



Jornal Paranaense de Pediatria

EDITOR RESPONSÁVEL

Sérgio Antônio Antoniuk

Professor Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neuropediatria.

EDITORES ASSOCIADOS

Aristides Schier da Cruz

Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná, Disciplina de Gastroenterologia Pediátrica.

Eliane Mara Cesário Pereira Maluf

Professora do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Paraná; Mestre em Pediatria e Doutora em Clínica Médica pela Universidade Federal do Paraná; Membro do Departamento de Cuidados Primários da Sociedade Brasileira de Pediatria; Presidente da Sociedade Paranaense de Pediatria.

Donizetti Dimer Giamberardino Filho

Pediatra Diretor do Hospital Infantil Pequeno Príncipe

Gilberto Pascolat

Preceptor da Residência Médica de Pediatria do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

José Eduardo Carrero

Professor Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná.

Luiza Kazuko Moriya

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Estadual de Londrina

Regina P. G. Vieira Cavalcante Silva

Professora Substituta do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neonatologia.

Walid Salomão Mousfi

Professor Responsável pela Disciplina de Pediatria da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

CONSELHO EDITORIAL

Alfredo Löhr

Professor de Clínica Pediátrica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Disciplina de Neuropediatria.

Carlos A. Riedi

Professor de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Alergia-Pneumologia Pediátrica.

Carmem Austrália Paredes Marcondes Ribas

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná.

César Sabbaga

Preceptor da Residência Médica em Cirurgia Pediátrica do Hospital Infantil Pequeno Príncipe - Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Daltro Zunino

Professor Colaborador da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná, Disciplina de Nefrologia Pediátrica.

Eduardo de Almeida Rego Filho

Professor Titular do Departamento de Pediatria da Universidade Estadual de Londrina

Evanguelia Athanasio Shwetz

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná, Disciplina de Neonatologia.

Isac Bruck

Professor Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neuropediatria

Ismar Strachmann

Professor de Clínica Pediátrica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Disciplina de Terapia Intensiva.

José Carlos Amador

Mestre em Pediatria

Leide P. Marinoni

Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Dermatologia Pediátrica.

Lucia Helena Coutinho dos Santos

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neuropediatria

Luiz Antônio Munhoz da Cunha

Chefe do Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Infantil Pequeno Príncipe

Luiz de Lacerda Filho

Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Endocrinologia Pediátrica

Mara Albonei Pianovski

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Hematopediatria

Margarida Fatima Fernandes Carvalho

Professora Adjunta de Pediatria da Universidade Estadual de Londrina, Doutora em Pediatria pela Universidade de São Paulo

Marina Hideko Asshiyde

Professora de Clínica Pediátrica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Disciplina de Infectologia Pediátrica.

Mário Vieira

Preceptor em Gastroenterologia da Residência Médica em Pediatria do Hospital Infantil Pequeno Príncipe, Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Milton Elias de Oliveira

Professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Oeste do Paraná - Cascavel

Mitsuru Miyaki

Professor Titular do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neonatologia.

Nelson Augusto Rosário Filho

Professor Titular do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Alergia e Imunologia.

Nelson Itiro Miyague

Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Cardiologia Pediátrica.

DIRETORIA SPP - TRIÊNIO 2007-2009

Presidente: Aristides Schier da Cruz (Curitiba)

Presidente de Honra: Eliane Mara Cesário

Pereira Maluf (Curitiba)

1º Vice-Presidente: Darci Vieira da Silva Bonetto (Curitiba)

2º Vice-Presidente: Milton Macedo de Jesus (Londrina)

3º Vice-Presidente: Kennedy Long Schisler (Foz do Iguaçu)

4º Vice-Presidente: José Carlos Amador (Maringá)

Secretária Geral: Regina Paula Guimarães Vieira
Cavalcante da Silva (Curitiba)

1º Secretário: Tony Tannous Tahan (Curitiba)

2º Secretário: Renato Tamehiro (Cascavel)

Tesouraria

1º Tesoureiro: Gilberto Pascolat (Curitiba)

2º Tesoureiro: Dorivâm Celso Nogueira (Curitiba)

Conselho Fiscal: Diether H. Garbers (Curitiba), Álvaro Luiz de Oliveira (Londrina), Nelson Augusto Rosário Filho (Curitiba), José Carlos Michels Oliveira (Curitiba), Gilberto Saciloto (Guarapuava)

Comissão de Sindicância: João Gilberto Sprotte Mira (Curitiba), Jussara Ribeiro dos Santos Varassin (Curitiba), Claudete Teixeira Krause Closs (Curitiba), Osório Ogasawara (Paranavaí), Lúcio Esteves Junior (Maringá)

Conselho Consultivo: Donizetti Dimer Giamberardino Filho (Curitiba), Kerstin Tanigushi Abagge (Curitiba), Alléssio Fiori Sandri Junior (Umuarama), Rosângela de Fatima I. Garbers (Curitiba), Wilma Suely Ribeiro Reque (Ponta Grossa)

Diretoria de Patrimônio: Luiz Ernesto Pujol

Diretoria de Informática: Eduardo Adratt

Coordenadora de Eventos Científicos: Tsukiyo Obu Kamoi

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS DA SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA

Departamento de Adolescência

Darci Bonetto

Departamento de Aleitamento Materno

Claudete Teixeira Krause Closs

Departamento de Alergia - Imunologia

Kennedy Long Schisler

Departamento de Cardiologia

Cristiane Binoto

Departamento de Defesa Profissional

Álvaro Luiz de Oliveira

Departamento de Dermatologia

Leide Parolin Marinoni

Departamento de Endocrinologia

Romolo Sandrini Neto

Departamento de Gastroenterologia

Mário César Vieira

Departamento de Infectologia

Marion Burger

Departamento Integrado de Saúde Escolar, Pediatria Ambulatorial e Cuidados Profissionais

Carmem Australia Paredes Marcondes Ribas

Departamento de Nefrologia

Maria Rita Roschel

Departamento de Neonatologia

Mitsuro Miyaki

Departamento de Neurologia Pediátrica

Joseli do Rocio Maito de Lima

Departamento de Pneumologia

Sônia Assunção Zulato

Departamento de Saúde Mental

Jussara Ribeiro dos Santos Varassin

Departamento de Segurança da Criança e do Adolescente

Luci Pfeiffer Miranda

Departamento de Suporte Nutricional

Izaura Merola Faria

Departamento de Terapia Intensiva

Paulo Ramos David João

Referência em Genética

Salmo Raskin

Referência em Hemato-Oncologia

Mara Albonei Pianovski

Referência em Oftalmologia

Ana Tereza Moreira

Referência em Ortopedia

Luiz Antonio M. Cunha

Referência em Otorrinolaringologia

João Gilberto Sprott Mira

Referência em Reumatologia

Margarida de F. F. Carvalho

JORNAL PARANAENSE DE PEDIATRIA - ANO 08, NÚMERO 01.

O Jornal Paranaense de Pediatria é o órgão oficial da Sociedade Paranaense de Pediatria para publicações científicas.

Correspondência deve ser encaminhada para: SPP Rua Desembargador Vieira Cavalcanti, 550 80.510-090 Curitiba - PR

Tiragem: 2.000 exemplares

Sociedade Paranaense de Pediatria - Rua Des. Vieira Cavalcanti, 550 Telefone: 41 3223-2570 Fax: 41 3324-7874 Curitiba-PR

Http://www.spp.org.br e-mail: sppediatria@hotmail.com

Projeto gráfico, diagramação e editoração: Fidelize Marketing Ltda. Telefone: 41 3308-0118 www.fidelize.com.br Curitiba-PR

MENSAGEM DO PRESIDENTE DA SPP

A Pediatria Paranaense de 2007 a 2009

A diretoria da gestão 2007-2009 da Sociedade Paranaense de Pediatria (SPP) inicia seus trabalhos a partir de abril deste ano. Não poderá faltar, nesses três anos, vontade e empenho da parte de todos os seus integrantes, pois é grande a responsabilidade no sentido de manter a qualidade das ações das diretorias anteriores. Para um presidente da SPP é um grande desafio, e certamente uma obrigação, a busca da excelência obtida nas gestões lideradas pelos ilustres presidentes anteriores, os pediatras paranaenses Diether H. Garbers, Nelson A. Rosário Filho, Wilmar M. Guimarães, João Gilberto S. Mira, Donizetti D. Giamberardino Filho e Eliane Mara C. P. Maluf.

Além disso, o profissional pediatra no Paraná e em todo o Brasil espera nesse momento por algo a mais. Espera idéias novas, que permitam obter maior valorização profissional, abertura de novos campos de trabalho na área pública e privada, melhor remuneração do trabalho médico. Será fundamental a participação unida dos pediatras paranaenses no sentido de conquistar melhorias profissionais, e a SPP deverá ser o palco para planejamento, fortalecimento da classe e busca de objetivos.

No que diz respeito às atividades científicas, a SPP procurará manter o consagrado padrão de organização de eventos destinados ao constante aprendizado da ciência pediátrica e à pontuação para revalidação de título de especialista. O Jornal Paranaense de Pediatria permanece com o importante papel de veículo de divulgação da produção científica dos pediatras paranaenses, tendo o colega Sérgio A. Antoniuk como seu editor coordenador. O site da SPP funcionará como veículo de diálogo entre os sócios e de divulgação de idéias, projetos e comunicações científicas e profissionais. Somos mais de 900 sócios da SPP, e a contribuição de cada um será fundamental para o sucesso profissional de todos.

Aristides Schier da Cruz

Presidente da Sociedade Paranaense de Pediatria

EDITORIAL

Colega Pediatra,

Há 21 anos fundávamos o Comitê de Adolescência da Sociedade Paranaense de Pediatria, muita coisa foi realizada no Paraná desde então. Para coroar estes anos de trabalho vamos ver acontecer pela primeira vez em nosso estado o X Congresso Brasileiro de Adolescência, que será realizado em Foz do Iguaçu.

E neste clima que antecede o congresso queremos lembrar que Adolescência é área de atuação da Pediatria, quem melhor que o pediatra para acompanhar na adolescência aquele que ele viu nascer.

Com o pensamento voltado para a qualidade de vida dos adolescentes e desejando contribuir com os pediatras, na aquisição de novos conhecimentos, que o Departamento de Adolescência da SPP, tem o prazer de trazer nesta edição temas sobre adolescência, esperando contribuir para a melhoria do atendimento desta faixa etária.

Um abraço,

Darci V. S. Bonetto

Presidente do X Congresso Brasileiro de Adolescência

Presidente do Departamento de Adolescência da SPP

Pais e filhos adolescentes: transformação contínua de vínculos.

Parents and adolescent children: continuous changing in relationship.

Renato Mikio Moriya(1), Heber Odebrecht Vargas(2), Tiemi Matsuo(3)

Resumo

Objetivo: Estabelecer um quadro referencial a partir da contextualização do impacto da fase da adolescência com a finalidade de um melhor entendimento da visão dos pais de adolescentes em relação a essa fase da vida de seus filhos. Objetivos específicos: Levantar a compreensão dos pais sobre a fase da adolescência dos filhos; identificar situações de vivência dos pais na relação com os filhos na fase de adolescência que possam gerar conflitos; levantar as relações e sentimentos expressos e vivenciados pelos pais de adolescentes.

Métodos: A metodologia de pesquisa, que constou de um questionário estruturado com questões fechadas. Este instrumento passou por uma fase de pré-teste e após a devida reformulação, foi aplicado nos pais de adolescentes que estudam em um Colégio Estadual de Londrina. A amostra de conveniência foi composta de pais que atenderam ao convite formulado pela direção do colégio para participar de palestra motivacional, versando sobre o tema pais x filhos na adolescência. Os dados coletados foram analisados através de abordagem quantitativa.

Resultados: Participaram da pesquisa 85 pais, com média de 41,3 anos, que se consideram satisfeitos com esta época de sua vida, compreendem que seus filhos estão numa fase de transição e a maioria considerou que não são rebeldes. Estes pais vivenciaram a sua adolescência, fase em que imperou o respeito, a esperança; receberam educação tradicional, e persistem firmes e convictos na importância da colocação de limites, porém tratam os filhos com afetividade e tentem negociar os conflitos, através do diálogo. O uso de drogas pelos filhos foi o temor mais assinalado. Finalmente acreditam que a melhor forma de se cuidarem durante a meia-idade seria a busca de mais informações sobre a fase em que o filho está passando, a adolescência.

Palavras-chave: conflito de gerações, fase da meia idade, adolescência.

Abstract

Objective: To establish a reference depiction to better understand the impact of adolescence in adolescents, using the parent's point of view. Specific Objectives: To determine the parents' knowledge of their children's adolescence; to identify in the children/parents daily relations, during adolescence, situations that might generate conflicts; to uncover the relations and sentiments felt and expressed by adolescents' parents.

Methods: A research methodology composed by a feedback form, structured with closed questions, was set up. The instrument was tried out in a pre-test. After the necessary reformulation, it was applied to parents of adolescents who attend a State High School in Londrina. The study sample was formed by parents who answered the school invitation to participate in a motivational seminar. The theme discussed was the relations between parents and their adolescent children. A quantitative approach was used to analyze the collected data.

Results and discussion: Eighty-five parents, mean 41,3 years of age, participated in the survey. Most of these parents consider themselves happy and satisfied about that phase in their lives. The perception is that their daughters and sons are under a transition phase, and the majority does not consider their children as rebels. It was observed that these parents had an adolescence guided by respect, hope and a traditional education. They are rigid and remain firm about the importance of establishing limits. However, they treat their children with affection, negotiating conflicts through dialogue, and listening to the children's point of view with respect. Among many fears, the most emphasized by the parents is the fear of drug use. Finally, parents believe that the best way of solving the conflicts that occur during adolescence is the gathering of information about their children and their feelings during this important life phase.

Key words: generation conflict, mid-life circle, adolescence.

1. *Pediatra, Especialista em Medicina do Adolescente, Mestrando em Medicina e Ciências da Saúde CCS/HU – Londrina;*
2. *Psiquiatra, Professor Assistente, Mestre em Medicina e Ciências da Saúde – UEL – Londrina;* 3. *Professora de Estatística e Matemática Aplicada, Doutora em Estatística e Experimentação Agronômica pela ESALQ-USP – UEL – Londrina.*

Introdução

A adolescência é uma fase da vida, complexa e conturbada e é alvo de estudo para especialistas de várias áreas de atuação, particularmente a hebiatria. O que em geral não se leva em conta é o quanto a adolescência dos filhos é complicada para os pais. Estes pais que se angustiam ao ter a responsabilidade de conduzir a construção de um cidadão com moral, com sistema de valores, fundamentada na ética, no cuidado da família e do próximo.

Ao longo do desenvolvimento da criança, a função de cuidar, na maior parte das vezes, é exercida pelos pais¹. Nos primeiros anos de vida há marcos do desenvolvimento que servem de guia. Cada etapa cumprida é vista como uma conquista, garantia de que o desenvolvimento está avançando normalmente. Porém, as mudanças da adolescência não são vistas com os mesmos bons olhos². O movimento nesta fase não significa “uma ruptura com a família, mas uma transformação de vínculos de dependência para um vínculo de mais autonomia., sendo que tal processo tende a ser doloroso tanto para os adolescentes como para os pais”³, é uma época de grande crescimento e também de grandes perdas. Os jovens precisam se “independizar” dos pais e para romper com estas pessoas tão importantes, necessitam criar uma imagem negativa do pai e da mãe, desvalorizando-os, para ter a justificativa que precisam para atenuar a ligação tão forte⁴. Assim, distanciamento e confronto temporário com os pais é um fenômeno comum, considerando-se motivos de preocupação a ausência destes sinais e a perpetuação da dependência entre adolescente e família⁵.

