

ADOLESCÊNCIA & SAÚDE

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL

volume 1 ■ número 4 ■ dezembro 2004

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

- > Tabagismo em adolescentes numa escola da rede pública do estado do Rio de Janeiro
- > Prevenção da doença cardiovascular: a aterosclerose se inicia na infância?
- > Anabolizantes e seus riscos
- > Distúrbios menstruais na adolescência
- > O processo de entrevistar em casos de abuso e maus-tratos. Parte II: avaliando famílias
- > Contribuição ao estudo do abuso sexual contra a adolescente: uma perspectiva de saúde sexual e reprodutiva e de violação de direitos humanos

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



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
> TABAGISMO EM ADOLESCENTES NUMA ESCOLA DA REDE PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	6
<i>Katia Telles Nogueira, Cynthia Maria Fumo Mariano da Silva</i>	
> PREVENÇÃO DA DOENÇA CARDIOVASCULAR: A ATROSCLEROSE SE INICIA NA INFÂNCIA?	11
<i>Andréa Araújo Brandão, Maria Eliane Campos Magalhães, Elizabete Vianna de Freitas, Roberto Pozzan, Ayrton Pires Brandão</i>	
> ANABOLIZANTES E SEUS RISCOS	20
<i>Anderson Geraldo Machado</i>	
> DISTÚRBIOS MENSTRUAIS NA ADOLESCÊNCIA	23
<i>Cláudia Braga Monteiro Abadesso Cardoso, Maria Alice Neves Bordallo</i>	
> O PROCESSO DE ENTREVISTAR EM CASOS DE ABUSO E MAUS-TRATOS. PARTE II: AVALIANDO FAMÍLIAS	26
<i>Victoria G. Lidchi</i>	
> CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DO ABUSO SEXUAL CONTRA A ADOLESCENTE: UMA PERSPECTIVA DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E DE VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS	31
<i>Jefferson Drezett, Lia Junqueira, Irene Pires Antonio, Fabricia Silva Campos, Marina Cartaxo Patriota Leal, Renata Iannetta</i>	
> AGENDA	40
> NORMAS EDITORIAIS	41

O primeiro ano

Com este quarto número, completamos o primeiro ano de publicação da revista *Adolescência & Saúde*. Um ano que será sempre lembrado como “o ano da emoção e do sentimento”.

A emoção foi o estímulo que iniciou, justificou e manteve este projeto. Ter um ideal é importante, mas acreditar e lutar por ele é fundamental.

Foi um ano de lutas e questionamentos, com altos e baixos, decepções e surpresas, acertos e desacertos, alternância de desilusões e desânimo com emoções gratificantes e compensadoras. Um ano muito rico.

Gostaria de incentivar todos os colegas que lutam por um ideal, por uma idéia, por um projeto, compartilhando as nossas dificuldades, as nossas experiências, os nossos erros, os nossos acertos, os problemas econômicos (quem não os têm neste Brasil cada vez mais globalizado?), os problemas sociais, os problemas institucionais, os problemas grandes, pequenos, gigantes. Para enfrentá-los, muito profissionalismo, muita ética e, principalmente, muita emoção, coragem e teimosia, características, aliás, que nos lembram a adolescência, nossa e dos nossos.

Os agradecimentos são muitos, a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram e participaram deste primeiro ano de trabalho. A todos os colegas que responderam e nos enviaram a pesquisa, que fizeram chegar até nós a sua opinião, as suas críticas, o seu apoio e incentivo. Neste primeiro ano procuramos focar a sensibilização dos profissionais, abordando uma visão mais abrangente da adolescência e do seu amplo universo. No próximo ano enfocaremos trabalhos de revisão, trabalhos inéditos e casos clínicos.

Como presente surpresa de aniversário, *Adolescência & Saúde* cresceu e ganhou a internet. Todos os números e artigos, na íntegra, já podem ser acessados no endereço www.adolescenciaesaude.com.br.

Desejo a todos, leitores, colaboradores, amigos, parceiros e aos nossos adolescentes, um Natal de paz e que, em 2005, a revista prossiga sua trajetória de crescimento e continue contando com a colaboração de todos vocês.

Isabel Bouzas

Editora

Katia Telles Nogueira¹
Cynthia Maria Fumo
Mariano da Silva²

Tabagismo em adolescentes numa escola da rede pública do estado do Rio de Janeiro

➤ INTRODUÇÃO

A nicotina é uma das substâncias que mais causam dependência química, e a maioria dos usuários de cigarro começa o uso na adolescência, com conseqüências para sua saúde a longo prazo. Os adolescentes fumantes são mais vulneráveis a infecções respiratórias, patologias bucais e redução de sua capacidade física. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que o fumo é a principal causa de morte por câncer que pode ser evitada no mundo. Assim, várias campanhas antitabagismo têm sido criadas, visando principalmente o público jovem.

➤ EFEITOS DO TABACO

A nicotina é uma substância extraída de uma planta denominada *Nicotiana tabacum*.

Ao se tragar o cigarro, a nicotina é levada aos pulmões, sendo rapidamente absorvida e levada ao cérebro. Este percurso dura nove segundos em média.

Entre os efeitos conhecidos da nicotina temos a sua ação no sistema nervoso central (SNC), provocando elevação do humor e diminuição do apetite e do tônus muscular. Isso leva à sensação de relaxamento e, conseqüentemente, à necessidade

cada vez mais freqüente de se buscar outro cigarro para obter novamente a mesma sensação.

Além de atuar no SNC, a nicotina também causa aumento da liberação de catecolaminas séricas, promovendo vasoconstrição e aumentando a freqüência cardíaca com conseqüente elevação da pressão arterial; aumenta a adesividade plaquetária; atua no sistema digestivo estimulando a liberação de ácido clorídrico; e ainda estimula a liberação de substâncias quimiotáxicas no pulmão, o que acaba gerando a destruição da elastina e, por fim, provocando o enfisema pulmonar.

Os efeitos colaterais incluem náuseas, dores abdominais, diarreia, vômito, cefaléia, tonteira, bradicardia e fraqueza e aumento das freqüências cardíaca e respiratória, da pressão arterial e da atividade motora.

Os efeitos maléficos do cigarro iniciam-se com indução de dependência química e de tolerância à droga, elevando assim, a longo prazo, o consumo desta substância. Pesquisas recentes revelaram que a sensação de tonteira nos primeiros cigarros fumados está associada a maior tendência à dependência química, indicando sua atuação direta sobre o SNC.

Existem diversas outras substâncias tóxicas no tabaco, além da nicotina: alcatrão (composto de arsênio; níquel; benzopireno; cádmio; resíduos de agrotóxicos; substâncias radioativas, como polônio 210, acetona, naftalina e fósforo P4/P6; e substâncias usadas como veneno de rato), amônia, formaldeído, naftalina, monóxido de carbono e acetato de celulose.

O uso contínuo do cigarro pode aumentar a incidência de infecções respiratórias, câncer (de pulmão, boca, faringe, laringe, esôfago, pâncreas,

¹Médica pediátrica e clínica de adolescentes; alergista responsável pelo serviço de alergia do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA); professora da pós-graduação da área de adolescência da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM/UERJ).

²Médica pediátrica e clínica de adolescentes; médica contratada do Serviço de Acolhida do NESA.

rim, bexiga, colo de útero e leucemia mielocítica aguda), doenças cardiovasculares [infarto agudo do miocárdio (IAM) e angina], doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC) (enfisema pulmonar e bronquite), trombose vascular, aneurismas arteriais, acidente vascular cerebral (AVC), úlcera digestiva, impotência sexual, catarata, entre outras.

O fumante passivo, que convive diariamente com fumantes, possui risco 30% maior de contrair câncer de pulmão, 24% mais probabilidade de sofrer um IAM, incidência três vezes maior de infecções respiratórias e doenças atópicas. Os bebês correm cinco vezes mais risco de síndrome de morte súbita e de doença pulmonar no primeiro ano. O feto de grávidas fumantes tem frequência cardíaca aumentada, déficit do crescimento, prematuridade, alterações neurológicas e maior incidência de doenças pulmonares e atópicas, além da elevação do risco de abortamento espontâneo.

> EPIDEMIOLOGIA

Dados epidemiológicos dos EUA mostram que estudos realizados entre 1965 e 1995 revelaram que 15% a 49% da população jovem faz uso de cigarro e que 90% dos tabagistas adultos o iniciaram em idade igual ou inferior a 18 anos. Cerca de 440 mil norte-americanos morrem por ano de câncer de pulmão e de doenças relacionadas ao uso do tabaco.

Na Europa, dados de 2000 mostram que a prevalência do tabagismo entre adolescentes foi maior no sexo masculino, sendo que na França essa marca é de 35%.

Atualmente, 80% de cerca de 1,2 bilhão de fumantes em todo o mundo vivem em países em desenvolvimento. Dos 100 mil jovens que começam a fumar a cada dia, 80% são de países pobres.

Na América Latina, no Chile, em estudos de 1988, 1997 e 1999, o uso de cigarro entre os adolescentes começa em média aos 13 anos e a prevalência varia entre 10% e 64%. Na Costa Rica, em publicações de 1987, a prevalência foi de 28,4%, iniciando-se na mesma faixa etária.

No Brasil, um terço da população adulta fuma, e a prevalência de fumantes na adolescência

varia entre 1% e 37%. A região Sul é a que possui maior número de fumantes (42% da população), e a zona rural tem maior número de fumantes, talvez motivado pela maior propaganda, para tentar copiar o estilo urbano e por ter menos acesso aos conhecimentos de seu malefício.

Estudos recentes do Ministério da Saúde (MS), associados ao Instituto Nacional do Câncer (INCA), revelam que ocorrem aproximadamente 200 mil mortes associadas ao tabagismo por ano no Brasil, sendo 25% por doença coronariana, 45% de indivíduos com menos de 60 anos, 45% por IAM em menores de 65 anos, 85% por DPOC, 90% por câncer de pulmão (e um terço dos 10% restantes ocorre em fumantes passivos), 30% por outro câncer e 25% por doenças vasculares.

Após o abandono do cigarro, a incidência de algumas doenças começa a diminuir. Depois de um ano, a de doença cardíaca cai à metade, atingindo, em dez anos, porcentagem semelhante à da população geral.

O MS revela que 90% dos fumantes iniciaram seu vício entre 5 e 19 anos, sendo que na zona rural o início é ainda mais precoce.

Estudos recentes revelaram uma redução de adolescentes fumantes, mas é importante que continuemos a diminuir o número de jovens que se tornam dependentes da nicotina.

O uso inicial de tabaco é bastante precoce na vida dos estudantes da rede pública de ensino, sendo que, entre 10 e 12 anos de idade, cerca de 11,6% já fizeram pelo menos uso experimental do cigarro, de acordo com o estudo realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Nesse mesmo trabalho foi observado que 6% dos adolescentes são usuários freqüentes do tabaco (MS, 1997; CEBRID).

OBJETIVO <

O objetivo deste estudo é estimar a prevalência de fumantes entre adolescentes de 14 a 20 anos numa escola de ensino médio da rede pública da cidade do Rio de Janeiro, bem como sua associação com o uso de drogas.

METODOLOGIA

Em 2003, o Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) promoveu uma feira de saúde numa escola de ensino médio da rede pública da região metropolitana do Rio de Janeiro. Questionários anônimos auto-aplicáveis foram administrados entre alunos de 12 turmas para serem respondidos individualmente, com o objetivo de se conhecerem dados sociodemográficos, de morbidade, hábitos de vida, uso de drogas lícitas e ilícitas e atividade sexual. O questionário foi aplicado com consentimento da direção escolar e após autorização dos pais. Os critérios de inclusão no estudo foram questionários em perfeito estado, idade entre 14 e 19 anos, dados coerentes. E os de exclusão foram alunos acima de 20 anos, dados incoerentes e ausência de especificação de idade.

O desenho do estudo constitui-se numa análise transversal em que foram obtidas amostras estratificadas simples de 12 turmas, resultando em 294 estudantes escolhidos, com 276 questionários válidos.

O questionário foi aprovado, após submissão, pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Os dados foram tabulados e analisados através do programa Epi info versão 6.04, e para análise estatística foram realizadas média e razão de prevalência.

RESULTADOS

A prevalência de fumantes foi de 7,2% ($n = 20$) entre os 276 questionários considerados válidos, valor que aumenta com a idade, sendo a média de 16 anos. A frequência foi maior no sexo feminino (8,8%) do que no masculino (4,2%) (Tabela 1). A média diária de carga tabagística foi de dez cigarros por dia (Tabela 2). Verificou-se elevada relação entre o uso do tabaco e o do álcool; 75% dos fumantes disseram ingerir álcool frequentemente, e os 25% restantes já o experimentaram em alguma ocasião. Dos adolescentes fumantes, 45% disseram praticar exercícios rotineiramente. Quanto à ativi-

dade sexual, 32% do total de alunos já teve sua primeira relação, enquanto no grupo de fumantes encontramos 75% de prevalência de alunos com vida sexual ativa, sendo que 70% destes já tiveram relação sem uso de preservativo. Em termos de saúde, um tem hipotireoidismo; dois, anemia; um, resfriados frequentes; um, asma; e um encontra-se em tratamento para tuberculose pulmonar.

Tabela 1
DISTRIBUIÇÃO DE ADOLESCENTES FUMANTES POR FAIXA ETÁRIA E SEXO

Idade	Sexo	Tabagismo		Total
		Fumante	Não-fumante	
14 anos	Meninas	1	13	14
	Meninos	0	2	2
15 anos	Meninas	2	42	44
	Meninos	0	17	17
16 anos	Meninas	5	43	48
	Meninos	3	36	39
17 anos	Meninas	3	47	50
	Meninos	1	24	25
18 anos	Meninas	5	10	15
	Meninos	0	7	7
19 anos	Meninas	0	10	10
	Meninos	0	5	5

Tabela 2
CARGA TABAGÍSTICA ENTRE ADOLESCENTES SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E SEXO

Idade	Meninas (cigarros/dia)	Meninos (cigarros/dia)
14 anos	10	–
15 anos	< 1	–
	5 a 6	–
16 anos	< 1	10
	8	12
	10	20
	20	–
	20	–
17 anos	< 1	8 a 10
	2	–
	20	–
18 anos	1	–
	2	–
	5	–
	15	–
	20	–
Média	8,8	12,5

> CONCLUSÃO

A adolescência é uma fase de experimentação e aceitação diante de seus pares, é uma busca constante de si mesmo e de sua identidade.

Os fatores que levam um jovem a iniciar o uso de cigarros incluem curiosidade pelo produto, imitação do comportamento do adulto, necessidade de auto-afirmação e encorajamento proporcionado pela propaganda. Ao ser questionado, o jovem em geral diz que sua referência como fumante é um amigo ou seus pais.

Atualmente, as indústrias do tabaco percebem no jovem uma reserva de mercado, direcionando, assim, as propagandas para este público.

Sabe-se que a incidência de uso de cigarros aumenta entre adolescentes expostos a outros jovens fumantes em razão da necessidade de serem aceitos no grupo. Neste estudo, observamos a prevalência de 7,2% de fumantes entre os adolescentes; estes dados corroboram os trabalhos internacionais. A pesquisa do Inquérito Nacional sobre o Tabagismo realizado pelo MS aponta uma diminuição no consumo de tabaco entre os brasileiros nos últimos 15 anos. Em 1989, a média de prevalência era de 29%, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Atualmente, esse índice é de 20%.

Nesse estudo, a média de idade dos que fumavam foi de 16 anos, observando-se um aumento da prevalência com a idade. Porém este dado pode estar prejudicado pela menor quantidade de alunos com 19 anos incluídos na pesquisa.

Quanto ao sexo, a maior frequência observada entre adolescentes do sexo feminino demonstra a tendência ao aumento de consumo de cigarro observada em vários países do mundo, em especial nas áreas mais desenvolvidas. No inquérito do MS, os jovens escolares, na maior parte das capitais brasileiras, apresentavam uma proporção de experimentação mais elevada entre os meninos do que entre as meninas, com exceção das capitais do sul do país, onde essa situação se inverteu⁽⁴⁾.

Cem por cento dos fumantes já tiveram algum tipo de contato com o álcool, sendo que 75%

referem manter uso contínuo. Os estudos que correlacionam tabagismo e drogas psicoativas, lícitas ou ilícitas, ainda são escassos. Soares *et al.*⁽¹³⁾ já observavam alta prevalência de fumo e álcool em universitários do Campus I da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); e Deitos *et al.*⁽⁵⁾ constataram o uso de múltiplas drogas entre estudantes de escolas particulares e públicas em cidades de médio porte no Sul do Brasil.

