



ARTIGO DE REVISÃO

Comportamento de risco na adolescência*Risk behavior in adolescence*Ricardo Becker Feijó^{1,2}, Ércio Amaro de Oliveira¹**Resumo**

Objetivos: o presente artigo apresenta uma revisão sobre métodos e critérios de avaliação de comportamento de risco na adolescência.

Métodos: este estudo apresenta um levantamento bibliográfico, através de uma revisão não sistemática da literatura científica, da experiência clínica e de pesquisa da Clínica para Adolescentes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Resultados: através de uma abordagem psicossocial, da compreensão da influência da mídia e do estabelecimento de confiabilidade, o médico poderá aplicar um modelo de atendimento assistencial integral ao adolescente. Os principais fatores a serem avaliados sobre comportamento de risco entre adolescentes incluem aspectos clínicos, nutricionais, sexualidade, violência, saúde mental e uso de álcool e drogas.

Conclusão: o profissional médico deve utilizar sua sensibilidade, conhecimento técnico, linguagem acessível e estabelecer, eticamente, critérios claros para avaliar os fatores de risco em seus pacientes. Os autores sugerem um roteiro de investigação de comportamento de risco a ser aplicado nas consultas de rotina dos adolescentes.

J Pediatr (Rio J) 2001; 77 (Supl.2): S125-S134: comportamento, adolescência, violência, risco.

Abstract

Objective: the present article reviews the methods and criteria used to assess risk behavior in adolescents.

Methods: non-systematic review of scientific literature, as well as the assessment of the clinical and research experience accumulated by the Adolescent Outpatient Clinic of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Results: physicians can apply a comprehensive healthcare model by using a psychosocial approach, trying to understand the influence the media exerts on adolescents, and trying to establish a confidentiality relationship with them. The major factors that should be evaluated regarding risk behavior among adolescents include clinical and nutritional aspects, as well as sexuality, violence, mental health and alcohol and drug use issues.

Conclusions: health care providers should use their sensitivity and expertise, in addition to establishing ethically clear approaches to evaluate risk factors. The authors suggest a route of investigation of risk behavior that should be used in routine consultation.

J Pediatr (Rio J) 2001; 77 (Supl.2): S125-S134: behavior, adolescence, violence, risk.

Introdução

A expressão *comportamento de risco* pode ser definida como participação em atividades que possam comprometer a saúde física e mental do adolescente. Muitas dessas condutas podem iniciar apenas pelo caráter exploratório do jovem, assim como pela influência do meio (grupo de iguais, família); entretanto, caso não sejam precocemente identificadas, podem levar à consolidação destas atitudes

com significativas conseqüências nos níveis individual, familiar e social.

A experiência e a sensibilidade do médico têm fundamental importância para o sucesso na investigação de risco entre adolescentes. Perguntas mal-elaboradas, baseadas em termos exclusivamente técnicos ou em questionamentos que ocorrem de forma insegura, por parte do entrevistador, podem gerar respostas negativas do jovem, determinando o encerramento do diálogo. É preciso ter certeza da clareza das perguntas, ainda que seja necessário repeti-las ou formular nova questão, pois o adolescente pode sentir-se “intimidado”, ansioso, envergonhado ou assustado com a possibilidade de revelar sua intimidade. Portanto, além de empatia, o sigilo deve ser enfatizado antes da anamnese.

1. Professor Adjunto de Pediatria – Faculdade de Medicina – UFRGS. Coordenador da Clínica para Adolescentes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA.

2. Doutor em Medicina: Clínica Médica – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

Para cada oportunidade de avaliação de um adolescente, é necessário compreender a importância de identificar-se condutas de risco, assim como sua vulnerabilidade, considerando-se que a aplicação dos conhecimentos epidemiológicos e conceituais permitirá aprimorar o desenvolvimento da população adolescente, reduzindo custos afetivos, físicos e econômicos¹.

Aspectos psicossociais

Para uma avaliação de comportamento de risco na adolescência, é necessário, antes de tudo, haver um entendimento da dimensão psicossocial, na qual o jovem está inserido. Vivemos um período de intensa pressão socioeconômica, no qual os adolescentes fazem parte de uma população ativa profissionalmente, muitas vezes com grande parte de contribuição na renda familiar.

Por outro lado, a violência intra e extrafamiliar tem atingido proporções alarmantes, e os jovens podem ser tanto vítimas como agressores.

Muitas das diretrizes políticas já inseridas em nossa sociedade, tais como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e as ações dos Conselhos Tutelares e Ministério Público vêm subsidiar e apoiar atitudes dos profissionais de saúde na proteção da população adolescente².

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) recomenda aos países colaboradores que incluam políticas de atenção à saúde de adolescentes, oferecendo critérios objetivos e planos de implementação de pesquisas e avaliação de programas de saúde³.

Existem fatores em comum para cuidados com adolescentes sobre violência, sexualidade e drogas, que são os aspectos familiares, o desenvolvimento normal da adolescência e as diferenças individuais e genéticas⁴. Entretanto, na escala social, um aspecto que se sobrepõe é a mídia.

