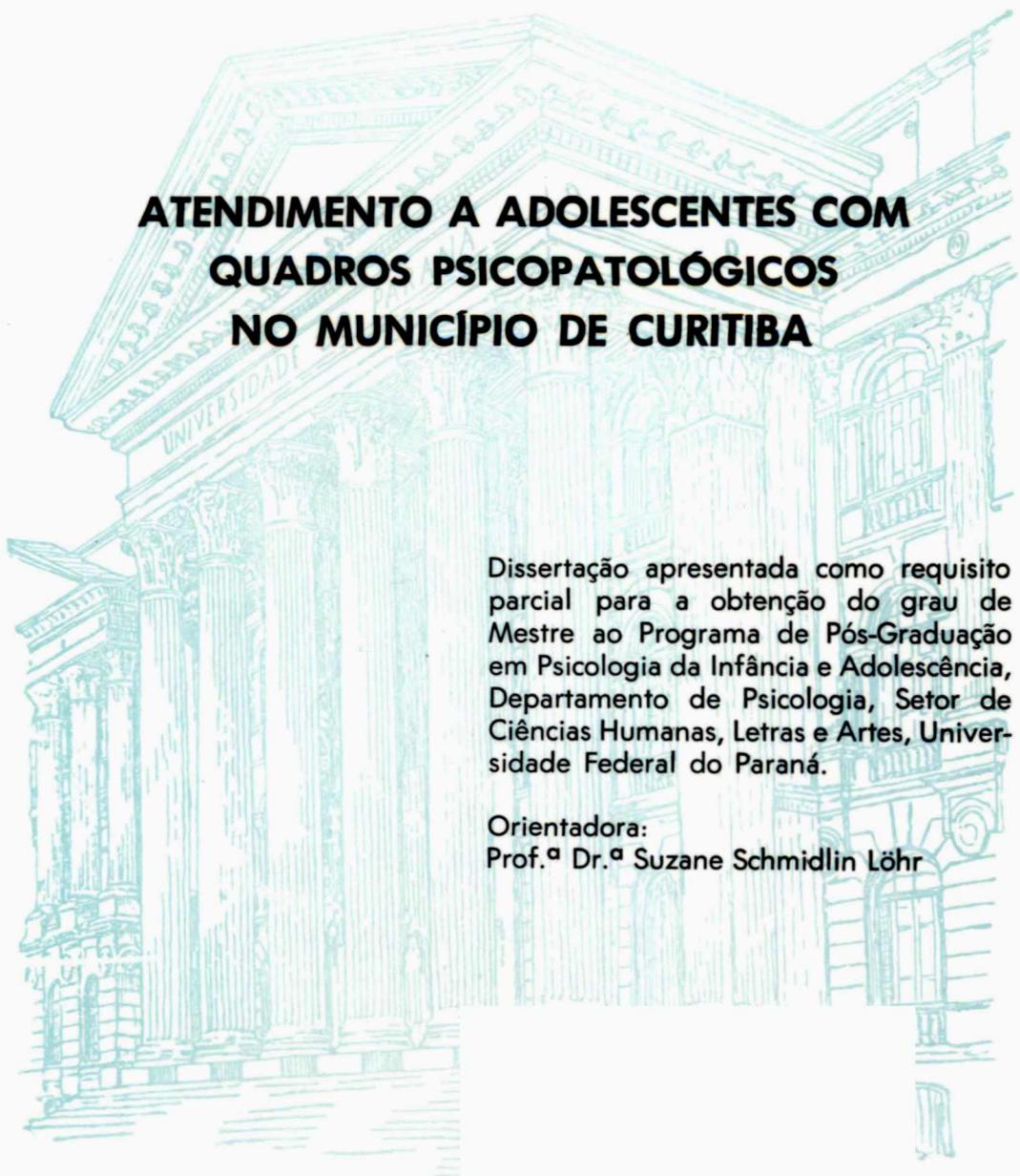


FENELON LABA DA COSTA



**ATENDIMENTO A ADOLESCENTES COM  
QUADROS PSICOPATOLÓGICOS  
NO MUNICÍPIO DE CURITIBA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Infância e Adolescência, Departamento de Psicologia, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora:  
Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Suzane Schmidlin Löhr

CURITIBA

2001

FENELON LABA DA COSTA

**ATENDIMENTO A ADOLESCENTES COM  
QUADROS PSICOPATOLÓGICOS  
NO MUNICÍPIO DE CURITIBA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Infância e Adolescência, Departamento de Psicologia, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora:  
Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Suzane Schmidlin Löhr

CURITIBA

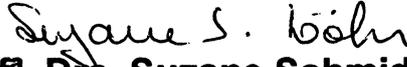
2001

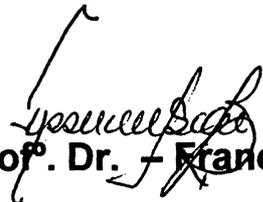


**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**PARECER**

A Comissão Julgadora da Dissertação apresentada pelo Mestrando **Fenelon Laba da Costa**, sob o Título "Atendimento a Adolescentes Com Quadros Psicopatológicos no Município de Curitiba", após argüir o candidato e ouvir suas respostas e esclarecimentos, deliberou aprovação por unanimidade de votos, com nota 10 correspondente ao conceito A

  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Suzane Schmidlin Löhr– UFPr

  
Prof.<sup>o</sup> Dr. – Francisco Assumpção Junior - USP

  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Gisele Richter Minhoto– UFPr

Em face da aprovação, deliberou ainda, a Comissão Julgadora, na forma regimental, opinar pela concessão do título de **Mestre em Psicologia da Infância e da Adolescência** ao candidato **Fenelon Laba da Costa**.

UFPr, 22 de Novembro de 2001

## ADULTO

*“Você, adulto valente  
Que não tem medo que  
O perigo te passe rente  
Cuidado com a vida  
Essa criança faceira que pode  
Fazer tudo de outra maneira*

*Você, adulto violento  
Que não tem nojo de  
Pisar no excremento  
Cuidado com a vida  
Essa coisa trepidante  
Que não passa de um instante*

*Você, adulto sadio  
Que não tem doença nem arrepio  
Cuidado com a vida  
Essa coisa bela  
Que também pulsa na favela*

*Você, adulto faceiro  
Que não tem escrúpulos  
Em ser grosseiro  
Cuidado com a vida  
Essa boneca de pano  
Que passa de ano em ano*

*Você adulto forte  
Que não tem medo da morte  
Cuidado com a vida  
Essa massa pesada  
Que só passa, não tem parada*

*Você adulto pacato  
Que não sai do abstrato  
Cuidado com a vida  
Esse sentimento antigo  
Que recebe e dá castigo*

*Você? Adulto!”*

*(Autor: um adolescente)*

## **DEDICATÓRIA**

*A todos os adolescentes, por me mostrarem a dificuldade em ser adulto.*

## AGRADECIMENTOS

- À minha esposa (Eliane) e filhas (Alana e Bruna) pelo incentivo e tolerância.
- À minha mãe (Ivone) por ter sido pai e mãe, dando conta de ambas as tarefas.
- Aos meus irmãos (Ivone, Flamarion e Rogéria) pelo exemplo e apoio.
- Aos coordenadores dos serviços pesquisados, pela disponibilidade demonstrada e por abrirem suas portas para a pesquisa.
- À todas as pessoas que foram contatadas nos diversos serviços, nas secretarias de saúde, nos distritos sanitários e escolas; pela disposição em auxiliar e pelas informações fornecidas.
- À Sandra (assistente social) pelo auxílio na elaboração da listagem de serviços.
- À minha orientadora, Professora Dr.<sup>a</sup> Suzane S. Löhrr, pela doçura e exigência com que exerceu sua orientação; tendo muitas vezes conduzido pela mão o atrapalhado orientando.

## ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS .....	VIII
ÍNDICE DE TABELAS .....	IX
ÍNDICE DE ANEXOS .....	XI
RESUMO .....	XII
ABSTRACT .....	XIII
APRESENTAÇÃO .....	XIV
<b>CAPÍTULO I – ADOLESCÊNCIA</b> .....	<b>1</b>
<b>VISÃO GERAL</b> .....	<b>1</b>
<b>ASPECTOS BIOLÓGICOS</b> .....	<b>3</b>
A) Crescimento do Esqueleto .....	3
B) Alterações hormonais .....	5
<b>ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS</b> .....	<b>8</b>
<b>ASPECTOS SOCIAIS E FAMILIARES</b> .....	<b>12</b>
A) A importância do grupo .....	15
B) Influência da sexualidade na conduta do adolescente .....	17
<b>ASPECTOS DO DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL</b> .....	<b>20</b>
<b>PASSAGEM DA ADOLESCÊNCIA PARA A VIDA ADULTA</b> .....	<b>22</b>
<b>A QUESTÃO DO DIAGNÓSTICO NO ADOLESCENTE</b> .....	<b>22</b>
<b>DIFICULDADES NA PRÁTICA CLÍNICA</b> .....	<b>25</b>
<b>DIFERENÇAS NA AVALIAÇÃO ENTRE RAPAZES E MOÇAS</b> .....	<b>29</b>
<b>QUESTÕES LIGADAS AO TRATAMENTO</b> .....	<b>31</b>
<b>COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE ATENDIMENTO</b> .....	<b>32</b>
<b>CAPÍTULO II – PERCURSO HISTÓRICO DO ATENDIMENTO A ADOLESCENTES</b> .....	<b>35</b>
- Atendimento psiquiátrico a adolescentes no Brasil .....	35

- Momento atual .....	36
- Demanda de atendimento psiquiátrico para adolescentes .....	40
- Direitos dos adolescentes quanto às práticas e políticas de saúde .....	40
- O adolescente no estatuto da criança e do adolescente .....	41
- Programa de saúde do adolescente .....	42
<b>OBJETIVO DA PESQUISA .....</b>	<b>44</b>
<b>CAPÍTULO III – MÉTODO .....</b>	<b>46</b>
<b>LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....</b>	<b>49</b>
1) Limitações decorrentes da temática do estudo .....	50
2) Limitações associadas ao instrumento definido para a coleta de dados .....	51
3) Limitação na operacionalização da coleta de dados .....	51
<b>CAPÍTULO IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>52</b>
<b>1 RELATIVOS AO CONTEÚDO DOS QUESTIONÁRIOS .....</b>	<b>53</b>
1.1 Vinculação das instituições com órgãos públicos .....	53
1.2 Características e formação dos profissionais .....	54
1.3 Levantamento dos quadros atendidos pelos serviços .....	58
1.4 Atendimento especializado para adolescentes .....	60
1.5 Posicionamento dos serviços pesquisados quanto às dificuldades para a realização dos atendimentos .....	61
1.6 Posicionamento dos serviços pesquisados quanto aos aspectos positivos dos atendimentos realizados .....	64
1.7 Rede de atendimento .....	66
1.8 Sugestões dos pesquisados para a melhoria do atendimento a adolescentes .....	68
<b>2 RELATIVOS AO LEVANTAMENTO DOS PRONTUÁRIOS .....</b>	<b>70</b>
2.1 Dados gerais .....	70
2.2 Observações finais .....	80
<b>CAPÍTULO V – CONCLUSÃO .....</b>	<b>82</b>
<b>CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO FINAL .....</b>	<b>84</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>99</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>FIGURA 1 – PANORAMA DOS SERVIÇOS CONTATADOS PARA DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO A SER PESQUISADA .....</b>	<b>49</b>
<b>FIGURA 2 - REPRESENTAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE ADOLESCENTES, NOS VÁRIOS SERVIÇOS, ATENDIDOS NO PERÍODO DE 30 DIAS, DISTRIBUÍDOS POR SEXO .....</b>	<b>71</b>
<b>FIGURA 3 – DISTRIBUIÇÃO POR IDADE DOS ADOLESCENTES ATENDIDOS NOS VÁRIOS SERVIÇOS, NO PERÍODO DE 30 DIAS .....</b>	<b>72</b>
<b>FIGURA 4 – DISTRIBUIÇÃO POR DIAGNÓSTICO (CID-10) DOS ADOLESCENTES ATENDIDOS NO PERÍODO DE 30 DIAS, NOS SERVIÇOS EM QUE FOI REALIZADO LEVANTAMENTO DE PRONTUÁRIOS .....</b>	<b>73</b>
<b>FIGURA 5 – RELAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS, SEGUNDO A CID-10, ENCONTRADOS NO SEXO FEMININO .....</b>	<b>77</b>
<b>FIGURA 6 – RELAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS, SEGUNDO A CID-10, ENCONTRADOS NO SEXO MASCULINO .....</b>	<b>78</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>TABELA 1 – VINCULAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES COM OS ÓRGÃOS PÚBLICOS .....</b>	<b>53</b>
<b>TABELA 2 – PROFISSIONAIS DISPONÍVEIS PARA ATENDIMENTO A ADOLESCENTES NAS 14 INSTITUIÇÕES PESQUISADAS .....</b>	<b>55</b>
<b>TABELA 3 – ESPECIFICAÇÃO DO TIPO DE FORMAÇÃO, EM INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA, DOS PROFISSIONAIS DISPONÍVEIS PARA ATENDIMENTO A ADOLESCENTES NAS 14 INSTITUIÇÕES PESQUISADAS .....</b>	<b>56</b>
<b>TABELA 4 – RELAÇÃO ENTRE AS CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DA CID-10 E AS REFERÊNCIAS DE ATENDIMENTO PELOS SERVIÇOS PESQUISADOS .....</b>	<b>58</b>
<b>TABELA 5 – ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO ESPECÍFICO E NÃO ESPECÍFICO, PARA ADOLESCENTES, OFERTADOS NOS DIFERENTES SERVIÇOS .....</b>	<b>60</b>
<b>TABELA 6 – APRESENTAÇÃO SINTÉTICA DOS DIFICULDADES PARA O ATENDIMENTO, DESCRITAS NOS QUESTIONÁRIOS .....</b>	<b>62</b>
<b>TABELA 7 – CATEGORIZAÇÃO DOS PONTOS POSITIVOS DO TRATAMENTO OFERTADO, SEGUNDO AS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO .....</b>	<b>65</b>
<b>TABELA 8 – VÍNCULO ENTRE OS SERVIÇOS PARA A REALIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS A ADOLESCENTES .....</b>	<b>67</b>
<b>TABELA 9 – CATEGORIZAÇÃO DAS SUGESTÕES PARA MELHORIA DO ATENDIMENTO AOS ADOLESCENTES .....</b>	<b>68</b>
<b>TABELA 10 – RELAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS PESQUISADOS E OS DIAGNÓSTICOS ENCONTRADOS (CID-10) .....</b>	<b>74</b>

