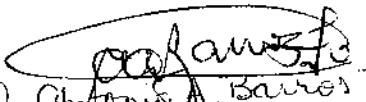


Regina Celia Lucizani Muller

Este exemplar corresponde  
à versão final da Tese de  
Mestrado apresentado à  
Faculdade de Ciências Mé-  
dicas da UNICAMP pela  
médica Regina Célia  
Lucizani Muller.  
Campinas, 01 de julho 1992.

  
Prof. Dr. Antônio A. Barros P.  
= orientador =

**Assistência Médica à Adolescência : Reflexão sobre a inserção  
da atenção ao adolescente em um modelo clínico de atendimento  
em hospital universitário**

**Dissertação de Mestrado apresentada  
à Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas.**

Campinas - 1992

M912a

17079/BC

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL

Regina Celia Lucizani Muller

ASSISTENCIA MEDICA A ADOLESCENCIA : Reflexão sobre a  
inserção da atenção ao adolescente em um modelo clínico  
de atendimento em Hospital Universitário.

Dissertação de Mestrado apresentada  
à Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas

Orientador Prof. Dr. Antonio de Azevedo Barros Filho†

M916a

Muller, Regina Celia Lucizani  
Assistência médica à adolescência :  
reflexão sobre a inserção da atenção ao  
adolescente em um modelo clínico de  
atendimento em hospital universitário.  
-- Campinas, SP : [s.n.], 1992.

Orientador : Antonio de Azevedo  
Barros Filho.

Dissertação (mestrado) - Universidade  
Estadual de Campinas, Faculdade de  
Ciências Médicas.

1. Adolescentes - Assistência médica.  
2. Hospitais universitários. I. Título.

20. CDD -362.7  
-362.11

" Todo homem é, em alguns aspectos  
a. como todos os outros homens  
b. como alguns outros homens  
c. como nenhum outro homem. "

Kluckhohn & Murray, 1948.

Aos meus pais

Ao Harald,

Mariana e Gustavo

## Agradecimentos

Ao meu orientador Prof. Dr. Antonio de Azevedo Barros Filho, pela confiança, apoio e valiosa orientação tão importantes para a elaboração deste trabalho.

Ao amigo Prof. Dr. Roberto Jarbas Toledo, pela dedicação e convivência fraterna ao longo dos anos, pelo apoio no início das atividades com adolescentes junto ao Departamento de Pediatria e constante interesse no desenvolvimento deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Mauricio Knobel que muito me incentivou na implantação do ambulatório de adolescentes, levando-me a buscar real integração da clínica com a psicologia, no trato com os adolescentes.

Ao Prof. Dr. João Luiz de Carvalho Pinto e Silva, que sempre tem me apoiado como colega e amigo, proporcionando a integração dos serviços de atendimento ao adolescente.

Ao Prof. Dr. José Martins Filho, pelo incentivo no início da implantação do ambulatório de adolescentes proporcionando-me a oportunidade de conhecer serviços de adolescentes no exterior.

A psicóloga Maria Marta Magalhães Battistoni, pela qual desenvolvi um sentimento de amizade e admiração, e que muito tem me ensinado e ajudado na supervisão da equipe.

A equipe de trabalho, Helena M.C. Silveira, José Luiz Lamas, Maria Cristina Lima e Miriam F. S. Martins, pela dedicação e interesse com que vem desempenhando as atividades, sem a qual este trabalho não estaria completo.

Ao meu marido Harald Roberto Muller, pelo carinho e dedicação sempre presentes, e neste momento participando com a orientação nos tratos com o editor de textos e pela sua valiosa colaboração na elaboração dos gráficos e tabelas que ilustram esta dissertação.

Aos colegas do Departamento de Pediatria da UNICAMP que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

Aos funcionários do Departamento de Pediatria e do Ambulatório de Adolescentes do Hospital das Clínicas da UNICAMP pela colaboração.

## S U M A R I O

I	INTRODUÇÃO .....	1
I.1	Conceito de Adolescência .....	4
I.2	Assistência à Saúde do Adolescente .....	15
II	OBJETIVOS .....	22
III	CASUISTICA E METODOS .....	24
III.1	Amostra .....	25
III.2	Coletas de dados .....	25
III.3	Variáveis estudadas .....	26
III.4	Descrição do serviço .....	29
IV	RESULTADOS .....	31
IV.1	Característica da demanda .....	32
IV.2	Motivo da consulta .....	36
IV.3	Diagnósticos .....	38
V	DISCUSSÃO .....	46
VI	CONSIDERAÇÕES GERAIS .....	65
VII	CONCLUSÕES .....	70
	RESUMO .....	73
	SUMMARY .....	75
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	77
	ANEXO : Formulário de Pesquisa de Dados .....	89



I - I N T R O D U Ç A O

A atenção à saúde na adolescência vem assumindo rapidamente papel de destaque na prática médica. Tal fato, no entanto, só veio a ocorrer recentemente. Apesar da importância dada ao atendimento do grupo populacional designado "Materno Infantil" e, embora incluída neste grupo, a adolescência não foi enfatizada, desde o início, do mesmo modo que a infância.

Por outro lado, os dados dos censos (encontrados na literatura) mostram que à medida que as condições de saúde melhoram, diminuindo a mortalidade infantil, aumenta a população jovem. Calcula-se que 23% da população do mundo seja constituída de adolescentes e as projeções para o final do século são de que essas cifras passarão de 1.147 bilhões. No Brasil, em 1986, aproximadamente 1/4 da população, ou seja 28.581.876, era de adolescentes (IBGE, 1986). Estima-se em torno de 32 milhões como o número atual de adolescentes (IBGE, 1990).

O presente estudo partiu da observação na nossa prática como pediatra, em que o atendimento ao adolescente apresentava características próprias, diferentes daquelas dispensadas às crianças.

Essa constatação surgiu durante a vivência do atendimento a crianças e adolescentes com enfermidades crônicas, onde pudemos detectar algumas necessidades próprias dos adolescentes, relacionadas com o crescimento físico e desenvolvimento pubertário, com o desenvolvimento emocional e social, ressaltando-se a formação de identidade, o desenvolvimento sexual, o relacionamento

familiar, etc. Assim, entre os adolescentes atendidos eram comuns as perguntas sobre o seu crescimento, sobre sexualidade, o relato de conflitos com os pais, entre outras falas, que muitas vezes transcendiam a preocupação com a própria doença.

Essas observações foram reforçadas pela referência de achados semelhantes, descritos de forma mais sistematizada, em várias publicações sobre o assunto (OMS, 1965,1977; SETIAN, COLLI,MARCONDES, 1979; ABERASTURY & KNOBEL, 1981).

Dessa forma, embora nossa formação fosse voltada ao atendimento à criança, fomos incorporando informações teóricas específicas e acumulando experiências empíricas sobre a adolescência.

Propusemo-nos então a iniciar o atendimento de adolescentes, com a estruturação de um ambulatório, com objetivos de assistência, e o conseqüente campo de ensino e pesquisa .

No desenvolvimento do serviço, uma equipe multiprofissional foi sendo formada, dedicando-se ao atendimento segundo orientações de serviços estruturados há mais tempo e nas propostas da Organização Mundial da Saúde (COLLI et al., 1975; OMS, 1977; COLLI et al., 1979a; OMS, 1985; RUZANY, EISENSTEIN, MESSIAS, 1985; COATES, 1988a; TAKIUTI, 1988).

A estruturação do programa de atenção ao adolescente está centrada no atendimento ao paciente e na educação em saúde, bus-

cando entender as necessidades dentro de uma perspectiva que leve em conta os aspectos dos campos biológico, psicológico e social.

O propósito fundamental deste atendimento, com relação ao ensino, é o de possibilitar ao profissional na área de saúde, a percepção de que a adolescência faz parte de um "continuum" desde a infância, ou seja, a adolescência faz parte do crescimento e desenvolvimento humano, e que este é o resultado da interrelação entre o potencial genético e o ambiente em que a pessoa vive.

Para melhor situar o objeto do trabalho, achamos importante primeiro fazer algumas considerações sobre o conceito da adolescência e depois sobre alguns aspectos da evolução da assistência médica à adolescência.

### I.1 Conceito de adolescência

A adolescência é frequentemente referida como uma etapa de transição entre a infância e a idade adulta. Sua caracterização é feita baseada nas mudanças físicas que marcam esse momento do desenvolvimento do ser humano, usando-se, muitas vezes, os termos puberdade e adolescência como sinônimos (TANNER, 1962).

Outro modo de se definir adolescência é através de limites

cronológicos, ou através de características biológicas objetivas para fixar o limite inferior da adolescência como por exemplo as transformações pubertárias. A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE conceitua que "a adolescência é um período de vida onde ocorre uma série de transformações amplas, rápidas e variadas, registradas entre os 10 e os 19 anos, período que geralmente corresponde ao início da puberdade até a idade adulta" (OMS, 1965).

A noção posterior de "juventude", dos 15 aos 24 anos, é empregada por cientistas sociais, e entrou em uso corrente devido a ênfase em 1985 como Ano Internacional da Juventude (OMS, 1985). Nesse documento a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE considerou a adolescência como uma etapa da vida durante a qual ocorre a maturação biológica, psicológica e social e definiu "juventude" como um período entre 15 e 24 anos de idade ou seja, um período de transição entre a adolescência e a idade adulta (OMS, 1985).

Nas últimas décadas, a adolescência vem sendo considerada como um momento importante no desenvolvimento do indivíduo; aquele que marca não só a aquisição da imagem corporal definitiva, como também a estruturação da personalidade (ABERASTURY, 1988).

Algumas definições encontradas na literatura médica mostram a dificuldade em se delimitar a adolescência e mesmo a definição usada no tempo cronológico é tão imprecisa quanto qualquer outra definição, porque a adolescência varia de cultura para cultura e de indivíduo para indivíduo.

DANIEL (1979) propõe o seguinte: "é um período de crescimento e de modificações importantes de natureza física, cognitiva e psicossocial que se inicia aproximadamente aos 10 anos de idade para as meninas, e aos 12 anos para os meninos. O fim da adolescência não está claramente delimitado e varia em função de critérios físicos, mentais, afetivos, sociais e culturais que caracterizam a vida adulta".

O conceito de adolescência é amplo e se estende aos aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e históricos. Esses aspectos, de modo interdependente e integrado, constituem o centro da natureza humana. Com base neste conceito é formulada por alguns autores uma definição clássica simples: "A adolescência é a fase de crescimento biopsicossocial que vai da infância à idade adulta" (COLLI, 1985; MAAKAROUN, 1989).

Entre outros autores brasileiros podemos citar a seguinte conceituação da adolescência: "Um conjunto de manifestações biopsicossociais que se localiza entre a infância e a maturidade, sem que seja possível determinar o momento do início e do fim" (MARCONDES, 1979).

Apesar da dificuldade em se propor uma definição universal, existe na sociedade contemporânea um modo de ver a adolescência: "Há, sem dúvida, um fator invariável: ainda que não pense mais como uma criança, o adolescente não é considerado pela sociedade como um verdadeiro adulto" (OMS, 1965).

Para a compreensão da dimensão da adolescência, consideramos importante referir-mo-nos ao seu aparecimento na história, como preocupação social.

Há tres ou quatro séculos , a cultura ocidental não fazia distinção entre infância, adolescência e maturidade. De fato, as pinturas anteriores ao Renascimento, retratam crianças como adultos em miniatura (ARIES, 1978).

O sentimento de infância parece ter sido descoberto no século XIII, e sua evolução pode ser acompanhada através da história da arte e da iconografia dos séculos XV e XVI, mas o seu desenvolvimento tornou-se significativo a partir do final do século XVI e durante o século XVII (ARIES, 1978).

Rousseau, no século XVII, assinalou a distinção da infância, diferenciando diversos estágios desde a infância até o que ele chamou de "idade da razão", com início aos doze ou treze anos (GALLATIN, 1986).

Entretanto, a adolescência foi confundida com a infância até o século XVIII. Em francês, somente existia a palavra "enfant", que era empregada para designar tanto criança como o adolescente, este referido como o menino grande, sendo às vezes também o menino mal educado (ARIES,1978).

Embora não existisse a palavra adequada para designar "essa

criança estranha", já havia referências ao seu comportamento diferente "tão desleal e tão perverso, que não queria aprender um ofício nem se comportar como convem à infância..." (ARIES, 1978).

O período que vai da segunda infância ou escolar à adolescência foi distinguido graças ao estabelecimento progressivo de uma relação entre a idade e a classe escolar.

A separação entre a infância e a adolescência surgiu somente no início do século XIX entre a burguesia, quando os mestres se habituaram a compor suas classes em função da idade dos alunos, em decorrência de uma nova pedagogia. Além disso, nessa época, instituiu-se o ensino escolar mais longo para os alunos da classe burguesa. As classes populares quando tinham acesso ao ensino escolar, este era mais curto, levando precocemente a criança entrar na vida do trabalho, continuando a ignorar a distinção escolar por idades (ARIES, 1978).

As meninas estavam excluídas da escolarização que, na época, era monopólio do sexo masculino. Esta se iniciou entre as meninas com um atraso de dois séculos em relação aos meninos, mas era também reservado somente às meninas oriundas da burguesia. As "mulheres" continuavam a casar precocemente mesmo no século XIX, entrando na vida adulta muito cedo.

A história da infância e da adolescência está relacionada à história da burguesia (ARIES, 1978).