Papel da mídia

Estudos nos EUA demonstram que 10 a 30% das ocorrências de atos de violência, sexo e uso de drogas são atribuíveis à influência da mídia. O tempo utilizado pelos jovens assistindo à televisão tem aumentado significativamente, e esta já é a principal fonte de educação sexual naquele país⁴. Atualmente, muitos autores consideram como principais agentes de influência sobre os adolescentes, em ordem crescente, a mídia, os pais e o grupo de iguais⁵. Entretanto, deve-se analisar a influência da mídia em seu conjunto mais amplo, seja através de informações não apenas originadas da televisão e da Internet, mas também do cinema, video games, videocassete e música.

Sendo um dos principais alvos para o consumo, as crianças e adolescentes recebem diariamente informações através da mídia, as quais, muitas vezes, são inadequadas as

suas necessidades ou desproporcionais a sua fase de desenvolvimento, gerando uma simplificação e banalização de conceitos éticos, morais e sexuais.

Os modelos de comportamento que são apresentados a essa população são excessivamente vinculados à violência, tendo como maiores veículos a televisão e a Internet. Atualmente, para cada hora de programa apresentado na televisão, existem entre cinco e dez ações violentas (inclusive desenhos animados), significando que um jovem de 20 anos de idade já tenha presenciado aproximadamente a 25.000 mortes e 200.000 atos de violência⁶.

Diferentemente dos adultos, as crianças e os adolescentes estão mais susceptíveis à influência de modelos apresentados pela mídia, na razão direta de sua faixa etária e desenvolvimento. Crianças de 2 a 8 anos de idade estão em maior risco da influência de modelos de violência, enquanto na pré-adolescência a influência sobre comportamento sexual e uso de drogas é mais significativa. Durante o processo da adolescência, os jovens estarão mais vulneráveis às influências externas, tornando-se um alvo mais direto da mídia, principalmente quando modelos de funcionamento adulto estão ausentes na família⁷.

O pensamento mágico do adolescente facilita sua identificação com personagens e, freqüentemente, existe uma simplificação e “garantia” de que os problemas adversos serão resolvidos, culminando em mais um “final feliz”. Outro aspecto importante nesse padrão de influência refere-se aos modelos nutricionais, de beleza e de saúde que, muitas vezes, são incompatíveis com as condições socioeconômicas do jovem ou com sua fase de crescimento, ocasionando transtornos alimentares, deficiências nutricionais, sentimentos de frustração e alterações na imagem corporal.

Formação de vínculo

A qualidade do vínculo estabelecido entre o médico e o adolescente será determinante para que sejam abordadas questões pessoais do paciente, inclusive para a aceitação de questionamentos e esclarecimentos sobre aspectos prioritários da anamnese que, muitas vezes, não são consideradas importantes para o jovem.

Será através de como o médico compreende a adolescência (inclusive a sua) que poderá ter sensibilidade e ser receptivo para apreender as informações apresentadas pelo adolescente e, também, da sua adequada percepção das questões mais significativas quanto à existência ou não de comportamento de risco.

Para o estabelecimento da confiabilidade, o médico deve considerar os seguintes aspectos:⁸

- clima de confiança mútua e respeito (profissional-paciente);
- manter o juízo crítico, ainda que seja uma situação perturbadora para o próprio profissional;

- ser um agente “facilitador” para que sejam exploradas as convicções (sem induzir a condutas determinadas);
- discutir sobre modelos de comportamento de adultos próximos ao adolescente;
- apresentação dos limites e situações de exceções (comportamento suicida, homicídio, dependência química severa, abuso físico e/ou sexual, condições clínicas de risco de vida, tais como transtornos alimentares);
- quando necessário, incluir a participação do adolescente na quebra da confiabilidade, em que o profissional pode (com o consentimento do adolescente) “comandar” a quebra do sigilo;
- quando não for possível o consentimento informado, as opiniões do jovem podem ser respeitadas através de uma aceitação, sendo esta mais uma opção ética do que legal.

Apenas após estabelecidos tais critérios de atendimento, será possível ao médico aplicar seus conhecimentos técnicos e, desta forma, oferecer um modelo de atendimento integral a seu jovem paciente.

Enfoque assistencial integrado

Principalmente quando o enfoque é para adolescentes de alto risco (ex: jovens sem lar – *homeless*), tem sido demonstrada a importância de uma abordagem assistencial integrada e não-categorizada. Deste modo, o médico atua como ponto de entrada ao sistema assistencial, realizando a identificação dos fatores de exposição e daqueles que mantêm os sintomas, desenvolvendo um plano de atuação.

O enfoque hierárquico demonstrado na Figura 1 apresenta inicialmente os sintomas de ingresso, pelos quais o médico orienta-se, a partir das preocupações do adolescente. Deste modo, estabelece uma relação entre a experiência do profissional e o interesse do paciente. A seguir, dirige a atenção às circunstâncias que podem contribuir para a manifestação inicial ou serem sua própria causa. A investigação (anamnese) ocorre conforme o contexto da apresentação dos sintomas⁹.