Quanto à atividade sexual, observamos que 75% dos estudantes da pesquisa já haviam iniciado sua vida sexual, sendo que a maior parte mantinha relações sem proteção. Trabalhos como os de Pagilla e Gil (2000) demonstraram uma associação estatisticamente significativa entre o início das relações sexuais na adolescência e o consumo de tabaco.

Estudos realizados em escolas podem fornecer subestimativas do uso de tabaco no Brasil; as pesquisas de base populacional fornecem medidas mais adequadas, já que se observa uma relação entre o hábito de fumar e a baixa escolaridade. Propostas de complementação deste trabalho seriam a realização de estudos comparativos entre escolas das redes pública e privada, posto que em nosso meio existem diferenças socioeconômicas acentuadas, e estudos de rastreamento com adolescentes da população geral.

Esses resultados demonstram a necessidade de se investigar a morbidade de fumantes, gerando subsídios para ações preventivas e controle do tabagismo na adolescência. O Ministério da Saúde (MS) do Brasil tem trabalhado no combate ao fumo no país através de campanhas antitabagistas, criação de leis como a proibição do fumo em locais públicos e da venda de cigarros a menores de 18 anos, aumento do preço do cigarro e programa de tratamento de dependentes do tabaco pela rede do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma abrangente e gratuita.

AGRADECIMENTOS <

À equipe do NESA/UERJ que participou de todas as etapas do Mutirão de Saúde e ao Dr. José Luiz Tavares pela valiosa colaboração.

> REFERÊNCIAS

1. Center for Disease Control and Prevention. Preventing tobacco use among young people. A report of the surgeon general. Executive summary. Recommendations and reports. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1994; 43: 1-11.
2. Center for Disease Control and Prevention. Reasons for tobacco use and symptoms of nicotine with drawal among adolescent and young adult tobacco users. United States, 1993. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1994; 43: 745-50.
3. Center for Disease Control and Prevention. Youth tobacco surveillance United States, 1998-1999. Surveillance summaries. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2000; 49: 1-104.
4. Coordenação de Prevenção e Vigilância/INCA/MS. Prevalência de tabagismo no Brasil. Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras. maio de 2004.
5. Deitos FT, Santos RPP, Pasqualatto AC, Segat FM, Benvegnú LA. Prevalência do consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas em estudantes de uma cidade de médio porte no Sul do Brasil. *Inf Psiquiat* 1998; 17(1): 11-6.
6. Luz MTM, Castro e Silva R. Vulnerabilidade e adolescência. In: Nélia S, Tabosa Mota MSF, Castelo Branco V, editores. *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem; 1999. p. 93-6.
7. Malcon MC, Menezes AMB, Chatkin M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. *Rev Saúde Pública* Fev 2003, 37(1): 1-7.
8. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Censo educacional 2000. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br/censo2000/censoescolar>>.
9. Muza GM, Bettiol H, Muccilo G, Barbieri MA. I-Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. In: Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). *Rev Saúde Pública* 1997; 31: 21-9.
10. Neto ASM, Cruz AA. Tabagismo em amostra de adolescentes escolares de Salvador, Bahia. *J Pneum* 2003, 29(5).
11. Ulate F. Fumado en adolescentes. *Rev Med Hosp Nac Niños (Costa Rica)* 1987; 22: 59-68.
12. Skjildebrand J, Gahnber L. Tobacco preventive measures by dental care staff. An attempt to reduce the use of tobacco among adolescents. *Sewd Dent J* 1997; 21: 49-54.
13. Soares MJ, Rlim Filho EL, Lobão AF, Lira F, Lima MC. Padrões de consumo de substâncias psicoativas lícitas entre estudantes universitários do campus I – João Pessoa-PB. *CCS* 1995; 14(2): 33-7.
14. Tomar SL, Winn DM, Swango PA, Giovino GA, Kleinman DV. Oral mucosal smokeless tobacco lesions among adolescents in the United States. *J Dent Res* 1997; 76: 1277-86.

Andréa Araújo Brandão
Maria Eliane Campos
Magalhães
Elizabeth Vianna de
Freitas
Roberto Pozzan
Ayrton Pires Brandão

Prevenção da doença cardiovascular: a aterosclerose se inicia na infância?

RESUMO

O artigo apresenta uma revisão sobre os principais fatores de risco cardiovascular e a sua agregação em faixas etárias jovens. As evidências por estudos de necropsia da presença da doença aterosclerótica nessa faixa etária são destacadas, bem como a sua relação com os fatores de risco cardiovascular. Assim, a necessidade de medidas de promoção de saúde para as crianças e os adolescentes e a importância da identificação de jovens de alto risco cardiovascular e das propostas de intervenção sobre os diferentes fatores de risco cardiovascular são enfatizadas, ressaltando-se que essas medidas só terão sucesso se aplicadas com a participação da família do jovem, da comunidade em que ele está inserido, de toda a sociedade e do governo. Apenas a atuação nessa etapa da vida será capaz de efetivamente garantir um estilo de vida mais saudável para o sistema cardiovascular na fase adulta.

UNITERMOS

aterosclerose, pressão arterial, prevenção, criança/adolescente

INTRODUÇÃO

A doença cardiovascular (DCV) aterosclerótica é a principal causa de morte e incapacidade no Brasil e no mundo, determinando um impacto médico-social e econômico de grande magnitude. A doença aterosclerótica tem sido fortemente relacionada à presença de determinadas condições: os fatores de risco cardiovascular. O acúmulo de conhecimentos nessa área tem proporcionado a visão e, principalmente, o embasamento de propostas mais concretas de ações preventivas para as doenças cardiovasculares em idades cada vez mais jovens.

AGREGAÇÃO DOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM JOVENS

Diversos estudos dedicam-se a avaliação e prevenção dos fatores de risco cardiovascular na infância e na adolescência. Destaca-se o estudo de Bogalusa^(1, 2), Louisiana, Estados Unidos, iniciado em 1973, com contribuições até os dias atuais. Esse estudo explora os precursores das DCV que se iniciam na infância e avalia fatores genéticos e ambientais que possam contribuir para o esta-

belecimento da doença na fase adulta. Com esse propósito estuda jovens desde o nascimento até a idade adulta jovem, e, certamente, é referência para a maior parte das informações e das recomendações disponíveis para essa faixa etária. Outros estudos, como o de Muscatine, o de Minneapolis, o canadense em índios e o finlandês, entre outros, também contribuem bastante, oferecendo informações sobre populações com características étnicas e socioculturais distintas⁽³⁾. No Brasil, o estudo do Rio de Janeiro é o de maior duração em populações jovens. Trata-se de uma linha de pesquisa sobre pressão arterial (PA) e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos jovens e suas famílias que vem sendo desenvolvida na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) desde 1983⁽⁴⁻⁹⁾.

Em idades jovens, os fatores de risco mais investigados até o momento são LDL-C elevado, HDL-C baixo, hipertensão arterial (HA), obesidade, diabetes *mellitus* (DM)/intolerância à glicose, tabagismo, inatividade física e história familiar para

Serviço/Disciplina de Cardiologia do Setor de Hipertensão Arterial e Lipídes da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

alguns desses fatores e/ou para eventos cardiovasculares em idades mais jovens⁽³⁾.

Os fatores de risco cardiovascular tendem a se agregar e, freqüentemente, são vistos em conjunto no mesmo indivíduo. Estudos epidemiológicos já demonstraram que essa associação aumenta a probabilidade de eventos cardiovasculares, pois cada fator de risco tende a reforçar o outro e, conseqüentemente, a morbidade e a mortalidade associadas⁽¹⁰⁾.

Esse quadro é uma realidade habitual na prática clínica em adultos, mas também pode ser observado na infância e persistir até a fase adulta jovem. A relação entre sobrepeso/obesidade e alterações da PA e dos perfis lipídico e de carboidratos já tem sido salientada por diversos estudos, tanto em adultos como em populações mais jovens.

Em crianças e adolescentes, a obesidade mostrou-se de valor preditivo importante para a PA, o colesterol total e as lipoproteínas séricas^(2, 11). O estudo de Bogalusa⁽¹⁾ demonstrou uma relação inversa entre HDL-C e obesidade. Além disso, foi observado que crianças com altos valores de HDL-C apresentavam PA e LDL-C menores. Em adolescentes obesas, a presença de gordura intra-abdominal relacionou-se diretamente com a insulínia basal e com os triglicérides, e inversamente com o HDL-C, enquanto o tecido adiposo femoral correlacionou-se inversamente com triglicérides e LDL-C⁽³⁾. Em escolares americanos, o aumento da prevalência das taxas de obesidade, entre 1975 e 1990, associou-se a elevadas prevalências de hipercolesterolemia e maiores médias de PA⁽¹²⁾.

No Brasil, o estudo do Rio de Janeiro demonstrou, em diversas etapas, a forte associação entre PA e maiores valores de índices antropométricos, destacando que essa relação, em avaliação longitudinal de adolescentes por dez anos, foi capaz de marcar uma maior agregação de outros fatores de risco cardiovascular na fase adulta jovem. Outros autores brasileiros⁽¹³⁾ avaliaram crianças e adolescentes e verificaram elevadas taxas de alterações lipídicas e excesso de peso nos filhos de pais jovens portadores de coronariopatia. No Rio Grande do Sul⁽¹⁴⁾, a avaliação de 1.502 crianças e adolescentes entre 6 e 16 anos das redes escolares pública e

privada demonstrou associação entre presença de sobrepeso e elevação do colesterol.

Em adultos jovens, o estudo Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) demonstrou associação positiva do nível de insulina com PA, colesterol total e LDL-C, e negativa com HDL-C^(3, 11). No Brasil, Rabelo *et al.*⁽¹⁵⁾ evidenciaram a presença de fatores de risco cardiovascular em agregação em populações jovens entre 17 e 25 anos, ressaltando a associação entre níveis elevados de LDL-C, triglicérides com índice de massa corporal (IMC) e sedentarismo.

A associação entre HA, dislipidemias, DM/intolerância à glicose e obesidade é chamada de síndrome metabólica (SM), e a resistência à insulina parece ter papel central na sua fisiopatologia. A junção dessas condições já teve diversas denominações, como síndrome X, quarteto mortal, síndrome de resistência à insulina e síndrome plurimetabólica.

Nesse contexto, a hiperinsulinemia relaciona-se a ativação do sistema nervoso simpático, maior retenção renal de sódio e estímulo ao crescimento celular, todos envolvidos no determinismo de doenças e fatores de risco cardiovascular. Mais recentemente, o Framingham Offspring Study agregou importante informação, descrevendo a associação entre hiperinsulinemia e fatores relacionados a hemostasia (à fibrinólise, à trombose e à homocisteína) e excreção urinária de albumina alterada. Como as duas últimas alterações representariam, em última análise, lesão endotelial, essas observações colocariam a disfunção do endotélio como parte da expressão de resistência à insulina⁽¹⁶⁾.

Classicamente, de forma mais detalhada, as alterações que compõem essa síndrome são: sobrepeso/obesidade, HA, hiperinsulinemia, hiperglicemia, elevação de triglicérides séricos e redução do HDL-C. Indivíduos portadores dessa síndrome têm altas taxas de morbidade e mortalidade cardiovasculares.

Em populações mais jovens, alterações iniciais de cada um desses fatores podem ocorrer em associação variável. Entretanto, mesmo que essas mudanças e, principalmente, sua agregação sejam discretas, conferem a esse jovem um perfil cardiovascular desfavorável^(3, 4, 8, 9, 11).

No estudo de Bogalusa, a avaliação feita em 4.522 indivíduos entre 5 e 38 anos, selecionados entre 1988 e 1996, para os componentes da SM (índice de adiposidade, insulina e glicose, triglicérides, HDL-C e PA) encontrou dois modelos independentes para o determinismo da síndrome. Um deles incluía insulina/lípides/glicose/índice de adiposidade; o outro, apenas insulina/PA. Os dois modelos explicaram 54,6% da variância total na amostra, sugerindo uma relação entre a alteração metabólica e o fator hemodinâmico, cujo substrato comum é a hiperinsulinemia/resistência à insulina⁽¹⁷⁾.

No estudo do Rio de Janeiro, a avaliação de 281 jovens, com média de idade estimada em 21 anos, para a presença de SM e resistência à insulina, utilizando o índice *homeostasis model assessment* (HOMA), detectou 9,3% dos casos como portadores desta síndrome e 18,5% como resistentes à insulina. Importante destacar que os indivíduos com essas alterações já bem identificadas em faixa etária tão jovem apresentavam, dez anos antes, maiores médias de PA e IMC que os não-portadores de SM. Nesse estudo, a presença de elevação da PA e sobrepeso ou obesidade na faixa etária de 12 anos determinou riscos relativos de o indivíduo desenvolver SM em dez anos, de 3,23 e 3,07, respectivamente.

Vale ressaltar que a presença de múltiplos fatores de risco representa fator negativo para o controle e para a evolução de cada uma dessas condições^(2-4, 11).

> ATEROSCLEROSE EM JOVENS

As evidências de que a aterosclerose tem seu início em fases precoces da vida e de que a sua progressão para estágios mais avançados pode ser observada já na idade adulta jovem vêm se acumulando nos últimos 50 anos.

Em 1953, estudo de autópsias em soldados da Guerra da Coreia, com média de idade de 22 anos, demonstrou a presença de aterosclerose coronariana significativa em 77% dos casos⁽¹⁸⁾. Posteriormente, esses achados foram confirmados

em um estudo feito em soldados que morreram na Guerra do Vietnã: uma população essencialmente jovem que apresentou lesão aterosclerótica em 45% dos casos⁽¹⁹⁾.

Em crianças e adolescentes, os primeiros estudos foram realizados em americanos e finlandeses e revelaram a presença de estrias gordurosas e espessamento da camada íntima da aorta, mais raramente antes de 3 anos e praticamente em todas as crianças acima desta idade⁽²⁰⁾. Posteriormente evidenciou-se que essas lesões poderiam, inclusive, progredir para placas fibrosas. Em Nova Orleans, grande estudo envolvendo 4.737 indivíduos entre 10 e 39 anos demonstrou estrias gordurosas em aorta e artérias coronarianas, detectadas em percentual significativo dos indivíduos entre 10 e 14 anos e em todos aqueles acima de 30 anos^(2, 21). Nesse estudo foi verificado um caráter progressivo do aspecto da lesão com o aumento da idade. Em 1990, o estudo Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth (PDAY) publicou dados referentes à avaliação de aorta e artéria coronariana direita em 390 indivíduos do sexo masculino entre 15 e 34 anos, demonstrando também a presença de estrias gordurosas e placas fibrosas. Nesse estudo, lesões ateroscleróticas foram encontradas na aorta abdominal em mais de 20% dos casos entre 15 e 24 anos, e a partir de 25 anos esse percentual se elevou para mais de 30% dos casos. Na coronária direita, os percentuais encontrados foram menores, na faixa de 3% a 4% para 15 a 24 anos e em torno de 8% para aqueles acima de 25 anos⁽²²⁾. O estudo de Bogalusa realizou autópsias em indivíduos mais jovens, entre 7 e 24 anos, mortos em sua maioria por causas externas, tendo sido encontradas lesões do tipo estrias gordurosas e placas fibrosas tanto em artéria coronariana quanto em aorta^(2, 21).

FATORES DE RISCO E SUA RELAÇÃO COM A ATEROSCLEROSE EM JOVENS <

Quando os fatores de risco cardiovascular são avaliados em idades jovens, o primeiro aspecto a ser investigado é se há correlação com as lesões

ateroscleróticas já encontradas nessa faixa etária e, ainda mais importante, com a doença aterosclerótica clinicamente relevante observada no adulto. Assim, pode-se verificar a real importância da sua avaliação no sentido de prever maior risco cardiovascular no futuro, conferindo, portanto, potencial valor à detecção e à intervenção sobre esses fatores de risco desde a infância.

Os mesmos fatores de risco que se relacionam à DCV no adulto se mostraram também associados a lesões ateroscleróticas em crianças e adultos jovens, como foi bem demonstrado nos estudos PDAY⁽²²⁾ e de Bogalusa^(2, 21). Este correlacionou seus achados anatomopatológicos com as variáveis obtidas previamente ao óbito, enquanto o PDAY fez essa correlação com valores dosados *post mortem*.

