

Evolução Histórica da Medicina do Adolescente

Veronica Coates

As origens da Medicina do Adolescente, ou Hebiatria, não são claras; porém, antes do término do século XIX, já havia alguns médicos que tinham interesse especial no crescimento e desenvolvimento de adolescentes e em suas doenças. Bowditch publicou estudo clássico de crescimento dessa faixa etária em 1887 e, em 1888, Dabney descreveu uma epidemia de pleurodinia entre estudantes.

O termo hebiatria (de Hebe, deusa grega da juventude, e *iatros*, médico) vem sendo empregado como sinônimo de Medicina do Adolescente. Os primeiros profissionais que se interessaram mais especificamente por rapazes e moças de idade escolar foram médicos de escolas inglesas; assim, ainda em 1888, foi fundada a Medical Officers of Schools Association (Associação de Médicos de Escolas); essa associação celebrou seu centenário há alguns anos.

Aqueles médicos que se responsabilizaram pelos cuidados de saúde de adolescentes que moravam em escolas e academias militares achavam que, compartilhando suas experiências e conhecimentos e padronizando condutas, poderiam melhorar a qualidade e o ambiente das escolas, a assistência médica e a prevenção de doenças e acidentes. Seu Código de Regras (*Code of Rules*) foi publicado em 1885; em 1948, após dez edições, seu título foi alterado para *Handbook for School Health* (Manual de Saúde do Escolar); a 15ª edição foi publicada em 1975.

É evidente que esses médicos tinham muitas lacunas em seus conhecimentos sobre adolescência e seus interesses cobriam uma variedade de especialidades; eram médicos generalistas que devotavam a maior parte de seu tempo a um grupo etário.

Felix Heald pesquisou informações adicionais sobre as origens da medicina do adolescente, revendo o *Index Medicus* desde 1879. Em 1904, encontrou a primeira referência sob o título "Adolescência"; é a publicação clássica de G. Stanley Hall, "Adolescência - sua psicologia e relação com fisiologia, antropologia, sociologia, sexo, crime, religião e educação".

Amélia Gates publicou, em 1918, na revista *Archives of Pediatrics*, o artigo: "O trabalho da Clínica de Adolescentes da Faculdade de Medicina da Universidade de Stanford"; é a primeira referência sobre uma clínica médica para adolescentes. Por sua importância histórica, transcrevemos seu primeiro parágrafo: "A clínica começou com finalidades médicas; em pouco tempo foi impossível nos confinarmos apenas a problemas médicos. A clínica tinha que se preocupar com aspectos sociais e educacionais; quando tínhamos sucesso nestes, tornávamo-nos mais efetivos".

Novamente citando o artigo de Gates "não é apenas com as doenças orgânicas que devemos lidar, mas também com as dificuldades que provêm de desajustamentos sociais de nossa vida moderna". Muitos dos princípios básicos que norteiam serviços atuais dirigidos para adolescentes foram utilizados por Gates *et al.* em 1918.

Nas décadas de 20 e 30, indivíduos que tinham interesse em adolescência trabalhavam juntos estudando os problemas desse grupo. Suas pesquisas giraram em torno de desenvolvimento biológico nas universidades e atendimento clínico em centros de saúde estudantis e escolas. Os anos 20 foram o começo de alguns estudos de crescimento antropométrico, desenvolvimento de personalidade e de nutrição de crianças normais, seguindo-as durante a adolescência. Esses estudos longitudinais continuaram até o início dos anos 40, foram prejudicados durante a Segunda Guerra Mundial e praticamente cessaram no começo dos anos 50. No entanto, os resultados desses trabalhos tiveram grande impacto sobre a compreensão do crescimento e desenvolvimento de adolescentes.

Priesel e Wagner, em Viena, publicaram e Pryor, nos EUA, confirmou, em 1936, a ordem de aparecimento de características sexuais em meninas. Os estágios de desenvolvimento das mamas foram descritos pela primeira vez por Stratz em 1909 e mais tarde modificados por Pryor e Greulich nos EUA. Esse método de estadiamento foi aperfeiçoado e usado por Tanner nos anos 50 e 60, utilizado até hoje.

Talvez tivesse chegado a hora de concentrar maiores esforços em cuidados preventivos, terapêuticos e estudo dos jovens que, apesar de apresentarem relativamente poucas doenças, morriam cada vez mais de causas passíveis de prevenção.

No início dos anos 40, o assunto adolescência atraiu a atenção da Academia Americana de Pediatria, como mostrou o I Simpósio organizado por ela, em 1941, sobre Medicina do Adolescente. Já nessa época, nos EUA, havia muitos serviços pediátricos que atendiam pacientes de até 16 anos, ou onde adolescentes com problemas endocrinológicos, febre reumática etc. recebiam atenção especial.

Cuidados clínicos modernos ao adolescente começaram com a criação e o desenvolvimento da Unidade de Adolescentes, no Hospital Infantil de Boston em 1951, incentivado por Charles A. Janeway, Médico Chefe do Hospital. Roswell Gallagher foi contratado para chefiar essa unidade. Citando Gallagher: "O significado deste evento é que a unidade fornecia evidência de que um centro médico altamente respeitado, que se acreditava que poderia melhorar o atendimento médico dos adolescentes, proporcionando-lhes uma divisão separada porém próxima e fortemente aliada à Pediatria, tendo seu próprio chefe, corpo docente e espaço".

"Parece apropriado", diz Gallagher, "que a Pediatria tenha sido a primeira a aceitar o desafio. Quem deveria ser mais ansioso ou estar em melhor posição para observar e acompanhar o crescimento e o desenvolvimento, a saúde de seu paciente durante a adolescência do que o Pediatra?"

Felix Heald, que chefiou durante muitos anos o Serviço de Adolescentes da Escola de Medicina da Universidade de Maryland, em Baltimore, foi *fellow* de Gallagher no início de sua carreira. Em 1976, Gallagher, Heald e Garell escreveram o primeiro livro médico mais completo sobre adolescência: *Medical Care of the Adolescent*, atualmente na 3ª edição.

A unidade de Boston foi o primeiro programa de treinamento clínico e centro médico acadêmico. Ela deu a tônica para a medicina do adolescente dos anos 50 e 60. Os enfoques principais foram a individualidade e as diferenças dos adolescentes de outros estágios de desenvolvimento durante a vida. Muitas faculdades de medicina e hospitais nos Estados Unidos, na Europa (Inglaterra, Dinamarca, Finlândia, Checoslováquia etc.) e em Israel fundaram serviços dedicados à saúde desse grupo etário.