Avaliação do comportamento de risco

O conceito de risco deve ser compreendido da forma mais abrangente possível, ultrapassando os critérios biomédicos e atingindo variáveis sociais e de comportamento. Deste modo, a avaliação deve incluir características do próprio indivíduo, de sua família e da sociedade na qual está inserido, através de seus variados grupos de referência (amigos, escola, trabalho, áreas de saúde, justiça, nível socioeconômico, inserção cultural e políticas governamentais)^{1,10}.

Crescimento e desenvolvimento

Independentemente da queixa principal ou do motivo de consulta, deve haver uma adequada avaliação clínica, com objetivo de identificar o estágio de desenvolvimento puberal (e sua relação com a fase da adolescência do jovem), assim como as causas ou consequências de comportamento de risco. Devem ser investigadas associações com:²

- fatores genéticos ou hereditários;
- mecanismos endocrinológicos;

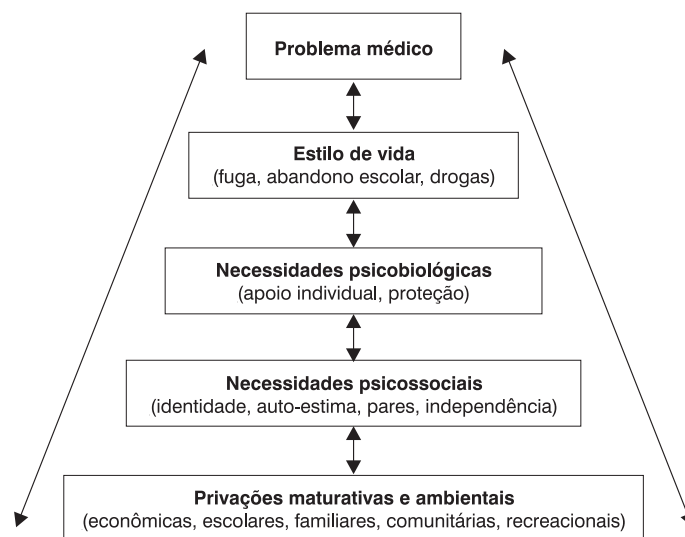


Figura 1 - Enfoque assistencial integrado

- fatores ambientais (nutricional, estimulação psicossocial, nível socioeconômico);
- atividade física.

A avaliação do estágio de desenvolvimento de Tanner¹¹ e sua comparação com a idade cronológica permitem ao médico entender, de forma clínica e eficiente, e de modo mais individualizado, os interesses, comportamentos e atitudes dos jovens mais dependentes de fatores bioquímicos do que apenas de vivências.

Diagnósticos clínicos, ainda que considerados de bom prognóstico, podem estar associados a maior grau de sofrimento entre jovens. Estudos indicam associação entre ideação, comportamento suicida e doença clínica, com frequência de até 3 vezes frente a relatos em adolescentes da comunidade¹².

A presença de patologias crônicas durante a adolescência pode, independentemente das manifestações próprias da doença, interferir diretamente no comportamento dos jovens. Entre as principais alterações, observam-se uma interrupção na consolidação do processo de separação parental, modificações da imagem corporal, limitação nas atividades de grupo de iguais e dificuldades no desenvolvimento da identidade. Todos esses aspectos podem manifestar-se através de comportamento de risco devido à consequente baixa auto-estima, segregação do grupo, ausência escolar, disfunção sexual e sintomas depressivos¹³.

Nutrição

A avaliação do perfil nutricional do adolescente deve ocorrer nas consultas de rotina, independentemente de fazer parte das queixas do jovem ou de sua família. A avaliação do crescimento e a antropometria devem ser analisadas frente às necessidades nutricionais da adolescência¹⁴. Na investigação clínica deve-se incluir diagnóstico diferencial entre:

- ingesta deficiente (impossibilidade na aquisição de alimentos; como consequência de transtornos psiquiátricos – depressão, anorexia nervosa, bulimia; como consequência de abuso de drogas – cocaína, anfetaminas; doenças orgânicas crônicas; deficiências vitamínicas; anemia)⁹;
- perdas excessivas (diarréia, infecções, patologias crônicas);
- ingesta excessiva (sobrepeso e obesidade como consequência de doenças metabólicas, transtornos psiquiátricos, erro alimentar).

Principalmente na fase inicial da adolescência, por não ter estabelecido adequadamente sua imagem corporal, o jovem pode apresentar dificuldades em considerar prioritário atitudes de cuidado com sua saúde física, limitando, muitas vezes, sua adesão a tratamentos clínicos, orientação

alimentar e atividade física, ainda que os sinais e sintomas apresentados possam ser evidentes aos adultos.

Fatores de risco nutricional, com considerável repercussão no modo e na qualidade de vida, têm apresentado como preocupação a crescente incidência mundial de obesidade abrangendo todos os níveis socioeconômicos, trazendo de imediato a recomendação da utilização de rotina do Índice de Massa Corporal ($IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$), percentis ou escores-z e medidas de pregas cutâneas¹⁴. Essa preocupação torna-se de maior importância intervencionista caso, na história familiar, encontrarmos fatores genéticos indicadores de maiores riscos, sendo, nesses casos, indicada a avaliação especificamente dirigida.