O estudo de Bogalusa demonstrou ainda que os fatores de risco presentes *ante mortem*, como elevações do IMC, da pressão arterial sistólica (PAS), do LDL-C e dos triglicérides e a presença de tabagismo correlacionaram-se positivamente com as lesões ateroscleróticas definidas por anatomopatologia. Além disso, a extensão das lesões ateroscleróticas observadas em artérias coronarianas era maior nos jovens com múltiplos fatores de risco. Considerando-se as variáveis IMC, PA, colesterol total, HDL-C, LDL-C, triglicérides e tabagismo, indivíduos sem nenhum, com um, dois e três ou quatro fatores de risco apresentaram 19,1%, 30,3%, 37,9% e 35% da superfície aórtica com estrias gordurosas, respectivamente. Os valores para essas alterações em artéria coronariana foram, na devida ordem, 1,3%, 2,5%, 7,9% e 11%^(2, 21).

O estudo PDAY⁽²²⁾ evidenciou que as lesões ateroscleróticas encontradas correlacionavam-se positivamente com os níveis de colesterol total e LDL-C, e inversamente com os de HDL-C *post mortem*. O tabagismo, avaliado por meio de dosagens de tiocianato sérico, apresentou forte associação com lesões ateroscleróticas mais graves. McGill *et al.*⁽²³⁾ também relacionaram a presença de adiposidade e intolerância à glicose com a aterosclerose em jovens. Mais recentemente, o estudo de Muscatine demonstrou a relação entre PA e presença de calcificações nas artérias coronarianas em adultos jovens⁽²⁴⁾. Utilizando a mesma metodologia, Gidding

et al.⁽²⁵⁾ avaliaram 29 adolescentes e adultos jovens (11 a 23 anos) com hipercolesterolemia familiar heterozigótica: sete apresentavam depósito de cálcio em artéria coronariana detectado por tomografia computadorizada por emissão de elétrons.

Todos esses achados demonstram de forma inequívoca a associação entre os fatores de risco cardiovascular e a doença aterosclerótica nas duas primeiras décadas de vida, indicando que quanto maior o número de fatores de risco agregados, maior a gravidade da doença aterosclerótica coronariana e aórtica observada em jovens.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA EM JOVENS

A adoção de medidas de prevenção primária em indivíduos jovens é hoje reconhecida como de grande importância para o cenário das doenças cardiovasculares. Recentemente, a American Heart Association (AHA)⁽²⁶⁾ publicou as suas recomendações para as medidas de prevenção primária da DCV aterosclerótica na infância. Esse documento enfatiza a promoção de saúde, destinada a todas as crianças e adolescentes, e propõe a identificação e a adoção de medidas específicas para as crianças e os adolescentes de alto risco cardiovascular.

A principal finalidade da cardiologia preventiva em populações jovens é prevenir os fatores de risco cardiovascular, mais especificamente a HA, a dislipidemia, a obesidade, o diabetes e o tabagismo⁽³⁾, com medidas amplas de promoção de saúde.

De uma forma geral, as medidas preconizadas para essa faixa etária concentram-se na adoção de hábito alimentar saudável que previna excesso de calorias, sal, gordura saturada e colesterol, na atividade física regular e na abstenção do fumo (Tabela 1)⁽²⁶⁾.

A prevenção da obesidade através de dieta e atividade física regular é uma das tarefas mais importantes, pois seu sucesso repercutirá em vários fatores de risco, como a dislipidemia, a HA e as alterações do metabolismo dos carboidratos^(2, 11).

Para o controle das dislipidemias, além da correção do excesso de peso, existem recomendações dietéticas específicas que se aplicam a

Tabela 1

MEDIDAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE PARA TODAS AS CRIANÇAS E OS ADOLESCENTES (AMERICAN HEART ASSOCIATION)

Dieta
Objetivos
Adotar um padrão dietético saudável
Manter peso ideal
Manter padrão lipídico desejável
Manter PA dentro da normalidade
Recomendações
Monitorar dieta: calorias ingeridas de acordo com o gasto
Restringir gorduras e açúcares
Limitar o sal a 6g/dia
Atividade física
Objetivos
Manter-se ativo diariamente
Reduzir o tempo sedentário
Recomendações
Monitorar atividade física diariamente
Atividade física deve ser divertida
1 hora/dia de atividade física
Fumo
Objetivos
Não permitir a iniciação de novos fumantes
Não permitir exposição a ambientes de fumantes
Promover a abolição do hábito de fumar entre os fumantes
Recomendações
Questionar o hábito de fumar entre os pais
Questionar o hábito de fumar entre crianças > 10 anos
Fornecer material educacional e aconselhamento
Evitar o tabagismo passivo em casa, com amigos, na escola e no trabalho

crianças maiores de 2 anos e que, em linhas gerais, preconizam que 30% do total de calorias ingeridas sejam gorduras, permitindo que, no máximo, um terço dessas calorias sejam de gorduras saturadas, não excedendo 300mg de colesterol⁽³⁾.

Para evitar o hábito de fumar em jovens, diversos programas têm sido propostos envolvendo as famílias, as escolas e toda a comunidade, inclusive os adultos fumantes, que devem ser alvo também desses programas. O mesmo pode ser dito para a implementação de ações que aumentem a atividade física regular dos jovens^(3, 11).

Na atualidade, é consenso que essas medidas só têm chance de sucesso se implementadas em

conjunto com a família, a escola e a comunidade, num esforço conjunto de toda a sociedade e seu governo, adequando-se naturalmente às diversidades de cada população^(2, 26).

Por outro lado, algumas condições, quando presentes em uma criança ou em um adolescente, determinam um risco maior para o desenvolvimento de doenças e fatores de risco cardiovascular. Assim sendo, a presença de história familiar de DCV, especialmente em idades precoces, ou de pelo menos um fator de risco identificável nessa faixa etária e/ou de hábitos desfavoráveis para a saúde cardiovascular, como sedentarismo e dieta inadequada (excesso de calorias e/ou de gorduras

saturadas e colesterol), determina um perfil cardiovascular de risco. Esse jovem certamente deverá ser alvo de medidas rigorosas de acompanhamento e intervenção, visando à modificação dos fatores de risco, o que configura realmente a prevenção primária, e não apenas medidas de promoção de saúde (Tabelas 2 e 3)⁽²⁶⁾.

Entretanto algumas dúvidas surgiram, questionando a segurança e a repercussão da adoção de

tais medidas em idades tão precoces, que poderiam comprometer o crescimento e o desenvolvimento normais da criança ou, adversamente, modificar o ambiente psicossocial do jovem e de sua família⁽³⁾. Com o objetivo de avaliar a eficácia e a segurança de uma intervenção dietética de longo prazo, visando a reduzir o LDL-C em crianças com colesterol total entre 80% e 90%, foi iniciado, em 1987, o Dietary Intervention Study in Children (DISC)⁽²⁷⁾.

Tabela 2

IDENTIFICAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE ALTO RISCO CARDIOVASCULAR (AHA)

Medidas gerais
<i>Profissionais de saúde</i>
Acessar periodicamente os fatores de risco
Notificar qualquer alteração às famílias
<i>Pais</i>
Reconhecer a importância dos diversos fatores de risco (história familiar)
<i>Recomendações</i>
Detalhar história familiar: obesidade, HA, diabetes, dislipidemia, fumo e DCV precoce
Toda consulta: peso/altura, IMC, aconselhamento sobre dieta e atividade física
PA: medida após 3 anos
Fumo: avaliação após 9-10 anos
Avaliação do risco
<i>Lípides</i>
CT: > 170mg/dl – limítrofe; > 200mg/dl – elevado
LDL-C: > 110mg/dl – limítrofe; > 130mg/dl – elevado
Triglicérides: > 150mg/dl – elevados
HDL-C: < 35mg/dl – elevado
<i>Recomendações</i>
Com história familiar para DCV prematura e/ou dislipidemia: dosagem lipídica após 2 anos de idade, regularmente
Sem história familiar: dosagem lipídica na infância e repetição de acordo com o resultado
Caso três resultados sejam alterados, iniciar tratamento
<i>Pressão arterial</i>
Anormal: percentil de PA sistólica e/ou diastólica > 90 para sexo, idade e altura
<i>Recomendações</i>
Confirmar se as técnicas de medida da PA estão apropriadas
Caso três medidas sejam elevadas, iniciar tratamento
<i>Índice de massa corpórea</i>
Sobrepeso: IMC > percentil 95. Sob risco de sobrepeso: IMC > percentil 85
<i>Recomendações</i>
Verificar valores nas tabelas por sexo e idade
O percentil 95 pode ser calculado, por aproximação, acima de 9 anos
Sexo masculino: idade + 13
Sexo feminino: idade + 14

Foram selecionadas 663 crianças com idades em torno de 9 anos. A randomização foi aplicada para cuidado usual (notificação do nível elevado de colesterol e orientações dietéticas gerais) ou para o grupo de intervenção (sessões em grupo de pais

e crianças, por três anos, preconizando dieta com 28% de gordura saturada). A medida de eficácia era a dosagem de LDL-C, enquanto que a altura, a ferritina, o folato, a albumina, os triglicérides, o HDL-C, a maturação sexual e a função psicossó-

Tabela 3

MEDIDAS PARA REDUÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES (AHA)

Peso
<i>Objetivo</i>
IMC < percentil 95 para sexo e idade
<i>Recomendações</i>
Dieta e atividade física
Se altura é normal, pouco provável causa secundária
Envolvimento de toda a família
Colaboração de uma nutricionista
Pressão arterial
<i>Objetivo</i>
PA < percentil 95 para sexo, idade e altura
<i>Recomendações</i>
Redução do peso
Redução do sal na dieta
Investigar causas secundárias
Considerar tratamento farmacológico quando houver lesão em órgão-alvo
Lípides
<i>Objetivos</i>
LDL-C: < 160mg/dl; ideal: < 130mg/dl; diabetes presente: LDL-C < 100mg/dl
HDL-C: > 35mg/dl
Triglicérides: < 150mg/dl
<i>Recomendações</i>
Dieta com menor teor lipídico e pobre em açúcares simples
Atividade física regular
Redução de peso
Pesquisar causas secundárias
Drogas: LDL-C > 190mg/dl; LDL-C > 160mg/dl quando presentes outros fatores de risco
Triglicérides > 400mg/dl
Acompanhamento com especialista
Diabetes
<i>Objetivos</i>
Glicemia de jejum < 120mg/dl
Hemoglobina glicosilada (HgA1c) < 7%
<i>Recomendações</i>
Dieta e exercício
Diabetes tipos 1 e 2 devem ser tratados por endocrinologista
Outros fatores de risco devem ser abordados mais agressivamente

cial eram medidas de segurança. Como resultado principal, o grupo de intervenção obteve redução significativamente maior do LDL-C, enquanto que os resultados referentes às medidas de segurança não diferiram entre os grupos. Quando o cuidado com a dieta era predominantemente da mãe, havia correlação direta com a ingesta reduzida de gordura saturada pela criança⁽²⁷⁾.

Em 1991, o National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) iniciou o Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health (CATCH)⁽²⁸⁾, estudo de intervenção para crianças da escola elementar, com a finalidade de melhorar a qualidade dietética, aumentar a atividade física e promover a abstenção do fumo. A dosagem de colesterol total era a medida principal de avaliação, embora também tenham sido obtidos os índices antropométricos, as medidas de PA e frequência cardíaca e o HDL-C. Cada escola foi randomizada para um de três grupos: grupo controle, grupo de intervenção escolar e grupo de intervenção escolar e familiar. De 5.106 crianças incluídas no início do estudo, 4.019 foram reavaliadas dois anos e meio depois. Os dois grupos de intervenção foram analisados conjuntamente, pois não houve diferença entre eles. O sobrepeso foi o mais forte preditor de adiposidade após dois anos e meio de observação. Os que na segunda avaliação tinham IMC no percentil ≥ 85 também apresentavam maior média de colesterol total, menor HDL-C e menor *performance* no teste de corrida de nove

minutos. Quanto à mudança alimentar, o grupo que sofreu intervenção apresentou significativa melhora dietética. A ingesta de gorduras total e saturada reduziu, mas o colesterol total apresentou diminuição de apenas 1 mg/dl nos grupos controle e de intervenção. Os autores especularam que as razões para essa insignificante modificação lipídica deveram-se à intensidade limitada da intervenção (reuniões de 40 minutos por 12 a 15 semanas), ao curto tempo de seguimento (dois anos e meio) e à mudança não-ideal no comportamento dos pais.

Ainda não há confirmação de que intervenções que promovam a redução do risco cardiovascular na infância resultem em prevenção efetiva, ou, ao menos, em postergação de um evento coronariano na idade adulta, embora todo o racional e as evidências até o momento indiquem essa direção para ações de promoção de saúde e prevenção primária.

Assim sendo, a importância da adoção de ações preventivas em populações jovens baseia-se nas observações que estabeleceram, de forma clara, que a aterosclerose está presente antes da segunda década de vida, que os fatores de risco cardiovascular relacionam-se com essas lesões ateroscleróticas e que já é possível identificar e modificar esses fatores de risco nessa faixa etária. Apenas a atuação nessa etapa da vida será capaz de efetivamente garantir um estilo de vida mais saudável para o sistema cardiovascular na fase adulta.

REFERÊNCIAS

1. Berenson GS, Srinivisan SR, Bao W. Precursors of cardiovascular risk in young adults from a biracial (black-white) population: The Bogalusa Heart Study. *Ann N Y Acad Sci* 1996; 189-98.
2. Berenson GS, Srinivisan SR, Bao W, Newman III WP, Tracy RE, Wattigney WA, for the Bogalusa Heart Study. Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. *N Engl J Med* 1998; 338: 1650-6.
3. Davidson MD, Traum CI, Stone EJ, Wong ND. Children and adolescents. In: Wong ND, Black HR, Gardin JM, editors. *Preventive cardiology*. New York: McGraw-Hill; 2000. p. 423-44.
4. Brandão AA, Pozzan R, Albanesi Fo FM, Brandão AP. Role of anthropometric indexes and blood pressure as determinants of left ventricular mass and geometry in adolescents: The Rio de Janeiro Study. *Hypertension* 1995; 26: 1190-4.
5. Brandão AP. A importância do desenvolvimento físico no comportamento da curva de pressão arterial em crianças de 6 a 9 anos de idade. *Arq Bras Cardiol* 1987; 48: 203-9.