Para os pais, lidar com a queda da imagem de figuras idealizadas, que geralmente acontecem na adolescência, é muito difícil⁶. A individualização do filho e a sua posterior saída de casa, mesmo que inevitáveis, consentidas e necessárias, são sentidas como uma perda numérica, e também emocional. Assim sendo, a individualização, a rebeldia e a contestação fazem parte da adolescência normal⁷. Diante de comportamentos diferentes da fase anterior, é comum que os pais se sintam rejeitados, assustados e temerosos, pensando que um comportamento bizarro vai permanecer por toda a vida⁸. A tarefa dos pais é permitir a saída dos filhos para o mundo em busca de sua própria identidade e a prevenção das disfunções se obtém trabalhando o difícil equilíbrio entre dar liberdade e colocar limites, sendo necessário, para tanto, o desenvolvimento da capacidade de aceitar e negociar opiniões diferentes dentro da família⁹.

A adolescência afeta o ciclo vital familiar. As origens da transformação familiar são decorrentes das tarefas desenvolvimentais do adolescente que começa com o rápido crescimento físico e maturação sexual e termina com os movimentos que buscam solidificar a identidade e estabelecer a autonomia em relação à família. A chegada dos filhos à adolescência sinaliza que os pais estão chegando à meia-idade⁹. As crescentes aquisições e capacidades, põem em xeque a posição até então incontestada dos pais como líderes e ídolos e os coloca em situação de despedida de sua própria mocidade e diante da inevitável e dolorosa realidade de uma velhice e morte cada vez mais próximas. Enquanto os filhos projetam-se em direção ao futuro, os pais se agarram ao passado, na tentativa de eternizar uma juventude evanescente. Com a chegada dos filhos à adolescência, os pais precisam elaborar o luto pela perda de sua condição de adultos jovens, e de cuja adequada elaboração dependerá em boa parte a satisfatória convivência com seus filhos. É chegada a hora de fazer um balanço em suas próprias realizações e os pais enfrentam as frustrações decorrentes da constatação de que muitas de suas aspirações adolescentes não foram concretizadas⁷. Os pais vivem a crise da meia-idade (faixa dos 40-50 anos). Com a crescente independização

dos filhos, têm mais tempo para repensar suas escolhas, para questionar que rumo dar à segunda metade de suas vidas^{9,10}. Este processo é ainda mais especial para as mães que se sentem semi-desempregadas, se até o momento tinham a casa e a família como focos^{3,5}. É uma época de mudanças, e muitos casamentos que se sustentavam no cuidado dos filhos entram em crise nesta fase de “virada” da vida¹⁰. Os pais experimentam um novo período de transição, - “Segunda Adolescência”⁵ -, onde situações não resolvidas, assim como emoções vividas durante a sua adolescência vêm à tona e vão influenciar no relacionamento com os filhos. Os pais que não resolveram suas próprias questões de adolescência, apresentam dificuldades em guiar o adolescente, tendendo a bloquear ou acelerar o seu desenvolvimento de forma inadequada. Na situação de conflito, os pais podem reagir com extrema confusão, raiva ou ressentimento e podem repetir antigos padrões de relacionamento da família de origem¹⁰. A forma como o pai/mãe viveu sua adolescência determinará a qualidade do relacionamento e as implicações a que estará sujeito o filho adolescente⁶.

Além disso, para os pais dos adolescentes de hoje há um agravante, pois estão imersos em um profundo dilema: educar os filhos com a liberdade pela qual lutaram ou reproduzir a educação autoritária que receberam. Os pais de hoje consideram-se “psicologizados”, rejeitam grande parte do que seus pais fizeram e estão tomados pela intenção de fazer com que os filhos sejam mais felizes do que eles próprios. Este detalhe faz com que muitos pais se percam, com medo de impor limites, parâmetros e referenciais aos filhos¹¹.

Essa contradição faz com que o discurso liberal e psicologizante instalado na “camada superficial de seus seres” entre em conflito com a “camada profunda”, na qual estão gravadas as vivências íntimas de suas experiências, resultantes da educação, baseada em regras rígidas e imutáveis. Essas duas “camadas” alternam-se no decorrer da educação dos filhos, sem que os pais tomem consciência. Enquanto os filhos são pequenos, as questões que se apresentam não provocam tensão, a “camada periférica” funciona bem. Porém na adolescência, as questões que se apresentam aos pais mobilizam a camada mais profunda. Quando esta camada é acionada, os pais fazem uso das mesmas atitudes que condenavam em seus próprios pais¹¹.

Pelo que estamos vendo e sentindo, os pais de hoje, por estarem espremidos entre duas forças poderosas – a tradição e os lemas das revoluções - acabaram perdendo a espontaneidade no trato com os filhos. Para os filhos, naturalmente, essa mensagem dúbia causa uma razoável confusão¹¹.

As dificuldades do relacionamento entre pais e filhos adolescentes, levaram à realização deste estudo que foi planejado com o objetivo de estabelecer um quadro referencial a partir da contextualização do impacto da fase da adolescência, com a finalidade de um melhor entendimento da visão dos pais de adolescente em relação a essa fase da vida de seus filhos.

Métodos

O delineamento do estudo foi transversal, com a aplicação de um questionário estruturado com questões fechadas, composto de três subgrupos de perguntas: dados gerais do sujeito da pesquisa; dados sobre o filho cuja adolescência traz a estes pais maiores questionamentos; questões que tem a ver com a experiência de viver a adolescência.

O questionário foi respondido pelos pais de adolescentes de dez a vinte anos, regularmente matriculados no Colégio Estadual Marcelino Champagnat, localizado na região central de Londrina, após passar por um processo

de pré-testagem do instrumento pelos pais de adolescentes atendidos em consultório particular e aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa.

Os pais foram convocados para a palestra motivacional, com o tema Adolescência x Família: uma confluência de crise, no mês de março de 2005. O questionário foi entregue diretamente aos pais; somente participaram do trabalho os pais que assinaram o termo de consentimento. Os esclarecimentos sobre a pesquisa foram repassados, enfatizando o objetivo, a questão ética, a confidencialidade dos dados, enaltecendo a garantia do anonimato, o que permitiu maior liberdade nas respostas. Na seqüência, foi dado um tempo suficiente para que os sujeitos pudessem responder ao instrumento. O tempo médio foi de 45 minutos.

O instrumento foi respondido por 89 participantes, porém a amostragem ficou restrita a 85 pais, pois houve duas perdas, sendo uma pelo fato de o sujeito da pesquisa ser a avó e outra pelo fato do filho ter apenas 8 anos e duas exclusões em virtude dos sujeitos da pesquisa terem feito confusão em relação aos dados de identificação, misturando os seus com os do adolescente. Houve uma boa receptividade por parte dos pais, mas alguns demonstraram alguma dificuldade na compreensão, necessitando de explicações gerais adicionais quando se tomou o cuidado para que não houvesse indução nas respostas dos participantes.

Os dados obtidos foram organizados e analisados segundo técnica quantitativa. A quantitativa se refere ao tratamento do material recolhido no campo, procedendo à ordenação, classificação e análise de conteúdo propriamente ditas¹².

Resultados e discussões

1. Dados dos Sujeitos da Pesquisa e seus Filhos Adolescentes

A maioria dos participantes da pesquisa eram mães (71,8%). A idade dos pais variou entre 28 e 61 anos com média de 41,1 anos e mediana de 41 anos, com maior contingente na faixa etária superior a 40 anos de idade. Quanto ao estado civil observou-se que a grande maioria era casada (76,5%), sendo a raça branca a predominante (76,5%).

Consideramos adolescência, o período compreendido entre os 10 e os 20 anos, conforme Organização Mundial de Saúde (OMS), portanto, dos 122 filhos adolescentes aproximadamente a metade era do sexo masculino (47,5%). A idade média ($\pm dp$) foi de 13,1 \pm 2,2 anos, sendo que a maioria se encontrava na faixa etária de 10 a 16 anos (87%).

2. Experiência de Viver a Adolescência dos Pais e dos Filhos

Tabela 1. Como os pais vivenciaram a sua adolescência e vivenciam a meia idade

Vivência da adolescência e meia idade	Freqüência	Porcentagem
Como você vivenciou a sua adolescência?		
·Não teve adolescência	6	7,1%
·Foi rebelde, contestador(a), e deu muito trabalho, teve brigas com os pais e escola	3	3,5%
·Foi a melhor época da vida - os anos dourados	17	20,0%
·Era respeitador(a) e estudioso(a); tinha muitos sonhos, desejos e esperanças	43	50,6%
·Fez uso de drogas, álcool, cigarro	-	0,0%
·sentia se excluído, com muita angústia, desengonçado(a), com dificuldades de entender sua sexualidade (medo da impotência, masturbação, menstruação)	3	3,5%
·Múltiplas respostas	10	11,8%
·Ausência de resposta	3	3,5%
Quais são as suas preocupações na fase de meia idade?		
·Preocupados em ter de abandonar a imagem da juventude, preocupados com a aposentadoria e deparando com a morte	-	0,0%
·Sem preocupações, pois encaram apenas como uma crise necessária, um evento normal da vida	16	18,8%
·Fase de reorientação da vida, quando é necessário fazer uma avaliação da carreira profissional e dos relacionamentos	8	9,4%
·Fase da vida em que precisam cuidar das gerações mais antigas e das mais novas	9	10,6%
·Fase em que estão tentando conciliar o trabalho, os relacionamentos e preocupados em realizar projetos pessoais; momento de viver o seu próprio sonho e não ser coadjuvante do sonho de outra pessoa	11	12,9%
·É a melhor época da vida, em que estão mais livres, mais sábios, mais fortes, mais autoconfiantes do que nunca	33	38,8%
·Múltiplas respostas	4	4,7%
·Ausência de resposta	4	4,7%
Total	85	100,0%

Os sujeitos da pesquisa vivenciaram a adolescência de forma respeitadora em relação aos seus pais, foram estudiosos e tinham muitos sonhos, desejos e esperanças (50,6%). Na época da adolescência dos pais de adolescentes de hoje, a educação era autoritária. Quando este adolescente fazia algo que os pais desaprovavam, bastava um deles dizer: "você não fará isso porque eu não quero", e o assunto estava encerrado. Aparentemente, são pais que se lembram da própria juventude e tentam, de uma forma mais amena, transferir para os filhos ideais que eles próprios não conseguiram realizar.

E a seguir, os pais acham que a adolescência foi a melhor época da vida – os anos dourados, assim como tendemos a aceitar o mito de que a infância é feliz e sem maldade. Mas a infância não é toda cor-de-rosa e os anos da adolescência não são dourados. Por que será que os pais não se lembram das dores, das paixões e das questões da adolescência, da tristeza de ser diferente, do medo de que aquelas partes essenciais do corpo, os seios, o pênis, a cintura nunca atingissem as dimensões adequadas? Quem tem coragem de se reconhecer nesses sentimentos? É importante que os pais mostrem para os filhos

que também tiveram sofrimentos ao passar por essas fases. Provavelmente teriam dado pais e mães bem interessantes – e verossímeis¹³.

Apesar da pesquisa apontar que os pais entendem que a meia-idade é a melhor época da vida, em que estão mais livres, mais sábios, mais fortes e mais autoconfiantes

do que nunca (39%), seguido da afirmação de que é a fase sem preocupações, pois encaram apenas como uma crise necessária, um evento normal da vida (19%), a Terapia Familiar Sistêmica entende que as demandas dos filhos adolescentes reativam questões pertinentes à da “família adolescente” (tabela 1).

Tabela 2. Estilo de educação dos filhos

Estilo de educação dos filhos	Freqüência	Porcentagem
Que tipo de educação o(a) seu (sua) parceiro(a) dá aos filhos:		
·Muito tradicional, antiquada	2	2,4%
·Tradicional em algumas coisas, moderna em outras	72	84,7%
·Muito moderna, liberal, deixando-o(a) livre para fazer as coisas	1	1,2%
·Contraditória e confusa, deixando-o(a) inseguro em muitas coisas	5	5,9%
·Ausência de resposta	5	5,9%
O estilo de educação dos filhos, o(a) seu(sua) parceiro(a):		
·Educa com rigidez e exerce controle excessivo sobre a vida dos filhos; mostra baixo grau de afeto	5	5,9%
·Não estabelece regras e não assume a responsabilidade de educar os filhos	3	3,5%
·Submete-se aos caprichos dos filhos, mostrando-se muito paciente e condescendente; trata os filhos com muito afeto	15	17,6%
·É firme na colocação de limites, trata os filhos com afetividade	56	65,9%
·Ausência de resposta	6	7,1%
Total	85	100,0%

Na opinião dos pais, o(a) parceiro(a) na grande maioria das vezes (85%) oferece aos filhos um modelo de educação que mistura as tendências moderna e tradicional. Isso significa que os pais de hoje são modernos em algumas coisas e tradicionais em outras. Uma parcela muito pequena (2,5% ou menos) consideram os(as) parceiros(as) antiquados(as) ou modernos(as), liberais. Apenas 6,0% dos pais afirmaram que o(a) parceiro(a) não têm linha educacional, sendo contraditórios(as) e confusos(as) em suas atitudes, deixando inseguro. Portanto, os pais podem ser modernos, tradicionais ou um misto dos dois, mas se agem com coerência, se estão firmemente definidos a respeito do que desejam em termos da educação dos filhos e se têm amor e atenção para dar, provavelmente qualquer das três posturas trará bons resultados. Conclui-se que é fundamental que os pais tenham diretrizes, objetivos e metas na educação⁴.

Em relação ao estilo de educação dos filhos, o(a) seu(sua) parceiro(a), 66% assinalou a alternativa: é firme na colocação de limites, trata os filhos com afetividade. São pais que conseguem equilibrar afeto e limite. O grande desafio na educação dos filhos é aprender a focar os problemas, sem agredir a personalidade do filho. São pais que expressam sua opinião com segurança, mostram abertura para discutir regras estabelecidas, estabelecem limites claros em ambiente protetor e educativo, e em contrapartida permitem a participação dos filhos nas decisões importantes, valorizam a independência, mas exi-

gem responsabilidade, cumprem o que prometem e respeitam os sentimentos do jovem¹⁴ (tabela 2).

A maioria (81,2%) respondeu que não considera seu(sua) filho(a) adolescente rebelde, contrariando a literatura, que frisa que o adolescente necessita contestar os valores da família e da sociedade em que vive, no seu processo de individualização.

É possível que a maior afluência de pais de filhos com problemas menores ou de pais mais cuidadosos com os seus filhos tivessem tido mais interesse em participar da pesquisa. Talvez devêssemos levar em conta a observação muito sugestiva das professoras do colégio de que “os pais dos alunos problemáticos não participam das reuniões da escola”. Este trabalho não enfocou este ponto, sendo importante para futuros trabalhos, uma metodologia que se preocupe com os pais de adolescentes problemáticos.

