# Saúde do Adolescente e do Jovem:
## crescimento e desenvolvimento físico, desenvolvimento psicossocial, imunizações e violência

Elizabeth Cordeiro Fernandes

Universidade Federal de Pernambuco
Saber Tecnologias Educacionais e Sociais
UNA-SUS Universidade Aberta do SUS

# Saúde do Adolescente e do Jovem:
## crescimento e desenvolvimento físico, desenvolvimento psicossocial, imunizações e violência

Elizabeth Cordeiro Fernandes

Recife
2015

**© UNA-SUS UFPE**
**É** PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA PUBLICAÇÃO, DESDE QUE CITADA A FONTE.

## GOVERNO FEDERAL

**Presidente da República**
Dilma Vana Rousseff

**Ministro da Saúde**
Marcelo Castro

**Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**
Heider Aurélio Pinto

**Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)**
Alexandre Medeiros de Figueiredo

**Secretário Executivo da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS)**
Francisco Eduardo de Campos

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

**Reitor**
Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

**Vice-Reitor**
Sílvio Romero de Barros Marques

## GRUPO SABER TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS E SOCIAIS UNA-SUS UFPE

**Coordenadora Geral**
Profª. Cristine Martins Gomes de Gusmão

**Coordenadora Técnica**
Josiane Lemos Machiavelli

**Coordenadora de EAD**
Profª. Sandra de Albuquerque Siebra

**Equipe de Ciência da Informação**
Profª. Vildeane da Rocha Borba
Jacilene Adriana da Silva Correia

**Equipe de Design**
Amarílis Ágata da Silva
Cleyton Nicollas de Oliveira Guimarães
Silvânia Cosmo

**Assessoria – Educação em Saúde**
Luiz Miguel Picelli Sanches
Patrícia Pereira da Silva

**Secretaria Acadêmica**
Fabiana de Barros Lima
Geisa Ferreira da Silva
Isabella Maria Lorêto da Silva

**Revisor linguístico**
Emanuel Cordeiro da Silva

## CONTATO

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Convenções da UFPE, Espaço Saber, Sala 04
Avenida dos Reitores, s/n, Cidade Universitária, Recife - PE, CEP 50.741-000
http://sabertecnologias.com.br

F363s Fernandes, Elizabeth Cordeiro
Saúde do adolescente e do jovem: crescimento e desenvolvimento físico, desenvolvimento psicossocial, imunizações e violência / Elizabeth Cordeiro Fernandes. – Recife : Ed. Universitária da UFPE, 2015.
58 p.

Inclui referências.
ISBN: 978-85-415-0858-2 (e-book)

1. Saúde do Adolescente e do Jovem. 2. Atenção a saúde 3. Promoção da saúde I. Título.

600 CDD (23.ed.)

# Lista de Ilustrações e Quadros

**Figura 1 –** Principais modificações neuroendócrinas do crescimento e maturação física na adolescência ..... 7
**Quadro 1 –** Características das fases de crescimento nos adolescentes ..... 8
**Figura 2 –** Representação das quatro fases do crescimento na adolescência ..... 8
**Quadro 2 –** Principais mudanças puberais no sexo feminino ..... 9
**Figura 3 –** Desenvolvimento das mamas segundo a classificação de Tanner ..... 10
**Figura 4 –** Desenvolvimento pubiano feminino segundo a classificação de Tanner ..... 10
**Quadro 3 –** Principais mudanças puberais do sexo masculino ..... 11
**Figura 5 –** Desenvolvimento da genitália masculina segundo a classificação de Tanner ..... 12
**Figura 6 –** Desenvolvimento pubiano masculino segundo a classificação de Tanner ..... 13
**Figura 7 –** Fases do crescimento no sexo feminino e correlação com a maturação sexual ..... 14
**Figura 8 –** Fases do crescimento no sexo masculino e correlação com a maturação sexual ..... 15
**Figura 9 –** Orquidômetro de Prader ..... 16
**Quadro 4 –** Situações do crescimento e desenvolvimento de adolescentes, diagnóstico e conduta ..... 18
**Figura 10 –** Configurações do elemento Contexto no Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner ..... 28
**Quadro 5 –** Lutos simbólicos da adolescência com processos, sentimentos e reações de defesa ..... 29
**Quadro 6 –** Calendário Nacional de Vacinação do adolescente (10 a 19 anos de idade) - Ministério da Saúde ..... 37
**Quadro 7 –** Situações de violência descritas conforme a tipologia ..... 41
**Quadro 8 –** Sinais e sintomas de suspeita ou confirmação de violência ..... 45
**Quadro 9 –** Esquemas de profilaxia e de seguimento nos casos de violência sexual ..... 48

# Sumário


**1 Crescimento e desenvolvimento físico na adolescência ..... 5**

1.1 Fatores envolvidos com os eventos da puberdade ..... 6

**2 Desenvolvimento psicossocial e a síndrome da adolescência normal ..... 23**

2.1 Desenvolvimento neurobiológico e comportamento ..... 23

2.2 Adolescência e aspectos socioculturais ..... 24

2.3 Síndrome da adolescência normal ..... 28

2.4 Término da adolescência ..... 35

**3 Imunizações do adolescente e do jovem ..... 36**

3.1 Calendário vacinal do Programa Nacional de Imunizações (PNI) ..... 36

3.2 Informações sobre a Vacina Papilomavírus Humano (HPV) ..... 38

**4 Violência contra adolescentes e jovens ..... 39**

4.1 Causalidade e modelo bioecológico da violência ..... 39

4.1.1 Tipologia da violência ..... 40

4.1.2 Os algozes de adolescentes e jovens ..... 42

4.1.3 Indícios da violência – quando suspeitar ..... 44

4.1.4 Repercussões – os danos às vítimas ..... 44

4.1.5 Adolescentes agressores ..... 45

4.2 Conduta em casos de violência contra adolescentes e jovens ..... 47

**Referências ..... 52**

# 1 Crescimento e desenvolvimento físico na adolescência

As mudanças anatômicas e fisiológicas são marcantes na adolescência por levarem à perda do aspecto infantil, por culminarem na possibilidade da reprodução e por ser o corpo uma espécie de santuário para os jovens. É por meio do corpo que eles podem expressar-se – na forma de vestir-se, no uso de tatuagens, nas primeiras experiências sexuais e na realização do jogo da sedução – podem dele sentir orgulho ou envergonhar-se, se há conflito com suas expectativas.

Sabemos da imensa vaidade dos jovens. Suas dúvidas e ansiedades são mais frequentes na puberdade inicial e variam conforme o gênero, recebendo forte influência dos seus pares e da mídia. As meninas preocupam-se com a silhueta do corpo, com o tamanho ou a forma das mamas, com a estatura – preferem ser mais altas, desejam ser modelo –, ficam na expectativa da menarca e confusas com a irregularidade dos primeiros ciclos menstruais. Os meninos costumam ter preocupações com a altura e a musculatura – todos querem músculos bem torneados não importando a fase de desenvolvimento em que estão – inquietam-se com o tamanho do pênis ou ereções inesperadas e sentem-se constrangidos se desenvolvem ginecomastia. Muitas dessas preocupações partem dos pais, motivando a busca de ajuda.

**Saiba +**

**Sites**

Para conhecer o que pensam os próprios adolescentes sobre suas mudanças corporais, indicamos a leitura do artigo Transformações físicas e psíquicas: um olhar do adolescente, 2013, cujos autores são Cibelle Barcelos Filipini, Bárbara de Oliveira Prado, Adriana Olímpia Barbosa Felipe e Fábio de Souza Terra. Disponível em: <*http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=351*> (FILIPINI et al, 2013).

O profissional de saúde deve estar familiarizado com as peculiaridades dessas mudanças físicas. Assim, veremos, neste capítulo, um panorama das principais características normais do crescimento e suas variantes, como avaliar e quando referenciar adequadamente o adolescente ao especialista.

De forma sumária, podemos apontar as seguintes características do crescimento e desenvolvimento na adolescência:

» incremento em tamanho e na fisiologia: do coração, pulmões,baço, rins, pâncreas, tireoide, glândulas suprarrenais e gônadas. O tecido linfoide involui.

» aumento de peso (P) e estatura (E) – estirão – maturação sexual; modificação da quantidade e distribuição de gordura e da musculatura.

» mudanças na face: crescimento do globo ocular, da fronte e nariz, da mandíbula e do maxilar superior; aparecimento de pelos (rapazes).

» espessamento das cordas vocais alterando o tom de voz, principalmente nos rapazes.

## 1.1 Fatores envolvidos com os eventos da puberdade

Embora os fatores que iniciam a puberdade ainda não estejam bem determinados, são apontadas causas interativas: genéticas, neuroendócrinas e externas. Estas incluem a melhora da nutrição, doenças crônicas que atrasam o processo – asma brônquica de moderada a severa, cardiopatia, diabetes tipo I, síndromes genéticas – e os estímulos sociais, como a erotização intensificada do mundo ocidental.

Os fatores genéticos dizem respeito às características determinadas por transmissão genética: tamanho e formato das mamas e do pênis, quantidade de pelos, estatura (a presença de antecessor europeu determina maior altura, enquanto que a de antecessor japonês torna comum a estatura mais baixa nos descendentes), época da menarca (geralmente na mesma época da mãe ou seis meses antes, havendo diminuição secular pela melhora nutricional ao longo de séculos) (CRESPIN; POIT, 2007).

As causas neuroendócrinas têm a seguinte explicação:

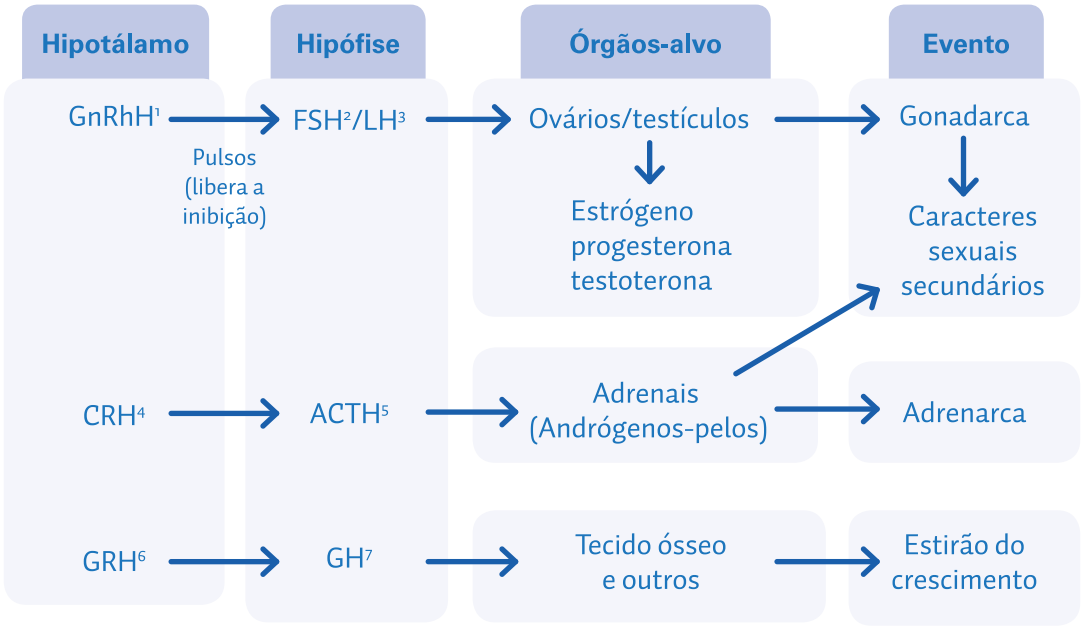
1. durante a infância, os neurônios que liberam o Hormônio Liberador de Gonadotrofinas (GnRH) permanecem inibidos pelo ácido Gama-Amino-Butírico (GABA) e pelo neuropeptídeo Y (NPY).
2. mudanças na composição de adipócitos, relacionadas ao peso do adolescente, levariam à produção de Leptina e de Kisspeptina, esta última sendo um neuropeptídeo.
3. a Kisspepitina causa diminuição do GABA e NPY, estimulando, assim, a produção de Glutamato.
4. maior concentração de Glutamato e de Leptina agiria na paulatina ativação e maturação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal (HHG), secretando o GnRH.

## Maturação do eixo neuroendócrino

O crescimento na adolescência decorre da ação dos esteroides gonadais – estrógeno, progesterona, testosterona – juntamente com o hormônio do crescimento (GH) e da produção do fator de crescimento insulina-dependente (IGF– I), com maior produção insulínica.

Em resumo, a secreção do GnRH hipotalâmico causa a liberação noturna e em pulsos do hormônio luteinizante (LH) e do hormônio folículo-estimulante (FSH), que têm origem na hipófise e são responsáveis pela estimulação das gônadas (testículos e ovários). Estimuladas, as gônadas produzem hormônios esteroides sexuais: testosterona, responsável pela formação dos espermatozoides; estradiol e progesterona, que são relacionados à maturação dos óvulos e ciclo menstrual. O resultado deste início de função das gônadas (gonadarca) é o aparecimento dos caracteres sexuais secundários. Por outro lado, as glândulas suprarrenais secretam andrógenos (adrenarca), que também estão envolvidos com o desenvolvimento de pilificação puberal e axilar. A Figura 1 demonstra essas modificações neuroendócrinas.

**Figura 1 –** Principais modificações neuroendócrinas do crescimento e maturação física na adolescência




1 – GnRH: Hormônio Liberador de Gonadotrofinas; 2- FSH: Hormônio Folículo Estimulante; 3 – LH: Hormônio Luteinizante; 4 – CRH: Hormônio Liberador de Corticotrofinas; 5 – ACTH: Hormônio Corticotrófico (Corticotrofina); 6 – GRH: Hormônio Liberador do Hormônio do Crescimento; 7 – GH: Hormônio do Crescimento.

**Fonte:** (A autora, 2013).

## Ganho em altura

Podemos descrever o ganho em altura, em ambos os sexos, em quatro fases demonstradas no Quadro 1 e representadas na Figura 2.

**Quadro 1 –** Características das fases de crescimento nos adolescentes

| Fase | Características |
|---|---|
| 1. Crescimento estável | Os acréscimos na altura são geralmente constantes, aproximadamente 5 a 6 cm por ano, o que acontece na puberdade inicial. |
| 2. Aceleração ou estirão do crescimento | Tem início em torno dos 9 a 10 anos de idade nas meninas e dois anos mais tarde nos garotos; dura em torno de dois a três anos em ambos os sexos. |
| 3. Crescimento máximo ou Pico de Velocidade de Crescimento (PVC) | Rápido ganho da altura, ocorrendo em torno de 11 – 12 anos nas meninas, com ganho de 8 a 9cm/ano, e, nos meninos entre 13 – 14 anos, com ganho de cerca de 9 a 10cm/ano. |
| 4. Desaceleração do crescimento | Diminuição gradativa da velocidade do ganho estatural até a completa fusão das epífises ósseas; ocorre ao redor de 15 – 16 anos nas garotas e entre 17 – 18 anos nos rapazes; alguns ainda têm algum acréscimo na altura até 21 anos. |

**Fonte:** (A autora, 2013).

**Figura 2 –** Representação das quatro fases do crescimento na adolescência

**Fonte:** (COLLI; COATES; GUIMARÃES, 2003, adaptado).

Você já deve ter observado que muitos adolescentes têm gestos ou caminhar um tanto desajeitado. Isso ocorre porque eles levam um tempo para ajustar-se às mudanças físicas, que ocorrem no sentido distal-proximal: inicialmente, aumentam os pés e as mãos; em seguida, os braços e pernas; e, por último, o tronco, segmentos que param de crescer na mesma ordem. O crescimento do tronco contribui com o maior contingente do ganho estatural.

## Ganho de peso

O ganho ponderal deve-se ao aumento em gordura, em tecido muscular e ósseo. No sexo feminino, decorre principalmente da deposição de gordura por ação estrogênica, ocorrendo cerca de seis meses após o PVC. Nos rapazes, o maior ganho de peso resulta principalmente do aumento da massa muscular, por ação da testosterona, e geralmente coincide com o PVC, levando à falsa impressão de magreza.