**TABELA 11 – COMPARAÇÃO ENTRE AS REFERÊNCIAS DE ATENDIMENTO PELOS SERVIÇOS NOS QUESTIONÁRIOS, E OS DIAGNÓSTICOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS ..... 75**

**TABELA 12 – RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE ATENDIMENTOS REALIZADOS EM HOSPITAIS E AMBULATÓRIOS E A OCORRÊNCIA DE INTERRUPÇÕES DE TRATAMENTO ..... 79**

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO I – QUESTIONÁRIO .....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXO II – FICHA ROTEIRO DE LEVANTAMENTO DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS .....</b>	<b>104</b>
<b>ANEXO III – CARTA DE APRESENTAÇÃO AOS SERVIÇOS .....</b>	<b>106</b>
<b>ANEXO IV – RELAÇÃO DOS SERVIÇOS PESQUISADOS .....</b>	<b>108</b>

**Laba da Costa, F. (2001). Atendimento a adolescentes com quadros psicopatológicos no município de Curitiba. Dissertação de mestrado. UFPR, Curitiba.**

## **RESUMO**

O objetivo do presente estudo foi desenvolver uma pesquisa de levantamento, visando mapear as instituições que prestam atendimento psiquiátrico e multidisciplinar a adolescentes com quadros psicopatológicos no município de Curitiba e discutir a relação entre a oferta de serviços e a demanda por atendimento psiquiátrico, considerando a legislação atual. O levantamento partiu de listagem das instituições da cidade, obtida junto aos Conselhos Regionais de Medicina e Psicologia, Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, Secretaria Municipal e Estadual de Educação, distritos sanitários do município e busca direta em lista telefônica. Inicialmente se realizou contato telefônico, questionando a existência de equipe multidisciplinar (com psiquiatra na equipe) e se a instituição prestava atendimento a adolescentes, sendo estes critérios para inclusão na pesquisa. Foram levantados 2 hospitais psiquiátricos, 2 núcleos de atenção psicossocial, 8 ambulatórios, 3 clínicas e 2 escolas especiais que preencheram os critérios da pesquisa. A etapa seguinte da pesquisa consistiu em aplicação de questionário aos coordenadores destes serviços, obtendo-se dados sobre o atendimento prestado, dificuldades vividas, sugestões para melhoria dos atendimentos, composição das equipes e quadros mais frequentemente atendidos. Das 14 instituições que participaram desta etapa do trabalho, constatou-se: ausência de equipes com formação especializada para o atendimento de adolescentes (sendo a sua formação, a sugestão mais freqüente para a melhoria do atendimento); ausência, em 10 instituições, de espaço reservado exclusivamente para atendimento a adolescentes e ausência de intercâmbio de informações entre as instituições. Em doze das quatorze instituições às quais o questionário foi aplicado, complementou-se a coleta de dados, através de levantamento de prontuários referentes aos atendimentos adolescentes nos 30 dias anteriores à sua aplicação. Foram levantados 179 prontuários, verificando-se que: houve maior freqüência de atendimento a pacientes do sexo masculino, maior concentração de atendimentos na faixa etária dos 15 aos 17 anos, 64 casos onde não foi registrado o diagnóstico e 61 casos ligados a abuso de substâncias.

**Laba da Costa, F. (2001). Treatment offered to teen-agers with psychopatologic symptoms in the city of Curitiba. Master course dissertation. UFPR, Curitiba.**

### **ABSTRACT**

The objective of this study was to develop a survey aiming to map the institutions which offer psychiatric and multidisciplinary treatment to teen-agers with psychopathologic symptoms in the county of Curitiba, and to discuss the relationship between the availability of services and the demand for psychiatric treatment, considering the existing legislation. The survey began with a list of the city's institutions, obtained from the Regional Psychology and Medicine councils, Health Municipal and State Secretaries, municipal sanitary districts and directly from the local phone book. Initially there was a phone contact, questioning about the existence of a multidisciplinary group (with a psychiatrist in the group) and whether the institution offered treatment to teen-agers, these being the criteria for inclusion on the survey. The survey included 2 psychiatric hospitals, 2 centers for psychosocial care, 8 ambulatories, 3 clinics and 2 special schools which met the survey criteria. The following stage of the survey was the application of a questionnaire to the services coordinators, getting data about the treatment being offered, difficulties found, suggestions for enhancing the treatment, group formation and most frequent treated cases. On the 14 institutions participating on this stage of the study it was observed: the absence of groups specialized in dealing with teen-agers (further education was the most common suggestion for improving the treatment); absence, in 10 institutions, of exclusive reserved space for teen-age treatment and the absence of information interchange among the institutions. In twelve of the fourteen institutions where the questionnaire was applied, the survey was complemented by the research on the registers of treatments given to teen-agers on the 30 days prior to the application. 179 registers were considered, noticing that: there was a higher frequency of male patients being treated, a larger concentration of patients between 15 and 17 years old, 64 cases in which the diagnostic was not registered and 61 cases related to substance abuse.

## APRESENTAÇÃO

Enfocar a adolescência como tema de estudo é penetrar em um amplo território, o qual apresenta topografia ampla e rica, devido à variedade de eventos físicos e emocionais em andamento nesta fase da vida, além da diversidade de visões e formas de entender estes mesmos eventos. Porém, focar a psicopatologia no adolescente é falar em dúvidas, sofrimento e, ao contrário do que muitos pensam, encontrar casos já crônicos, delineando uma longa jornada de tratamento ao longo da vida. Ao mesmo tempo, parece que somente abordando o tema de forma direta é que se pode favorecer a identificação e o tratamento dos quadros patológicos, contribuindo, então, para a prevenção secundária, ou seja, propondo ações que visem impedir que as conseqüências negativas do quadro aumentem de freqüência ou intensidade, tornando-se grandes o suficiente para interferir no restante da existência do indivíduo.

Assim, questionar as possibilidades disponíveis de tratamento psiquiátrico para os adolescentes com quadros psicopatológicos, constitui aspecto importante para a adoção de medidas preventivas e constitui o tema a ser explorado pela presente pesquisa.

A idéia de abordar este tema surgiu a partir das dificuldades vividas, particularmente, como psiquiatra coordenador da unidade de adolescentes masculinos do Hospital Colônia Adalto Botelho. Ao assumir essa coordenação e, conseqüentemente, a responsabilidade pelo serviço há 7 anos e, como acontece com freqüência nesta área, tendo apenas formação em psiquiatria geral, é que se fez presente a necessidade de obter mais conhecimentos no campo da psiquiatria da infância e da adolescência, o que foi buscado através de grupos de estudos, supervisões e, no momento atual, com o mestrado em Psicologia da Infância e Adolescência. À medida que o trabalho foi avançando, foi possível perceber outras dificuldades que cercavam o atendimento a adolescentes hospitalizados.

Porém, a que mais chamava a atenção e despertava angústia era (e ainda continua sendo): para quais locais encaminhar o paciente? A informação disponível sobre os serviços de atendimento nesta área era pequena.

Hoje vivemos outra fase do atendimento psiquiátrico, em decorrência da discussão sobre a integração do paciente psiquiátrico em seu contexto familiar e social, através da priorização atendimento extra-hospitalar (Lei Paulo Delgado). Mas as dúvidas quanto ao encaminhamento do adolescente com distúrbios psiquiátricos, ainda é bastante presente, tanto no modelo anterior (centrado na hospitalização), quanto no modelo em processo de discussão e implantação, percebe-se a demanda por trabalho de profissionais com formação em psiquiatria da infância e adolescência. Reintegração do adolescente no contexto de origem, assim como sua família receber orientação para poder auxiliá-lo neste processo, são passos fundamentais. No entanto o que se percebe é uma fragilidade das ofertas de tratamento, vista na insuficiência de serviços nesta área, e no despreparo dos profissionais, levando ao fato de pacientes que recebem alta hospitalar em condições bastante satisfatórias retornarem ao hospital com seus quadros reagudizados, por não encontrarem local adequado para seguir o tratamento e, também, pela dificuldade em intervir no contexto familiar e social em que o mesmo está inserido.

Passamos, então, a questionar sobre os recursos disponíveis na comunidade para dar conta das necessidades dos adolescentes com quadros psicopatológicos, o que levou à necessidade de buscar o que Curitiba oferece como forma de atendimento a estes quadros. Surgiu, assim, a idéia para o projeto de mestrado. Procurou-se, através deste estudo de levantamento, construir um mapa, o mais completo possível, dos serviços de atendimento multiprofissional a adolescentes no município de Curitiba. Considera-se que um recurso desta natureza pode vir a ser de utilidade para todos os que prestam atendimento a adolescentes com distúrbios psiquiátricos.

## **CAPITULO I**

### **ADOLESCÊNCIA**

#### **VISÃO GERAL**

A adolescência vem, cada vez mais, sendo caracterizada como um período específico do desenvolvimento do indivíduo, com suas características próprias. Atualmente, ser adolescente pode caracterizar-se como uma “identidade”, dando direito a manifestações que (dentro dos limites de cada cultura) são toleradas e até mesmo apoiadas pela própria sociedade. Diferentes correntes teóricas da psicologia e da psiquiatria propõe compreensão distinta desta etapa da vida. Na seqüência estar-se-á abordando uma das correntes explicativas desta fase do desenvolvimento, a qual é vista por alguns, como o período mais criativo da história do desenvolvimento do indivíduo (Kaplan & Sadock, 1993), mas também sendo apontada por outros, como fase de dúvidas intensas, angústias e ambivalências (Aberastury, 1983).

Este desenvolvimento ocorre dentro de um contexto social, o que leva também a reações por parte do meio aonde o adolescente está. Erickson (1998) diz que cada sociedade tem a sua própria definição do que se constitui, ou não, em problema. Um comportamento punido em uma cultura pode ser reforçado em outra. Também aponta que o comportamento apresentado é amplamente controlado pela estimulação ambiental, sendo, neste caso, derivado do grupo social em que o indivíduo está inserido. Assim, as reações da sociedade e dos pais podem ser um reforçador para a conduta do adolescente, já que vêm ao encontro de sua necessidade de sentir-se independente e

diferenciado em relação ao mundo adulto. Com isto, ao sentir-se criticado haveria sensação de ganho e não de culpa.

Vemos, assim, o adolescente submetido a grandes pressões ambientais, fazendo com que este período seja de risco para o aparecimento de quadros psicopatológicos. Isto ocorreria, segundo Feijó, Raupp & John (1999), devido ao fato de que os adolescentes, em relação aos adultos, poderiam estar menos “aparelhados” para resolver situações estressantes. O preparo dar-se-ia, ou não, ao longo do tempo, através das experiências vividas.

