou auxiliar na sala, se necessário.

2. Todos os dados da entrevista e do exame deverão ser preenchidos em folha ou ficha apropriada, pois o prontuário poderá ser consultado ou servir como subsídio em caso de implicação legal. O Instituto Médico Legal, em cada estado, poderá ser acionado como referência, mas como a maioria dos casos se apresenta ao sistema de saúde, em serviços de emergência ou, a seguir, no acompanhamento ambulatorial de rotina, cabe a todo pediatra, ginecologista ou médico que atenda adolescentes estar apto a realizar essa avaliação clínica, caso necessário.

3. O tempo decorrido entre o ato de abuso e o exame clínico é da maior importância e deve ser prioritário e considerado urgente, ocorrendo no máximo 72 horas após o trauma relatado. Devido ao tempo de incubação das várias infecções e doenças sexualmente transmissíveis, nem sempre as culturas obtidas serão positivas, entretanto o tratamento deverá ser instituído, independente dos resultados laboratoriais, caso existam sintomas e sinais diagnósticos. Os testes sorológicos deverão ser repetidos seis a oito semanas após o episódio de abuso sexual, e o(a) paciente deverá ser acompanhado(a) com marcação de consulta de seguimento.

4. Descrição da aparência geral, do estado emocional e da cooperação ou não do(a) paciente deverá fazer parte da avaliação clínica. Respeitar a fragilidade emocional e as dificuldades de comunicação e verbalização do fato ocorrido. É sempre importante perguntar se o(a) paciente tomou banho ou se lavou depois do abuso e antes do exame. Solicitar permissão e autorização do(a) responsável para fotografar as lesões, caso necessário. Muitas vezes o silêncio, a vergonha, ou o medo e a mul-

tiplicidade de versões sobre o ocorrido, ou a falta de evidências de sinais clínicos, podem dificultar o diagnóstico correto, mas sempre a suspeita do abuso deve ser notificada.

5. O exame físico deverá ser feito em etapas, após a revisão dos sistemas, com observação dos sinais de violência antigos ou recentes, como cicatrizes, lacerações, contusões, equimoses e hematomas, sinais de mordidas ou garroteamento ou qualquer evidência de luta ou agressão física, ou, às vezes, corrimento vaginal ou sinais de ejaculação recente ou sangramentos.

6. Exame do corpo, incluindo mamas e áreas genital e perianal, deve ser realizado com cuidado e com a obtenção de material para culturas e comprovação laboratorial. Checar a presença de esperma com uma lâmina a fresco ou com o teste da fosfatase ácida, que é positiva até 48 horas. Obter culturas das áreas orofaríngea, uretral, vaginal, anal e retal. Obter *swab* para citologia e cultura de papilomavírus humano (HPV). O exame de citocolposcopia poderá ser realizado ou solicitado para comprovação legal.

7. Obter amostras de sangue para os testes sorológicos de sífilis, hepatite B, HIV e beta-HCG, de acordo com a história menstrual, e repetir os exames em seis a oito semanas.

8. Caso necessário, usar contracepção de emergência até 72 horas após o abuso, levonorgestrel

1,5mg = 1 comprimido de 12 em 12 horas por um dia, ou usar o método YUZPE (Tabela) e alertar a paciente para sintomas associados, como náuseas, vômitos ou sangramentos.

9. É importante acompanhar a paciente e suspeitar de gravidez se não ocorrer a menstruação regular. O abortamento após um caso de estupro ou abuso sexual que foi notificado é previsto em lei, devendo ser realizado até no máximo 12 semanas de gestação pela rede do Sistema Único de Saúde (SUS), se assim for o desejo da vítima; se menor de 16 anos, com autorização de seus pais.

10. O tratamento profilático do risco de DST/HIV/AIDS deve obedecer aos critérios do Ministério da Saúde para a prevenção de *Trichomonas*, *Chlamydia*, gonorréia, sífilis, HIV ou infecções urinárias que podem estar associadas. Ou deve-se monitorizar o(a) paciente com a realização dos testes imunológicos e de contagem das células T-CD4+ e quantificação de carga viral plasmática.