## Mudanças pubertárias no sexo feminino

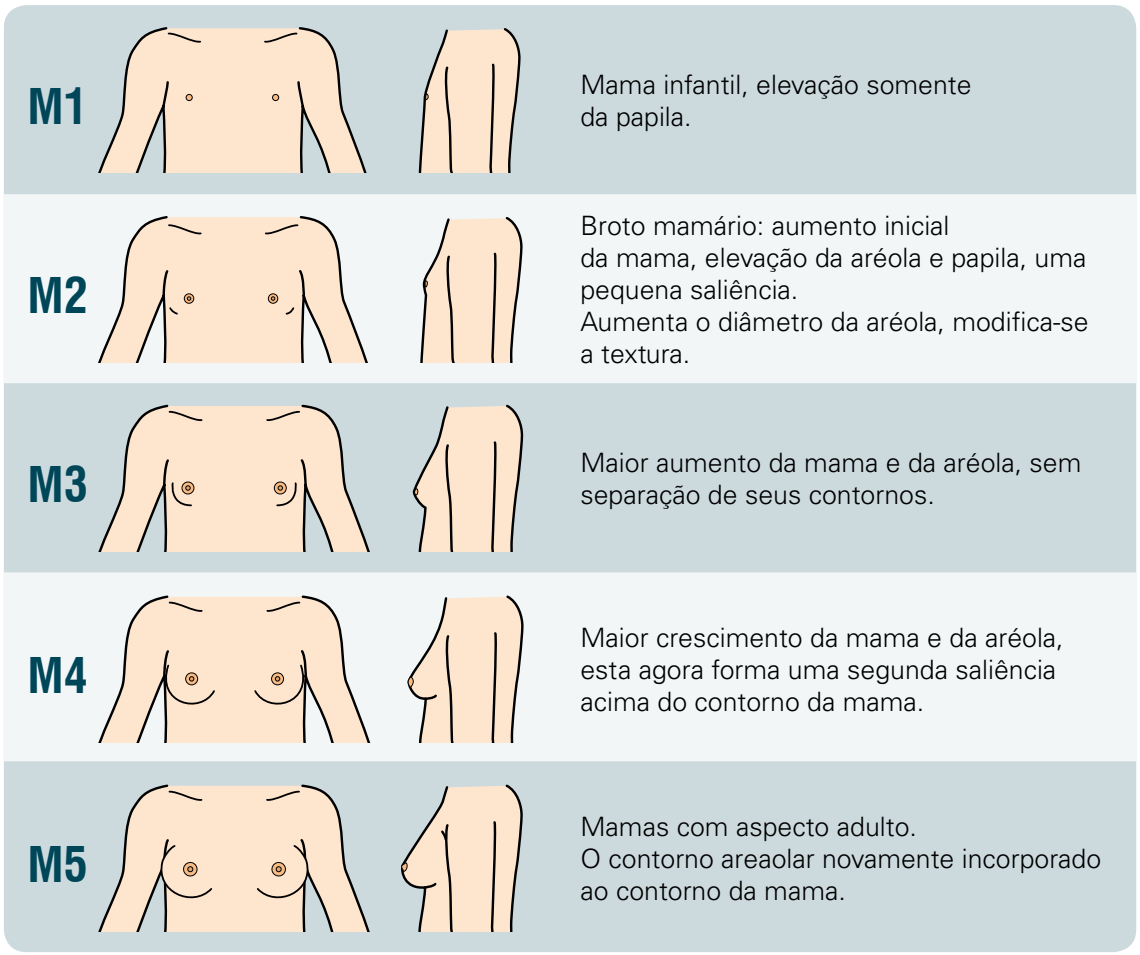
Podemos utilizar uma sequência para lembrar  dos eventos pubertários femininos, uma vez que em geral ocorrem desta forma ordenada: **telarca, pubarca, estirão, menarca**. O Quadro 2 apresenta as principais mudanças puberais.

**Quadro 2 –** Principais mudanças puberais no sexo feminino

| Mudança Puberal | Características |
|---|---|
| **Mamas** | Telarca, aparecimento de broto mamário é a primeira manifestação da puberdade feminina; pode inicialmente ser doloroso e unilateral, ocorrendo em média aos 9,5 anos, mas podendo variar entre 8 a 13 anos. |
| **Pelos** | Os pubianos desenvolvem-se gradativamente em cerca de quatro anos. Os axilares surgem pouco depois, acompanhados pelo desenvolvimento das glândulas sudoríparas e aparecimento de odor acentuado. |
| **Menarca** | Denominação da primeira menstruação, ocorre cerca de dois anos e meio após aparecer o broto mamário, em média aos 12,2 anos; os primeiros ciclos podem ter fluxo escasso ou intenso (hemorragia uterina disfuncional), necessitando então de intervenção ginecológica. |
| **Primeiros ciclos menstruais** | Costumam ser anovulatórios, havendo irregularidade nos primeiros 12 – 24 meses de ciclos; na completa maturação do eixo neuroendócrino, há pico de LH no meio do ciclo, acarretando a ovulação. |
| **Útero, trompas, vagina e vulva** | O desenvolvimento decorre principalmente da produção de estrógenos e concomitante ao crescimento mamário. |
| **Leucorreia fisiológica** | Frequente corrimento vaginal, sem odor específico e aspecto de clara de ovo; resulta de estimulação estrogênica, levando à secreção de muco cervical e maior descamação das células da mucosa vaginal; não requer tratamento, apenas esclarecimento à adolescente e reforçar a higiene local. |

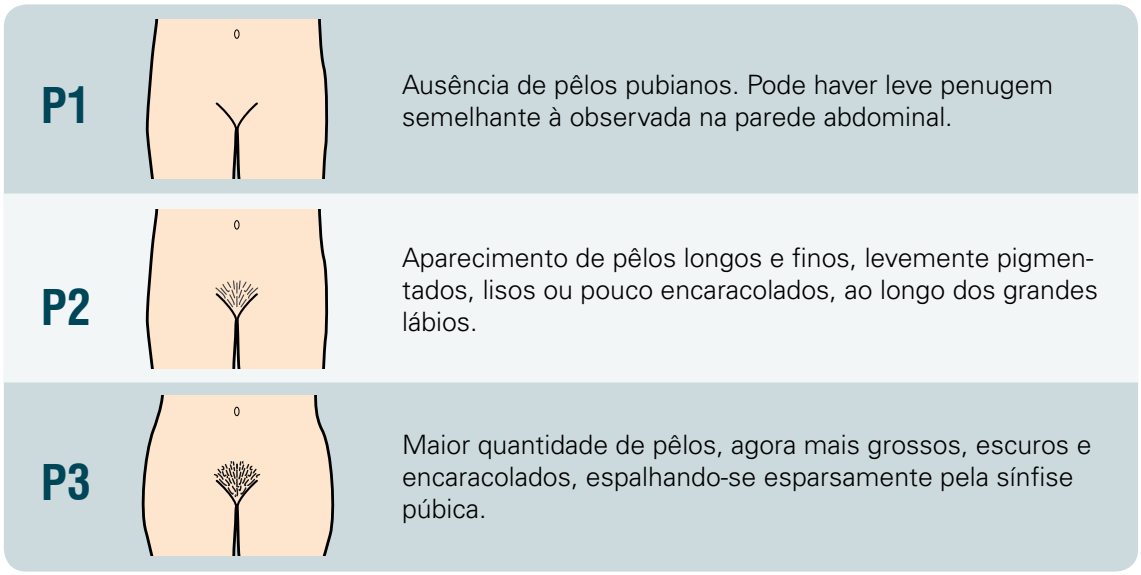
**Fonte:** (A autora, 2013).

**Figura 3 –** Desenvolvimento das mamas segundo a classificação de Tanner

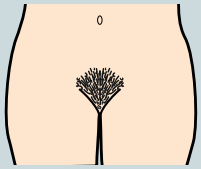
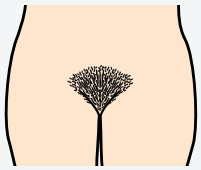



**Fonte:** (TANNER, 1962, adaptado).

**Figura 4 –** Desenvolvimento pubiano feminino segundo a classificação de Tanner




(continua)

| | | |
|---|---|---|
| **P4** |  | Pêlos do tipo adulto, cobrindo mais desnamente a região púbica, mas ainda sem atingir a face interna das coxas. |
| **P5** |  | Pilosidade pubiana igual ao adulto, em quantidade e distribuição, invadindo a face interna das coxas, que assume tamanho e forma adulta. |

**Fonte:** (TANNER, 1962, adaptado).

## Mudanças pubertárias no sexo masculino

Nos rapazes, as mudanças da puberdade levam ao desenvolvimento testicular e peniano e ao aparecimento de pelos pubianos, axilares e faciais e das ejaculações espontâneas. De forma simplista, podemos também traçar a linha de eventos, que segue em geral esta cronologia: **aumento de testículos, pubarca, estirão, espermarca (ou semenarca)**. O Quadro 3 apresenta as principais características puberais masculinas.

**Quadro 3 –** Principais mudanças puberais do sexo masculino

| Mudança Puberal | Características |
|---|---|
| **Testículos** | Gonadarca, ou aumento testicular, é a primeira manifestação da puberdade masculina; os testículos apresentam valor igual ou superior a 4 ml . |
| **Pênis** | Desenvolve-se após os testículos, desenvolvendo-se inicialmente em comprimento e depois, em largura. |
| **Espermarca ou Semenarca** | Denominação da primeira ejaculação; a emissão espontânea de esperma acontece durante o sono, causando incômodo no adolescente, que precisa ser orientado para esse evento. |
| **Pelos** | O aumento de testosterona faz crescer os pelos pubianos (início em torno dos 11 anos); os axilares se desenvolvem geralmente dois anos após os pubianos, seguindo-se o aparecimento dos pelos faciais e, posteriormente, do restante do corpo. |
| **Timbre da voz** | A mudança é observada geralmente durante o estirão, por ação da testosterona sobre as cartilagens da laringe, em média entre 13 e 14 anos de idade. |
| **Próstata, glândulas bulbos-uretrais, vesículas seminais e epidídimo** | Estes órgãos sexuais também apresentam crescimento a partir do desenvolvimento testicular. |

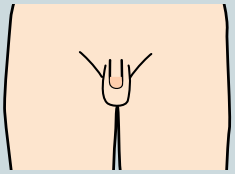
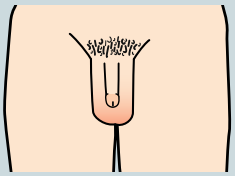
**Fonte:** (A autora, 2013).

Ginecomastia puberal – 30 a 60% dos garotos apresentam broto mamário mais desenvolvido, uni ou bilateralmente, ocorrendo em geral entre 14 e 15 anos. É um evento considerado fisiológico, decorrente da ação dos estrógenos em tecido mamário mais sensível. A maioria tem involução espontânea em até três anos, porém se o aumento é considerável e há repercussões psicossociais importantes, a cirurgia estética pode ser indicada. Nódulos de quatro ou mais centímetros (macroginecomastia) têm indicação cirúrgica.

A ação androgênica leva ao maior funcionamento das glândulas sudoríparas, com aumento da sudorese e odor característico, necessitando de maior higiene do adolescente. As glândulas sebáceas, localizadas principalmente na face, também são estimuladas, havendo aumento da oleosidade da pele e aparecimento de acne.

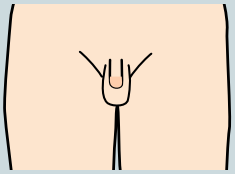
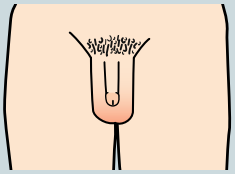
O estadiamento puberal dos rapazes é realizado pela avaliação do desenvolvimento da genitália – dos testículos e pênis (G1 a G5) – e dos pelos pubianos (P1 a P5), utilizando-se a classificação de Tanner (1962), como mostrado nas Figuras 5 e 6.

**Figura 5 –** Desenvolvimento da genitália masculina segundo a classificação de Tanner

| | | |
|---|---|---|
| G1 |  | Pênis, testículos e escroto de tamanho e proporção infantis. |
| G2 | | Aumento incial do volume testicular (>4ml). Pele escrotal muda de textura e torna-se avermelhada. Aumento do pênis mínimo ou ausente. |
| G3 |  | Crescimento peniano, principalmente em comprimento.<br>Maior crescimento dos testículos e escroto. |
| G4 | | Continua o crescimento peniano, agora principalmente diâmetro, e o maior desenvolvimento da glande. Maior crescimento dos testículos e do escroto, cuja pele se torna mais pigmentada. |
| G5 | | Desenvolvimento completo da genitária. |

**Fonte:** (TANNER, 1962, adaptado).

**Figura 6 –** Desenvolvimento pubiano masculino segundo a classificação de Tanner

| | | |
|---|---|---|
| P1 |  | Ausência de pelos pubianos. Pode haver leve penugem semelhante à observada na parede abdominal. |
| P2 | | Aparecimento de pelos longos e finos, levemente pigmentados, lisos ou pouco encaracolados, principalmente na base do pênis. |
| P3 |  | Maior quantidade de pelos, agora mais grossos, escuros e encaracolados, espalhando-se esparsamente pela sínfise púbica. |
| P4 | | Pelos do tipo adulto, cobrindo mais densamente a região púbica, mas ainda sem atingir a face interna das coxas. |
| P5 | | Pilosidade pubiana igual ao adulto, em quantidade e distribuição, invadindo face interna das coxa. Assume tamanho e forma adulta. |

**Fonte:** (TANNER, 1962, adaptado).

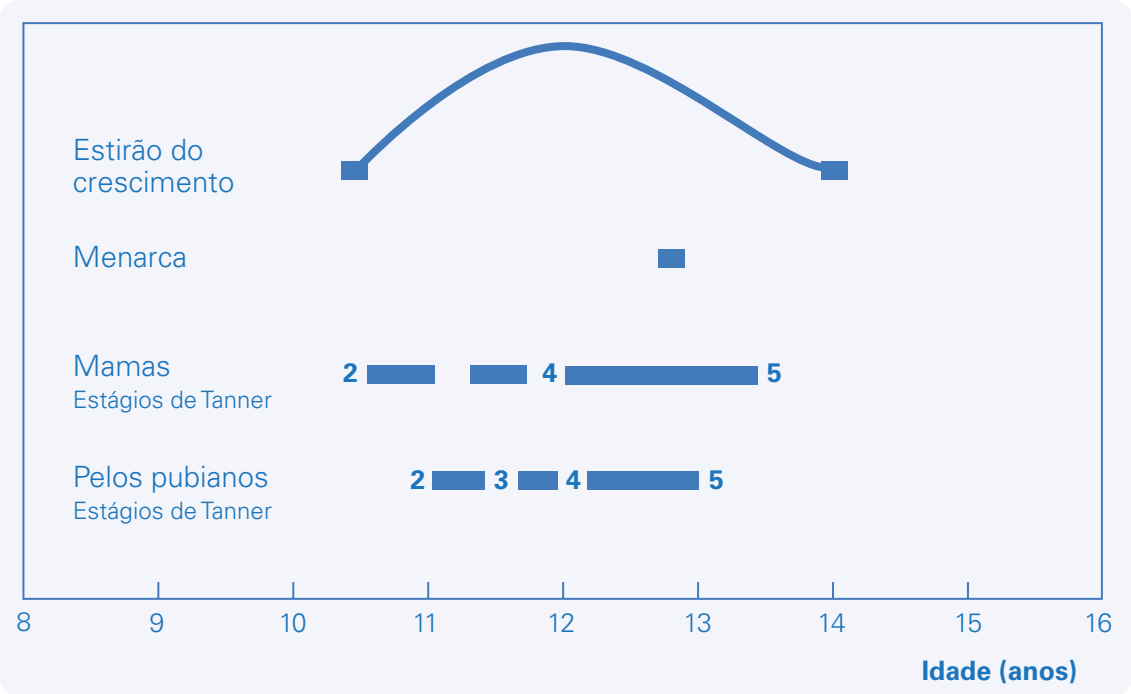
## Correlação entre crescimento físico e desenvolvimento pubertário

Em ambos os sexos, o ganho de estatura e peso tem correlação com a maturação sexual, havendo características próprias em cada sexo É importante conhecer tais peculiaridades, pois quanto mais o adolescente estiver na fase inicial da maturação sexual, independentemente da sua idade cronológica, mais chance terá de crescer, sendo o inverso também verdadeiro.

No sexo feminino, o crescimento tem início com o estágio M2 do desenvolvimento mamário. O maior ganho em altura (estirão) acontece antes da menarca, em M3. O maior acréscimo de gordura também se inicia no estirão, podendo estender-se após a menarca. Esta ocorre geralmente de seis meses a um ano depois do PVC; portanto, na desaceleração do crescimento, quando o estágio das mamas está em torno de M4. O ganho estatural nos próximos dois anos após a menarca é cerca de 4 a 7 cm. Essas correlações estão representadas na Figura 7.

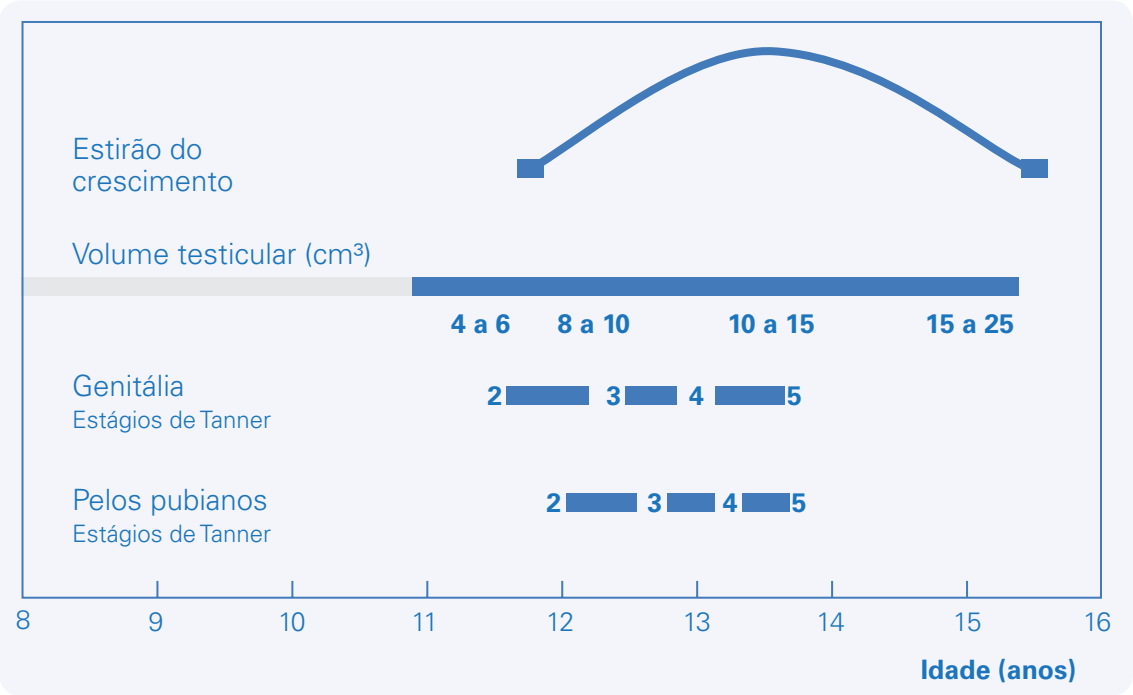
Por outro lado, os meninos iniciam o desenvolvimento genital (G2) antes do estirão, o que pode levar a questionamentos, principalmente se comparados com irmãs ou primas, cujo estirão é mais precoce. A aceleração do crescimento é concomitante ao desenvolvimento do pênis (estágio G3), e o **PVC** coincide frequentemente com o estágio G4, seguindo-se a gradual desaceleração em G5. O ganho de massa muscular ocorre no PVC; e o de gordura, na desaceleração, dando a impressão da falsa magreza. A espermarca (ejaculação espontânea) geralmente ocorre no final do crescimento, correspondendo ao estágio G5. Quando há ginecomastia, também ocorre em estágios mais desenvolvidos, G3 ou G4. A mudança do timbre da voz é um fato mais tardio do desenvolvimento, ocorrendo no estágio G4 (Figura 8).