ARIES (1978), no capítulo sobre Idades da Vida, assim se refere ao adolescente da época: "No século XVIII, duas figuras, uma literária, o Querubim, e outra social, o Conscrito, sugerem a idéia de adolescência..." ou, "O primeiro adolescente moderno típico foi Siegfried de Wagner: a música exprimia uma mistura de pureza, de força física, de espontaneidade e de alegria de viver. Esse fenômeno surgido na Alemanha penetraria mais tarde na França em torno de 1900" .

A partir deste século a adolescência, quando se tornou uma preocupação literária, científica e social, passou a ser objeto de vários estudos. Passaremos a relatar as várias linhas de abordagem do estudo da adolescência com relação a sua conceituação.

Os estudos de antropologia cultural oferecem uma maneira teórica de relacionar o sistema de vida de uma determinada sociedade ao crescimento e ao desenvolvimento da personalidade individual (MUSS, 1976).

Os trabalhos de Margareth Mead e Ruth Benedict marcaram os estudos da corrente socio-cultural e, não só defendem que a adolescência não é um fenômeno universal, como também é possível estabelecer uma ligação entre a natureza da adolescência e o grau de complexidade da sociedade estudada; quanto mais complexa a sociedade, mais longa e conflituosa é a adolescência (MUSS, 1976).

Margareth Mead, em seus estudos sobre a população de Samoa, mostrou que a passagem da infância à vida adulta nos adolescentes samoanos se dá de forma harmônica pois a maioria das experiências segue um curso de desenvolvimento gradual e contínuo, sem interrupções, interferências ou restrições (MUSS, 1976).

A criança de Samoa tem oportunidades de assistir a um parto ou à morte, próximo à sua casa, e ocasionalmente, à atividade sexual. A vida sexual não é reprimida ou inibida pela sociedade mas, ao contrário, é considerada natural, diferentemente do que ocorre nas sociedades ocidentais, em que muitas experiências permitidas aos adultos são proibidas às crianças.

Por outro lado, existem teorias que enfatizam a adolescência sob o aspecto de seu desenvolvimento psicológico e cognitivo, ressaltando o seu caráter universal.

O conceito psicodinâmico, baseando-se nas contribuições dos estudos psicanalíticos de nosso século, considera a adolescência mais um processo do que apenas uma fase no desenvolvimento normal dos indivíduos.

ABERASTURY (1988), descreve a adolescência como sendo: "Um momento crucial na vida do homem e constitui a etapa decisiva de um processo de desprendimento. Esse processo atravessa três momentos fundamentais: o primeiro é o nascimento, o segundo surge ao final do primeiro ano de vida com a eclosão da genitalidade, a

dentição, linguagem e marcha e o terceiro momento aparece na adolescência". Este último momento refere-se à idade em que o indivíduo vê seu corpo crescer e mudar, e tem que lidar com as ansiedades e angústias relacionadas a estas vivências; é o momento no qual se processa o "segundo nascimento" e há a necessidade de se desprender do seio familiar buscando a própria identidade e seu lugar no mundo dos adultos (ABERASTURY, 1988).

Esta conceituação diz respeito à "adolescência normal", embora seja difícil assinalar o limite entre o normal e o patológico na adolescência, como disse Anna Freud (ABERASTURY & KNOBEL, 1981).

Para nossa prática clínica preferimos usar os conceitos elaborados por ABERASTURY & KNOBEL (1981) : "o ser humano, ao deixar de ser criança, sofre três perdas fundamentais: a perda do corpo infantil, a perda do papel e identidade infantis e a perda dos pais da infância". Conseguir o amadurecimento significa superar estas perdas ou seja elaborar estes "lutos".

ERIKSON (1976), com formação em psicanálise, concorda com este ponto de vista, contudo, para ele existe a dimensão social do desenvolvimento da personalidade que envolve uma série de acomodações, às quais chamou de etapas do desenvolvimento. A sua experiência em antropologia, levou-o a perceber que a natureza dessas acomodações pode variar de cultura para cultura. Em sua teoria psicossocial sobre o desenvolvimento do ego refere que em

todas as etapas do desenvolvimento o indivíduo enfrenta crises e precisa encontrar as soluções para poder atingir a fase seguinte. Segundo este autor, na adolescência existe a crise de identidade, que é típica dessa idade, e os adolescentes precisam de uma "moratória", o que seria "um período durante o qual se experimentam as várias alternativas e se antecipam os compromissos adultos".

Segundo este mesmo autor, à medida que os avanços tecnológicos ampliam cada vez mais o intervalo de tempo entre o começo da vida escolar e o acesso ao trabalho especializado, a fase da adolescência torna-se um período mais prolongado, e esse passou a ser quase um modo de vida em algumas culturas. Assim os jovens parecem fazer parte de uma subcultura, com modo de vida próprio, o que parece ser mais um período de formação de identidade. De seus estudos gostaríamos de enfatizar, quando diz que, "a formação de identidade pode ter sua crise normativa na adolescência, mas é algo que começa na infância e termina presumivelmente na velhice". A adolescência tem grandes variações, na duração, intensidade e ritualização, conforme as diferenças individuais e sociais (ERIKSON, 1976).

Embora as interpretações sobre a adolescência tenham um embasamento fundamentado na teoria psicanalítica, que lhe dá características universais, todos estes conceitos vem de encontro às considerações de KNOBEL as quais transcrevo: "considero que a adolescência tem sua exteriorização característica dentro do

marco cultural e social no qual se desenvolve. Assim, devemos em parte considerar este período da vida como um fenômeno específico dentro de toda história do desenvolvimento do ser humano e, por outro lado, estudar a sua expressão circunstancial de caráter geográfico e temporal histórico-social" (KNOBEL, 1981).

Muitas vezes passamos sem valorizar as mudanças cognitivas que ocorrem no período da adolescência, que são tão importantes quanto as transformações puberais.

Piaget estudou o desenvolvimento cognitivo das crianças desde o nascimento. Ele distingue quatro períodos de aparecimento das funções cognitivas: o período sensório-motor, o pré-operatório, o de operações concretas e o de operações formais (MARCELLI & BRACONNIER, 1984; GALLATIN, 1986).

A inteligência operatória formal só é atingida na adolescência, e suas estruturas instalam-se por volta dos 12 e 13 anos. A principal característica do pensamento formal é a capacidade de pensar em termos hipotéticos.

Segundo Piaget a adolescência é assim compreendida como um período privilegiado de "aprendizados" sociais e culturais numa idade em que o indivíduo ainda não tem um papel definido, onde as flutuações de identificação permitem diversos ensaios (GALLATIN, 1986; MARCELLI & BRACONNIER, 1989).

Conforme podemos perceber através dos relatos da literatura, as várias conceituações sobre a adolescência, ora privilegiam os aspectos biológicos, como o crescimento e a maturação física ora os fatores ambientais nas teorias sócio-culturais. Ao nosso ver essas teorias citadas reconhecem e enfatizam o papel do social no desenvolvimento, mas o adolescente é considerado sem poder de transformação da sociedade.

Percebemos que o conceito de adolescência encontrado hoje não é o mesmo que em outras épocas e não é o mesmo que em contextos diferentes.

A conceituação da adolescência é ampla e muitas vezes se confunde com a conceituação da infância, pois esta última também é marcada por mudanças físicas, emocionais, mentais e sociais, assim como a vivência de novas experiências. O que temos a considerar é que, na adolescência, o que muda é a qualidade da experiência. São as transformações da puberdade que levam à formação de uma nova imagem corporal, o impulso sexual com a possibilidade do exercício da sexualidade e o desenvolvimento do sentido de individualidade.

Retomando ERIKSON, quando diz que para essa experiência existe um tempo, que ele denominou de "moratória", a adolescência poderia se processar de modos diferentes em nossa sociedade contemporânea, pois reconhece que "cada sociedade e cada cultura institucionaliza uma certa moratória para a maioria de seu

jovens". Esse tempo poderia representar o significado da adolescência em algumas camadas sociais: um período privilegiado para tentativas, exercícios e experiências. Entretanto, em outras camadas sociais é um período semelhante ao das classes populares do século passado, sem oportunidades de escolarização, entrando muitas vezes no mercado de trabalho despreparado, levando uma vida semelhante à do adulto.

Para nós fica a impressão que a adolescência é um fenômeno universal, mas, um fenômeno que sofre variações no tempo e na sociedade onde se processa, sendo moldado em diferentes condições históricas, culturais e sociais. Como fenômeno é universal; o que varia são as formas da adolescência se manifestar ou ser vista.

## 1.2 Assistência à saúde do adolescente : sua história.

O final do século XVIII e o início do século XIX marcaram uma nova era no progresso médico, tendo a medicina clínica científica recebido seu maior impulso nos estudos e descobertas da patologia, além do avanço das outras ciências biológicas, como a fisiologia, bioquímica e bacteriologia.

O desenvolvimento do campo da pediatria na medicina iniciou-se no século XIX. Os médicos que escolheram o estudo das doenças neste grupo etário foram atraídos por problemas marcadamente diferentes daqueles encontrados na medicina de adultos (ABT,1948).

Nessa época a medicina interna, influenciada pela grande exploração do conhecimento nas áreas de fisiopatologia e anatomia patológica, era altamente orientada para estudo das doenças. (STUART, 1948). A própria pediatria que, ao longo do tempo tem expandido os limites da medicina quanto ao modo de atuação, centrava sua ação no estudo das doenças, descrevendo os distúrbios do crescimento e desenvolvimento e doenças que interferem nesse processo.

A pediatria tinha sua prática delimitada pela idade e pela fase de desenvolvimento do ser humano e assim foi determinada por diferenças fundamentais na anatomia e fisiologia do organismo da criança. A prática da medicina passou a ser dividida em dois períodos: antes e depois da maturidade.

Ao redor de 1890 surgiu o termo puericultura, como parte da linguagem médica, sendo a criança no início da vida o seu objeto principal. A puericultura se constituiu como saber e se organizou em torno de alguns princípios fundamentais para formar um corpo de conhecimentos teóricos e de regras que se difundiram no interior da sociedade (NOVAES, 1979).

A adolescência nessa época não tem importância social, tornando-se uma preocupação política a partir do início deste século (ARIES, 1978).

Antes do início do século XX, poucos médicos tiveram interesse no crescimento e desenvolvimento de adolescentes ou suas



doenças. Talvez, pelo fato da adolescência não ter importância social, como já foi descrito anteriormente.

Os médicos das escolas inglesas foram os primeiros a dar um enfoque maior no cuidado com os adolescentes. Em 1884 eles fundaram a Associação de Médicos de Escolas (GALLAGHER, 1982).

Mas foi somente no século XX que se formou um corpo de conhecimentos sobre a adolescência.

Na área do conhecimento científico, Stanley Hall publicou em 1911 os primeiros estudos sistematizados sobre psicologia da adolescência (GALLATIN, 1986). Na década de 40, WILLIAN GREULICH estabelece um método científico para avaliar o crescimento e desenvolvimento do adolescente (GREULICH, 1941). Anos mais tarde, JAMES TANNER publica sua obra fundamental sobre crescimento na adolescência (TANNER, 1962).

Nesta mesma década, ocorreu um marco na medicina americana, com a criação da Unidade de Adolescentes, no Boston Children's Medical Center pelo Dr. J. ROSWELL GALLAGHER (1958).

A partir do interesse crescente pela saúde do adolescente nos países desenvolvidos, foram estabelecidos numerosos programas de atendimento para esta faixa etária. A importância da problemática de saúde desse grupo populacional é evidenciada nesses países em vários trabalhos referentes aos adolescentes (GARREL, 1965 ; LITT, 1980).

A assistência médica dedicada a adolescentes surge na América Latina em torno de 1958, de forma independente, com a criação do Centro Municipal de Adolescência pela Dra. Gómez Ferrarotti, na Argentina (DULANTO, 1981). Anos depois, em 1964, são formados serviços de medicina para adolescentes, seguindo o modelo Gallagher, no Chile e no México (DULANTO, 1981).

O conceito em que se baseavam essas clínicas, proposto por GALLAGHER, era o seguinte: " As clínicas médicas gerais dedicadas ao cuidado de um grupo etário estimulam o médico a se preocupar com o paciente como um todo, diminuindo a possibilidade de que seja dada atenção só à enfermidade e ajudando a aumentar o conhecimento de como são os seus pacientes e o que necessitam nas diferentes etapas da vida" (SILBER, 1985).

Observa-se ao longo do tempo um crescimento numérico e proporcional deste grupo etário, mais marcado ainda nos países em desenvolvimento (OMS, 1965).

Esta tendência estaria condicionada por diferentes fatores. Do ponto de vista biológico, o começo da puberdade se inicia mais cedo hoje que há cem anos atrás, como evidencia o aparecimento cada vez mais precoce da menarca e do estirão de crescimento (TANNER, 1962; WIDHOLM & KANTERO, 1974). Em consequência, os adolescentes alcançam, atualmente, sua etapa de desenvolvimento sexual e sua capacidade de reprodução mais precocemente.

Na área social também ocorreram vários eventos que podem ter afetado a vida do jovem.

A era industrial, particularmente no século XX, trouxe mudanças que transformaram fortemente a vida do homem, como a urbanização, a industrialização, a migração, o desenvolvimento de atividade científica e tecnológica complexa e a heterogeneidade cultural (DULANTO, 1981; MONROY, 1985). O alto grau de desemprego entre jovens e as alterações advindas da industrialização, possivelmente afetaram a adaptação social e a saúde dos adolescentes.

Na América Latina, o alto índice de reprodução e a diminuição da mortalidade infantil levam a um notável aumento da população jovem (OPS/OMS, 1985).

Com o tempo, talvez pelas consequências sociais descritas, o interesse por este grupo negligenciado pela medicina, começa a crescer também na saúde pública.