11. Alternativas terapêuticas e prescrições médicas deverão ficar sob a responsabilidade e a critério do médico que realizou o exame diagnóstico, e as doses devem ser ajustadas ao peso da criança ou do adolescente e à disponibilidade dos produtos:

- toxóide tetânico IM e primeira dose da vacina HB para hepatite B (completar o esquema posteriormente) + imunoglobulina humana anti-hepatite B para adolescentes não-imunizados, com esquema

### Tabela

#### MÉTODO YUZPE

Composição	Quantidade de pílulas até 72 horas após relação desprotegida	Quantidade de pílulas após 12 horas do início do tratamento
ACO combinados de baixa dose contendo levonorgestrel 0,15mg e etinilestradiol 0,03mg	4	4
ACO combinados na dose-padrão contendo levonorgestrel 0,25mg e etinilestradiol 0,05mg	2	2

ACO = anticoncepcionais orais.

vacinal incompleto ou caso a vacinação não seja comprovada;

- penicilina benzatina IM, dose única, para crianças < 25kg = 600.000UI e > 25kg = 1.200.000UI;
- ceftriaxona 125mg IM para crianças até 45kg e 250mg IM para crianças e adolescentes > 45kg;
- doxiciclina 100mg VO, 12/12h, durante sete dias;
- azitromicina 1g VO, dose única;
- tianfenicol 2,5g VO, dose única;
- metronidazol 500mg VO, 12/12h, durante sete dias;
- secnidazol 2g VO, dose única ou, para crianças, 30mg/kg VO, dose única;
- aciclovir 400mg VO, 8/8h, durante sete dias;
- quimioprofilaxia anti-retroviral deverá ser iniciada no máximo em 72h quando não se conhece o estado sorológico do agressor. Dosagens atualizadas de acordo com idade e peso da criança e do adolescente podem ser obtidas no *site* [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br). Iniciar com a associação de AZT (zidovudina) + 3TC (lamivudina). Para crianças recomenda-se o uso de AZT + 3TC + NFV (nelfinavir), que já está disponível em pó para suspensão oral. Para adolescentes recomenda-se o uso de AZT + 3TC + NFV ou IDV (indinavir).

12. Somente em casos necessários, de emergência psiquiátrica ou de estados depressivos pós-traumáticos, podem-se prescrever tranqüilizantes ou anti-depressivos como fluoxetina ou sertralina.

13. Acompanhamento do(a) paciente, semanal ou quinzenalmente, durante oito a 12 semanas, com sessões de psicoterapia integrada à terapia familiar, para a prevenção dos distúrbios agudos e crônicos do estresse pós-traumático, depressão ou quaisquer outras queixas corporais e emocionais. Deixar com o(a) paciente e/ou a família o telefone de contato para quaisquer intercorrências. Supervisionar o comportamento da criança e do(a) adolescente, mas sem preconceitos ou julgamentos de valor moral.

14. Sempre oferecer ao adolescente a possibilidade de conversar sobre suas emoções em atividades de grupo ou em atividades de prevenção e educação em saúde, realizadas em escolas e comunidades. Ensinar técnicas de prevenção da violência e/ou do abuso, que podem ocorrer em qualquer local ou família, e como obter ajuda, caso necessário. Insistir sobre a necessidade de intervenções ou mesmo hospitalização em casos de crises agudas ou risco de vida.

15. Após documentar todos os dados de diagnóstico, exames realizados, tratamento prescrito e enviar para acompanhamento clínico, psicológico, familiar e social, encaminhar para o Conselho Tutelar da área de residência do menor e preencher a ficha de Notificação de Maus-Tratos/Abusos da Secretaria Municipal de Saúde.

## > REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Associação Brasileira de Proteção à Infância e Adolescência. Abuso sexual, mitos e realidade. 3. ed. Petrópolis: Autores & Agentes & Associados, 2002.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde. Série A, n. 167. Brasília: MS, 2002.
3. Cardoso AC et al. Recomendações para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência física, maus-tratos e abuso sexual do Núcleo de Estudos da Violência contra Crianças e Adolescentes da Sociedade de Pediatria de São Paulo. *Pediatria Moderna* 2003; 39(9): 354-62.
4. Eisenstein E, Lidchi V, coords. Abusos e proteção de crianças e adolescentes: manual de treinamento. Rio de Janeiro: CEIIAS/ISPCAN, 2003.
5. International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Disponível em: <http://www.ispcan.org>.
6. Neinstein LS, Warf C, Sherer S. Rape and sexual abuse. In: Neinstein LS. Adolescent health care: a practical guide. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. p. 1477-510.

Victoria Lidchi

# O processo de entrevistar em casos de abuso sexual. Parte I: entrevistando menores vítimas de abuso sexual

## INTRODUÇÃO

Nos últimos 15 anos desenvolveu-se um consenso sobre o processo e as técnicas que devem ser utilizadas para entrevistar menores vítimas de abuso e maus-tratos. Existem pautas que os profissionais podem seguir para entrevistar menores vítimas de abuso sexual<sup>(1)</sup>. O desenvolvimento dessas estruturas está relacionado com a importância da informação obtida durante as entrevistas, para determinar se houve ou não abuso sexual quando não se têm sinais físicos do acontecimento.

Para se fazer uma entrevista adequada e interpretar tanto os comportamentos do menor quanto o conteúdo falado, o profissional deve ter experiência em trabalhar com menores e capacitação básica para entrevistar casos de abuso sexual.

## ASPECTOS IMPORTANTES PARA SE ENTREVISTAR MENORES

Para profissionais que pretendem entrevistar menores, é útil procurar entender alguns aspectos do desenvolvimento da criança e do adolescente, incluindo processos de raciocínio, atenção, linguagem e memória<sup>(2)</sup>. Estudos psicológicos mostram que menores, particularmente crianças pequenas, são influenciados pelas sugestões dos adultos<sup>(3)</sup>. Entrevistados muitas vezes, eles podem reconstruir

eventos que não aconteceram e, depois de um tempo, esquecer os acontecimentos importantes.

Entender o efeito de um trauma sobre esses processos cognitivos é também importante. Por exemplo, as crianças e os adolescentes se protegem distanciando-se dos eventos traumáticos, ou seja, dissociam-se. O processo cognitivo de dissociação significa que os menores podem ter problemas em recuperar lembranças desagradáveis que tentaram não guardar ou esquecer, uma vez registradas.

### O processo

Os protocolos existentes concordam sobre o fato de que o profissional (ou os profissionais, se mais de um está presente) responsável pela entrevista deve estabelecer uma relação com o menor, apresentando-se e explicando o processo da entrevista, que deve dar prioridade ao estilo narrativo, e não de questionamento. Quando é preciso obter do menor alguma informação para esclarecer aspectos de seu relato, as perguntas abertas geram informação mais precisa e menos contaminada. As perguntas podem ser incorporadas a atividades lúdicas. A entrevista deve acontecer num lugar onde o menor se sinta seguro, se possível adaptado ao processo. Numa situação ideal, o(a) entrevistador(a) procurará um local adequado para a entrevista, que será tranquilo, com objetos que ajudarão na conversa, como brinquedos, bonecas, papel e lápis de cor para escrever e desenhar.