Sexualidade

Nos Estados Unidos, observa-se uma modificação no comportamento sexual dos jovens, evidenciando uma redução nas taxas de atividade sexual nos últimos 5 anos, permanecendo, porém, uma das maiores taxas de gestação na adolescência⁴.

O relatório *Youth Risk Behavior (YRBS)*, referente à última década, informa que nos EUA surgem, a cada ano, 3 milhões de casos de doenças sexualmente transmissíveis e 1 milhão de casos de gravidez entre os adolescentes. Embora o número daqueles que não iniciaram a sexarca tenha diminuído, tanto para os meninos como para as meninas (57,4% / 48,8% e 50,8% / 47,7%), respectivamente, observou-se uma redução dos que tiveram 4 ou mais parceiros, entre os rapazes, e um ligeiro aumento entre as moças, evidenciando menor promiscuidade sexual. Houve, ainda, considerável aumento da exigência do uso de preservativo para ambos os sexos, passando de 54,5% (1991) para 62,5% (em 1997), entre os meninos, e de exigência de uso por seus parceiros entre as meninas, passando de 13,8% para 14,1%. Todos esses dados epidemiológicos ainda ocorrem porque os jovens têm muitas relações sexuais sem proteção^{4,15}. As ações preventivas devem acontecer, tanto no âmbito individual como no coletivo, de forma permanente.

O conhecimento prévio de condutas genéricas auxilia tanto na comunicação como na atitude do médico frente a um determinado paciente. Provedores de cuidado médico reprodutivo não devem assumir *ab initio*, por exemplo, que adolescentes grávidas são heterossexuais e que não necessitam mais de orientação de controle da natalidade¹⁶.

Embora a atividade sexual seja semelhante em grupos de preferências sexuais diferentes (mulheres heterossexuais, bissexuais, homossexuais ou indivíduos ainda sem definição da identidade sexual), há uma prevalência significativamente mais alta de gravidez e abuso sexual entre esses grupos, e, ainda, os dois primeiros apresentaram, no ano anterior, maior envolvimento com prostituição¹⁶.

Estudos realizados com idades limitadas (ex: entre 14 e 18 anos) podem deixar de apreciar atividades sexuais precoces e não revelar que a determinação da preferência sexual pode mostrar-se no jovem somente após os 20 anos. O conhecimento mais detalhado de cada comportamento tem implicação prática, já que homossexuais e bissexuais têm mostrado menor cuidado em fazer sexo mais seguro, acarretando uma maior incidência de gravidez, abuso e violência, além do risco aumentado de preconceitos obrigando à fuga, à submissão, ao abandono, à exploração e à prostituição.

Nas consultas de rotina, deve-se avaliar o padrão de sexualidade do adolescente (idade da sexarca, número de parceiros, motivação para a vida sexualmente ativa, disfunção sexual, utilização de métodos anticoncepcionais, gestação e abortos anteriores) e histórico familiar (gestação na adolescência, uso de álcool e drogas intrafamiliar, violência doméstica); na revisão de sistemas, procurar identificar episódios de leucorréia, doença inflamatória pélvica, corrimento uretral e lesões perineais⁹.

Violência

Homicídios representam a segunda causa de morte entre adolescentes, envolvendo ambientes escolares, sob forte influência da mídia estimulando a violência⁴. Nos EUA, as armas de fogo são responsáveis por 75% dos suicídios exitosos entre jovens (1/4 das cenas violentas na televisão envolvem uso de armas de fogo), sendo esse tipo de violência a principal causa de óbitos na juventude de classes sociais menos favorecidas. Segundo Ginsburg¹⁷ “nada poderia ser mais perigoso sobre a tendência de violência da mocidade do que a possibilidade de nos acostumarmos a isto; se pensarmos a violência como atitude normal no jovem, poderemos desistir de uma sociedade sã. Como pediatras, devemos lutar pelo bem de nossa mocidade tanto nas manifestações públicas como na atividade particular com cada um dos nossos pacientes”.

Estudos nacionais sobre acidentes na infância evidenciam a importância de estabelecer estratégias de orientação e prevenção, indicando a fase inicial da adolescência, principalmente no sexo masculino, como o grupo de maior risco para acidentes¹⁸, em concordância com a literatura internacional.

Song et al.¹⁹ referem que a exposição à violência e os sintomas de trauma psicológico, juntos, explicam mais de 50% das auto-avaliações de comportamento violento em ambos os sexos, e 25% das justificativas isoladas são de exposição à violência, sendo a raiva o principal sintoma. Portanto, o profissional da saúde do adolescente deve inquirir tanto sobre exposição à violência como avaliar a presença de sentimentos de raiva e suas manifestações¹⁷.

Aspectos relacionados à vitimização e ao abuso devem fazer parte da avaliação de qualquer comportamento de risco na adolescência. Embora a maioria dos casos esteja

relacionada à violência intrafamiliar, com início na infância, observamos muitos casos de abuso físico e sexual ocorrendo no início da adolescência²⁰.