Em 1965, nos Estados Unidos, foi editado o primeiro número de um boletim sobre adolescência, *Adolescent Medicine Newsletter*, por Dale Garell. Esse boletim foi de grande importância, pois fornecia um meio de comunicação para os profissio-

nais, cujo interesse principal era a medicina do adolescente. No mesmo ano de 1965, Heald organizou o 1º seminário para pioneiros da hebiatria, que versou sobre ginecologia na adolescência; o 2º, em 1966, sobre nutrição; no 3º seminário nasceu a idéia da Sociedade de Medicina do Adolescente (*Society for Adolescent Medicine*), que acabou sendo fundada por ocasião do 4º seminário em 1968. Suas finalidades eram "melhorar a qualidade da saúde global dos adolescentes, encorajar a investigação do crescimento e desenvolvimento normais e das doenças que os afetam, estimular a criação de serviços de saúde para jovens, aumentar a comunicação entre profissionais de saúde que cuidam de adolescentes, encorajar e melhorar a qualidade do treinamento dos indivíduos que cuidam da saúde dos adolescentes. Em 1979, a Academia de Pediatria criou seu setor de saúde do adolescente".

Em 1980, o *Journal of Adolescent Health Care*, revista oficial da Sociedade de Medicina do Adolescente norte-americana, iniciou sua circulação. Ainda nos anos 80, os governos federal e estaduais norte-americanos debateram várias questões pertinentes aos jovens - éticas, legais, sexualidade - e envolveram-se em vários aspectos nos cuidados de saúde dos adolescentes.

Na América Latina, o primeiro serviço de adolescência multiprofissional foi criado pela médica clínica Nidia Gomez Ferrarotti em Buenos Aires em 1955; seu serviço teve muita projeção na Argentina e em outros países.

O I Simpósio Internacional de Medicina do Adolescente foi realizado em 1974 em Helsinki, Finlândia, presidido por Wasz Hockert.

Em 1982, foi criada, na França, a primeira Unidade de Adolescentes do Hospital Universitário Kremlin-Bicêtre, chefiada por V. Courtecuisse, substituído mais tarde por P. Alvin.

A Associação Internacional da Saúde do Adolescente - International Association for Adolescent Health (IAAH) - foi fundada em Sidney na Austrália em 1987. Em junho de 1989, a Organização Mundial de Saúde, em sua assembléia mundial da saúde em Genebra, oficializou Adolescência como programa da OMS e a incluiu em seu programa orçamentário. O I Congresso da IAAH foi realizado em Montreux, Suíça, em julho de 1991. O II Congresso foi em Vancouver no Canadá em 1995 e o III, em Salvador, Bahia, no Brasil em 2001.

Somente na década de 70 surgiram outros serviços na América Latina: Chile, Brasil, Colômbia e México. Nos anos 80, desenvolveram-se serviços na Venezuela, Uruguai e Argentina.

A medicina do adolescente no Brasil surgiu entre os anos 1974 e 1975, quando constituíram-se três grupos multiprofissionais para atendimento de adolescentes, dois em São Paulo chefiados por Anita Colli e Veronica Coates e um no Rio de Janeiro chefiado por Maria Helena Ruzany. A Sociedade Brasileira de Pediatria, sensibilizada com a importância do adolescente, criou, em 1978, o Comitê de Adolescência, com representantes de vários Estados. No início da década de 80 foram criados Comitês de Adolescência, em vários Estados, vinculados às Sociedades de Pediatria locais; o de São Paulo iniciou-se em 1982. As atividades dos comitês deram impulso muito grande para a medicina do adolescente em nosso meio, culminando na realização do I Congresso Brasileiro de Adolescência em São Paulo no ano de 1985, sob presidência de A. Colli. O II Congresso foi em 1987 no Rio de Janeiro, sob presidência de M. H. Ruzany; o III, em Porto Alegre, em 1989, sob presidência de R. P. de Souza; o IV, em Recife, em 1991, sob a presidência de S. Tavares; o V, em Belo Horizonte, em 1993, sob presidência de M. Maakaroun; o VI, em Gramado, em 1998, presidido por A. Manieri, e o VII Congresso em 2001 em Salvador, sob a presidência de D. C. Mascarenhas.

Hoje, existem programas estaduais funcionando em São Paulo, Minas Gerais, Sergipe, Bahia, Goiás etc. dirigidos ao adolescente; o primeiro foi instalado em São Paulo em 1986, por Albertina Duarte Takiuti, com mais de uma centena de serviços de referência para adolescentes em 98 municípios de São Paulo. O Programa do Ministério da Saúde também funciona desde 1986 - Coordenação de Saúde Materno-Infantil -, incentivando a criação de novos serviços especializados nessa faixa etária.

Mas, citando Jacques Crespin, "havia ainda um grande sonho a se realizar: o sonho dos pioneiros, daqueles que há muito se dedicavam ao estudo da problemática da adolescência e à assistência integral ao jovem, discípulos no Brasil de Gallagher". O sonho consistia em se fundar uma entidade nacional, que congregasse profissionais de saúde, médicos, paramédicos, educadores, pedagogos, juristas etc., para unir esforços e dedicação na promoção do bem-estar biopsicossocial dos jovens.

Em novembro de 1989, foi fundada, em Brasília, a Associação Brasileira de Adolescência (ASBRA) por um grupo de profissionais interessados em Adolescência, representantes de nove Estados da União, cujo logotipo simboliza uma porta aberta. Ela é uma associação multiprofissional que reúne profissionais de todas as áreas, envolvidos com a população adolescente brasileira. Entre suas múltiplas finalidades está a de melhor identificar as necessidades e conseqüentemente proporcionar atendimento global cada vez mais adequado aos adolescentes brasileiros. A ASBRA representa a associação nacional equivalente à Associação Internacional da Saúde do Adolescente (IAAH).

A primeira presidente eleita foi V. Coates de São Paulo que, com sua diretoria, elaborou os estatutos, iniciou a impressão e divulgação do boletim de caráter multiprofissional com artigos científicos, acontecimentos promovidos na área de Adolescência e bibliografia pertinente à área. Manteve contatos e promoveu ações conjuntas com SAM e IAAH - associações congêneres norte-americana e internacional, além de angariar sócios efetivos e honorários das Américas e outros continentes. Terminou a gestão com 583 associados.