Antes de iniciar a entrevista, é recomendado juntar todas as informações que as agências de diferentes setores possuem sobre o menor para colocar a informação obtida no contexto de sua vida. Durante a entrevista, os indivíduos presentes

*Psicóloga clínica; terapeuta familiar; mediadora (áreas de especialização incluem maus-tratos e abuso sexual, pediatria e saúde pública); membro do conselho executivo da International Society for the Prevention of Child Abuse and neglect (ISPCAN); coordenadora do projeto ISPCAN/ITPI-CEIIAS, no Brasil.*

na sala deverão ser limitados. A presença de duas pessoas é útil porque uma pode fazer perguntas enquanto a outra registra o conteúdo da conversa e anota as observações. Como a maioria dos casos de abuso sexual é cometida por homens, ao menos um dos entrevistadores tem que ser mulher. Num caso raro, em que se suspeita que o abusador é do sexo feminino, seria melhor que os entrevistadores fossem uma mulher e um homem.

O processo da entrevista pode ser auxiliado pela presença de uma pessoa com a qual o menor se identifique. Se o menor é capaz de responder, pergunte quem ele quer que esteja presente durante a entrevista. Caso contrário, o profissional deve procurar se informar sobre quem seria a pessoa indicada, porque nem sempre é um membro da família. É também importante decidir quem terá a responsabilidade de entrevistar o menor e qual será sua disponibilidade se for necessário fazer mais de uma entrevista.

As crianças e os adolescentes têm dificuldades em falar com pessoas que não conhecem, acostumando-se pouco a pouco a falar com um mesmo indivíduo. Se diferentes adultos fizerem as mesmas perguntas, é possível que obtenham respostas diferentes, porque o menor acha que a repetição da pergunta significa que não deu a resposta certa na primeira vez. É preciso sempre registrar por escrito, gravar em áudio ou vídeo o conteúdo para eliminar a necessidade de entrevistas repetidas com o menor.

Em geral, a entrevista é mais eficaz se o(a) entrevistador(a) é sensível ao nível de desenvolvimento do menor. Isso significa que, quando o profissional faz uma pergunta, deve se lembrar de aspectos do desenvolvimento cognitivo e afetivo de crianças e adolescentes, que irão influenciar a estrutura do relato e a informação que será colocada nele. Por exemplo, se as lembranças foram registradas quando a criança era pequena e não falava, é possível que isto tenha sido feito de forma visual. Nesse caso, é mais útil pedir à criança ou ao adolescente que visualize o que aconteceu antes de falar. Sabe-se também que, desde pequenas, as crianças se lembram de eventos, pessoas e lugares, mas não sabem bem avaliar o que é a verdade.

Para ajudar o processo da lembrança, às vezes é indicado utilizar perguntas mais específicas, como: "A pessoa parecia com outra pessoa que você conhece?"; "Se parecia, por quê?". Outras perguntas que ajudam na capacidade de lembrar do menor estão descritas na **Tabela**.

Ficar sensível ao nível de desenvolvimento de uma criança significa também:

- utilizar as técnicas adequadas para entrevistar (desenhos, histórias, jogos, bonecos, etc.);
- utilizar observações (interações familiares, reações do menor frente a diferentes estímulos, sejam pessoas ou lugares);
- utilizar linguagem positiva. Por exemplo, falar "Você se lembra da cor de sua roupa?", e não "Você não se lembra da cor de sua roupa?";
- utilizar as mesmas palavras que o menor usa para descrever suas partes íntimas.

Com crianças pequenas podem ser utilizadas bonecas específicas com partes genitais, mas só depois de confirmado o abuso sexual, senão, é possível que o(a) profissional seja acusado(a) de introduzir informação capciosa na entrevista ou, pior, de abusar do menor e o traumatizar por introduzir informação sexual não-indicada para sua idade e etapa de desenvolvimento.

### Tabela

#### TIPOS DE PERGUNTAS

Tipo	Pergunta
Clarificar os eventos e os lugares onde aconteceu o abuso	"Você se lembra do que estava fazendo e de onde estava antes de acontecer?"
Clarificar a lógica dos eventos	"Sinto-me um pouco confuso. Você falou que ele estava tocando suas partes íntimas, mas você também estava vestida/o?"
Clarificar a fonte de conhecimentos sexuais	"Você falou que teve uma ereção. Onde aprendeu esta palavra?"
Perguntas com respostas múltiplas	"Aconteceu de dia ou quando já estava anoitecendo?"
Perguntas gerais (usar em lugar de perguntas capciosas)	"Fale-me um pouco sobre como o homem o(a) tocou."
<b>Perguntas capciosas (NÃO USAR)</b>	"O homem o(a) tocou de uma maneira errada, não foi?"