**Figura 7 –** Fases do crescimento no sexo feminino e correlação com a maturação sexual




**Fonte:** (TANNER, 1962, adaptado).

**Figura 8 –** Fases do crescimento no sexo masculino e correlação com a maturação sexual




**Fonte:** (TANNER, 1962, adaptado).

## Monitoração do desenvolvimento físico

Para realizar uma segura avaliação do crescimento e da maturação sexual, devemos unir as informações da anamnese com as observações do exame físico e dar interpretações corretas, para então definir a situação do adolescente – normal, com variantes da normalidade ou com desvios que necessitam de intervenção da equipe multiprofissional ou de especialistas.

A anamnese permite coletar importantes informações: peso e intercorrências ao nascimento; altura dos pais, irmãos e familiares próximos – avôs, avós, tios, primos; idade de menarca da mãe e quando o pai começou a se barbear; doenças crônicas – asma, anemias, infecções urinárias de repetição, desnutrição anterior, medicamentos utilizados; alimentação anterior e atual; práticas esportivas.

O profissional deve lançar mão do maior contingente possível de indicadores, sendo alguns de fácil obtenção e baixo custo, necessitando apenas estar familiarizado com essas ferramentas. Assim, recomenda-se o cruzamento dos indicadores Peso e Altura com estadiamento puberal, volume testicular (quando possível), cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC) e velocidade de crescimento.

**Peso e estatura –** são avaliados por técnicas bem definidas, plotando-se os valores encontrados em gráfico correspondente ao sexo e à faixa etária, utilizando-se as medidas estatísticas de Percentil ou Escore-Z, semelhante à aferição de crianças.

## Saiba +

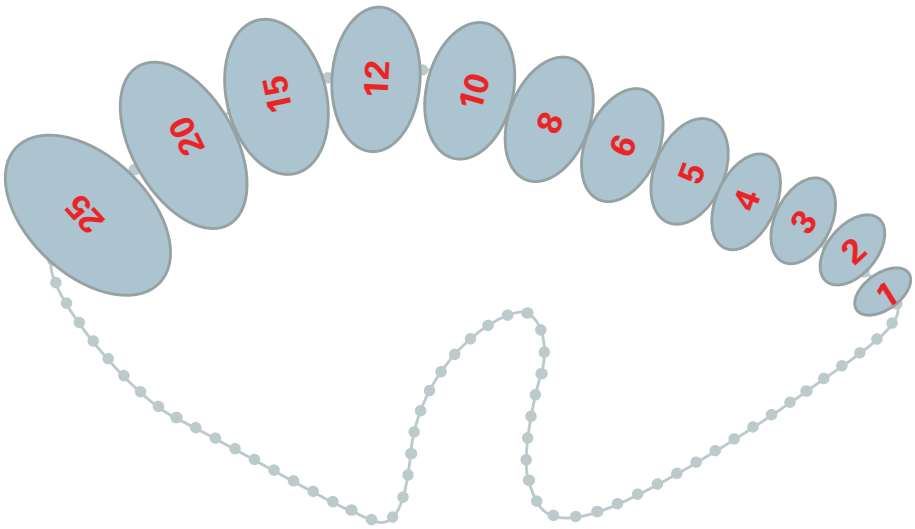
### Sites

O site do Ministério da Saúde disponibiliza o manual de Orientações para Coleta e Análise de Dados Antropométricos, que inclui gráficos com Percentil e Escore - Z (a página 19 refere-se ao adolescentes). Vale a pena verificar no endereço: <*http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf*> (BRASIL, 2011).

**Estadiamento puberal –** o critério mais utilizado no mundo é a classificação de Tanner (e colaboradores). Esse autor inglês recomenda que para as garotas considere-se a evolução das mamas (estágios M1 a M5) e dos pelos pubianos (estágios P1 a P5); Para rapazes, recomenda observar o desenvolvimento dos testículos e pênis (G1 a G5) e dos pelos pubianos (P1 – P5). Esses itens já foram abordados anteriormente (Figuras 3, 4, 5 e 6).

**Volume testicular –** utiliza-se o Orquidômetro de Prader, objeto que consiste em um conjunto de doze modelos de ovoides graduados em volumes de 1 a 25 ml (Figura 9). Compara-se o tamanho dos testículos do paciente com os dos ovoides, encontrando-se o valor correspondente; quando igual ou superior a 4 ml, indica início da puberdade.

**Figura 9 –** Orquidômetro de Prader




**Fonte:** (UNA-SUS UFPE, 2013).

**Velocidade de crescimento (VC) –** excelente indicador, é definida como o ganho da altura em centímetros no intervalo de um ano. Avalia-se medindo-se a estatura com intervalo de pelo menos três meses, extrapolando-se para um ano. Tome-se por exemplo um menino de 13 anos com 1,55m de altura, que após três meses tem 1,57m; sua velocidade de crescimento foi de 2cm em três meses, cuja projeção é de 8cm/ano (2 cm x quatro trimestres do ano).

**Índice de Massa Corpórea (IMC) –** o estado nutricional tem relação com o estirão da fase pubertária. Por isso, o IMC pode ser utilizado como parâmetro antropométrico, embora não direto, do conteúdo de gordura corporal. Trata-se de uma medida que indica o conteúdo de massa por quilo de peso, podendo a massa ser em gordura ou músculo. Portanto, esta medida presta-se também para categorizar o adolescente quanto à nutrição.

Vale ressaltar que o IMC não distingue altura baixa da alta nem a massa em gordura da massa magra. Portanto, deve-se ficar alerta com o modismo dos exercícios físicos (vigorexia na sua forma extrema), pois o adolescente pode ter a musculatura bastante desenvolvida, o que implica IMC elevado, mas por aumento da massa magra. O cálculo do IMC é realizado pela fórmula de Quetelet:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

**Saiba +**

Calcule o IMC de uma jovem com 15 anos, 87.3 Kg e 152 cm. Interprete o resultado conforme o Quadro 4.

**Idade óssea –** nos casos de baixa ou elevada estatura, pode-se lançar mão da Idade Óssea (IO). Este exame investiga o desenvolvimento dos núcleos de ossificação do carpo, rádio, ulna e falanges, indicando a maturação óssea, sendo obtido por meio de RX dos ossos das mãos e dos punhos. O resultado do paciente é comparado com os padrões do atlas de Greulich e Pyle. Idade óssea aquém de dois anos a dois anos e meio da idade cronológica, e com boa velocidade de crescimento, indica haver mais tempo de ganho estatural, uma vez que o fechamento das cartilagens de ossificação ocorrerá mais tardiamente.

## Investigação do crescimento e maturação sexual

A investigação está indicada se P e E estão em canais bem abaixo ou acima do padrão populacional (Percentis 3 e 97 ou Escore-Z: ≤ -3 e ≥ + 3 respectivamente), se a velocidade de crescimento é baixa (< 4cm / ano) em relação à esperada para a idade, para o sexo e grau de desenvolvimento, se o início puberal foi atrasado ou precoce. É bom lembrar que menina com baixa estatura, que não a familiar ou constitucional, e sem causa aparente, impõe investigar Síndrome de Turner. O Quadro 4 demonstra as diferentes situações a serem investigadas e a conduta para cada uma.

**Quadro 4 –** Situações do crescimento e desenvolvimento de adolescentes, diagnóstico e conduta

| Mudança Puberal | Diagnósticos | Condutas |
|---|---|---|
| IMC < 18,5 ; peso < P3 ou P < - 2 e ≥ - 3 escores Z* | Magreza (se P < - 3Z* = magreza acentuada) | Investigar desnutrição, transtornos alimentares e fatores constitucionais ou familiares. |
| IMC 25 – 29,9 ou P ≤ + 3Z* e ≥ + 2 Z* | Sobrepeso | Avaliar tiroide, glicemia, colesterol, triglicerídeos e outros; verificar hábitos alimentares, esportes, lazer; recomendar atividade esportiva, suporte de nutricionista. |
| IMC > 30; P > P97 ou P > 3 Z * | Obesidade | Histórico alimentar do paciente e família; estimular adesão à reeducação alimentar; exames complementares (idem a sobrepeso); trabalho com equipe multidisciplinar. |
| Estatura > P 97 ou > +2 Z * Estatura < P3 ou < - 2 Z* | Alta estatura Baixa estatura | Possibilidade de alta / baixa estatura constitucional ou transtornos endócrinos; Verificar altura de familiares – pais, irmãos; avaliar idade óssea (IO); encaminhar para especialista se desvio do padrão normal é intenso. |
| Telarca e pubarca entre 8 a 13 anos (meninas) | Puberdade normal | Esclarecer dúvidas; orientação quanto à nutrição, retorno a cada 3 ou 4 meses. |
| Vol. testicular ≥ 4ml, pubarca entre 9 a 14 anos (meninos) | Puberdade normal | Idem ao item anterior. |
| Ausência de caracteres sexuais secundários: em meninas > 13 anos em meninos > 14 anos | Puberdade tardia | Referir para centro especializado com endocrinologista infantopuberal. |
| Presença dos caracteres sexuais secundários: em meninas < 8 anos em meninos < 9 anos | Puberdade precoce | Referir para equipe especializada em endocrinologia infantopuberal. |

*** Z** = Escore-Z.

**Fonte:** (A autora, 2013).

## Final da puberdade

A puberdade se completa em três a quatro anos após o início, quando já aconteceu o desenvolvimento das características puberais, a definição da altura final – a velocidade de crescimento é inferior a 1cm / ano –, quando já houve a total remodelação do corpo infantil a corpo de adulto jovem. A altura final resulta da completa fusão das epífises ósseas, o que nas meninas ocorre cerca de dois anos após a menarca e nos rapazes, em torno de 19 anos, embora alguns ainda tenham algum acréscimo até 21 anos (TANNER; WHITEHOUSE, 1976).

### Saiba +

**Sites**

Para fixar melhor esses conhecimentos, recomendamos a leitura do texto Orientações para o atendimento à saúde do adolescente, disponibilizado no site oficial do Ministério da Saúde: <*http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_atendimento_adolescnte_menino.pdf*> (BRASIL, [20--?]).

### Atividade

Agora que você terminou a leitura deste capítulo, podemos verificar seu aprendizado. Após ler os casos clínicos a seguir, discuta com seus colegas tentando responder às questões respectivas. Esperamos que após este exercício, que simula as situações cada vez mais encontradas na prática, você esteja mais apto/a para atender seus adolescentes. Bom estudo!

**Caso clínico 1**

Maria tem 13 anos e dois meses, é natural de Chã Grande, PE. A genitora a trouxe ao ambulatório de adolescentes por achar que a filha "não cresce bem e é menor que a prima de 12 anos". Três meses antes, foi a um posto em sua cidade natal, estava com altura de 1.28 cm (anotada em papel pela enfermeira).

**Outras queixas:** relato de dor de barriga ocasional, evacuações diárias, fezes de aspecto normal. Durante a gravidez, a genitora realizou seis consultas de pré-natal na cidade de origem, sem intercorrências. Maria nasceu na maternidade desse local, por parto transpelviano. Chorou ao nascer, "sem problemas", alta com 36 h. Peso de nascimento: 2500g; Comprimento: 45 cm. Na infância, apresentou episódios esporádicos de diarreia e resfriados; nunca precisou de internação. Imunizações: atualizadas (pelo PNI).

**Alimentação:** a mãe tenta organizar horário das refeições, mas às vezes Maria sai para a escola sem o desjejum; outras vezes, alimenta-se com queijo e pão, café com leite; lanche da manhã e tarde: biscoito recheado de chocolate ou morango; almoço: feijão, arroz, carne verde ou seca, suco de frutas do sítio; à noite: sopa com cuscuz ou pão com manteiga e ovo, leite com achocolatado.

**Crescimento e desenvolvimento:** muito esperta e inteligente, andou com onze meses, falou com um ano. Sempre foi "magrinha"; há apenas duas anotações de altura e peso na caderneta de saúde, aos 2 e 3 anos, que estavam abaixo do P3.

**Escolaridade:** não teve problemas de adaptação na escola, sempre muito interessada, alfabetizada aos 7 anos; está agora na 7ª série, tem bom comportamento e bom rendimento escolar. Nega: menarca e telarca.

**Lazer:** "igreja em fim de semana" (católica); assiste à TV; visita a avó e tias. Não pratica esportes. Não vai às vezes à praça com as amigas, tem vergonha de sair porque é baixinha e "guenza".

**Composição familiar:** pais estudaram até 4ª série do fundamental, moram juntos há 17 anos; mãe tem 48 anos, é saudável, costureira; menarca da genitora: aos 15 anos. Pai com 58 anos, saudável, agricultor. Maria possui dois irmãos com 10 e 7 anos e uma irmãzinha de 2 anos, todos saudáveis. Estatura da mãe: 150 cm; Estatura do pai: 160 cm.

**Condições socioeconômicas:** renda do pai é de um salário mínimo, renda materna variável – em torno de meio salário – e complementação com bolsa família. Moram em casa própria de alvenaria, no sítio, com seis cômodos; banheiro interno, com saneamento básico e energia elétrica; jogam dejetos em terreno próximo à casa. Nega banho de rio.

**Exame físico:** P = 33,6 kg, Estatura: 132 cm. TA = 110 x 70 mmHg
Bom estado geral, corada, hidratada, cooperando com examinadora.

**Mamas**: elevação da aréola e papila, tecido um pouco rugoso; sem pelos axilares; pelos pubianos escassos, alguns pouco encaracolados e finos, ao longo dos grandes lábios.
Restante do exame sem alterações.

**Guia para análise do caso**

1. Que dados da anamnese podem se relacionar com o problema de Maria? Justifique.
2. O que você conclui sobre a alimentação de sua paciente? Você indicaria outro cardápio?
3. Plote os dados de P e E nos gráficos que utilizam Percentil e Escore – Z e analise. Há motivo para preocupação?
4. Em que estadiamento puberal você coloca Maria, de acordo com a descrição do exame físico?
5. Que outros indicadores você pode obter com os dados mencionados no exame físico?
6. Com relação ao crescimento, qual o diagnóstico para Maria?
7. O que você explicaria à paciente e à genitora?
8. Você pediria exames complementares? Justifique.

**Caso clínico 2**

José, 14 anos, é natural e procedente do Cabo, PE. Vai ao ambulatório de adolescentes com os pais, e a queixa parte do genitor, seu João. O filho não desenvolveu o pênis, e o pai tem medo de que ele "seja gay" por isso; come muito e está "uma baleia". A mãe, D. Clotilde, contemporiza, dizendo que não é bem assim, e relata que o filho nasceu magrinho, mas sempre foi uma criança bonita, alegre, que todos queriam pegá-la no colo. "Depois que está crescendo, José vem com

muito apetite, come fora de hora, não quer ir à escola porque os colegas o xingam de baleia. Lá em casa, os irmãos e o meu marido também vivem dizendo isso, é uma confusão todo dia!". Ele também não quer mais ir às aulas de educação física da escola e não joga futebol com os amigos, fica o dia todo jogando game no computador ou na televisão. D. Clotilde reafirma que o filho não quer mais jogar futsal nem ir à praia "para não ficar sem camisa". O pai queixa-se também de que o peito de José está "crescendo e isso o deixa mais preocupado se o filho vai ser gay".

Antecedentes Pessoais
Pré-natal, parto e neonatal: sem alterações. Nasceu em maternidade do Cabo, parto transpelviano. P = 2700g; C = 50 cm, choro espontâneo, sem intercorrências perinatais, tiveram alta do alojamento conjunto após 48h.
Antecedentes mórbidos: crises de asma na infância, melhoravam com nebulização.
Imunização: cartão atualizado conforme o PNI.

**Hábitos alimentares:** quando era criança, João era magrinho, a mãe se preocupava muito e o forçava a comer, deixava uma chinela na mesa, ameaçava-o de apanhar. À medida que foi crescendo, ele passou a se alimentar melhor, mas depois dos 11 anos come muito, algumas vezes acorda pela madrugada para lanchar "escondido". João relata que sua alimentação consta de:
Café da manhã: pão francês com mortadela ou hambúrguer (dois ou três) e achocolatado. Às vezes macaxeira, queijo e manteiga.
Lanches: biscoito recheado de amendoim ou chocolate; coxinhas (2 ou 3) e refrigerante (um); à tarde gosta de pipoca de micro-ondas com refrigerante e coxinha.
Almoço: arroz, macarrão, carne, galinha ou peixe, purê ou batata frita, refrigerante; às vezes suco de uva (gosta bem açucarado).
Jantar: pão com ovo (dois ou três), cuscuz, sopa, macaxeira, inhame com manteiga e achocolatado.