6. Brandão AP, Brandão AA, Araujo EMM. The significance of physical development on blood pressure curve of children between 6 and 9 years of age and its relationship with familial aggregation. *J Hypertens* 1989; 7(suppl. 1): S37-S39.
7. Brandão AP, Brandão AA, Araujo EMM, Oliveira RC. Familial aggregation of arterial blood pressure and possible genetic influence. *Hypertension* 1992; 19(suppl. II): 214-7.
8. Magalhães MEC, Pozzan R, Brandão AA, Cerqueira RCO, Roussoulières ALS, Czwarcwald C et al. Early blood pressure level as a mark of familial aggregation of metabolic cardiovascular risk factors. The Rio de Janeiro Study. *J Hypertens* 1998; 16:1885-9.
9. Pozzan R, Brandão AA, Silva SL, Brandão AP. Hyperglycemia, hyperinsulinemia, overweight, and high blood pressure in young adults: the Rio de Janeiro Study. *Hypertension* 1997; 30(3 pt. 2): 650-3.
10. Wilson PWF, D'Agostino RB, Levy D, Belanger AM, Silbershatz H, Kannel WB. Prediction of coronary heart disease using risk factors categories. *Circulation* 1998; 97: 1837-47.
11. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The Fourth Report on Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents. *Pediatrics* 2004; 114: 555-76.
12. Morrison JA, Sprecher DL, Barton BA, Waclawiw MA, Daniels SR. Overweight, fat patterning and cardiovascular risk factors in black and white girls: The National Heart, Lung, and Blood Institute Growth and Health Study. *J Pediatr* 1999; 135: 458-64.
13. Forti N, Giannini SD, Diament J, Issa J, Fukushima J, Dal Bó C et al. Fatores de risco para doença arterial coronariana em crianças e adolescentes filhos de coronariopatas jovens. *Arq Bras Cardiol* 1996; 66: 119-23.
14. Gerber ZRS, Zielinsky P. Fatores de risco de aterosclerose na infância. Um estudo epidemiológico. *Arq Bras Cardiol* 1997; 69: 231-6.
15. Rabelo LM, Viana RM, Schimith MA, Patin RV, Valverde MA, Denadai RC et al. Fatores de risco para doença aterosclerótica em estudantes de uma universidade privada em São Paulo (Brasil). *Arq Bras Cardiol* 1999; 72: 569-74.
16. Meigs JB, Mittleman MA, Nathan DM, Toftler GH, Singer DE, Murphy-Sheehy PM et al. Hyperinsulinemia, hyperglycemia, and impaired hemostasis. The Framingham Offspring Study. *JAMA* 2000; 283: 221-8.
17. Chen W, Srinivisan SR, Elkasabany A, Berenson GS. Cardiovascular risk factors clustering features of insulin resistance syndrome (syndrome X) in a biracial (black-white) population of children, adolescents and young adults: The Bogalusa Heart Study. *Am J Epidemiol* 1999; 150: 667-74.
18. Enos WF, Holmes R, Beyer JC. Coronary disease among United States soldiers killed in action in Korea: preliminary report. *JAMA* 1953; 152: 1090-3.
19. McNamara JJ, Molot MA, Stremple JF, Cutting RT. Coronary artery disease in combat casualties in Vietnam. *JAMA* 1971; 216: 1185-7.
20. Holman RL, McGill Jr HC, Strong JP, Geer JC. The natural history of atherosclerosis: the early aortic lesions as seen in New Orleans in the middle of the 20th century. *Am J Pathol* 1958; 34: 209-35.
21. Newman III WP, Wattigney W, Berenson G. Autopsy studies in United States children and adolescents: relationship of risk factors to atherosclerotic lesions. *Ann NY Acad Sci* 1991; 623:16-25.
22. PDAY Research Group. Relationship of atherosclerosis in young men to serum lipoprotein cholesterol concentrations and smoking: a preliminary report from the Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth (PDAY) Research Group. *JAMA* 1990; 264: 3018-24.
23. McGill HC, McMahan A, Malcolm GT, Oalmann MC, Strong JP. Relation of glycohemoglobin and adiposity to atherosclerosis in youth. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1995; 15: 431-40.
24. Mahoney LT, Burns TL, Stanford W, Thompson BH, Witt JD, Rost CA et al. Coronary risk factors measured in childhood and young adult life are associated with coronary artery calcification in young adults: the Muscatine Study. *J Am Coll Cardiol* 1996; 27: 277-84.
25. Gidding SS, Bookstein LC, Chomka EV. Usefulness of electron beam computed tomography in adolescents and young adults with heterozygous familial hypercholesterolemia. *Circulation* 1998; 98: 2580-3.
26. Kavey RA, Daniels SR, Lauer RM, Atkins DL, Hayman LL, Taubert K. American Heart Association Guidelines for Primary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease Beginning in Childhood. *Circulation* 2003; 107: 1562-6.
27. DISC Collaborative Research Group. Efficacy and safety of lowering dietary intake of fat and cholesterol in children with elevated low-density lipoprotein cholesterol: the Dietary Intervention Study in Children (DISC). *JAMA* 1995; 273: 1429-35.
28. Lytle LA, Stone EJ, Nichaman MZ. Changes in nutrient intakes of elementary school children following a school-based intervention: results from the CATCH Study. *Prev Med* 1996; 25: 465-77.

Anderson Geraldo
Machado¹
Paulo César Pinho
Ribeiro²

Anabolizantes e seus riscos

> INTRODUÇÃO

Atualmente, vivemos um momento do culto exagerado ao corpo e à estética: triplicaram as cirurgias plásticas no país, observa-se um aumento crescente dos frequentadores de academias de ginástica e nunca se venderam tantos cosméticos e produtos para emagrecer, apesar da crise econômica. É imperativo ser bonito, musculoso, magro e saudável. Aliado a isso, um consumo exagerado de tudo: dinheiro, imagem, roupas, perfumes, adornos, grifes, amor, sexo, bens de consumo e substâncias lícitas e ilícitas.

Agravando o consumo exagerado de substâncias, um novo *mito* se incorpora às práticas esportivas, o de que substâncias diversas estão disponíveis para ganho de massa muscular e conseqüente melhoria do rendimento e do desempenho físico. Entre elas os esteróides androgênicos anabolizantes.

> DEFINIÇÃO

Os esteróides anabolizantes são medicamentos que funcionam como esteróides produzidos pelos próprios seres humanos.

Podem ser classificados em androgênicos e corticóides. Aqueles usados indevidamente são, na maioria, esteróides androgênicos (que agem como testosterona). Os esteróides usados para tratamentos de reações inflamatórias são os corticóides (*prednisolona, cortisona, beclometasona, budesonida, dexametasona* e vários outros), e todos têm diferentes graus de efeitos anabólicos. Os esteróides androgênicos, secretados pelas glândulas supra-renais ou pelos testículos, são hormônios sexuais masculinos, que incluem a testosterona, a diidrotestosterona e a androstenediona. A testosterona, proveniente do colesterol, é produzida, nos homens, principalmente nos testículos, e uma

pequena quantidade, nas glândulas adrenais. A testosterona e seus metabólitos, como a diidrotestosterona, agem em várias partes do corpo humano produzindo as características sexuais masculinas secundárias (calvície, pêlos no rosto e no corpo, voz grossa, maior massa muscular, pele mais grossa e maturidade dos genitais); na puberdade, produz acne, crescimento peniano e testicular (em relação a comprimento e diâmetro) e fusão da epífise óssea, cessando assim o crescimento em altura.

A produção normal no homem adulto é de cerca de 4 a 9mg por dia, podendo ser aumentada pelo estímulo do exercício físico intenso. As mulheres produzem somente 0,5mg de testosterona/dia, daí a dificuldade em adquirir massa muscular

HISTÓRIA DA DROGA <

Os esteróides anabólicos obtiveram certa proeminência para uso médico no início dos anos 1950, para o tratamento de pacientes com deficiência nos estrogênios naturais ou que sofriam de doenças caracterizadas por desgaste muscular. Outras indicações clínicas e terapêuticas são para o tratamento da osteoporose em mulheres e para neutralizar um declínio excessivo na massa corporal magra e um aumento na gordura corporal observados frequentemente em homens idosos. Entretanto, ultimamente os esteróides anabólicos passaram a fazer parte integral do ambiente de alta tecnologia dos desportos competitivos, sendo utilizados por cerca de 90% dos fisiculturistas profissionais do sexo masculino e por 80% dos do sexo feminino, com a esperança de melhorar o desempenho físico.

Em 1994, nos Estados Unidos, mais de um milhão de jovens já tinham utilizado esteróides anabolizantes. Preocupa-nos saber que o motivo do uso tem causa social, destacando-se os efeitos benéficos do produto no desempenho físico sem preocupação com os graves danos à saúde. As autoridades federais estimaram, parcimoniosamente, que o emergente negócio do tráfico ilegal de esteróides, que é um importante fator econômico do uso ilegal da droga, ultrapassa os 100 milhões de dólares por ano, número que está aumentando rapidamente.

¹Médico.

²Pediatra e hebiatra; professor do Curso de Especialização em Adolescência da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

Trabalho de graduação realizado por A.G.M. durante o curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá (UNESA).

No Brasil, apesar de o problema estar se agravando, não localizamos estudos sobre incidência e prevalência do uso ilícito de esteróides anabolizantes entre adolescentes. Entretanto podemos estimar que o usuário ou consumidor preferencial se encontra na faixa etária de 18 a 34 anos de idade e é, em geral, do sexo masculino.

> INDICAÇÃO

Os anabolizantes possuem vários usos clínicos, tendo como função principal a reposição da testosterona nos casos em que, por algum motivo patológico, tenha ocorrido um déficit desse hormônio. Muitos similares da testosterona são usados em tratamento médico, como nos casos de deficiência de testosterona, problemas testiculares, câncer de mama, angioedema hereditário, anemia aplásica, endometriose grave e estímulo do crescimento em caso de puberdade masculina tardia. Além do uso médico, eles têm a propriedade de aumentar os músculos e, por esse motivo, são muito procurados por atletas ou pessoas que querem melhorar o desempenho e a aparência física. O uso estético não é indicação médica, portanto é ilegal e ainda acarreta problemas à saúde.

> EXEMPLOS DE MEDICAMENTOS ESTERÓIDES

Os esteróides podem ser injetáveis ou orais. A forma preferida dos usuários é a aplicação intramuscular, posto que a substância age mais rapidamente do que por via oral.

Esteróides nacionais – *Decanoato de nandrolona* (*Deca-Durabolin*[®] – um esteróide injetável com resultado de ganho de massa muscular e pequenos efeitos colaterais); derivados da testosterona, como *propionato*, *fenilpropionato*, *isocaproato* e *decanoato de testosterona* (quatro tipos de testosterona sintética muito bons para ganho de massa e força, mas muito carregados de efeitos colaterais); *oximetolona* (esteróide oral que tem o maior poder de ganho de massa e força de todos os existentes no Brasil e no exterior, mas de longe também o mais tóxico, podendo causar hepatites instantâneas, independentemente da dose); *mesterolona* (toxicidade mediana e poucos efeitos em ganho de massa).

Esteróides importados – *Estanozolol*, oral e injetável (tóxico ao fígado); *enantato de metolona* (pouco

efeito em ganho de massa e menos tóxico); *oxandrolona* (não tem muitos efeitos colaterais, sendo o preferido das mulheres).

< EFEITOS COLATERAIS

O uso abusivo de esteróides pode levar a tremores, acne grave, retenção hídrica, dores nas articulações, aumento da pressão sanguínea, alteração do metabolismo do colesterol (diminuindo o HDL e aumentando o LDL com elevação do risco de doenças coronarianas), alterações nos testes de função hepática, icterícia e tumores no fígado, policitemia, exacerbação da apnéia do sono, estrias e maior tendência às lesões do aparelho locomotor (pois as articulações não estão aptas para o aumento de força muscular). Além disso, os indivíduos que fazem o uso de anabolizantes injetáveis correm o risco de compartilhar seringas contaminadas e se infectar com os vírus da AIDS ou da hepatite B ou C.

- **No homem** – Diminuição ou atrofia do volume testicular, redução da contagem de espermatozoides, impotência, infertilidade, calvície, oligúria e disúria, hipertrofia da próstata e desenvolvimento de mama com ginecomastia nem sempre reversível.

- **Na mulher** – Crescimento de pêlos com distribuição masculina, alterações ou ausência de ciclo menstrual, hipertrofia do clitóris, voz grave e diminuição de seios (atrofia do tecido mamário).

- **No adolescente** – Maturação esquelética precoce com fechamento prematuro das epífises ósseas, baixa estatura e puberdade acelerada, levando a crescimento dismórfico.

O abuso de anabolizantes pode causar problemas emocionais como variação de humor, incluindo agressividade e raiva incontroláveis, e levar a episódios violentos como suicídios e homicídios, principalmente conforme a frequência e o volume utilizado. Usuários apresentam sintomas depressivos de síndrome de abstinência ao interromper o uso, o que pode contribuir para a dependência. Ainda podem experimentar ciúme patológico, quadros maníacos e esquizofrenóides, extrema irritabilidade, ilusões (podendo haver uma distorção de julgamento em relação aos sentimentos e invencibilidade), distração, confusão mental e esquecimentos, além de alterações da libido e suas conseqüências.

Algumas causas apontadas para o uso de esteróides anabolizantes incluem insatisfação com a aparência física e baixa auto-estima. A pressão social, o culto ao corpo que a nossa sociedade tanto

Tabela
EFEITOS COLATERAIS

Homens		Mulheres	
<i>Aumento</i>	<i>Redução</i>	<i>Aumento</i>	<i>Redução</i>
Atrofia testicular Ginecomastia	Contagem de espermatozoides Níveis de testosterona	Alteração da voz Pêlos faciais Irregularidades menstruais Hipertrofia do clitóris	Tecido mamário
Homens e mulheres			
<i>Aumento</i>	<i>Redução</i>	<i>Possível</i>	
LDL LDL/HDL Potencial para doença neoplásica do fígado Agressividade, hiperatividade, irritabilidade Retraimento e depressão ao deixar de usar esteróides Acne Peliose do fígado	HDL	Hipertensão Dano do tecido conjuntivo Dano do miocárdio Infarto do miocárdio Função tireóidea alterada Estrutura do miocárdio alterada	

Fonte: McArdle W, Katch F. *Fisiologia do exercício*. 1998.

valoriza, a falsa aparência saudável e a perspectiva de se tornar símbolo sexual constituem motivos para o uso/abuso dessas drogas. Uma boa aparência física ajuda na aceitação pelo grupo, promove a admiração de todos e faz surgir novas oportunidades.

Nessa busca frenética pelo corpo ideal, o indivíduo faz uso de uma série de substâncias e acaba acontecendo um distúrbio de percepção de sua imagem corporal, o que o inclui no grupo de jovens com problemas emocionais, apresentando quadros clínicos hoje denominados como *disformismo muscular* ou *bigorexia/vigorexia* (apesar do ganho muscular corporal enorme, o indivíduo sempre se acha fraco em relação ao outro).

Na linguagem dos jovens, “bombar” significa ficar mais atraente para as garotas e mais forte e poderoso frente ao grupo de amigos/inimigos.

➤ CONCLUSÃO

Os anabolizantes devem ou não ser usados? A aprovação e o uso de qualquer droga são ques-

tões de decisão, isto é, se seus benefícios terapêuticos compensam, ou não, seus efeitos adversos. Em doses terapêuticas adequadas e sob controle e supervisão médicos, os esteróides causam poucos efeitos colaterais. O uso por razão estética ou frívola, sempre em doses elevadas (uso abusivo), é que traz conseqüências graves.

O Comitê Olímpico Internacional classificou 20 esteróides anabolizantes e compostos relacionados a eles como drogas banidas, ficando o atleta que fizer uso deles sujeito a duras penas disciplinares.

É importante que os profissionais da saúde que atendem os adolescentes estejam atentos ao fato e questionem, durante a entrevista, o uso dessas substâncias. Pais, educadores e profissionais da saúde devem sempre debater valores pré-concebidos de nossa sociedade, racionalizando o culto ao corpo e trabalhando o resgate da prudência e a prevenção dos riscos à saúde. Também devem incentivar as outras habilidades positivas internas que todos nós possuímos (principalmente os jovens, que as possuem e não têm consciência dessa posse).

➤ REFERÊNCIAS

1. McArdle WD, Katch FI. *Fisiologia do Exercício* 1998; 435-8.
2. Ribeiro PC. O uso indevido de substâncias: esteróides anabolizantes e energéticos. *Adolescência Latino-Americana* 1999; 97: 102.
3. Site: www.planetavida.com.br.

Cláudia Braga Monteiro
Abadesso Cardoso¹
Maria Alice Neves
Bordallo²

Distúrbios menstruais na adolescência

> INTRODUÇÃO

A presença de irregularidade menstrual é comum na adolescência. Cerca de 50% dos ciclos menstruais são anovulatórios nos primeiros dois anos após a menarca. Uma das explicações para isso seria uma imaturidade fisiológica do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, representada pela ausência de *feedback* positivo do estradiol sobre a secreção de hormônio luteinizante (LH), impedindo assim a formação do pico do LH necessário à ovulação.

A *síndrome dos ovários policísticos* (SOP) é a causa mais comum de anovulação persistente na adolescência. Como essa síndrome geralmente inicia-se no período perimenarca, é fundamental que as adolescentes com irregularidade menstrual, principalmente oligomenorréia ou amenorréia secundária, sejam investigadas, sobretudo aquelas com irregularidade persistente após os primeiros dois anos.

Merecem avaliação as pacientes que apresentem sangramento vaginal anormal em duração, frequência ou quantidade. Padrões de sangramento:

- **Menstruação normal** – fluxo menstrual com duração de três a oito dias com perda sangüínea de 30 a 80ml; ciclo com duração de 30 ± 4 dias.
- **Menstruação anormal** – sangramento que ocorre a intervalos de 21 dias ou menos, com mais de sete dias de fluxo e/ou volume total > 80ml.
- **Amenorréia** – ausência completa de menstruação em uma mulher na fase reprodutiva da vida. Pode ser amenorréia primária (ausência de menarca aos 16 anos de idade) ou secundária (ausência de menstruação por mais de seis meses ou pelo menos três dos intervalos de ciclos menstruais precedentes em uma mulher que tenha ciclos menstruais normais previamente).
- **Oligomenorréia** – ciclos menstruais com intervalos maiores maiores que 40 dias.
- **Polimenorréia** – ciclos regulares com intervalos de 21 dias ou menos.
- **Hipermenorréia (menorragia)** – sangramento uterino excessivo em quantidade e duração, ocorrendo a intervalos regulares.