Barros¹⁵ relata que na fase média (13 a 16 anos), o adolescente confronta a autoridade dos pais, adotando uma postura crítica e se libertando dos ídolos paternos, enquanto na fase inicial (10 a 12 anos) a procura de independência e a perda do controle do comportamento alteram as relações com os pais, despertando nestes sentimentos de perda, tristeza e angústia. Portanto, pode se perceber que nesta pesquisa, houve participação de pais de adolescentes na fase inicial (57 dos 122 adolescentes), podendo justificar a resposta assinalada pelos pais.

Tabela 3. Característica do filho adolescente

Característica do filho adolescente	Freqüência	Porcentagem
Você considera seu filho(a) adolescente rebelde?		
·Sim	16	18,8%
·Não	69	81,2%
Qual a característica que marca o seu filho(a) adolescente?		
·Mal-agradecido(a), irresponsável, respondão e com acessos de mau humor	8	9,4%
·Preguiçoso(a), desligado(a) do mundo, desleixado(a), alienado(a)	10	11,8%
·Dono(a) da verdade, cínico(a), tirano(a)	2	2,4%
·Filho(a) na fase de transição de desenvolvimento, ser em desenvolvimento	54	63,5%
·Em sofrimento, angustiado(a)	1	1,2%
·Múltiplas respostas	5	5,9%
·Ausência de resposta	5	5,9%
Total	85	100,0%

Tabela 4. Quais os medos dos pais e as formas de ajuda aos filhos

Os medos dos pais e as formas de ajuda aos filhos	Frequência	Porcentagem
Qual é o maior medo em relação ao futuro do seu filho?		
·Drogas	46	54,1%
·Agressividade, violência e delinquência	2	2,4%
·Homossexualismo	2	2,4%
·Sexualidade sem proteção e gravidez precoce	7	8,2%
·Suicídio	5	5,9%
·Mau desempenho escolar e desemprego	9	10,6%
·Múltiplas respostas	9	10,6%
·Ausência de resposta	5	5,9%
Como vocês poderiam ajudar seus filhos adolescentes?		
·Através do diálogo, ouvindo seus pontos de vista, tratando os filhos com respeito	63	74,1%
·Sendo mais firmes nos limites	2	2,4%
·Deixando-os realizar todos os desejos		
·Sendo mais impositivos, mais autoritários	1	1,2%
·O que tinha que fazer já fiz – “eu lavo as mãos”	-	0,0%
·Procurando orientação na escola, igreja, com outros pais e profissionais	11	12,9%
·Múltiplas respostas	8	9,4%
TOTAL	85	100,0%

Tabela 5. Como os pais podem se cuidar durante a adolescência do(a) filho(a).

O que podem fazer para se cuidarem durante adolescência do filho?	Frequência	Porcentagem
·Informar-se melhor sobre os estágios da adolescência; aceitar a separação progressiva do adolescente	46	54,1%
·Resgatar a autoridade dos pais na educação dos filhos	28	32,9%
·Tomar remédio para controle emocional; fazer terapia ou arrumar alguém para que possa desabafar os seus problemas	-	0,0%
·Tentar relaxar: tirar férias, praticar exercícios físicos, reservar tempo para o lazer	2	2,4%
·“Entregar os pontos”: fazer tudo o que o adolescente quer, fugindo da tarefa de educar o filho adolescente O que eu tinha que tentar fazer para ele entender eu já fiz, agora é rezar	-	0,0%
·Não depositar muita responsabilidade e expectativa no filho	3	3,5%
·Múltiplas respostas	5	5,9%
·Ausência de resposta	1	1,2%
Total	85	100,0%

Apesar dos pais terem assinalado de forma muito discreta, a marca da adolescência é um sofrimento interno chamado angústia, em decorrência da deformação dos aspectos corporais, produzida pelas mudanças hormonais¹⁶ (tabela 3).

Os pais apontaram como o maior temor em relação ao futuro do filho, o uso das drogas. Para os pais resta, nesta fase da vida, colher os frutos da educação ministrada desde os primeiros meses de vida da criança e manter os limites que devem ser revistos continuamente, à medida que aumenta a competência dos filhos para definir seus caminhos. As crianças e os adolescentes precisam ser cuidados. Cuidados significam agüentar as angústias dos adolescentes, pois angústias não “esvaziadas” propiciam busca de outras saídas, que a nossa sociedade oferece em cada esquina: bares, drogas, violência, sexo sem proteção, etc. Hoje, os pais têm muitos “vilões” a ameaçar constantemente os projetos de felicidade¹⁶.

Diante de tantos vilões, a opção de ajuda para os adolescentes é o diálogo, ouvindo os pontos de vista, tratando os filhos com respeito (74%). A atual geração de pais acredita que esta é a melhor forma de comunicação. A grande mutação na relação pais e filhos no mundo de hoje tenha sido justamente o abandono das alternativas de proibir ou permitir para o surgimento de uma atitude de negociar e dialogar, oportunizando o encontro de novas soluções que se apóiam em concessões de parte a parte e ensinam o incremento da confiança recíproca e da tolerância mútua nas relações entre as gerações⁶ (tabela 4).

A opção de cuidado a adotar para se preservarem

durante os anos tumultuados da adolescência dos filhos é, informar-se melhor sobre os estágios da adolescência e aceitar a separação progressiva do adolescente (54%); seguido pelo resgate da autoridade paterna na educação dos filhos (33%) (tabela 5). Este trabalho vai ao encontro dessa necessidade dos pais: informá-los sobre as tarefas desenvolvimentais do adolescente, assim como sobre a fase em que está passando, para propiciarem uma separação com menos trauma para os filhos quanto para os pais. “Os profissionais de saúde têm várias obrigações: 1- mostrar aos pais como se desenrola a adolescência sadia, a fim de que eles compreendam as alterações durante o desenvolvimento; 2- chamar a atenção para a importância cada vez maior dos pais, sobretudo quando as influências externas sobre o adolescente – mídia, amigos, escola – praticamente não têm limite; 3- educar os pais dos jovens, como é feito com pais de bebês e lactentes”¹⁷.

Para que os pais mantenham a saúde mental são fundamentais: 1- que se instrumentalizem através da leitura de livros e revistas que enfoquem assuntos sobre a adolescência; 2- arrumar amigos que sejam pais de adolescentes para quebrar o isolamento; 3- formação de grupos de pais de adolescentes para que possam discutir as coisas boas e ruins para que o pai possa perceber que o que está acontecendo em casa não é tão diferente do que está acontecendo nas casas de outros adolescentes; 4- lembrar que grande parte de papel como pai é nutrir a esperança de seu adolescente, não se esquecendo de cuidar de sua própria esperança, o que o manterá em movimento, mesmo nos dias mais difíceis¹⁸.

Conclusão

Esta pesquisa, baseada na coleta de dados de pais de adolescentes, acompanhada de palestra motivacional, estabeleceu um quadro referencial a partir da contextualização da fase de adolescência no contexto familiar, com a finalidade de um melhor entendimento da visão dos pais de adolescentes. De acordo com os dados levantados em nosso trabalho, verificamos que a maioria dos participantes vivenciou a adolescência recebendo uma educação tradicional, e que acham que o parceiro oferece a mesma educação recebida, ainda que mais modernizada, no entanto, são firmes na colocação de limites e tratam os filhos com afetividade.

São pais que têm preocupação em manter a hierarquia de papéis, que respeitam a opinião dos filhos e ten-

tam negociar os conflitos, através do diálogo. Vivenciaram o respeito aos pais mais velhos e consideram como dever dos adolescentes também respeitá-los e tê-los como referência. Consideram que seus filhos não são rebeldes, ainda que estejam numa fase de transição de desenvolvimento e sabem ponderar sobre o que realmente vale a pena quando o filho se torna questionador e os enfrentam. Os seus maiores temores são o uso de drogas pelos filhos.

Os pais consideram-se satisfeitos com esta época de suas vidas, quando estão mais sábios e mais autoconfiantes e acreditam finalmente, que a forma preferencial de se cuidarem durante os anos da adolescência do filho seria a busca de mais informações sobre a fase em que o filho está passando.

Referências Bibliográficas

1. Aratangy LR. Desafios da convivência. São Paulo: Gente, 1998.
2. Fenwick E, Smith T. Adolescência: guia de sobrevivência para pais & adolescentes. São Paulo: Ática, 1996.
3. Outeiral JO. Adolscer: estudos sobre adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
4. Zagury T. O adolescente por ele mesmo. 9ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1996.
5. Cerveny CMO, Berthoud CME, Bergami NBB et al. Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
6. Baptista Neto F, Osório LC. Aprendendo a conviver com adolescentes. 2ª ed. Florianópolis: Insular, 2002
7. Souza RP. O adolescente do terceiro milênio. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1999.
8. Carter B, McGoldrick M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
9. Falceto OG. "Famílias com adolescentes: uma confluência de crises". In: Prado LC. (org.). Famílias e terapeutas: construindo caminhos. Porto Alegre: Artes Médicas. 1996.
10. Tiba I. Adolescência: o despertar do sexo. São Paulo: Gente, 1994.
11. Minayo MCS (Org.). Pesquisa Social Teoria, Método e Criatividade. 18ª ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
12. Aratangy LR. Pais que educam filhos que educam pais. São Paulo: Celebris, 2003.
13. Bom Sucesso EP. Afeto e limite: uma vida melhor para pais e filhos. Rio de Janeiro: Dunya, 1999.
14. Barros R. "O adolescente e a família". In: Maakaroun MF, Souza RP, Cruz AR. Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991.
15. Capelatto I. Diálogos sobre a afetividade: o nosso lugar de cuidar. Londrina: ViraSer, 2001.
16. Coates V. "Repercussões da adolescência no âmbito familiar". In: Coates V, Beznos GW, Françoso LA. Medicina do Adolescente. 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 2003.
17. Riera M. Filhos adolescentes: um jeito diferente de lidar. São Paulo: Summus, 1998.

Anorexia nervosa.

Anorexia nervosa.

Darci Vieira da Silva Bonetto

Resumo

Objetivo: Revisar a literatura acerca da anorexia nervosa na adolescência, abordando diagnóstico, e tratamento.

Fonte de dados: Informações através de revisão bibliográfica.

Síntese de dados: Neste artigo, além das informações gerais da anorexia nervosa, são abordados alguns tópicos sobre diagnósticos, e tratamento.

Conclusão: Alguns pacientes se recuperam completamente, após episódios isolados. As chances de cura não são alentadoras: 30% ganham peso, 35 % voltam a engordar, 25% continuam sendo crônica, 10% jamais encontram a cura.

Palavras-chave: Anorexia, adolescentes, ferro, nutrição, anemia.

Abstract

Objective: To review recent data concerning anorexia nervosa in adolescents, focusing on diagnosis and treatment.

Data Sources: Literature review.

Summary of the findings: General information concerning anorexia nervosa is discussed, as well as some other frequently observed topics, like diagnosis and treatment for those patients.

Conclusions: Some patients recover completely, after isolated episodes. Possibilities of cure are not encouraging: 30% gain weight, 35% get fat again, 25 % keep on being chronic anorexic, 10% never reach the cure.

Key words: Anorexia, adolescents, iron, nutrition, anemia.

Introdução

Atualmente há uma valorização exacerbada da perfeição corporal, e com isto um grande numero de pessoas, que buscam o corpo idealizado, encontram-se afetadas por alterações psíquicas, caracterizadas por distúrbios na representação pessoal do esquema corporal, impondo-se a si mesma uma grande perda de peso.

Os transtornos alimentares acometem mais adolescentes e adultos jovens ,apesar de ocorrer em adolescente do sexo masculino em torno de 5%, são mais frequentes em adolescentes do sexo feminino, principalmente das classes A e B, as quais se envolvem em atividades profissionais que exigem maior exposição ou cuidados com o corpo, como balé, ginástica olímpica, cinema, televisão, passarela.

Na antiguidade já haviam referências aos transtornos alimentares,os quais eram designados com o termo fatidum, informações encontradas em fontes latinas da época de Cícero¹.

Entre o século XVII a XIX a anorexia nervosa recebia nome de Anorexia Histérica, além de outras denominações.

Em 1914 o doutor Simmonds descreveu o transtorno com o nome de Caquexia Hipofisária¹.

No final do século XIX a anorexia surgiu como um entidade clinica independente com sintomatologia e patologias distintas.

Em 1940 surgiram teorias de causas psicológicas, assegurando que a anorexia nervosa simbolizava o repúdio da sexualidade com predominâncias de fantasia oral.

Em 1970, começaram a surgir critérios padronizados para o diagnóstico da doença com base nos distúrbios psicobiológicos e psicopatológicos.

Cordas (1998) relata que na idade média existiram santas que tinham comportamento anoréxico com objetivo de purificação, jejuavam em nome de um ideal, o que é diferente de hoje que o objetivo das anoréxicas é apenas satisfação individual.

Atualmente tem-se a idéia de que a origem biológica, seja hipotalâmica, e que existe uma inter-relação complexa nas alterações psicológicas.

Definição

Anorexia nervosa é uma doença que afeta mulheres, pré-púberes, adolescentes e adultas, assim como homens, mas com menor freqüência.

Caracteriza-se por uma perda de peso, por meio de restrição alimentar e excesso de atividade física.

O termo anorexia vem do grego "an" que significa deficiência ou ausência de, e "orexis", apetite. Atualmente entende-se que os pacientes não sentem falta de apetite, mas recusam-se a ingerir alimentos com intuito de emagrecer ou medo de engordar, sentem fome, mas controlam com extrema rigidez, o que ocasiona um grande sofrimento. Existe uma hostilidade para com o peso². Relato de uma paciente de 13 anos: **"....sabe o quanto eu sofri? Quanto eu passei fome para chegar neste peso?"**

Os pacientes com anorexia, experimentam medo de perder o controle sobre a quantidade de alimento que vão ingerir, e conseqüentemente vir a engordar.

Causas

Várias são as causas que determinam os transtornos alimentares: biológicas, psicológicas e socio-culturais. as quais agem em intensidade diferente, dependendo da pessoa.

Diversos fatores de vulnerabilidade, predispõe os adolescentes a desenvolverem anorexia nervosa:

- 1- repressão aos gordos com a valorização da magreza;
- 2- estímulo imposto pela mídia através de filmes ,atrizes e modelos extremamente magras;
- 3- sociedade que exige uma competitividade, e sucesso da mulher;
- 4- hereditariedade pode ser um dos possíveis fatores;
- 5- família muito crítica ,rígidas, intrusivas e mães muito incisivas, com muita exigência com a definição corporal da filha;
- 6- relação afetiva distante com o pai, o qual aparece como figura mais fraca e conflito com a figura materna.

Ainda de acordo com Cordas:

1- na visão psicanalítica , as anorexias passam , ao longo da vida , por diversas experiências de conflito e sofrimento psíquico, relacionados com aceitação de si mesmo e as suas necessidades básicas;

2- na visão cognitiva pessoas com este problema tem experiências que as fazem sofrer, pensam que seriam mais valorizadas se tivessem uma aparência determinada, apresentam erros de raciocínio ou distorções cognitivas que justificam continuar mantendo esses comportamento sem argumento lógico que justificam tais idéias³;

Herscovici⁴ concorda com Bruch ao afirmar que a predisposição fundamental nos casos de anorexia é atribuí-

da a um déficit do **eu** no que se refere a autonomia e ao domínio do próprio corpo, que se dá conta de um sentimento de ineficácia pessoal.