**Crescimento e desenvolvimento:** desenvolvimento normal; na curva de peso da Caderneta de Saúde, consta que aos 9 anos o paciente encontrava-se pouco abaixo do P97 (ou pouco abaixo do Escore-Z +3). Cursa a 5ª série, o rendimento escolar tem sido baixo, a escola já chamou os pais algumas vezes; a mãe compareceu mas "não pode obrigar ele a fazer educação física".

**Composição familiar:** pais casados; a mãe tem 41 anos, saudável, dona de casa; escolaridade: 2º grau incompleto. Pai com 41 anos, saudável, comerciante de acessórios de carro, escolaridade: 2º grau completo. Possuem mais dois filhos, ambos do sexo masculino, "magros", com 15 e 12 anos. Estatura da mãe: 163 cm; Estatura do pai: 178 cm. Não sabem a altura dos irmãos, mas são "normais".

**Hábitos:** usou mamadeira até cinco anos e chupeta até sete anos; dormia na mesma cama dos pais até 11 anos, deixou porque os irmãos ameaçaram de revelar na escola. A mãe o chamava de "meu bebê", mas há pouco ele pediu que ela não mais o chamasse dessa forma. Rói unhas; chora se o proíbem de ir à venda da avó, que fica perto da residência, pois se deixarem, "ele passa a tarde lá comendo". Permanece horas jogando games no computador e dorme tarde.

**Condições socioeconômicas:** boa renda familiar; a avó também ajuda com o rendimento de uma barraca onde vende alimentos, lanches, refrigerantes, produtos de limpeza. Moram em casa própria com dois andares, sete cômodos; o paciente tem quarto próprio, onde possui computador, MP3 e TV.

**Conversa a sós com o paciente:** ele confirma o relato dos pais; sente-se muito mal quando se vê no espelho, razão de não querer sair de casa (além dos apelidos e piadas dos colegas). Nega

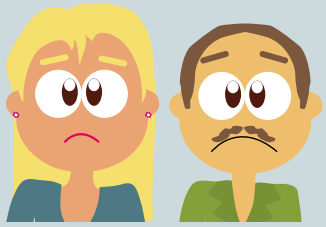
uso de psicoativos, de bebidas alcoólicas e de tabaco. Nega iniciação sexual, namorar e ficar; não quis responder sobre masturbação; nega polução (ejaculação espontânea). Afirma que o pai é muito grosso, grita e "esculhamba", chama-o de "baleia". A mãe o compreende melhor, porém tem mais afinidade com a avó. Não gosta dos irmãos.

**Exame físico:** P = 98.400 kg; E = 172 cm. TA = 120 x 80 mmHg. Bom estado geral.
Tecido adiposo bastante desenvolvido, mais em abdome; diâmetro abdominal = 98 cm.
Mamas indolores, apresentando deposição de tecido adiposo (lipomastia).
Bolsa escrotal com pele fina; testículos = 6ml bilateralmente; prepúcio retrátil; pênis crescendo mais em comprimento, glande ainda pouco desenvolvida; pelos pubianos grossos, encaracolados e esparsos na sínfise púbica, não alcançando coxas nem a linha média do abdome. Tecido adiposo do púbis recobre a base peniana.
Durante a consulta o adolescente permaneceu cabisbaixo ou com fácies bastante séria, ombros caídos; bem orientado no tempo e espaço; esboçou sorrisos em poucos momentos; boa higiene; foi cordial, mas respondeu com monossílabos; algumas vezes roeu unhas; balançava os membros inferiores constantemente. Relutou em permitir a antropometria, foi preciso convencê-lo da importância da pesagem e medições. Demais exames sem anormalidades.

**Guia para debate do caso**

1. Analise os dados da anamnese e aponte as diferenças de postura dos três atores envolvidos: adolescente, pai e mãe. De que forma cada um contribui para os problemas apontados?
2. Qual sua opinião sobre os hábitos relatados, inclusive alimentares?
3. Plote os valores da antropometria nos gráficos adequados (em Percentil e em Escore-Z). Como você classifica o estado nutricional de José? E quanto à sua altura?
4. Em que estadiamento puberal ele se encontra, conforme a descrição do exame?
5. Determine os diagnósticos em relação a:
   a) estado nutricional;
   b) maturação sexual;
   c) estado emocional do adolescente.
6. Você indicaria investigar o crescimento / desenvolvimento de José?
7. Considerando a postura da família, as informações obtidas da conversa inicial com o adolescente e os dados do exame físico, como você orientaria os pais quanto à sexualidade de seu filho?
8. Como você orientaria José sobre os diagnósticos que você encontrou e que condutas você indicaria?

# 2 Desenvolvimento psicossocial e a síndrome da adolescência normal



"Esse menino não é mais o mesmo. (...) Eu já não sei quem é minha filha, não conta nada pra mim, mas vive de conversinha com as amigas. (...) Só pensa em garotas, em futebol, estudar que é bom, nada! (...) Ele nem sabe o que quer no futuro! (...) Essa juventude de hoje é muito diferente, no meu tempo..."

É muito comum ouvirmos tais queixas dos genitores ou responsáveis. Claro que os adolescentes contemporâneos não podem vivenciar a adolescência da mesma forma que seus pais e avós. As mudanças na sociedade, na economia, nos valores, a existência da internet e a globalização, que oferecem um mundo de possibilidades, tudo estimula novas experiências, novos valores e desejos, bem como posturas para a vida adulta.

Veremos, neste capítulo, as características comportamentais dos adolescentes articulando-as a aspectos do desenvolvimento psíquico e social, focalizando ainda o contexto ao qual o jovem pertence.

## 2.1 Desenvolvimento neurobiológico e comportamento

Estudos mais recentes indicam intensa plasticidade neuronal na adolescência: neurogênese, crescimento dendrítico, aumento da sensibilidade aos neurotransmissores e varreduras, ou seja, a formação de novas sinapses e eliminação daquelas não muito utilizadas. Esses fatos estão relacionados ao comportamento cada vez mais maduro na passagem à adultícia.

Nesse sentido, ocorre amadurecimento do córtex pré-frontal e do córtex órbito-frontal, permitindo maior controle de impulsos, desenvolvimento da área cognitiva e maior raciocínio abstrato, maturação do raciocínio consequente, ou seja, o julgamento dos próprios atos antes da ação. Acontece ainda o amadurecimento

do circuito social, tornando o jovem mais capaz de desenvolver empatia e solidariedade. Essas mudanças neurobiológicas ocorrem mais tardiamente, permitindo aos poucos um comportamento mais responsável (HERCULANO–HOUZEL, 2005).

A reestruturação cerebral apresenta diferenças conforme o gênero. É mais precoce nas meninas, o que se reflete nas condutas das garotas, sempre um passo à frente do amadurecimento masculino (PATTON; VINER, 2007). Esse neurodesenvolvimento ainda continua na juventude, o que leva a concluir que dificuldades no controle de impulsos, inclusive as automutilações, e a falta de julgamento maduro podem decorrer da imaturidade cerebral (PATTON; VINER, 2007).

O sistema de recompensa – conjunto de estruturas ligadas ao hipocampo e que dão como respostas a sensação de prazer – está relativamente em baixa na adolescência. Tal fato explica porque os jovens, em geral, necessitam de estímulos novos e fortes, como barulho intenso (música em alta vibração, por exemplo) ou praticar esportes radicais, para uma maior estimulação (HERCULANO–HOUZEL, 2005).

**Saiba +**

Tais reorganizações neuronais articulam-se à reestruturação psíquica, recebem influência do ambiente e terminam por determinar as características marcantes da fase: impulsividade, tendência à atuação, raciocínio abstrato e lógico aguçados, maior capacidade de concentração e aprendizado, idealismo, disposição para correr riscos, vontade de realização e de novos relacionamentos sociais (HERCULANO–HOUZEL, 2005).

## 2.2 Adolescência e aspectos socioculturais

Quanto mais desenvolvida uma sociedade, mais numerosas e complexas as tarefas, tornando a adolescência mais prolongada e conflituosa. O adolescente pós-moderno precisa saber lidar com aspectos políticos, filosóficos, religiosos, econômicos e profissionais, com a sexualidade e a capacidade reprodutiva (LEVISKY, 2001) e viver em um mundo repleto de contradições.

Estudos confirmam que as mudanças puberais exercem influência visível sobre a conduta psicossocial. Rapazes que iniciam a puberdade em época mais tardia que seus pares são menos seguros e menos populares. Em contraste, a puberdade que ocorre mais cedo em garotas está associada à iniciação sexual precoce e a problemas emocionais e comportamentais (PATTON; VINER, 2007).

Para analisar o mundo sociocultural, é preciso lançar mão de algumas ferramentas. Uma delas é o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano (MBDH), também denominado Bioecologia Humana, elaborado por Urie Bronfenbrenner (1995).

Esse autor, psicólogo russo radicado na América do Norte, considera que o desenvolvimento humano decorre de interações recíprocas e ativas entre o indivíduo e os contextos por onde ele transita. O modelo considera quatro núcleos básicos, dinâmicos e interrelacionados: Processo, Pessoa, Contexto e Tempo, que estão explicitados resumidamente a seguir:

1. **Processo (ou processos proximais):** é a denominação das interações entre o indivíduo e demais pessoas do ambiente imediato, necessárias à construção da identidade. Para serem efetivos, as pessoas envolvidas nos processos proximais devem estar engajadas em atividades que durem um período estável de tempo e permitam a progressiva complexidade das interrelações. São ótimos exemplos de processos proximais a dinâmica familiar, as interrelações entre amigos, na escola e vizinhança, as relações pessoais no trabalho e nas instituições, a rede de apoio social da comunidade, bem como as influências da sociedade nesses relacionamentos.
2. **Pessoa:** refere-se diretamente ao indivíduo, que é a um só tempo produto e produtor de desenvolvimento por meio de suas características, como as disposições comportamentais – respostas positivas a iniciativa de outros, ou atitudes desestruturantes como impulsividade, relação social insegura; suas experiências e habilidades em dependência da capacidade física e mental, de alterações genéticas, condições de nascimento, entre outros atributos pessoais, e atributos capazes de provocar reações do ambiente como o comportamento social ativo ou passivo.
3. **Contexto:** é o ambiente bioecológico em que o indivíduo se insere, concebido por Bronfenbrenner como espaços ou estruturas concêntricas inseridas umas nas outras. Na camada mais próxima à pessoa, encontra-se o microssistema ou ambiente imediato, onde há importantes trocas afetivas com figuras de modelo e de poder, sendo o indivíduo e a família nuclear, esta com suas características estruturais, dinâmicas e socioeconômicas, os grandes representantes deste contexto imediato.

   O espaço seguinte é o mesossistema, representado pela família extensiva, ambiente de moradia, escola, amigos, igreja, local de trabalho, segurança ou violência urbana, em que ora o sujeito encontra-se interagindo, ora não.

   Segue-se o exossistema, espaço mais distante do indivíduo e de sua família, mas cujo funcionamento os afeta – políticas públicas, distribuição de renda, sistema de saúde, instituições de acolhida, justiça e rede de apoio social, entre outros.

   O último componente do Contexto Bioecológico é o macrossistema, espaço mais amplo e que influi em todos os outros, constituído por ideologias, cultura, estado de paz ou guerra de um povo ou nação. Lembremos que os micro, meso, exo e macrossistemas pertencem ao segundo componente do modelo bioecológico, o Contexto.

4. **Tempo ou cronossistema:** é o quarto elemento do modelo bioecológico e refere-se à duração das relações estabelecidas nos contextos, podendo haver continuidade e descontinuidade relacional em pequenos episódios temporais (microtempo), ou frequência mais regular com rotinas em intervalos maiores como dias, semanas ou meses (mesotempo), ou ainda se pode observar a historicidade desde a infância e expectativas futuras, mudanças dentro da sociedade e eventos ao longo das gerações (macrotempo), que influenciam o desenvolvimento presente.

## Para refletir

Para exercício desses novos conhecimentos, vamos analisar os componentes do ambiente bioecológico de um adolescente. Neco tem 16 anos e vem à consulta de rotina na unidade de saúde da família. Está ansioso para saber o quanto cresceu nos últimos meses.

Neco gosta de estudar, está na 1ª série do segundo grau e pratica futsal no clube perto de casa. É bastante incentivado pelos pais, que muito se esforçaram para Neco conseguir uma bolsa em colégio preparatório para o Instituto Tecnológico da Aeronáutica (ITA) e realizar o grande sonho de ser engenheiro. Gosta também de ouvir funk, de ler histórias de vampiros e de "ficar" com uma menina que estuda no mesmo colégio. Nega uso de psicoativos, inclusive álcool e tabaco.

Os pais são casados. O genitor tem 45 anos, é vigilante de um prédio; a mãe tem 40 anos, é do lar e também vende salgadinhos e bolos no clube do bairro para ajudar no orçamento de casa. É o segundo filho de uma prole de três, os irmãos de 17 e oito anos também são saudáveis. Tem bom relacionamento com os pais e irmãos. Quando o pai está de folga, toda a família vai à praia, visitar as tias ou assistir a jogos de futebol, torcer pelo time de preferência. Costumam resolver as questões familiares conversando.

São católicos, costumam ir à Igreja sempre que possível. Entre os familiares, o adolescente é muito chegado ao pai e à avó materna, que ajudou em sua criação quando a mãe trabalhava fora nos dois expedientes.

Já teve uma namorada, mas durou pouco, está mais centrado nos estudos "por enquanto". Os pais não o deixam sair muito para baladas por causa da violência urbana.

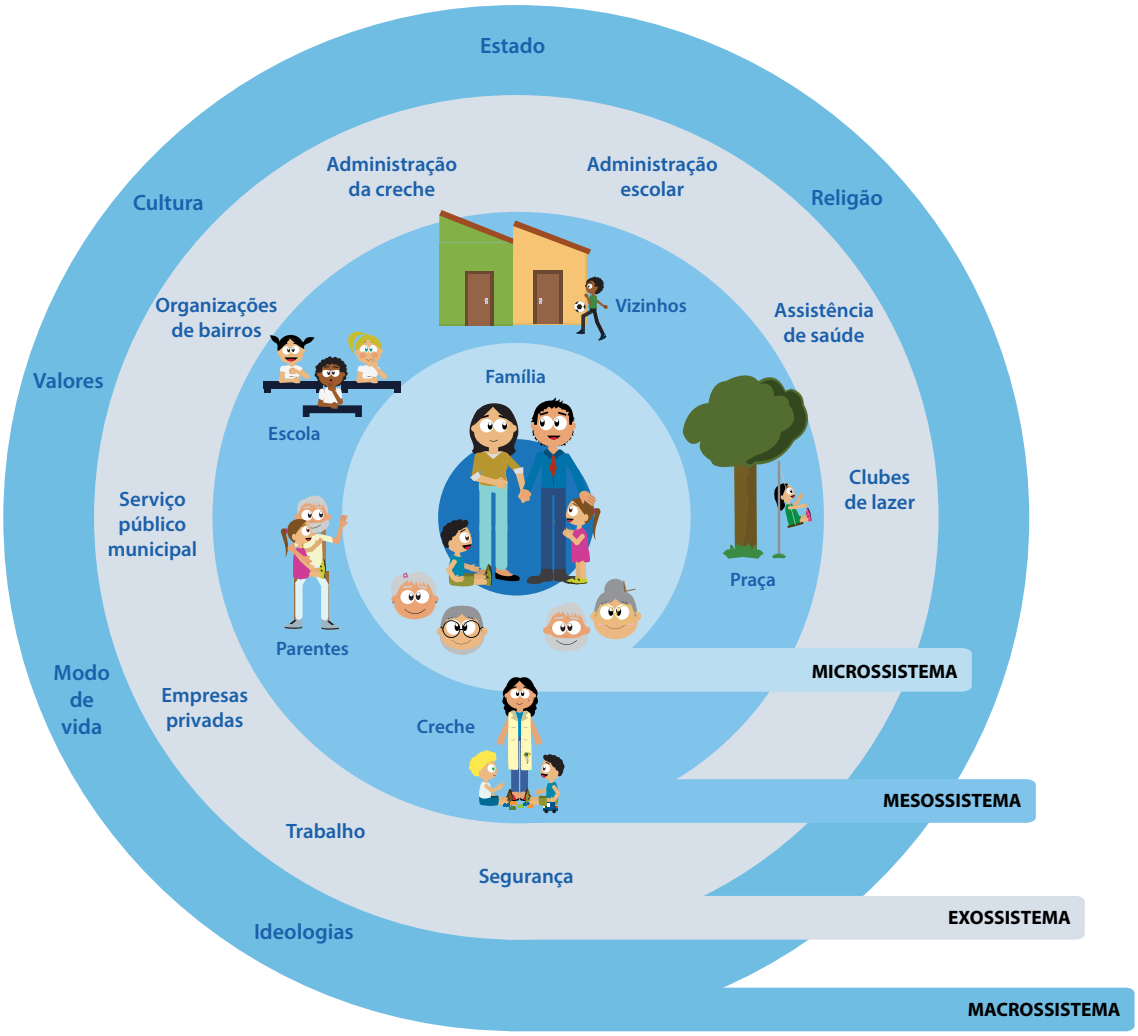
Vejamos a vida deste adolescente sob o prisma do modelo bioecológico.