- **Metrorragia** – Sangramento uterino geralmente não-excessivo ocorrendo em intervalos irregulares.
- **Menometrorragia** – Sangramento uterino geralmente excessivo e prolongado ocorrendo a intervalos irregulares.
- **Hipomenorréia** – Sangramento uterino regular mas reduzido em quantidade.
- **Sangramento intermenstrual** – Sangramento que ocorre entre ciclos menstruais regulares.

Deve-se, ainda, distinguir o sangramento uterino anormal do *disfuncional*, que é definido como sangramento anormal no qual não se identificam causas orgânicas através de história clínica ou exames físico e ginecológico. Resulta, geralmente, de anovulação em uma mulher com bons níveis de estrogênio. Deve-se descartar a possibilidade de lesões do trato reprodutor, doenças crônicas e distúrbios da coagulação.

TRATAMENTO DA IRREGULARIDADE MENSTRUAL <

- Adolescentes com irregularidade menstrual sem manifestações clínicas de hiperandrogenismo (acne e hirsutismo):
 - acetato de medroxiprogesterona: 10mg/dia nos últimos dez a 14 dias do ciclo ou anticoncepcional hormonal de baixa dose. Esses medicamentos fazem com que os ciclos se normalizem e evitam a hiperplasia de endométrio decorrente dos ciclos anovulatórios. Devem ser mantidos por seis meses a um ano. Se os ciclos voltarem a ficar irregulares a paciente deve ser reavaliada;
 - perda de peso com dietas restritivas e exercício: o ganho ponderal por si só poderá levar à regularização dos ciclos menstruais.

¹Endocrinologista do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); doutora em Endocrinologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

²Professora-adjunta do Serviço de Endocrinologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da UERJ; doutora em Endocrinologia pela UFRJ.

- Adolescentes com irregularidade menstrual associada a manifestações cutâneas de hiperandrogenismo:
 - investigação da fonte de andrógenos;
 - acetato de medroxiprogesterona associado ao antiandrogênio acetato de ciproterona;
 - contraceptivo hormonal oral de baixa dose cuja progesterona apresenta atividade antiandrogênica; etinilestradiol + acetato de ciproterona.

➤ AMENORRÉIA

Indicação de avaliação

- Ausência de menarca aos 16 anos;
- ausência de caracteres sexuais secundários aos 14 anos;
- atraso significativo do ganho de peso e estatura durante a puberdade;
- ausência de menarca três anos após telarca;
- ausência de menstruação por mais de seis meses ou pelo menos três dos intervalos dos ciclos precedentes.

Classificação etiológica da amenorréia

- Lesões de origem central
 - Disfunções hipotalâmicas
 - lesões destrutivas, tumores;
 - relacionadas ao peso: anorexia nervosa, perda rápida de peso;
 - excesso de exercício;
 - induzida por estresse;
 - psicogênicas: anorexia nervosa, distúrbios emocionais;
 - SOP;
 - deficiência do hormônio de liberação da gonadotrofina (GnRH);
 - doenças crônicas: insuficiências renal e hepática, desnutrição.
 - Distúrbios hipofisários
 - lesões destrutivas, tumores;
 - defeitos congênitos: sela vazia, deficiência isolada parcial de gonadotrofinas.
- Distúrbios gonadais
 - defeitos congênitos: intersexualidade, síndrome de Turner;
 - tumores;
 - lesões destrutivas: radioterapia, quimioterapia.
- Anormalidades do útero e do trato genital

- útero: defeitos congênitos (agenesia, malformações), doenças infecciosas (esclerose endometrial por tuberculose);
- vagina: defeitos congênitos (hímen imperfurado, septo vaginal transversal, estenose traumática ou infecciosa).

Avaliação

- Anamnese: caracterizar o sangramento com relação a quantidade, duração e frequência; definir se se trata de amenorréia primária ou secundária; avaliar se existem disfunções psicológicas evidentes; uma história nutricional pode identificar o início de um quadro de anorexia nervosa ou bulimia.
- Exame físico:
 - avaliar sinais de doenças crônicas ou debilitantes, galactorréia e evidências de outras endocrinopatias;
 - exame neurológico: pode detectar anormalidades que sugiram lesões intracranianas;
 - avaliar o estadiamento puberal. Quando não há desenvolvimento puberal, o diagnóstico diferencial inclui o atraso constitucional de crescimento e desenvolvimento e o hipogonadismo (primário, secundário ou terciário). Se o desenvolvimento puberal é normal, o diagnóstico diferencial inclui desordens associadas a aplasias do trato genital, assim como as diversas causas de anovulação que serão discutidas posteriormente;
 - exame ginecológico: deve excluir causas orgânicas de amenorréia, como sinéquias uterinas, infecções, aumento ovariano, etc. Também pode revelar ambigüidade da genitália externa e anormalidades da vagina e do útero.
- Avaliação laboratorial:
 - testes para gravidez;
 - hormônio folículo-estimulante (FSH) e LH elevados indicam hipogonadismo primário ou hipergonadotrófico;
 - prolactina elevada (acima de 200ng/ml) sugere tumor hipofisário;
 - hormônio tireoestimulante (TSH) elevado indica hipotireoidismo primário;
 - cariótipo se existirem estigmas sindrômicos;
 - ultra-sonografia pélvica;
 - radiografia de crânio e sela túrcica: calcificações supra-selares sugerem craniofaringioma; aumento/erosão da sela túrcica sugere tumor hipofisário;
 - androgênios: testosterona total e livre, androstenediona, sulfato de deidroepiandrosterona (S-

DHEA), 17-hidroxiprogesterona, se houver indícios de virilização;

- avaliação da função hipofisária: FSH/LH após estimulação com GnRH;
- tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética da sela túrcica;
- prova progesteronal: administração de 10mg/dia de acetato de medroxiprogesterona por cinco dias. A finalidade do teste é estimar o nível de estrogênio endógeno e a competência do trato genital. Se a paciente apresentar sangramento menstrual dois a sete dias após a retirada da medicação, estabelece-se o diagnóstico de anovulação. Confirma-se a presença de trato genital funcionante e de útero revestido por endométrio reativo e preparado por estrogênio endógeno. A ausência de sangramento de supressão sugere problema no trato genital ou ausência de estímulo estrogênico prévio por insuficiência ovariana ou anormalidades no eixo hipotálamo-hipófise-gônada.

> ANOVULAÇÃO CRÔNICA

- Origem ovariana:
 - SOP: caracteriza-se por uma desordem heterogênea que consiste em anovulação, infertilidade, hirsutismo, obesidade e microcistos ovarianos (2 a 6mm). Ocorre mais freqüentemente em certas famílias, sendo descrita por alguns investigadores como de origem genética, porém pode estar associada a várias desordens hormonais, como tumores produtores de androgênio, síndrome de Cushing, hipotireoidismo, hiperprolactinemia, hiperplasia adrenal congênita, etc.
- Características clínicas: infertilidade (74%); virilização (21%); hirsutismo (69%); ciclos menstruais normais (12%); amenorréia (51%); obesidade (41%); a menarca ocorre em idade normal; desenvolvimento

de hirsutismo logo após a menarca; irregularidade menstrual logo após a menarca; ovários aumentados e com microcistos não estão necessariamente presentes.

Achados laboratoriais: relação LH/FSH aumentada (> 3:1); androgênios (testosterona e androstenediona) levemente elevados; S-DHEA e prolactina normais ou levemente elevados.

- Tumores ovarianos produtores de androgênio.
- Origem adrenal:
 - síndrome de Cushing;
 - tumores da supra-renal;
 - hiperplasia adrenal congênita.
- Origem hipotalâmica:
 - anorexia nervosa;
 - amenorréia associada ao exercício;
 - amenorréia associada ao estresse.
- Origem hipofisária: tumores produtores de prolactina.
- Outras causas:
 - obesidade;
 - hiper ou hipotireoidismo.

TRATAMENTO <

Depende do diagnóstico etiológico.

- Em pacientes com ausência de caracteres sexuais secundários, etinilestradiol (5 a 10µ/dia) ou estrógenos conjugados (0,3mg/dia) continuamente por três meses para indução da puberdade; dobrar a dose após três meses; após seis meses iniciar esquema cíclico: estrogênio nos dias 1 a 25 e progesterona nos dias 16 a 25 do ciclo menstrual, primariamente para induzir menstruação mas também para proteger o endométrio da estimulação estrogênica contínua.
- Anovulação crônica: tratamento como descrito na irregularidade menstrual.

> REFERÊNCIAS

1. Speroff L, Glass RH, Kase NG. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins. 1994.
2. Muram D, Sanfilippo JS, Hertweek SP. Sangramento vaginal na infância e distúrbios menstruais na adolescência. Ginecologia pediátrica e do adolescente. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1996.

Victoria G. Lidchi

O processo de entrevistar em casos de abuso e maus-tratos. Parte II: avaliando famílias

➤ INTRODUÇÃO

A avaliação do contexto familiar de uma criança ou de um adolescente que sofreu abuso ou maus-tratos por parte de um membro da família ou de um estranho pode ajudar o profissional de saúde a tomar importantes decisões. A informação obtida através de uma boa apreciação ajudará também aos profissionais do Conselho Tutelar e do Sistema Judicial, que finalizarão as providências para suprir as necessidades da criança ou do adolescente. Eles irão indicar, inclusive, quem será o responsável pelo seu bem-estar e de sua família, e, ainda, quais profissionais de saúde e de saúde mental se encarregarão do tratamento e do acompanhamento.

Sem uma avaliação será impossível responder a perguntas importantes sobre qualidade das relações familiares, apego entre os membros da família e percepção dos pais no tocante ao impacto do abuso em seus filhos e às suas necessidades. Além disso, sem a avaliação inicial será impossível determinar se houve ou não mudanças familiares depois da intervenção recomendada pelas autoridades e saber se é recomendável que a criança ou o adolescente permaneça no convívio de sua família.

O formato das entrevistas, as técnicas utilizadas e os detalhes obtidos durante a avaliação podem variar. Isso depende se o processo de avaliação é parte de investigação ou perícia para se obter provas, ou se a meta mais importante é avaliar a

família e tomar decisões sobre como assegurar o futuro bem-estar da criança ou do adolescente. Este artigo pretende descrever as relações familiares de alto risco, assim como detalhar alguns aspectos e temas que ajudarão o profissional de saúde na estruturação de uma entrevista com famílias em que:

- há suspeita de que ocorrem maus-tratos;
- existe a preocupação com o bem-estar de uma criança ou um adolescente.

ANÁLISE DA FAMÍLIA ◀

• *A família como unidade*

Nos últimos 20 anos, o pensamento sistêmico que fundamenta a terapia familiar ajudou bastante na compreensão do funcionamento de famílias que abusam e maltratam, os ciclos de violência e as dinâmicas nas redes profissionais responsáveis pela segurança de crianças e adolescentes dentro dessas famílias.

A perspectiva sistêmica reconhece a família como uma unidade de funcionamento maior que a soma das partes individuais, ou seja, um organismo⁽¹⁾, que tem seu ciclo vital⁽²⁾. A literatura sistêmica é ampla e existem descrições de famílias em termos de características, dinâmicas e funções.

Conceitos importantes para avaliar famílias incluem padrões de interação, hierarquias e subsistemas, assim como espaços e limites, ligações afetivas e conexões entre diferentes membros e diversas idades. A família é responsável tanto pelos aspectos de cuidado e desenvolvimento de seus membros, no âmbito interno, como pelos aspectos voltados para adaptação à sociedade e continuidade da sua cultura.

Psicóloga clínica; terapeuta familiar e 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 International Training Project of ISPCAN (ITPI), Centro de Estudos Integrados da Infância, Adolescência e Saúde (CEIIAS) no Brasil.

Uma das funções essenciais da família é a criação dos filhos, desde o nascimento até se tornarem independentes, dando apoio e proteção a cada um de seus membros.

A *família funcional* é aquela percebida como sendo predominantemente afetuosa, com boa comunicação, coesa e com regras flexíveis, mas limites e fronteiras claramente determinados, dando aos seus membros os recursos necessários ao crescimento individual e o apoio diante de dificuldades da vida ou doenças intercorrentes. O equilíbrio entre proteção e autonomia oferecido pela família irá desenvolver, em crianças e adolescentes, a confiança básica necessária à organização de seu comportamento e à integração de sua auto-estima.

• **Famílias de alto risco: pais vítimas de maus-tratos e dinâmicas familiares**

Nas famílias chamadas de alto risco, muitas vezes existem problemas de apego e comunicação, havendo falta de sensibilidade até para as necessidades dos filhos de diferentes idades. As expectativas dos pais, referentes às responsabilidades e aos comportamentos em geral, não são apropriadas às crianças e aos adolescentes. Pais que maltratam podem ter sofrido falta de cuidados ou maus-tratos durante a infância. Não tiveram modelos adequados para ajudá-los a desenvolver as técnicas para o trabalho de serem pais. Os pais vítimas de maus-tratos e que repetem o ciclo de violência e abuso podem mostrar comportamentos e pensamentos rígidos e inflexíveis. Muitas vezes, eles têm baixa auto-estima e ausência de empatia e confiança nos demais. Os conflitos sobre cuidados e controles que se desenvolveram durante sua infância ou adolescência podem persistir até a fase adulta, caso não recebam ajuda ou apoio de profissionais de saúde ou de pessoas queridas e de confiança.

Na ausência desse apoio, adultos que foram maltratados podem formar relações de dependência, ficando muito afetados pela experiência da perda. Experimentam vários conflitos nas relações íntimas, que são produtos de apegos inseguros desenvolvidos durante a infância, resultando em relações instáveis na fase adulta. Se também tiveram infâncias difíceis e as idealizaram, é provável

que não entendam o impacto dessas experiências sobre suas relações interpessoais, em particular com os seus filhos. As estruturas das famílias que formam podem ter limites e fronteiras rígidas ou difusas e que dificultam a comunicação entre o atual subsistema de pais e filhos.

As *famílias incestuosas* têm sido descritas como rígidas e patriarcais, mantidas por uma união frágil. Os pais de família são dominantes, isto é, são pessoas que utilizam a força sobre as mulheres. Em função das posições fracas das mulheres e das mães protetoras, as filhas encontram-se em posições vulneráveis. Outras descrições dessas famílias retratam limites confusos entre os subsistemas dos pais e dos filhos. Homens fracos, dominados pelas suas esposas, voltam-se ao encontro de suas filhas numa tentativa de achar uma parceira do mesmo nível emocional, especialmente se a esposa se negar a ter relações sexuais com ele.

Os pais podem buscar o conforto e a segurança que não receberam nas relações com seus filhos. As crianças e os adolescentes que não cumprem as expectativas de dar carinho, quando assim solicitados, são então castigados, às vezes severamente. As necessidades normais de crianças que querem sempre a atenção e o cuidado podem provocar uma reação de raiva e frustração, porque o pai é incapaz de dar o que nunca recebeu.

Assuntos de disciplina são vistos como um conflito sobre controle, não como uma questão de impor limites num ser imaturo e dependente para educá-lo. Essas distorções de percepção podem ser também resultado da falta de entendimento e/ou conhecimento do desenvolvimento das crianças ou da preocupação com suas necessidades insatisfeitas, porque não tiveram um contexto familiar que lhes tenha facilitado essa aprendizagem. O resultado é o mesmo: a família não cumpre suas funções básicas de dar cuidado, segurança, apoio e educação aos filhos, e, assim, aparecem os vários tipos de maus-tratos e negligência.

O abuso e os maus-tratos infantis ocorrem em todas as faixas sociais, mas as circunstâncias de pobreza, moradias inadequadas, saúde e educação péssimas são os fatores de risco para alguns tipos de abuso – em especial, casos de abuso físico e negligência. Nesse contexto é preciso identificar a responsabili-

de das autoridades e da sociedade para ajudar as famílias que vivem em extrema pobreza – situação vista como um *abuso social familiar* – a criar um melhor ambiente para seus filhos. Será muito difícil essas famílias mudarem sozinhas, sem apoio de recursos materiais e econômicos.

Outros fatores de risco incluem famílias em que existem problemas de drogas e álcool ou que se encontram isoladas e sem apoio de serviços ou dos demais familiares. Às vezes, as famílias não utilizam o apoio comunitário ou as redes de apoio disponíveis por falta de informação ou por outros motivos como, por exemplo, problemas de saúde mental, que deverão ser identificados durante a avaliação.