Além das pressões vindas do ambiente, o adolescente convive com outra natureza de pressões, denominadas pressões internas, ou segundo Skinner (1985) pressões do ambiente interno; do mundo sob a pele. Trata-se aqui da parte biológica, associada ao desenvolvimento corporal, com o surgimento das características sexuais secundárias (barba, pelos pubianos, crescimento das mamas, aumento de estatura, mudança na voz, etc.), as quais originam, no adolescente, uma estranheza e, por vezes, até mesmo vergonha do próprio corpo (fato freqüentemente agravado com o aparecimento de espinhas no rosto, devido às alterações nos níveis hormonais).

Segundo o behaviorismo radical, o qual procura verificar a função de determinado comportamento para o indivíduo naquele momento específico, e assim, programar a intervenção (análise funcional do comportamento), as mudanças biológicas da adolescência podem agir como fatores precipitadores de novas formas de funcionamento comportamental, o qual pode ser apropriado ou inapropriado. Para Pfaff & Schwanzel-Fukuda (1995), o severo estress psicossocial e físico, durante o desenvolvimento juvenil, aumenta a ocorrência de depressão (principalmente nas mulheres) e da agressão (principalmente nos homens).

Geller & Luby (1997) alertam que, apesar do comportamento contestatório poder ser considerado como relacionado à idade, deverá ser diferenciado das posturas desafiadoras e dificuldades no relacionamento interpessoal, oriundas, por exemplo, de um distúrbio bipolar em desenvolvimento. O problema nesta diferenciação surge através do próprio mundo adulto, que tem

dificuldade, tanto para acreditar na capacidade criativa da juventude (Kalina, 1979), quanto para reconhecer o desenvolvimento de um processo patológico (McLellan & Werry, 1994).

## **ASPECTOS BIOLÓGICOS**

Como primeiro passo, seria útil uma diferenciação entre os termos adolescência e puberdade. O termo adolescência é usado para designar o processo global de mudanças (físicas, sociais e psíquicas) ocorridas neste período. Já o termo puberdade designa o processo de mudanças físicas.

Biologicamente, o início da adolescência é sinalizado pela aceleração rápida do crescimento do esqueleto e pelo início do desenvolvimento sexual (Kaplan & Sadock, 1993).

### **A ) CRESCIMENTO DO ESQUELETO**

Com a entrada na adolescência, o desenvolvimento físico, que se vinha realizando de forma gradativa, sofre uma aceleração. Há um aumento de 3 a 6 kg no peso corporal durante os dois ou três anos que antecedem a puberdade. Também, em termos de estatura, há um crescimento de, em média, 10 cm ao ano. Na primeira etapa da adolescência, que, para Guyton (1977), vai dos 11 aos 13 anos de idade, o crescimento das meninas é maior que o dos meninos, já que estes teriam sua maior fase de crescimento entre os 13 e 15 anos de idade. No entanto, as meninas terão seu crescimento em altura cessando entre os 14 e 16 anos, devido ao fechamento das epífises ósseas. Os meninos, ao contrário, apresentam um crescimento mais prolongado, de modo que sua altura final tende a ser um pouco maior.

Com o desenvolvimento músculo-esquelético, passam a existir contrastes dentro do grupo de pares, já que uns crescem mais que os outros ou iniciam primeiro o seu crescimento. Agora,

fisicamente, não são mais capazes de competir em termos de igualdade, ficando alguns em desvantagem, o que ainda não havia sido experimentado em fases anteriores (Levisky, 1995; D'Andrea, 1986). Graber, Lewinsohn, Seeley & Brooks-Gunn (1997) e Hayward et al. (1997) citam o exemplo de rapazes com desenvolvimento mais tardio, os quais têm aparência menos madura e, comparados com os demais, menor habilidade atlética. Este atraso estaria ligado ao desenvolvimento de problemas psicossociais e sentimentos de inferioridade.

Behrman & Vaughan (1990) referem que o crescimento do esqueleto segue um padrão ordenado, iniciando-se das partes distais para as partes proximais do corpo. Começa com o crescimento dos pés, seguido pelo crescimento da perna (mais ou menos 6 meses depois) e, por fim, a coxa. O mesmo padrão é seguido nos membros superiores, resultando, na fase inicial, em mãos e pés desproporcionalmente grandes, conferindo uma aparência desajeitada ao adolescente. O crescimento do tórax e dos quadris somente ocorre após o crescimento dos membros, sendo que o alongamento do tronco e o aumento do diâmetro antero-posterior do tórax constituem-se na última manifestação do estirão puberal. Com esta forma de crescimento, principalmente no início da adolescência, os aparelhos circulatório e respiratório não estão suficientemente preparados para dar suprimento adequado de oxigênio ao organismo, ocorrendo cansaço fácil nos pré-púberes. Também com o crescimento desproporcional entre extremidades e o tronco, aparece a conduta muitas vezes desajeitada de alguns adolescentes, alvo de crítica por parte dos pais.

Todas estas mudanças levam a um desconforto com o próprio corpo, trazendo preocupação em relação à alimentação, aparecendo em alguns adolescentes a preocupação com dietas, enquanto para outros poderiam ocorrer períodos alternados de voracidade e completa abstinência. Graber, Lewinsohn, Seeley & Brooks-Gunn (1997) citam as pressões culturais sofridas devido ao padrão de beleza atual em nossa sociedade centrar-se em uma silhueta fina, pois, com a entrada na puberdade, alguns adolescentes ganham peso, enquanto outros permanecem magros. Isto seria particularmente forte para as moças que tiveram a maturação mais precoce, as quais sofreriam maior pressão social para apresentarem comportamento adulto e, em decorrência, maior preocupação com a aparência.

Para Levisky (1995) na adolescência há confronto entre a imagem corporal idealizada e a imagem corporal vivida. O adolescente é muito sensível a sua imagem corporal, reagindo com ansiedade e frustração ao excesso de peso, acne, pilosidade acentuada, uso de óculos, etc.

À medida que o crescimento avança, novamente irá ocorrendo uma harmonização entre os vários sistemas, trazendo maior conforto com o próprio corpo, já que os sentimentos ameaçadores com as mudanças físicas irão reduzindo-se (Aberastury, 1983) e há maior desenvolvimento nas habilidades físicas, passando então o corpo a ser objeto de valorização e cuidados.

## **B) ALTERAÇÕES HORMONAIAS**

Para Kaplan & Sadock (1993), a puberdade representa a maturação dos órgãos reprodutores, preparando o indivíduo para a sexualidade adulta. O fenômeno da puberdade pode ser retardado ou adiantado no seu início, já que, embora o principal determinante de sua regulação seja genética, a nutrição, a saúde física e os fatores sociais e psicológicos influenciam a idade do início e o ritmo da progressão das alterações nesta fase (Weingold, 1987).

As mudanças biológicas na puberdade são iniciadas e controladas por interações complexas entre os sistemas gonadal, adrenal, e eixo hipotalâmico-hipofisário. Estes sistemas funcionam por estimulação e inibição recíprocos e seu funcionamento, em uma forma simplificada, dá-se da seguinte maneira: ocorre estímulo a partir do hipotálamo para a produção de hormônios pela hipófise, os quais atuam nas glândulas supra-renais e gônadas, estimulando a produção hormonal nestes locais. O nível de hormônios circulantes determina o estímulo para sua produção (quando em níveis baixos) ou restrição na produção (quando em níveis altos). Esta regulação dá-se através do hipotálamo e da hipófise.

A atividade hormonal proporciona o que é tradicionalmente categorizado como características sexuais primárias e secundárias. As características sexuais primárias são aquelas diretamente envolvidas no coito e na reprodução, os órgãos reprodutores e a genitália externa. As características

sexuais secundárias são, por exemplo, o desenvolvimento dos seios e alargamento dos quadris, nas mulheres, e crescimento dos pêlos faciais e mudança no tom de voz, nos homens.

Segundo Eisenstein (1994), a partir dos 10 anos de idade, devido a fatores genéticos ainda pouco conhecidos, ocorre uma redução progressiva no impedimento existente para que os neurônios do hipotálamo passem a produzir o Hormônio Liberador das Gonatropinas. Iniciada esta produção hormonal, como consequência da liberação aumentada deste hormônio, ocorre aumento na liberação, pela hipófise, de Hormônio Luteinizante (LH) e, em seguida, do Hormônio Folículo-Estimulante (FSH), sendo que, nas mulheres, o aumento do FSH precede o aumento do LH. O aumento hormonal no eixo hipotalâmico-hipofisário ocasiona estímulo para concentração de estradiol e testosterona nas gônadas (testículos e ovários), as quais reagem de maneira diferenciada.

Nos homens, o FSH estimula os testículos a produzirem espermatozóides. Já o LH estimula as células testiculares de Leydig a produzirem testosterona, a qual leva ao crescimento linear da estatura, desenvolvimento do pênis, próstata e vesículas seminais, além do crescimento dos pêlos pubianos, faciais e axilares. Outras consequências de sua ação é o aumento do tamanho da faringe (aprofundando o tom de voz), aumento da libido e da massa muscular.

Nas mulheres, o FSH estimula, nos ovários, o desenvolvimento dos folículos ovarianos primários e aumento da produção de estrogênios (entre eles o estradiol). Já o LH leva as células ovarianas a produzirem androgênios e o corpo lúteo a sintetizar progesterona. Também ocorre elevação dos níveis de LH na metade do ciclo menstrual, o que induz a ovulação.

Nestas, ainda, o estradiol leva ao desenvolvimento das mamas, dos grandes e pequenos lábios, vagina, útero, ductos mamários e massa adiposa. No útero, estimula o desenvolvimento do endométrio proliferativo, preparando o terreno para uma possível gravidez. Já a testosterona leva a crescimento linear da estatura e crescimento dos pêlos pubianos e axilares.

Hintz (1995) afirma que, em ambos os sexos, tanto os androgênios como os estrogênios têm influência na secreção do Hormônio do Crescimento (GH) no período da puberdade. O aumento da secreção de GH é tido como o fator de maior importância para a explosão de crescimento orgânico

neste período. No sentido inverso, Evans & Karsch (1995) afirmam que o estímulo para a liberação de GH também manteria a apropriada liberação de LH e FSH.

Os androgênios e estrogênios também desempenham importante papel no crescimento dos ossos e levam ao fechamento das epífises ósseas, trazendo, como consequência, o término do crescimento linear ao final da puberdade.

Em ambos os sexos, os níveis hormonais adultos são atingidos por volta dos 16 anos, mas as garotas começam a puberdade, em média, aos 11 anos e os meninos aos 13 anos (Kaplan & Sadock, 1993). Nas meninas, a menarca (primeira menstruação) constitui-se no sinal mais importante de que elas estão, definitivamente, abandonando a infância e tornando-se mulheres. Nos meninos, com a produção de esperma e o desenvolvimento dos órgãos genitais, a masturbação intensifica-se e aparecem as poluções noturnas.

O reflexo final das alterações hormonais é que o corpo de criança, com o qual o adolescente havia-se acostumado a partir da infância, praticamente desaparece diante da emergência dos caracteres sexuais secundários. Em seu início, esse processo pode ser explicado, pela psicanálise, como uma invasão da personalidade e dando-se de dentro para fora (Aberastury, 1983), sendo vivido de forma negativa, particularmente quando ocorre antes do grupo de colegas (Cyranowski, Frank, Young & Shear, 2000) e somente passa a ser visto como ganho, de forma lenta, ao longo do processo de maturação.

Graber, Lewinsohn, Seeley & Brooks-Gunn (1997), realizando estudo com 1709 adolescentes sobre o tempo de ocorrência da maturação puberal e o desenvolvimento de psicopatologias, encontraram distúrbios psiquiátricos mais freqüentes nas moças de maturação precoce, comparadas com as de maturação “no tempo”, havendo maior ocorrência de depressão maior, abuso de substâncias, comportamentos disruptivos e distúrbios da alimentação. As de maturação tardia apresentaram taxas mais elevadas para depressão maior.

Para os rapazes, o único achado foi o de que os de maturação mais tardia tendiam a ter menos problemas com abuso de substâncias.

Ainda segundo este estudo, no campo psicossocial as moças de maturação precoce apresentavam baixa auto-estima, mais dias perdidos na escola e queixas físicas mais freqüentes. As moças de maturação mais tardia apresentavam níveis mais elevados de exigência sobre si mesmas e mais conflito com os pais. Para os rapazes, os de maturação precoce apresentavam maior ligação emocional com os outros, metas familiares mais elevadas e ocorrência de queixas físicas mais freqüentes. Nos de maturação tardia, ocorriam mais atrasos na escola, baixa execução de trabalhos escolares e mais conflito com os pais.

Com isto, enfatizam a necessidade de informação sobre o tempo da maturação puberal na avaliação de adolescentes, devido ao seu reflexo sobre a vida do indivíduo.

## ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS

Goldsmith & Gottesman (1996) alertam que, ao abordarmos esta área, temos que ter em mente que as influências genéticas devem ser vistas como dinâmicas e não como acontecimento estático. Assim, não estamos diante de uma herança genética fixa e imutável, porém diante de um quadro dinâmico, onde sinais programados ativam e/ou desativam genes, tendo, como conseqüência, modificações no funcionamento de nossos órgãos e tecidos. Também o cérebro toma parte nestas alterações, sendo influenciado em sua secreção hormonal e funcionamento das redes de neurônios, os quais são ativados ou desativados em determinados períodos. A adolescência constitui-se em um período importante, neste sentido, já que várias mudanças ocorrem nesta fase.

Para os mesmos autores, um princípio geral importante é que os genes têm apenas uma “probabilidade” para o desenvolvimento normal ou o surgimento de transtornos. A diferença dependeria de interações, limiares e contingências bastante amplas, no contexto biopsicossocial. Com isto, um padrão comportamental, por exemplo, poderia ter diferentes rotas genéticas em indivíduos diferentes. Por outro lado, um único genótipo pode ter diferentes manifestações

comportamentais em pessoas distintas. Um exemplo seria a esquizofrenia, na qual a passagem do genótipo para a manifestação de sintomas seria *probabilística*, variando de 0 a 55%. Sofreria, ainda, a influência do entendimento dado ao processo da doença, dentro da cultura na qual o indivíduo está inserido.

Goldsmith & Gottesman (1996) discutem ainda o grau de influência de variáveis constitucionais e variáveis ambientais. Mostram que, em algumas situações, a influência ambiental pode ser mais importante do que a bagagem genética, exemplificando com o caso de uma comunidade, na qual, a norma seja de que os jovens juntem-se a uma gangue. Isto faz com que os fatores ambientais sejam mais significativos, do que os fatores genéticos, no desenvolvimento de transtorno de conduta. Autores como Bandura (1979) e Paterson, Reid & Dishion (1992) mostram também, através de seus estudos, a influência do meio no surgimento do comportamento antisocial.

Para Goldsmith & Gottesman (1996) até mesmo nas condições em que toda a estrutura genética seja a mesma, como é o caso dos gêmeos idênticos, aparecem diferenças no funcionamento dos genes entre os indivíduos. Cada um absorve e reage de maneira diferente às influências do meio ambiente, utilizando passagens moleculares e desenvolvimentais diferenciadas.

Na visão dinâmica de Goldsmith & Gottesman, em qualquer ponto da vida a ação dos genes pode modificar a estrutura física ou o processo fisiológico que afeta as disposições comportamentais. Exemplo disto seriam doenças que surgem apenas a partir de determinada idade, como o seratocone (uma doença de córnea que leva a dificuldades visuais), que costuma ter manifestações clínicas a partir da adolescência. Assim, a capacidade herdada em um período do desenvolvimento não é necessariamente generalizada para períodos anteriores ou posteriores.

Rutter (1996) fala não ser mais aceitável presumir que a identificação de alguma anormalidade cromossômica seja suficiente para fornecer uma explicação da origem e causa dos transtornos. Mais pesquisa será necessária para identificar o produto dos genes e os mecanismos através dos quais este produto leva ao fenótipo comportamental. Abordando o comportamento antisocial, por exemplo, diz que os fatores genéticos poderiam estar envolvidos no controle dos

impulsos, manutenção das sensações, nível de atividade, sensação de ansiedade ou na intolerância à frustração. Para Rutter, a atenção deveria estar mais voltada para as rotas pelas quais os riscos para os transtornos caminham. O foco dar-se-ia na interação genético-ambiental.

Geller & Luby (1997) alertam para duas situações: 1) Doenças semelhantes podem ter mecanismos neurobiológicos diferentes e, como consequência, haveria variações na severidade, principalmente se a idade de início for precoce. O exemplo clássico deste tipo de situação é a comparação entre o diabetes juvenil e o diabetes de início na idade adulta. Em ambos há diferenças nos mecanismos genéticos e na severidade, sendo a doença mais grave no diabetes juvenil. O mesmo poderia vir a aplicar-se nos distúrbios mentais. 2) O mesmo agente causal poderia ter manifestações clínicas diferenciadas, dependendo do período do ciclo vital em que essa manifestação ocorre.

Kaplan, Sadock & Grebb (1997) e Pfaff e Schwantzel-Fukuda (1995), falando sobre o desenvolvimento e maturação do cérebro, dizem que, ao contrário do que se costuma pensar, todos os neurônios corticais, durante a gestação, começam seu ciclo de vida próximo aos ventrículos cerebrais e, com o desenvolvimento fetal, migram para suas posições finais. Este movimento dos neurônios seria estreitamente programado e a expressão dos genes, durante todo o desenvolvimento, estreitamente orquestrada. Com isto, qualquer interferência neste desenvolvimento, por razões genéticas e/ou ambientais, poderia levar a diferenças sutis no desenvolvimento cerebral. Estas diferenças, embora sutis, poderiam ter como consequência final efeitos potentes sobre o funcionamento do cérebro maduro.

Outro aspecto ressaltado pelos mesmos autores é o do estabelecimento dos contatos sinápticos entre os neurônios. Este contato interneuronal seguiria um plano específico e ocorreria, em alguns momentos do desenvolvimento, um processo chamado de *eliminação sináptica*, havendo a hipótese de que um possível mecanismo fisiopatológico para a esquizofrenia seria o fracasso na ocorrência de um grau suficiente de eliminação sináptica, deixando o indivíduo com um conjunto

demasiadamente conectado e, talvez, ineficiente ou incoerente de neurônios, o que levaria as manifestações clínicas da patologia.

Lobato et al. (2001), discutindo os fatores de risco para a esquizofrenia, vêem a possibilidade de uma anormalidade precoce no neurodesenvolvimento como um destes fatores. Porém levantam a questão de que, se a lesão ocorre no início do neurodesenvolvimento, por que a doença se manifestaria clinicamente, de forma mais usual, no final da adolescência? Uma possível explicação seria a ocorrência de algum processo maturacional neste período, que modularia o distúrbio. Talvez a eliminação sináptica (*poda cortical*), expressada durante a adolescência, possa vir a constituir-se em uma explicação para a diferença entre a lesão inicial e o início da apresentação clínica do distúrbio. Os mesmos autores referem que a maioria dos esquizofrênicos apresenta um quadro clínico mais coerente com o modelo neurodegenerativo do que com o modelo neurodesenvolvimental, ou seja: declínio nas funções previamente sadias, progresso ao longo de meses ou anos (com exacerbações e remissões) e pequeno número de pacientes retornando ao estado pré-morbido.

Lawson (2000) cita o funcionamento diferenciado entre o cérebro do adulto e o cérebro do adolescente. Haveria uma diferença, no padrão de resposta, nas tarefas de reconhecimento facial e de produção de palavras. Através do uso de ressonância magnética, percebeu-se que os adolescentes têm menos atividade funcional que os adultos, no córtex frontal, considerado parte do sistema executivo que organiza e modula o comportamento. Porém, os adolescentes demonstrariam maior atividade que os adultos na amígdala cerebral, a qual é parte do sistema límbico e seria responsável pela associação entre o estímulo sensorial externo e as valências emocionais. Isto poderia levar os adolescentes a serem, freqüentemente, inábeis para interpretar corretamente o meio ambiente e tornarem-se mais reativos aos estímulos.

Birmaher et al. (2000) encontraram uma diminuição na resposta do hormônio do crescimento (GH) à estimulação farmacológica em crianças e adolescentes, durante um episódio de transtorno depressivo e, também, após a recuperação, comparados com crianças e adolescentes que nunca

apresentaram episódios de transtorno depressivo. Postulam que esta redução na resposta do GH poderia constituir-se em um marcador para crianças e adolescentes com alto risco para transtorno depressivo.

Kazdin (2000) relata que os estudos com imagens estruturais e funcionais do cérebro, realizados através de ressonância magnética e tomografia por emissão de pósitrons, têm identificado o lado esquerdo do lobo frontal e o metabolismo de glicose, como estando relacionados com distúrbios da atenção e hiperatividade em crianças e adolescentes. Isto seria comprovado através da modificação das neuroimagens quando o tratamento é efetivo.

Para o mesmo autor, os avanços na genética molecular trarão influência no tratamento de crianças e adolescentes. Cita o exemplo de pesquisas genéticas demonstrando que o sítio de ação da medicação estimulante, usada no tratamento dos distúrbios da atenção e hiperatividade, está relacionado ao gene transportador de dopamina. Como conclusão, refere pesquisa com macacos rhesus, onde os níveis de um dos metabólitos da serotonina (um neurotransmissor) no líquido cérebro-espinhal, o qual seria altamente determinado por herança genética, pode ser influenciado por fatores ambientais, no desenvolvimento inicial. A negligência pelas mães dos macacos rhesus, em uma fase inicial da vida, reduz as concentrações deste metabólito no líquido cérebro-espinhal. Isto poderia estar relacionado a aumento no risco para distúrbio do comportamento e redução no controle dos impulsos.

## **ASPECTOS SOCIAIS E FAMILIARES**

Sobre o contexto social, Ariés (1981) diz que, durante longo tempo, na sociedade não houve lugar para a adolescência, sendo esta confundida com a infância até o século XVIII. A partir de 1900, a “juventude”, que era, então, a adolescência, torna-se tema literário e foco de preocupação para a sociedade. Em 1914, quando os combatentes da frente de batalha opõem-se às velhas

gerações da retaguarda, a consciência da juventude torna-se um fenômeno geral. Daí em diante há uma expansão da adolescência, empurrando a infância para trás e a maturidade para a frente, aparecendo a adolescência como a idade favorita, na qual deseja-se chegar cedo e sair tarde.

Socialmente, então, este passa a ser um período de preparação intensificada para o papel de adulto jovem. Há uma *moratória psicossocial* (Kaplan & Sadock, 1993), durante a qual vários papéis são testados.

Os adultos vão-se tornando gradativamente menos ameaçadores. A figura idealizada dos pais perde espaço, e estes irão sendo substituídos por outras pessoas fora do lar. Poderia passar a existir, em alguns jovens, a necessidade de diferenciar-se dos pais, o que poderia estar acompanhado por muita ambivalência, pois, em casa, os hostiliza e ridiculariza, enquanto que, quando com os amigos, expressa admiração. Mash (1998) cita que tanto a repetição dos padrões familiares como a busca da diferenciação, pelo jovem, seriam fatores importantes no surgimento de patologias e no resultado dos tratamentos. Os pais, em contrapartida, ao perceberem esta “troca” dos ideais familiares por outros externos, tornam-se ressentidos e resistentes em perceber aí a busca da identidade própria pelo adolescente. Os adolescentes, submersos no conflito para sair da dependência dos pais e tornarem-se independentes, podem reagir, tentando mostrar que possuem idéias próprias e aproveitam praticamente qualquer assunto para mostrar que possuem uma mente distinta da dos pais (D’Andrea, 1986; Levisky, 1995). Neste contexto, Foster & Robin (1998) procuram demonstrar que os problemas na comunicação familiar são a base para alterações como distúrbios de conduta, abuso de substâncias, etc.

Na sociedade moderna, este conflito torna-se muito relevante, já que ela se encontra no extremo oposto das culturas primitivas, quanto à posição do adolescente. Nas culturas primitivas, o adolescente, ao atingir a puberdade, já encontrava relativamente estabelecidos os padrões de comportamento e o papel que deveria ocupar no grupo a que pertencia. Tratavam-se de valores grupais, os quais norteavam a profissão, ligação com o sexo oposto e identidade. Em alguns povos

isto tudo era praticamente conseguido de uma só vez, através dos rituais de iniciação ou de passagem (Levisky, 1995).

Em nossa cultura, além da duração demasiadamente longa do período que vai desde a puberdade até a fase adulta (a qual pode ser ainda maior com a escolaridade prolongada), existem conflitos e valores antagônicos, como, por exemplo, ideais cristãos de fraternidade e ideais capitalistas de competição; criação de necessidades secundárias (através dos veículos de comunicação) sem oferecer-se recursos para sua satisfação; expectativa de que os jovens realizem-se sexualmente e proibições contrárias a isto; e determinadas situações em que os jovens necessitam de ajuda e os adultos esperam que sejam capazes de atuar amadurecidamente (Levisky, 1995).

Para o mesmo autor, alguns pais tendem a prolongar o máximo possível a dependência afetiva dos filhos e consideram as tentativas de independência como “mau comportamento”, impondo corretivos. Em particular algumas mães, ao sentirem que os filhos solicitam cada vez menos a sua colaboração, podem experimentar redução da auto-estima e procuram retomar a ascendência sobre eles, impondo-lhes restrições, as quais podem adquirir caráter patológico. Nestas condições, podem aparecer os conflitos abertos: quanto mais os pais interferem nas atitudes dos filhos, mais estes rebelam-se (Levisky, 1995).