O interesse pelo adolescente levou a várias publicações pela OMS (1965, 1977). Alguns países da América Latina iniciam políticas voltadas ao cuidado da saúde integral do adolescente, e sob o estímulo da Organização Panamericana de Saúde, iniciam a implementação de programas de atendimento global.

Todos esses documentos reforçam a importância de que os médicos e os profissionais de saúde conheçam os aspectos relacionados ao crescimento e desenvolvimento na adolescência, quer sejam os aspectos do crescimento físico, como os eventos da puberdade, quer sejam os relacionados como desenvolvimento psicossocial, como a sexualidade, relacionamento familiar, com a escola, com o trabalho e com a comunidade. Ressaltam a impor-

tância de se estudar as necessidades de saúde da adolescência, em cada circunstância de vida. As necessidades de saúde, tanto podem ser os problemas passageiros ligados ao processo de crescimento e desenvolvimento normais, como as relacionadas às enfermidades físicas e dificuldades emocionais, mentais e sociais.

No Brasil, na década de 70, são implantados tres serviços de atenção ao adolescente ligados ao ensino e pesquisa, dois em São Paulo (COLLI et al., 1975; COATES & NICULITCHEFF, 1976) e outro no Rio de Janeiro (RUZANY, EISENSTEIN, MESSIAS, 1985). No final da década são implantados dois serviços na Universidade Estadual de Campinas, o serviço de pré-natal na adolescência (SILVA, 1982) e o serviço de psicologia e psiquiatria do adolescente (OPS/UNICAMP, 1978; KNOBEL, 1982).

Em 1985, a OMS publica na série de informes técnicos "La salud de los jóvenes : un desafio para la sociedad ", onde se exalta a contribuição direta dos jovens para a estratégia mundial da OMS destinada a alcançar a saúde para todos no ano 2000, ressaltando como a participação dos jovens seria benéfica para a sociedade. Esse ano foi designado "Ano Internacional da Juventude".

Em nosso meio, foi implantado a partir desse ano o Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente pela SECRETARIA DE SAÚDE DO GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO (1985). Em 1989, é publicado o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) pelo MINISTERIO DA SAÚDE (1989).

A finalidade desses programas é incentivar as ações básicas, através da promoção da saúde, identificando os grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação. Além disso planejar e desenvolver práticas educativas e participativas para que as ações dirigidas aos adolescentes leve-os à assimilação de conhecimentos para controle de sua saúde. As áreas prioritárias a serem abordadas são o crescimento e desenvolvimento, a sexualidade, a saúde bucal, a saúde mental, a saúde reprodutiva, a saúde do escolar adolescente, a prevenção de acidentes. Essas orientações seguem as propostas dos estudos contidos nos documentos publicados pela OMS e OPS (1965, 1977, 1985).

Da apresentação feita em relação à evolução do atendimento ao adolescente dentro da medicina, é possível visualizar que a importância dada à adolescência na prática médica é recente.

Entre nós, a adolescência é um estágio de desenvolvimento, que envolve conceitos tanto biológicos, psicológicos como clínicos e operacionais que não são bem compreendidos nos setores da saúde, mormente entre os serviços médicos que se defrontam com pacientes adolescentes e que os tratam ou como crianças ou como adultos, sem levar em conta as suas especificidades ( CRESPIN, 1986; SILBER, 1986; COLLI, 1991).

A importância que esse contingente da população representa em nossa sociedade e as características das suas necessidades de saúde justifica uma análise que a tome como objeto.

I I - O B J E T I V O S

### II.1. Objetivo Geral

- Analisar a inserção da atenção ao adolescente em um modelo clínico de atendimento, em hospital universitário.

### II.2. Objetivos específicos

- Traçar um perfil da demanda do ambulatório de adolescentes do Hospital das Clínicas.
- Analisar os problemas de saúde dessa população.
- Analisar a adequação ou inadequação do serviço à demanda.

I I I - C A S U I S T I C A   E   M E T O D O S



### III.1. Amostra

A população em estudo é constituída de 162 adolescentes atendidos no Ambulatório Geral de Adolescentes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, no período de janeiro de 1990 a julho de 1991.

### III.2. Coleta dos dados

Os dados foram obtidos a partir das informações contidas nos 162 prontuários dos adolescentes atendidos, utilizando-se um formulário previamente elaborado, composto de variáveis definidas a partir da importância que tivessem para a assistência à saúde do adolescente, e padronizadas conforme textos especializados sobre o assunto (Anexo 1).

As informações foram coletadas pela autora em mais de uma consulta ao cliente, pois optou-se por realizar uma análise do seguimento e não somente um levantamento transversal.

Dessa forma foram obtidas as informações relativas às três primeiras consultas do cliente. Trinta e nove adolescentes com diagnósticos relativos à área da saúde mental foram reavaliados quanto à evolução seis meses após a primeira consulta.

### III.3. Variáveis estudadas

Foram estudadas variáveis que se relacionavam tanto aos aspectos pessoais quanto aos sociais, obtidas dos dados da consulta médica (anamnese , exame físico, diagnóstico) e da entrevista com a assistente social e/ou enfermagem.

As variáveis estudadas foram: idade, sexo, peso, estatura, maturação sexual, modo de vida, condições sócio-econômicas, família, motivo de consulta e diagnósticos.

Os dados de peso e altura foram avaliados comparando-os com as curvas de MARQUES et al.(1982), para o diagnóstico do estado nutricional. O crescimento estatural foi também avaliado através das tabelas de TANNER & WHITEHOUSE (1976), quando havia o diagnóstico de baixa estatura, necessidade de acompanhamento longitudinal e o cálculo da velocidade de crescimento. O diagnóstico de baixa estatura foi dado quando a estatura estava abaixo do percentil 3 da curva (TANNER & WHITEHOUSE,1976). Consideramos o diagnóstico de baixa estatura constitucional quando a estatura estava abaixo do percentil 3 e idade óssea compatível com a idade cronológica e dentro do canal de crescimento calculado a partir da altura dos pais. O diagnóstico de baixa estatura por desnutrição crônica foi dado quando a estatura estava abaixo do percentil 2,5 (MARQUES et al., 1982) e havia a história de desnutrição pregressa.

O diagnóstico de maturador lento foi dado quando a estatura estava abaixo do percentil 3 e a idade óssea com atraso de 2 anos em relação à idade cronológica (GREULICH & PYLE, 1959), sem história de desnutrição.

O diagnóstico do estado nutricional foi também baseado nos dados clínicos (tecido celular subcutâneo, mucosas, etc.). O peso normal é aquele localizado entre os percentis 2,5 e 97,5 .

O diagnóstico de obesidade foi feito quando o adolescente apresentava o peso 20% acima do esperado em relação à altura ideal ( JELLIFFE, 1966).

O estadiamento pubertário seguiu a padronização de TANNER (1962).

Os aspectos relacionados ao modo de vida do adolescente foram: escolaridade, trabalho, esportes e lazer. Com relação à escolaridade verificamos a série em que estava estudando, abandono, série de abandono e motivos. Quanto ao trabalho verificou-se a idade de início e o tipo de ocupação.

As variáveis relacionadas ao ambiente constam de informações sobre a família e condições sócio-econômicas.

Quanto aos aspectos familiares, analisou-se a composição e tamanho da família, a ausência de um dos pais por morte ou aban-

dono, separação dos pais e alcoolismo dos pais ou responsável. Consideramos família numerosa quando constituída por mais de tres filhos ou mais de cinco familiares.

Para determinação do nivel sócio-econômico das familias foram estudadas as seguintes variáveis: escolaridade dos pais ou responsável e renda familiar per capita.

Os motivos de consulta foram enumerados conforme estivessem relacionados aos aspectos físicos (orgãos e sistemas), ao desenvolvimento psicossocial, ou às queixas vagas e gerais, que embora relacionadas à esfera do emocional eram referidas como sintomas orgânicos (dores incaracterísticas, desânimo, cansaço).

A conceituação usada para os diagnósticos psicossocial e psicossomático foi baseada na literatura pertinente ao assunto (STARFIELD, 1980; MARCELLI & BRACONNIER, 1984). Os diagnósticos psicossociais são: psicoses, neuroses (estados de ansiedade, fobias, depressão), problemas de comportamento, dificuldades de aprendizado, problemas sexuais, problemas situacionais (familiares, grupo social, etc). Os diagnósticos aceitos como psicossomáticos são : insônia, cefaléia, dores recorrentes sem substrato orgânico, dismenorréia, dispepsia, etc.

Preferimos não incluir a asma brônquica e a obesidade nos diagnósticos psicossomáticos por terem etiopatogenia multifatorial.

### III.4. Descrição do Serviço

O atendimento é realizado em consultórios do Ambulatório de Pediatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (HC/UNICAMP).

O HC/UNICAMP é referência para a rede básica de saúde da região de Campinas, mas recebe pacientes de outras regiões e estados da Federação.

A população atendida é constituída por adolescentes encaminhados do ambulatório de pronto atendimento (APA), do ambulatório geral de Pediatria e de outros ambulatórios do HC/UNICAMP. Ressalte-se que os adolescentes encaminhados ao Hospital das Clínicas da UNICAMP são atendidos primeiramente no ambulatório de pronto atendimento (APA), e este atendimento não é realizado somente por pediatra mas, também por clínico geral e especialistas que encaminham os adolescentes para outras especialidades.

O atendimento é realizado por uma equipe multiprofissional, formada por pessoal da área médica, enfermagem, serviço social e nutrição. Um psicólogo do Setor de Adolescentes do Departamento de Psicologia e Psiquiatria assessora a equipe.

Os pacientes são recebidos em atividade de grupo, com a

coordenação da assistente social, sendo realizado neste momento a apresentação do serviço e as características do atendimento, além de discussões relativas às necessidades do grupo. É realizada uma avaliação do adolescente e sua família, quanto ao aspecto social, através de entrevista semi-estruturada com o profissional do serviço social.

A consulta de enfermagem é feita com o objetivo de avaliar as condições básicas de saúde, entre outros, relacionados com a educação em saúde, através de pré-consulta.

A consulta médica é tradicional, mas segue as recomendações da literatura, que orienta o atendimento em separado do adolescente e da família ( COLLI, 1979a; ROSSI et al., 1983; COATES, 1988a; TAKIUTI, 1988 ).

Foi realizado um estudo descritivo do material obtido.

I V - R E S U L T A D O S

## IV.1 Característica da demanda

### IV.1.1 Dados gerais

A idade variou de 10 a 17 anos e 6 meses, com média e mediana iguais em 13 anos e 9 meses. A tabela 1 mostra que os sexos se distribuem de maneira igual e que há um predomínio de 74% nas idades entre 10 e 14 anos.

Tabela 1 - Distribuição do número de adolescentes em relação ao sexo e à faixa etária (HC/UNICAMP, 1990-91).

FAIXA ETARIA	SEXO MASC.	SEXO FEM.	TOTAL
10 a 14	63 (39%)	57 (35%)	120 (74%)
15 a 18	21 (13%)	21 (13%)	42 (26%)
TOTAL	84 (52%)	78 (48%)	162 (100%)

Foram avaliados 154 prontuários quanto à escolaridade conforme figura 1 e tabela 2.

Com relação ao trabalho, obtivemos informações em 140 prontuários, verificando-se que 36 (22%) adolescentes trabalhavam, tendo 28 (77%) iniciado antes dos 15 anos.

A distribuição da atividade ocupacional desenvolvida em relação ao sexo está na tabela 3.



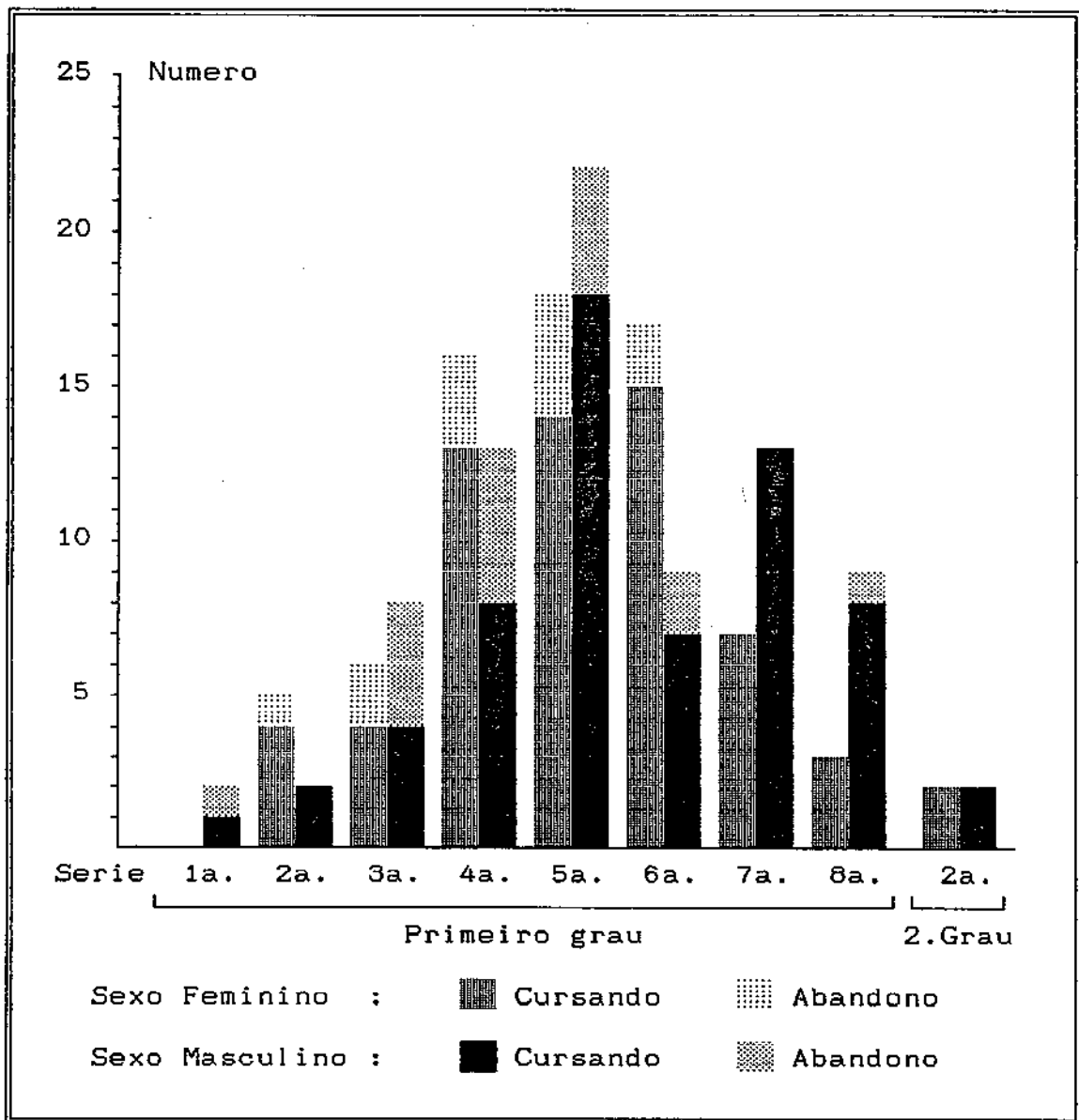


Figura 1 - Distribuição dos adolescentes segundo a escolaridade e o sexo.