Aproximadamente metade das mulheres e 1 em cada 3 homens podem ter sido vítimas de um ou vários atos sexuais não desejados; destes, a maioria iniciou na infância ou adolescência. O exame físico é fundamental na identificação de sinais relacionados à violência, sendo necessário que o pediatra tenha conhecimento médico-legal das principais características de atos, tais como atentado violento ao pudor, conjunção carnal, além de lesões corporais decorrentes de violência física²¹. A anamnese deve conter questionamento sobre trauma físico e/ou psicológico, abuso sexual, exploração sexual, risco de HIV e de conduta violenta⁹.

Dores crônicas têm sido relacionadas ao abuso sexual; queixas de dores pélvicas muitas vezes podem prejudicar seriamente a própria atividade sexual, sendo esses achados descritos com frequência na literatura médica²².

Manifestações gastrointestinais dolorosas, de difícil identificação, incidem com maior frequência em pessoas que sofreram abuso²³, e, na última década, a dor lombar crônica também tem sido relatada como uma queixa comum. Inúmeras publicações já foram apresentadas estabelecendo a relação entre dor lombar e abuso sexual ocorrido principalmente na infância²⁴. A avaliação dessas queixas e outras patologias conhecidas, tais como a anorexia nervosa, e, certamente, um considerável número de outras ainda não identificadas, através de uma nova ótica, pode levar a um diagnóstico mais preciso, implicando em tratamento mais adequado.

Sobre fatores facilitadores à ocorrência de abuso sexual, Goldberg²⁵ relata a curiosidade natural que se vai acentuando em relação ao sexo, a fácil condução por adultos, o fato das crianças serem educadas para obedecer aos adultos, muitas vezes achando que dependem dos adultos para tudo, a necessidade de atenção e afeto, necessidade de desafiar os pais e a constatação de não valorização das crianças como testemunhas. Todos esses aspectos necessitam ser adequadamente compreendidos, para que possam auxiliar na prevenção do abuso.

Exceto em casos de deficiência mental ou doença neuropsiquiátrica incapacitante, essa avaliação deve ocorrer sempre através de entrevista apenas com o adolescente, oferecendo um ambiente mais seguro e confidencial. Entretanto, o profissional médico deve estar esclarecido de que, diante da confirmação de violência física ou sexual, o fato deverá ser encaminhado à autoridade policial ou judiciária competente, embora possa ser realizado através da participação do próprio jovem ou de um familiar autorizado pelo mesmo.

Muitas vezes, a concretização da violência pode não ter ocorrido até o momento da entrevista; entretanto, diante de situações de risco individual ou familiar, é necessário o envolvimento de uma equipe multidisciplinar para acompa-

nhamento do caso (psicologia, serviço social, Conselho Tutelar).

Saúde mental

O jovem deve ser avaliado dentro de seu contexto familiar e socioeconômico, incluindo histórico familiar quanto a doenças psiquiátricas. Na avaliação de risco, mais do que definir um diagnóstico de transtorno mental, é fundamental que seja identificada a suspeita ou desajuste de comportamento, para que o adolescente possa ser orientado e acompanhado, sendo, posteriormente, realizado um encaminhamento adequado.

Considerando as peculiaridades culturais e sociais, é fundamental a investigação de características específicas ou regionais das populações de adolescentes. Existem instrumentos de *screening* elaborados para avaliação de transtornos mentais que podem ser úteis na consulta médica²⁶. Feijó et al. pesquisaram entre adolescentes da comunidade a frequência de sintomas de depressão, desesperança, ideação e comportamento suicida, encontrando maiores níveis dessas variáveis entre jovens com resultado positivo na escala de rastreamento para suspeita de transtorno mental (*Self-Report Questionnaire - SRQ*)²⁷.

Em relação à saúde mental, o médico deve identificar sintomatologia depressiva, ideação e comportamento suicida, ansiedade, transtorno de personalidade, comportamento de atuação (*acting out*) e crise de identidade sexual. Essa categoria de investigação deve ocorrer de forma direta, objetiva e sincera durante a anamnese⁹. Questionamentos sobre auto-estima do adolescente, seus planos de futuro e seus sentimentos em relação a sua própria vida são elementos fundamentais para oferecer subsídios à suspeita diagnóstica.

Em grande parte dos casos, durante a coleta de dados, seja através da presença de sintomas depressivos, de ideação suicida (pensamentos sobre morte) ou comportamento suicida (planos ou tentativa de suicídio), muitos aspectos do comportamento do jovem apresentarão características em comum, tais como distúrbios de sono, de apetite, sentimentos de culpa e pessimismo, envolvimento com atos de violência, abuso de álcool e drogas ilícitas e diminuição da sociabilidade²⁸.