1. **Processos proximais (interações relacionais):** existe harmonia na família. Costumam sair juntos, comunicação por meio de diálogo, pais simples mas têm valores sólidos, priorizam a cultura e o futuro dos filhos. A mãe tem consciência da importância do trabalho remunerado e participa do rendimento da família. Existe educação espiritual no sentido de valorizar uma postura religiosa e ética. Neco tem bom relacionamento com amigos, colegas, familiares e frequenta ambientes saudáveis.

2. **Pessoa:** Neco foi criado em um lar harmonioso, com valores sólidos e participação da família extensiva, o que influencia em suas atitudes. É um adolescente envolvido com a saúde (foi à unidade de saúde para avaliação de crescimento), tem projeto futuro de ser engenheiro, para isso está investindo nos estudos. Consegue desenvolver relacionamentos duráveis na família, na escola e nos outros ambientes em que transita. Absorve a cultura do esporte saudável, pratica futsal e vai torcer com a família pelo time de coração. Sabe aproveitar as oportunidades, fez jus à bolsa escolar que os pais se empenharam em conseguir. É um adolescente que absorveu a cultura contemporânea, mas preserva os valores familiares.
3. **Contexto:** o microambiente dele é constituído por família nuclear funcional, e ele frequenta outros espaços igualmente saudáveis. Mesossistema: tem articulação com família extensiva (avó e tias), acesso a sistema de saúde, escola, lazer e igreja. O pai está empregado, a mãe tem atividade economicamente produtiva, embora trabalhe no ambiente doméstico. Exossistema – pode-se identificar políticas públicas na existência do atendimento a adolescentes na unidade de saúde, no clube do bairro (rede de apoio social). Macrossistema – Neco tem hábitos culturais de seu ambiente, mas também sofre influência de modismos contemporâneos (gosta de funk, aventuras com vampiros, de "ficar"); mora no Brasil, país com muitos conflitos internos, explosão da violência urbana, porém que não está em guerra com outras nações, apresenta crescimento nas políticas sociais, econômicas, maior consciência da cidadania e está em maior evidência para as políticas do exterior. Esse item está representado na Figura 10.
4. **Tempo:** embora não haja detalhes da historicidade de Neco desde o nascimento, depreende-se que suas relações afetivas familiares são duradoras e saudáveis, alicerce para a estrutura de personalidade. Esse modelo relacional se repete nas interações relacionais nos diversos setores por onde ele transita. Há investimento no presente que repercutirá em futuro promissor, com a possibilidade de tornar-se engenheiro da Aeronáutica, seu grande sonho. Neco é um bom exemplo de que, mesmo em condições mais simples, pode-se construir equilibrado desenvolvimento pessoal e social.

Após compreendermos o desenvolvimento neurobiológico e a importância do ambiente bioecológico nos estilos de vida, podemos aprofundar nosso tema e conhecer as singularidades de comportamento dos adolescentes.

**Figura 10 –** Configurações do elemento Contexto no Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner




**Fonte:** (UNA-SUS UFPE, 2013).

## 2.3 Síndrome da adolescência normal

O processo do adolescer, as mudanças impostas ao corpo e à mente e o nível de conscientização sobre tais transformações impulsionam o adolescente a também apresentar modificações comportamentais. Recente estudo nacional indica que as moças têm maior conhecimento acerca das modificações pubertárias e mencionaram que a menstruação foi o fenômeno que mais lhes causou perturbação; a maioria dos participantes (82%) apontou sentimentos ora de tristeza ora de alegria como as principais alterações psíquicas ocorridas nessa fase (CIAMPO; CIAMPO, 2010).

Nos anos de 1970, Arminda Aberastury, psicanalista argentina, e Maurício Knobel, psiquiatra e psicanalista brasileiro, reuniram as peculiaridades do compor-

tamento dos jovens e as denominaram de Síndrome da Adolescência Normal. Classificaram de síndrome porque as condutas seriam consideradas patológicas em outras fases de vida, mas esperadas no adolescente. O título foi bem aceito, sendo utilizado até os dias atuais (ABERASTURY; KNOBEL, 2005).

Aberastury e Knobel (2005) constatando as significativas mudanças na interação família-indivíduo-sociedade, houve atualização dos itens e sintomatologia. A seguir, veremos os dez itens da Síndrome conforme preconizaram os autores, sendo mantidas entre parênteses as denominações anteriores, apenas a título de conhecimento histórico (ABERASTURY; KNOBEL, 2005).

1. **Elaboração dos lutos característicos da fase (busca de si mesmo e da identidade):** de acordo com Aberastury e Knobel (1970), o adolescente precisa elaborar três lutos simbólicos: luto pelo corpo de criança, pela identidade e papel infantil e luto pelos pais da infância. O vagaroso processo de autoconhecimento e de reestruturação da identidade, denominado de busca de si mesmo e da identidade adulta, só é possível com a elaboração desses lutos. A descrição detalhada sobre cada um desses processos de luto (simbólico) encontra-se no Quadro 5.
2. **Necessidade de integrar-se a grupos de coetâneos (tendência grupal):** a busca de individualidade faz o adolescente deslocar o sentimento de dependência dos pais para os amigos. Nesse momento, o jovem pertence mais ao grupo de companheiros – saudáveis ou não – do que à família. Pertencer a um grupo leva ao sentimento de ser, pelas intensas identificações de uns com outros. As identificações revelam-se na repetição das vestes, nas formas de comunicar-se, nas gírias e preferências musicais, no uso de piercings, tatuagens e na conduta, muitas vezes violentas. No grupo, cada participante desempenha um papel – líder, seguidor, o engraçado, o bobo ou inteligente – o que funciona como exercícios para alcançar a identidade adulta.

**Quadro 5 –** Lutos simbólicos da adolescência com processos, sentimentos e reações de defesa

| Luto simbólico | Processo | Sentimentos e reações de defesa |
|---|---|---|
| 1. Pelo corpo infantil | Passividade diante das mudanças do corpo de criança, quer o adolescente aceite ou não. | Impotência por não controlar essa realidade e outros fatos da vida.<br>Defesa: mecanismo psíquico do ***manejo onipotente das ideias ou pensamento mágico.***<br>Evidência clínica: desejo de reformar o mundo, busca de desafios, exposição a perigos e pensamento de que nada o atinge, crença em sua imortalidade (negação da morte) ou na daqueles que lhe são caros. |

(continua)

| | | |
|---|---|---|
| 2. Perda dos pais da infância | Nova percepção dos genitores, causando a perda da sua imagem de heróis. | Sentimentos contraditórios: querer e não querer ser independente; ódio, culpa, amor e reparação pelos pais e outros adultos. Defesa: distanciamento da família, refugiar-se no quarto, projetar as imagens idealizadas dos pais em professores, em amigos próximos ou pais desses amigos, em atletas ou artistas. |
| 3. Identidade e papel infantil | O adolescente não pode permanecer com os mimos e benefícios da infância, porém não tem ainda a independência plena. | Sentimentos de impotência e raiva. Defesa: nega-se a cumprir tarefas, delegando boa parte das obrigações a outros, especialmente aos pais, fato geralmente interpretado pelos adultos como irresponsabilidade. |

**Fonte:** (ABERASTURY e KNOBEL, 1970, adaptado).

3. **Fantasiar a saída do presente com o imaginário (necessidade de intelectualizar e fantasiar):** utilizar a imaginação é uma das mais típicas condutas de adolescentes, outra defesa às perdas simbólicas. Funciona como reajuste emocional, uma vez que o jovem em pensamento se transporta, levando-o à sensação, imaginária, de que pode controlar as situações. Isso se manifesta em devaneios e também na forma intelectualizada das conversas filosóficas sobre princípios éticos, problemas sociais e políticos, permitindo teorizar sobre reformas que deveriam acontecer para a melhora do mundo. Nesses momentos, o jovem exerce o poder de sua criatividade em projetos e sonhos com os quais adultos muitas vezes se frustram, pelo medo do novo. A intelectualização e o devaneio precisam ser bem compreendidos, pois são mecanismos psíquicos que impulsionam a cultura e modificam comportamentos, o que pode contribuir para a evolução humana.
4. **Questionamento crítico das religiões, especialmente da religião dos pais, e da religiosidade em geral (crises religiosas):** o adolescente pode apresentar atitudes tanto de negação quanto de exaltação a crenças e religiosidade, o que revela a situação mutável de seu mundo interno, muitas vezes guiada pelo fanatismo, com atitudes extremas muitas vezes relacionadas ao terrorismo. Assim, o jovem tanto pode transitar por diferentes religiosidades – católica, evangélica, espírita, espiritualista, dentre outras – quanto ser indiferente ou tornar-se bastante crítico, principalmente em se tratando da religião dos pais.
5. **Distemporalidade (deslocalização temporal):** na adolescência, há certa desorientação temporal, em que urgências são enormes ou prorrogações descabidas. Dependendo do interesse e da necessidade, as tarefas ou diversões podem existir num permanente "mais tarde vai dar tempo", como se o adolescente fosse detentor do poder de manipular as horas. A real dimensão temporal vai sendo adquirida lentamente, o presente e futuro assimilados e usados para melhor distribuição de deveres e lazer.

6. **Desenvolvimento da sexualidade: do autoerotismo à genitalidade. Identidade sexual definida (evolução sexual desde o autoerotismo até a heterossexualidade):** a aceitação da genitalidade é de certa forma imposta pelas mudanças pubertárias, culminando com a menarca ou a ejaculação espontânea, fatos que dercam a possibilidade de procriação. Ao aceitar a genitalidade, o adolescente também está abrindo mão da bissexualidade que tinha na infância, pois caminhará para a definição da sexualidade.

   Assim, há evolução desde o autoerotismo (atividades masturbatórias) até a genitalidade, esta exercida inicialmente por meio de contatos exploratórios e tímidos – jogos eróticos, toques de conteúdo exploratório de si mesmo e do outro. Nessa fase, pode haver experiências com pessoas do mesmo sexo, muitas vezes em forma de amizade especial ou em grupos constituídos apenas de rapazes ou de moças. A esse tipo de comportamento dá-se o nome de pseudo-homossexualismo, uma vez que não significa a cristalização do homoerotismo, mas apenas experiências esporádicas até o amadurecimento heterossexual.

7. **Agressividade, violência, condutas sadomasoquistas, com ou sem reivindicações sociais (atitude social reivindicatória):** muito da realidade frustrante na sociedade contemporânea vai ao encontro dos pensamentos onipotentes do jovem, que se põe a idealizar uma sociedade mais justa. Daí surgem os grandes movimentos sociais, que muitas vezes mudam o curso da humanidade. De outra forma, nem sempre o componente agressivo inerente à personalidade do jovem está sendo canalizado para reivindicar melhora do mundo, mas, sim, usado em comportamentos onde imperam o domínio emocional ou físico e a energia destruidora de uns sobre outros.

   Em grande parte, isso é consequência do aumento da violência com proliferação de comportamentos negativos para indivíduos em formação. O adolescente, quando em ambiente onde impera a miséria ou o ganho econômico por atividades ilegais (tráfico de drogas, formação de quadrilha) e não dispondo de bons modelos de identificação, não visualizando outras possibilidades ou mesmo em nome de suas reivindicações, termina dando vazão à agressividade que carrega em seu âmago.

8. **Contradições frequentes nas manifestações da conduta / interjogos internos e externos de amor-ódio (contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta):** o comportamento do adolescente está dominado pela ação, forma mais comum de expressar os sentimentos. Isso decorre por ele não manter uma linha de conduta rígida, pois sua personalidade é permeável, havendo instabilidade necessária. Por isso, tem que lidar permanentemente com os impulsos de seu mundo interno, além de receber contínuas estimulações externas. Assim, fica configurado o comportamento instável que parece contraditório e, embora sejam as condutas as mais variáveis, são adequadas

a esse complexo momento evolutivo. Apenas o adolescente com desequilíbrio psíquico mostra uma conduta rígida, reflexo de seu estado patológico.

9. **Separação progressiva ou brusca dos pais e do grupo familiar (separação progressiva dos pais):** uma das tarefas básicas da adolescência é elaborar o luto pelos pais da infância. Para tanto, o jovem precisa separar-se deles, simbolicamente, adquirindo então identidade própria. Assim, pouco a pouco, ele busca fora da família outros modelos, deprecia os pais com atitudes ou opiniões, pois os percebe enquanto figuras exageradas e intolerantes.

   Com certa frequência, pode acontecer a separação brusca através de atuações que fazem o jovem romper de forma drástica com familiares, seja por uma escolha totalmente contrária aos genitores, ou por valores distintos dos familiares. Tome-se, por exemplo, a escolha de parceiro ou de amigos, abandono de projetos de vida ou mesmo sair de casa e tomar seu próprio rumo – viagens, casamentos inesperados.

   Portanto, a ambivalência dual, ou seja, as reações de ambas as partes, é fonte do conflito intergeracional, tão necessário para a evolução tanto dos filhos adolescentes quanto dos pais.

10. **Flutuações do estado de ânimo, do humor, com uma base de predomínio depressivo (constantes flutuações do humor e do estado de ânimo):** sentimentos de entristecimento e dor (substrato depressivo da adolescência) acompanham o processo de elaboração dos lutos, havendo também ansiedade. Conforme as flutuações desses sentimentos, o jovem apresenta rápidas modificações no estado de ânimo, variando de total entusiasmo a completo desânimo, irritabilidade e aborrecimento. Embora não sejam fáceis de suportar, especialmente para os genitores, tais variações de humor são reflexo dos mecanismos de elaboração emocional nesse período.

    Agora que já sabemos da Síndrome da Adolescência Normal, precisamos ampliar um pouco a visão dos comportamentos nessa fase, pois as características dessa Síndrome podem se alterar com o tempo e a cultura. Vejamos, por exemplo, as experiências amorosas na sociedade contemporânea: a sexualidade pode ser vivida de forma mais liberal, porém ainda mesclada de intensos desejos, medo e certa culpa. Tal fato está na dependência de os jovens haverem recebido informações seguras, do tipo de educação familiar ou repressão, da influência da mídia e dos amigos.

    É fato que os adolescentes vivenciam suas experiências amorosas de acordo com as gerações. No Brasil, a partir da década de 80, passou a consolidar-se um novo código de relacionamento, o ficar. Considerado natural pela maioria dos jovens, a principal característica é a busca de prazer sem o compromisso formal do namoro. O grau de envolvimento dos ficantes pode variar de uma simples troca de beijos e abraços até a relação sexual, sendo que esta não necessariamente ocorre – ao contrário do que muitos adultos pensam (ZAGURY, 2006).

Os motivos apontados para tal relacionamento são a maior aceitação de novos comportamentos, a busca em diminuir uma carência afetiva, de obter autoestima, especialmente se há aprovação do grupo, a curiosidade, e principalmente o aprendizado na interação com o sexo oposto. No ficar, é permitido tanto aos rapazes quanto às garotas tomar iniciativa, o que antes era considerado por muitos um ato vulgar para elas (CHAVES, 1997).

**Saiba +**

Zagury (2006), educadora e pesquisadora carioca, entrevistou mais de 900 adolescentes entre 14 e 18 anos de várias cidades brasileiras nos anos de 1990, utilizando um questionário com pouco mais de cem questões, entre as quais, O que você acha sobre o ficar?
Mais da metade dos participantes (56%) achou que era válido desde que a pessoa não estivesse namorando; 21% achavam válido em qualquer situação e 18,6% achavam falta de respeito.
Saber como está hoje a opinião dos adolescentes, dos pais e dos profissionais de sua unidade de saúde sobre esse tema é uma forma de atualizar o comportamento de todos nesse aspecto. Que tal você tentar?

Outra importante questão, também relacionada à sexualidade nessa fase, é que precisamos compreender a orientação sexual homoafetiva, diferenciá-la do pseudo-homossexualismo, para esclarecer os adolescentes confusos e angustiados. Muitos são os atos de destrato, rejeição e humilhação por parte de pessoas que não compreendem ou não aceitam as diversidades no campo da sexualidade.

A homoafetividade geralmente é percebida com maior convicção pelo adolescente em fase precoce (entre 12 a 15 anos). Na continuidade do seu desenvolvimento, as experiências vão repetindo-se e, principalmente, o desejo mantém-se impelido a indivíduos do mesmo sexo, mostrando a cristalização da sexualidade mais tardiamente, em torno dos 18 anos ou mesmo após os 20 anos. De início, há quase sempre negação e atordoamento por parte do jovem, podendo levar anos para aceitar sua orientação sexual, muitas vezes quando já adulto.

Portanto, experiências fugazes, ainda que entre jovens do mesmo sexo, não devem ser interpretadas precocemente como orientação sexual definitiva. Lembremos ainda que uma das grandes causas de sofrimento para adolescentes que se percebem se direcionando ao campo homoafetivo é o preconceito da própria família e da sociedade, a homofobia, infelizmente ainda disseminada.

**Saiba +**

Para maior compreensão sobre o desenvolvimento psicossexual na adolescência, convidamos você a ler o texto de Stella Taquette, disponível nas páginas 205 a 211 do link: <*http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf*> (TAQUETTE, 2008).

É indiscutível que a existência de adolescentes causa mais ou menos repercussões na dinâmica da família. Os pais não conseguem compreender ou aceitar novos comportamentos, em geral estão na meia-idade, período crítico de redefinições e conflitos existenciais. Essa situação desperta mecanismos de defesa nos adultos que revivem, em parte de forma inconsciente, os próprios conflitos da juventude, tendem a avaliar o próprio desempenho na vida e a refletir sobre o futuro que um dia tiveram, como então acontece com o jovem filho (LEVISKI, 2001).