Tabela 2 - Distribuição de 154 adolescentes segundo série escolar (HC/UNICAMP, 1990-91).

SERIE ESCOLAR	FREQUENTAM		ABANDONARAM	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
1a.- 4a.	15 ( 9,7%)	21 (13,6%)	10 (6,4%)	6 (3,8%)
5a.- 8a.	46 (29,8%)	39 (25,3%)	7 (4,5%)	6 (3,8%)
2o.grau	2 ( 1,3%)	2 ( 1,3%)	-	-
TOTAL	63 (40,9%)	62 (40,2%)	17 (11,0%)	12 (7,7%)

Tabela 3 - Distribuição da atividade ocupacional em relação ao sexo (HC/UNICAMP, 1990-91).

ATIVIDADE	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
Comércio	6 (17%)	3 ( 8%)	9 (25%)
Doméstica		6 (17%)	6 (17%)
Serviços	7 (18%)	2 ( 6%)	9 (25%)
Lavoura	3 ( 8%)	2 ( 6%)	5 (14%)
Patrulheiro	2 ( 6%)	1 ( 3%)	3 ( 8%)
Industria	2 ( 6%)	1 ( 3%)	3 ( 8%)
Construção Civil	1 ( 3%)		1 ( 3%)
TOTAL	21 (58%)	15 (42%)	36 (100%)

Obtivemos 104 informações quanto à prática de esportes, observando que 71 adolescentes (62,2%) raramente o faziam, e 33 (37,8%) frequentemente praticavam futebol.

As formas de lazer mais referidas são : visitar amigos e assistir televisão.

O uso de drogas lícitas e ilícitas foi investigado em 70 adolescentes, obtendo-se apenas 1 resposta afirmativa para drogas ilícitas ( uso de maconha e cola de sapateiro ), 4 casos de tabagismo e 10 meninos que referiam uso de bebida alcoólica nos finais de semana.

#### IV.1.2 Dados familiares

Os problemas familiares encontrados estão na tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos problemas familiares e número de adolescentes (HC/UNICAMP, 1990-1991)

PROBLEMAS NA FAMILIA	SEXO MASC.	SEXO FEM.	TOTAL
Falta um dos Pais	11 ( 6,7%)	10 ( 6,1%)	21 (12,9%)
Separação dos pais	9 ( 5,6%)	11 ( 6,8%)	20 (12,3%)
Alcoolismo	6 ( 3,7%)	8 ( 4,9%)	14 ( 8,6%)
Total	26 (16,0%)	29 (18,0%)	55 (33,0%)

#### IV.1.3 Dados Sócio-econômicos

Quanto às condições socio-econômicas trabalhamos com uma população com renda familiar entre 1 e 20 Salários Mínimos com mediana de 4,5 S.M. e 26% com renda entre 1 e 2 S.M. Conseguiu-se obter a renda per capita de 50 famílias, a qual varia de 0,2 S.M. a 3,5 S.M. per capita com mediana de 0,85 S.M. per capita.

Foi possível avaliar somente 40 prontuários com relação à escolaridade dos pais. Obtivemos as seguintes informações:

- analfabetismo: 40,0% das mães e 30,0% dos pais,
- abandono no 1o. grau: 20,0% das mães e 22,5% dos pais,
- 1o. grau incompleto: 22,5% das mães e 25,0% dos pais,
- 1o.grau completo: 17,5% das mães e 22,5% dos pais.

Analisamos 142 prontuários com relação às condições de moradia encontrando 60% com saneamento básico. Quanto à ocupação da moradia encontramos 39% das famílias (33) com a relação de até duas pessoas por dormitório. Verificamos que 38% (61) dos adolescentes com mais que tres irmãos.

#### IV.2 Motivos da consulta.

Quanto aos motivos da consulta predominavam os relacionados com estatura, peso e queixa de cefaléia (Fig.2).

As queixas vagas e gerais relatadas estão na tabela 5.

Alguns pacientes apresentavam no momento da consulta uma ou mais queixas.

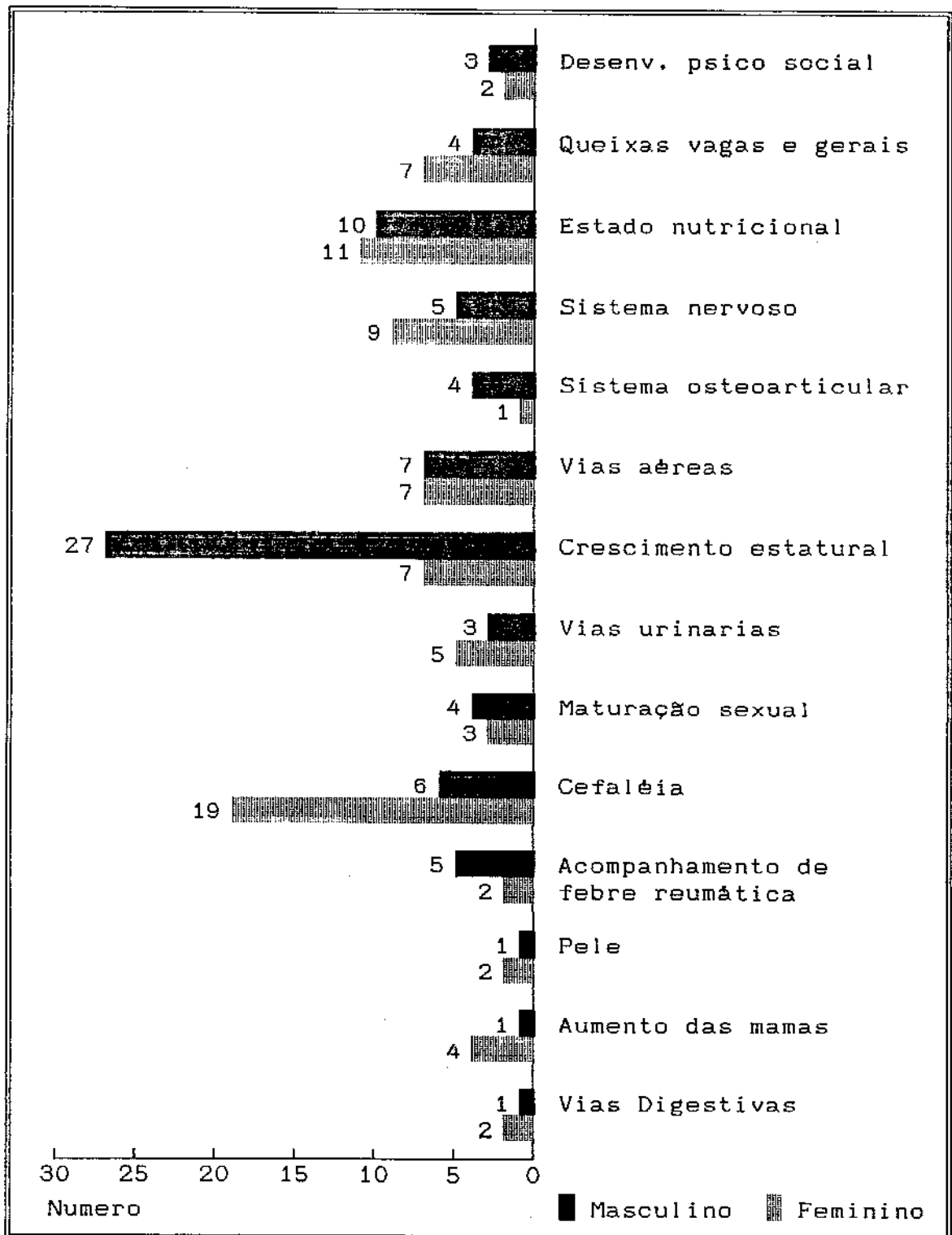


Figura 2 - Distribuição dos adolescentes segundo o motivo da consulta e o sexo.

Tabela 5 - Relação de queixas vagas e gerais.  
(HC/UNICAMP, 1990-91)

QUEIXAS	N = 12
Dor em membros	2
Dor precordial	2
Dor torácica	1
Inapetência e emagrecimento	2
Desânimo	2
Dispneia	2
Insônia	1

#### IV.3 Diagnósticos

A maturação pubertária segundo os estágios de TANNER (1962) está na tabela 6.

Foram avaliados 110 prontuários, quanto ao desenvolvimento sexual, sendo 58 meninos e 52 meninas. A menarca já havia ocorrido em 38 meninas, com idade média de 12 anos e 3 meses.

Quanto à espermarca, somente 8 meninos a referiam. Quanto à primeira relação sexual não havia referência a este item na maioria destes prontuários, e preferimos não avaliá-lo pois consideramos que não foi investigado adequadamente.

Dos 70 prontuários analisados quanto à questão da atividade sexual atual, somente seis adolescentes responderam que já haviam tido relação sexual, sendo dois do sexo masculino e quatro do sexo feminino.

Tabela 6 - Distribuição do estadio puberal de TANNER (1962) de 162 adolescentes segundo a faixa etária e sexo (HC/UNICAMP, 1990-91).

ESTADIO DE TANNER	de 10 a 14 anos		de 15 a 18 anos	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
I	7 ( 4,3%)	-	2 (1,2%)	1 (0,6%)
II	32 (19,8%)	16 ( 9,9%)	4 (2,5%)	3 (1,9%)
III	19 (11,7%)	25 (15,4%)	7 (4,3%)	6 (3,7%)
IV	5 ( 3,1%)	16 ( 9,9%)	7 (4,3%)	11 (6,8%)
V	-	-	1 (0,6%)	-
TOTAL	63 (38,9%)	57 (35,2%)	21 (13,0%)	21 (13,0%)

O diagnóstico de baixa estatura foi realizado em 43 adolescentes ( Tabela 7).

O diagnóstico de distúrbio nutricional mais comum é a obesidade; constitui 18% de todos os diagnósticos. A desnutrição foi diagnosticada em 7% dos adolescentes.

Tabela 7 - Distribuição do número de adolescentes com baixa estatura (HC/UNICAMP 1990-91).

CAUSAS DE BAIXA ESTATURA	No. ADOLESCENTES
Constitucional	17 (39,4%)
Maturação lenta	13 (30,2%)
Desnutrição crônica	6 (14,0%)
Doença crônica	3 ( 7,0%)
Causa endócrina	2 ( 4,7%)
Causa genética	2 ( 4,7%)
TOTAL	43 (100 %)

Em relação às patologias crônicas tivemos como principais diagnósticos: asma brônquica 10,5% (17), outras atopias respiratórias 11% (18), epilepsia 10,5% (17), febre reumática 5,5% (9) e 5,0% (8) apresentavam deficiência mental ou retardo de desenvolvimento neuro-motor.

Outros diagnósticos encontrados : cefaléia, 20% do total de casos ( 33 casos ), 9,8% diagnósticos relacionados com a área de ginecologia (16 adolescentes), como corrimento vaginal, dismenorréia, hipermenorreia e displasia mamária. A gravidez foi diagnosticada uma vez.



A ginecomastia, no sexo masculino, foi encontrada em 10 adolescentes, sendo que 2 necessitaram de investigação.

Outros problemas de saúde encontrados foram : problemas dermatológicos (7 casos), deficiência visual (6 casos) , síndrome dispéptica (5 casos), escoliose (4 casos) e outros esporádicos.

Tivemos tres adolescentes com tentativa de suicidio, dos quais, 2 com epilepsia e 1 com mielomeningocele sem controle esfinteriano e anal.

Com relação à violência encontramos 5 casos, tres de estupro ( um do sexo masculino e dois do sexo feminino ) e dois casos de maus tratos, sem violência sexual.

Os diagnósticos psicossociais/psicossomáticos foram realizados em 26,5% (43 adolescentes), sendo os problemas psicossociais presentes em 20,5% (33) e os psicossomáticos em 6,0% (10).