Álcool e drogas

Durante a anamnese, deve-se investigar experimentação de álcool, tabaco e drogas ilícitas, identificando idade do primeiro episódio, fatores motivadores, possíveis consequências e histórico familiar. Quanto ao momento atual da vida do adolescente, avaliar sinais de dependência física e psicológica, período do dia e da semana dos episódios de abuso, local, presença de outras pessoas envolvidas, assim como nível de prazer e interesse em persistir na conduta. Sempre deve ser identificado comportamento de risco inter-relacionado (sexualidade, contato com HIV, gestação, violência, transtornos nutricionais).

A tendência natural do adolescente é orientar-se pelo prazer. Por isso, torna-se necessário compreender os mecanismos que levam a este comportamento, não tomando as consequências como causas, mesmo que as consequências sejam as preocupações imediatas. A dinâmica da transformação é lenta, sendo necessário persistência para que a mesma ocorra.

O aumento da densidade populacional, as influências da mídia com seus intensos, repetidos e ostensivos apelos com altos teores de agressividade, sexualidade e busca de prazer sem limites, as transformações dos comportamentos, hoje mais permissivos do que ontem, constituem fatores externos muito citados que, aliando-se às características próprias do adolescente, suas modificações hormonais com seu determinismo, a busca da independência e da identidade, tendência à indisciplina e recusa de organização, o gosto pela aventura e a luta pelo lugar no futuro constituem o caldeirão onde fermentam, crescem e se desenvolvem os jovens, preparando-se para a vida adulta.

Estudos nacionais e internacionais são coincidentes em suas conclusões, indicando que o uso de drogas lícitas é bem maior do que o das ilícitas, predominando em ordem decrescente o álcool, o tabaco e a maconha, sendo que a frequência de estudantes de 1º e 2º graus que experimentaram seu uso varia em torno de 50%, 30% e 12%²⁹.

Recentemente, um estudo com 50.000 jovens escolares norte-americanos, em 1998, identificou um alto índice de consumo de tabaco (aumentando 37% entre 1991 e 1997) e alto índice de consumo de álcool; aproximadamente 54% dos jovens referiram ter usado drogas ilícitas (30% utilizaram outra droga ilícita que não a maconha)⁴.

Os fatores de risco para o uso de drogas são:³⁰

- familiares: história de alcoolismo, uso de drogas, autoritarismo ou permissividade, conflitos intrafamiliares;
- uso de droga entre os amigos;
- pessoais: agressividade, impulsividade, comportamento anti-social, baixa auto-estima, experiência sexual precoce;
- fatores escolares: falta de compromisso com o estudo, repetência escolar;
- história de abuso sexual;
- acesso fácil à droga, alta densidade demográfica, vizinhança deteriorada socialmente.

Como indicadores do uso de drogas temos:³¹

- familiares: conflito com os pais, afastamento da família, desaparecimento de dinheiro ou objetos da casa;
- escolares: queda do desempenho escolar, problemas disciplinares, aumento da gaseira;
- legais: infrações de trânsito, atividades criminais próprias ou dos amigos;
- somáticos: sintomas de abstinência, acidentes frequentes, reações tóxicas agudas, preocupação excessiva com a saúde;

- laboratoriais: a pesquisa de drogas ou seus metabólitos na urina pode ser de valor, tanto no diagnóstico como no acompanhamento do tratamento.

Elementos de prevenção

Como fatores protetores, Hawkins et al. identificam os seguintes elementos: forte ligação com os pais, compromisso escolar, envolvimento regular em atividades religiosas, crença em normas e valores da sociedade³².

Entre os fatores facilitadores, considera-se como mais propenso ao uso de drogas a pessoa desinformada, com acesso fácil à droga, com insatisfação com sua qualidade de vida e com saúde deficiente. Diversos fatores desencadeantes e estruturais, ambientais ou de personalidade, caracterizam a multifatorialidade do problema.

A prevenção é o caminho mais certo, mais fácil, mais econômico e eficaz. A educação, a divulgação do conhecimento, a valorização dos elementos éticos e morais, o papel da família, das escolas e instituições são pilares fundamentais desta tarefa.

O tratamento mostra-se tão mais eficiente quanto mais precoce. É dispendioso, prolongado e multidisciplinar, e seus resultados dependem de inúmeras variáveis, desde a colaboração do paciente e seu familiares aos métodos à competência da equipe terapêutica. As recaídas ocorrem com grande frequência, dependendo sobremaneira das condições circundantes.

Metodologia de avaliação

Além do pouco tempo de que dispomos para atuação continuada, fazer perguntas, cujas respostas podem nos trazer desconforto, dificulta ainda mais esse posicionamen-

to; no entanto, o pediatra pode ser o único adulto que interage confidencial e repetidamente com o adolescente ao longo de seu desenvolvimento.

Um jovem pode responder violentamente por liberação emocional imediata, mas pode estar desinformado do perigo decorrente ou das conseqüências futuras de sua inabilidade. Os adolescentes têm freqüentemente o desejo de evitar comportamentos de risco, e uma atitude instruída pode fazer com que traumas e mortes possam ser evitados. Discutir com o adolescente sobre seu temperamento e seu modo de reagir frente a determinadas situações de aprêmio pode colaborar para que enfrente as dificuldades.