Em maio de 1993, foi eleito o segundo Presidente, J. Crespin, de São Paulo. Durante sua gestão, foram criadas cinco filiais: Brasília, Salvador, Belo Horizonte, Porto Alegre e São Paulo. Terminou a gestão com 670 associados. Em maio de 1995, foi eleito o terceiro Presidente, Ronald Pagnoncelli de Souza, de Porto Alegre. Durante sua gestão o novo estatuto permitiu a reeleição. Na primeira gestão foram fundadas cinco filiais: Associação Mineira de Adolescência, Associação Catarinense de Adolescência, Associação Paranaense de Adolescência, Associação Sergipana de Adolescência e Associação de Adolescência do Rio de Janeiro. Durante a segunda gestão, a partir de maio de 1997, foram criadas mais quatro filiais: Ceará, Rio Grande do Norte, Espírito Santo e Alagoas. Assim, hoje já existem 13 filiais funcionando, cada uma com atividades independentes da programação nacional.

Outrossim, além da publicação contínua do boletim, em 1997, Pagnoncelli criou, juntamente com Carlos Bianculli da Argentina, a revista *Adolescência Latinoamericana*, de caráter científico cultural multidisciplinar bilingüe, hoje com distribuição regular para sócios da ASBRA e da Sociedad Argentina de Salud Integral del Adolescente - SASIA.

Em 1999, foi eleita a quarta Presidente, Marília de Freitas Maakaroun, de Belo Horizonte, que organizou em 2000 o I Seminário Ibero-Americano da ASBRA. Em março de 2001, foi eleito o quinto Presidente, Walter Marcondes, de Londrina.

A Associação promoveu, desde sua fundação, ao longo dos anos, inúmeras reuniões, cursos de atualização, simpósios, jornadas e congressos regionais e nacionais. O I Congresso da ASBRA ocorreu em maio de 1993, em Belo Horizonte, MG,

sob a presidência de M. Maakaroun, ainda na gestão da primeira Diretoria. Em abril de 1998, em Gramado, RS, realizou-se o II Congresso da ASBRA presidido por Fernando M. M. Cruz.

Em maio de 2001, em Salvador, Bahia, aconteceu evento de grande impacto para o Brasil, o Congresso de alto nível científico organizado e apoiado por três Sociedades de projeção: o III Congresso da IAAH - presidido por Roger Tonkin, o VII Congresso da SBP - sob presidência de Déa Cardozo Mascarenhas, e o III Congresso da ASBRA - presidido por Margareth Fialho, com participação de 840 congressistas e professores convidados de diversos países. Estiveram representados 32 países dos cinco continentes. Mais de 400 trabalhos foram apresentados em forma de temas livres e pôsteres. Concomitante ao Congresso, ocorreu o Encontro Internacional de Adolescentes com programação própria, ocasionalmente conjunta com adultos e com participação ativa de 300 adolescentes de vários estados do Brasil, Suécia, Portugal e Nova Zelândia. O Correio brasileiro lançou um selo comemorativo do Congresso. Em agosto de 2002, o Presidente da ASBRA, Walter Marcondes, organizou o II Congresso de Adolescência do Cone Sul em Londrina, Paraná. O Congresso teve excelente programação e maciço comparecimento de público multiprofissional e interdisciplinar, que é o alvo da Associação Brasileira de Adolescência. Participaram mais de 600 profissionais entre professores convidados, incluindo da Argentina, do Uruguai e membros inscritos de 20 Estados brasileiros.

O sonho dos fundadores da ASBRA está realizado. O Congresso reuniu ASBRA, SBP, Secretaria Municipal de Saúde e de Educação, Ministério da Saúde, OPAS etc., todos trabalhando pela mesma finalidade: melhorar a saúde física e psicossocial do adolescente brasileiro.

Segundo Gallagher, "a história e a evolução da medicina do adolescente mostram que a abordagem é semelhante à pediátrica e à geriátrica; generalizada e multidisciplinar, em que o médico leva em consideração o estágio de desenvolvimento, as características, as necessidades e o ambiente de seus pacientes, assim como suas doenças. Também, tornou-se evidente que a maioria dos adolescentes responde favoravelmente a médicos que os respeitem e que estejam querendo escutá-los. Felizmente, a medicina do adolescente se desenvolveu em atmosfera de cooperação entre médicos e outros profissionais de saúde que se interessavam por várias áreas da medicina. Sem essa cooperação, os médicos teriam perdido muitas oportunidades de melhorar a qualidade de assistência aos pacientes, de ensino e de pesquisa".

Para os profissionais de hoje, engajados na luta pela saúde global do jovem, a medicina do adolescente já faz parte do desafio e da satisfação de sua vida no dia-a-dia.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ALDERSMITH, H. - *Code of Rules* (Medical Officers of Schools Association). J.A. Churchill, London, 1885.
BOWDITCH, H.P. - *Growth of Children*. A.J. Wright, State Printer, Boston, 1877 [reprinted from the Eighth Annual Report of the State Board of Health of Massachusetts, 1877].
COATES, V. - História brasileira da medicina do adolescente: 10 anos de ASBRA. *Adolescência Latinoamericana*, 1: 260-265, 1999.
COATES, V.; FRANÇOSO, L.A.; BEZOS, G.W. - *Medicina do Adolescente*. Sarvier, São Paulo, 1993, p. 525.
COATES, V.; NICULITCHEFF, G. - Nem adultos, nem crianças. *Atualidades Médicas*, 4: 57-60, 1976.

COATES, V.; NICULITCHEFF, G. - Conduta prática do médico frente ao adolescente. *Pediatr. Prat.*, 48: 5-8, 1977.
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.A.P.; YUNES, J. - Modelo para atendimento de adolescentes. *J. Pediatr. (Rio de Janeiro)*, 40: 329-35, 1975.
COLLI, A.S.; SAITO, M.I.; SANTOS, M.J.S.F.; LIMA, I.N.; CAVALHEIRA, C.A.; GUERRA, V.N.A.; PARO, M.J.; TAKE, I.M. - Características de um ambulatório para adolescentes. *Pediatr. (S. Paulo)*, 1: 77-84, 1979.

Seção I

A Consulta do Adolescente

9	Consulta Clínica
19	Atenção Integral à Saúde
25	Imunização
35	Ética no Atendimento de Adolescentes
39	Visão Psicológica da Adolescência Normal
45	Desenvolvimento da Sexualidade

1.