Na tabela 8 apresentamos os diagnósticos clínicos e os psicossociais/psicossomáticos.

A cefaléia decorrente de situação de tensão emocional foi encontrada em 18 adolescentes e a enxaqueca, em 11 adolescentes, sendo nesse caso mais frequente nas meninas, estando presente em 76% delas. (Tabela 9)

Tabela 8 - Distribuição de diagnósticos mais frequentes.

(HC/UNICAMP, 1990-91)

DIAGNÓSTICOS	No.de ADOLESCENTES
Baixa estatura	43 (26,5%)
Psicossociais/ psicossomáticos	43 (26,5%)
Caries	38 (23,5%)
Atopia respiratoria	35 (21,5%)
Cefaléia	33 (20,0%)
Obesidade	29 (18,0%)
Parasitose	17 (10,5%)
Epilepsia	17 (10,5%)
Problemas ginecológicos	16 (10,0%)
Ginecomastia	10 ( 6,7%)
Febre reumática	9 ( 5,5%)
Deficiência mental/ retardo neuro-motor	8 ( 5,0%)
Problemas dermatológicos	7 ( 4,5%)
Deficiência visual	6 ( 3,5%)
Síndrome dispéptica	5 ( 3,0%)
Bocio	4 ( 2,5%)
Cardiopatía	4 ( 2,5%)
Escoliose	4 ( 2,5%)
Outros	21 (13,0%)

Tabela 9 - Distribuição dos 29 pacientes com diagnóstico de cefaléia (HC/UNCAMP 1999-91).

TIPO DE CEFALÉIA	de 10 a 14 anos		de 15 a 18 anos	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Tensional	3	10	2	3
Enxaqueca	1	8	-	2
TOTAL	4	18	2	5

Os pacientes apresentavam cefaléia há pelo menos um ano e geralmente estava associada à outras situações (Tabela 10).

Tabela 10 - Situações associadas ao diagnóstico de cefaléia tensional. HC/UNICAMP 1990-91

SITUAÇÕES	N = 18
Enurese	2
Dor precordial	1
Atraso escolar	4
Obesidade	2
Adinamia	2
Dor em joelhos	2
Dispneia	2
Sem outros sintomas	3

As situações de vida que mais afetavam os adolescentes com diagnósticos com cefaléia estão apresentados na tabela 11 e outros diagnósticos psicossomáticos, na tabela 12.

O seguimento, abandono e alta dos adolescentes com cefaléia e distúrbio psicossomático estão na tabela 13.

Tabela 11 - Distribuição dos adolescentes com cefaléia em relação à situação de vida (HC/UNICAMP 1990-91).

ADOLESCENTE	Situação de vida
No. 1	Familiars com cefaléia.
No. 2	Ciúmes do pai. Chora fácil
No. 3	Mãe é psicótica (refere ter cancer)
No. 4	Vai mal na escola
No. 5	Familia numerosa
No. 6	Não gosta do 3o. marido da mãe
No. 7	Mãe introvertida e muito nervosa
No. 8	Nada relatado
No. 9	Acha que a mãe não gosta dela
No. 10	Vive com os avós (mãe solteira)
No. 11	Refere estupro recente
No. 12	Não gosta do padrasto
No. 13	Mãe superprotetora
No. 14	Pais separados; mãe é doente
No. 15	Briga muito com a mãe
No. 16	Não gosta do trabalho
No. 17	Alcoolismo do pai; brigas na familia
No. 18	Não gosta de estudar
No. 19	Sem queixas
No. 20	Mãe falecida; maus tratos
No. 21	Alcoolismo. Pais se separando
No. 22	Não gosta que a mãe trabalhe
No. 23	Não gosta da mãe
No. 24	Pai alcoólatra. Brigas na familia
No. 25	Mau relacionamento com o irmão
No. 26	Pai tem outra familia
No. 27	Atraso escolar
No. 28	Pai violento, desempregado
No. 29	Irmão usa drogas; brigas na familia

Tabela 12 - Distribuição dos adolescentes com diagnósticos psicossomáticos em relação à situação de vida (HC/UNICAMP 1990-91).

CASO	DIAGNÓSTICO	SITUAÇÃO DE VIDA
No. 1	Dor no peito	Briga muito com o irmão
No. 2	Falta de ar, epigastralgia	Mãe ansiosa, é muito preocupado
No. 3	Inapetência, Insônia, Vontade de morrer	Mau relacionamento com os pais.
No. 4	Dor articular	Mãe superprotetora
No. 5	Falta de ar, desânimo e cefaléia	Pais separados, vive com o padrasto
No. 6	Enurese noturna	Mãe repressiva; irmão usa droga
No. 7	Chora fácil, epigastralgia	Agressão física pelo pai Irmão usa drogas
No. 8	Poliúria	Mãe com vários abortos
No. 9	Dor torácica	Falta de atenção dos pais, família numerosa
No.10	Dor abdominal, desanimo emagrecimento	Pais idosos, repressivos

Tabela 13 - Evolução dos casos com problemas psicossomáticos. (HC/UNICAMP 1990-91)

SEGUIMENTO	CLINICO	CLINICO / PSICOLOG.	ALTA	ABANDONO
Cefaléia	6 (33,3%)	6 (33,3%)	2 (11,1%)	4 (22,2%)
Enxaqueca	5 (45,4%)	2 (18,2%)	2 (18,2%)	2 (18,2%)
Outros diagnóst.	5 (50,0%)	2 (20,0%)	-	3 (30,0%)

V - D I S C U S S A O

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL

Nossa intenção ao estudar as características e os problemas de saúde da população jovem atendida, é de abrir um campo para refletir sobre a prática médica desenvolvida para esse grupo.

A princípio, achamos importante colocar o conceito de saúde, no qual nos embasamos para a estruturação do trabalho, assim formulado: "Saúde é um estado de equilíbrio entre um organismo e seu meio ambiente" (OMS, 1985). Através deste conceito procuramos elaborar as hipóteses diagnósticas além do aspecto estritamente biológico.

Consideramos também, para nossa análise, as diferenças entre os papéis do homem e da mulher na sociedade, e que podem levar a diferentes padrões de morbidade, valorização dos sintomas, preocupação com a saúde, inserção no mercado de trabalho, disponibilidade de tempo de procurar o serviço.

Através dos resultados passamos a efetuar uma análise do modelo de organização do serviço no qual desenvolvemos nossas atividades de assistência e ensino. Esta análise, embora reflita a posição da autora, é embasada na literatura.

A casuística estudada não representa a população em geral, além do que o ambulatório está inserido dentro de um hospital universitário, que é referência para a rede pública e voltado à resolução de problemas de saúde, de ordem secundária e terciária. Essa realidade impede uma análise do serviço apresentado, dentro de um contexto mais amplo, como seria para um serviço inserido na

comunidade. Entretanto, permite apontar alguns pontos ligados aos aspectos da saúde do adolescente de um modo geral, uma vez que são levados aos ambulatórios terciários problemas que poderiam ser resolvidos em nível de atenção primária.

Algumas diferenças que ocorreram na casuística apresentada com a de outros serviços de saúde de adolescentes poderiam ter inúmeras razões, dentre elas citamos: diferenças nas faixas etárias abrangidas, perfil do serviço, se público ou privado, atenção à saúde, se primária, secundária, terciária, ambulatorial ou de urgência, inserida ou não na rede pública, etc..

A casuística estudada mostrou uma maior concentração do número de adolescentes atendidos, na faixa etária entre 10 e 14 anos, (74%). Esta característica é também observada em outros serviços: DULANTO, SANCHEZ, PEON (1978) que encontraram em seu estudo 58%, COLLI et al.(1979b): 61,5% , CRESPIN (1986): 75% e CHIPKEVICH, ISSA, SCHARAM (1989): 89%.

Uma hipótese para esta ocorrência se deve fato do ambulatório estar ligado a um serviço de pediatria e/ou o atendimento clínico ser prestado por pediatras.

Além disso, os adolescentes mais jovens poderiam procurar serviços que satisfaçam as necessidades de saúde relacionadas com as modificações corporais, que ocorrem na primeira fase da adolescência e portanto, relacionadas com o crescimento e estado



nutricional, próprias do atendimento rotineiro da pediatria. Esta situação concreta leva à necessidades psicossociais decorrentes desse momento da vida, gerando maior preocupação com a imagem corporal (VAUGHAN & LITT, 1990). Em relação à segunda fase da adolescência, as necessidades de saúde próprias dessa fase, relacionadas com a busca de identidade, socialização, situações de risco, como a gravidez, drogas, etc., muitas vezes não são abordadas rotineiramente pelos pediatras (MARKS, FISHER, LASKER, 1990).

Doutro fato, já anteriormente assinalado, é que o ambulatório por estar vinculado à pediatria facilita a continuidade de atendimento a ex-pacientes pediátricos, e pelo fato do serviço ter sido criado recentemente ainda não tínhamos mais pacientes com idade maior, à época do levantamento de dados.

Não há diferença significativa entre o número de adolescentes do sexo masculino em relação ao feminino, respectivamente 52% e 48%. Este achado é semelhante a alguns dados de literatura, embora nessas casuísticas percebemos discreta predominância do sexo feminino. COLLI et al. (1979b), encontraram 45,5% do sexo masculino e 54,5% do sexo feminino, RUZANY, EISENSTEIN, MESSIAS (1985), 47% do sexo masculino e 53% do sexo feminino e CHIPKEVICH et al. (1989), 46% do sexo masculino e 54% do sexo feminino. A discreta predominância do sexo masculino em nossa casuística pode ser decorrente do fato de que existe, intermediando a chegada do adolescente ao ambulatório, um

serviço de triagem do hospital que poderia influir na demanda.

Ao estudar a variável escolaridade observamos que 23,4% dos adolescentes (36) cursavam da 1a à 4a. série do 1o. grau, sendo que 10% (16) haviam abandonado a escola nesse período escolar. A maioria dos adolescentes cursava da 5a. a 8a. série, correspondendo a 55% dos casos estudados (85), tendo ocorrido 8% de evasão nessas séries. Quatro adolescentes frequentavam o 2o. grau. Esses dados são compatíveis com bom nível de escolarização para o grupo etário atendido. O atraso escolar observado foi de 40%, o mesmo encontrado em outros dois serviços públicos: COLLI et al. (1979b) encontrando 42,8% e CHIPKEVITCH et al. (1989) 46,5%. A evasão escolar, no grupo estudado, ocorreu em 18% (29) da casuística, não sendo possível estudar todas as causas de abandono, mas algumas das referidas são: dificuldade para aprender, falta de interesse, necessidade de trabalhar e mudança de domicílio.

A questão escolar surge com frequência na literatura especializada como importante e possível fonte de demanda para a assistência médica à adolescência (COLLI et al., 1979b; COATES, CORRÊA, TUBA, 1988b). No nosso caso, a variável escolaridade rotineiramente pesquisada, mostrou mais uma preocupação da equipe do que uma queixa do adolescente ou da família. Entretanto, os adolescentes que vinham com a queixa e mostravam real comprometimento da capacidade intelectual foram encaminhados aos serviços de psicologia e/ou fonoaudiologia.

Nosso objetivo não foi somente relacionar a condição escolar como característica da demanda, mas o que poderia ser um indicador de "risco", em decorrência de mau aproveitamento do tempo do adolescente levando-o à ociosidade ou ao trabalho não adequado ao seu desenvolvimento .

A atividade escolar por se caracterizar além da aquisição de conhecimentos, de um modo de vida, de encontros com jovens e adultos, de busca de objetivos pessoais e sociais, é em geral complexa. Assim a análise das dificuldades escolares é também complexa, não podendo ser simplificada como um fracasso do ponto de vista moral (preguiça ou desinteresse do adolescente), médico (distúrbio orgânico) e até mesmo pedagógico (inadequação das estruturas escolares).

Em nosso meio, o fracasso escolar representa um indicador social. E a expressão da falência do sistema escolar e do sistema sócio-econômico; enquanto o primeiro mostra a inadequação metodológica, o segundo leva à procura precoce de trabalho para contribuir com o salário da família.

A análise quanto ao trabalho mostra que é desenvolvida por 25% da demanda estudada, com distribuição semelhante nos grupos de 10 a 14 e 15 a 18 anos, respectivamente, 47% (17) e 53% (19). A maioria deles, 77% (28), começou a trabalhar precocemente, antes dos 14 anos. Achamos conveniente não comparar esses dados com as estatísticas populacionais da região, por considerarmos

que a casuística não é representativa da população geral. Entretanto, este achado, como dado de condição de vida do adolescente, sugere que essa variável deve ser mais estudada em nosso meio.

O trabalho de crianças e adolescentes constitui preocupação das instituições de saúde há muito tempo. Já em 1917 o trabalho dos menores de 12 anos era proibido, podendo trabalhar aqueles com 12 a 15 anos com o consentimento dos responsáveis desde que não prejudique a saúde e sua educação. A Organização Internacional do Trabalho recomenda que a idade mínima para o emprego é de 15 anos, sendo que os menores de 13 a 15 anos podem realizar "trabalhos leves", que não prejudiquem a saúde e o desenvolvimento do adolescente e não interfiram na sua escolaridade ou sua participação em programas de formação profissional (OMS, 1987).

Quando se introduz a questão do lazer e do esporte, observamos uma precária atividade de ambos, embora esta seja de importância para o desenvolvimento emocional do adolescente. A vida em grupos, para o esporte e o lazer, é recomendada como forma de propiciar bom desenvolvimento psicossocial por suas características de conviver e experienciar em grupo (OMS, 1985). O modo de vida do adolescente deve constituir preocupação para o processo do trabalho clínico.