Existem inúmeros protocolos para avaliação de comportamento de risco entre jovens, um dos mais completos é o recomendado pela Associação Médica Americana (AMA), identificado como GAPS (*Guidelines for Adolescent Preventive Services*), que apresenta um roteiro para avaliação periódica dos adolescentes entre 11 e 21 anos, através de um conjunto de 24 recomendações incluindo aspectos clínicos, sociais, psicológicos, preventivos e de *screening*³³.

Na experiência dos autores, uma forma didática de resumir a seqüência de abordagem aos adolescentes sobre os fatores de risco apresentados anteriormente (nutrição, sexualidade, violência, saúde mental, álcool e drogas) é a demonstrada na Figura 2.

Quanto ao registro nas consultas de rotina, os autores sugerem uma planilha para controle semestral de crescimento (*check-list*), desenvolvimento, aspectos psicossociais e comportamento de risco (Figura 3).

Outra forma de metodologia utilizada é composta pela combinação de termos representativos de comportamento de risco através da sigla HEADS²⁶ (Figura 4).

1. **Quando?** (caracterizar o início / idade / situação envolvida)
2. **O quê? Como é quê?** (alimenta-se / padrão de sexualidade / fatos ocorridos por violência / sentimentos depressivos e suicidas / tipos de substâncias psicoativas e álcool)
3. **Por quê?** (motivos desencadeantes)
4. **Como se sente?** (melhora ou piora do desempenho individual, familiar, escolar e social)
5. **Conseqüências?** (repercussão em nível: individual / familiar / escolar / social)

Figura 2 - Seqüência de abordagem aos adolescentes sobre os fatores de risco

Idade	12	13	14	15	16	17	18	19
Tanner								
IMC								
Acuidade visual								
Exames de rotina								
Acidentes								
Hábitos alimentares								
Comportamento sexual								
Comportamento de risco: – nutrição – drogas / álcool – saúde mental – sexualidade / gravidez – violência								
Imunizações								
Rendimento escolar								
Organização familiar								
Hábitos sociais								
Previsão altura (Tanner)								
Previsão altura (familiar)								

Figura 3 - Planilha para controle semestral de crescimento (*check-list*), desenvolvimento, aspectos psicossociais e comportamento de risco

Perspectivas e soluções

Sem dúvida, a investigação e o manejo do comportamento de risco na adolescência apresenta uma dimensão não apenas clínica, mas também individual, familiar e social, em que todos os indivíduos e instituições vinculadas

diretamente aos jovens devem comprometer-se a desenvolver estratégias de ação na sua própria esfera de ação. Entre essas, sugerimos as recomendações a seguir.

*Princípios fundamentais para o atendimento de jovens de risco:*⁹

- atitude não-crítica;
- sigilo profissional, exceto nas situações previstas na constituição e amparadas pelo Código de Ética Médica (ex: abuso sexual, homicídio, suicídio);
- avaliação psicossocial a cada consulta;
- reconhecimento e orientação das necessidades de sobrevivência a cada consulta;
- inclusão precoce de outros membros da equipe na identificação dos problemas;
- máxima intervenção a cada consulta, considerando a possibilidade de não haver seguimento.

- | |
|---|
| <p>H – Home</p> <p>E – Education
Eating Behaviors</p> <p>A – Activities (trabalho, pares, grupos, esportes, lazer, exercícios)</p> <p>D – Drugs / álcool / tabaco</p> <p>S – Sexual history (incluir abuso)</p> <p>S – Suicidal ideation, attempts and affect</p> |
|---|

Figura 4 - Termos representativos de comportamento de risco

Áreas de planejamento social: 4,34

- programas de prevenção (educação, saúde e segurança);
- controle de acesso a armas de fogo;
- através de mais responsabilidade, desenvolver uma mídia mais saudável (embora a mídia seja parte do problema, é também parte da solução), evitando-se a glamourização da violência;
- cuidado parental mais efetivo (os pais freqüentemente subestimam a existência de comportamento de risco entre jovens estudantes);
- apoio escolar;
- fortalecimento da resiliência entre os jovens (capacidade de minimizar ou superar os efeitos nocivos das situações difíceis).

Atitudes dos pais: 6,34

- ouvir com atenção, consideração e sensibilidade, favorecendo um ambiente de interação e convívio familiar, através da valorização do progresso de cada membro familiar; buscar um consenso frente a problemas e tolerância a diferenças;
- limitar o tempo das crianças e adolescentes assistindo à programação na televisão e Internet, assim como estabelecer esta atividade como secundária ao lazer com a família e atividades escolares;
- participar das atividades recreativas, na escolha dos programas de televisão e Internet, estando, deste modo, informado sobre o conteúdo e forma de abordagem dos mesmos;
- discutir com seus filhos os riscos que existem na intimidade exposta *on-line*, através da Internet, muitas vezes ocorrendo divulgação de dados pessoais identificáveis, fotografias e endereços;
- utilizar métodos não-violentos para impor limites e estimular a disciplina;
- oferecer identificação com modelos positivos desde a infância.