### O formato

A entrevista com um menor que é ou foi vítima de abuso sexual poderia ter a estrutura a seguir.

- Fase inicial de desenvolvimento de uma relação: o(a) profissional deve começar a entrevista depois de ter desenvolvido uma relação, ou *rappor*t, com o menor. O(a) profissional (ou profissionais) se apresenta falando seu nome, sua profissão, a meta da entrevista e como vai registrar o conteúdo desta, ou seja, se vai gravar ou escrever a conversa. Pode também perguntar sobre a vida do menor, para obter algumas informações sobre seus amigos, sua escola, etc. Para conhecê-lo melhor, o profissional pode mencionar que entende a dificuldade de falar sobre assuntos íntimos.

Nesta fase, o(a) profissional pode mencionar temas importantes que poderão influenciar a informação obtida, como falar sobre a verdade. Perguntas como “Você sabe o que é falar a verdade?” e “Se eu falasse que tenho cabelo verde seria verdade?” são úteis. Pode também utilizar uma história em que a personagem minta para dar um exemplo do que é uma mentira para uma criança menor. As histórias são uma maneira mais concreta de fazer a diferença entre, por exemplo, mentir e brincar de fingir durante um jogo.

- Fase de narrativa livre: esta fase pode se iniciar com um pedido para falar sobre alguns acontecimentos do passado (uma festa ou um aniversário) para estimar a capacidade de lembrança do menor. Isso dá a possibilidade de avaliar a qualidade e a quantidade de detalhes que ele consegue lembrar. Numa segunda etapa, o tema da entrevista será introduzido pedindo-se ao menor um relato narrativo, utilizando as seguintes frases: “Conte-me o que aconteceu com você”; “Quero que me fale sobre o que aconteceu, desde o início até o fim, contando tudo o que se passou no meio”; “Conte-me o que normalmente aconteceu quando...”, se for um caso de abuso repetitivo. O(a) entrevistador(a) pode ajudá-lo a lembrar pedindo que “reconstrua mentalmente as circunstâncias do evento, e não deixe de contar tudo de que se lembra”.

Existem técnicas que o(a) entrevistador(a) pode utilizar para facilitar o processo de narrativa livre, inclusive solicitar, no início da entrevista, que o menor não deixe de falar sobre todos os detalhes, mesmo que não os considere importantes. O(a) entrevistador(a) deve também mencionar que o menor pode variar a ordem em que falará sobre os eventos e contar os acontecimentos de diferentes perspectivas (por exemplo, o que falaram outras pessoas sobre o que aconteceu). Se o menor fala que não se lembra de alguma coisa, o(a) entrevistador(a) tem como opção recomendar que tente reconstruir uma imagem mental do que aconteceu, pois a lembrança pode existir na memória numa forma visual. O profissional não deve interromper o menor durante o relato, porque existe sempre um risco que não fale mais. Perguntas mais específicas podem ser feitas depois.

- Fase de questionamento: depois de deixar o menor falar sobre os eventos sem interromper, serão utilizadas perguntas abertas, que não precisam somente de respostas sim ou não. Essas perguntas abertas podem ser de diferentes tipos, conforme a informação que o entrevistador deseja.

- As perguntas gerais ajudam o menor a lembrar mais detalhes sobre os eventos e lugares. Pode-se incentivar o menor a falar perguntando “Você falou que... Você lembra mais alguns detalhes sobre isso?”. Se a resposta a esse tipo de pergunta geral for não, o entrevistador tem que avaliar se isso é por ansiedade ou falta de memória. No primeiro caso, o(a) entrevistador(a) pode sugerir que a criança faça um sinal, como levantar a mão ou bater o pé no chão, para indicar que sabe alguma coisa mas não deve falar nesse momento. Sugerirá então que o menor desenhe ou escreva sobre o assunto, mas nunca o pressionando demais.