O meio familiar desfavorável é um fator importante entre os que exercem influência adversa na saúde mental dos adolescentes (OMS, 1965, 1977). As dificuldades psicológicas durante a adoles-

cência estão associadas a diversos índices de patologia familiar: separação ou desentendimento parental crônico, doença mental parental, instabilidade dos pais, etc. (OMS, 1965, 1977).

As condições consideradas como predisponentes a um meio familiar desfavorável, foram encontradas em 35% (55) das famílias: falta de um dos pais, por motivo de morte ou abandono, encontrada em 13,2% (21) das histórias familiares, separação dos pais em 12,6% (20), alcoolismo (considerado quando um dos pais tinha o vício) em 10% (14). Outro dado que avaliamos foi o tamanho da família, encontrando-se 37,7% (61) das famílias dos adolescentes com mais de três filhos. Os dados por nós estudados, fazem parte da história familiar, e muitas situações adversas como maus tratos, alcoolismo, estupro, etc., foram relatados durante as consultas. No presente estudo não foi possível concluir qual o real papel desses achados, mas estes levaram à compreensão do modo de vida do adolescente e algumas vezes do processo de somatização.

O papel da família é difícil de ser adequadamente avaliado, pois diversas variáveis contribuem para a qualidade da vivência familiar, citando-se entre outras: composição familiar, nível sócio-econômico dos pais, atividade profissional, número de filhos, saúde física e psíquica dos membros da família. Essa avaliação fica difícil em virtude das razões multifatoriais que existem na separação dos pais, no abandono dos filhos, no alcoolismo, etc..

Entretanto, as relações conflituais com os pais podem fazer parte do movimento psico-afetivo do adolescente, sendo muitas vezes os pais os que necessitam de ajuda para suportar esta fase para a qual não estão preparados (MARCELLI & BRACONNIER, 1989).

Consideramos os adolescentes atendidos com boa condição sócio-econômica quando avaliados pela renda familiar. A análise, através da renda familiar per cápita, foi realizada em somente 30% das famílias, obtendo-se a mediana de 0,85 que está acima da linha de pobreza. Observamos uma baixa escolaridade dos pais, com alto índice de analfabetismo.

Os motivos de procura do ambulatório são semelhantes aos de outros serviços em nosso meio (COLLI et al., 1979b; CHIPKEVITCH et al., 1989). Entretanto, os principais motivos encontrados em nossa casuística são aqueles relacionadas com o crescimento físico, no sexo masculino, e as queixas de cefaléia no sexo feminino. As queixas relativas ao desenvolvimento psicossocial foram pouco frequentes como motivo de consultas, diferentemente de COLLI et al., (1979) que encontraram 40,2%, RUZANY et al. (1985), 19% e COATES et al. (1988b) que referem 20% de problemas emocionais.

MARKS et al. (1983) verificaram que os adolescentes inquiridos sobre a procura do serviço de saúde, referiam pelo menos um problema para qual eles nunca haviam procurado atenção médica, mas que gostariam de tê-lo feito. Os mais comuns eram aqueles

relacionados com a imagem corporal, sexualidade, depressão e uso de drogas. Os adolescentes que tinham o pediatra como médico não se sentiam mais confortáveis ou menos confortáveis em procurar cuidados com seu pediatra, do que aqueles que eram acompanhados por médicos gerais. Estes autores mostram, também, que os adolescentes gostariam de procurar o serviço médico por certos problemas sem o conhecimento dos pais. Os problemas são aqueles relacionados com anticoncepção, gravidez, uso de fumo, álcool, drogas, doenças sexualmente transmissíveis.

Uma possibilidade da ausência dessas queixas em nosso ambulatório é de que os adolescentes pertencem à faixa etária mais baixa, onde esta problemática ainda poderia não estar presente ou porque não foram adequadamente investigadas pela equipe.

Com relação à maturação pubertária de nossa clientela, encontramos 65 (40%) que apresentavam desenvolvimento puberal nos estádios I e II de TANNER (1962), entretanto desses, 10 (6% do total) com idade entre 15 e 18 anos, mostravam uma discrepância entre idade cronológica e desenvolvimento físico.

O critério de 10 a 19 anos de idade, proposto ao atendimento de adolescentes, por ser amplo deve ser revisto dentro de cada realidade. Pois vejamos, este critério utilizado para recortar a demanda para o serviço, abrange adolescentes (34%), de 10 a 14 anos, com estadio I e II, com situação de vida, provavelmente, diferente dos adolescentes (6%) com estádios

I e II com 15, 16 ou 17 anos. Essas diferenças devem ser consideradas no atendimento, pois um adolescente com atraso no desenvolvimento físico e puberal, pode ter desenvolvimento social adequado à idade cronológica e não ao desenvolvimento biológico, desempenhando muitas vezes atividades sociais, como o trabalho, não adequadas à idade. Além de que seu desenvolvimento psicossocial pode ser prejudicado em decorrência da rejeição que sofre do grupo de idade semelhante com adequado desenvolvimento físico.

Quanto ao estado nutricional verificamos que 59.5% (50) e 50% (39) dos adolescentes do sexo masculino e feminino, respectivamente, apresentavam a altura abaixo do percentil 50 da curva de Marcondes e que 66% (56) e 51% (40) dos adolescentes do sexo masculino e feminino, respectivamente, apresentavam peso abaixo do percentil 50 da mesma curva, mostrando que o grupo estudado está dentro da média esperada.

As características relacionadas com o estado nutricional de nossa casuística, não estão de acordo com os dados dos serviços de atendimento de adolescentes em nosso meio pois, encontramos apenas 7% de desnutrição, diferentemente dos trabalhos de COLLI et al. (1979) e CHIPKEVITCH et al. (1989). Talvez isto decorra do fato da desnutrição não ser motivo de encaminhamento dos profissionais de saúde da rede pública para os hospitais terciários.

A análise dos diagnósticos formulados para nossa casuística



de adolescentes revela um perfil de patologias comparável em muitos aspectos aos dados de outros serviços (DULANTO et al., 1978; COLLI, et al., 1979; RUZANY et al.1985; COATES et al., 1988; CHIPKEVITCH et al., 1989).

Constata-se que a maioria dos diagnósticos clínicos é constituída por patologias comuns à faixa etária pediátrica, sejam elas de natureza crônica ,como asma brônquica, ou as que embora controladas, necessitam de seguimento como a febre reumática. A maioria desses pacientes foi encaminhada do ambulatório de pediatria.

Nos faltou um maior contato com adolescentes com patologias crônicas que necessitam de atenção secundária e terciária, como diabetes, asma grave , hepatopatias crônicas, entre outras, por serem atendidos por especialistas. Os adolescentes com doença crônica usam os ambulatórios e os hospitais muito mais do que os outros adolescentes (NEWACHECK,1989) e por apresentarem, significativamente, mais depressão e baixa auto-estima do que adolescentes da população em geral (SEIGEL et al., 1990), necessitariam de abordagem especial.

Tivemos um único caso de gravidez, o que poderia decorrer do fato, como já assinalado anteriormente, de existir na universidade um serviço de obstetrícia e ginecologia voltado para a adolescência, ou da característica da demanda atendida onde a maioria se situa na faixa de 10 a 14 anos.

McNANUS et al. (1991) estudando o motivo de procura do hospital por adolescentes do sexo feminino, verificou que a gravidez, complicações da gravidez e puerpério ocorriam duas vezes mais do que para outras categorias de doenças nos pacientes de 15 a 18 anos.

A sexualidade como vem sendo enfocada pela prática médica através do aspecto relacionado com o amadurecimento biológico foi adequadamente avaliada; entretanto os aspectos relacionados com o exercício da sexualidade e os riscos advindos da prática sexual, para ambos os sexos, foram pouco assinalados nos prontuários. Esse fato pode decorrer de dificuldades da equipe de saúde em abordar adequadamente a sexualidade. Encontramos dados na literatura que corroboram com este ponto de vista: MARKS, FISHER, LASKER (1990) estudando a prática da medicina de adolescentes por pediatras, observou que 80% dos pediatras entrevistados davam orientações sobre a puberdade e a menstruação, mas menos da metade iniciavam discussão sobre sexualidade, assim como sobre saúde mental e uso de drogas. Os estudos de ORR et al. (1989) mostram que 50% dos pediatras desejavam ter educação continuada sobre os aspectos sexuais da adolescência.

Outra observação é a ausência de patologias infecciosas agudas que constituem a terceira causa de morbidade nos países em desenvolvimento (DULANTO, 1981; YUNES, 1985 ). Este fato decorre do tipo de atendimento que realizamos nos ambulatórios do hospital onde os pacientes são atendidos por agendamento. O adoles-

cente com quadro agudo procuram o pronto socorro do Hospital das Clínicas, ou o serviço de moléstias infecto-contagiosas. Também não pudemos estudar a problemática dos acidentes, suicídios, violência, causas de morbi-mortalidade mais frequentes na adolescência (DULANTO, 1981; YUNES & PRIMO, 1985) porque também são atendidos no serviço de urgências do hospital.

Os diagnósticos psicossociais e psicossomáticos realizados em 26,5% (43) dos adolescentes foram os mais comuns, juntamente com os diagnósticos de baixa estatura.

McNANUS et al. (1991) verificaram que o motivo de procura do hospital por problemas mentais ocorreram em cerca de 8% de todas as consultas entre adolescentes de 10 a 14 anos de idade e 10% entre adolescentes de 15 a 18 anos, referindo que a procura por abuso de drogas é cerca de 20% naqueles pacientes com problema mental pertencentes à idade de 15 a 18 anos. Em nossa amostra os problemas psicossociais constituem a segunda categoria de diagnóstico mais comuns, mas não foi o motivo mais frequente de primeira consulta, e sim de diagnóstico realizado através de anamnese e/ou entrevista médica, enfermagem e/ou social.

Para nós fica difícil separar o que é "distúrbio" emocional e de conduta, pois a própria adolescência se constitui de conflitos que levam a comportamentos que podem ser considerados "normais" para esta fase. Assim como, algumas situações de vida das famílias acarretam como resposta certos comportamentos dos

adolescentes, que para a família é anormal, mas que podem ser esperados, pensando-se a adolescência como um processo de desprendimento da família e de busca da sua identidade.

Aos distúrbios da dinâmica familiar, embora incluídos nos diagnósticos psicossociais, preferimos denominar de situações de conflito na família. Detectamos, frequentemente, em nossa casuística, situações de discórdia entre os pais, entre os irmãos, entre pais e filhos (pais superprotetores, repressivos, etc.); situações essas referidas pelos adolescentes como de sofrimento, revolta, etc., e que refletem negativamente em suas vidas.

Muitas vezes os adolescentes procuram o serviço com queixas vagas como cefaléia, dores articulares e outras, e posteriormente, através da história, verificamos uma situação de conflito, como perda dos pais, dificuldades com a imagem corporal.

Esses sintomas são frequentes na adolescência porque as intensas e rápidas modificações corporais que caracterizam a puberdade levam o adolescente a ter maior consciência do próprio corpo e suas sensações. Os conflitos inconscientes, as doenças, e situações geradoras de estresse podem levar ao surgimento de sintomas de somatização, ou mesmo levar à doença psicossomática (MARCELLI & BRACONNIER, 1989).

Entretanto, esses dados por nós obtidos não podem ser generalizados porque não estudamos, particularmente, a influência

das situações familiares (ou outra situação de vida geradora de estresse), na presença ou não de sintomas.

Verificamos que apesar do serviço estar inserido dentro de uma estrutura hospitalar, voltada ao atendimento de patologias que exigem níveis de atenção secundária e terciária e embora os pacientes venham encaminhados para atendimento clínico especializado, a maioria dos adolescentes com diagnóstico de problemas psicossomáticos, permaneceram no serviço para o acompanhamento pela equipe de saúde. Como a casuística é pequena e o tempo de seguimento curto não pudemos ainda avaliar a resolutividade do atendimento prestado.

A grande frequência deste tipo de consultas mostra a necessidade de diagnósticos e atenção corretos para estas situações, procurando não ignorar a queixa ou o sintoma, e nem "resolver" com solicitação de exames e encaminhamentos.

Além disso, para o atendimento dos problemas de ordem emocional é importante evitar a atitude moralizadora e intervencionista da medicina. Deve-se, também, evitar "psiquiatrizar" a adolescência, encaminhando inadequadamente para o profissional de saúde mental, os conflitos próprios deste processo de vida, ou decorrentes de situação de vida do adolescente, da família e da comunidade, com raízes muito mais sociais do que emocionais. Assim, vários fatores ligados ao profissional de saúde e às características de atendimento, como

interesse, empatia ou conhecimento adequado das características evolutivas da adolescência, podem influir na formulação de diagnósticos e condutas.

Há relatos na literatura mostrando que os profissionais de saúde referem desconforto e falta de preparo para lidar com os principais motivos de atendimento de adolescentess (RESNICK, 1988; BLUM & BEARINGER, 1990). Esses trabalhos mostram que as dificuldades referidas pelos médicos e enfermeiras ao lidar com os problemas da juventude são os relacionados com problemas de escolaridade, doença crônica, problemas de comportamento, principalmente aqueles ligados à sexualidade, e distúrbios do apetite ; já os psicólogos referem limitações próprias em trabalhar com adolescentes com doença crônica e com problemas de sexualidade (BLUM & BEARINGHER, 1990).