Na prática, observamos com frequência as seguintes características comportamentais nos pais de adolescentes: sentimento de perda do filho-criança (como se houvesse perda dos laços vinculares com a própria infância); dificuldade em permitir a independização do jovem; insegurança ou falha em impor limites necessários; ressentimentos de impotência por sentir-se rejeitado ou depreciado pelo filho; ansiedades ou conflitos em aceitar a sexualidade amadurecida do filho, principalmente o pai com relação à filha, ou se percebe algum dos filhos no campo da homoafetividade (FERNANDES, 2008).

Porém, não podemos generalizar de forma absoluta. Existem pais que conseguem adaptar-se à situação, que sabem lidar com flexibilidade e acordos sem, no entanto, abrir mão da liberdade vigiada, do respeito mútuo e dos deveres de seus adolescentes. (FERNANDES, 2008).

Outro ponto merecedor de debates é a existência da tecnologia. O uso de smartphones, tablets, e-readers, o acesso a portais nacionais e internacionais, a participação em redes sociais ou sites de comunicação (Facebook, Twitter), plataforma de blogging (Tumblr) possibilitam ao adolescente estar em conexão com um centilhão de informações e influências, inclusive em tempo real. Toda essa tecnologia atinge o comportamento dos jovens, de forma positiva ou não. Além disso, tal comportamento passa a fazer parte da cultura pós-moderna. São falas de adolescentes: "Não dá para viver sem internet. (...) É um movimento eficiente de comunicação, dá uma amplitude muito maior" (PORTAL R7 NOTÍCIAS, 2012).

**Saiba +**

Você pode conhecer uma recente pesquisa (2013) sobre a relação dos adolescentes com a internet acessando o link <*http://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/tic-kids-online-2013.pdf*> (TIC..., 2014).

Precisamos ainda falar sobre a tênue linha entre comportamentos próprios da fase e os anômalos. Indica a necessidade de ajuda especializada a presença de: frieza e indiferença intensas para com familiares; predomínio de agressividade e impulsividade dificultando a vida social e escolar; consumo cada vez mais frequente de drogas, incluindo álcool, especialmente quando isoladamente de amigos e interferindo nas atividades rotineiras; automutilação, irritabilidade, desinteresse por atividades antes preferidas, exposição a riscos intensos ou repetidos (acidentes,

esportes radicais sem o devido preparo); direção de veículos e outros transportes sem habilitação ou antes da maioridade; destruição de patrimônio, maus-tratos a animais, tentativa de suicídio, fuga de casa, comportamento infrator.

## 2.4 Término da adolescência

Embora não exista um ponto exato para definir o final da adolescência, alguns itens podem ser utilizados enquanto referenciais (OUTEIRAL, 2003): independência psicológica dos pais (processo de separação e individuação elaborado), estabelecimento de identidade estável; escolha profissional e preparo para o engajamento no mercado de trabalho; desenvolvimento de um sistema pessoal de valores éticos e morais; capacidade para vivenciar relações duradouras com envolvimento afetivo e maturidade sexual, o que permitirá a formação do próprio núcleo familiar; relacionamento com os pais de forma equacionada, porém mantendo a hierarquia da geração.

# 3 Imunizações do adolescente e do jovem

Um dos grandes avanços na saúde tem sido a descoberta de como evitar doenças infecciosas, não apenas pela aplicação de imunobiológicos que levam à estimulação de anticorpos, como também pela mudança de comportamentos de risco para estilos de vida mais protetores.

Apesar disso, ainda é elevado o número de adolescentes susceptíveis a inúmeras patologias evitáveis. O motivo de tal situação é que muitos jovens vêm da infância com esquema vacinal incompleto. Eles constituem grupo de alto risco para acidentes e não há estratégias especialmente direcionadas a esse público, que tem relativa autonomia e geralmente se recusa a receber vacinas injetáveis.

O objetivo deste capítulo é abordar as vacinas que compõem o esquema preconizado oficialmente no Brasil, por meio do Ministério da Saúde.

## 3.1 Calendário vacinal do Programa Nacional de Imunizações (PNI)

O programa preconiza a imunização de adolescentes que não tiveram a cobertura vacinal adequada na infância e o reforço das vacinas que precisam reativar o sistema imunológico periodicamente. Essas vacinas guardam as mesmas características das utilizadas na infância quanto à natureza, forma de acondicionamento, aplicação e rede de frios (se necessário, reveja os conteúdos da disciplina Saúde da Criança).

Nesse sentido, os adolescentes devem estar com imunidade vacinal para difteria e tétano (dT tipo adulto), vacina acelular contra difteria, tétano e coqueluche (dTpa) no caso de adolescentes gestantes, hepatite B, tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), papiloma vírus humano (HPV) e para febre amarela nas áreas recomendadas, em geral o Norte e Centro-oeste do país. O Quadro 6 especifica essas vacinas, as doses e o intervalo entre elas.

**Quadro 6 –** Calendário Nacional de Vacinação do adolescente (10 a 19 anos de idade) - Ministério da Saúde

| Vacina | Esquema de vacinação |
|---|---|
| Hepatite B[1,2,3] | 3 doses, a depender da situação vacinal anterior. |
| Febre amarela[4] | 1 dose, um reforço a cada 10 anos. |
| Tríplice viral[1,2,3] | 2 doses, a depender da situação vacinal anterior. |
| Dupla adulto (difteria e tétano)[3] | Reforço a cada 10 anos. |
| dTpa (gestante)[5] | 1 dose a partir da 27ª semana. |
| HPV[6] | 3 doses. |

**(1)** Em adolescentes que receberam uma dose da vacina antes de completar 5 anos de idade, deve-se administrar uma única dose de reforço, com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.

**(2)** Em adolescentes que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação (depois dos 5 anos de idade), deve-se administrar a primeira dose da vacina e, 10 anos depois, uma dose de reforço.

**(3)** Em adolescentes com documentação de esquema completo de vacina, não administrar nenhuma dose.

**(4)** Indicada para adolescentes residentes ou viajantes em áreas endêmicas, áreas de risco potencial e áreas de transição. Em caso de viagens, a vacinação deve ser realizada 10 dias antes da viagem. Recomendamos que você leia as informações adicionais disponíveis no link: <*http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/427-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/febre-amarela/l1-febre-amarela/10771-vacinacao-febre-amarela*> (BRASIL, 2014b).

Em caso de esquema incompleto, completar com um total de três doses, considerando as doses anteriores com intervalo preconizado de 60 dias entre as doses.

Adolescentes grávidas: na comprovação de três doses da vacina com componente tetânico, administrar reforço (em qualquer período gestacional, sendo a última dose administrada pelo menos 20 dias antes da data provável de parto) apenas se a última dose foi feita há mais de cinco anos.

**(5)** O esquema recomendado da vacina tipo dTpa em gestantes é uma dose a cada gestação e a administração depende da idade gestacional e da situação vacinal da gestante. Preferencialmente, a dTpa deve ser aplicada a partir da 27ª até a 36ª semana de gestação. Pode ser administrada até 20 dias antes da data provável do parto, mas é importante vacinar o mais precocemente possível a partir da 27ª semana de gestação, para a proteção da gestante e do recém-nascido em caso de parto prematuro. As gestantes que residem em áreas de difícil acesso poderão ser vacinadas a partir da 20ª semana de gestação.

**(6)** Esquema: dose inicial, 2ª dose 6 meses após a primeira e 3ª dose 60 meses após a primeira dose.
Público: 2014: 11 a 13 anos de idade | 2015: 9 a 11 anos de idade | 2016: 9 anos de idade.

**Fonte:** (BRASIL, 2014a, adaptado).

## Atenção!

É importante que você verifique, na Secretaria Municipal de Saúde ou no site do Ministério da Saúde, as possíveis atualizações no Calendário Nacional da Vacinação.

A Sociedade Brasileira de Pediatria também dispõe de um Calendário Vacinal, que amplia a proteção com outros imunobiológicos. Clique **aqui** para acessar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, c2015).

Recomendamos que nas atividades didáticas do curso e vinculadas ao SUS você use como referência o calendário do Ministério da Saúde.

## 3.2 Informações sobre a Vacina Papilomavírus Humano (HPV)

O Papilomavírus Humano é o agente infeccioso responsável pelo condiloma acuminado (verrugas genitais), lesões pré-cancerosas em colo do útero, vulva e vagina, bem como por casos de câncer de pênis e em região anal em homens (relacionamentos homoafetivos). O risco de contágio é elevado (até 80%), mas o vírus pode permanecer anos sem manifestação visível. O câncer pode levar entre dez a 20 anos para se desenvolver. Entre as centenas de sorotipos do HPV, os que causam tais lesões são as cepas 6, 11, 16 e 18 (WHO, 2005).

Por ser o condiloma uma das infecções sexualmente transmissíveis, a melhor época da vacinação é antes da iniciação sexual, embora quem já tem essa atividade não esteja impedido de receber o imunobiológico.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) havia licenciado a vacina em 2008 para o sexo feminino. Recentemente, essa Agência liberou o imunobiológico para o sexo masculino, tomando por base um estudo em mais de quatro mil homens de 18 países, incluindo o Brasil, que comprovou a redução de 90% das lesões genitais. O estudo foi publicado em 2011 no *New England Journal of Medicine* (GIULIANO et al, 2011).

Em março de 2014 o Ministério da Saúde lançou a Campanha de Vacinação contra o HPV. O principal objetivo da vacinação contra o HPV, no Brasil, é a prevenção do câncer do colo do útero e de verrugas genitais, refletindo na redução da incidência e da mortalidade por essa enfermidade.

O Ministério da Saúde disponibiliza na rede pública apenas a vacina quadrivalente, que atua nos tipos 6, 11, 16, 18, cujo esquema é de três doses em intervalos de 0, 6 e 60 meses. Em esquema de campanha, a população-alvo serão as meninas que em 2014 têm 11, 12 e 13 anos de idade; em 2015 têm 9, 10 e 11 anos de idade e em 2016 apenas as com 9 anos de idade. Os meninos não serão incluídos nas ações de vacinação, pois vacinando as meninas espera-se também a redução da transmissão de vírus HPV nos homens (BRASIL, 2013).

Mesmo com o esquema vacinal para HPV, os jovens devem manter o uso de preservativo para prevenção de IST / AIDS (e também de gravidez), que não têm proteção com a vacina.

**Saiba +**

Para aprofundar seus estudos sobre o assunto, conheça o curso ofertado pela UNA-SUS UFPE intitulado Capacitação – Vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV), que tem como objetivo capacitar médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, atuantes na Campanha de Vacinação contra o HPV em todo o Brasil. O curso está disponível no link <*http://sabertecnologias.com.br/?page_id=892*>.

# 4 Violência contra adolescentes e jovens

## 4.1 Causalidade e modelo bioecológico da violência

Em nosso país, a violência é um problema de saúde tão grave que é a principal causa de morte de crianças e adolescentes a partir dos cinco anos de idade. Porém, atos violentos ocorrem em todos os países dos cinco continentes. Percebemos, portanto, o quanto é necessário conhecer os indicadores de violência para o setor saúde, a fim de combater esse problema tão devastador.

No Relatório Mundial sobre Violência e Saúde em Bruxelas, em outubro de 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou a violência como um dos cinco problemas de saúde pública mundial. Nessa ocasião, a OMS definiu como violência o uso intencional de força física ou de poder, por ameaça ou por realização de fato, ou ainda a omissão de cuidados, cometido por responsáveis ou estranhos.

Em consequência, surgem transtornos psicológicos, ferimentos, mal desenvolvimento e até a morte. Tais situações implicam transgressão do dever de proteção e coisificação, ou seja, a vítima é manipulada ao bel prazer do agressor, como se fosse um objeto, sendo esquecidos os Direitos Humanos.

A violência é um comportamento aprendido, multifatorial, sendo explicada pela OMS por um modelo ecológico, que considera os fatores de risco relacionados às características individuais do agressor e da vítima, à história familiar, a questões sociohistóricas e culturais. Esses fatores atuam em interjogo, seus elementos formam uma rede que aprisiona a vítima, como veremos a seguir.

**Condições associadas ao agressor:**
Abuso de drogas, especialmente álcool e crack pela alta prevalência, transtornos psicológicos ou psiquiátricos.

**Condições relacionadas à vítima:**
Filho não desejado ou que exige cuidados extras – foi prematuro, tem doença neurológica ou crônica, deficiência intelectual, distúrbios psicológicos.
Qualquer expectativa frustrada em relação ao filho.

**Fatores de risco familiares:**
Pais imaturos, usuários de drogas, portadores de doença psiquiátrica.
Gravidez não programada; família uniparental ou substituta, prole numerosa.
Histórico de agressividade entre os pais.

**Fatores associados ao ambiente:**
Pobreza extrema (relacionada especialmente a abuso físico e negligência);
Desigualdade socioeconômica (ou violência estrutural);
Marginalidade, desemprego, analfabetismo;
Impunidade dos agressores;
Naturalização da violência – atitude cultural ou historicamente aceita, por exemplo, utilizar tapas ou bater com objetos, castigos excessivos, trancar em quartos ou armários; exposição na mídia.

## 4.1.1 Tipologia da violência

Existem variadas classificações, porém adotaremos a da OMS, que considera como principais as violências de ordem emocional, física, sexual e por negligência, sendo esta o tipo mais diagnosticado no Brasil.

Considera-se **violência emocional** o ato de ameaçar, humilhar, isolar de amigos ou familiares ou gritar com pessoa vulnerável. Ocorre nas famílias cujos componentes não aprenderam a comunicar-se ou a educar por meio do diálogo.

**Negligência** é a omissão de cuidados para a sobrevida de alguém – na alimentação, na saúde, na educação formal e até nos cuidados afetivos (rejeição).

A **agressão física**, mais fácil de ser identificada, é definida por atos de brutalidade, seja diretamente com o corpo, seja utilizando armas ou objetos. Destacam-se os espancamentos, a tortura e lesões infringidas por castigos físicos (lembramos que na infância há a Síndrome do Bebê Sacudido – Shaken Baby Syndrome).

**Violência ou abuso sexual** é qualquer ato de cunho sexual ou erótico de uma pessoa com desenvolvimento mais adiantado que a vítima, podendo ser um adulto ou mesmo outro adolescente, que se impõe por ameaça ou por sedução, para obter de satisfação pessoal própria ou de terceiros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001).

O primeiro registro de violação sexual data de 1864, de Mary Ellen Wilson, garota de oito anos que sofreu um plural de violências na família adotiva, de Nova York, Estados Unidos. Ela era espancada diariamente, amarrada com correntes à cama, vivia em prisão domiciliar – não lhe permitiam sair à rua nem chegar à janela – além de ser violentada pelo padrasto. Nessa época, não havia leis que protegessem as crianças e Mary Ellen foi salva graças ao empenho de uma assistente social que conseguiu a intervenção da Sociedade de Proteção aos Animais, já existente naquele país (SHELMAN; LAZORITZ, 2012).

Na verdade, o abuso sexual ocorre em todas as classes sociais, envolve pessoas de todas as profissões, perpassa pela questão de gênero, sendo bem mais comum

no sexo feminino. Essa violação também pode ser causada por adolescente (20% dos casos), mas cabe distinguir dos jogos sexuais próprios da idade – contatos entre pré-púberes ou adolescentes jovens de mesma faixa etária, que praticam toques ou exibicionismo sem coerção.

**Atenção!**

É importante relembrar a definição atual de estupro: qualquer ato libidinoso ou conjunção carnal mediante constrangimento, uso de violência, grave ameaça ou sedução (vítima igual ou menor de 14 anos). Incluem-se desde carícias e manipulação dos órgãos genitais, a coito oral, anal ou vaginal.

As várias circunstâncias de cada tipo de violência estão descritas no Quadro 8. Vamos tecer alguns comentários importantes sobre tais situações.

**Negligência –** o tipo mais comum nos registros, na forma extrema há abandono da vítima, sem capacidade de se prover os cuidados necessários e sem a proteção devida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001).

**Quadro 7 –** Situações de violência descritas conforme a tipologia

| Tipo de violência | Situação identificada | Observações |
|---|---|---|
| **Emocional** | Negligência | Omissão aos cuidados básicos – higiene precária, privação de cuidados à saúde; ausência de proteção ao frio e ao calor; privação de afeto e atenção; descaso para com a frequência à escola. |
| | Síndrome de *Münchausen* por procuração | Simulação ou provocação de doença no filho, que passa a ser investigado mediante consultas, exames e até internações desnecessárias. |
| | Alienação parental | Tentativa de impedir o convívio do filho com o outro dos genitores, então separados, por competição ou indução à percepção negativa da vítima em relação ao genitor afastado (alienado). |
| **Física** | Maus tratos ou espancamento | Ferimentos induzidos por agressão com a força muscular – socos, tapas, chutes – ou utilização de objetos. |
| **Sexual** | Obtenção de prazer erótico por meio de ameaça ou sedução | Subtipos: estupro, voyeurismo (ficar observando a intimidade em banheiro, troca de roupas), exploração sexual, pornografia, obscenidades (por gesticulação ou palavras de baixo calão) e fotografias. |

**Fonte:** (A autora, 2013).

**Síndrome de *Münchausen* por procuração –** a mãe, ou responsável, portadora de problemas emocionais, busca atenção e simula quadros que alterem o aspecto de saúde do filho. Por exemplo, muda a cor da urina ou fezes, simula hemorragia nos ouvidos, ou secretamente oferece medicamentos. Quando diante do profissional, ela afirma que o filho apresenta dores recorrentes ou febre, diarreia e outros, nunca revelados ao exame clínico ou por exames complementares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001). Uma vez identificada a farsa, a vítima precisa de proteção (ficar sob cuidados de outros parentes ou de instituições), e a mãe é enviada para acompanhamento com psiquiatra e psicoterapia.