Por outro lado, quando há uma excessiva liberdade, o adolescente pode senti-la como abandono. Assim, a dificuldade estaria em conseguir o equilíbrio entre o estimular e o deter, e entre o fomentar e o reprimir (D’Andrea, 1986). Estes dilemas mostram a grande participação da família e da sociedade no desenvolvimento de condutas desapropriadas ou disfuncionais nos adolescentes.

Foster & Robin (1998), diante deste panorama, formularam a seguinte questão: “o que tratar? Os problemas da interação conflituosa ou os problemas específicos sobre os quais pais e filhos discordam?”. A resposta dependerá do papel que o padrão mal adaptativo de conflito desempenha na etiologia e manutenção na desordem do adolescente. Os mesmos autores listam o que chamam de “crenças irracionais”, as quais atrapalham a comunicação familiar: 1) Ruminação: crença irrealista de que conseqüências catastróficas advirão de uma ação em particular. 2) Intenção

maliciosa: crença de que as ações dos outros foram motivadas pelo desejo de ferir ou injuriar outros membros da família. 3) Obediência: crença, por parte dos pais, de que o adolescente deveria seguir as sugestões parentais e seus pontos de vista, sem questionar. 4) Perfeccionismo: os pais requerem dos filhos desempenho perfeito nas tarefas. Não há tolerância para erros. 5) Autonomia: o adolescente acredita que deveria ter muito mais liberdade do que possui. 6) Justiça: os pais deveriam ser sempre razoáveis, dentro dos padrões estabelecidos pelos filhos.

Com relação à presença de patologias nas famílias, Klein, Lewinsohn, Seeley & Rohde (2001), em estudo com 669 adolescentes (268 com história de Distúrbio Depressivo Maior – DDM, 110 com história de outras patologias que não fossem DDM e 291 sem história de distúrbios psicopatológicos) e seus 2202 parentes de 1º grau, encontraram uma associação significativa para a ocorrência de DDM dentro das famílias, bem como evidências para um padrão familiar na transmissão do distúrbio. Também encontraram evidências preliminares de predisposição familiar para ansiedade e abuso de substâncias no adolescente. Isto é corroborado por Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein & Gotlib (2000), referindo que a ocorrência de depressão maior recorrente nos pais seria preditora para seu aparecimento na prole. Nestas situações, além da herança genética, poderiam estar também presentes questões ligadas ao aprendizado de padrões reativos e de conduta.

#### **A) IMPORTÂNCIA DO GRUPO**

Levisky (1995) afirma que o grupo de companheiros assume um papel importante na adolescência. No grupo, o adolescente encontraria uma panorama de relações, no qual os membros e os papéis não são definidos de maneira formal. Para Kaplan & Sadock (1993), o grupo vem a tornar-se instância vital para o crescimento e a mudança social.

Feehan, McGee, Willians & Nada-Raja (1995), estudando fatores de risco para psicopatologia, encontraram que a competência social pode ser tanto um indicador, como um preditor para a saudável adaptação psicológica nos adolescentes. Em sua amostra de 890 jovens, a

associação direta entre competência social e desordens na adolescência foi significativa, particularmente para os rapazes. Como resultado da pesquisa, indicam o treinamento em habilidades sociais, para o adolescente com dificuldades, como sendo preventivo em relação a dificuldades futuras.

No grupo de companheiros, o adolescente forma relacionamentos significativos que não possuem a mesma familiaridade e segurança dos relacionamentos no lar, representando desafios e oportunidades. No grupo, todos estão à procura de algo, ocorrendo uma uniformidade no vestir, falar e até mesmo no uso de fumo, bebida e por vezes drogas. Myers, Brown & Vik (1998) referem que o envolvimento e a experimentação de drogas na adolescência, em alguns casos, refletiria um *comportamento normativo* em relação ao grupo de colegas, os quais fornecem reforçamento pela conformidade. Levisky (1995) afirma ainda que a necessidade de independência, em relação aos pais, pode levar à sensação de solidão e o grupo funciona como forma de proteção e reassseguramento, substituindo os pais, já que uns parecem-se com os outros e nisso se conformam. As angústias vividas, nesta fase, acabam sendo semelhantes e um pode servir de modelo para o outro, embora cada indivíduo venha a lidar de forma própria com as dificuldades. Neste sentido, Johnson et al. (2000), em estudo com 717 jovens e suas mães, reforçam a importância das características de personalidade do jovem e sua consequência sobre o envolvimento em comportamentos antisociais e uso de drogas.

Skinner (1985) diz que o fato de juntar-se a um grupo aumenta a possibilidade de conseguir-se reforço, o qual é facilmente maior do que o conseguido de forma individual. O comportamento igual aos demais teria maior probabilidade de ser reforçado. O reforço, no grupo, viria sob a forma de atenção, aprovação e afeição. Por outro lado, o comportamento desviante seria punido, o que, dentro do grupo, ocorreria na forma de desaprovação, desprezo, ridículo, insultos, etc. Com isto, diante do conflito com o grupo, o adolescente pode apresentar duas ações opostas: a) isolar-se dos demais ou b) tentar demonstrar “força”, buscando atrair a atenção sobre si.

Ainda para Skinner, como resultado desta interação e havendo pouco espaço para a diferença individual, aqueles tidos como “diferentes” podem ver-se objeto de várias formas de exclusão. Assim, o adolescente que no seu desenvolvimento não atingiu determinadas habilidades para o relacionamento interpessoal pode vir a ser excluído pelo grupo, e esta exclusão atuar gerando agravamento das dificuldades e vir a contribuir para o desencadeamento de alterações psicopatológicas no futuro, conforme foi demonstrado nos estudos de Feehan et al. (1995) e Myers, Brown & Vik (1998).

## **B) INFLUÊNCIA DA SEXUALIDADE NA CONDUTA DO ADOLESCENTE**

Para Kaplan, Sadock & Grebb (1997), uma vez que as meninas ingressam na puberdade, em média, cerca de 2 anos antes dos meninos, elas começam a ter encontros amorosos e relações sexuais mais cedo que seus colegas do sexo oposto. No entanto, tendem a ser menos sexualmente ativas do que os rapazes, os quais apresentam maior resposta excitatória frente a estímulos de cunho sexual. Nas moças, o impulso sexual estaria associado com outros sentimentos, havendo com frequência a associação entre sexo e amor. Já os rapazes apresentam uma tendência a ver sexo e amor como sentimentos dissociáveis. Para Cyranowski et al. (2000), isto ocorreria devido ao fato de que as moças focariam os relacionamentos na intimidade e comunhão, com o desenvolvimento de um senso de estar em conexão com o outro. Já os rapazes focariam mais seus relacionamentos na autonomia pessoal.

Para os mesmos autores, há a referência de que a média para o primeiro intercurso sexual, há uma década, era de 18 anos e, mesmo assim, para somente 55% das mulheres. Atualmente, 80% dos homens e 70% das mulheres já terão tido relações sexuais aos 19 anos de idade. Como média geral, a primeira relação sexual ocorreria aos 16 anos.

Levisky (1995) refere que uma das principais características da adolescência é a “evolução da sexualidade auto-erótica para a sexualidade genital adulta”. Para o mesmo autor, os impulsos

sexuais ocorreriam mais em nível de fantasia, sendo a prática masturbatória usada para dar vazão a estes impulsos. Kaplan & Sadock (1993) e Kaplan, Sadock & Grebb (1997) referem que, neste período, podem ocorrer práticas homossexuais transitórias, como forma de exploração e descoberta.

Segundo Levisky (1995), com a evolução dentro do processo da adolescência, ocorreria um amadurecimento, levando a uma transição para novas emoções e experiências sexuais, passando as atividades sociais, esportivas e escolares a tomarem o primeiro plano. Estas atividades permitem uma aproximação mais íntima com o sexo oposto, o qual passa a despertar o interesse. Olhares, contato físico e a convivência trazem sensações novas e prazerosas. Surgem as piadas, cochichos e bilhetes. Iniciam-se os flertes e namoros, relacionamentos que ainda são, no geral, superficiais e transitórios.

Em uma fase posterior, quando já tenha ocorrido uma emancipação da família e uma melhor definição da identidade sexual, o desejo de ter um(a) namorado(a) fortalece-se. Além disso, o fato de que alguns contatos físicos com o sexo oposto já possam ter ocorrido, com estimulação mais íntima (através de carícias), aumenta o desejo de explorar mais esta área e as sensações que a vida sexual pode trazer, embora a exploração e o início da vida sexual representem um fator de risco para a ocorrência de psicopatologias (Graber et al., 1997 e Hayward et al., 1997).

Facilitando estas experiências aos adolescentes, a cultura atual, em algumas famílias, tem demonstrado uma maior tolerância para estas questões, as quais, em épocas anteriores, eram cercadas por vigilância dos familiares e restritas às épocas pré e pós nupcial. Em contrapartida, valores como a virgindade, por exemplo, não têm o mesmo significado que outrora e as mulheres reivindicam igualdade de direitos também neste campo.

Aqui também encontramos o papel do grupo de colegas, onde o fato de ter relações sexuais pode ser uma forma de status perante os demais. Kaplan, Sadock & Grebb (1997) alertam sobre o risco de gravidez neste período, já que, para algumas culturas ou grupos sociais, o ficar grávida pode ser encarado como um rito de passagem para a condição adulta.

Nas meninas, a menarca (primeira menstruação) seria o sinal mais importante da transição da menina para tornar-se mulher. A reação à menarca dependerá do nível de informação recebida a respeito de sua ocorrência. Algumas meninas, por haver recebido informações imprecisas, podem encará-la com culpa (por exemplo: castigo devido às atividades masturbatórias), medo de que seja uma doença grave ou com grande ansiedade, tentando ocultar o fato da família (Levisky, 1995; Kaplan & Sadock, 1993; Graber et al., 1997). Hayward et al. (1997) alertam que a menarca precoce pode estar associada a distúrbios na imagem corporal, sendo vivida de forma negativa. Feijó, Raupp & John (1999) consideram a menarca um estressor negativo, o qual, juntamente com outros, poderia responder por tentativas de suicídio na adolescência.

Nas meninas melhor informadas, a menarca pode ser vista de forma mais natural e ser recebida como fato desejável, particularmente quando dentro do grupo de amigas já existem outras menstruando.

Os conceitos, tabus e dificuldades que a própria mãe tenha em relação à menstruação podem interferir diretamente neste processo, fazendo com que a menarca constitua um estressor negativo (Feijó, Raupp & John, 1999), ou algo desejado e bem vindo (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

Nos meninos, embora seja o fato bem menos marcante que a menarca nas meninas, a primeira ejaculação poderia ser considerada como característica da chegada da puberdade (D'Andrea, 1986). Geralmente isto vem acompanhado por um incremento das práticas masturbatórias e ocorrência de sonhos eróticos, aparecendo as poluções noturnas. Quando os rapazes não estão adequadamente preparados, estas situações podem trazer questionamentos quanto às alterações que causariam em sua saúde física e mental (Graber et al, 1997; Hayward et al, 1997 e Feijó, Raupp & John, 1999).

Aqueles mais esclarecidos podem fazer disto motivo de debate dentro do grupo de colegas, adquirindo status perante os demais, devido aos conhecimentos que possuem.

## ASPECTOS DO DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL

Na adolescência, as mudanças físicas, hormonais e sociais levariam o indivíduo a ter que lidar com uma avalanche de sensações e sentimentos, novas percepções e novos critérios para avaliar as experiências sensoriais que vive. Análises psicanalíticas citam que, as mudanças emocionais, muitas vezes, começam antes que sejam evidentes as mudanças físicas (Kalina, 1979). Assim, diante da necessidade de digerir isto tudo, o adolescente pode apresentar-se às vezes apático e desinteressado, tendo a sensação de incapacidade para contatar com o mundo (D'Andrea, 1986) e, em outros momentos, assumir posturas arrogantes e contestatórias, com mau humor e irritabilidade. Estas situações, quando mais marcantes, deveriam ser diferenciadas de quadros maníacos em desenvolvimento (Geller & Luby, 1997).

Como forma de enfrentar todos estes acontecimentos, pode surgir o idealismo, com envolvimento e pesquisa, mais a fundo, das questões em que se vê envolvido, embora possa abandonar as causas com o mesmo ímpeto com que iniciou seu envolvimento (Levisky, 1995). Neste contexto, alguns jovens poderão ir além do idealismo, chegando ao fanatismo com a vinculação a movimentos religiosos, políticos ou sociais (Aberastury, 1983. Levisky, 1995).

A noção de tempo, em muitos momentos, encontra-se deturpada, apenas existindo o momento presente, sem perspectivas. Mesmo no grupo de jovens, há momentos em que se refugia na solidão, vivendo o mundo em sua imaginação, alternando com outros períodos de intensa atividade e envolvimento com os demais. Estas flutuações são constantes e dependem da motivação e do estado emocional (Levisky, 1995).