Consulta Clínica

Jacques Crespín

"O adolescente é uma pessoa
A Adolescência é um conceito"
(V. Courtecuisse)

Em virtude das profundas transformações hormonais, físicas e psíquicas que ocorrem na adolescência e culminam, nem sempre pacificamente, com a escolha da profissão e a inserção definitiva do indivíduo no contexto social, a consulta médica do adolescente assume enorme importância e complexidade, representando, muitas vezes, para o profissional, verdadeiro desafio.

Tal consulta deve sempre levar em conta, dentre outras variáveis, o processo de crescimento e desenvolvimento e sua vulnerabilidade a inúmeros agravos físicos, psíquicos e sociais, cuja análise permitirá a identificação dos fatores protetores que devam ser promovidos e os de risco que deverão ser afastados e/ou atenuados. A consulta do adolescente deve deixar claro o direito que ele tem à assistência integral e estimular o jovem a se responsabilizar por seus próprios cuidados, sempre que possível, com o aval da família. Somente assim será atingida a meta almejada por todos, pelo adolescente, por sua família e pelo médico, isto é, o bem-estar global do adolescente em todas as áreas da saúde.

QUEM TEM MEDO DO ADOLESCENTE?

Preconceitos, tabus e obstáculos no atendimento do adolescente

O que mais atemoriza o pediatra que deseja atender adolescentes? Em primeiro lugar, o medo de que o diálogo seja apenas um monólogo. Com frequência, o médico se vê às voltas com um adolescente que vem à consulta contra sua vontade e reage fechando-se no mais absoluto mutismo. Esse problema não existe quando se trata de cliente antigo. Mas, para os novos, deve-se criar nova estratégia, verdadeira "dinâmica do encontro" que permita lidar também com a problemática emocional.

Outro tabu para o pediatra é o exame ginecológico. Se o médico não consegue vencer esse desafio, haverá sempre a seu lado, na maioria dos hospitais, o ginecologista pronto a socorrê-lo. Caso o pediatra veja a adolescente em seu consultório e não tenha condições pessoais para proceder ao exame ginecológico, poderá encaminhar sua paciente para o especialista de sua confiança.

Não um tabu, mas um preconceito é que: "a adolescência seria uma doença de bom prognóstico, pois cura-se com a idade". Talvez essa seja a razão pela qual a adolescência ficou por tanto tempo abandonada. Se boa parte dos adolescentes atravessam galhardamente essa fase, muitos precisam do apoio especial de suas famílias e, também, precisam contar com um médico que se interesse por eles, que os compreenda e os apóie.

Na verdade, as dificuldades e os obstáculos ao atendimento do adolescente, todos perfeitamente contornáveis, estão mais relacionados aos médicos do que ao próprio adolescente ou à sua família. Resumidamente podem ser citados:

- O pediatra geralmente limita até 10-12 anos o atendimento de seus pacientes.
- O clínico geral atende adultos, dos quais estão excluídos os adolescentes.
- A maior parte dos médicos não recebe capacitação para o atendimento do adolescente durante sua formação, razão pela qual são muito inseguros no trato com os jovens; o pediatra, habituado a ter a mãe como interlocutora, encontra, às vezes, dificuldades para se comunicar com o adolescente, tentando transmitir real interesse e confiança.
- O bom atendimento do adolescente exige mais tempo, trabalho e paciência; consultar um adolescente não é apenas dedicar alguns minutos ao exame físico, mas seguir todo um ritual que consiste na entrevista dos pais, entrevista do jovem, exame físico propriamente dito e, finalmente, a conversa com o interessado e com a família, quase sempre em separado, não necessariamente na ordem assinalada.
- Presunção de que todo adolescente é sadio: o médico que só extemporaneamente vê um adolescente minimiza a sintomatologia vaga apresentada pelo paciente que, na maioria das vezes, está somatizando problema da esfera psicológica.
- Ausência de sala especial ou pelo menos de horário próprio para o atendimento do adolescente.
- Os pais querem "usar" o médico como seu preposto e assim tentam transferir para sua boca todas as queixas, reprimendas e descontentamentos que o adolescente está cansado de ouvir.

QUEM ATENDE QUEM?

Embora a Organização Mundial de Saúde tenha delimitado a adolescência dos 10 aos 19 anos, é óbvio que a assistência à saúde dos jovens deve começar muito mais cedo, desde a primeira infância.

Uma criança assistida de forma integral (física, psíquica e social) terá, quando adolescente, melhores condições de saúde e maiores oportunidades para adequada e completa integração social. E o pediatra que decidiu continuar atendendo seu cliente que entrou na adolescência terá muitas chances de êxito, visto que ele o conhece há longo tempo, às vezes desde a mais tenra infância e, além do mais, conhece bem sua família, da qual sempre foi consultor, conselheiro e amigo. É preciso lembrar também que, às vezes, o atendimento do adolescente ultrapassa o limite de 19 anos, pois existe um alongamento da adolescência nos jovens que cursam escolas superiores e se formam entre 23 e 27 anos, o que implica o adiamento de responsabilidades familiares (casamento mais tardio) e/ou profissionais (por estágio) e/ou pós-graduação.

Além de consultor sobre os problemas de saúde, o médico deve, pois, ser confiante e amigo e encarar o adolescente sob o aspecto global da saúde (física, psíquica e social), ouvindo-o atentamente, tomando o cuidado de não censurá-lo de maneira indiscriminada.

Atualizado com as grandes mudanças socioeconômicas dos últimos anos, o médico tentará também atualizar os pais e incitá-los a manter espírito progressista e profilático para prevenir os inúmeros problemas que possam surgir na fase da adolescência e no relacionamento do casal e deste com os filhos.

O pediatra-hebiatra, sucessor da velha e saudosa estirpe do médico da família, transformar-se-á em amigo e conselheiro e será solicitado a opinar sobre todos os infindáveis problemas que afetam a dinâmica familiar, sejam físicos, sejam emocionais. Será muitas vezes conselheiro matrimonial, tentando harmonizar, em benefício dos filhos, as desavenças do casal. Dará seu parecer sobre mudanças de casa e de escola, será consultado sobre o primeiro amor do adolescente. Não poderá, portanto, omitir-se quando solicitado a ajudar os adolescentes em conflito com seu meio familiar e/ou social ou ajudar os pais que pedem conselho para manter a harmonia no relacionamento com seus filhos adolescentes.