Finalmente, é importante lembrar que os conceitos e as descrições elaborados aqui servem para ajudar o profissional a entender as dinâmicas e os processos dentro de uma unidade familiar. Não deveriam ser utilizados para estigmatizar famílias, e sim fazer observações pertinentes para ajudá-las.

A melhor maneira de promover o bem-estar de crianças e adolescentes é, num primeiro instante, comunicar o desejo de trabalhar junto aos membros da família, para identificar os serviços de apoio, terapia e ajuda necessários e assim lhes melhorar os cuidados de saúde. Os adultos que maltratam por terem tido a experiência de maus-tratos e outras desvantagens podem, com ajuda de serviços adequados, desenvolver outros padrões de interação como alternativas aos padrões abusivos.

Uma meta importante da avaliação é diferenciar a minoria dos *adultos sociopatas ou psicopatas* que desenvolvem relações de exploração superficiais e violentas, atacando sem sentimentos de culpa ou empatia, e que não mudam os comportamentos e as condutas sociais. Cabe ao profissional determinar a capacidade de mudança do pai não-sociopata ou psicopata e as condições necessárias para que essas alterações possam ocorrer.

> TÉCNICAS E TEMAS IMPORTANTES

Antes de começar qualquer avaliação, o profissional deveria explicar claramente as metas de seu trabalho e verificar se a família consegue compre-

der o que ele está propondo, para se evitar qualquer problema mais adiante. A necessidade de obter dados utilizando uma variedade de técnicas vem da natureza complexa dos problemas que envolvem os casos de abuso e maus-tratos infanto-juvenis, que são sempre suscetíveis ao diagnóstico errado. As técnicas de avaliação incluem observações em diferentes contextos dos padrões de interação entre os membros da família e entrevistas semi-estruturadas com familiares que complementarão as que aconteceram com os filhos. Hoje em dia há uma utilização mais freqüente de instrumentos estandardizados, como o Family Environment Scale (FES)⁽³⁾ e a Family Adaptability and Cohesion Scale III (FACES)⁽⁴⁾, para avaliar as características das famílias.

• Técnicas de avaliação

Em função da complexidade das dinâmicas familiares, pode ser útil, às vezes, desenhar a estrutura da família. Existem diferentes técnicas, mas uma das mais utilizadas é o genograma (**Figura**).

O genograma é a delineação de uma árvore familiar, normalmente descrevendo as características de cada pessoa até três gerações para:

- situar o problema atual em um contexto histórico;
- clarificar padrões intergeracionais, como, por exemplo, de violência, descuido ou abuso sexual;
- explorar os mitos e as crenças;

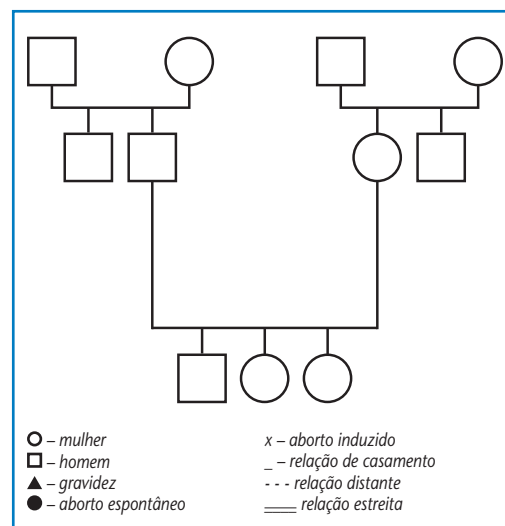


Figura – Genograma e alguns símbolos⁽²⁾

– ajudar a entender a complexidade da família, as repetições de padrões de comportamento e os mitos e as lendas que sustentam esses padrões entre as gerações.

• **Temas da avaliação**

A identificação dos padrões de comportamentos dentro de famílias de alto risco e as dificuldades dos pais ajudam a determinar onde existem problemas. Os temas relacionados aos comportamentos dos pais reconhecidos como importantes para a avaliação⁽⁵⁾ incluem:

- Análise dos conhecimentos e de suas atitudes com o trabalho de ser pai – freqüentemente o pai tem expectativas pouco realistas das habilidades de seus filhos.
- Percepções e interpretações dos comportamentos de seus filhos – muitas vezes comportamentos normais (um choro, uma queixa ou uma disputa sobre limites) estão sendo interpretados de maneira negativa (como se a criança ou o adolescente quisesse machucar o adulto).
- Emoções e comportamentos frente ao estresse – se existe violência doméstica, um pai ou uma mãe podem ser negligentes, descuidarem-se dos menores por serem traumatizado(a)s e se dissociarem, demonstrando sintomas de estresse pós-traumático. Existem também pesquisas sobre violência física que indicam que pais que maltratam menores se irritam mais e sentem mais desconforto frente às emoções das crianças.
- Estilo de relacionamento entre pais e filhos – se existe afeição, interesse, medo, raiva ou se um pai identifica seu filho com um parente não-querido.
- Qualidade do apego – entrevistas e observações são necessárias para determinar se um ato de violência de um adolescente em relação à sua mãe é um distúrbio de comportamento que está relacionado com a falta de limites ou de modelos violentos dentro da família ou com um apego violento resultando de uma história relacional difícil entre eles de longa duração.
- Qualidade do trabalho de ser pai – detalhes e observações relacionados aos temas a seguir podem ajudar o profissional de saúde a entender a experiência de ser pai ou mãe para um adulto, como

seu cuidado está relacionado à sua própria história familiar e à capacidade de mudanças⁽⁶⁾.

A seguir, as perguntas relacionadas com cada tema são exemplos para orientar a informação que o profissional precisa tirar de relatórios prévios de outros, entrevistas e observações que vai fazer mas que não devem ser dirigidas diretamente à família, e sim adaptadas à compreensão de seus membros.

• **Relação dos pais com seu papel**

- O pai e a mãe se prestam a dar os cuidados físicos básicos de higiene, saúde e nutrição?
- O pai e a mãe se prestam a dar os cuidados emocionais adequados no nível de desenvolvimento da criança ou do adolescente? Existe a superproteção ou não há proteção suficiente?
- Que atitude o pai e a mãe demonstram diante das tarefas de cuidar de uma criança ou um adolescente?
- O pai e a mãe entendem e aceitam a responsabilidade de ser pai/mãe?
- Quem é responsável pela segurança dos filhos? Os pais ou os próprios filhos?
- Se há problemas relacionados ao cuidado e à segurança, o pai e/ou a mãe estão conscientes disso?

• **Relação dos pais com a criança**

- Que emoções e sentimentos os pais demonstram diante da criança ou do adolescente?
- Os pais têm empatia pela criança ou pelo adolescente?
- A criança e/ou o adolescente são vistos como um ser separado? Ou existe falta de limites e de respeito?
- As necessidades dos filhos são vistas como mais importantes do que os desejos dos pais?

• **Influência da família**

- Que nível de consciência e entendimento os pais têm do impacto de sua história familiar sobre o cuidado com seus filhos? Idealizam sua infância?
- Os pais podem manter uma relação de boa qualidade com uma pessoa que os apóia?
- A criança ou o adolescente estão muito envolvidos na relação disfuncional dos pais? Estão sendo utilizados em um processo de chantagem?

– Qual o impacto do estresse na relação dos pais? Isso resulta ou resultou em comportamento violento e negligência?

– Qual o significado da criança ou do adolescente para os pais? É visto negativamente porque foi indesejado ou é filho de um pai não-querido?

– Quais as características da criança ou do adolescente que resultam no difícil trabalho de cuidá-lo? Necessidades especiais, doença, dificuldades de aprendizagem, etc.?

– Qual a atitude do(a) filho(a) frente a seus pais? Agressivo, resiste à imposição de limites, passivo, parece ter medo, etc.?

• *Interações com o mundo*

– Que redes e relações sociais de apoio existem? Familiares ou na comunidade? A família parece se isolar?

– Como se comportam os familiares com os profissionais de saúde agora e no passado? Há possibilidade de colaboração?

• *Potencial de mudança*

– Houve alguma intervenção prévia na família? Quais as reações dos pais quando receberam ajuda anteriormente?

– Houve seguimento? Qual o resultado?

– Qual seria o impacto de uma intervenção terapêutica agora?

CONCLUSÕES

Este artigo descreve brevemente alguns aspectos importantes de uma avaliação feita com uma família de alto risco, suspeita de maltratar uma criança ou um adolescente. As interações descritas podem informar sobre as observações feitas durante o processo de avaliação clínica e terapêutica. Os temas e as perguntas podem estruturar uma entrevista que ajudará a compreender os conhecimentos dos pais sobre as necessidades de seus filhos, a maneira como eles os tratam, suas atitudes e emoções, assim como os aspectos vulneráveis do sistema familiar.

Utilizando essa informação com outros detalhes sobre o contexto comunitário e social da família e sobre o seu relacionamento anterior com serviços de saúde e profissionais envolvidos nos seus cuidados, é possível ter uma idéia preliminar de se haverá, ou não, a possibilidade de mudar o contexto familiar para promover o bem-estar dos filhos e das crianças e dos adolescentes que procuram ajuda no sistema de saúde em casos de maus-tratos e abusos.

REFERÊNCIAS

1. Minuchin S. Families and family therapy. London: Tavistock; 1974.
2. Carter B, MacGoldrich M. As mudanças no ciclo de vida familiar. Porto Alegre: Artes e Médicas Sul Ltd; 1995.
3. Moos RH, Moos BS. Family environment scale. Palo Alto (CA): Consulting Psychologist Press; 1986.
4. Olson DH. Circumplex Model VII: validation studies and FACES III. Family Process 1986; 26: 337-51.
5. Brown K, Herbert H. Preventing family violence. New York: John Wiley and Sons; 1997.
6. Reder P, Lucey C. Assessment of parenting: psychiatric and psychological contributions. London: Routledge; 1995.
7. CEIIAS/ISPCAN. CD sobre abusos, maus-tratos e proteção de crianças e adolescentes, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: www.ceiiias.org.br.

Jefferson Drezett¹
Lia Junqueira²
Irene Pires Antonio³
Fabricia Silva Campos⁴
Marina Cartaxo Patriota
Leal⁴
Renata Iannetta⁴

Contribuição ao estudo do abuso sexual contra a adolescente: uma perspectiva de saúde sexual e reprodutiva e de violação de direitos humanos

Contribution to the study of sexual violence against the adolescent: a perspective of sexual and reproductive health and violation of human rights

> RESUMO

Objetivo: Estudar fatores relacionados com o abuso sexual de adolescentes do sexo feminino, investigando elementos de interface da saúde e de direitos humanos. **Métodos:** estudo retrospectivo e descritivo com 87 adolescentes em situação de abuso sexual, atendidas entre 1996 e 2002 pelo Centro de Referência da Criança e do Adolescente (CERCA). As variáveis de estudo foram: crime sexual; constrangimento; cronicidade do abuso; tipificação e idade do agressor; local do abuso; responsável pela denúncia; exame pericial; ocorrência de gravidez; destino do agressor. **Resultados:** o estupro, isolado ou associado a outros crimes sexuais, ocorreu em 63,1% dos casos. Grave ameaça (38%) e violência presumida (34,5%) foram formas de constrangimento predominantemente utilizadas. O crime sexual foi repetido em 90,8% dos casos, cronicando-se por mais de um ano em 58,2%. O agressor foi identificado por 95,4% das adolescentes, tratando-se, geralmente, de parente (72,4%) com idade média de 39,7 anos. O abuso ocorreu na residência da vítima (66,7%) ou na do agressor (20,7%) e foi denunciado por um parente em 76,8% dos casos. A maioria dos exames periciais (93,7%) não encontrou evidências materiais da violência e a gestação por estupro ocorreu em 12,6% dos casos. Houve condenação de 31,2% dos agressores, com punições variando entre seis e 26 anos de reclusão. **Conclusões:** Adolescentes sofreram, principalmente, abuso sexual crônico e prolongado, geralmente por agressor conhecido e aparentado, mediante ameaça ou violência presumida e em espaço privado. O exame pericial pouco contribuiu para comprovar materialmente o crime sexual, sugerindo que outros elementos influem decisivamente na condenação do agressor, que, quando estabelecida, resultou em punição rigorosa e em conformidade com o previsto pela lei.

UNITERMOS

violência sexual; adolescência; direitos humanos

> ABSTRACT

Objective: The aim of this article is to study aspects related to sexual abuse in adolescent females and to expose forensic medical elements. **Methods:** The retrospective epidemiological study was conducted on 87 adolescents submitted to sexual abuse, admitted to Center of Reference of the Child and of the Adolescent from 1996 to 2002. The study has evaluated variables such as: nature of the abuse, coercion used, recidivism of sexual crime, age of offenders, place of crime, accuser, forensic medical examination, reported pregnancy outcome and destiny of aggressor. **Results:** Rape, by itself or associated with another sexual crime, occurred in 63.1% of the cases. Serious threat (38%) and presumed violence (34.5%) were the most frequently used form of coercion. The sexual crime was repeated in 90.8% of the cases and for more than one year, in 58.2%. Sex offenders were identified by 95.4% of adolescents; usually a relative (72.4%) middle aged 39.7 years old. The sexual crime happened at the victim's house (66.7%) or at the aggressor's (20.7%) and accusation was made by relatives most of the cases (76.8%). The major part out of the forensic medical examination (93.7%) was negative for physical evidences and pregnancy outcomes were related in 12.6% of the cases. The aggressors were condemned in 31.2% and punished with reclusion ranging from 6 to 26 years. **Conclusion:** Adolescents were submitted mostly to a recidivist sexual crime practice by someone known or related, on a private place and submitted by serious threat and presumed violence. The forensic medical examination has poorly contributed to prove the sexual crime. This suggests that other elements contributed more significantly to condemnation, severe punishment according to the law.

KEY WORDS

sexual violence; adolescence; human rights

¹Ginecologista; preceptor da Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital-Maternidade Leonor Mendes de Barros; membro do Centro de Referência da Criança e do Adolescente (CERCA) da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), São Paulo.

²Advogada; coordenadora do CERCA/OAB/SP.

³Psicóloga; ex-membro do CERCA/OAB/SP.

⁴Médica-residente em Obstetrícia e Ginecologia do Hospital-Maternidade Leonor Mendes de Barros, São Paulo. Trabalho realizado no CERCA/OAB/SP.

> INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é fenômeno universal que atinge, indistintamente, todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher estabelece por *violência* todo ato baseado no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na privada⁽¹⁾. Nesse sentido, a violência sexual constitui uma das mais amargas expressões da violência de gênero e uma brutal violação de direitos humanos e de direitos sexuais e reprodutivos. Soma-se a esses conceitos a perspectiva da violência sexual como problema de saúde pública⁽²⁾. De fato acumulam-se evidências de que a violência representa uma das principais causas de morbidade e mortalidade entre a população jovem. Enquanto os homicídios ocorrem em espaços públicos, envolvendo principalmente o sexo masculino, a violência sexual atinge as mulheres no espaço privado e doméstico⁽³⁾.

O abuso sexual acomete cerca de 12 milhões de pessoas, a cada ano, em todo o mundo. Nos EUA, calcula-se que ocorra uma violação sexual a cada seis minutos e que cerca de 25% das mulheres tenham experimentado algum tipo de contato sexual não-consentido durante a infância ou a adolescência^(2, 3). O National Victim Center (NCV) e o Crime Victims Research and Treatment Center (CVRTC) relatam que 683 mil mulheres são estupradas anualmente nos EUA. Estima-se que 200 mil crianças americanas sofrem abuso sexual a cada ano, segundo o National Center for the Abused and Neglected Child. Mas é durante o período da adolescência que o risco da violência sexual se assevera, chegando a ser quatro vezes maior do que o dos demais grupos etários⁽⁴⁾.

Assim como ocorre na adolescência, algumas populações são extremamente vulneráveis ao abuso sexual. Países em conflito armado, como Bósnia-Herzegovina, Croácia e Libéria, registram as mais elevadas incidências. Embora o estupro seja considerado crime de guerra, a Organização das Nações Unidas (ONU) revela que foram estupradas entre 20 e 50 mil mulheres na antiga Iugoslávia, com o objetivo da gravidez forçada e da eliminação étnica⁽⁵⁾.