- As perguntas mais específicas são úteis para esclarecer eventos, fatos, etc., mas não devem ser confundidas com as perguntas capciosas, que colocam idéias na cabeça das crianças e dos adolescentes. Lembre-se de que, se o(a) entrevistador(a) persiste muito em um tema, é provável que o me-

nor desista de responder. Se o(a) entrevistador(a) utiliza uma seqüência de perguntas sem intervalos, pode ser que o menor se confunda em suas respostas.

É essencial minimizar a contaminação das repostas. Não se deve perguntar “Que cor era o cabelo do homem?”, se a criança não falou que o abusador era do sexo masculino. As diferenças entre perguntas gerais e perguntas capciosas são mostradas na Tabela, assim como outros tipos de perguntas.

- Etapa final: a meta desta etapa é concluir a entrevista de maneira positiva e deixar o menor relaxado e sem medo. O profissional pode elogiar os esforços do menor, referindo-se de novo às dificuldades em falar sobre assuntos delicados como o abuso sexual. O adulto, ou mesmo o adolescente, que está cuidando do menor deve receber um número de telefone para contato caso queira falar com alguém ou tenha perguntas sobre o processo da entrevista.

Maximizar a capacidade de a criança ou o adolescente lembrar consiste em fazer boas perguntas que os ajudem a se recordar dos eventos.

## > COMO AVALIAR A ENTREVISTA

Depois da entrevista, a informação obtida tem que ser analisada e avaliada, para que se possa compreender a situação do menor e decidir se é preciso ou não fazer outras entrevistas. A informação da(s) entrevista(s) será utilizada para tomar decisões importantes sobre como intervir para conseguir a segurança do menor e o seu bem-estar. Essas decisões, na maioria das vezes, terão um impacto sobre o menor e as pessoas ao seu redor, por isso é preciso saber se o relato da criança ou do adolescente descreve adequadamente ou não o que aconteceu. A análise dos seguintes aspectos da entrevista ajudará o profissional na avaliação da qualidade do relato<sup>(4)</sup>:

- linguagem utilizada pelo menor: o uso de vocabulário ou descrições não-característicos de uma

criança ou de um adolescente da sua idade, ou com o seu nível de desenvolvimento – se foi mais explícito do que o normal – indica a possibilidade de o menor ter sido exposto a informação e/ou atos sexuais não-apropriados para sua etapa de desenvolvimento;

- técnicas das entrevistas prévias: os entrevistadores devem procurar saber quem entrevistou o menor para saber se as técnicas de entrevista poderiam ter influenciado o conteúdo da história;

- mentir: normalmente são os adolescentes que possuem as habilidades cognitivas necessárias para inventar uma história de abuso sexual. É mais difícil para uma criança construir e manter uma história falsa de abuso. Se o(a) profissional suspeita de que um menor não está falando a verdade, deve recolher informação sobre o seu contexto para saber se ele tem algum motivo para mentir, fingir ou disfarçar, algum medo ou ameaça. Divórcio e separação são exemplo de situações que se relacionam a tais comportamentos;

- emoções: durante a entrevista é importante que se monitorem as emoções e como estas são manifestadas, por exemplo, no tom da voz, em comportamentos ou expressões faciais. Os profissionais que estão entrevistando têm que se perguntar se as emoções apresentadas são as de uma criança ou de um adolescente que está contando uma experiência de abuso sexual, como, por exemplo, raiva, ansiedade, medo ou tristeza;

- lógica da história: os(as) entrevistadores(as), desejavelmente dois, prestarão atenção se a história tem uma progressão lógica ou não. É dizer que o relato do menor vai do início até o fim. É preciso haver distinção entre uma progressão lógica, que dá sentido à história, e uma mudança de tema num esforço de lembrar totalmente a história. Ou seja, tem que se perguntar: “A história faz sentido ou não?”;