PAPEL DO MÉDICO DE ADOLESCENTES

O médico de adolescentes tem a função de:

- Estimular o jovem a se responsabilizar por seus próprios cuidados e lembrar que ele tem o direito à assistência integral.
- Acompanhar o crescimento e o desenvolvimento do adolescente nas áreas física e emocional.
- Detectar o mais precocemente possível as situações de risco.
- Garantir a passagem biopsicossocial do adolescente à idade adulta de forma saudável.
- Ao contrário de discursos negativos, dar sempre imagem objetiva do adolescente.
- Valorizar o importante papel das famílias na passagem da infância à adolescência.
- Harmonizar as queixas que possam existir entre os pais e seus filhos e vice-versa.
- Lembrar que nenhuma consulta será considerada completa se, além da queixa principal, não se incluir a prevenção de acidentes, vacinal, do uso de drogas, das DST/AIDS, da gravidez.

CARACTERÍSTICAS DO MÉDICO DE ADOLESCENTES

O profissional que atende adolescentes deve ter as seguintes características básicas:

1. Apresentar real interesse pela problemática do adolescente e perfeita identificação com seus anseios e frustrações.
2. Ter boa formação científica e domínio da arte da Medicina.
3. Possuir boa formação moral e ética impecável.
4. Possuir boa cultura geral e formação humanística.
5. Ser conhecedor do processo de crescimento e desenvolvimento e de suas variáveis.
6. Ter bons conhecimentos dos principais problemas psicológicos que mais incidem na adolescência.
7. Ser capaz de transmitir calor humano, entusiasmo e empatia.
8. Evitar julgamento de valores.
9. Garantir absoluto sigilo médico e respeitar o pudor dos jovens.
10. Ter equilíbrio emocional e boa saúde física.
11. Apresentar características de acessibilidade, tolerância, compreensão e honestidade.

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

O médico sabe que em muitos campos da Medicina, particularmente da adolescência, há necessidade, para o melhor atendimento, de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. Fundamental em Hospital Universitário, dessa equipe devem fazer parte pediatras, assistentes sociais, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, além de outros profissionais. Dentre os médicos atuarão o pediatra (eventualmente o clínico geral), o ginecologista e o psiquiatra. À equipe básica agregam-se, às vezes, professores, juristas, odontólogos etc.

A equipe multidisciplinar do médico que atua em clínica particular pode ser substituída por agenda com selecionado rol de nomes dos quais ele normalmente lança mão para ouvir a opinião de colegas especialistas. Assim, o ginecologista, o endocrinologista, o psicólogo ou psiquiatra podem estar a distância e ser consultados sempre que necessário. O atendimento em equipe permite interação com profissionais de várias áreas, o que significa, na prática, aumento da resolução dos casos e estímulo ao estudo da problemática do adolescente.

A ÉTICA NO ATENDIMENTO DO ADOLESCENTE

O atendimento médico de um paciente, qualquer que seja sua idade, deve repousar sobre duas bases absolutamente fundamentais: a ética e o sigilo médico, apanágios da própria Medicina. Em se tratando de adolescentes, há uma série grande de requisitos a ser observada, tais como privacidade, confidencialidade, sigilo, princípio de autonomia, doutrina do menor maduro e respeito ao pudor. O tema é considerado de primordial importância não só para os profissionais que já atendem adolescentes, mas, sobretudo, para aqueles que desejam incluí-los em sua rotina de trabalho. Essa é a razão pela qual mereceu capítulo especial neste livro (Capítulo 4: Ética no Atendimento de Adolescentes, nesta Seção).

RELACIONAMENTO MÉDICO-PACIENTE-FAMÍLIA

Não é fácil o relacionamento humano. Requer, das duas partes interessadas, compreensão mútua e maturidade. No relacionamento médico-adolescente, como no relacionamento de qualquer profissional de saúde com seu paciente, deve haver, antes de mais nada, profunda empatia e confiança recíproca, bases do bom êxito terapêutico. Admitindo-se que o médico tenha as características já mencionadas, ainda assim há dificuldades a sobrepujar, visto que muitos adolescentes se fecham em mutismo ou falam monossilabicamente ou, ainda, comunicam-se somente por manifestações extraverbais (gestos e atitudes) que devem ser devidamente decodificadas pelo profissional. O médico terá sempre em mente que o adolescente, quando vem à primeira consulta, geralmente obrigado pela família, é reticente e desconfiado, imaginando que todos os seus segredos serão desvendados e que seu corpo, até então resguardado de olhares indiscretos, será examinado minuciosamente, inclusive com invasão de sua privacidade. Tudo se torna mais penoso se o adolescente tem algo que não gostaria de mostrar (por exemplo: na menina, seios pequenos ou grandes, no menino, pênis que julga pequeno).

Em linguagem psicanalítica, uma boa e profícua relação médico-paciente dependerá do nível de transferência (sentimentos do cliente em relação ao profissional) e de contratransferência (sentimentos do profissional em relação ao cliente). O mesmo ocorre com a família, que não pode ser ignorada. Porém, as peças em jogo são muito diferentes - o adolescente, paradoxalmente, de um lado, deseja identificar-se com os pais mas, de outro, afastar-se deles.

Sabe-se que é incontestável a importância da família na formação da pessoa, em particular na estruturação da personalidade da criança e do adolescente. Tendo como funções básicas: sexual e reprodutiva, econômica e educativa, a família deve proporcionar ao jovem, lenta e paulatinamente, a autonomia necessária, preparando-o para deixar o ninho. Proverá alimentação, educação e instrução e dará segurança para enfrentar a vida, superando frustrações, proporcionando condições de socialização. Portanto, sem o escudo adequado da família, clínico, psicológico e social, nenhuma intervenção será frutífera. O médico nunca poderá omitir-se, quando solicitado, a ajudar os adolescentes em conflito com seu meio familiar e/ou social ou a ajudar os pais que pedem conselhos para manter a harmonia no relacionamento com seus filhos adolescentes. É preciso ainda lembrar que a Pediatria e a Hebiatria são uma espécie de medicina simbiótica, pois, o ato médico, longe de recair e terminar apenas na criança e no adolescente, projeta-se também sobre o meio que os circunda, em particular na família.

COMO INTERPRETAR A PROBLEMÁTICA DO ADOLESCENTE?