A fundamentação da violência sexual como problema de saúde pública não se faz somente pela magnitude das estatísticas, mas considera os agravos para a saúde da mulher. O impacto do abuso sexual para a saúde sexual e reprodutiva decorre das conseqüências dos traumatismos físicos, das seqüelas das doenças sexualmente transmissíveis (DST), da morbidade da infecção pelo HIV e da complexidade da situação de gravidez decorrente do abuso sexual. Além disso, agregam-se danos psicológicos que produzem efeitos intensos e devastadores, por vezes irreparáveis para a saúde mental e para a reinserção social da vítima^(2, 3).

Embora investigações consistentes definam contornos confiáveis do problema, a exata prevalência do abuso sexual e de suas conseqüências ainda é desconhecida. A falta de mecanismos eficientes de notificação e registro soma-se ao fato de que a maioria das mulheres não revela o ocorrido para as autoridades competentes. Ameaça, vergonha ou humilhação são fatores decisivos para ocultar a violência sexual sofrida. Há dados consistentes de que o problema da subnotificação se agrava quando o agressor é conhecido pela vítima, como ocorre no abuso sexual intrafamiliar na infância ou na adolescência. Nesses casos, o perpetrador se vale de sua posição privilegiada no núcleo familiar, da autoridade e do temor reverencial de que é investido para garantir que o abuso permaneça crônico e oculto por longo período, mecanismo conhecido por *conspiração do silêncio* ou *pacto do silêncio*⁽⁶⁾.

As vítimas da violência sexual terminam, frequentemente, isoladas e invisibilizadas, distantes de seus direitos constitucionais de proteção à saúde e acesso à justiça. Parte da resistência em revelar o ocorrido também se deve à baixa expectativa da vítima com os resultados da Justiça. Além de temer a condução do interrogatório policial e do exame pericial, há o constrangimento em confrontar o agressor no tribunal e o risco de ter sua história desqualificada ou desacreditada. Da mesma forma que muitas mulheres desistem de procurar reparação na Justiça, parte expressiva delas desconhece os riscos físicos e emocionais da violência sexual, não recorrendo aos provedores de saúde. Quando o fazem, podem encontrar dificuldades em conse-

guir cuidados apropriados ou acessar serviços especializados^(1, 7).

Apesar disso, a violência sexual vem sendo crescentemente remetida à área da saúde. Várias políticas públicas atuais incorporam protocolos de atenção imediata que normatizam a anticoncepção de emergência e a profilaxia de DST/HIV. Promovem o acompanhamento interdisciplinar, o tratamento e a reabilitação dos danos causados pela violência, incluindo-se a garantia de interrupção legal da gravidez⁽³⁾. No entanto não se observa igual desenvolvimento nas relações colaborativas entre os setores da saúde e do direito. Os profissionais de saúde, em geral, temem por se envolver com questões legais ou policiais e resistem em comunicar as ocorrências de que têm conhecimento. Eles pouco percebem a importância de seu papel na promoção da justiça, oferecendo escassa atenção aos dispositivos previstos pela lei. Além disso, quando solicitados a prestar informações para a Justiça, como por meio de relatórios, frequentemente o fazem de forma inconsistente ou evasiva. Os operadores do direito, por sua vez, pouco conhecem sobre os dados epidemiológicos obtidos nos serviços de saúde – informações fundamentais para se compreender os mecanismos da violência sexual. Sem elas o exame pericial termina excessivamente valorizado e como única informação acerca dos efeitos da violência sobre a saúde da mulher⁽⁷⁾.

A dicotomia histórica entre os setores da saúde e do direito tem se mostrado ineficiente diante das necessidades das mulheres em situação de violência sexual. Esta investigação tem por objetivo contribuir para o entendimento do problema, analisando elementos de interface entre saúde e direitos humanos relacionados com o abuso sexual de adolescentes.

➤ MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo retrospectivo, descritivo e não-comparativo, com dados coletados de 87 adolescentes do sexo feminino sexualmente abusadas, matriculadas no Centro de Referência da Criança

e do Adolescente (CERCA), entre janeiro de 1996 e março de 2002. O CERCA é organização não-governamental e sem fins lucrativos, vinculada à Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), São Paulo, que presta assistência gratuita para crianças e adolescentes em situação de violação de direitos humanos, particularmente nos casos de maus-tratos (físicos, psicológicos e sexuais), negligência ou abandono. Oferece atendimento interdisciplinar nas áreas de assessoria em direito, psicologia diagnóstica e assistência social, mantendo parcerias com diversos serviços públicos de saúde, especializados no atendimento ambulatorial e hospitalar ao abuso sexual.

A definição de adolescência foi baseada no critério idade maior ou igual a 12 anos e menor que 18 anos, conforme a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, artigo 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente⁽⁸⁾. A idade das adolescentes estudadas variou de 12 a 17 anos, com média de 13,7 anos e desvio-padrão de 2,1 anos.

Foram considerados critérios de inclusão os crimes sexuais de estupro, atentado violento ao pudor com penetração anal (AVPA), atentado violento ao pudor com penetração oral (AVPO) e atentado violento ao pudor (AVP) diferente do AVPA e do AVPO. Para caracterização dessas ocorrências foram adotadas as definições dos artigos 213, 214 e 224 do Código Penal Brasileiro⁽⁹⁾. Foram excluídos da amostra os demais crimes sexuais previstos no Código Penal, as vítimas de abuso sexual do sexo masculino e os casos de caracterização duvidosa ou de comprovada falsa alegação.

As variáveis de estudo foram analisadas considerando-se apenas as categorias de inclusão, como se segue: 1) tipo de crime sexual: estupro e tipos de AVP, isolados ou em associação; 2) forma de constrangimento ou intimidação: força física, grave ameaça, associação de força física e de grave ameaça, e violência presumida; 3) cronicidade do abuso sexual: ocorrências de repetição em anos de duração; 4) tipificação do agressor: pai biológico, padrasto, tio, avô, outros parentes, vizinho, parceiro ou ex-parceiro, outros conhecidos não-aparentados e desconhecido; 5) idade do agressor: variação, média e distribuição em grupos etários;

6) local de abordagem da adolescente: percurso da escola, sua residência, residência do agressor, espaço escolar e outras atividades; 7) responsável pela comunicação do abuso sexual: pai, tio, irmão, mãe, outro parente, vizinho, profissional de saúde, amigo da adolescente, outro não-aparentado, anônimo e própria adolescente; 8) resultado do exame pericial: com e sem evidências materiais do abuso sexual; 9) gravidez decorrente da violência sexual: percentual de adolescentes em situação de gravidez resultante do abuso sexual; 10) destino do agressor: resultado da percução penal, quando concluída, dividido em absolvição, condenação, processo suspenso, extinção do processo, crime não-denunciado e processo em andamento.

Para a coleta de dados foram utilizadas as informações prestadas pela adolescente e/ou seu representante legal para a equipe interdisciplinar do CERCA, registradas em prontuário. Também foram utilizadas informações resgatadas dos registros dos Boletins de Ocorrência Policial, dos Laudos de Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal do Instituto Médico-Legal (IML) e das Sentenças do Poder Judiciário. O acesso a esses documentos foi feito mediante cópia dos mesmos, anexada ao prontuário do CERCA. Os objetos das variáveis de estudo foram transferidos para ficha pré-codificada e pré-testada, e introduzidos em programa Epi Info 6, versão 6.04b. A verificação da consistência dos dados foi realizada por meio de dupla digitação, comparação dos arquivos pelo Epi Info 6 e correção de divergências mediante consulta da ficha original.

> RESULTADOS

A **Tabela 1** mostra a distribuição dos crimes sexuais alegados pela adolescente e/ou seu representante legal, onde se observa a predominância do crime de estupro, que, de forma isolada ou associada a outros crimes, ocorreu em 63,1% dos casos.

Na **Tabela 2**, quanto à forma de constrangimento utilizada pelo agressor para consumir o abuso sexual constatou-se que a grave ameaça e a violência presumida foram os mecanismos de intimidação mais frequentes, alcançando 72,5%

dos casos. Em quatro casos (4,5%) não foi possível caracterizar o constrangimento dentro dos limites estabelecidos pela lei penal.

A cronicidade do abuso sexual, tratada na **Tabela 3**, revela que em 79 casos (90,8%) o abuso sexual foi praticado duas ou mais vezes em diferentes episódios e pelo mesmo perpetrador. Embora períodos menores que um ano tenham obtido a maior frequência (41,8%), 46 adolescentes (58,2%) experimentaram o abuso sexual por tempo mais prolongado. Cinco adolescentes (6,3%) não souberam precisar a duração da violência, embora seguras da repetição do abuso.

O perpetrador do abuso sexual foi relatado como conhecido ou identificável por 95,4% das adolescentes (83 casos). A tipificação desses agressores encontra-se na **Tabela 4**. A somatória dos agressores membros do núcleo familiar ou parentes da adolescente foi de 72,4%. Em quatro casos (4,6%) o agressor foi qualificado como desconhecido pela adolescente ou por seu representante legal.

Tabela 1
TIPO DE CRIME SEXUAL PERPETRADO CONTRA A ADOLESCENTE

Tipo de crime sexual	n	%
Estupro	35	40,2
Estupro + AVPA	7	8
Estupro + AVPO	8	9,2
Estupro + AVPA + AVPO	5	5,7
AVPA	2	2,3
AVPO	8	9,2
AVPA + AVPO	4	4,6
Outro tipo de AVP	18	20,8
Total	87	100

Tabela 2
DISTRIBUIÇÃO DA FORMA DE CONSTRANGIMENTO UTILIZADA PARA A PERPETRAÇÃO DO CRIME SEXUAL

Tipo de constrangimento	n	%
Grave ameaça	33	38
Violência presumida*	30	34,5
Força física/grave ameaça	13	15
Força física	7	8
Ignorado	4	4,5
Total	87	100

*Considerados apenas os casos de violência presumida não-associada a outras formas de constrangimento.

Tabela 3
DURAÇÃO DO ABUSO SEXUAL DE REPETIÇÃO EM ANOS

Anos de repetição	n	%
< 1	33	41,8
≥ 1 e < 2	14	17,7
≥ 2 e < 3	8	10,2
≥ 3 e < 4	5	6,3
≥ 4 e < 5	4	5,1
≥ 5	10	12,6
Número incerto de anos	5	6,3
Total	79	100

Tabela 4
TIPIFIKAÇÃO DO AGRESSOR IDENTIFICADO COMO RESPONSÁVEL PELA PERPETRAÇÃO DO ABUSO SEXUAL EM 83 ADOLESCENTES

Agressor	n	%
Pai	29	34,9
Padrasto	29	34,9
Tio	1	1,2
Avô	1	1,2
Outro parente	3	3,6
Vizinho	8	9,6
Parceiro ou ex-parceiro	2	2,4
Outro conhecido não-aparentado	10	12,1
Total	83	100

Em 66 casos (75,8%) foi possível resgatar a informação sobre a idade do agressor da adolescente (**Tabela 5**), que variou de 17 a 76 anos, com média de 39,7 anos e desvio-padrão de 7,8 anos. As idades entre 35 e 44 anos obtiveram as maiores frequências e a média de idade dos agressores foi cerca de três vezes maior do que a das adolescentes.

A **Tabela 6** resume a distribuição das atividades das adolescentes ou os locais onde se encontravam no momento em que foram abordadas pelo agressor. Em 87,4% dos casos o abuso sexual ocorreu dentro de espaços privados, como a residência da adolescente ou a do agressor.

A comunicação formal ou *denúncia* do abuso sexual apresentada ao CERCA foi formulada por algum membro do núcleo familiar ou parente da adolescente em 66 casos (75,8%). A mãe, isoladamente, obteve a maior frequência, sendo responsável por quase 60% das comunicações. Profissionais de saúde

de participaram com 5,8% do total das *denúncias*, mesmo percentual encontrado para a comunicação anônima. A comunicação por iniciativa da própria adolescente esteve entre as mais baixas frequências (2,3%). A distribuição dos responsáveis pela comunicação do abuso sexual encontra-se na **Tabela 7**.

Tabela 5
DISTRIBUIÇÃO DA IDADE DO AGRESSOR SEXUAL POR GRUPO ETÁRIO

Idade do agressor (em anos)	n	%
< 20	1	1,5
20-24	2	3
25-29	5	7,6
30-34	13	19,8
35-39	14	21,2
40-44	14	21,2
45-49	8	12,1
> 50	9	13,6
Total	66	100

Tabela 6
LOCAL DE ABORDAGEM DA ADOLESCENTE PELO PERPETRADOR DO ABUSO SEXUAL

Local de abordagem	n	%
Residência da adolescente	58	66,7
Residência do agressor	18	20,7
Percurso da escola	2	2,3
Dentro da escola	1	1,1
Outro	8	9,2
Total	87	100

Tabela 7
RESPONSÁVEL PELA COMUNICAÇÃO DO ABUSO SEXUAL

Responsável	n	%
Mãe	52	59,7
Tio	7	8,1
Profissional de saúde	5	5,8
Anônimo	5	5,8
Outro parente	4	4,6
Vizinho	4	4,6
Outro não-aparentado	3	3,4
Pai	2	2,3
Amigo da adolescente	2	2,3
A própria adolescente	2	2,3
Irmão	1	1,1
Total	87	100

O exame pericial de corpo de delito e conjunção carnal, do IML, foi realizado em 32 casos (37,8%). Em 55 casos (62,2%) não foi possível confirmar a realização do exame ou obter as conclusões dos mesmos. Dos 32 exames disponíveis analisados, 30 perícias de sexologia forense (93,7%) não apresentaram evidências materiais do crime sexual alegado pela adolescente. A ocorrência de gravidez resultante da violência sexual se deu em 11 casos (12,6%).

Até a conclusão deste estudo, 23 processos (26,4%) encontravam-se em andamento no Poder Judiciário. Dos 64 concluídos, em 20 casos (31,2%) o agressor foi condenado; em 12 casos (18,7%) o agressor foi absolvido; 11 processos (17,2%) foram suspensos; e cinco (7,8%), extintos. A Promotoria Pública não apresentou denúncia em 13 casos (20,3%). Em três casos (4,7%) a informação sobre a percução penal não foi recuperada: um por segreço de Justiça e dois por correrem em varas de júri de localidades distantes. O tempo de condenação dos 20 agressores variou de seis a 26 anos, com média de 13 anos e 12 dias de reclusão em regime fechado.

DISCUSSÃO

No Brasil os delitos sexuais são classificados como crimes contra os costumes, considerados de ação privada. Assim, depende da iniciativa da vítima a abertura do processo criminal, exceto em algumas condições, como quando é cometido com abuso do poder familiar ou quando resulta em morte da mulher⁽⁹⁾. Apesar da consagração, no cotidiano dos serviços de saúde, de termos como *violência*, *agressão* ou *abuso* sexual, a deontologia médica e a lei penal especificam *estupro* como o constrangimento da mulher ao coito vaginal mediante violência ou grave ameaça. Entende-se por *violência* o uso de força física capaz de impedir a resistência da vítima, e por *grave ameaça*, a promessa de efetuar malefício suficiente para intimidar alguma reação. O AVP é caracterizado por submeter pessoas de ambos os sexos, mediante os mesmos mecanismos de intimidação, a quaisquer atos sexuais diferentes da penetração vaginal. Mesmo sem o uso da força física ou da ameaça,

algumas situações igualmente caracterizam o estupro e o AVP. Essa condição, definida pelo artigo 224 do Código Penal como *violência presumida*, inclui as ocorrências entre pessoas menores de 14 anos ou deficientes mentais em qualquer idade, mesmo que ocorra *consentimento*. Também se aplica às pessoas que não podem, por qualquer outra causa, oferecer resistência⁽⁹⁾.

Dados extraídos do IML de São Paulo verificam que o estupro constitui cerca de 60% das queixas de crime sexual, e o AVP, quase 18%⁽¹⁰⁾. Indicadores semelhantes foram encontrados em amostra de Boletins de Ocorrência Policial, com 54% de casos de estupro e 16% de AVP⁽¹⁾. Neste estudo, a frequência de estupro, isolado ou associado a outro tipo de abuso sexual (63,1%), foi comparável às já descritas. Contudo encontrou-se frequência maior de casos de AVP (36,9%).

A importância do tipo de crime sexual não reserva apenas interesse forense, mas revela riscos que podem ser críticos para a aquisição de DST e do HIV. A exemplo, a taxa de infectividade do HIV em relação heterossexual vaginal, consentida e única, varia de 0,08% a 0,2%. Se o coito for anal, eleva-se para 0,1% a 0,3%⁽¹¹⁾. Situação grave foi observada neste estudo (Tabela 1), onde os dois tipos de crime foram violentamente impostos para quase 54% das adolescentes estudadas. É importante ressaltar que o estupro entre adolescentes com menarca também pode resultar em gravidez⁽⁶⁾.