**Saiba +**

**Livros**

A quem deseja ler sobre a *Síndrome de Münchausen por procuração*, recomendamos o livro autobiográfico *Eu não sou doente*, de Julie Gregory, Editora ARX, 2004. A autora relata os desmandos por que passou na infância e adolescência sob a tutela de uma mãe problemática (GREGORY, 2004).

**Alienação parental –** foi descrita por Richard Gardner em 1985, acontece por desequilíbrio emocional do provocador, pai ou mãe, que emite mensagens de reprovação acerca do outro genitor ou relata falsos acontecimentos, levando o filho a aceitar como verdadeiro tudo que lhe é informado e a permanecer alienado desse genitor, constituindo-se verdadeira "morte afetiva".

**Maus tratos ou espancamento –** podem ser utilizados os mais diversos objetos na agressão: fios elétricos, galhos de árvores, sapatos, dedos (tapas), ferro elétrico, moedas ferventes; ficando a marca na região acometida: queimaduras, equimoses, mordeduras, alopécia traumática. Os sinais aparecem sobretudo na pele e mucosas, podendo também aparecer em ossos (fraturas e calos de cicatrização), sistema nervoso central (perda de consciência, hemorragias), genitália e, por fim, estruturas torácicas e abdominais (hemorragia nas vísceras).

**Violência sexual –** lembremos que, à exceção do estupro, essa violação pode mascarar a agressão explícita pelo uso da sedução, principalmente nos atos incestuosos.

## 4.1.2 Os algozes de adolescentes e jovens

Em geral, os agressores são pessoas muito próximas, consanguíneas ou com algum laço afetivo com a vítima ou sua família, desde genitores a outro cuidador. Essas pessoas são portadoras de transtornos, mesmo que socialmente não aparentem, como sociopatia, transtornos de personalidade, abuso de drogas, especialmente álcool e crack.

Nas situações de violência física, a autora mais frequente é a mãe, embora os casos mais graves sejam perpetrados pela figura paterna (pai ou padrasto); nos abusos sexuais, os autores geralmente são homens, sendo em cerca de 90% dos casos o pai ou companheiro da mãe, porém outros familiares ou qualquer pessoa que tenha ou não proximidade com a vítima pode ser autor. Na nossa experiência atendendo vítimas dessa violação, os autores sexuais foram pai ou padrasto (mais comuns), avô, irmão, vizinho, padrinho, amigo dos pais, professor, padre, médico, motorista de transporte escolar, outro adolescente e mãe (dois casos).

Sobre a violência sexual, ainda precisamos saber que:

» É comum que o agressor revelado negue sua participação ou até acuse a vítima de sedução. Ainda que uma criança ou adolescente demonstre curiosidade, interesse ou aproximação pelo corpo do adulto, ou ainda utilize o jogo da sedução, é responsabilidade do mais velho – o adulto – impor limites. Os sujeitos em formação ainda não têm condições de avaliar as consequências dessa aproximação nem de se impor, pela questão da coerção psicológica (FURNISS, 2002).

» Alguma forma de violência houve na vida do abusador, seja como vítima ou como testemunha (geralmente intrafamiliar e não necessariamente sexual). Os meninos tendem a incorporar, por identificação com o agressor, o comportamento violento com mais frequência que meninas, mantendo o ciclo abusivo por gerações (transmissão transgeracional de comportamento) (SATTLER, 2011).

» O agressor sexual é extremamente dissimulado e sabe da importância da imagem que transmite, utilizando-a inclusive para aproximar-se das vítimas. Portanto, seu comportamento social, a profissão, a conduta pública exemplar não são critérios para afastar a suspeita ou desacreditar da vítima (SATTLER, 2011).

» Pesquisa mais recente demonstra que na maior parte dos casos a mãe desconhece do abuso, pois geralmente ocorre em sua ausência e, ao tomar conhecimento, recorre a alguma ajuda, após um período variável de dúvida (SALTER, 2009).

» Embora em bem menor proporção, mulheres podem ser agressoras sexuais. Em geral, são portadoras de transtornos, desenvolvem comportamento sádico e não conseguem assumir o papel da maternidade. As que abusam de adolescentes romantizam o relacionamento, tornando-se amantes das vítimas, que geralmente têm metade de sua idade. Outras mulheres participam de abusos perpetrados pelo companheiro, de início para agradá-lo, depois porque terminam por sentir prazer com a infração (SALTER, 2009).

» As cifras de abusadores com psicose (sobretudo esquizofrenia) é muito baixa. (SATTLER, 2011). Portanto, o agressor sabe que sua atitude é execrável, criminosa e passível de penalidade.

**Saiba +**

**Sites**

Para aprofundar a leitura sobre Exploração Sexual, você pode adquirir o Mapeamento dos pontos vulneráveis à exploração sexual de crianças e adolescentes nas rodovias federais brasileiras: mapeamento 2013–2014, acessando o endereço <*http://www.childhood.org.br/wp-content/uploads/2015/11/Mapeamento_2013_2014.pdf*> (BRASIL, [20--?]).

## 4.1.3 Indícios da violência – quando suspeitar

Pode haver suspeita de agressão já na anamnese ou no decorrer do exame físico. É importante ressaltar que muitos dos sinais e sintomas indicativos são inespecíficos, inclusive as mudanças de comportamento, e podem ocorrer sem que haja violência. Portanto, é extremamente necessário contextualizar cada situação.

História não compatível com as lesões existentes, relatos discordantes entre os responsáveis ou depoimento espontâneo da vítima devem sempre merecer credibilidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001). Raramente a vítima simula ou inventa sobre o acontecimento, especialmente nos casos de abuso sexual. No Quadro 9, estão listados os indícios que norteiam a suspeita e o diagnóstico de violência contra pacientes pediátricos.

## 4.1.4 Repercussões – os danos às vítimas

Qualquer mau-trato, principalmente quando repetitivo, causa baixa autoestima, dificuldades nos relacionamentos sociais, transtornos psíquicos vários, quadros psicossomáticos, parada ou desaceleração do crescimento, baixo rendimento escolar; provoca ainda redução do desenvolvimento do hipocampo, região do cérebro relacionada às emoções, fato comprovado por ressonância magnética.

No caso de agressão sexual, as repercussões em muito se relacionam à duração do abuso – os atos incestuosos costumam ocorrer durante anos e são extremamente danosos; ao grau de proximidade com o abusador, havendo maior impacto quando este é pai ou padrasto, tio, avô, padrinho; à presença de danos físicos, surgimento de infecções sexualmente transmissíveis (IST) ou gravidez. A reação da família também influi, sendo positiva quando há crédito na revelação, busca de cuidados médicos, psicológicos e providências jurídicas.

A violação sexual induz ao isolamento, à agressividade, ao medo, à ansiedade, à depressão, aos sentimentos de raiva, vergonha e culpa, ao transtorno do pânico ou de estresse pós-traumático, a alterações do sono, à enurese noturna, à tendência à revitimização (inclusive sexual), ao comportamento sexual desa-

justado com incapacidade de atingir orgasmo, à redução de desejo ou à aversão sexual, à dispareunia (dor às relações sexuais), à homossexualidade feminina, à prostituição, a condutas automutiladoras (ferir-se) e autoaniquiladoras, como abuso de drogas, fuga do lar, tentativa e êxito suicida.

**Quadro 8 –** Sinais e sintomas de suspeita ou confirmação de violência

| Tipo de violência | Sinais e sintomas |
|---|---|
| **Emocional ou em qualquer tipo** | Medos constantes; cuidado ou preocupação em não desagradar o adulto; agressividade; relutância em voltar para casa; baixo rendimento escolar; marcas nos lábios (decorrente da vítima se morder por medo, dor ou ameaças). |
| **Síndrome de Münchausen por procuração** | Sintomas não se encaixam em nenhuma doença ou agravo; relato de melhora ao chegar ao hospital e piora em casa; genitor/a muito solícito/a; exame físico e exames complementares sem alterações. |
| **Alienação parental** | Julgamento negativo contra o ex-cônjuge diante dos filhos; dificultar o exercício da autoridade parental; omitir informações escolares e médicas ou alteração de endereço; exagerar em adoecimentos do filho ao retornar das visitas com o/a genitor/a; solicitar repetidos atestados de doença para evitar o contato do filho em visitas com o/a genitor/a. Falsa denúncia de abuso sexual. |
| **Negligência** | Atraso na busca de cuidados à saúde sem causa justificável; indiferença física ou afetiva; higiene e nutrição precárias; abandono mesmo que apenas por horas; falta de adequada supervisão escolar e das atividades do adolescente; doença crônica sem tratamento. |
| **Violência física (espancamento ou maus-tratos)** | Equimoses em locais relativamente protegidos: braços, faces mediais e posteriores das coxas, mãos, orelhas, pescoço, genitália e regiões glúteas; equimoses extensas ou dispersas e em diferentes fases de resolução (coloração variada); relato de acidentes repetidos; fraturas ou hematoma subperiostal em diferentes fases de cicatrização; ferimentos bilaterais ou em várias partes do corpo; queimaduras extensas, bilaterais (forma de luva em mãos, nádegas); ruptura de vísceras. |
| **Violência sexual** | Maioria dos casos sem lesões evidentes; sonolência inexplicável; enantema, petéquias em mucosa oral; mordidas (love bite) no corpo ou pescoço; lesões de injúria física associadas a alterações genitais, perineais – hiperemia, edema, escoriações, fissura anal, pregas anais apagadas ou alargamento do esfíncter anal, ruptura ou alargamento himenal, ruptura perineal, sangramentos, evidências de IST e gravidez; hipersexualização (comportamento com exacerbado erotismo e incompatível com idade); desenhos ou brincadeiras que sugerem cunho erótico. |

**Fonte:** (A autora, 2013).

## 4.1.5 Adolescentes agressores

Na mídia, pululam silhuetas de adolescentes e rostos de jovens infratores, ou em conflitos com a Lei. Eles executam furtos, assaltos à mão armada, participam de sequestros ou raptos, atos de vandalismo e diversos outros atos infracionais. Em geral, pertencem a famílias de condições sociais desprivilegiadas, sendo

a ponta de um iceberg que está fincado na violência estrutural (por desigualdade social e econômica do país).

Entretanto, outras atitudes violentas são perpetradas nos tempos atuais, independente das condições socioeconômicas. Entre essas, destacam-se os casos de bullying.

Casos trágicos cujos autores foram vítimas desse tipo de violência são de repercussão mundial, como o massacre em Columbine, EUA – 1999, em que dois estudantes adolescentes atiraram nos colegas e professores. No Rio de Janeiro, em 2011, um jovem adentrou uma escola pública em Realengo e também mirou indiscriminadamente colegas e professores. Nesses, como em outros casos, os agressores premeditaram o fato e deixaram dezenas de mortos e feridos. Em outras situações, a vítima causa autoagressão, chegando à tentativa ou êxito no suicídio, como no caso de Phoebe Prince (1994 – 2010), garota de Massachusetts, EUA.

Vamos compreender esse fato. Por definição, bullying são os atos intencionais e repetitivos de violência física ou psíquica, exercidos por criança ou adolescente contra outro/s, individualmente ou em grupo, com o objetivo de constranger, intimidar, agredir, xingar, causar constrangimento, angústia e humilhação.

Aparentemente sem causa explícita, tal problema reflete o clima hostil de casa, onde ninguém se respeita, há desordens, grosserias, gritos por pais ou responsáveis que destratam seus filhos. Estes assimilam os atos de violência explícita ou simbólica, repetindo-os com outras pessoas vulneráveis.

Em geral, o bullying ocorre no ambiente escolar – salas de aula e principalmente banheiros, corredores – ou em qualquer lugar onde haja relacionamento interpessoal entre crianças ou adolescentes. Até em família pode-se constatar, sempre existindo assimetria de poder entre a vítima e seu algoz, ou algozes. As pesquisas atuais demonstram que em todas as escolas há casos desse tipo, ainda que não tenham sido registrados, e por isso recomendam-se ações preventivas em qualquer ambiente escolar.

O *cyberbullying*, variante dessa agressão, atingindo 14% a 23% nas pesquisas nacionais, é o uso de meios digitais – redes sociais, *smartphones*, dentre outros – para adulterar fotos ou dados pessoais e atingir a imagem da vítima, sendo bem mais difícil identificar os autores para a intervenção.

Em qualquer caso de bullying, todos os envolvidos – vítima, agressor/es e testemunha/s – necessitam de intervenção direta da família e da escola, Deve-se privilegiar os mecanismos alternativos de punição, que efetivamente promovam mudanças no comportamento, além de ações preventivas como debates na comunidade escolar. Atualmente, a notificação ao CT desses casos é obrigatória para escolas, clubes, agremiações e outros locais, para o efetivo combate a tal violência.

## 4.2 Conduta em casos de violência contra adolescentes e jovens

A postura do profissional de saúde deve ser de empatia e neutralidade, não devendo acusar, mesmo que suspeite de um provável agressor. Os objetivos do atendimento são: cuidar das lesões, desculpabilizar (esclarecer que a responsabilidade é de quem causou o fato) a vítima, protegê-la de novas agressões, dar-lhe suporte psíquico e buscar a reorganização dos vínculos familiares. Investigação e penalidade são do campo policial e jurídico, respectivamente.

### Atendimento emergencial

Realizar o acolhimento e o exame físico, avaliando a gravidade do caso; solicitar exames complementares. Se houve violência sexual: prevenção de gravidez (em garotas que já apresentaram menarca), profilaxia para Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) virais e bacterianas; em todos os casos: orientação sobre medidas legais e a notificação, manter vínculo com a vítima e familiares sempre que possível.

O exame físico deve ser realizado sempre na presença de um dos responsáveis, esclarecendo-se os procedimentos que serão executados. Esse exame deve ser completo, dando-se especial atenção às áreas mais envolvidas em atividades sexuais: pele, boca, mamas, genitais, região perineal, nádegas e ânus.

Os exames complementares devem ser solicitados conforme a situação da vítima:

- coagulograma (diferenciar hematomas, equimoses ou petéquias de coagulopatias);
- radiografias localizadas, de acordo com o caso. Ressalte-se que o RX pode ser normal na fase aguda do trauma, devendo-se repetir após duas semanas;
- tomografia computadorizada e ressonância magnética, para investigar lesões intracranianas.
- nos casos de agressão sexual até 72 horas antes do atendimento:
- o ideal é a vítima não ter se banhado e coletar material para pesquisa de sêmen em mucosa oral, genital ou retal, além de vestígios para o DNA do agressor;
- investigar ISTs por meio de sorologia para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), sífilis, hepatite pelos vírus B e C, cultura de secreção vaginal e endocervical;
- para a prevenção de HIV/AIDS, encaminhar a vítima ao centro de saúde de referência mais próximo de sua residência, a fim de adquirir os antirretrovirais e fazer o acompanhamento;

» prescrever a anticoncepção de urgência nas adolescentes que já tiveram menarca e solicitar a dosagem do hormônio Beta-Gonadotrofina Coriônica (B-HCG) de imediato e no mês seguinte, para investigar gestação atual ou futura.

## Atendimento ambulatorial

A vítima deve ser encaminhada para seguimento com equipe multiprofissional capacitada, constituída por pediatra, ginecologista, assistente social, psicoterapeuta, enfermeira e auxiliares.

Deve haver continuidade dos cuidados com exame clínico, resultados dos exames complementares iniciais e de controle, acompanhamento psicoterápico de apoio à vítima e familiares, orientação sobre os percalços jurídicos, deixando claro o que compete ao setor de saúde e às instâncias legais (Gerência de Polícia da Criança e do Adolescente - GPCA, Instituto de Medicina Legal - para empreender o exame de corpo de delito, Ministério Público, Juizado da Vara da Infância e Juventude). Deve-se sempre orientar os familiares, em linguagem compreensível, sobre as graves consequências dos maus-tratos para o crescimento e o desenvolvimento e o importante papel de apoio das equipes multiprofissionais. Os esquemas de profilaxia e de seguimento nas agressões sexuais estão descritos no Quadro 10.