Aberastury (1983) refere que nesta fase há um flutuar entre a infância e a adolescência, havendo uma vontade de subitamente tornar-se adulto e, no momento seguinte, a vontade de não crescer nunca.

Kalina (1979) traz que as oscilações de papéis, condutas e humor, no adolescente, podem adquirir características de estados esquizóides, atuações em nível sociopático, estados depressivos e

também obsessivos, podendo ter ocorrência fugaz ou mais duradoura, dificultando sua diferenciação para quadros patológicos mais definidos que instalam-se neste período.

Geller et al. (1995), procedendo a um estudo na linha da psiquiatria biológica, abordam a ocorrência de distúrbios bipolares de ciclagem rápida em adolescentes (nestes quadros haveria uma rápida alternância entre episódios maníacos e depressivos, podendo vários episódios darem-se no mesmo dia), alertam para a necessidade da diferenciação entre as flutuações de humor, ocorrência vista como normal para a adolescência, dos casos em que há a ocorrência desta patologia. A ciclagem rápida, em adultos, estaria associada a maior resistência ao tratamento, o que também tem sido relatado, em estudos abertos, para adolescentes.

Ao final da adolescência, a questão mais importante que irá aparecendo será a definição de uma identidade. Há a necessidade de uma definição do que fazer com sua própria vida, o que é reforçado na medida em que os amigos seguem carreira, casam-se ou mudam de cidade. Para a definição de sua própria identidade, recorre a vários modelos diferentes, dos quais retira “porções”, procurando integrá-las. Pais, companheiros, professores, heróis da TV, etc., todos podem fornecer material a ser aproveitado. Quando esta integração ocorre com sucesso, pode haver o reconhecimento pelos outros e vai iniciar-se uma nova fase, a fase adulta. Quando esta integração não é alcançada, não consegue avançar e pode aparecer uma pessoa em constante crise, representando papéis difusos e contraditórios (D’Andrea, 1986).

Uma análise comportamental pode mostrar o adolescente como tendo que lidar com as mudanças físicas e sociais decorrentes da passagem da infância para a vida adulta, fazendo-o através de distintos comportamentos, de acordo com sua história de aprendizagem. As condutas emitidas poderiam refletir diferentes processos de reforçamento e/ou punição do passado, ou decorrer de um processo de aprendizagem vicária, segundo a qual o adolescente reproduz comportamentos de pessoas que lhe serviram de modelo (pais, professores, colegas etc.).

## **PASSAGEM DA ADOLESCÊNCIA PARA A VIDA ADULTA**

Como já citado anteriormente, a passagem da adolescência para a vida adulta pode dar-se de forma gradativa e lenta, como em nossa cultura, ou de maneira abrupta, com a aquisição do papel de adulto através dos rituais de passagem, como ocorre nas sociedades primitivas.

O final da adolescência, em nossa sociedade, é demarcado pelo ingresso do jovem na vida profissional, assumindo tarefas e responsabilidades da vida adulta, assim como, afetivamente, ocorreria maior senso de intimidade, o que pode levar ao casamento e ao desempenho de novos papéis (maternidade/paternidade, esposo/esposa) e à aquisição de um senso de moralidade (Kaplan & Sadock, 1993). O Comitê sobre Adolescência dos EUA (in Levisky, 1995) ressalta também o estabelecimento da identidade sexual, além de um novo nível de relacionamento com os pais, baseado agora em uma igualdade relativa (uma vez que é estabelecida através da percepção das diferenças).

O “tumulto” na adolescência, chamado por Knobel (1981) “Síndrome da Adolescência Normal”, não é, em si mesmo, um estado anormal, deve ser diferenciado de um quadro psiquiátrico diagnosticável.

## **A QUESTÃO DO DIAGNÓSTICO NO ADOLESCENTE**

Considerando ser a adolescência um período em que estudos mostram aumento na frequência de aparecimento de quadros psicopatológicos (Geller et al., 1995; Saggese et al., 1990; Berstein, Cohen, Skodol, Berziganian & Brook, 1996), faz-se necessário discriminar entre as mudanças próprias desta fase e aquelas que podem indicar um quadro psicopatológico.

Como exemplo das dificuldades evidenciadas no campo do diagnóstico, Assumpção e Carvalho (1999), realizaram levantamento de diagnósticos nas idades de 0 a 19 anos, dados em atendimentos pelo SUS em todo o Brasil, no período de 1992 a 1997. Encontraram distorções mais gritantes nas idades abaixo de 5 anos, com achado de 2120 diagnósticos de psicoses esquizofrênicas e 797 diagnósticos de síndrome de dependência do álcool, em crianças abaixo de um ano de idade. Discutem que o mesmo poderia estar ocorrendo para diagnósticos em adolescentes e caracterizaram um descaso para com os diagnósticos em nosso meio.

A dificuldade no diagnóstico de psicopatologias no adolescente talvez já se inicie com a discussão quanto à adequação e validade dos critérios diagnósticos e sistemas de classificação, para uso nesta faixa etária.

Para Mash (1998), a questão mais geral é se há necessidade de separar os critérios diagnósticos para crianças e adolescentes, dos critérios usados para os adultos, ou se podem ser usados os mesmos critérios para os dois grupos, através de ajuste destes as diferenças no status desenvolvimental, revendo-se, por exemplo: número de sintomas requeridos, duração do problema e sintomas diferentes para cada faixa etária. O autor observa que de muitas maneiras a distinção no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV - APA), entre as categorias diagnósticas na criança e no adulto são arbitrárias, sendo mais reflexo da nossa atual falta de conhecimento da continuidade das desordens entre a criança e o adulto, do que a existência de condições diagnósticas qualitativamente distintas.

Myers, Brown & Vick (1998) analisaram o abuso de substâncias em adolescentes e consideraram que os critérios do DSM-IV não seriam apropriados, nesta área, para os adolescentes. Exemplificam esta idéia pela diferença, nestes quadros, entre adultos e adolescentes. Nos adultos, ocorreriam complicações médicas e progressão da doença, que não estariam presentes nos adolescentes, caracterizando um quadro distinto. Já nos adolescentes, em comparação com os adultos, haveria o envolvimento com múltiplas drogas, resultando em padrões de dependência e abstinência mais complexos, sendo que apareceriam mais sintomas afetivos do que físicos. Em

situações de abuso do álcool, nos adolescentes haveria sintomas mais específicos, como apagamentos, comportamento sexual de risco, declínio escolar e ansiosos. Os autores consideram de suma importância levar em consideração aspectos socioculturais frente à adolescência, como a pressão do grupo para engajar-se em comportamentos de risco, apontando, assim, para especificidades que poderiam exigir critérios diagnósticos diferenciados.

Kazdin & Marciano (1998) analisam a descrição do distúrbio depressivo existente no DSM-IV. Os autores consideram que, em pacientes adolescentes, o critério “humor depressivo” pode ser substituído por “humor irritável”, o que estaria adequado, já que humor irritável estaria presente em 80% dos jovens deprimidos. Por outro lado, contrapõem a presença de mais comorbidade (existência de condições para diagnóstico de mais de um quadro psicopatológico) nos adolescentes, podendo chegar a 50% nos casos de depressão, levando a dificuldades para uso dos sistemas de diagnóstico. Alertam ainda para o fato de que o rol de sintomas varia com o desenvolvimento, havendo, por exemplo, nos adolescentes deprimidos, maior ocorrência de hipersonia, humor depressivo, irritabilidade, perda de esperança, anedonia, retardo psicomotor, ideação e tentativas de suicídio do que em crianças com o mesmo quadro. Estas, porém, apresentariam mais conteúdos somáticos. Embora façam estas observações, acham que a validade dos critérios atuais, em algumas condições, tem recebido suporte a partir dos estudos clínicos e pesquisas realizadas.

Wiener (1997), abordando a evolução sofrida no espaço para infância e adolescência nas várias edições do DSM, refere que, em sua 1ª edição (1952), o DSM não contava, entre seus elaboradores, com psiquiatras da infância e adolescência, contendo poucas menções às desordens nesta faixa etária. Em sua 2ª edição (1968), embora não represente progresso na classificação das desordens da infância e adolescência, já contava com 2 psiquiatras infantis no comitê organizador. Em sua 3ª edição (1980), passa a contar com diagnóstico multiaxial (feito em 5 eixos), e codifica, no eixo I, as “desordens primariamente evidenciadas na infância e adolescência” como, por exemplo, retardo mental, desordens de conduta etc. No eixo II, as “desordens específicas do desenvolvimento” (exemplo: de leitura, aritmética etc.). Em 1987 surge uma revisão da 3ª edição

(DSM III-R), onde são reposicionados e renomeados vários diagnósticos da infância e adolescência, surgindo novas categorias (exemplo: desordens disruptivas do comportamento). Em sua 4ª edição (1994), aparecem ainda novas categorias para a infância e adolescência, além de começar-se a abrir espaço para as questões familiares. Como exemplo, o transtorno de conduta, que passa a ter sua definição ampliada, e seus critérios diagnósticos revistos e divididos em sub-itens.

A revisão bibliográfica realizada aponta, portanto, a classificação dos quadros na adolescência, como sendo ainda uma questão não definida. Enquanto alguns autores (Mash, 1998; Kazdin & Marciano, 1998) se posicionam a favor de uma continuidade dos critérios diagnósticos dentre as distintas etapas da vida, outros autores (Myers & Brown, 1998) mostram que há especificidades nas diferentes etapas de vida (infância, adolescência e vida adulta) que poderiam ser perdidas em uma classificação única. O próprio DSM tem passado por um processo de reflexão e análise diferenciada da questão.

Levantando a questão de que, atualmente, com os tratamentos em psiquiatria se tornando mais específicos, e os diagnósticos errados poderem levar a tratamentos inapropriados; Wiener & Shaffer (1997), enfatizam que, tanto o profissional quanto a família do paciente, devem estar cientes da necessidade do diagnóstico correto e das possíveis alterações que este venha a sofrer ao longo do tratamento.

## **DIFICULDADES NA PRÁTICA CLÍNICA**

Mattanah, Becker, Levy, Edell & McGlashan (1995) discutem a existência de diagnósticos não estáveis, necessitando de reavaliação com o tempo, o que forneceria também a oportunidade de examinar os efeitos do desenvolvimento nas manifestações psicopatológicas no adolescente. Para acompanhar esta mudança, conduziram estudo com 101 sujeitos hospitalizados (idades entre 12 e

18 anos) e reavaliação após 2 anos. Os diagnósticos mais frequentes foram Depressão Maior e Distúrbio de Personalidade Borderline. Os achados comprovaram a pouca estabilidade do diagnóstico nos adolescentes. Perceberam que, quanto à categorização dos transtornos, os transtornos externalizados (conflitos com as outras pessoas, como: desordens de conduta ou uso de drogas) persistem pouco após a adolescência e que o número de diagnósticos feitos na adolescência tardia é pequeno. Este padrão poderia sugerir que as desordens externalizadas são específicas para a adolescência (exceção feita para os casos de abuso de drogas e álcool). Nos transtornos internalizados (problemas internos ao indivíduo, como: esquizofrenia ou depressão), existe alta taxa de persistência do diagnóstico, embora não haja estabilidade na média global, e seja ainda amplo o número de novos casos diagnosticados na adolescência tardia. Com isto, afirmam que ambos os tipos (internalizado e externalizado) poderiam ser preditores de dificuldades futuras, com os transtornos externalizados findando no meio do período da adolescência, enquanto nos transtornos internalizados o risco persistiria em direção à vida adulta. Para as desordens de personalidade, há instabilidade para o diagnóstico na adolescência, tornando-se estável após esta; validando a noção de serem patologias, em sua natureza, essencialmente do desenvolvimento.

Ferdinand & Verhulst (1995), avaliando 459 adolescentes (com idade entre 13 e 16 anos) e reavaliando-os 8 anos depois, encontraram pouca estabilidade nos diagnósticos. Havia indicação de que problemas de comportamento não persistem, de maneira muito forte, no adulto jovem. Os autores atribuem esta falta de estabilidade do diagnóstico a mudanças sociais, educacionais e ocupacionais. Síndromes ansioso/depressivas e queixas somáticas tendem sete vezes mais a apresentar alterações nos escores de seguimento, o que seria um indicador importante para necessidade de intervenção precoce. Os autores verificaram que a presença de comportamento agressivo poderia seguir-se por distúrbios do pensamento, indicando que os programas para tratamento do comportamento agressivo deveriam também focar-se em possível comorbidade com estes quadros. Como dado global, 34,1% dos sujeitos que apresentavam alterações na 1ª avaliação

melhoraram consideravelmente na última avaliação. Apenas 7% dos avaliados inicialmente como tendo bom funcionamento apresentaram alterações na última avaliação.