Bioquímica cerebral

O sistema neuroendócrino tem papel importante nos transtornos alimentares e entre eles a anorexia nervosa.

Através de mecanismos complexos , altamente equilibrados,o sistema neuroendócrino regula a função sexual, o apetite, a digestão, o crescimento, o sono, as funções cardíacas, renais, as emoções, o pensamento e a memória. Muitos destes mecanismos estão comprometidos com a doença.

Importantes alterações dos neurotransmissores, levam a modificações fisiológicas e comportamentais, que caracterizam a doença.

Conseqüências

Atraso puberal - a paciente no início da puberdade pode apresentar regressão do eixo epitalâmico-hipófise-gônadal com mudanças na morfologia ovariana, assim como deficiência estrogênica com conseqüente osteopenia e osteoporose. No início da adolescência, a má nutrição, deficiência estrogênica,excesso de glicocorticoides e pouca massa corporal, pode interromper a formação normal do osso mineral e comprometer o pico da massa óssea, na vigência da anorexia nervosa.

O pico da massa óssea ocorre entre 10 e 16 anos de idade na mulher sendo influenciado por atividade física, nutrição, fator genético, massa corporal ,esteróides sexuais, fator genético e massa corporal.

Pacientes com anorexia terão uma redução de densidade mineral óssea por aumento na reabsorção óssea (osteoclastos). Mais da metade de pacientes com anorexia nervosa desenvolverão osteoporose, em um ano, sendo fator predisponente para isso a deficiência estrogênica^{5,6}.

Diagnósticos

Os transtornos alimentares são diagnosticados com base na genética, ambiente, metabolismo, e estudo da personalidade.

Alguns dados são importantes para diagnóstico:

- recusa de manter peso, acima do mínimo normal para altura e a idade;
- perda de peso maior que 25% do peso corporal original;
- exclusão de doença física relacionada com perda de peso e amenorréia;
- medo de ganhar peso e ser obesa;
- distorção da imagem corporal⁷.

Dentro dos critérios diagnósticos encontramos:

- 1- Tipo restritivo (anorexia nervosa);
- 2- Tipo compulsivo periódico/purgativo (bulimia);

Tipo restritivo - não há auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas. Perde peso pela dieta e exercícios excessivos, mas tem melhor prognóstico do que o tipo compulsivo.

Tipo Compulsivo periódico/purgativo - neste caso existe a auto indução de vômito, uso de laxante diurético,enemas.Estes são mais propensos a outros problemas, como abuso de álcool ou outras drogas, maior instabilidade de humor e são sexualmente ativos compulsivos^{8,9,10}.

Alterações físicas

Antes das alterações clínicas a paciente apresenta hiperatividade,e exerce atividade física intensa.

Queixa: dor abdominal, obstipação, amenorréia secundária.

Exame físico : falta de gordura subcutânea acentuada, aparência esquelética, pele fina, fria, seca, áspera, rugosa, lanugem rala nas costas e face, pulso lento, pressão baixa, bradicardia (batimentos cardíacos menor que 60 por minuto) hipotensão temperatura corporal baixa em torno 35,6 c^o extremidades frias as vezes azuladas, IMC < de 17,5 kg/m².

Ocorrem alterações:

-no sistema cardiovascular; arritmia, bradicardia, diminuição da circulação periférica, insuficiência cardíaca congestiva;

-hematológica, anemia (ferropriva), leucopenia (predisposição a infecção) plaquetopenia, e deficiência de vitamina K;

-gastrointestinais; obstipação, diminuição da motilidade intestinal, pancreatite alterações de enzimas do fígado;

-renal:diabete insipidus;

-distúrbio hidroeletrolítico, hipoglicemia, hipopotassemia, alcalose metabólica^{5,6}.

Alterações de personalidade

Manifestam irritabilidade e sintomas depressivos. Muitos dos aspectos depressivos podem ser secundários a seqüelas fisiológicas e clínicas da desnutrição. Características Obsessiva Compulsiva são frequentes, assim como sentimento de inutilidade, necessidade de controlar o próprio ambiente, perfeccionismo, passividade, introversão, dificuldade de expressão emocional.

Estas adolescentes apresentam, alteração do comportamento alimentar, como por exemplo esconder comida nos armários, banheiros, colecionar receitas de comidas⁵.

Diagnóstico complementar

Linfopenia, trombocitopenia;

Aumento do nível sérico de caroteno, causando amarelamento da pele;

FSH, LH níveis baixos;

Anemia;

A função renal é normal exceto nas pacientes que usam diurético diariamente;

Resposta do LH ao teste do LHRH é muito reduzida, e está diretamente relacionada a perda de peso;

T3 baixo;

T4 normal ou diminuída, TSH normal;

hipomagnesemia;

hipozinquemia;

hipofosfatemia e hiperamilasemia;

Somatomedina baixa;

Cálcio baixo;

Uréia alta;

Fósforo diminuído – mau prognóstico;

Eletroencefalograma pode mostrar anormalidades difusas, refletindo uma encefalopatia metabólica, conseqüente aos distúrbios hidroeletrolíticos⁵.

Eletrocardiograma - são observadas diminuições do ritmo cardíaco (bradicardia sinusal) prolongamento do intervalo QT no ECG.

Densitometria ossea é indicada para avaliação das pacientes com anorexia nervosa, é útil para estabelecer o diagnóstico de osteopenia ou osteoporose, este exame é indicado em paciente com amnorreia de mais de 6 meses e deve ser repetido a cada 1 ou 2 anos.

Diminuição do IGF-1 (fator de crescimento da insulina 1) hormônio que tem trofismo pelo osso e estimula o seu crescimento por meio da função osteoblastica¹¹.

Tratamento

Reposição de ferro, zinco, e vitaminas A,B6,B12,E,D,C.

Reposição de cálcio sob forma de citrato de cálcio ou glutamato recomenda-se 500 mg a 1500 mg /dia, ingerido às refeições para facilitar a absorção, associar vitamina D 400 a 800unidades /dia, quando houver diagnóstico de osteoporose.

Clorpromazina 25mg três vezes ao dia.

Amitriptilina 10mg/dia inicial.

Fluxetina inicia com 20 mg/dia aumentando gradativamente de acordo com a necessidade.

Contraceptivo de baixa dosagem pode ser usado em pacientes com atividade sexual

OBS: Acetato de medroxiprogesterona pode causar ou acelerar perda ossea, portanto é contra indicado⁵.

Quando internar:

a- tentativa de suicídio;

b- IMC encontrar-se abaixo da faixa de 13 Kg/m², peso menor de 75% do peso mínimo esperado;

c- necessitar correção hidroeletrolítica;

d- hipotensão arterial;

e- necessidade de dieta hipercalórica;

f- correções metabólicas;

g- quando a paciente recusar colaborar;

h- quando a família não colaborar com o tratamento.

Psicoterapia:

Apoio emocional, terapia cognitivo-comportamental, terapia familiar.

Tratamento multidisciplinar, psiquiatra.

Orientação nutricional:

Iniciar com 500 calorias/dia e aumentar progressivamente até 2000 calorias¹⁴.

Orientação de atividade física:

Esta estimula o conteúdo ósseo no esqueleto, mas consome calorias necessária ao restabelecimento do paciente, contribuindo para perda de peso. É importante mas discutida e depende da gravidade da doença.

Conclusão

Adolescentes vivem conflitos com seu corpo¹⁵, mas alguns apresentam conflitos acentuados, como a distorção da imagem corporal, sendo que alguns pacientes se recuperam completamente, após episódios isolados, mas as chances de cura não são alentadoras: 30% ganham peso, 35 % voltam a engordar, 25% continuam sendo crônicas, 10% jamais encontram a cura.

É preciso tratar os pensamentos, sentimentos e as crenças inapropriadas, melhorar a organização dos afetos e da conduta, melhorar as inter-relações inter-pessoais e funcionamento social, obter apoio familiar ao tratamento, para prevenir recaídas.

Referências Bibliográficas

1. Cordas, T.A; Claudino, A.M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. In Revista Brasileira de Psiquiatria, dez.2002, Vol 24.
2. Bruch H. Eating Disorders. New York: Basic Books, 1993.
3. Cordas, T.A. Anorexia e bulimia: o que são? Como ajudar? Um guia de orientação para pais e familiares. Porto Alegre: ArtMed. 1998.
4. Herscovici, C.R.,; Bay L. Anorexia e bulimia. Porto Alegre: Artes Medicas. 1997.
5. Magalhães MLC Paulo. Ceiche., Reis JTL, Compendio de ginecologia Infante juvenil Méd 2003.
6. Saito M. Adolescência Prevenção e Risco- São Paulo -Atheneu 2001.
7. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC, 1994.
8. Ballone, G.J. Anorexia nervosa, in PsiqWeb, Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/anorexia.html>, revisto em 2003. Acesso em: 28 de agosto de 2005.
9. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
10. Costa C. O.M, Souza; RP, Adolescência Aspectos Clínicos e Psicossociais Artmed 2002.
11. Guimarães, A.M. Rossana, Herter, D. Liliane. Osteoporose em adolescentes com anorexia nervosa. Rev da Sogia-BR: nº 4. 2005.
12. Halmi, Katherine A. A 24 year old woman with anorexia nervosa. Jama Brasil , v.3 n. 1, jan /fev 1999.
13. Fischman, H Charles. Tratando adolescentes com problemas: uma abordagem de terapia familiar. Porto Alegre: Artes médicas 1996.
14. Herscovivi, CC. R. A escravidão das dietas: um guia para reconhecer e enfrentar os transtornos alimentares. Porto Alegre , editora Artes médicas 1997.
15. Aberastury, Arminda; Knobel, Maurício—Adolescência normal -Porto Alegre. Ed. Artes 1981.

Estresse na adolescência

Stress in the adolescence.

Beatriz Elizabeth Bagatin Veleza Bermudez

Resumo

Objetivo: O artigo apresenta uma revisão sobre estresse e problemas correlacionados na adolescência para pediatras.

Métodos: O estudo foi feito através de revisão não sistemática da literatura científica de artigos publicados entre 1997 e 2002.

Resultados: O estresse faz parte da vida, principalmente do adolescente que vive um momento de definição de sua nova identidade com conflitos internos e externos. Os adolescentes estressados avaliam negativamente sua saúde e seu desempenho, têm menos atividade física e começam a ter uma visão negativa do futuro. Adolescentes negligenciados, espancados ou que sofreram abuso sexual são mais propensos a ter estresse, repetir o comportamento violento com seus filhos e gravidez na adolescência, além de distúrbio do estresse pós-traumático, depressão e abuso de substâncias.

Conclusão: Muitas doenças e sua evolução estão associadas ao estresse. Suporte emocional deve ser dado para adolescentes negligenciados, espancados ou que sofreram abuso sexual ou com doenças como diabetes tipo I, doença péptica, AIDS, gravidez ou com problemas com a imagem corporal, filhos de pais hipertensos ou com doença mental.

O estresse prolongado produz lesões cerebrais irreversíveis como diminuição do hipocampo visível à ressonância magnética e diminuição da integração entre os hemisférios cerebrais.

Ensinar crianças e adolescentes a desenvolverem resiliência é um importante mecanismo para controlar o estresse, como também incentivar atividade física e dividir o tempo entre as obrigações e o lazer.

Palavras-chave: estresse, adolescência, resiliência, lazer.

Abstract

Objective: To provide pediatricians with updated information about stress and correlated problems that affect adolescents.

Methods: Non-systematic review of medical literature from 1997 to 2002.

Results: Stress is part of life, especially of the adolescent's, due to the moment of identity definition. It is lived with internal and external conflicts. Stressed adolescents see their health and physical performance more negatively, practice less sports and physical activities, and begin to have a negative view of themselves and their future. Neglected, and physically and sexually abused adolescents are at risk for feeling stress, getting precociously pregnant, and repeating violent behavior with their own children. Prolonged stress is associated with depression, post-traumatic stress disorder and drug abuse.

Conclusions: Many diseases (psoriasis, urticaria, stress fracture, etc.) and their evolution are associated to stress. Neglected adolescents or with history of emotional, physical or sexual abuse, diabetes mellitus, aids, peptic disease, pregnancy, problems with the body image, parental hypertension or parental mental disease need medical and psychological support. Irreversible cerebral alterations are being associated to chronic stress: non-specific white matter lesions, decreased hippocampal volume and decreased integration between the brain hemispheres. Teaching children and adolescents to develop resilience is important to combat stress. Leisure time is important so they may live without stress.

Key words: adolescence, stress, resilience, leisure.

Introdução

O estresse nasce de uma salva hormonal iniciada a partir de um conjunto de reações vinculadas a sentimentos como medo ou alegria, que excita ou irrita, decorrentes de uma alteração química do organismo. Dependendo da pessoa e da circunstância, ela pode lutar, fugir ou ficar paralisada^{1,2}.

O estresse persistente ou diestresse favorece doenças, interfere em concretizar um projeto de vida e nas atividades diárias (sono, apetite, atenção e comportamento)¹.

O adolescente é muito vulnerável ao estresse até assumir a sua nova identidade, definir suas metas e agir com autonomia e o mito que a criança não sofre estresse faz com que muitos pais, professores e pediatras não o detectem nem tentem estabelecer o seu controle². Preocupados em garantir um futuro profissional e social, os pais podem sobrecarregar a agenda da criança ou camuflar as suas ausências, ficando o filho em companhia de um professor e não da babá². A expectativa dos pais de que seus filhos vão obter os melhores resultados em sua vida social, profissional e acadêmica resultam, a qualquer fracasso da criança ou adolescente, em sentimento de fracasso e instabilidade emocional².

O que é estresse?

As primeiras referências à palavra "estresse" significando "aflição" e "adversidade" datam do século XIV¹. Em 1936, o endocrinologista Hans Selye definiu "estresse" como a reação do organismo com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que a irrite, amedronte, excite, confunda ou a faça imensamente feliz¹. Ao ser exposto ao eestresseor, um processo bioquímico instala-se, aparecendo taquicardia, sudorese excessiva, tensão muscular, boca seca e sensação de estar alerta. Há estressores externos e internos¹. Os primeiros são as situações que ocorrem fora do corpo e da mente da pessoa. Já os estressores internos são determinados pelo organismo do indivíduo, o modo de ser da pessoa (ansiosa, tímida, depressiva), neurose, crenças irracionais, falta de assentimento e dificuldade de expressão dos sentimentos¹. Frio, fome e dor são estressores biogênicos, não dependem de interpretação. Os psicossociais incomodam a pessoa em sua história de vida¹.

Para um evento atuar como eestresseor, ele necessita ser percebido por um dos receptores do sistema nervoso periférico. As mensagens são levadas pelos sistemas sensoriais para o cérebro e integradas com as representações da história da pessoa. Isso é retroalimentado para o sistema límbico e a interpretação emocional resultante desenvolve a reação que envolve um ou mais dos três eixos psicossomáticos do estresse: o neural, o neuroendócrino e o endócrino. O eixo neural, atuando através do hipotálamo, é o mais direto dos caminhos do estresse. Passa pela medula espinhal e atinge o órgão final pela via sistema simpático ocorrendo sua estimulação, enquanto a ativação via sistema parassimpático é relacionada à inibição. Se a situação de estresse perdurar por um período longo, o eixo neuroendócrino é ativado. A reação de "luta" e "fuga" ativa a medula da supra-renal, produzindo adrenalina e noradrenalina, com efeito mais duradouro. O terceiro eixo é responsável por uma fase mais crônica do estresse, o endócrino, subdividido em eixos: adreno-cortical, somatotrópico, tireoidiano e pituitário-posterior. Os impulsos originam-se no hipocampo e descem para o hipotálamo onde corticotropina é liberada para a hipófise, que produz hormônios que estimulam os órgãos-alvo (sistema cardiovascular, gastrointestinal, imunológico, pele e outros)¹.