Para a interpretação adequada da problemática do adolescente deve-se levar em conta: (a) seu desenvolvimento psicológico; (b) as características comportamentais na "síndrome da adolescência normal"; (c) suas variáveis; e (d) as condutas de risco que tanto preocupam nessa faixa etária.

A CONSULTA MÉDICA PROPRIAMENTE DITA

A consulta é um momento privilegiado de comunicação e deve decorrer em clima que inspire confiança, respeito e sigilo. O primeiro contato é sempre motivo de ansiedade para o paciente, que pode encarar a consulta como agressão e/ou invasão de sua privacidade. Fazê-lo sentir-se importante, gestos afetuosos, manifestações de carinho e compreensão darão ao jovem paciente mais segurança. Deve-se lembrar que o adolescente está substituindo seus interesses e anseios por novos valores, tão ou mais válidos quanto os da infância perdida. O médico será confiante e amigo, ouvindo atentamente, tomando o cuidado para não fazer o papel de juiz prestes a ditar rigorosa sentença.

Como qualquer consulta, também a do adolescente consiste em duas etapas importantes: a anamnese ou entrevista e o exame físico. Dependendo da idade do jovem, a anamnese será obtida da família ou do próprio adolescente.

ONDE E COMO ATENDER?

Em serviço ambulatorial ou em clínica particular, o atendimento do adolescente exige absoluta privacidade. Se o exame médico for realizado pelo pediatra, o ideal é que haja sala de espera própria (ou horário especial) a fim de que os jovens não fiquem mesclados às crianças, motivo de constrangimento e de eventual renúncia às próximas consultas. A sala de espera também deve ser adequada para o atendimento do jovem. É desejável que o exame ocorra em sala contígua à sala na qual se faz a anamnese. Dependendo de condições peculiares de cada caso, a porta entre essas duas salas poderá ficar entreaberta ou fechada. Deve-se lembrar que muitos dados novos podem ser apurados durante o próprio exame, enriquecendo assim a anamnese. Durante a consulta do adolescente, o médico não deve admitir interrupções que possam afetar o relacionamento médico-paciente.

A consulta do adolescente deve obedecer, na medida do possível, às seguintes etapas (podendo variar a seqüência de acordo com o caso e a rotina do serviço):

- 1ª) Entrevista com a família e anamnese.
- 2ª) Entrevista a sós com o adolescente.
- 3ª) Exame físico do adolescente.
- 4ª) Conversa com o adolescente.
- 5ª) Nova entrevista com a família.
- 6ª) Diagnóstico e tratamento.

Entrevista com a família

Enquanto o jovem aguarda na sala de espera, conversa-se com o pai ou a mãe sobre o motivo da consulta (problemas físicos ou psíquicos) que estaria afetando o jovem e sua família, alterando eventualmente a dinâmica familiar. Que não se precipite o profissional em tirar conclusões definitivas ouvindo somente os pais: não é raro que eles queiram transformá-lo em outro elemento de censura ou de represália ao adolescente. Tenta-se obter em seguida os dados da anamnese que, às vezes, são fornecidos pelo próprio adolescente; neste último caso será necessário o máximo de tato e flexibilidade, respeitando-se sempre o momento de cada paciente.

Os seguintes aspectos deverão ser investigados:

- antecedentes familiares - doenças, relação e estrutura familiar, valores, interesses, hábitos, atividades;
- antecedentes individuais - doenças, cirurgias, acidentes, imunizações;
- interrogatório sobre os vários aparelhos;
- alimentação (hábitos alimentares, horários, preocupação com o peso);
- sono e repouso;
- educação (ciclo, adaptação à escola, interesses);
- lazer (esportes, atividades dentro e fora da escola, fins de tarde, noite, fins de semana);
- trabalho (carga horária, condições, realização pessoal);
- puberdade (menstruações, desenvolvimento de mamas, pênis, pêlos).

Entrevista a sós com o adolescente

A entrevista com o adolescente deve ser a sós. Ele precisa falar livremente e deve ser ouvido com atenção. Se ainda pairarem dúvidas, deve-se-lhe garantir e reafirmar o mais absoluto sigilo profissional. No entanto, o adolescente deve ficar ciente de que em certas circunstâncias, como por exemplo ameaças a si próprio ou a terceiros, casos de notificação compulsória etc., o sigilo poderá ser rompido no interesse final do próprio adolescente. Assim, com franqueza, sem autoritarismo, tenta-se criar forte vínculo médico-paciente, fundamental para o acatamento de todas as recomendações e o bom êxito do tratamento.

A entrevista a sós realça o interesse do médico que deve ser encarado pelo jovem como amigo e confidente, fortalece as relações entre os dois e promove maior senso de responsabilidade. É comum o adolescente encarar de forma diametralmente oposta a problemática trazida pela família e, mais uma vez, o médico não poderá tomar partido, embora já possa discutir com ele os aspectos positivos e/ou negativos da queixa familiar. Como já foi dito, muitos adolescentes se fecham em mutismo quase inquebrantável. Ou, quando falam, às vezes, usam linguagem codificada que deve ser interpretada corretamente pelo médico. Em outras vezes, a queixa aparentemente banal, que finalmente se obteve, encerra, com freqüência, a

ponta de um *iceberg*: por trás de queixas vagas como dores de cabeça, insônia ou dores de barriga, pode-se encontrar vasta problemática emocional, preocupação com sua imagem corporal e sexualidade, bem como detectar vulvovaginite ou mesmo gravidez. A anamnese e o exame físico não podem ser estanques, pois o interrogatório e a entrevista devem prosseguir durante o exame dos vários aparelhos.

Além de todos os aspectos investigados com a família, devem ser abordados, com o adolescente, os seguintes temas:

- sexualidade (namoro, envolvimento físico, preferência a práticas sexuais, número de parceiros, conhecimento e/ou uso de métodos anticoncepcionais, doenças sexualmente transmissíveis);
- afeto (amizades, relações com os pares);
- drogas (consumo de álcool, fumo e outros);
- suicídio (pensamento ou tentativas prévias);
- ambições (motivação, planos para o futuro).