- abuso sexual acontece dentro do contexto da vida diária da criança: se a história puder ser en-

tendida como fazendo parte do cotidiano do menor – por exemplo, acontece quando o mandam fazer uma ligação na casa de um vizinho, porque a família não tem telefone fixo em casa –, existe uma indicação de que ele está falando de fatos que aconteceram na sua vida;

- detalhes específicos: se a história tiver muitos detalhes específicos, como descrições de onde aconteceu o ato e das roupas do abusador e detalhes explícitos de atos sexuais, é mais provável que o menor não esteja mentindo. Outro sinal importante que pode comprovar que o menor está contando a verdade é o fato de ele poder descrever como se sentia ou o que pensava durante os episódios de abuso sexual;
- reprodução de algumas conversas palavra por palavra: um sinal importante de que o menor está sendo verdadeiro é quando ele pode reproduzir seções de diálogos que teve com o abusador.

## CONCLUSÃO

Este artigo centrou-se no complexo processo de entrevistar menores. Na verdade, uma boa avaliação não só do menor, mas também de sua família, é essencial para uma intervenção adequada em situações de risco. Muitas vezes precisamos de evidências do abuso sexual para intervir e interromper tal comportamento. Sabemos que a evidência física é mais convincente, mas não está sempre presente. A informação que resulta da avaliação do menor e da sua família é essencial no caso de ausência de evidências, porque influencia tanto a intervenção protetora primária – focalizada sobre a proteção – como a intervenção terapêutica a seguir. Então, é preciso que os profissionais que trabalham com menores abusados sexualmente busquem treinamento, apoio e supervisão para que possam entrevistar de uma maneira competente e não retraumatizá-los.

*O artigo original O Processo de Entrevistar em Casos de Abuso Sexual. Parte II: Entrevistando as Famílias das Vítimas de Abuso e Maus-Tratos será publicado no vol. 1, nº 4, da revista Adolescência & Saúde.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Doris J, editor. The suggestibility of children's recollections. Washington: The American Psychological Association, 1991.
2. Goodman GS, Bottoms BL. Child victims, child witnesses: understanding and improving testimony. New York: The Guilford Press, 1993.
3. Gabarino J, Stott FM, Faculty of the Erickson Institute, editors. What children can tell us. New York: Jossey Bass, 1989.
4. Steller M, Boychuk T. Children as witnesses in sexual abuse cases. In: Dent H, Flin R, editors. Children as witnesses. New York: Wiley.

## > 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 Beatriz Couto – 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](http://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 seqüência: 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 seqüência: 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>.

## 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

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 artigos 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?

## Queremos saber de você!

O objetivo desta pesquisa é inaugurar uma via de contato de mão dupla, possibilitando o diálogo com nossos leitores, e conhecer suas opiniões e expectativas, de forma a aumentar a eficácia e a utilidade desta revista.

Favor responder às perguntas e enviar as respostas pelo correio ou por *e-mail*.

Endereço postal:

Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente – Revista Adolescência & Saúde

Avenida 28 de Setembro 109, fundos – Vila Isabel

CEP: 20551-030 – Rio de Janeiro-RJ

*E-mails:* nesa@uerj.br, revadol@uerj.br ou editora@diagraphic.com.br

Antecipadamente agradecemos a colaboração e a participação.

<b>Nome:</b>		
<b>Endereço:</b>	<b>Cidade:</b>	<b>Estado:</b>
<b>Data de formatura:</b>		
<b>E-mail e/ou telefone para contato:</b>		
1. Qual a sua especialidade?		
2. Qual seu local de trabalho?		
3. Desenvolve algum trabalho com adolescentes? Sim ( ) Não ( ) Qual?		
4. Que temas relacionados à saúde dos adolescentes gostaria de ver abordados e publicados?		
5. Em que tipo de artigo está mais interessado? (Exs.: casos clínicos, revisões, carta ao leitor, etc.)		