O estresse está na sua ontogênese de: hipertensão arterial, úlceras gastroduodenais, obesidade, doenças respiratórias como a asma, câncer, tensão pré-menstrual, cefaléia, herpes simples, vitiligo, lúpus, colite ulcerativa, doenças imunológicas, retração gengival, depressão, pânico, surtos psicóticos, hipertensão arterial, comportamentos agressivos, desobediência inusitada, ansiedade, choro excessivo, enurese, gagueira, dificuldades de relacionamento ou aprendizado, pesadelos, insônia, birras, abuso de drogas, hiperatividade, dermatoses, cáries, dores abdominais, diarreias, tiques nervosos, disфонia e outros¹.

Segundo Selye (1952), o processo do estresse desencadeia-se em três fases: a fase de alerta, quando a pessoa se confronta com o eestresseor, o organismo se prepara para a "luta" ou "fuga" pela quebra da homeostase com ação exacerbada do sistema nervoso simpático e da desaceleração do sistema nervoso parassimpático para atuar com urgência para a preservação da vida. Restaurada a homeostase, a pessoa sai da fase do alerta sem complicações¹.

Quando o eestresseor é de longa duração, ou sua intensidade é demasiada para a resistência da pessoa, começa a fase de resistência ao estresse. Se a energia adaptativa é suficiente e o eestresseor é eliminado, o organismo recupera-se e sai do processo do estresse.

Se a resistência da pessoa não for suficiente para lidar com o eestresseor, evoluirá para a fase de exaustão com aumento das estruturas linfáticas e aparecimento de doenças.

Marilda Lipp considera mais uma fase, a de semi-exaustão³.

Vulnerabilidade ao estresse

O estresse do adolescente tem sua origem na infância, nos primeiros contatos com o mundo, como o brincar, que é uma possibilidade de estabelecer um espaço entre a criança e o outro, entre o dentro e o fora, entre o real e o inexistente, entre o corpo e o mundo⁴. O lúdico funciona como um regulador da angústia, da separação, do crescer, da autonomia, dos limites. A criança precisa existir para quem a ama, ser representada, ter um nome, ganhar qualidades.

O amor do pai contribui tanto ao desenvolvimento da personalidade e comportamento quanto o amor da mãe; importantes para felicidade, bem-estar e ajuste social da criança, evitando delinquência juvenil e drogadição⁵. Tal foi observado por 40 anos em animais de laboratório⁶, comprovando que ruptura com os pais produz um efeito deletério persistente no comportamento da cria, assim como doença mental dos pais, alterações da mãe no pré-natal e variações na busca do alimento, produzindo resposta persistente na atividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal secundária à hipersecreção de hormônio liberador de corticotrofina⁷.

A adolescência está associada com início de sintomas psiquiátricos e pródromos de doenças mentais havendo correlação positiva entre a idade e o nível de cortisol na saliva, sugerindo aumento do grau de maturação na atividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Demonstraram estabilidade moderada do cortisol por período de dois anos seguido por aumento longitudinal. O processo de maturação do eixo modera a expressão de sintomas psiquiátricos.

Distúrbios depressivos aparecem em 5% das crianças e adolescentes, principalmente naqueles sob estresse, com perdas ou com distúrbio de aprendizado, de conduta ou ansiedade, diminuindo a qualidade de vida, aumento do risco de suicídio e atos de violência⁸.

A teoria de transação do estresse explica que a depressão ocorre conforme é o desenvolvimento sensitivo e

a vulnerabilidade cognitiva elaborada que moderam o evento negativo⁹. Quanto mais eventos negativos, maior a chance de depressão que após os 13 anos prepondera no sexo feminino.

A escola é grande geradora de estresse e alunos estressados avaliam negativamente sua saúde e seu desempenho¹⁰. Esporte e atividade física foram significativamente menores em alunos estressados.

Em universitários o relacionamento social negativo é o maior responsável por sintomas físicos de estresse do que eventos estressantes, discussões diárias ou dificuldades financeiras, devendo-se trabalhar neste aspecto¹¹.

Adolescentes com ansiedade expressaram níveis mais elevados de estresse, raiva, tristeza e fadiga quando estavam menos felizes e não estavam bem, conversando menos e com menos atividades de lazer, comiam mais e tinham mais impulso a fumar, sem diferença em relação a gênero. A companhia dos amigos diminuiu a ansiedade¹².

Abuso sexual na infância ou maus tratos, conflitos familiares e pouca coesão familiar são fatores de risco para o desenvolvimento de estresse psicológico e depressão na adolescência¹³.

Detectando o estresse no adolescente

A idéia de que Deus castiga faz com que crianças e adolescentes se sintam punidas se não se comportem com sintomas de estresse e podem se tornar adultos perfeccionistas, acomodados, sem ousadia², porém faz parte da vida: estabelece limites e possibilita o convívio social. O adolescente que não supera a culpa fica preso ao passado, corrói a qualidade de vida do presente e o impede de se lançar ao futuro.

Comer e beber demais é um modo de homens e mulheres enfrentarem o estresse¹⁴. Programas para obesidade deveriam orientar melhor como lidar com as emoções, oferecer suporte emocional maior e estratégias para tratar o estresse.

Em questionário aplicado a 16114 estudantes de 9 a 14 anos¹⁵ comprovou-se que as garotas têm uma propensão mais acentuada do que os garotos a se considerarem acima do peso, embora a realidade mostre excesso de peso no sexo masculino. Apesar de 19% das garotas estarem acima do peso, 33,5% delas faziam algum tipo de dieta. Entre os garotos, 28,9% estavam acima do peso e só 14,8% faziam algum tipo de dieta. Há um novo rito de passagem para as adolescentes que antes era a menstruação e hoje é fazer dieta.

Hipertensos e seus filhos apresentam alta reatividade cardiovascular a eventos sociais negativos e positivos com dificuldade de lidar com seus sentimentos¹. Como a reatividade cardiovascular manifesta-se desde a infância, se pais hipertensos desenvolverem hábitos saudáveis beneficiará a si e sua prole¹.

O estresse provoca isquemia e desvitalização da mucosa gástrica e duodenal e excessiva produção de ácido¹. No Hospital Geral de Bonsucesso no Rio de Janeiro, 657 pacientes fizeram endoscopia por dor epigástrica e outros sintomas digestivos iniciados entre 16 e 25 anos, sendo que 92% estavam sob estresse (77% estavam na fase de resistência e 14%, na fase de exaustão). Um grupo de pacientes recebeu psicoterapia individual breve combinada com tratamento médico e o outro, somente tratamento médico. Todos melhoraram, porém após 15 meses, só o grupo que recebeu psicoterapia mantivera a melhora.

Há relação entre estresse e desencadeamento ou exacerbção de doenças dermatológicas¹⁶ como: urticária, psoríase, vitiligo, acne e dermatite atópica, pois causa um retardo na recuperação da função da barreira da pele com

um aumento do cortisol, norepinefrina, interleucina-1-beta e interleucina-10, fator alfa de necrose tumoral e aumento da atividade da célula killer e número de células killer. Deprivação do sono rompe a barreira da pele que pode causar mudanças induzidas pelo estresse na secreção de cintoquina. O estresse por exercício não afeta a recuperação da função de barreira, mas causa um aumento de atividade natural de células killer e número circulante de linfócitos T citotóxicos e células T helper.

A percepção da doença é o fator mais importante para explicar variações da evolução da psoríase¹⁷ e desencadear ansiedade, estresse, depressão e modos de lidar com a doença. Fatores cognitivos ao estresse e pouca habilidade são outras variáveis.

Toda mudança gera um certo estresse e a gravidez, planejada ou não, gera estresse¹. Na realidade atual, a maioria das gestações na adolescência não é desejada, cheia de estresse. É importante haver coesão familiar, presença de um companheiro, suporte emocional e satisfação da família com a gravidez para boa evolução. Foi notado que quando a auto-estima das avós era alta, a das mães adolescentes também era, ocorrendo competência em 65% dos casos¹⁸.

Os programas de pré-natal devem valorizar sintomas de estresse e efetuar seu controle com exercícios físicos, hábitos alimentares, técnicas de relaxamento, enfoque nos aspectos psicológicos e naqueles ligados ao relacionamento afetivo com o parceiro e, principalmente trabalhar a aceitação da gravidez não planejada², pois há relação com os cuidados que serão dados à criança, conforme foi observado em programas de estimulação motora de crianças de 0 a 36 meses: quanto maior o estresse materno, menor é a melhora da motricidade da criança¹⁹.

Há necessidade de um trabalho adicional para reversão do quadro de adolescentes grávidas com alto risco para maus tratos e negligência infantil, pois 262 receberam visitas domiciliares e controle das diferenças sócio-demográficas. Após um ano havia 8,4 vezes mais incidência de maus tratos e negligência que o grupo-controle e após dois anos 5,19 vezes mais. Foram retiradas da custódia da mãe 19% das crianças apesar do trabalho profilático^{20,21}.

Crianças e adolescentes com história de abuso físico ou sexual, ou com mãe com história de espancamento, separação dos pais ou divórcio, familiares usuários de drogas ou com doença mental ou envolvidos com crime tiveram envolvimento com gravidez na adolescência em 19 %²². Isso pode persistir por 4 gerações sucessivas, transcendendo orientações de comportamento sexual e métodos contraceptivos²².

O estresse causa alterações no sistema imunológico como a hipertrofia do córtex adrenal com nível crescente de hormônios glicocorticóides, hormônios antiinflamatórios responsáveis pela produção e liberação de fontes de energia. Os mineralocorticóides têm ação pró-inflamatória com os linfócitos no combate a organismos invasores. Há leucocitose, linfocitose neutrofilia absoluta e aumento de células CD4+ e CD8+²³. O estresse causa deterioração do aparelho timo-linfático com prejuízo da função dos linfócitos T e B com menor imunidade celular e diminuição de anticorpos².

Dentre os estressores dos portadores do HIV estão as dificuldades nos relacionamentos afetivo e social pelo preconceito, medo da rejeição, sentimentos de culpa e auto-recriminação, confrontação com a atitude dos profissionais da saúde, vencer o próprio preconceito, pensar que poderá morrer em breve e os cuidados excessivos para se proteger, preocupações com amigos na mesma situação e desesperança ao pensar na doença e um meio de controlá-la². Porém o comportamento de 323 adolescen-

tes infectados pelo HIV foi analisado e 65% era sexualmente ativo, destes 43% tinham relação sexual sem proteção, devendo-se rever periodicamente os programas de saúde que cuidam destes doentes²⁴.

Continuar a estudar ou trabalhar é fator protetor. Quando o diagnóstico não é contado para o portador, há problemas de ajuste psicológico²⁵. Adolescentes e pais necessitam de acompanhamento psicológico^{25, 26}.

Há associação entre crises de estresse e progressão precoce da doença²⁷. Adolescentes em conflito com as mudanças de ocidentalização de Samoa (Caribe) experimentam mais diestresse com resposta imunitária reduzida, avaliado pelo aumento de anticorpos contra o vírus de Epstein-Bar²⁸.

Adolescentes com diabetes tipo I têm que encarar mudanças no estilo de vida, controle diário, reajuste da família e alterações nas atividades²⁹. A equipe de saúde deve conduzir e orientar integralmente a família e o paciente sobre a doença e os meios de tornar a vida o mais normal possível, mesmo fazendo-os entender que suas vidas não serão iguais do que eram previamente ao diagnóstico, deve saber o que significa ter diabetes para eles para poder identificar os fatores de risco, detectar a adaptação e as dificuldades³⁰.

Diabetes tipo I é um fardo pesado para o adolescente pelas várias picadas diárias³¹. Não deseja ser diabético e o médico e os pais ficam lembrando isso a ele. Reluta em desenvolver relação médico-paciente e constrange a atuação multidisciplinar. Um processo de subjetividade é necessário para que o adolescente se permita uma idéia criativa e autônoma em direção aos impulsos próprios da adolescência. O tratamento aumenta a passividade e dependência e cristaliza os conflitos da adolescência. Fingem preencher o caderno de controle para pô-la longe ou um protesto do seu narcisismo.

Há conflitos com os pais: preocupação e interferência dos pais, falta de compreensão, sentimentos de culpa e visão dos pais para o futuro discordante da visão do filho³¹.

O preconceito é outro estressor³². A diferença social e os conflitos naturais da adolescência trazem muito sofrimento aos negros com evasão escolar, repetência e dificuldade de aprendizagem e 10% a mais de falta de instrução e escolaridade e analfabetismo entre 7 e 14 anos de idade (IBGE). Os educadores não compreendem estes conflitos, não sabem lidar com as diferenças, não admitem que existe preconceito e discriminação racial. Omitem-se e age de forma desrespeitosa. Há uma indiferença e até uma repulsa em relação aos adolescentes negros que precisam se sentir acolhidos para ter a mesma chance. A reversão disso deve começar pela escola³³.

A escolha profissional é outra fonte de estresse. Atentos às dificuldades de inserção em um mercado de trabalho cada vez mais restrito e competitivo, pais preocupados com o futuro dos filhos buscam oferecer-lhes a melhor formação escolar possível, acreditando que isso garantirá um futuro mais tranquilo³⁴. Quase todas as áreas ganharam especializações e isso requer um conhecimento aprofundado em áreas específicas. A sociedade impõe uma perfeição difícil de ser alcançada, competição, muitas exigências técnicas e habilidades interpessoais. A profissão em alta hoje pode não estar tão em evidência e tão valorizada amanhã³⁵.

Em torno dos 13 anos muitos já têm opinião formada sobre sua futura profissão, outros vão conseguir definir quando adultos³⁴. Envolve um conhecimento profundo do seu jeito de ser, de seus valores, interesses, aptidões e habilidades³⁶. Ajudar os adolescentes nesta escolha deve começar cedo. As crianças mostram-se diferentes umas das outras, com características e habilidades peculiares. Cabe aos adultos dar um significado a essas diferenças.

Escolher implica em um processo de luto pela opção preferida. Informar, esclarecer dúvidas, estimular o diálogo sobre as profissões e a vida é a ajuda dos pais, educadores, psicólogos e adultos neste processo.

Ao pensar em vestibular, a maioria dos jovens revela sentimentos de preocupação, pavor, pânico, negação, indiferença, ansiedade devido à falta de informação e na insegurança causada pelas incertezas do futuro³⁴.

Outro problema que pode afetar adultos e adolescentes no trabalho e na escola é o mobbing. Consiste de ataques externos das pessoas contra o mais frágil membro³⁷.