Exame físico

O código de Ética Médica e vários pareceres dos Conselhos Regionais de Medicina recomendam a presença de um acompanhante durante o exame físico, sobretudo se o paciente for menor de 18 anos. Tal medida de salvaguarda e de respeito ao paciente e de seus direitos visa, também, à reputação do profissional, pois é preciso lembrar que os jovens tendem a fantasiar, podendo dar à consulta conteúdo erótico. Mas, com relativa frequência em clínica particular, o adolescente apresenta-se só, o que ocorre quase sempre com os clientes mais antigos, cujos pais, mais esclarecidos, suspeitam que sua presença, em vez de ajudar, seria motivo de inibição do jovem. Nesses casos, os pais (quase sempre a mãe) telefonam ou comparecem pessoalmente em outro dia ou horário para se inteirarem da razão da consulta; aos pais será relatado apenas o que o adolescente tenha permitido.

É bem verdade que o fator "confiança" desempenhou sempre considerável papel na escolha do médico. Mas, no caso de o profissional atender um adolescente, é necessário que esse médico tenha também "confiança" em seu paciente, levando em conta o princípio de autonomia e sua maturidade (doutrina do menor maduro). Mesmo se o adolescente compareceu com acompanhante, o exame físico a sós, às vezes, permite enriquecer a anamnese com fatos que teriam sido omitidos, por inibição, diante do pai ou da mãe. É importante, para aliviar a tensão do adolescente, dar explicações sobre tudo o que se está fazendo durante o exame físico, sendo obtidos e lançados em sua ficha os seguintes dados:

Dados gerais - peso, estatura, pressão arterial, pulso e frequência cardíaca, estágio de maturação sexual (Tanner), pele, mucosas, pêlos, gânglios, cabeça, pescoço, tórax, abdome, genitais, mamas, coluna, membros.

Avaliação do estado nutricional - gráficos de peso e altura e índice de massa corpórea.

Exame ginecológico - não é obrigatório que ocorra na primeira consulta.

Exame "andrológico".

Eventual necessidade de exames subsidiários e/ou consulta com especialista.

Conversa com o adolescente

Concluído o exame físico, passa-se à conversa com o adolescente; este deve ser estimulado a se responsabilizar por seus próprios cuidados e ser informado de seu direito de receber assistência integral.

Se dessa conversa participar algum membro da família, é muito importante que o jovem não se sinta marginalizado e participe, com todo direito, da discussão de seu caso.

Diagnóstico e tratamento

Sendo o adolescente muitas vezes poliqueixoso, é freqüente fazer-se mais de um diagnóstico, mesclando-se problemas orgânicos com problemas da esfera psicológica. Dar-se-á a orientação terapêutica para cada caso (que inclui o apoio emocional), não se podendo esquecer dos importantes e positivos efeitos psicoterapêuticos da própria consulta. É fundamental que algumas medidas preventivas sejam apontadas: uso de drogas, álcool e fumo, prevenção de acidentes, gravidez e doenças sexualmente transmissíveis, prevenção vacinal etc. Dada a orientação individualizada, será marcada cada nova consulta em prazo que variará de caso a caso.

QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS MOTIVOS DE CONSULTA DO ADOLESCENTE?

As razões pelas quais um adolescente vem à consulta são as mais variadas, abrangendo praticamente toda a Clínica Médica e muitas especialidades. Durante a entrevista com a família, os pais costumam apresentar um rol considerável de queixas e/ou inquietudes quanto a seus filhos adolescentes.

Principais queixas dos pais quanto a seus filhos adolescentes

- Rebeldia, nervosismo.
- Mudança de humor e de comportamento.
- Mau aproveitamento escolar - repetências.
- Tabagismo, alcoolismo.
- Suspeita de início da atividade sexual.
- Suspeita de experiências com drogas.
- Distanciamento dos pais.
- Comportamentos de risco: manejo de armas, condução perigosa de veículos (motos, automóveis, *jet ski*).
- Saídas noturnas.

Mas há também o reverso da medalha, pois na entrevista com o adolescente apuram-se inúmeras queixas e recriminações quanto a seus pais.

Principais queixas dos adolescentes quanto a seus pais

- Irritabilidade dos pais.
- Falta de compreensão quanto aos horários de regresso à casa, principalmente à noite.
- Exigências quanto ao aproveitamento escolar.
- Críticas quanto às amizades.
- Falta de diálogo.
- Falta de privacidade.
- Tratamento como se ainda fossem crianças.
- Suspeita quanto à atividade sexual das meninas.
- Imposição de aulas que não desejam.

Queixas orgânicas

1. **Problemática sexual** (queixas ginecológicas e andrológicas) - aconselhamento sexual, modificações pubertárias, tamanho do pênis ou mamas, irregularidade menstrual, dismenorréia, vulvovaginites, atividade sexual, anticoncepção, gravidez, doenças sexualmente transmissíveis (AIDS) etc.

2. **Patologias do aparelho respiratório** - amigdalites, faringites, bronquites, gripe, asma, pneumonia, primoinfecção por tuberculose etc.
3. **Problemas relacionados ao peso e/ou estatura** - déficit ponderal e/ou estatural, obesidade.
4. **Afecções cutâneas** - acne, alergias etc.
5. **Problemas gastrointestinais** - diarreia, vômitos, náuseas, obstipação intestinal, verminose etc.
6. **Outras doenças infecciosas** - hepatite, infecção urinária, parotidite, rubéola, varicela, escarlatina etc.
7. **Doenças crônicas** - asma, diabetes, hipertensão arterial, obesidade etc.
8. **Acidentes** - quase sempre vistos em serviços de pronto atendimento.
9. **Miscelânea** - problemas visuais, dentários, cirúrgicos, neurológicos, otorrinolaringológicos etc.

Queixas psicossociais

Observadas pela família e raramente referidas pelo próprio adolescente: má adaptação escolar, tabagismo, alta emotividade, ansiedade, angústia, depressão, insegurança, timidez, agressividade, mau relacionamento familiar, crises de choro, idéias suicidas, uso de drogas, perfeccionismo, negativismo, furtos, alcoolismo, contar mentiras.

Somatização - cansaço, moleza, apatia, distúrbios do sono, dores abdominais vagas, dores de cabeça, tonturas etc.