**Quadro 9 –** Esquemas de profilaxia e de seguimento nos casos de violência sexual

| Profilaxia | Medicamento | Dosagem / Recomendações |
|---|---|---|
| **Gravidez** | Levonorgestrel (Anticoncepção de urgência) | 1 comprimido de 750 mcg de 12/12h ou 2 comp. DU.;<br>30 minutos antes ingerir antiemético;<br>Se vomitar até 2 horas após ingestão, repetir o comprimido; maior eficácia até 5 dias da agressão. |
| **Sífilis** | Penicilina Benzatina (Eritromicina em caso de sensibilidade à Penicilina) | **Criança:** < 25 Kg: 600.000 UI, via IM, DU.<br>> 25 Kg:1.200.000 UI, via IM, DU.<br>**Adolescente:** 2.400.000 UI, via IM, DU.<br>Criança e adolescente: eritromicina 50 mg/Kg/dia, VO de 6/6h, 15 dias. |
| **Gonorreia, Clamidíase, Cancro mole, Tricomoníase** | Azitromicina ou Eritromicina (Clamídia, Cancro mole) + Ceftriaxona (Gonorreia):+ Metronidazol ou Secnidazol ou Tinidazol (Tricomoníase) Amoxicilina (Clamídia) | **Criança:**<br>Azitromicina < 45 Kg: 20 mg/Kg, DU. (máximo 1g);<br>> 45 Kg: 1g, VO, DU.<br>Ceftriaxona: 125mg, IM, DU.<br>Metronidazol < 45 Kg: 15mg/Kg, VO, 8/8h,<br>7 dias (máximo 2g);<br>Secnidazol: 10mg/kg, VO, DU.<br><br>**Adolescente:**<br>Amoxicilina: 500 mg, VO, 8/8h, 7 dias.<br>Secnidazol ou Tinidazol: 2,0 g, VO, DU. |

(continua)

| | | |
|---|---|---|
| **Hepatite B** | Vacina ou Imunoglobulina Hiperimune (Ig) | Gamaglobulina hiperimune contra HB: 0,06 ml/Kg, IM; se ultrapassar 5 ml fazer em grupos musculares diferentes.<br>Melhor ação: até 48h da agressão; fazer no máximo até 14 dias após a violência.<br>Vacina completa: não reforço, não Ig.<br>Vacinação incompleta: completar esquema e Ig.<br>Não imunizado: esquema de 3 doses da vacina e Ig. |
| **Hepatite C** | Não existe profilaxia atualmente | Coletar sorologia no atendimento inicial e seguimento. |
| **HIV** | Antirretrovirais por 28 dias | Conforme esquema vigente no centro de referência; maior eficácia até 72h da agressão e até descartar contaminação (6 meses).<br>Se vida sexual ativa: uso regular de preservativos.<br>NÃO: engravidar, amamentar, doar sangue. |
| **Tétano** | Vacina ou Imunoglobulina hiperimune; soro específico | Se lesões potencialmente infectantes e paciente com esquema vencido. Indicações conforme o Plano Nacional de Imunizações (PNI). |
| **Seguimento ambulatorial** | | |
| **Consultas de retorno** | Avaliação clínica, exames de controle | Após 30, 60, 90 e 180 dias. |
| **Sorologias** | Repetir conforme agente infeccioso | VDRL: 45 e 90 dias; Hepatite B e C: 180 dias.<br>Anti-HIV: 90 e 180 dias (hemograma e transaminases após os antirretrovirais). |

**Fonte:** (BRASIL, 2006, adaptado).

## Notificação e denúncia – uma grande diferença

**Notificação** é o **registro do atendimento** em uma unidade de saúde ou em urgência a um paciente **sob suspeita ou confirmação** de ter sofrido agravos violentos. Portanto, é preenchida por um dos membros da equipe de saúde. Esse registro é realizado por meio da ficha de notificação, ferramenta que permite desencadear a proteção à vítima, preenchida pelo profissional que fez o atendimento.

Nessa ficha, constam dados sobre a vítima e seus responsáveis, relato do acontecimento, descrição do exame clínico e exames complementares, se realizados. Seu preenchimento é obrigatório, podendo a responsabilidade ser compartilhada com a equipe do serviço de saúde.

Recomenda-se que o profissional converse com a família, esclarecendo que a notificação vai beneficiar para o suporte necessário. Quando não se dispõe da ficha de notificação, sugere-se que o profissional faça um relatório o mais completo possível.

A ficha de notificação é enviada pelos gestores do local onde a vítima foi atendida ao Conselho Tutelar (CT) onde a vítima reside – mesmo que a ocorrência tenha sido em outro local. Na falta do CT no município de residência, deve ser encaminhada para a Vara da Infância e Juventude.

Os componentes do CT farão visitação domiciliar e entrevistas com os responsáveis pelo adolescente e posteriormente entrarão em contato com a Gerência de Polícia da Criança e do Adolescente (GPCA) e/ou Ministério Público para início do processo. No atendimento em consultório particular, a vítima e familiares devem ser encaminhados para equipe multiprofissional especializada, onde será dispensado o apoio necessário.

A **denúncia** é realizada por meio de Boletim de Ocorrência pelos **responsáveis** da vítima, ou por um **órgão competente** – Direção Hospitalar, CT, Ministério Público, Polícia. Nas emergências, deverá ser acionada de imediato a Polícia (geralmente presente nos serviços públicos) ou a GPCA, que providenciarão exame pericial no Instituto de Medicina Legal (IML).

Compete lembrar que o agressor deve ser penalizado por seu crime, mas também precisa receber atendimento psicossocial, ou provavelmente manterá seu comportamento danoso.

## Saiba +

Para compreender de forma mais clara as diversas instâncias envolvidas no processo de proteção à vítima, recomendamos a leitura de:

Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do DF, disponível no link: <*http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/crianca-e-adolescente/Manual_de_atendimento_as_vitimas_de_violencia_na_rede_de_saude_publica_do_df_secretaria_de_saude_do_df_2009.pdf*> (DISTRITO FEDERAL, 2009).

Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, disponível no link: <*http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia_saude_criancas_adolescentes.pdf*> (BRASIL, 2010).

Para ficar mais por dentro sobre a questão da violência em nosso país, recomendamos ler o artigo de Elder Cerqueira-Santos, Normanda A. Morais, Andreína S. Moura e Silvia Helena Koller, 2008. Exploração sexual de crianças e adolescentes: uma análise comparativa entre caminhoneiros clientes e não-clientes do comércio sexual. Disponível em: <*http://www.scielo.br/pdf/prc/v21n3/v21n3a13.pdf*> (CERQUEIRA-SANTOS et al., 2008).

Depois de ler este capítulo, você deve ter apreendido, ou revisado, a dimensão que a violência vem ocupando na comunidade e na saúde. Na sequência, deixamos os contatos de Instituições que podem auxiliar no trabalho com vítimas de violência no Recife e Região Metropolitana. Se acaso você trabalha em outro local, recomendamos que faça uma busca na internet e anote os telefones e e-mails que poderão ser úteis para essas ocasiões.

## Telefones úteis na Região Metropolitana do Recife

» Conselhos Tutelares Recife: Boa Vista: (81) 3232-5406 / 3355-3014; Torreão: 3355-3266 / 3268; Casa Amarela:3355-3266; 3355-6962 / 3232-43223; Cordeiro: 3232-7310 ou 33553243; Areias: 3232-2568; 3355-3238; Imbiribeira: 3355-3264/3265; Ibura:3355-4798 / 4799. Plantões Noturnos, Feriados e Finais de Semana: Boa Vista: 3355-3014.

» Conselho Tutelar Olinda: 3449 6075

» Conselho Tutelar Jaboatão dos Guararapes: 34623237 / 32525090 / 91243964

» Gerência de Polícia da Criança e Adolescência (GPCA): 3184-3577; Fax: 31843576. E-mail: gpca@policiacivil.pe.gov.br

» Delegacia de Atendimento à Mulher (Recife): Plantão: 3184-3568

» Vara da Infância e Juventude Recife: (PABX): 3181.5900

» Instituto de Medicina Legal Recife (IML): 3222.5814 / 3301.7235 / 7236; E-mail: iml@sds.pe.gov.br

» Ministério Público Recife: 3182-7000; Juizado da Mulher: 3303-2826; Juizado da Infância e Juventude: 3182-3361

» Polícia Militar: 190

» Denúncia anônima para violência (sexual e outras no Brasil): 100 http://sistemas.sc.gov.br/bocidadao/Denuncia_Anonima/DenunciAnonima_fato.asp

» Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) – Recife: Hospital Universitário Oswaldo Cruz: 3413-1339/ 1300.

# Referências

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **La adolescencia normal.** Buenos Aires: Paidos, 1970.

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **La adolescencia normal:** un enfoque psicoanalitico. Buenos Aires: Paidos, 2005. 166p.

BORGES, J. L.; DELL'AGLIO, D. D. Exposição ao abuso sexual infantil e suas repercussões neuropsicobiológicas. In: HABIGZANG, L.F; KOLLER, S. H. (Ed.). **Violência contra crianças e adolescentes:** teoria, pesquisa e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BRASIL. Lei Nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei Nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o Art. 1º da Lei Nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do Art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei Nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 10 de agosto de 2009. Disponível em <*http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.html*>. Acesso em: 30 de abr. de 2013.

BRASIL. Ministério da Justiça. Polícia Rodoviária Federal (PRF). Comissão Nacional de Direitos Humanos da Polícia Rodoviária Federal. **Mapeamento dos pontos vulneráveis à exploração sexual de crianças e adolescentes nas rodovias federais brasileiras:** Mapeamento 2013-2014. [20--?]. Disponível em: <*http://www.childhood.org.br/wp-content/uploads/2015/11/Mapeamento_2013_2014.pdf*>. Acesso em: 11 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Calendário nacional de vacinação.** [2014]a. Disponível em: <*http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/13600-calendario-nacional-de-vacinacao*>. Acesso em: 20 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. **Calendário de vacinação do adolescente.** [20--?]a. Disponível em Disponível em: <*http://pni.datasus.gov.br/calendario_vacina_adolescente.asp*>. Acesso em: 26 mai. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para coleta e análise de dados antropométricos:** Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <*http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf*>. Acesso em: 6 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes:** norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <*http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf*>. Acesso em: 08 de set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Orientações para o atendimento à saúde do adolescente.** [20--?]. Disponível em: <*http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_atendimento_adolescnte_menino.pdf*>. Acesso em: 6 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes:** prevenção de violências e promoção da cultura de paz. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <*http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia_saude_criancas_adolescentes.pdf*>. Acesso em: 11 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação geral do Programa de Nacional de Imunizações. **Informe técnico sobre a vacina contra o papilomavírus humano (HPV)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de controle das doenças sexualmente**

**transmissíveis**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Manuais n.68). Disponível em: <*http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf*>. Acesso em: 23 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vacinação**. Recomendações da vacinação contra febre amarela, após a declaração da Organização Mundial da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <*http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/427-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/febre-amarela/l1-febre-amarela/10771-vacinacao-febre-amarela*>. Acesso em: 20 mar. 2015.

BRASIL. **Projeto de Lei 1785/2011.** Disponível em: <*http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=511619*>. Acesso em: 23 de março de 2015.

BRONFENBRENNER, U. Developmental ecology through space and time: a future perspective. In: MOEN, P, ELDER JR, G. H.; LÜSCHER, K. (Ed.). **Examining lives in context:** perspectives on the ecology of human development. 3. ed. Washington, DC: American Psychological Association, 1995. p. 619–647.

CERQUEIRA-SANTOS, E. et al. Exploração sexual de crianças e adolescentes: uma análise comparativa entre caminhoneiros clientes e não-clientes do comércio Sexual. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 446-454, 2008. Disponível em: <*http://www.scielo.br/pdf/prc/v21n3/v21n3a13.pdf*>. Acesso em: 22 jun. 2013.

CHAVES, J. **Ficar com:** um novo código entre os jovens. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 1997.

CIAMPO, L. A. D.; CIAMPO, I. R. L. D. Adolescência e imagem corporal. **Rev Adolescência e Saúde,** Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 55-59, out./dez. 2010. Disponível em: <*http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=246*>. Acesso em: 14 jun. 2013.

COLLI, A. S.; COATES, V.; GUIMARÃES, E. M. B. Monitoração do crescimento e desenvolvimento físico. In: COATES, V. BEZNOS, G. W. FRANÇOSO, L. A. **Medicina do adolescente**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2003. p. 66–73.

CRESPIN, J. Imunizações. In: CRESPIN, J.; REATO, L. F. N. **Hebiatria:** medicina da adolescência. São Paulo: Roca, 2007. p.394–413.

CRESPIN, J; POIT, M. L. Crescimento e desenvolvimento físico. In: CRESPIN, J; REATO, L. F. N. **Hebiatria:** Medicina da Adolescência. São Paulo: Roca, 2007. p. 48–69.

DEDES, I. Kisspeptins and the control of gonadotrophin secretion. **Syst Biol Reprod Med.** 2012 Jun; 58(3):121–8.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). **Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do DF.** Brasília: SES-DF, 2009. Disponível em: <*http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/crianca-e-adolescente/Manual_de_atendimento_as_vitimas_de_violencia_na_rede_de_saude_publica_do_df_secretaria_de_saude_do_df_2009.pdf*>. Acesso em: 21 jun. 2013.

FERNANDES, E. C. Desenvolvimento Psicossocial do Adolescente. In: LIMA, E. J. da F.; SOUZA, M. F.T.; BRITO, R. de C. C. M. **Pediatria ambulatorial.** Rio de Janeiro: Medbook, 2008. p.959–969.

FILIPINI, C. B. et al. Transformações físicas e psíquicas: um olhar do adolescente. **Revista Adolescência e Saúde,** Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 22-29, jan./mar., 2013. Disponível em: <*http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=351*>. Acesso em: 2 jun. 2013.

FURNISS, T. **Abuso sexual da criança:** Uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed, 2002.

GREGORY, J. **Eu não sou doente.** [São Paulo]: ARX, 2004.

GIULIANO, A. R. et al. Efficacy of quadrivalent HPV vaccine against HPV infection and disease in males. **New England Journal of Medicine**, v. 364, p.401–411, feb., 2011.

HERCULANO–HOUZEL, S. **O cérebro em transformação.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2005.

LEVISKY, D. L. Panorama do desenvolvimento psicossocial do adolescente. In: _____. **Adolescência:** reflexões psicanalíticas. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 21–68.

LOPES NETO, A. A. Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. **Jornal de Pediatria,** v. 81, n. 5 (supl). 2005. Disponível em: <*http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n5s0/v81n5Sa06.pdf*>. Acesso em: 08 de set. 2013.

NJAINE, K.; ASSIS, S. G. e CONSTANTINO, P. (Org.). **Impactos da violência na Saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

NAVAZ M. G.; KOLLER, S. H. O modelo bioecológico do desenvolvimento humano. In: KOLLER, S. (Org.). **Ecologia do desenvolvimento humano:** pesquisa e intervenção no Brasil. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. **Informe mundial sobre la violencia y la salud.** Publicación Científica y Técnica No. 588. Washington – DC: Organización Mudial de la Salud. 2003.

OPS/OMS. **Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes:** una mirada integral. 1a ed. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, OPS/Organización Mundial de la Salud, OMS, 2010.

OUTEIRAL, J. O. **Adolescer:** estudos revisados sobre adolescência. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

PATTON, G.; VINER, R. Pubertal transitions in health. **The Lancet,** v. 369, p.1130-1139, 31 mar. 2007.

PIRES, A. L. D.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Arq Ciênc Saúde.** v.12, n.1,

p.42-9, 2005. Disponível em: <*http://www.cienciasdasaude.famerp.br/Vol-12-1/08%20-%20id%20102.pdf*>. Acesso em: 08 de set. 2013.

POLATO, A. Violência é produzida na escola sim. **Revista Nova Escola.** Disponível em: <*http://www.nevusp.org/portugues/index.php?option=com_content&task=view&id=216&Itemid=29*>. Acesso em: 23 jun. 2013.

PORTAL R7 NOTÍCIAS. **Adolescentes mudam comportamento por conta das redes sociais.** 2012. Disponível em: <*http://rederecord.r7.com/video/adolescentes-mudam-comportamento-por-conta-das-redes-sociais-509bead4b61c810c8aa7baba*>. Acesso em: 14 de jun. de 2013.

RODRIGUES, L. C. et al. Effect of BCG revaccination on incidence of tuberculosis in school-aged children in Brazil: the BCG-REVAC cluster-randomised trial. **The Lancet**, v. 366, n. 9493, p. 1290–1295, 2005.

SALTER, A. **Predadores, pedófilos, estupradores e outros agressores sexuais**. São Paulo: M. Books do Brasil, 2009.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. **Manual de atenção à saúde do adolescente.** Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006. 328 p.

SATTLER, M. K. O abusador: o que sabemos? In: AZAMBUJA, M. R. F.; FERREIRA, M.H.M. (Orgs.). **Violência sexual contra crianças e adolescentes.** Porto Alegre: Artmed, 2011. cap. 17, p.234–247.

SHELMAN, E. A.; LAZORITZ, S. **The Mary Ellen Wilson Files**. [S.l.]: Kindle Edition, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Centro Latino - Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli (Claves). Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência:** orientações para pediatras e demais profissionais que trabalham com crianças e adolescentes. 2. ed. Rio de Janeiro:

Ministério da Justiça, 2001. Disponível em: <*bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/MausTratos_SBP.pdf*>. Acesso em: 23 jun. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Infectologia. **Calendário de vacinal:** 2015. 2015. Disponível em: <*http://www.sbp.com.br/departamentos-cientificos/infectologia*>. Acesso em: 11 dez. 2015.

TANNER, J. N. **Growth at adolescence with a general consideration of the effects of hereditary and environmental factors upon growth and maturation from birth to maturity.** 2. ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1962.

TANNER, J. N.; WHITEHOUSE, R. H. **Clinical longitudinal standards for height, weight, height velocity, weight velocity, and stages of puberty. Arch Dis Child,** v. 51, n. 3, p. 170–179, mar. 1976.

TAQUETTE, S. R. Sexualidade na adolescência. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Saúde do adolescente:** competências e habilidades. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. cap. 5, p. 205-212. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <*http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf*>. Acesso em: 20 mar. 2015.

TIC KIDS ONLINE BRASIL 2013: pesquisa sobre o uso da Internet por crianças e adolescentes. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2014. Disponível em: <*http://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/tic-kids-online-2013.pdf*>. Acesso em: 13 jun. 2013.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Growth reference 5-19 years.** BMI-for-age (5-19 years). Disponível em: <*http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html*>. Acesso em: 08 maio 2013.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **State of the art of vaccine research and development.** 2005. Disponível em: <*http://www.who.int/vaccine_research/documents/Dip%20814.pdf*>. Acesso em: 21 de agosto de 2012.

ZAGURY, T. **O adolescente por ele mesmo.** 17. ed. Rio de Janeiro: Record, 2006.

Execução:

Universidade Federal de Pernambuco

@Saber Tecnologias Educacionais e Sociais

Financiamento:

UNA-SUS Universidade Aberta do SUS

Ministério da Saúde

FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz

Secretária de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL BRASIL PÁTRIA EDUCADORA