A violência é outra causa de estresse. Houve uma queda acentuada na mortalidade infantil: de 115 óbitos a cada mil nascimentos em 1960 para 36 por mil em 2000³⁸. Preocupam os 480 mil brasileiros, que morrem ou se tornam incapazes a cada ano, vítimas de acidentes que poderiam ter sido evitados. Destes, 160 mil são crianças e adolescentes. Em São Paulo e Rio de Janeiro, os fatores externos já ocupam o primeiro lugar como responsáveis pelas mortes de crianças e adolescentes e em 1998 foram mais de sete mil no Brasil. A maioria dos jovens envolvidos não chega aos 25 anos, que morrem por overdose ou em brigas relacionadas ao tráfico³⁹.

Ao se crer que a criança e o adolescente são seres que não sofrem, quando se depara com um deles vítima de acidente, é difícil suportar que, por trás, encontra-se alguém rejeitado, negligenciado, violentado e talvez até buscando a autodestruição. Muitos acidentes não são meras casualidades e suas verdadeiras causas não virão à tona se não forem buscadas. Relaciona-se a transtornos emocionais, carências afetivas, dificuldades de relacionamento, ou até a comportamento agressivo ou negligente dos pais ou responsáveis, tão imperceptível, até mesmo pelos seus protagonistas³⁸.

Maus tratos contribuem significativamente para surgimento de depressão, distímia, distúrbios de comportamento, abuso de droga e tabagismo, transtorno depressivo unipolar ou destruidor. Esses adolescentes devem ter acompanhamento psicológico, psiquiátrico e/ou serviço de prevenção para abuso de droga para controle de estressores com redução da morbimortalidade³⁹.

O sexo masculino, as minorias étnicas e residentes urbanos têm um maior risco para serem vítimas de violência, apresentando maiores taxa de distúrbio de estresse pós-traumático, depressão, agressão e distúrbio de comportamento de externalização, devendo-se tentar diminuir os conflitos familiares, diminuir a violência doméstica e melhorar a renda familiar⁴⁰.

Três quartos dos suicidas, 96% da população carcerária, 80% da população de rua e a maioria das mortes por causas violentas, dos drogados e dos toxicômanos são homens. Muitas famílias se ressentem de pais desinteressados. Muitos companheiros abandonam suas mulheres quando estas engravidam com enormes consequências para os filhos⁴¹.

O pai torna-se ausente e a mãe sozinha tenta abarcar todas as tarefas. O filho, o homenzinho da casa, surge onde está a mãe batalhadora, sofredora, traída que se transforma no único modelo familiar de masculinidade no lugar do pai sem função educadora ou até como inimigo ou agressor doméstico, constituindo uma imagem denegrida da masculinidade. O homenzinho da casa tem o onipotente objetivo de ganhar muito dinheiro para tirar a mãe daquela vida⁴¹.

Infância, trabalho precoce, saída da escola ou cuidado com os irmãos ocorre. Se aparecer a chegada de um padrasto, haverá uma sobrecarga emocional enorme resultante daquela diferenciação incompleta. A mãe, vértice desse triângulo odioso/amoroso, será portadora de varia-

dos e poderosos mecanismos de sedução e rejeição que buscarão fomentar, reter e expulsar seu homenzinho precocemente que exacerbará a tendência - tão forte na adolescência - de buscar a identidade, com masculinidade exagerada, hipercompetitiva, temerária, potencializadora de possíveis tendências ao comportamento delinqüente, pela qual rachas, brigas de torcidas, gangues, pixações e depredações terão sempre um único sentido: afirmar sua identidade, demonstrar sua masculinidade⁴¹.

Outra ameaça ao desequilíbrio psicológico é o temor do assalto, quando a vítima sabe que o criminoso quer dinheiro rápido, ou pelo seqüestro, quando a pessoa desconhece as intenções do bandido. Há medo de sair à rua, inclusive, durante o dia, afetando adolescentes com mais um conflito dentre outros, interferindo na autorização dos pais de os deixarem sair sozinho às ruas ou dele próprio se sentir seguro para este desafio⁴².

O medo do seqüestro é mundial. Ser seqüestrado representa trauma comparado ao da perda de um filho e pior que o provocado por guerras, incêndios e terremotos. Basta imaginar o terror de ficar sob a mira de um revólver, o medo da morte ou da mutilação, a impotência, a possibilidade de não mais rever os familiares e a humilhação. Seqüestrar é uma experiência semelhante a de praticar um esporte radical - é adrenalina pura, praticados por jovens que querem dinheiro e emoção⁴².

O seqüestrado pode apresentar distúrbio do estresse pós-traumático ou PTSD, sigla em inglês, que é um distúrbio de ansiedade e é definido por 3 grupos de sintomas: reexperimentação, atitudes de se eximir e hiperestimulação. A reexperimentação relaciona-se a um senso exacerbado de reviver o evento traumático com sentimentos de medo e pânico com taquicardia. Há atitude de eximir-se de eventos negativos ou prazerosos, desinteresse em participar de atividades, sentimentos de imparcialidade e de estranhar os outros ou uma sensação de pouca esperança no futuro. A hiperestimulação pode ser traduzida por insônia, raiva, dificuldade de concentração, hipervigilância e uma resposta exagerada a se sobressaltarem⁴³.

Diagnosticado pelos critérios de DSM-IV da Associação Americana de Psiquiatria e CID/10, os sintomas devem existir por pelo menos um mês para o diagnóstico formal de PTSD. É agudo quando duram por até três meses e crônico quando duram por mais de três meses. O PTSD é considerado de início tardio quando os sintomas iniciam após seis meses ou mais⁴⁴.

Outras causas: violência com agressão (combate, ter sido raptado/ficado cativo, estupro, agressão física, tiro ou facada, espancamento, assalto, tortura, ter sido agarrado violentamente, ter sido chantageado, tentativa de sufocamento); outras injúrias ou experiências que chocam (acidente, terremoto, incêndio, inundação, doença que põe a vida em risco, violência contra testemunha, ter descoberto um corpo morto); ter presenciado trauma em pessoa da família ou muito amiga e morte inesperada de uma pessoa querida⁴⁴.

Doença grave e incapacitante têm prevalência entre o sexo feminino e o masculino de 2:1, com pico entre 16 e 20 anos e entre 41 e 45 anos. Remissões podem ocorrer em cerca de 24,9 meses. Cronicidade (sintomas por mais de três meses) pode ocorrer em cerca de 82% e 74% têm sintomas após 6 meses^{45,46}.

Pensamentos intrusivos repetitivos sobre o evento incomodam a maioria das crianças e dos adolescentes após o trauma, distúrbio do sono, medo do escuro, pesadelos, cansaço, dificuldade na concentração e problema com a memória, dificuldade de separação, medo de escuro, fazer higiene sozinha, alto alerta ao perigo, perda de confiança em seu futuro, altos graus de culpa e pânico são comuns em adolescentes⁴⁶. Pacientes com PTSD podem

sofrem de depressão (30 a 50%), ansiedade ou abuso de substâncias⁴⁶.

A maioria dos achados do PTSD é compatível com os de resposta crônica ao estresse, como o aumento da concentração do fator de liberação de corticotropina, depleção de catecolaminas no sistema nervoso central⁴⁷ e diminuição do volume do hipocampo, detectada pela ressonância magnética como lesões não específicas de massa branca⁴⁸.

Significativamente mais crianças expostas a bombardeios e demolição de casas na faixa de Gaza apresentaram sintomas de estresse pós-traumático com importância clínica (59%) do que controle (25%)⁴⁹.

A amizade foi um fator de risco para PTSD e sofrimento. Na Finlândia, após suicídio de cinco estudantes de ensino médio ocorreu PTSD em 89 colegas. Seis meses após, 30% tinham escores indicativos de PTSD e 9,8% tinham sofrimento intenso⁵⁰.

Em crianças e adolescentes, raramente se faz tratamento medicamentoso⁴⁶. É feita terapia cognitivo-comportamental. Sessões muito curtas são inoportunas por propiciarem mais sintomas do que seu controle. O tratamento em grupo é a primeira intervenção se há um número grande de pacientes envolvidos e triar aqueles que vão fazer tratamento individual⁴⁶.

O esporte pode ser moderador e causador de estresse

A participação de adolescentes em atividades esportivas é saudável, gera um melhor entrosamento no grupo e melhor inserção social, com melhores chances de uma boa adaptação às profundas mudanças biopsicossociais². Incorpora benefícios relacionados à auto-estima e auto-imagem, educação e integração, lazer, relacionamento grupal e aprendizado social. Desenvolve responsabilidade, simula objetivos de vida e desafios, libera energia criativa, reduz ansiedade e depressão, previne doenças de origem emocional e desenvolver melhor motricidade. Competindo os adolescentes aprendem a ser líderes e a experimentar a emoção da vitória e a aceitar as derrotas, construindo um perfil positivo aos objetivos de vida².

Os praticantes de esportes competitivos estão potencialmente sujeitos a sofrer lesões. As lesões podem ser traumáticas e por excesso de uso. As lesões traumáticas são acontecimentos súbitos com efeitos imediatos (dor, edema, escoriações ou ferida), enquanto as lesões por excesso de uso são mais sutis com dor crescente à atividade repetitiva.⁵¹ São encontradas: distensões, tendinites, roturas de meniscos ou ligamentos, entorses, luxações e fratura. Navicular, ulna e tibia são os ossos mais acometidos^{52,53}. Se há sintoma e radiografia normal, deve ser feita ressonância magnética ou tomografia computadorizada⁵⁴.

Outros estressores são: demanda excessiva nos treinamentos ou monotonia, fracasso no desempenho, conflitos de relacionamento com técnico e equipe, modificações de hábito, viagens longas, concentração muito longa, isolamento da família, modificações no input sensorial por superestimulação ou restrição de estimulação (barulho, luz, vibração), situações de perigo, incerteza de eventos futuros, reações da torcida, fuso horário e alimentação de outras cidades, conflitos com a família por causa do esporte, imprensa e patrocinador.² A comunicação eficiente nos ambientes esportivos diminui o estresse por fatores internos (auto-estima e assentimento)².

As atletas podem apresentar atraso da menarca, irregularidade menstrual, amenorréia secundária, infertilidade, contracepção, cólicas menstruais, síndrome pré-menstrual e a tríade da atleta (osteoporose, amenorréia e distúrbios alimentares)⁵⁵. A diminuição da densidade óssea é irreversível com risco de fraturas de

estresse e osteoporose prematura⁵⁵

Como enfrentar o estresse

O mais importante no manejo do estresse é a prontidão para mudar e iniciar a intervenção. O desempenho cognitivo geralmente diminui com a exposição crônica ao estresse por diminuição de serotonina.⁵⁶ Uma dieta rica em triptofano pode aumentar os níveis de atividade cerebral serotoninérgica e melhorar o desempenho cerebral⁵⁷.

A caminhada diminui o estresse psicológico⁵⁸ e a musicoterapia reduz a ingestão de alimentos ricos em colesterol para dieta rica em fibras, aumento da satisfação própria e diminuição do estresse⁵⁹. Mascar chiclete foi útil em controlar sintomas de abstinência⁶⁰. Fumar não reduz o estresse⁶⁰.

O uso de uma mistura anti-oxidante (vitamina E, beta caroteno, ácido ascórbico, selênio, ácido alfa-lipóico, N-acetil-1- cisteína, catequina, luteína, lipopeno) para exercício físico intenso não atenuou os níveis de estresse oxidativo, mas pode reduzir esse estresse em pessoas com níveis de anti-oxidantes prévios baixos⁶¹.

Interação e apoio dos colegas diminui estresse acadêmico⁶². O convívio com animais domésticos controla o estresse da criança, porém o adolescente quer o contato humano⁶³.

A capacidade universal que permite a uma pessoa, grupo ou comunidade prevenir, minimizar ou dominar os efeitos nocivos da adversidade foi designada de resiliência por Grotberg⁶⁴. O sucesso no esforço de adaptação ou superação do estresse, consolidado em fatores de proteção foi chamado de competência. Copping relaciona-se com os esforços da pessoa para lidar com os eventos de estresse. A família e a escola são capazes de fazer desenvolver resiliência no adolescente em ambiente confiável, presença de metas e aumento da auto-estima⁶⁴.

Dez habilidades devem ser estimuladas para evitar o estresse⁶⁴:

1 - Flexibilidade / abertura interior ao novo: exercitar-se na abordagem de fatos novos.

2 - Vontade de fazer melhor e participar da transformação da sociedade: disposição à descoberta e desenvolvimento de novas formas de ser, fazer e pensar.

3 - Tolerância à tensão: criar sob tensão é uma capacidade a ser exercitada.

4 - Firmeza / clareza de finalidades: é muito mais fácil enfrentar uma situação adversa quando se sabe aonde se vai chegar.

5 - Afastamento da revolta e autocompaixão: superação de mecanismos que fazem com que o indivíduo não cresça, não aprenda, não enfrente os desafios da vida.

6 - Reflexão crítica, positiva, ampla e preventiva: As situações sempre trazem em si os meios para sua própria superação.

7 - Sublimação por meio da arte, lazer, humor, atividade física: As pessoas mais saudáveis são as que têm as práticas mais fortes e constantes de transformação de frustrações e tristezas em arte, lazer, esporte e cultura, de maneira a reforçar sua auto-estima, sua identidade e, com isso, seu protagonismo social.

8 - Capacidade de reiniciar (começar do zero): capacidade de se refazer de fatos frustrantes.

9 - Capacidade de agregar, dar e receber: aumenta em muito a capacidade de resposta aos problemas da vida.

10 - Tolerância com os limites, erros e características próprias e dos outros: aceitar erros de si próprio e dos outros para não tentá-los escondê-los, negá-los ou suprimi-los.

Outra função dos pais e educadores do adolescente é chamar a atenção para o lazer que mantém auto-respeito e auto-estima satisfatórios, fazendo-o descobrir outras capacidades, além de estudar ou trabalhar⁶⁵. Em um mundo que supervaloriza o trabalho, as obrigações, o relógio, a eficiência, a produtividade, vivenciar esses momentos de descanso, divertimento e pleno desenvolvimento pessoal como social, de forma "desinteressada", poderá trazer o equilíbrio tão necessário para que o adolescente possa viver com qualidade⁶⁵.

É garantido pela Constituição Brasileira: artigo 6, 7, 217, 227; no artigo 24 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, na Declaração dos Direitos da Criança de 1959. Paul Lafargue, genro de Karl Marx, escreveu em 1880 O Direito à Preguiça, uma sistematização sobre lazer, que pode ser denominado de "tempo disponível" e o trabalho como "tempo das obrigações". O tempo do desempregado é "desocupado", marcado pela espera, desesperança e angústia⁶⁶.

A tendência a considerar o lazer uma área secundária, supérflua, em comparação à educação, à saúde e à moradia, reflete preconceitos culturais da sociedade. Antes da Revolução Industrial, os adultos trabalhavam em média 700 horas ao ano e depois foi para 3500 horas anuais com luta para redução da jornada. Nos Estados Unidos e na Europa, hoje, o tempo de lazer já é maior do que o tempo de trabalho⁶⁶.

A falta de alternativas de lazer traz repercussões graves como violência⁶⁷. Uma boa oferta de lazer é um dos mecanismos eficazes de prevenir consumo das drogas e doença mental. Segundo UNESCO, no Brasil há falta de espaços de lazer. Cerca de 19% dos municípios brasileiros não têm biblioteca pública, cerca de 73% não dispõem de museu, 75% não contam com teatro ou casa de espetáculo, em 83% não existe cinema, 35% não têm ginásio poliesportivo e em 64% não há livreria. Lazer para estes jovens é jogar bola ou ficar pelas ruas⁶⁷.