Portanto, a consulta do adolescente é extremamente gratificante. Os jovens desejam ser amados, aceitos como são, que os pais permitam novas experiências. Querem e precisam, acima de tudo, de segurança, independência, mais diálogo, mais atenção. Atender bem o adolescente é também prestar bom serviço ao País e à sociedade, ambos cada vez mais de braços com uma juventude carente de orientação, carente de afeto e de real interesse, muitas vezes mal aconselhada e, em consequência, desajustada e presa fácil de descaminhos como delinquência, prostituição, uso de drogas, doenças sexualmente transmissíveis e maternidade precoce.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ALVIN, P.E. - L'approche de l'adolescent en pratique courante. *Rev. Méd. Suisse Romande*, 103: 385-390, 1983.
- Boletim da Sociedade de Pediatria de São Paulo - *Pediatria, Informe-se* - Departamento de Adolescência e de Bioética da SPSP - *Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente*, 8(76): 2-3, 1999.
- BRETON, M.P.; DAYAN-LINTZER, M. - Information sexuelle et contraception à l'adolescence. *Annales de Pédiatrie*, 31(3): 245-249, 1984.
- COATES, V. et al. - Atendimento ambulatorial de adolescentes. *Revista Paulista de Pediatria*, 6(20): 17-24, 1988.
- COATES, V.; FRANÇOSO, L.A.; BEZNOS, G.W. - *Medicina do Adolescente*. Sarvier, São Paulo, 1993.
- COLLI, A.S. - *Adolescentes - Aspectos Globais de Saúde*. Tese - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1972.
- COLLI, A.S. et al. - Problemas de saúde de adolescentes em atendimento ambulatorial. *Jornal de Pediatria*, 46(1): 20-30, 1979.
- COLLI, A.S. et al. - Atendimento de Adolescentes. In: Setian, N. et al. *Adolescência*. Sarvier, São Paulo, 1979.
- COSTA, M.C.O.; SOUZA, R.P. - *Avaliação e Cuidados Primários da Criança e do Adolescente*. Artmed, Porto Alegre, 1998.
- COURTECUISSÉ, V. et al. - Expérience de trois années orientées vers l'hospitalisation de l'adolescent en Service de Pédiatrie. *Arch. Fr. Pédiat.*, 37: 39-42, 1980.
- COURTECUISSÉ, V. - *Les Années Métamorphose*. Stock-Laurence Pernaud, Paris, 1992.
- CRESPIN, J. - Principais problemas de saúde do adolescente visto em consultório particular. *Revista Paulista de Pediatria*, 4(13): 55-60, 1986.
- CRESPIN, J. - Quem tem medo do adolescente? (Editorial). *Pediatria Moderna*, 22(6): 213, 1987.
- CRESPIN, J. - Considerações sobre o motivo de consulta de 2000 adolescentes em clínica particular. *Jornal de Pediatria*, 66(10/12): 270-273, 1990.

- CRESPIN, J. - Adolescência, Puberdade, Juventude - Alguns conceitos. *Adolescer (Boletim Informativo do CAISA)*, 1(5): 3, 1996.
- CRESPIN, J. - Trinta e cinco anos de Medicina do Adolescente no Brasil. O que mudou? *Boletim da ASBRA*, 16: 5, 1996.
- ESCARDÓ, F. - *La Pediatría, Medicina del Hombre*. El Ateneo, Buenos Aires, 1951.
- GALLAGHER, J. R. - A clinic for adolescents. *Children*, 1: 165, 1954.
- GALLAGHER, J.R. et al. - *Medical Care of the Adolescent*. Appleton Century Crofts, New York, 1977.
- GALLAGHER, J.R. - The origins, development and goals of Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health Care*, 3: 57-63, 1982.
- GREULICH, W.W. et al. - *Somatic and Endocrine Studies of Pubertal and Adolescents Boys*. Monograph 33. Society for Research and Child Development, Washington D.C., 1942.
- JEANNERET, O. et al. - *Les Adolescents et leur Santé*. Flammarion Médecine Sciences, Paris-Montreal, 1983.
- KNOBEL, M. et al. - *A Adolescência na Família Atual - Visão Psicanalítica*. Atheneu, Rio-São Paulo, 1981.
- LEVY-LEBLOND, E. et al. - Une médecine d'adolescents: qui soigne quoi? *Arch. Fr. Pédiat.*, 39: 771-776, 1982.
- MAAKAROUN, M.F. et al. - *Tratado de Adolescência*. Cultura Médica, Rio Janeiro, 1991.
- MICHAUD, P.A.; WILKINS, J. - Implantation de Services de Santé pour les Adolescents en milieu hospitalier: expérience québécoise. *Courrier (Centre International de l'Enfance)*, 33(5-6): 898-902, 1983.
- MICHAUD, P.A.; ALVIN, P. - *La Santé des Adolescents - Approches, Soins, Prévention*. Editions Payot-Lausanne, Doin Editeurs Paris, Les Presses Universitaires de Montréal, 1997.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - Normas de atenção à saúde integral do adolescente, Vol. I, Brasília, 1993.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - *Problemas de Salud de la Adolescencia. Informe de un Comité de Expertos de la OMS*. Série de Informe Técnicos, 308, Genebra, 1965.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Necesidades de Salud de los Adolescentes. Informe de un Comité de Expertos de la OMS*. Série de Informes Técnicos, 609, Genebra, 1977.
- RUZANY, M.H. et al. - Unidad clinica para adolescentes: Pratica precursora en la atención hospitalaria. In: Organización Panamericana de Salud. *La Salud del Adolescente y del Joven en las Américas*. OMS, Washington, 1985.
- SAITO, M.I. - Adolescência e nutrição. *Pediatría Moderna*, 22(6): 239-242, 1987.
- SANTANA, M.S.M.; CRESPIN, J. - A consulta clínica. In Coates, V.; Françoso, L.A.; Bezno, G.W.: *Medicina do Adolescente*. Sarvier, São Paulo, 1993.
- SETIAN, N. et al. - *Adolescência*. Sarvier, São Paulo, 1979.
- SILBER, T.J. - El embarazo en la adolescente: una nueva perspectiva. In Organización Panamericana de Salud. *La Salud del Adolescente y del Joven en las Américas*. OMS, Washington, 1985.
- SOUZA, R.P. - *Nossos Adolescentes*. Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1989.
- SOUZA, R.P. - *O Adolescente do Terceiro Milênio*. Mercado Aberto, Porto Alegre, 1999.
- TANNER, I. - *Growth at Adolescence*. Blackwell, London, 1962.
- TIBA, I. - *Sexo e Adolescência*. Ática, São Paulo, 1986.
- WILKINS, L. - *Médecine de l'Adolescence: une Médecine Spécifique*. Hôpital Sainte-Justine, Montréal, 1985.