SWEDO & OFFER (1991) relatam que pediatras tem um conceito de auto-imagem do adolescente mais negativo do que os próprios adolescentes; por exemplo, ao se avaliar a auto-imagem dos adolescentes, os médicos tinham a impressão que os adolescentes se auto-depreciavam e se sentiam inseguros, enquanto estes diziam se sentir capazes, confiantes e seguros.

Segundo dados da literatura os pediatras estão de acordo que o médico de escolha para o adolescente deva ser o pediatra e que a perspectiva deste parece ser apropriada para o cuidado com a saúde do adolescente (CRESPIN,1986;MARKS et al.,1990;COLLI,1991).

Entretanto o pediatra deve ter um forte desejo e motivação para isto. O que vem ocorrendo é que a maioria dos pediatras continuam a cuidar de um número pequeno de adolescentes com idade acima dos 15 anos e parecem não se importar que as especialidades médicas dispensem atenção inadequada para os adolescentes (DRR et al.,1987). É citado na literatura que, entre internos de medicina e residentes de pediatria, há insuficiência de conhecimentos e falta de interesse pelos problemas de adolescentes (SLAP, 1984).

A necessidade de profissionais que trabalham com adolescentes vem aumentando em decorrência do aumento da população de adolescentes e dos problemas que se apresentam. Enquanto os dados da literatura mostram que os profissionais de saúde necessitam de conhecimentos sobre aspectos do crescimento e desenvolvimento, sexualidade humana e sobre aqueles referentes à prevenção de conflitos familiares (BLUM & BEARINGHER, 1990).

Cabe aqui fazer algumas observações quanto ao modo de vida, que é importante para a saúde do adolescente assim como em todas as fases da vida. Nos países desenvolvidos as crianças e adolescentes são fisicamente mais saudáveis e atualmente surgem os problemas de natureza emocional, psicossocial, educacional e de desenvolvimento; aqueles relacionados com a sexualidade, abuso sexual, drogas, violência e acidentes são os mais que comprometem a saúde em nossos dias. O trabalho da mulher, fora de casa, família com somente uma figura parental, ou o pai ou a mãe, separação, estilos de vida diferentes e o maior estresse da vida

cotidiana constituem o novo ambiente de vida onde transcorre a infância e adolescência (OMS., 1977, 1985). Nos países em desenvolvimento as situações referidas acima são muito agravadas, pela fome, miséria, desemprego, processo de migração, etc. (OMS, 1977, 1985). O modo de vida da população, afetando a saúde, quer da infância, quer da adolescência, tem determinantes de natureza social, econômica e política, impossíveis de serem resolvidos por ações no âmbito da saúde somente. A morbidade e mortalidade refletem condições sociais e é claro que nenhum grupo profissional tem capacidade de dar o diagnóstico global sem a interação das áreas de sociologia, psicologia e biologia, com uma compreensão inter disciplinar da saúde e doença. Depreende-se destes aspectos a importância da equipe multiprofissional na atenção do adolescente.

O estudo, ora apresentado, representa os resultados de um serviço em implantação, que deverá ser continuamente aprimorado e enriquecido com mais dados em número e qualidade para permitir no futuro uma massa consistente para análises estatísticas mais profundas.

Importante lembrar que os dados levantados não refletem as estatísticas convencionais (IBGE, etc.), tendo em vista que os estudos foram realizados com uma casuística dirigida, pois no nosso caso o "entrevistado" é quem procura o serviço ou é encaminhado por outro setor ou departamento, não sendo portanto uma amostra estatisticamente selecionada.



VI. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Como este estudo não pode ser definido como pesquisa no sentido tradicional, pois traduz muito mais a necessidade de uma reflexão sobre a prática médica exercida em uma dada realidade, nos permitimos fazer algumas considerações pessoais.

Pensamos que ao se estudar as várias concepções da adolescência, embora sem nos aprofundarmos em todas as teorias referidas neste trabalho, conseguimos chegar a uma visão mais abrangente do que pode ser a adolescência. Consideramos que a adolescência não é um fenômeno aistórico, mas se processa conforme as relações nas quais os indivíduos se inserem na sociedade. O seu carácter universal é percebido no atendimento diário ao adolescente, mas a maneira como se mostra pode ser diferente conforme tenham mais ou menos oportunidades na sociedade. O conhecimento sobre os aspectos das fases de vida dos indivíduos, pode levar ao exercício da prática médica com uma visão mais ampla, compreendendo o biológico inserido no social e cultural.

Outro aspecto que gostaríamos de levantar é que embora o social tenha um peso grande na manifestação da adolescência, o social não é genérico e sim faz parte da ideologia de classe. E citando um texto de Marilena Chauí "universalizando o particular pelo apagamento das diferenças e contradições, a ideologia ganha coerência e força, e sendo o discurso ideológico aquele que pretende coincidir com as coisas, anular as diferenças entre o pensar, o dizer e o ser..." (CHAUI, 1981).

Os programas de saúde deveriam levar em consideração o adolescente como um sujeito social e suas relações com o social, procurando-se não universalizar os conceitos clássicos sobre a adolescência, conceitos esses que foram elaborados através de estudos de indivíduos de classe média, urbanos e do sexo masculino. Assim, se falamos de adolescência normal, em contrapartida existe uma demanda de anormal para não dizer doente. A Medicina institui e normaliza estruturas e relações sociais, a partir da "naturalização" do seu objeto discursivo (Luz, 1988).

Essa reflexão levou-nos a perceber que vários aspectos precisam ser estudados com relação ao trabalho em saúde. Particularmente considerando-se o jovem nas suas diferenças sociais e culturais, como o adolescente urbano ou do campo, o da periferia das grandes cidades, e principalmente com relação ao sexo, quer seja uma adolescente ou um adolescente.

Se essas realidades não forem particularizadas, corremos o risco de mascarar a situação de trabalho em saúde.

Exemplificamos nossa preocupação: como será a duração da adolescência do brasileiro marginalizado pela pobreza? Existirá a moratória proposta por Erikson? O trabalho precoce seria um interromper do seu processo de adolescência?

A análise realizada não nos permite responder essas questões

neste momento, mas permitem perceber que os programas de atenção à saúde do adolescente poderiam ter um caráter normatizador da vida dos indivíduos quando não consideram essas ponderações; alguns grupos de adolescentes por terem estilos de vida que levam a prejuízos para a ordem instituída, mas decorrentes de uma resposta às precárias condições de vida da população, são como todas as minorias, sujeitos a ações normalizadoras.

Embora os programas desenvolvidos à atenção ao adolescente sejam importantes, muitos deles enfatizam a gravidez, o uso de drogas, doenças sexualmente transmissíveis, meninos de rua, como áreas prioritárias para a abordagem do adolescente. Sem dúvida essas são áreas que constituem preocupação do próprio adolescente, mas percebidas por eles mesmos como difíceis de serem abordadas com os médicos. Para sua abordagem, há necessidade por parte do profissional de saúde de uma compreensão ampla e inserida no contexto de vida do adolescente.

Fica claro, portanto que ao se aceitar que a educação em saúde tem papel importante na prática médica com adolescentes, se usa um tipo de ideologia - indução de mudanças no modo de pensar e agir dos indivíduos. A compreensão de seu modo de vida tornaria essa prática menos normalizadora.

Como, entretanto, o objetivo foi analisar a inserção da adolescência no atendimento clínico, podemos dizer, após essa análise, que acreditamos que a maioria dos adolescentes, ao

procurar o serviço de saúde, pode ser atendida por pediatras (ou clínicos gerais) desde que tenham conhecimentos adequados sobre seu crescimento físico, desenvolvimento puberal e psicossocial, assim como interesse e disponibilidade para atendê-los, o que consideramos importante para trabalho com jovens.

Com a experiência adquirida nesses dois anos e após esta reflexão nos permitimos propor que:

1) O ensino da Medicina deve ter implícito e explícito em seu programa que o cuidado ao adolescente pertence também à área do médico e que o conhecimento da adolescência faz parte da formação do médico geral.

2) Para esta formação os profissionais das várias áreas da ciência, como a antropologia, psicologia, economia, podem contribuir para o estudo da adolescência, com objetivos de conhecê-la dentro de cada realidade onde se processa, a fim de promover melhor atenção à saúde dos jovens.

3) A formação de grupos de pesquisa voltados para as várias camadas sociais procurando estudar os valores dessas populações de adolescentes, evitando normatizar a vida das pessoas ao se conhecer seus valores e necessidades.

VII. CONCLUSOES

Concluimos que o atendimento do adolescente pode ser inserido dentro do modelo clínico de atendimento desenvolvido em um hospital universitário, desde que se considere suas principais necessidades de saúde e exista interesse e disponibilidade para atendê-los.

A análise dos dados obtidos, semelhantes em muitos aspectos aos obtidos por outros serviços, permite concluir que, no ambulatório geral de adolescentes do Hospital das Clínicas, os adolescentes que procuram o serviço pertencem majoritariamente à faixa etária de 10 a 14 anos (74%), não havendo diferença importante na distribuição dos sexos, apresentando em geral bom nível de escolaridade. As condições sócio-econômicas das famílias necessitam ser melhor estudadas.

Os problemas de saúde mais frequentes são os relacionados com o crescimento físico, constituindo uma fração importante dos diagnósticos (26,5%). Os problemas de ordem psicossomática e psicossocial foram igualmente importantes na casuística estudada (26,5%). As patologias encontradas são comuns à faixa etária pediátrica e passíveis de resolução pelo médico geral.

Concluimos ainda que o serviço, como foi estruturado, é adequado ao atendimento do adolescente. Entretanto, a abordagem de alguns aspectos da adolescência pela equipe precisa ser revista.

R E S U M O



A partir da sensibilização da autora com relação a adolescência e de sua vivência com adolescentes com doença crônica, foi implantado um ambulatório para atendimento de adolescentes junto à área ambulatorial da Pediatria, no hospital das clínicas da UNICAMP. Este trabalho se propôs a estudar a inserção deste atendimento dentro de um modelo clínico. Inicialmente foi feita uma análise da evolução do conceito de adolescência na literatura especializada e a revisão das propostas feitas pela OMS desde 1965. Foram estudadas as características da demanda, os problemas de saúde e a adequação do serviço à demanda. O levantamento dos dados foi realizado em 162 prontuários através de um formulário previamente elaborado.

Na casuística predominou o grupo etário de 10 à 14 anos, não havendo diferença significativa entre os sexos. Os problemas de saúde encontrados foram aqueles relacionados com o crescimento e estado nutricional. Os problemas psicossociais e psicossomáticos ocorreram com a mesma importância. Os demais problemas de saúde são os encontrados no grupo etário pediátrico e de fácil resolução pelo médico geral.

O serviço foi considerado adequado dentro do proposto para o atendimento de adolescentes, entretanto pelo fato de estar situado em um hospital de atenção secundária e terciária, muitos adolescentes não são vistos nos serviços e sim por especialistas.

Sugere-se que seja dada uma maior ênfase ao ensino de adolescência dentro de curriculum médico e se formem grupos interdisciplinares para estudo da adolescência.

S U M M A R Y

From the sensibilisation of the author on adolescent issues and her experience with chronic diseased adolescents, it was started an out patient clinic to attend adolescents at the pediatric ambulatory , in the University Hospital of the State University of Campinas.

This research is aimed at studying how this service works in a clinical model. Initially, it was made an analysis of the historical evolution of the concept of adolescence in the specialized literature and the review of the proposals made by WHO since 1965. It was studied the characteristics of the patients , the health problems and the adequacy of the service to the adolescents demand. The survey of the data was obtained in 162 cases using a previously elaborated formulary.

It was found that the age group of 10 to 14 years comprised the majority and it hasn't shown a significant difference of the demand between sexes. The health problems were related with the growth and nutritional state. The psychosocial and psychosomatic problems occurred with the same importance. Other health problems are those found in the pediatric age group and of easy resolution by the general physician.

The service was considered in accordance with the objectives that were proposed when it was started, however, because it is inserted in a hospital of secondary and tertiary attending, many adolescents are not seen in the service but by specialists.

It is suggested that teaching and research on adolescent medicine must be emphasized during the undergraduate curriculum in the medical schools.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABERASTURY, A. - Adolescência. 2.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988. 246p.

ABERASTURY, A. & KNOBEL, M. - Adolescência normal. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981. p.24-62.

ABT, I.A. - History of pediatrics. In: BRENNEMANN's Practice of pediatrics. vol.I Hagerstown, W.F. Prior Co., 1948. p.1-54.

ARIES, P. - História social da família e da criança. 2ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1978. 279p.

BLUM, R. & BEARINGER, L. - Knowledge and attitudes of health professionals toward adolescent health care. J. Adolesc. Health Care, 11:289-294, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil - Programa saúde do adolescente (PROSAD), bases programáticas. Brasília, 1989. 24p.

CHAUI, M.S. - Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas. São Paulo, Moderna, 1980. p.3-38.

CHIPKEVITCH, E.; ISSA, E.C.; SCHRAM, P.C.F. - Experiência em atendimento ao adolescente em um ambulatório hospitalar de rede pública. J. de Pediat., 65:103-113, 1989.

COATES, V. & NICULITCHEFF, G. - Nem adultos, nem crianças. Atuals. Médicas, (abril):57-66, 1976.

COATES, V. - Atendimento Médico. In: Adolescência e saúde / Comissão de Saúde do Adolescente. São Paulo, Paris Editorial/ Secretaria de Estado da Saúde, 1988a p.35-42.

COATES, V; CORRÊA, M.M.; TUBA, N. - Atendimento ambulatorial de adolescentes. Rev. Paul. de Pediat., 6:17, 1988b.