São necessários 600 recreadores para 100 mil pessoas. No Brasil há treinamento em duas universidades: UFMG e UNICAMP⁶⁶.

No currículo do ensino fundamental e médio deveria incluir conteúdos culturais do lazer como artes, esportes, colecionismo e turismo e escolas com 3 espaços: de estudo (salas), de transição (administração, biblioteca, auditório) e de "barulho" com equipamentos de lazer como os CIEPs e os CIACs⁶⁶.

Estresse é comum no adolescente que vive uma fase de conflitos internos e externos. Mascarado muitas vezes entre as queixas, deve ser valorizado na consulta, por estar envolvido com a evolução de uma série de doenças ou ser motivo de sofrimento ou desajuste pessoal ou social.

Referências Bibliográficas

1. Lipp MN. Pesquisas sobre estresse no Brasil. Editora Papyrus; 1996.
2. Lipp MN. Como enfrentar o estresse infantil. Editora Contexto; 1999.
3. Lipp MN. Ciência e estresse. Viver psicologia 2002; 126:6-8.
4. Ronenkohl CMF. Brincar para evoluir. Viver psicologia 2002; 116:36-37.
5. Apolinario F. Viver psicologia 2002; 109:10.

6. Newport DJ, Stowe ZN, Nemeroff CD. Parental depression: animal of an adverse life event. Am J Psychiatry 2002; 159:1265-83.

7. Walker EF, Walder DJ, Reynolds F. Developmental changes in cortisol secretion in normal and at risk youth. Dev Psychopathol 2001; 13:721-32.

8. Lyon DE, Morgan-Judge T. Childhood depressive disorders. J Sch Nurs 2000; 16:26-31.

9. Hankin BL, Abramson LY. Development of gender differences in

- depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychol Bull* 2001; 127:773-96.
10. Sevcikova L, Stefanikova Z. Stress and health-related behaviour, personality characteristics and blood pressure in older school children. *Bratisl Lek Listy* 2001;102:420-3.
 11. Edwards KJ, Herhberger PJ, Russel RK. Stress, negative social exchange, and health symptoms in university students. *J Am Coll Health* 2001; 50:75-9.
 12. Henker B, Whalen CK, Jamner LD, Delfino RJ. Anxiety, affect, and activity in teenagers: monitoring daily life with electronic diaries. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41:600-70.
 13. Meyerson LA, Long PJ, Miranda RJr, Marx BP. The influence of childhood sexual abuse, physical abuse, family environment, and gender on the psychological adjustment of adolescents. *Child Abuse Negl* 2002; 26:387-405.
 14. Kaplan SJ et al. Adolescent Physical Abuse: Risk for Adolescent Psychiatric Disorders. *Am J Psychiatry* 1998; 155:954-59.
 15. Laitinen J, Ek E, Sovio U. Stress-related eating and drinking behavior and body mass index and predictors of this behavior. *Prev Med* 2002; 34:29-39.
 16. Field AE, Camargo CA, Taylor CB, Berley CS. Overweight, weight concerns and bulimic behaviors among girls and boys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38(6):754-60.
 17. Barankin B, DeKoven J. Psychosocial effect of common skin diseases. *Can Fam Phisician* 2002; 48:712-6.
 18. Altemus M, Rao B, Dhabhar FS, Ding W, Granstein RD. Stress-induced changes in skin barrier function in healthy women. *J Invest Dermatol* 2001; 117:309-17.
 19. Sadler LS, Anderson SA, Sabatelli RM. Parental competence among African American adolescent mothers and grandmothers. *J Pediatr Nurs* 2001; 16:217-33.
 20. O'Neil ME, Palisano RJ, Westcott SL. Relationship of therapists' attitudes, children's motor ability, and parenting stress to mothers' perceptions of therapists' behaviors during early intervention. *Phys Ther* 2001; 81:1412-24.
 21. Stevens-Simon C, Nelligan D, Kelly L. Adolescents at risk for mistreating their children. Part II: A home- and clinic-based prevention program. *Child Abuse Negl* 2001; 25:753-69.
 22. Stevens-Simons C, Nelligan D, Kelly L. Adolescents at risk for mistreating their children. Part I: Prenatal Identification. *Child Abuse Negl* 2001; 25:737-51.
 23. Amaral, LROG. Por trás dos acidentes infantis. *Viver Psicologia*, 2002, 110:36-37.
 24. Murphy DA et al. No change in health risk behaviors over time among HIV infected adolescents in care: role of psychological distress. *J Adolesc Health* 2001; 29:57-63.
 25. Bachanas PJ et al. Psychological adjustment in caregivers of school-age children infected with HIV: stress, coping, and family factors. *J Pediatr Psychol* 2001; 26:331-42.
 26. Wiener LS, Vasquez MJ, Battles HB. Brief report: fathering a child living with HIV/AIDS: psychological adjustment and parenting stress. *J Pediatr Psychol* 2001; 26:353-8.
 27. Evans DL et al. Severe life stress as a predictor of early disease progression in HIV infection. *Am J Psychiatry* 1997; 154:630-34.
 28. Mc Date TW. Status incongruity in Samoan youth: a biocultural analysis of culture change, stress, and immune function. *Med Anthropol Q* 2002; 16:123-50.
 29. Ampelas JF, Pochard F, Consoli SM. Psychiatric disorders in intensive care units. *Encephale* 2002; 28:191-9.
 30. Amers KS. Children's adaptation to insulin dependent diabetes mellitus: a critical review of the literature. *Pediatr Nurs* 1999;25:627-31, 635-41.
 31. Guitard-Munnich C. The adolescent and diabetes: "diabetes works me up". *Diab Metab* 2001; 27:S31-4.
 32. Fortune DG, Richards HL, Griffiths CE, Main CJ. Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithimia. *Br J Clin Psychol* 2002; 41(Pt 2):157-74.
 33. Aquino, JG. Diferenças e Preconceito na Escola Alternativas Teóricas e Práticas. Summus, 1998.
 34. Bento, MAS. Cidadania em Preto e Branco – discutindo as relações raciais. Ática. 1998
 35. Campos R. Muito além da conta bancária. *Viver Psicologia* 2001; 107: 24-29.
 36. Toniato L. Quanto mais cedo, melhor. *Viver Psicologia*, 2002, Editora Segmento; 117:29.
 37. Bruziches D, Rinaldi B. Job safety: where there is high tension at work place: mobbing. *Prof Inferm* 2000; 53:46-9.
 38. Amaral LROG. Por trás dos acidentes infantis. *Viver Psicologia*, 2002,110:36-37.
 39. Campos R. A vez das vítimas. *Viver Psicologia*, 2002, Editora Segmento; 118:34-35.
 40. Buka SL, Stichick TL, Earls FJ. Youth exposure to violence: prevalence, risks, and consequences. *Am J Orthopsychiatry* 2001; 71:298-310.
 41. Zamignani MA, Desafio à masculinidade. *Viver Psicologia* 2001; 107: 14-17.
 42. Viktor, M. Medo de seqüestro. *Viver Psicologia*. Editora Segmento; 2002, 113:30-35.
 43. Campos R. Depois do trauma do seqüestro. *Viver Psicologia*. Editora Segmento; 2003,127:16-17.
 44. Shalev AY. What is Post-traumatic Stress Disorder? *J Clin Psychiatry* 2001; 62(suppl 17):4-10.
 45. Breslau N The epidemiology of post-traumatic stress disorder: What is the extend of the problem? *J Clin Psychiatry* 2001; 62(suppl 17):16-22.
 46. Yule W. Post-traumatic Stress Disorder in the general population and in children. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (suppl 17):23-8.
 47. Yehuda R. Biology of Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry* 2001;62(suppl 19):41-46.
 48. Pittmann RK, Skin LM, Rauch SL. Investigating the pathogenesis of post-traumatic Stress disorder with neuroimaging. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (suppl 17): 55-59.
 49. Thabet AA et al. Emotional problems in Palestian children living in a war zon a cross-sectional study. *Lancet* 2002; 359:1801-4.
 50. Wilde EJ, Kienhost IC, Diekstra RF, Wolters WH. The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *Am j Psychiatry* 1992; 149:45-51.
 51. Dunn EC, Smith RE, Smoff FL. Do sport-specific stressors predict athletic injury? *J Sci Med Sport* 2001; 4:283-91.
 52. Bennet JE et al. Factors contributing to the development of medical tibial stress syndrome in high school runners. *J Orthop Sports Phys Ther* 2001; 31:504-10.
 53. Salvo JP et al. Avulsion fracture of ulnar sublime tubercle in overhead throwing athletes. *Am J Sports Med* 2002;30: 426-31.
 54. Ostie DK, Simons SM. Tarsal navicular stress fracture in a young athlete: case report with clinical, radiologic, and pathophysiologic correlations. *J Am Broard Fam Pract* 2001; 14:381-5.
 55. Barros R. A atleta adolescente: considerações médicas. *Jornal de Medicina do Exercício*, 2002; 33:4-5.
 56. Padlina O, Aubert L, Gehring TM. Stages of changes for perceived stress in a Swiss population sample: an explorative study. *Soz Praventivmed* 2001; 46:396-403.
 57. Markus CR, Olivier B de Haan EH. Whey protein rich in alpha-lactalbumin increases the ratio of plasma tryptophan to the sum of the other large neutral amino acids and improves cognitive performance in stress-vulnerable subjects. *Am j Ciin Nutr* 2002; 75(6):1051-6.
 58. Coutts R, Davie A. The use of a symptom "self-report" inventory to evaluate the acceptability and efficacy of a walking program for patients suffering with chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res* 2001; 51: 425-9.

59. Marconato C, Munhoz EC, Menin MM, Albrach MT. Application of receptive music therapy in internal medicine and cardiology. *Arq Bras Cardiol* 2001;77:138-41. Fishbein D. The importance of neurobiological research to the prevention of psychopathology. *Prev Sci* 1:89-106.
60. Britt DM, Cohen LM, Collins FL, Cohen ML. Cigarette smoking and chewing gum: response to a laboratory-induced stressor. *Health Psychol* 2001; 20:361-8.
61. Schmidt MC et al. Oxidative stress in humans training in a cold, moderate altitude environment and their response to a phytochemical antioxidant supplement. *Wilderness Environ Med* 2002; 13:94-105.
62. Torsheim T, Wold B. School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach. *J Adolesc* 2001:701-13.
63. Campos R. Cães & Cia Auxílio à terapia. *Viver Psicologia* 2002, 117:24-28.
64. Zamignani MA. Invulnerável, não: resiliente. *Viver Psicologia*, 2002, Editora Segmento, 116:30-31.
65. Camargo LOL O que é lazer. Editora Brasiliense 2003.
66. Marcelino NC. Lazer e educação. Editora Papirus 2003.
67. Abramovay M, Castro MG, Pinheiro LC, Martinelli CC. Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina. *Desafios para políticas públicas*. UNESCO, BID, 2002, página 54.

NOTA CIENTÍFICA

Reflexões e Desafios em Relação à Sexualidade na Adolescência.

Conjectures and Challenges Concerning Sexuality on Adolescence.

Júlia Valéria Ferreira Cordellini

Introdução

A liberação sexual dos anos 60 paralelamente ao advento da anticoncepção oral, trouxe profundas modificações no comportamento sexual de jovens e adultos, de ambos os sexos. Nos anos 70, há a emergência dos estudos sobre gênero, como resultado da ação do movimento feminista, inclusive no pensamento acadêmico, que dá origem a uma nova perspectiva para as questões teóricas e de investigação sobre sexualidade. Apesar disto ter ampliado as oportunidades das pessoas receberem orientação sobre a saúde sexual, saúde reprodutiva e a prevenção de agravos decorrentes de uma prática sexual não segura, muitos adolescentes e jovens, continuam mal informados ou não usam os conhecimentos adquiridos. Por que ainda se mantém tantas crendices e tabus? E por que adolescentes suficientemente informados engravidam precocemente ou se infectam antes com HIV? Sabemos que mudança de comportamento é um processo demorado e que cada pessoa e sociedade têm seu tempo de assimilação em relação às mudanças, mas podemos só atribuir ao pouco espaço de tempo, a falta de uma conscientização coletiva? Ou será que não estamos privilegiando as orientações objetivas, e deixando de considerar a importância da afetividade das relações, da subjetividade de cada um, e da necessidade de criação de

“espaços” para se falar dos medos e sonhos, desejos e descobertas, tão próprias da sexualidade humana, e que no período da adolescência, se reveste de vital importância?

Ampliando Nossos Horizontes

A sexualidade é a nossa energia de vida, a qual rege as relações para consigo e o outro, aparecendo em todas as nossas manifestações de amor, afeto, paixão e envolvimento reprodutivo. É a somatória do nosso corpo, nossas emoções, nossa história, nossa cultura...

Assim, ao falar ou trabalhar a temática sexualidade na adolescência, há que se conhecer a idade, o contexto sócio-econômico-cultural e religioso do adolescente, e também considerar, a sexualidade dos adultos que estão direta ou indiretamente ligados aos adolescentes e jovens, para não incorrer em intervenções inadequadas, que não atendem às expectativas e necessidades daqueles com os quais estamos lidando.

Explicar sobre o uso de anticoncepcionais e da anticoncepção de emergência, o uso de camisinha, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e de uma gravidez inoportuna, risco de violência e exploração sexual, é importante e necessário. Mas, talvez seja mais importante, aprendermos a reconhecer através dos ado-

Médica Pediatra com título de Especialista em pediatria e com certificação para área de atuação em Adolescência pela SBP, Títulos de Especialista em: Violência Doméstica pelo Instituto de Psicologia da USP, Educação em Saúde pela Faculdade Evangélica do Paraná - FEPAR; Membro da diretoria da Associação Brasileira de Adolescência - ASBRA. Coordenadora do Programa Adolescente Saudável da SMS de Curitiba.

Rua Dr. Alexandre Gutierrez, 863 - ap. 131 Curitiba-PR 80240-130 Tel: (41) 3342-8473
e-mail: julia.cordellini@gmail.com

lescentes, o significado atual de afeto, do ficar, do namoro, da transa, da primeira vez, da virgindade, ou seja, falarmos sobre sentimentos, emoções e percepções deles em relação a todas estas e outras questões...

Há que se criar diferentes espaços para esta troca, permitindo um acolhimento, individual ou em grupo, para que aconteçam debates entre as gerações, que com certeza enriquecerão a ambos, permitindo construção de vínculos, troca de experiências e conhecimentos. Há que se lembrar, porém, que não basta só informar, é preciso dar tempo ao adolescente para ele pensar em seus valores, introjetar o conhecimento e transformá-lo em habilidades para mudança ou adequação de suas atitudes. Há que se desencadear um processo de elaboração permanente, com respeito ao tempo próprio de cada adolescente. Porém, o salto de qualidade, é falar e trazer a discussão da sexualidade através de referenciais positivos, ou seja, de vida, de beleza, de auto-estima, de projeto de vida, baseado numa perspectiva de futuro com qualidade e de respeito a si e ao outro.

Desafios para a Família e Adultos

O primeiro e maior desafio, é para a família e adultos próximos, para que revejam sua sexualidade e orientem os adolescentes de ambos os sexos, para exercerem sua sexualidade sabendo lidar com as questões e diversidades do momento atual. Há que se buscar informações atualizadas!