Referências bibliográficas

1. Burak SD. Protección, riesgo y vulnerabilidad. Adolescencia Latinoamericana 1999; 1:222-30.
2. Eisenstein E, Souza RP de. Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes. Rio de Janeiro: Ed. Vozes; 1993.
3. Tanaka OY, Melo C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo; 2001.
4. Strasburger, VC. Getting teenagers to say no to sex, drugs, and violence in the new millenium. Med Clin N Am 2000; 84:787-810.
5. Aktin CK. Effects of televised alcohol message on teenage drinking patterns. J Adolesc Health Care 1990;11:10.
6. Doria Filho U. Promoção de segurança da criança e do adolescente frente à mídia. Documento Científico Sociedade Brasileira de Pediatria. Segurança da Criança e do Adolescente; 2001.
7. Reato LFN. Mídia x adolescência. Pediatria Moderna 2001;37: 37-40.
8. Society for Adolescent Medicine. Confidential health care for adolescents: position paper of the society for adolescent medicine. J Adol Health 1997; 21:408-15.
9. MacKenzie RG. Jóvenes en riesgo. In: McNarney ER, ed. Medicina del Adolescente. Buenos Aires: Ed. Panamericana; 1994. p.272-79.
10. Saito MI. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. A prevenção em questão. In: Saito MI, da Silva LEV, eds. Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Ed. Atheneu; 2001. p.33-8.
11. Tanner JM. Growth at adolescence. 2ª ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1962.
12. Druss B, Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illness. Arch Intern Med 2000;160:1522-6.
13. Neinstein LS, Zeltzer LK. Chronic illness in the adolescent. In: Neinstein LS, ed. Adolescent health care: a practical guide. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p.1173-95.
14. Eisenstein E, Coelho KSCC, Coelho SC, Coelho MASC. Nutrição na adolescência. J Pediatr (Rio J) 2000;76:S263-74.
15. Centers for Disease Control. Youth Risk Behavior Surveillance (YRBS), United States. MMWR 1995;44(SS-1):1-56.
16. Saewyc EM, Bearinger LH, Blum RW, Resnick MD. Sexual intercourse, abuse and pregnancy among adolescent women: does sexual orientation make a difference? Fam Plann Perspect. 1999;31:127-31.
17. Ginsburg KR. Youth violence: If we are not active in prevention efforts, who will be? Arch Pediatr Adolesc Med 1998; 152:527-30.
18. Baracat ECE, Paraschin K, Nogueira RJN, dos Reis MC, Fraga AMA, Sperotto G. Acidentes com crianças e sua evolução na região de Campinas, SP. J Pediatr (Rio J) 2000; 76:368-74.
19. Song LT, Singer MI, Anglin TM. Violence exposure and emotional trauma as contributors to adolescent's behavior. Arch Pediatr Adolesc Med 1998;152:531-36.
20. Guerra RDO. Abuso sexual en niñas y niños - consideraciones clínicas. J Pediatr (Rio J) 2000;76:C33-8.
21. Feijó RB. Maus tratos na infância e adolescência. Revista Arquivos da SBML 2000;3:108-15.
22. Fry RP, Crisp AH, Beard RW. Sociopsychological factors in chronic pelvic pain: a review. J Psychosom Res 1997;42:1-15.
23. Leserman J. Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how types of abuse impact health status. Psychosom Med 1996;58:4-15.
24. Linton SJ. A population-based study of the relationship between sexual abuse and back pain: establishing a link. Pain 1997; 73:47-53.
25. Goldberg RT. Childhood abuse, depression, and chronic pain. Clin J Pain 1994;10:277-81.
26. Neinstein LS, Schubiner HH. Health screening evaluation. In: Neinstein LS, ed. Adolescent health care: a practical guide. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p.61-109.
27. Feijó RB, Saueressig M, Salazar C, Chaves MLF. Mental health screening by self-report questionnaire among community adolescents in southern Brazil. J Adol Health 1997;20:232-37.
28. Borowsky IW, Ireland M, Resnick MD. Adolescent suicide attempts: risk and protectors. Pediatrics 2001; 107:485-93.
29. O'Malley PM, Jonhston LD, Bachmann JG. Adolescent substance use. Pediatr Clin North Am 1995; 42:241-60.

30. Fuller PG, Cavanaugh RM. Basic assessment and screening for substance abuse in pediatrician's office. *Pediatr Clin N Am* 1995;42:295-307.
31. Farrow J A. Dependência química do adolescente. *Clin Med Am Nort* 1990;1359-69.
32. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull* 1992;112:64.
33. American Medical Association. Guidelines for adolescent preventive services (GAPS) recommendations and rationale. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994.

34. Maldonado MT. Caminhos da prevenção da violência doméstica e escolar: construindo a paz. *Adolescencia Latinoamericana* 1998;1:111-17.

Endereço para correspondência:

Dr. Ricardo Becker Feijó
Av. Nilo Peçanha, 550 / 703
CEP 90470-000 – Porto Alegre, RS
E-mail: rbfeijo@pro.via-rs.com.br