COLLI, A.S.; COELHO, H.S.; CONCEIÇÃO, J.A.N.; ANDERSON, M.C.; GAIT, N.; LIMA, I.N.; SANTOS, M.J.S.F.; DIAS, M.H.P.; YUNES, J - Modelo para Atendimento de Adolescentes. J. Pediat., 40:329-335, 1975.

COLLI, A.S.; CARVALHEIRA, C.A.; LIMA, I.N.; TAKEI, I.M.; SAITO, M.I.; PARD, M.J.; SANTOS, M.J.S.F.; GUERRA, V.N.A. - Atendimento de adolescentes. In: SETIAN, N; COLLI, A.S.; MARCONDES, E. - Adolescência. São Paulo, Artes Médicas, 1979a. p.99-106.

- COLLI, A.S.; SAITO, M.I., PETRONE, A.E.R.; PARO, M.J.;  
SANTOS, M.J.S.F.; MUKAI, S.; GUERRA, V.N.A.; ROSA, I.C.;  
GOLDSTEIN, E. - Problemas de saúde de adolescentes em  
atendimento ambulatorial. J.Pediat., 46:20-30, 1979b.
- COLLI, A.S. - Conceito de adolescência. In: MARCONDES, E. -  
Pediatria básica. 7ed. São Paulo, Sarvier, 1985.  
p.476-477.
- COLLI, A.S. - Assistência ao adolescente: Um desafio para o  
pediatra. Rev. Paul. Pediatr., 9:147-151, 1991.
- CRESPIN, J. - Principais problemas de saúde do adolescente  
visto em consultório particular. Rev.Paul.de Pediat.,  
4:55-61, 1986.
- CRESPIN, J. - Adolescência : Reflexões sobre o motivo da  
consulta de 630 jovens. Nestlé - Serviço de Informação  
Científica, 1986. p.1-20. (Temas de Pediatria, 35).
- DANIEL, W. - Adolescence. In: NELSON, W.E. - Textbook of  
pediatrics. 6.ed. Philadelphia, Saunders, 1979. p.47-56.
- DULANTO, E.G.; SANCHEZ, E.W.; PEÓN, A. - Consideraciones  
sobre la consulta externa del adolescente. Departamento  
de Adolescentes. Bol.Med.Hosp.Infant.(México),  
35(Supl.1):1-12, 1978a.

- DULANTO, E.G. - Enfoque integral del adolescente en  
Latinoamérica. Bol.Med.Hosp.Infant.(México), 38:143-161,  
1981.
- ERIKSON, E. - Juventude, identidade e crise. 2.ed. Rio  
de Janeiro, Zahar, 1976. 323p.
- GALLAGHER, J.R. - Problems of the adolescent. Ped. Clin.  
North Amer., 6:18-24, 1958.
- GALLAGHER, J.R. - The Origins, Development, and Goals of  
Adolescent Medicine. J. of Adolesc. Health Care,  
3:57-63, 1982.
- GALLATIN, J.E. - Adolescência e individualidade. Uma  
abordagem conceitual da adolescência. 3.ed. São  
Paulo. Harbra, 1986. 378p.
- GARELL, D.C. - Adolescent medicine: A survey in the United  
States and Canada. Am. J. Dis. Child., 109:314-317, 1965.
- GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, SECRETARIA DA  
SAUDE, SUDS, SP. - Programa de atendimento integral à saúde  
do adolescente, São Paulo, 1988. 32p. Mimeo.



- GREULICH, W.W. - Some observations on the growth and development of adolescent children. J. Pediatr., 19:302-314, 1941.
- GREULICH, W.W. & PYLE, S.I. - Radiographic atlas of skeletal development of the hand and wrist. Stanford, Stanford University Press, 1959. 256p.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. - Anuário estatístico do Brasil. Rio de Janeiro, IBGE, 1986.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. - Pesquisa nacional por amostra de domicílio. Rio de Janeiro, IBGE, 1990.
- JELLIFFE, D.B. - The assessment of the nutritional state of the community. Geneva WHO, 1968. 201p.  
(Monography Series, 53).
- KNOBEL, M. - A síndrome da adolescência normal. In:  
ABERASTURY, A. & KNOBEL, M. - Adolescência normal. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981. p.24-62.

KNOBEL, M; LEITE, R.M.C; BATTISTONI, M.M.M.; ANDRADRE, T;  
BARSOTINI, M.F. - Aspectos do processo de identificação  
na adolescência: um estudo realizado em escolas de 2o.  
grau em Campinas. Rev.Bras. Med., 4:134-139, 1982.

LITT, I.F. - Adolescent medicine, Ped. Clin. North Amer.  
vol.27.no.1, 213p. 1980.

LUZ, M.T. - Natural, racional, social; razão médica e  
racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro,  
Campus, 1988. . 152p.

MAAKAROUN, M.F. - Desenvolvimento psicológico. In:  
SOUZA, R.P. & MAAKAROUN, M.F. - Manual de adolescência.  
Rio de Janeiro, Sociedade Brasileira de Pediatria.  
1989. p.19-24.

MARCONDES, E. - Introdução ao estudo da adolescência. In:  
SETIAN, N.; COLLI, A.S.; MARCONDES, E. - Adolescência.  
São Paulo, Sarvier, 1979. p.1-12.

MARCELLI, D. & BRACONNIER, A. - Manual de psicopatologia do  
adolescente. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. 429p.

- MARKS, A; MALIZIO, J.; HOCH, J.; BRODY, R; FISHER, M. -  
Assessment of health needs and willingness to utilize  
health care resources of adolescents in a suburban  
population. J. Pediatr. 102:456-460, 1983.
- MARQUES, R.M.; MARCONDES, E.; BERQUO, E.; YUNES, J. -  
Crescimento pubertário em crianças e adolescentes  
brasileiros. II Peso e Altura. São Paulo, Brasileira de  
Ciências, 1982.
- MARKS, A.; FISHER, M.; LASKER, S. - Adolescent medicine in  
pediatric practice. J. Adolesc. Health Care,  
11:149-153, 1990.
- McNANUS, M.H.S.; MCCARTHY, E.; KOZAK, L.J.; NEWACHECK, P. -  
Hospital use by adolescent and young adults.  
J. Adolesc. Health Care, 12:107-115, 1991.
- MONROY DE VELASCO, A. - Pubertad, adolescencia y cultura.  
In: La salud del adolescente y el joven en las Americas.  
Washington, OPAS/OMS, 1985. p.20-25 (Publ. Cient. No. 489)
- MUSS, R. - Teorias da adolescência. 5.ed. Belo Horizonte,  
Interlivros, 1976. p.55-66.

- NEWACHECK, P.W. - Adolescent with special health needs :  
prevalence, severity and access to health services.  
Pediatrics, 84:872-881, 1989.
- NOVAES, H.M.D. - A puericultura em questão. São Paulo, 1979.  
(Dissertação de Mestrado - Med. Preventiva, USP). Mimeo.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD - Problemas de salud de la  
adolescencia. Ginebra, OMS, 1965. 30p.  
(Serie de Informes Técnicos No.308).
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD - Necesidades de salud de  
los adolescentes. Ginebra, OMS, 1977. 55p.  
(Serie de Informes Técnicos No.609)
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD - La salud de los jovenes:  
un desafio para la sociedad. Ginebra, OMS, 1985. 125p.  
(Informe de un Grupo de Estudio de la OMS acerca de los  
jóvenes y la salud para todos en el ano 2000).
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD - El trabajo de los ninos:  
riesgos especiales para la salud. Ginebra, OMS, 1987.  
53p (Serie de Informes Técnicos No.756)
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE / UNICAMP (DEPARTAMENTO DE  
PSICOLOGIA E PSIQUIATRA, F.C.M.) - II Seminário Latino  
Americano sobre Adolescência, 1978.

- ORR, D.P.; WEISER; S.P.; DIAN, D.A.; MAURANA, C.A. - Adolescent health care: perceptions and needs of the practicing physician. *J. Adolesc. Health Care*, 8:239-245, 1987.
- RESNICK, M.D. - Use of age cutoff policies for adolescents in pediatric practice. *Pediatrics*, 72:420-7, 1983.
- ROSSI, V.P.; SAITO, M.I.A.; COLLI, A.S.; ZECKER, I.; CRESPIN, J.; CORRÊA, M.G.M.; MONTELEONI, M.L.; FRANÇA, P.C.; GOLDEBERG, T.; COATES, V; - A consulta do adolescente. *Rev. Paul. de Pediat.*, 1:66-67, 1983.
- RUZANY, M.H., EISENSTEIN, E.; MESSIAS, J.A.S. - Unidad clinica para adolescentes: pratica precursora en atención hospitalaria. In: *La salud del adolescente y el joven en las Americas*. Washington, OPAS/OMS, 1985. (Publicação científica No.489) p.322-332.
- SEIGEL, W.M.; GOLDEN, N.H.; GOUGH, J.W.; LASHLEY, M.S.; SACKER, I.M. - Depression, Self-esteem, and life events in adolescents with chronic diseases. *J. Adolesc. Health Care*, 11:501-504, 1990.
- SETIAN, N; COLLI, A.S.; MARCONDES, E. - *Adolescência*. São Paulo, Artes Médicas, 1979. 220p.

SILBER, T.J. - Approaching the adolescent patient.

J. Adolesc. Health Care, 7:315-405, 1986.

SILBER, T.J. - Medicina de la adolescencia: el desarrollo de una nueva disciplina. In: La salud del adolescente y el joven en las Americas. Washington, OPAS/OMS, 1985. p.27-29. (Public. Cient. No.489).

SILVA, J.L.P.: - Contribuição ao estudo da gravidez na adolescência. Campinas, 1982. (Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp). Mimeo.

SLAP, G.B. - Adolescent medicine: attitudes and skills of pediatric and medical residents. Pediatrics, 74:191-197, 1984.

STARFIELD, B.; GROSS, E.; WOOD, M.; PANTELL, R.; ALLEN, C.; GORDON, B.; MOFFATT, P.; DRACHMAN, R.; KATZ, H. - Psychosocial and psychosomatic diagnoses in primary care of children. Pediatrics, 66:159-167, 1980.

STUART, H.C.: - Introduction to pediatrics. In: BRENNEMANN's Practice of Pediatrics. vol.I Hagerstown, W.F. Prior Co., 1948. p.1-32.

SWEDO, S.E. & OFFER, D. - The pediatrician's concepts of the normal adolescent. J. Adolesc. Health Care, 12:6-10, 1991.

- TAKIUTTI, A.D. - Atendimento na rede básica de saúde. In:  
Adolescência e saúde / Comissão de Saúde de Adolescente.  
São Paulo, Paris Editorial. Secretaria de Estado da  
Saúde, 1988. p.11-42.
- TANNER, J.M. - Growth at adolescence. 2ed. Oxford,  
Blackwell Scientific Publ., 1962. 326p.
- TANNER, J.M. - Foetus into man: physical growth from conception  
to maturity. London, OpenBooks, 1978. p.167-205.
- VAUGHAN, V.C. & LITT, I.F. - Child and adolescent development:  
clinical implications. Philadelphia, W.B.Saunders Co.,  
1990. p.229-327.
- WIDHOLM, O. & KANTERO, R.L. - A statistical analysis of the  
menstrual patterns of 8000 Finnish girls and theirs  
mothers. Acta Obstet.Gynec.Scand., 53:1-8, 1974.
- YUNES, J. & PRIMO, E - Características da mortalidade em  
adolescentes brasileiros. J. Pediat. 59:9-18, 1985.

A N E X O - F O R M U L A R I O



F.C.M.- UNICAMP - AMBULATORIO GERAL DE ADOLESCENTES

Nome : \_\_\_\_\_ H.C. \_\_\_\_\_

Data : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Nascimento : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Sexo : \_\_\_

Escolaridade : Série \_\_\_ Grau \_\_\_ Estuda ou Abandonou \_\_\_

Motivo do Abandono : \_\_\_\_\_

Repetências : \_\_\_ Motivo : \_\_\_\_\_

Trabalho : Idade de Início \_\_\_ Função : \_\_\_\_\_

Atividade Sexual : \_\_\_ Uso de Drogas : \_\_\_\_\_

Menarca/Espermarca : \_\_\_ Obs.: \_\_\_\_\_

Sexarca : \_\_\_ Obs.: \_\_\_\_\_

Esporte : Frequencia \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

Peso : \_\_\_ Estatura : \_\_\_\_\_ P.A. \_\_\_ x \_\_\_\_\_

Estadio Puberal de Tanner : \_\_\_ Obs.: \_\_\_\_\_

Motivo da consulta : \_\_\_\_\_ Cod.: \_\_\_\_\_

Diagnósticos : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cod.: \_\_\_\_\_

Encaminhamentos : \_\_\_\_\_

Numero de Retornos : \_\_\_ Ultima Consulta \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

SITUAÇÃO FAMILIAR :

Pai : \_\_\_ Escolaridade : \_\_\_\_\_ Obs.: \_\_\_\_\_

Mãe : \_\_\_ Escolaridade : \_\_\_\_\_ Obs.: \_\_\_\_\_

Irmãos número : \_\_\_\_\_ Idades : \_\_\_\_\_

Alcoolismo: \_\_\_ Obs.: \_\_\_\_\_

Separação : \_\_\_ Obs.: \_\_\_\_\_

Outros problemas: \_\_\_\_\_

Renda Familiar : \_\_\_ S.M. Obs.: \_\_\_\_\_

Moradia : Número de Pessoas : \_\_\_\_\_ Número de Quartos : \_\_\_\_\_

Saneamento Básico : \_\_\_\_\_ Obs. : \_\_\_\_\_