Os desafios da sexualidade no século XXI, são muitos, tais como: Sexo fora do casamento, Diversidade Sexual, Familiar, Econômica, Social, Cultural e Religiosa, Maternidade / Paternidade sem casamento, Anticoncepção de Emergência, Aborto Legal, Mídia Globalizada, Internet. Na sociedade moderna e contemporânea, o Amor e a Sexualidade saíram do privado e emergiram na Esfera Pública, de maneira nem sempre adequada e ética.

Há que se manter um relacionamento franco e afetivo,

facilitar o diálogo e não perder oportunidade para ouvir os filhos. Não ignorar os sinais, lembrando ou aprendendo que adolescentes falam de diferentes maneiras, e ao avaliar as situações, tentar entendê-las como um todo.

Não retardar a busca de auxílio especializado, se necessário, e, jamais, abrir mão de um filho, não há ex-filho, por isso, ser pai ou mãe, pois são as únicas funções que permanecerão ao longo da vida.

Desafios para o Adolescente

Ter auto-estima, aprender a ter autocuidado e assumir responsabilidades, não perder o afeto das relações, aprender a respeitar as diferenças, aprender a praticar sexo seguro, aprender o exercício da sexualidade genital com a proposta de prazer, vida e responsabilidade de proteção a si mesmo e ao outro, saber o que fazer com o desejo e descobertas, aprender a ser um cidadão(ã), consciente, empoderado e autônomo.

Como ensinar aos adolescentes a lidarem com tudo isso?

Dando oportunidade para falar e ser ouvido, dando orientações com informações claras e repetidas quantas vezes forem necessárias, ensinando-os como ter auto-estima e autocuidado, respeitando-os para que aprendam a respeitar, estabelecendo limites, pensando em cuidar e proteger, e não apenas em mandar e dominar, ensinando-os a lidar com direitos e deveres.

O momento adolescente, é marcado entre outras coisas, pelo exercício e aprendizado das escolhas, por isso, em parceria, devemos unir forças para que o resultado da equação: Prazer X Risco X Escolhas X Conseqüências, seja uma sexualidade responsável, vivida com prazer e cuidado a si e ao outro, aonde os fatores de proteção, de respeito aos direitos sexuais e reprodutivos e à diversidade contribuam para a construção de uma cultura de paz, sobrepondo-se aos fatores de risco e de violência entre as pessoas.

EVENTOS 2007

3º Ciclo de Reuniões - "Desenvolvimento Infantil - Temas Contemporâneos"

12 de abril - *Birras na infância e oposição na adolescência*
 10 de maio - *Intelectualização e erotização precoces da criança*
 14 de junho - *"Não exija medalhas do caçula" - A pressão por resultados na infância.*
 Local: Sociedade Paranaense de Pediatria
 Rua Des. Vieira Cavalcante, 550, Mercês-Curitiba-PR
 Fone: (41) 3223-2570, pediatriaparana@terra.com.br
 Hora: 20:00 horas

CURSO PALS (Pediatric Advanced Life Support)

19 e 20 de maio – Londrina-PR
 16 e 17 de junho – Curitiba-PR
 Informações: (41) 3223-2570

64º Curso Nestlé de Atualização em Pediatria

18 a 21 de agosto - Centro Sul Florianópolis-SC
www.nestle.com.br/nutricao infantil

IV Jornada Paranaense de Infectologia Pediátrica

5 a 8 de setembro - Maringá
 Informações: (41) 3022-1247
ekipe@ekipedeeventos.com.br

X Congresso Brasileiro de Adolescência

27 a 30 de setembro
 Foz do Iguaçu-PR
 Local: Hotel Bourbon Cataratas
 Informações: (41) 3022-1247
<http://www.adolescencia2007.com.br>

X Congresso Brasileiro de Terapia Intensiva

30 de Outubro à 02 de novembro
 Curitiba-PR
 Informações: (41) 3022-1247
ekipe@ekipedeeventos.com.br
<http://www.ctip2007.com.br/>

XI Congresso Paranaense de Pediatria

Novembro – Curitiba-PR
 Informações: (41) 3223-2570

IV Jornada Paranaense Integrada Alergia – Imunologia, Dermatologia e Pneumologia

Realização Departamentos Alergia, Pneumologia e Dermatologia Pediátrica

da Sociedade Paranaense de Pediatria

Sociedade Paranaense de Pediatria Curitiba - PR

Dias: 31 de maio, 1 e 2 de junho de 2007

Acesse site: www.jornadaintegrada.com.br

PROGRAMA

31 DE MAIO - QUINTA-FEIRA - MANHÃ

8h30 - 9h40 Dermatologia

Sessão interativa: diagnóstico topográfico

Dra. Kerstin T. Abagge

10h -11h Exercício diagnóstico - cabelos e unhas

Dra. Susana Giraldi

11h - 12h Como eu trato?

Dra. Leide P. Marinoni e Dra. Vânia Oliveira Carvalho

31 DE MAIO - QUINTA-FEIRA - TARDE

14h - 14h20 Quando pedir teste cutâneo

alérgico ou in vitro?

Dr. Alexandro Zavadniak

14h20 - 14h40 Protocolo de investigação nas infecções de repetição

Dra. Geórgia Milani

15h - 17h Investigação por imagem nas

mal formações pulmonares

Liga da Radiologia Pediátrica

17h15 Conferência Magistral:

IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma 2006

Dr. Nelson Augusto Rosário Filho

1º DE JUNHO - SEXTA-FEIRA - MANHÃ

8h - 9h20 Módulo: Eczemas

Casos clínicos: *Dra. Vânia Oliveira Carvalho*

Revisão sobre o consenso de Dermatite Atópica 2005

Dra. Tânia Bernadete Campos - SC

Casos clínicos: *Dra. Leide Parolin Marinoni*

Revisão sobre “O que não fazer” em

dermatite de contato?

Dra. Leide Parolin Marinoni

9h20 -10h20 Módulo: Infeciosas

Casos clínicos: *Dra. Susana Giraldi*

Revisão sobre tratamento da tinea capitis

Dra. Susana Giraldi

Casos clínicos: *Dra. Ana Elisa Kiszewski - Porto Alegre*

Revisão sobre como investigar os exantemas virais

Dra. Ana Elisa Kiszewski - Porto Alegre

10h40 - 11h20 Módulo: Miscelânea

Casos Clínicos: *Dra. Kerstin Taniguchi Abagge*

Revisão sobre lesões vasculares em pediatria: quando indicar o laser?

Dra. Kerstin T. Abagge

11h20 -12h Conferência: Dermatoses Neonatais

Dra. Ana Elisa Kiszewski - Porto Alegre

1º DE JUNHO - SEXTA-FEIRA - TARDE

14h -15h Módulo: Alergia Alimentar

Casos Clínicos: *Dra. Cínara Braga e*

Dr. Alexandro Zavadniak

Papel da alergia alimentar na esofagite e gastroenterite eosinofílica

Dr. Antonio Condino - SP

15h -16h Módulo: Alergia à Drogas e Urticária

Casos clínicos: *Dras. Geórgia Milani e Heloisa Delfino*

Urticária Crônica: quando os antihistaminicos falham!

Consenso Europeu Urticária 2006

Dra. Rosaly V. Santos

16h20 - 17h Conferência: O impacto e manejo da gripe (influenza) na pediatria.

Dr. Eitan Naaman Berezin - SP

17h -18h Módulo: Doença das vias aéreas superiores

Casos Clínicos: *Dra. Simone Trippia e*

Dra. Priscila Esteves

Sinusite crônica deve ser tratada com antibióticos?

Dr. Nelson Augusto Rosário Filho

2 DE JUNHO - SÁBADO - MANHÃ

8h - 9h20 Módulo: Asma - Diagnóstico e tratamento

Casos Clínicos: *Dra. Adriana Schmidt e Dra. Sonia*

Assunção Zulato

Tratamento precoce da Asma: muda a história da doença?

Dr. Nelson Augusto Rosário Filho

9h20 - 10h20 Módulo Infecções de Repetição

Casos Clínicos: *Dra. Loreni Kovalhuk e Dra. Tsukiyo*

Kamoi

Alternativas terapêuticas em crianças com infecções de repetição

Dr. Antonio Condino -SP

10h - 11h20 Módulo: Dispneia

Casos Clínicos: *Dra. Débora Chong, Dr. Carlos Massignan*

e Dr. Grégor Chermikoski

Dispneia: Avaliação do pneumologista

Dr. José Dirceu Ribeiro - Campinas

11h20 - 12h Conferência: Recentes avanços no diagnóstico e manejo da bronquiolite viral aguda

Dr. José Dirceu Ribeiro - Campinas

2 DE JUNHO - SÁBADO - TARDE

13h30 - 14h15 Módulo: Asma - Diagnóstico

diferencial

Casos Clínicos: *Dr. Herberto Chong e Dr. Kennedy Long*

Schisler

Papel da infecção por Mycoplasma, Pneumococo e vírus no desenvolvimento da asma?

Dr. Wilson Rocha - Belo Horizonte

14h15 – 15h15 Módulo: Tosse

Casos Clínicos: *Dr. Paulo Kussek e Dr. Carlos Riedi*

Antitussígenos e Expectorantes

Dr. Wilson Rocha - Belo Horizonte

Valores para inscrição:

Categoria	Valor Promocional até 13/04/07	Valor Promocional até 11/05/07	Valor Promocional até 30/05/07	No Local
(1) Médicos Sócios Quites	100,00	120,00	150,00	A definir
Médicos Não Sócios	140,00	180,00	230,00	A definir
Residentes	60,00	80,00	100,00	A definir
(2) Estudantes de Graduação	60,00	80,00	100,00	A definir
Cafés com especialista	30,00	30,00	30,00	A definir

(1) Médicos sócios da Sociedade Brasileira de Pediatria

(2) Enviar declaração da faculdade

Obs.: Para inscrição nos Cafés com Especialistas é necessário estar inscrito na Jornada

Instruções para efetivar a inscrição:

1 - Site: Preencha a ficha de inscrição diretamente no site do Congresso: **www.jornadaintegrada.com.br**
 2 - Fax: Efetue depósito bancário para Sociedade Paranaense de Pediatria/Jornada, Banco Real, Agência 0889, Conta Corrente: **0005223-1** - Para DOC's usar o CNPJ: 76.712.306/0001-32. Envie a ficha de inscrição, com todos os campos preenchidos em letra de fôrma, e o comprovante de depósito bancário para: **EKIPE DE EVENTOS Congressos e Feiras, Fax.: (41) 3022-3005. VAGAS LIMITADAS.**

Secretaria Executiva: Ekipe de Eventos
 Tel.: (41) 3022-1247
 e-mail: ekipe@ekipedeeventos.com.br

Agência de Turismo oficial do evento: M Leal
 Site: www.mleal.com.br
 Tel.: (41) 3343-4300

**I Jornada de Neurociências do Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas
 Avaliação e Intervenção Interdisciplinar na Infância e Adolescência**

**Canal da Música - Sede da Paraná Educativa
 Rua Julio Pernet, 695 - Mercês - Curitiba-PR**

26 a 28 de julho de 2007

Realização: Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas; Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital de Clínicas; Grupos de Estudo de Psicologia, Neuropsicologia, Fonoaudiologia, Psicopedagogia Serviço Social do CENEP

Apoio: ABENEPI e Departamento de Pediatria da UFPR

Palestrantes

Fernando Capovilla - Psicólogo - (SP)
 Petronilo R. Costa - Psiquiatra Infantil (USA)
 José Salomão Schwartzman - Neuropediatra (SP)
Grupos de estudo do CENEP, UFPR e convidados
 Alfredo Lohr – Neuropediatra
 Ana Paula Pereira - Neuropsicóloga
 Ana Valéria Cristopoliski - Fonoaudióloga
 Antonio Carlos de Farias – Neuropediatra
 Cíntia A. Manso Costa - Fonoaudióloga
 Cristina Andrade da Silva – Neuropediatra
 Danielle do Nascimento – Neuropsicóloga
 Denize Bernert - Psicóloga
 Erisleyni Fabiana Gardim – Estagiária do serviço social
 Giselle Kubrusly Sypczuk - Fonoaudióloga
 Gustavo Dória – Psiquiatra da infância e adolescência
 Isac Bruck – Neuropediatra
 Joara Durigan – Psicopedagoga
 Joseli do Rocio Maito de Lima – Neuropediatra
 Lucia Helena Coutinho dos Santos - Neuropediatra
 Márcia Valiati – Terapeuta ocupacional
 Maria Cristina Bromberg – Pedagoga
 Maria Joana Mader - Neuropsicóloga
 Maria Luiza Quaresma- Psicopedagoga
 Mariana Richartz – Estagiária de psicologia
 Marini dos Santos Fussek – Fonoaudióloga
 Marise Bueno Zonta – Fisioterapeuta
 Mônica Luczynski – Psicóloga

Raquel P. de Oliveira - Psicopedagoga
 Rita Uhle - Psicóloga
 Sandra Muzzolon - Psicóloga
 Sandra Vieira Silva - Assistente social
 Sérgio Antonio Antoniuk – Neuropediatra
 Sonia de Fátima Gewehr - Psicopedagoga
 Taísa Razera S de Assis – Neuropediatra
Temas
 Limites entre a neurologia e a psiquiatria
 Depressão e transtorno bipolar na infância
 Escalas de avaliação em neuropsiquiatria
 Inclusão escolar
 Fracasso escolar: Como avaliar, tratar e prevenir
 Síndromes autistas –
 Desenvolvimento infantil e diferenças de gênero
 Neuroreabilitação
 O papel da consciência fonológica na aprendizagem
 Esquizofrenia e psicoses na infância
 Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade
 Neuropsicologia em neuropsiquiatria
 Discalculia, dislexia, disortografia e disgrafia: estudo de casos
 Instrumentos diagnósticos em psicologia
 TCC em transtorno de déficit de atenção / hiperatividade
 Uma experiência da intervenção do Serviço Social com TDAH
 Motricidade na avaliação e intervenção, e ganhos em qualidade de vida

INVESTIMENTO	Até 20.04.07	Até 15.07.07	No Local
Profissionais	R\$ 100,00	R\$ 130,00	R\$ 160,00
Estudante de graduação e grupos* (apresentar comprovante)	R\$ 80,00	R\$ 100,00	R\$ 130,00

* grupo de no mínimo 5 pessoas

Trazer comprovante original para apresentar na secretaria. (graduação/anuidade da ABENEPI)

As inscrições só serão confirmadas mediante envio de comprovante de depósito ou cheque nominal cruzado.

O depósito bancário deve ser efetuado em nome da **Associação Amigos do Hospital de Clínicas,**

Banco Unibanco – Agência 7505 Conta Corrente 260724-1

Enviar cheque nominal e cruzado ou comprovante de depósito juntamente com a ficha de inscrição via correio ao Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas, Rua Floriano Essenfelder, 147 - Centro - Curitiba/PR;

CEP 80060-270 ou, via **Fax: (41) 3362-9385.**

VAGAS LIMITADAS

INFORMAÇÕES: (41) 9108-0702 – 3262-0808 – com Emília (à tarde) ou (41) 3339-6241 com Solange ou Sandra; ou pelo e-mail cenep@ufpr.br