Carlson, Fenning, & Bromet (1994) discutem a confusão diagnóstica entre esquizofrenia e distúrbio bipolar no adolescente. Constataram que o distúrbio bipolar seria sub-diagnosticado e muitas vezes casos diagnosticados como sendo do espectro esquizofrênico são mudados, na seqüência, para diagnóstico de quadros afetivos. Discutem também a questão da falta de estabilidade nos diagnósticos e a natureza “complicada” dos quadros maníacos no adolescente, levando a falhas no diagnóstico.

Fu I (1997) relata que os distúrbios do humor ficam mascarados, muitas vezes, pelo abuso de substâncias. Citando estudos de Kalvin et al. (1991), Carlson e Cantwell (1980) e Robbin et al. (1982), refere que estes quadros poderiam chegar a uma prevalência de 1,2%, na população geral de adolescentes; com uma incidência de 25% em ambulatórios de psiquiatria e, 27% em hospitais psiquiátricos, somente para os casos de distúrbios depressivos.

Champion, Goodall & Rutter (1995) avaliaram crianças aos 10 anos de idade, divididas em 2 grupos: um grupo com problemas de comportamento, e outro, randomizado, sem problemas de comportamento. Estes grupos foram reavaliados após 20 anos (conseguindo-se 56% da amostra original), havendo sido encontrados estressores negativos marcadamente mais freqüentes para os sujeitos que, na infância, apresentavam distúrbios emocionais e de comportamento, além de que o aumento foi significativo para os estressores negativos previamente já associados com o início de desordens psiquiátricas. Com isto, chegam à conclusão de que crianças com problemas de conduta representam adolescentes e adultos com risco aumentado para o aparecimento de distúrbios psiquiátricos. Assim, deveria ser dada mais atenção à história prévia do adolescente.

Piven, Harper, Palmer & Andt (1996) estudaram 38 sujeitos autistas, com idade variando entre 13 e 28 anos (com média de 17,6 anos), e sua evolução ao longo da vida. Os sujeitos foram avaliados utilizando um instrumento semiestruturado, a Entrevista Diagnóstica para Autismo (ADI) e sua versão modificada (ADI- 3ª edição) para informações dos pais. Constataram mudança

significativa nos escores de comportamentos sociais e de comunicação, embora o mesmo não tivesse ocorrido em nível dos comportamentos ritualísticos e repetitivos. Também reaplicando os critérios diagnósticos do DSM-IV para estes quadros, encontraram 5 sujeitos (idades entre 15 e 16 anos) que não reuniram mais a condição para preencher os critérios diagnósticos para autismo, na idade atual. Na visão de Piven et al. (1996), o autismo deve ser visto como desordem ao longo da vida, cujas características mudam com o desenvolvimento, e que estas mudanças seriam de importância clínica como preditores para comportamentos futuros.

Poikolainen, Kanerva & Lönnqvist (1995), pesquisando 1429 estudantes do ensino médio, com respeito a queixas somáticas, chegam à conclusão de que, na ausência de doença de base, estas queixas físicas podem ser um indicador de fator de risco para a saúde mental.

Ohberg, Lönnqvist, Sarna & Vuori (1996), pesquisando suicídio entre adolescentes na Finlândia, realizaram levantamento de dados entre 1947 e 1991, descobrindo que a taxa total de suicídios, nesta faixa da população, quase dobrou neste período. Citando Marttunen et al. (1992), alertam que o suicídio no adolescente, geralmente, é o ponto final para dificuldades de longo termo e, portanto, deveria poder ser predito e prevenido.

Considerando as dificuldades na prática clínica, percebe-se que elas podem ser de diferentes naturezas: 1) a mudança no diagnóstico com o tempo (pouca estabilidade diagnóstica), pode requerer avaliações em diferentes momentos; 2) há, por vezes, falhas nos diagnósticos feitos, levando alguns quadros, como o distúrbio bipolar, a serem sub-diagnosticados; 3) deve-se ter especial cuidado com crianças diagnosticadas na infância como tendo problemas de comportamento, por constituírem grupo com risco aumentado para o aparecimento de distúrbios psiquiátricos no futuro; 4) relacionado ao item 3, seria importante se levantar, no adolescente, sua história prévia de vida; 5) queixas somáticas no adolescente, na ausência de doença de base, são indicadores de fator de risco para a saúde mental; 6) atenção especial deveria ser dada ao risco de suicídio.

## DIFERENÇAS NA AVALIAÇÃO ENTRE RAPAZES E MOÇAS

Graber et al. (1997), estudando o tempo de aparecimento da puberdade e seus efeitos sobre o desenvolvimento dos adolescentes, encontraram, em relação às desordens psiquiátricas e questões psicossociais, que moças com maturação precoce (em comparação com moças de puberdade no tempo certo) apresentavam maior ocorrência de distúrbios depressivos, abuso e dependência de substâncias, transtornos do apetite, problemas de comportamento, baixa auto-estima, reduzida capacidade de imitação e menor suporte familiar e de amigos. Também apresentaram mais dias de escola perdidos, problemas de saúde mais frequentes e maior incidência de tentativas de suicídio. Já as moças com maturação mais tardia apresentavam maior ocorrência de depressão maior, autocrítica mais severa, metas acadêmicas mais elevadas e mais conflito com os pais. No caso dos rapazes, os de maturação precoce apresentavam maior nível de depressão, mais ligação emocional com os outros, metas familiares mais altas, sintomas físicos mais frequentes e maior uso de tabaco. Nos de maturação tardia, apareciam mais problemas no dia-a-dia, taxas elevadas de depressão, cognições negativas, autocrítica, conflito com os pais e dificuldades com o trabalho escolar de casa. Os autores discutem, diante dos achados, a importância de incluir-se informações sobre o início da puberdade nas avaliações clínicas dos adolescentes, o que poderia servir como um indício para a detecção precoce de psicopatologias. O conhecimento deste aspecto do desenvolvimento também ajudaria no entendimento do contexto no qual os problemas ocorrem. Um aspecto relevante que possa ser relacionado com o início precoce da puberdade é o papel da pressão social que sofrem os sujeitos de maturação física mais precoce, em relação ao seu preparo emocional para responder a isto.

Cyranowski et al. (2000) corroboram os dados anteriores e referem que as mudanças morfológicas, mais visíveis nas mulheres, podem ser experienciadas de forma negativa, principalmente quando ocorrendo antes do grupo de próximos. Assim, a maturação puberal “sensibiliza” as mulheres para os efeitos depressogênicos dos eventos de vida negativos. Os autores discutem ainda a inversão que aparece na adolescência das taxas de depressão em homens e mulheres. Referem que, na infância, os meninos tendem a ser mais deprimidos que as meninas. Por volta dos 11 aos 13 anos de idade, isto sofre uma mudança dramática, chegando ao dado de que, aos 15 anos, as mulheres têm duas vezes mais possibilidade de experimentar um episódio depressivo. Explicam, através da abordagem psicolinguística, a diferença entre rapazes e moças. Dizem que as moças tendem a ter comunicações emocionais mais próximas, intimidade e responsividade dentro das relações interpessoais. Além disso, ao falar, expressam mais concordância e fazem pausas para deixar o outro falar. Gastam mais tempo em atividades sociais com as amigas e, com o aumento da idade, as conversações têm foco mais interpessoal. Os rapazes, ao falar, comandam mais, ameaçam e interrompem mais uns aos outros. A fala tem um caráter mais egoísta e é usada para estabelecer e proteger uma área pessoal (nas moças é mais um processo de construção social). Os rapazes também gastam mais tempo em atividades solitárias.

Andrade, Busse, Zanuzzo & Assumpção Jr. (1998), citando Misés (1993) referem uma proporção de patologias na adolescência, entre rapazes e moças, na ordem de 2:1. Esta proporção pode manter-se estável, como no caso da esquizofrenia (Campbell et al., 1997) ou até sofrer uma inversão, como no caso dos quadros depressivos (Fu I, 1997).

Caracteriza, assim, a necessidade de diferenciar-se a avaliação que é feita em relação aos adolescentes de ambos os sexos e a abordagem diferenciada das questões que surgem.

## QUESTÕES LIGADAS AO TRATAMENTO

Mash (1998) recomenda, para os adolescentes, o uso de tratamentos combinados. Considera tratamentos combinados como sendo o uso de duas ou mais intervenções, cada uma sendo vista como uma estratégia de tratamento em si mesma. Como exemplo, o uso de terapia individual para o adolescente, aliado a terapia de família. Argumentando que as causas dos distúrbios também podem ser consideradas multidimensionais e o emprego de uma única modalidade terapêutica poderia ter seu efeito limitado em termos de resultado final. Complementa, dizendo que, à medida que os problemas específicos relativos à idade puderem ser incorporados à técnica de tratamento, produzirão resultados mais efetivos.

Kazdin (2000), questionando quais técnicas seriam mais efetivas no tratamento de crianças e adolescentes, chega à conclusão de que a verdadeira pergunta a ser feita, diante do distúrbio, seria: qual tratamento é mais efetivo para este indivíduo, com este problema específico e sob este contingente de circunstâncias? Com isto, referenda a necessidade da individualização do tratamento e a avaliação constante dos resultados obtidos.

Considerando o ponto de vista do adolescente, Kiser et al. (1996) falam sobre a necessidade de avaliar-se a satisfação deste com o tratamento que vem recebendo, pois isto influi de maneira marcante no envolvimento deste com o trabalho terapêutico e no resultado final que será obtido.

Foster & Robin (1998) recomendam que, no caso de adolescentes, a escolha da linha terapêutica somente seja feita após adequada avaliação do contexto familiar.

Kazdin & Marciano (1998) também reafirmam que, nos adolescentes, os tratamentos combinados (exemplo: terapia associada a medicação) atingem melhor resultado, em relação ao uso de cada uma das técnicas de forma isolada.

Berlin (1997) refere que, atualmente, os tratamentos tem se baseado muito na relação custo-benefício. Com isto, muitos métodos terapêuticos tem se tornado rapidamente inviáveis para os adolescentes e suas famílias, dando-se preferência a tratamentos que requeiram menor duração (ex.:

farmacoterapia), o que tem levado a uma revisão dos conceitos do que seria o melhor cuidado, em saúde mental, para os casos atendidos.

## COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE ATENDIMENTO

Berlin (1997) elaborou retrospectiva histórica do atendimento psiquiátrico para a infância e adolescência. Relata que a primeira clínica psiquiátrica para atendimento de crianças e adolescentes, nos EUA, surgiu em 1909 - Instituto Psicopático Juvenil, em Chicago. Somente a partir da década de 30 é que a psiquiatria da infância e adolescência, naquele país, sofre maior avanço. Em 1930 surge, com Leo Kanner e Adolf Meyer, a primeira unidade ligada a uma universidade para atendimento psiquiátrico de crianças e adolescentes. Outro fator de impulso, a partir da metade dos anos 30, foi o êxodo de psicanalistas da Alemanha e Áustria para os EUA, devido à ascensão do nazismo. Em 1936, Willian Healy (fundador do Instituto de Chicago) publicou o livro *New Light on Delinquency and Its Treatment*, no qual enfatizou o conceito de trabalho em equipe, sugerindo a atuação conjunta do psiquiatra, do psicólogo e do assistente social, no atendimento do menor e de sua família. Em 1948 é criada a Associação Americana de Clínicas Psiquiátricas para Crianças, tendo como objetivos: o desenvolvimento destes serviços, reavaliação de suas formas de atuação e treinamento de pessoal especializado.

A história da psiquiatria da infância e adolescência aponta para a atuação multidisciplinar desde os seus primórdios. Nos dias atuais, a mesma orientação permanece viva na literatura. Campbell, Armenteros, Spencer, Kowalik & Erlenmeyer-Kimling (1997) recomendam, para tratamento de adolescentes com quadros esquizofrênicos, uma combinação de: programas de tratamento da família, administração de agentes psicoativos e treinamento de habilidades sociais. Esta associação de diferentes abordagens terapêuticas (uso de medicação, psicoterapia individual e de grupo, terapia familiar, abordagens sociais etc.) aparece também para outros quadros

psicopatológicos como: distúrbios do humor (Weller & Weller, 1997), distúrbios de conduta e antissociais (Lewis, 1997) e retardo mental (Szymanski & Kaplan, 1997).

Herzog & Berezin (1997) recomendam que, nos casos de anorexia nervosa em adolescentes, devido à complexidade das questões envolvidas para o sucesso do tratamento, quando houver indicação para o internamento, deveria ser colocada à disposição uma equipe composta por: psiquiatra, nutricionista, terapeuta familiar, terapeuta ocupacional, educador e equipe de enfermagem. Para os casos tratados em ambulatório, recomendam: atendimento médico, psicoterapia individual e familiar. Incluem, ainda, como opções no tratamento: aconselhamento nutricional, terapia de grupo e farmacoterapia.