A intimidação psicológica (38%) e a violência presumida (34,5%) foram formas predominantes de constrangimento nas adolescentes analisadas (Tabela 2), corroborando evidências de outros autores^(1,2,12,13). Na perspectiva da saúde, esse dado é crítico para explicar a pequena ocorrência de traumatismos físicos. O uso da força física como único instrumento (8%) faz com que os danos genitais não excedam os 5% e que os extragenitais pouco superem os 10%⁽¹²⁾. No entanto cabe salientar que sua ocorrência potencializa os riscos de infecção pelas DST e pelo HIV, além da morbimortalidade que produzem⁽¹¹⁾. Na perspectiva da justiça, embora o constrangimento seja decisivo para qualificar o crime sexual, persiste a equivocada exigência de provas materiais do abuso. Nesse sentido, a baixa prevalência de danos físicos frustra a expectativa dos operadores do direito que, muitas vezes, inter-

pretam sua ausência como falsa alegação de crime sexual^(6, 13, 14).

A violência presumida também influencia a cronicidade do abuso sexual, encontrada em mais de 90% das adolescentes investigadas (Tabela 3). Atribui-se a ela um perverso mecanismo que impede a denúncia. O silêncio da criança ou da adolescente é conseguido por meio de tratamento preferencial, coerção, ou pelo temor reverencial⁽¹³⁾. Há evidências do fato na Tabela 7, dada a escassa denúncia feita pela própria adolescente (2,3%). O abuso repetido eleva sobremaneira a exposição ao risco de DST, HIV e gestação. Tratando-se de incesto, resulta em danos emocionais ainda mais complexos, que se refletem em alarmantes taxas de tentativa de suicídio^(4, 11). Um aspecto relevante deste estudo foi mensurar o tempo e a prevalência dessa cronicidade, informação ainda escassa em nosso meio.

Os resultados encontrados sobre tipo de crime, constrangimento e cronicidade do abuso sexual não podem ser devidamente entendidos se descontextualizados da questão do agressor. Muitas investigações sustentam que o perpetrador é conhecido e próximo da vítima, com taxas variando de 50% a 70%. Esses números podem ser ainda maiores se a vítima é adolescente ou criança^(1, 4, 13). Alinhando-se a essa premissa, os agressores conhecidos constituíram maioria nesta casuística (Tabela 4). Pai e padrasto, as maiores freqüências, somaram quase 70% dos casos. Em vista disso, torna-se compreensível que a média de idade encontrada para o agressor seja quase três vezes maior do que a verificada entre as adolescentes analisadas (Tabela 5). Apesar de causar perplexidade, a literatura assegura que os agressores mais freqüentes são exatamente os mesmos que deveriam ser, em tese, os principais responsáveis por garantir segurança e desenvolvimento integral para a criança ou adolescente^(1, 13). Neste estudo, entre os agressores não-aparentados, destacam-se moradores da comunidade como os mais freqüentes (9,6%), resultado semelhante aos de outros estudos^(1, 12, 13).

Quanto à atividade da adolescente no momento da violência sexual (Tabela 6), a predominância de agressores com laços consanguíneos observada neste estudo explica a elevada freqüência de crimes sexuais praticados em ambiente pri-

vado (87,4%), quase sete vezes maior do que a somatória das demais freqüências das categorias estudadas (12,6%). Nossos resultados estão em conformidade com a literatura, que descreve o abuso sexual na adolescência como fenômeno notadamente intrafamiliar^(2, 4). Esse conceito ainda não está incorporado devidamente por provedores de saúde e operadores da Justiça, que relutam em acreditar na possibilidade de situação tão nefasta. Ao contrário, crianças e adolescentes que relatam sofrer abuso sexual dentro de casa deveriam ter sua história, por mais improvável que parecesse, cuidadosamente acolhida e adequadamente investigada⁽¹³⁾.

Oferecer credibilidade para a palavra de crianças e adolescentes com relato de abuso sexual, nos serviços de saúde, obedece ao princípio jurídico de *presunção de veracidade*⁽⁹⁾. Esse dispositivo, entre outros importantes efeitos, permite romper o ciclo da violência e oferecer proteção social e legal para a vítima de acordo com a gravidade dos riscos que ela enfrenta. Assim, o artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente tornou dever legal dos profissionais de saúde a comunicação dos casos de que tenham conhecimento, mesmo quando suspeitos, sem que se faça necessário apresentar provas materiais⁽⁸⁾. A comunicação obrigatória ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude pode e deve ser realizada, pautando-se tão-somente no relato da criança e do adolescente^(1, 6, 8, 9). Contudo os dados desta investigação (Tabela 7) lamentavelmente sugerem pouca participação dos profissionais de saúde na origem das denúncias (5,8%). As adolescentes estudadas dependeram principalmente de um parente para interromper o abuso (75,8%). A ocorrência de gravidez resultante de estupro, uma das mais graves violações de direitos sexuais e reprodutivos, foi cerca de 2,5 vezes maior entre as adolescentes estudadas do que as médias esperadas. O resultado sugere que a gravidez exerça forte pressão sobre a família e a comunidade para que se revele o abuso, principalmente nos casos de incesto⁽¹⁵⁾.

A destacada participação materna, com quase 60% das comunicações, merece atenção. Segundo estudos, a mãe geralmente percebe ou sabe do incesto. Mas costuma ignorá-lo, trocando de papel com a filha. Para manter a aparente normalidade

da família, consente a situação, consciente ou inconscientemente, até que um fator a obrigue a encarar os fatos do abuso⁽¹⁶⁾. A tese psicanalítica sugerindo passividade materna não deve ser encarada como improvável. Ainda que a metodologia deste estudo seja inapropriada para relacionar essas variáveis, é inquietante notar que 58,2% dos casos de abuso se prolongaram por mais de um ano e 12,6% por mais de cinco anos, sendo a mãe a principal fonte de denúncia, sem questionar por quais motivos necessitou tanto tempo para reconhecê-lo ou revelá-lo.

O resultado do exame pericial do IML foi a variável de estudo com maior dificuldade de acesso formal. Por esse motivo, em 62,2% dos casos não foi possível resgatar informações mínimas ou mesmo confirmar a realização da perícia. Apesar de comprometer o estudo da variável, a análise dos exames disponíveis convida à reflexão. Das 32 perícias realizadas, 93,7% não apresentaram qualquer evidência ou prova material do crime sexual. Considerando-se a distribuição dos crimes sexuais (Tabela 1) e subtraindo-se os casos de AVPO e outros AVP (30%), de evidências materiais pouco prováveis, em 70% dos casos o abuso possibilitaria, teoricamente, o encontro de elementos no exame pericial. No entanto isso foi verificado em apenas 6,3% dos casos. Mesmo assim, é necessário advertir que esse resultado não divergiu da literatura. Por exemplo, o estupro apresenta elementos comprobatórios para 13,3% e 4,1% das estatísticas dos IML de São Paulo e Belo Horizonte, respectivamente^(10, 17).

A ameaça, sob o aspecto de intimidação, e a pequena taxa de traumatismos físicos são fatores discutidos que certamente colaboram para justificar a limitação da medicina forense. Mas outros devem ser agregados. Apenas 11% das vítimas realizam a perícia nas primeiras 24 horas da violência, comprometendo, por exemplo, a detecção de espermatozoides⁽¹¹⁾. O diagnóstico de rotura himenal recente esbarra na precocidade da vida sexual da adolescente que, em mais de 60% dos casos, se inicia antes do abuso sexual⁽¹²⁾. Se virgens, resta o problema da complacência himenal, presente entre 10% e 33% dos casos, o que limita a avaliação do hímen como parâmetro de penetração vaginal⁽¹⁰⁾.

Mesmo diante desses fortes indicadores, as provas médico-legais permanecem paradoxalmente exigidas pela Justiça e, na sua ausência, a adolescente não raramente é desacreditada^(18, 19). De fato constatou-se que a Promotoria Pública não ofereceu denúncia em 20,3% dos casos analisados, alegando, na maioria das vezes, falta de provas materiais. O direito à justiça, fundamental para o exercício dos direitos humanos das mulheres, fica obstruído pela incapacidade de se entender e admitir a limitação da medicina forense. Em consequência, poucos agressores são responsabilizados, apesar de a violência sexual ser severamente condenada pelos textos clássicos do direito^(1, 14).

Acredita-se que, por falta de provas materiais, mais de 95% dos agressores não são punidos pela Justiça^(14, 19). Contudo, neste estudo, 31,2% dos agressores foram condenados, resultado bastante superior aos de outros estudos. O dado, embora tímido para minimizar a impunidade, abre novas expectativas. A condenação, quase cinco vezes mais freqüente que as taxas de positividade do exame pericial, sugere que outros fatores compõem, efetivamente, a decisão da Justiça. Mesmo considerando a falta de acesso à parte significativa dos resultados dos exames periciais, raramente os mesmos foram citados nas sentenças condenatórias. No entanto, nas mesmas sentenças há fortes indicadores de valoração das contribuições dos serviços de saúde especializados e do trabalho interdisciplinar do CERCA. Independente dos motivos, o tempo de condenação e a severidade das penas refletiram o previsto pela Lei 8.072/90, que enquadra o abuso sexual no campo dos crimes hediondos, e a convicção da Justiça pela culpa do agressor^(1, 9, 14).

As adolescentes são as principais vítimas do abuso sexual. Protegê-las do impacto físico e emocional da violência é responsabilidade inegável dos serviços de saúde. Protegê-las do agressor e promover justiça é responsabilidade indiscutível dos operadores do direito. Mas o flagelo do abuso sexual continuará em proporções inaceitáveis se não encontrarmos caminhos que garantam justiça e saúde como direitos humanos indivisíveis⁽²⁰⁾. Devemos isso a todas essas mulheres. De todas as idades. O que nos falta para fazê-lo?

> CONCLUSÕES

Entre as adolescentes estudadas, os resultados desta investigação permitem concluir que:

- o estupro foi o crime sexual predominante;
- a grave ameaça e a violência presumida foram os constrangimentos mais impostos;
- a maioria dos casos de abuso sexual se deu de forma repetida e por tempo prolongado;
- o agressor foi identificado em expressivo número de casos, prevalecendo aqueles do núcleo familiar ou parentes;
- os agressores apresentaram idade superior e desproporcional à idade da adolescente;
- o abuso sexual ocorreu principalmente em espaço privado e doméstico;
- a maior parte dos crimes sexuais foi comunicada às autoridades por familiares, destacando-se a participação da mãe;
- a maioria dos exames periciais não ofereceu elementos de materialidade para o crime sexual;
- a ocorrência de gravidez resultante de abuso sexual foi significativa;
- a condenação foi destino de importante parte dos agressores sexuais, com penas rigorosas e em conformidade com o previsto pela lei.

> REFERÊNCIAS

1. Pimentel S, Schritzmeyer ALP, Pandjarian V. Estupro: crime ou *cortesia*? Abordagem sociojurídica de gênero. Porto Alegre: SAFE. 1998.
2. Beebe DK. Sexual assault: the physician's role in prevention and treatment. J Miss State Assoc 1998; 39: 366-9.
3. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde. 1999.
4. National Victim Center, Crime Victims Research and Treatment Center. Rape in America: A report to the nation. South Carolina: Dept of Psychiatry and Behavioral Sciences. 1992.
5. Kozaric-Kovacic D, Folnegovic-Smalc V, Skrinjaric J, Szajnberg NM, Marusic A. Rape, torture, and traumatization of Bosnian and Croatian women: psychological sequelae. Am J Orthopsychiatry 1995; 65: 428-33.
6. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Violência sexual e aspectos éticos da assistência. In: Cadernos de ética em ginecologia e obstetrícia. 2ª ed. São Paulo: CREMESP, 2002. p. 71-8.
7. Lourenço MBR. Corpo, sexualidade e violência sexual na modernidade: contributos para uma análise contextualizada da violência sexual na sociedade portuguesa. São Paulo: 2001. Tese de Doutorado, Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa e Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
8. Estatuto da Criança e do Adolescente. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado. 1993.
9. Oliveira J. Código Penal. 25 ed. São Paulo: Saraiva. 1987.
10. Cohen C, Matsuda NE. Crimes sexuais e sexologia forense: estudo analítico. Rev Paulista Med 1991; 109: 157-64.
11. Drezett J, Baldacini I, Nisida IVV, Nassif VC, Napoli PC. Estudo da adesão da quimioprofilaxia anti-retroviral para a infecção pelo HIV em mulheres sexualmente vitimadas. RBGO 1999; 21(9): 539-44.
12. Drezett J, Caballero M, Juliano I, Prieto ET, Marques JA, Fernandes CE. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. J Pediatr 2001; 77(5): 431-9.
13. Flores YM, Gutiérrez LN, Gordillo MQ. Diagnóstico sobre procedimiento probatorio en casos de violencia intrafamiliar y sexual contra las mujeres, la niñez y la adolescencia en Nicaragua. Managua: Agencia Española de Cooperación Internacional. 2002.
14. Human Rights Watch. Injustiça criminal: a violência contra a mulher no Brasil. EUA: Americas Watch. 1992.
15. Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. Am J Obstet Gynecol 1996; 175: 320-4.
16. Brooks B. Preoedipal issues in a postincest daughter. Am J Psychother 1983; 37: 129-36.
17. Campos JR, Nascimento LG, Almeida Jr WJ, Vaintraub MT, Lopes GP. Violência sexual em Belo Horizonte: pesquisa no Instituto Médico-Legal. J Bras Ginec 1994; 104: 227-30.
18. Ferris L, Sandcock J. The sensitivity of forensic tests for rape. Med Law 1998; 17: 333-50.
19. Tucker S, Claire E, Ledray LE, Werner JS, Claire E. Sexual assault evidence collection. Wis Med J 1990; 89: 407-11.
20. Mariscal JDO. Una respuesta de la sociedad a la violencia contra las mujeres. In: Elias RU, Billings DL. Violencia sobre la salud de las mujeres. Monterrey: Ipas. 2003. p. 148-56.

> CURSOS**Pós-graduação na área de Medicina de Adolescentes da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)**

Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), Rio de Janeiro-RJ
 Tels.: (21) 2264-2082 / 2587-6570
 E-mail: nesa@uerj.br
 Site: www.lampada.uerj.br

Oficinas de sexualidade

NESA, Rio de Janeiro-RJ
 Tels.: (21) 2264-2082 / 2587-6570
 E-mail: nesa@uerj.br

> EVENTOS NACIONAIS**Simpósio Paulista de Ginecologia: 'Prática Clínica Diária'**

21 e 22 de janeiro de 2005
 Hotel Blue Tree Towers Faria Lima, São Paulo-SP
 Tel.: (11) 3825-2163
 E-mail: carve@carve.com.br

XIV Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica

27 a 30 de abril de 2005
 Foz do Iguaçu-PR
 Site: www.sbp.com.br

XIII Congresso Brasileiro de Nefrologia Pediátrica**III Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia Pediátrica**

29 de abril a 1º de maio de 2005
 Centro de Convenções Mar Hotel, Recife-PE
 Site: www.sbp.com.br

XXIX Congresso de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro

6 a 8 de maio de 2005
 Petrópolis-RJ
 Site: www.sgorj.org.br

EVENTOS INTERNACIONAIS <**ADOLECA 2005****II Congreso Cubano y I Congreso Caribeño de Salud Integral en la Adolescencia**

21 a 25 de fevereiro de 2005
 Palacio de las Convenciones Heredia, Santiago de Cuba, Cuba
 E-mails: adolec@infomed.sld.cu
 fcruzan@infomed.sld.cu
 Site: http://cencomed.sld.cu/adoles2005/index.html

8º Congresso Internacional de Saúde do Adolescente

Centro Cultural de Belém, Lisboa, Portugal
 11 a 14 de maio de 2005
 Sites: www.iaah.org
 www.mundiconvenius.pt

XVIII Congresso Latino-Americano de Obstetrícia e Ginecologia

15 a 21 de maio de 2005
 República Dominicana
 Tel.: 809 689 7672
 Fax: 809 689 7673
 E-mail: cteorganizador@flasog2005.com
 Site: www.flasog2005.com

XV Congresso da Federação Latino-Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência**XVIII Congresso da Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil****I Jornada de Saúde Mental da Sociedade Paranaense de Pediatria**

26 a 28 de maio
 Curitiba-PR
 Site: www.sbp.com.br

> 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.

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?