Houston & Wiener (1997) relatam que os programas voltados para o tratamento de adolescentes com abuso de substâncias, com internamento hospitalar nos EUA, utilizam uma equipe composta por: psiquiatra da infância e adolescência, pediatra, psicólogo, consultores, enfermeiros, professores e terapeuta ocupacional. Também aconselhamento jurídico está frequentemente disponível.

Chisholm (1996), em revisão sobre a evolução dos programas de atendimento a crianças e adolescentes no Reino Unido, refere que a psiquiatria da infância e adolescência, em seu desenvolvimento, foi influenciada pela pediatria (ao desenvolver-se como especialidade médica) e também por outras especialidades, como a neurologia e a genética. Além disto, influências vieram da: psicanálise, psicologia, assistência social, educação e criminologia. Para este autor, a prática psiquiátrica com crianças e adolescentes, na Inglaterra, se desenvolveu em duas linhas diferentes: em clínicas criadas pelas autoridades locais de educação e nos departamentos de psiquiatria da infância e adolescência, ligados aos hospitais. No entanto, em ambos os casos, a prática do atendimento seguiu sempre a visão multidisciplinar.

Kaplan, Sadock & Grebb (1997), quando abordam o tratamento psiquiátrico de crianças e adolescentes, falam que a terapia individual frequentemente é realizada em conjunção com a terapia de família, terapia de grupo e, quando indicado, farmacoterapia. Os mesmos autores, abordando os

tratamentos residenciais, em hospital-dia e em unidades de internação integral, referem que as equipes de atendimento devem ser interdisciplinares, incluindo: psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, professores e pediatras.

Saggese et al. (1990), ao desenvolver programa ambulatorial para atendimento de adolescentes com quadros psicóticos e comentar as dificuldades encontradas, referem ter recebido, para tratamento, adolescentes com problemas bastante variados (oligofrenia, histerias, epilepsias etc.), os quais já haviam sido examinados por outros profissionais da área e para os quais o programa que estavam desenvolvendo não era recomendado. Com isto, reafirmam a importância de uma “equipe especializada”, para avaliar e encaminhar corretamente os casos.

Laurel, Culhane & Hadley (1995), em levantamento nacional, nos EUA, sobre programas de hospitalização parcial para crianças e adolescentes, encontraram equipes multiprofissionais, com média entre equipe/paciente de 1:3.93 para psiquiatras, clínicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e conselheiros e 1:9.36 para auxiliares de enfermagem, recreacionistas, educadores e pessoal de suporte.

## CAPÍTULO II

### PERCURSO HISTÓRICO DO ATENDIMENTO A ADOLESCENTES

A preocupação com relação ao atendimento de adolescentes não é nova. Em 1909, nos EUA, organiza-se o Comitê Nacional de Higiene Mental e funda-se o Instituto Psicopático Juvenil. Em 1912, o Hospital Psicopático de Boston oferece atendimento a crianças. A partir da década de 20, aparecem, nos EUA, as primeiras unidades para internamento de crianças e adolescentes, inicialmente voltadas para atendimento das desordens de conduta pós-encefalite, autismo e esquizofrenia (Chesson, 1996).

#### - ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO A ADOLESCENTES NO BRASIL

No Brasil, embora a criação de escolas especiais date de 1924, somente em 1929 surge, no Hospital do Juqueri, a 1ª seção para “menores anormais” (Assumpção Jr., 1995). A partir da década de 70, passou-se a internar crianças e adolescentes agressivos ou com distúrbio de conduta, porém privilegiando-se internações de curta permanência, com abordagens familiares incluídas no tratamento.

Krinski (1977), in Ferrari (1996), relata que a primeira referência na literatura sobre a observação de psicose endógena em crianças foi feita por Willis, em 1677, que denominou o caso como “estupidez ou mouridade”. Para Ferrari, até 1925 a psiquiatria infantil era considerada “adultomorfa”, ou seja, a compreensão dos quadros observados nos adultos era empregada diretamente para os quadros observados em crianças e adolescentes. A partir de 1925, passou-se a

focar o indivíduo doente, mais do que o processo da doença, valorizando-se a idade, seu desenvolvimento social e pessoal e doenças físicas. O diagnóstico da esquizofrenia, por exemplo, em crianças e adolescentes, passa a ser feito de forma distinta do mesmo quadro nos adultos.

#### - MOMENTO ATUAL

Segundo Assumpção Jr. (1995), a psiquiatria infantil, como especialidade no Brasil, tem sido vítima da disputa entre grupos com abordagens teóricas diferentes, como, por exemplo, psicanálise x abordagem biológica. Com isto, tem sofrido perdas e o atendimento de adolescentes tem ficado, em grande parte, vinculado ao modelo hospitalar e, outra parte, vinculada ao atendimento de consultório. Para o mesmo autor, existe uma falta de serviços ambulatoriais e, praticamente, a ausência de serviços de internação voltados para o atendimento de crianças e adolescentes. Considera que isto poderia ser uma decorrência da pouca penetração que esta especialidade tem nas universidades, as quais investem pouco nesta área e, paralelamente, o interesse das gerações acadêmicas acaba não sendo despertado.

No momento atual, para Assumpção Jr. (1995), a psiquiatria da infância e adolescência, no Brasil, constitui uma especialidade em seu início, com déficit de literatura em língua portuguesa e com deficiência na formação de profissionais especializados. Dados de Assumpção & Barbosa (1997) mostram que o problema é anterior ao momento da prática. O ensino de psiquiatria da infância e da adolescência nas universidades brasileiras é ainda insipiente. Os dados obtidos revelam que, nos cursos de medicina nos quais alguma informação é fornecida durante o ensino médico, dedica-se ao tema, em média, 6,94 horas durante todo o curso.

Como consequência do exposto até agora, a necessidade de uma pós-graduação na área de infância e adolescência tem levado muitos profissionais da área médica a buscar formação em outras especialidades, como a Psicologia, as quais estejam melhor estruturadas para responder a esta demanda. Não foram localizados estudos, realizados no Brasil, sobre a formação de profissionais

especializados em infância e adolescência. Isto contrasta, de maneira bastante evidente, com a preocupação em relação à formação de profissionais para trabalhar com crianças e adolescentes, existente nos EUA. Nos EUA, em 1980, o Graduate Educational National Advisory Committee estimava que o número de psiquiatras da infância e adolescência deveria passar dos 3.000, existentes na época, para 9.000, a fim de atender a demanda nos anos 90 (Varley, Calderon, Vincent & Hacker, 1996). Para dar uma idéia da cobertura necessária, cita-se o trabalho de Pottick, Hansell, Gutterman & White (1995), no qual os autores estimaram o número de atendimentos a adolescentes ao ano, naquele país, em 420.876. Deste total, 20% em internamentos e 80% em ambulatórios.

No Brasil, a questão do atendimento a pacientes psiquiátricos tem sido objeto de debates, devido à apresentação do projeto de lei 3657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais. A lei foi aprovada em março de 2001 e sancionada pelo Presidente da República, como Lei 10261/01, em 23 de abril de 2001. Em seu Art. 4º, determina que a internação somente será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. A Lei não faz menção às situações específicas que envolvam crianças e adolescentes. Durante o longo tempo de tramitação no Congresso Nacional, a lei foi alvo de ampla discussão na literatura, por seus críticos e defensores (Calil, 1999; Reali, 1990; Nogueira & Morgado, 1998 e Fagundes, 1998), porém novamente não se encontram citações quanto à condição das crianças e adolescentes.

Para Nick & Oliveira (1998) a história da assistência psiquiátrica no Brasil tem passado por várias transformações, porém a tendência hospitalocêntrica tem sido a tônica até os tempos mais próximos. Segundo os autores, partir da década de 70 passa-se a implantar um modelo assistencial-privativista, cuja tônica era: a ampliação da cobertura previdenciária para quase toda a população, privilegiamento de uma prática curativa e formação de um setor de saúde que gerasse lucros. Isto estaria embasado no Estado como financiador do sistema e no setor privado como o maior prestador de serviços. Na década de 80, tenta-se substituir o modelo anterior pelo modelo neoliberal, o qual pregaria: a regionalização, a hierarquização, a descentralização e integração institucional, e

complementaridade com o setor privado. A tônica seria o cuidado extra-hospitalar e a constituição de unidades psiquiátricas em hospitais gerais.

Falando sobre programas de atendimento no Brasil, Saggese et al. (1990), em discussão sobre um programa ambulatorial para adolescentes psicóticos, concluem que, quando há equipe especializada em diagnóstico e encaminhamento dos casos, o programa mostrou-se capaz de lidar com os casos agudos e graves (sem recorrer a internação) e havia vantagens no uso integrado de diversos recursos (psicofármacos, psicanálise e abordagem familiar) na manutenção do adolescente fora do hospital.

Andrade, Busse, Zanuzzo & Assumpção Jr. (1998), em trabalho que discute a tentativa de reduzir-se o tempo de permanência de crianças e adolescentes em enfermaria especializada nesta área, indicam que a faixa etária de 12 a 16 anos foi a de maior frequência de internações, e que as internações devem ser rápidas, para evitar-se o desligamento da família.

Em âmbito internacional, Laurel et al. (1995) fazem levantamento a respeito de programas de hospitalização parcial disponíveis nos EUA, para crianças e adolescentes. Verificam ampla variação no desenho e implementação dos programas, chegando à conclusão de que apenas aproximadamente 2% das crianças e adolescentes que requerem assistência em saúde mental recebem tratamento nestes programas. Seriam atendidos pacientes com problemas de moderados a severos, com a maioria dos casos sendo de distúrbios de conduta.

Wamboldt (1994), realizando levantamento nos EUA sobre unidades psiquiátricas para crianças e adolescentes, sem considerar o tipo de programa de atendimento desenvolvido, identifica a existência de 32 unidades e cita que outras 7 unidades estariam em planejamento.

King et al. (1995), em estudo sobre o contágio de suicídio entre adolescentes internados, chegam à conclusão de que a hospitalização foi efetiva para aliviar a intenção e o comportamento suicida, sendo indicada como forma efetiva de intervenção de crise.

Bickman, Foster & Lambert (1996), estudando a necessidade da hospitalização de crianças e adolescentes em uma comunidade onde eram oferecidos serviços intermediários (assistência no lar,

tratamento em grupo após a escola, hospital-dia, oficinas terapêuticas e equipe 24 horas para manejo de crise), concluem que a disponibilização de serviços intermediários reduz a necessidade de hospitalização, com os psiquiatras utilizando estes serviços quando a alternativa à hospitalização existe.

Jensen, Hoagwood & Petti (1996), em levantamento de publicações sobre o resultado de atendimentos a crianças e adolescentes, verificaram que as intervenções comportamentais (individuais ou de família) foram efetivas para distúrbio de conduta e seu resultado mantido em reavaliação após um ano. Também encontram que os serviços intermediários foram efetivos para reduzir a necessidade de hospitalização.

Strauss, Chassin & Lock (1995) realizaram levantamento, entre psiquiatras, sobre a necessidade ou não de internamento para adolescentes com quadros de distúrbio de conduta e ou abuso de drogas. Como resultado, constataram o consenso, entre a maioria dos psiquiatras pesquisados, de que, embora a hospitalização não seja “curativa” para estes quadros, poderia ser utilizada como forma de estabilizar ou proteger o paciente (ou os outros) e para preservar a possibilidade de tratamento.

Chesson (1996) relata que embora após terem passado cerca de 50 anos do surgimento das primeiras unidades para tratamento de crianças e adolescentes no Reino Unido, ainda há pouca investigação sobre a extensão e a natureza do resultado terapêutico que produzem. Isto é complementado por Brown (1996), o qual relata que, à época da publicação, não havia nenhuma listagem centralizada sobre serviços para infância e adolescência na Inglaterra e Escócia.

Através do exposto, percebe-se um paralelo nas dificuldades, quanto às indicações de tratamento e o resultado obtido, no Brasil e em outros países. A diferença maior talvez venha a constituir-se, no Brasil, devido à falta de serviços especializados para o atendimento de crianças e adolescentes, além de menor número de profissionais com formação especializada para a área.

## - DEMANDA DE ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO PARA ADOLESCENTES

Realizando levantamento de publicações mundiais, a partir de 1950, Roberts, Attkinsson & Rosebaltt (1998) verificaram uma prevalência em nível mundial de patologias em adolescentes, variando de 16,5% a 21,9%. Como dados para complementar a discussão, foram encontradas na literatura as seguintes referências sobre a prevalência de quadros psicopatológicos na adolescência: a) abuso de substâncias: prevalência de 27,1% (Myers & Brown, 1998), b) distúrbios de conduta: prevalência de 6% a 16% em rapazes e 2% a 9% em moças (Lewis, 1997), c) distúrbios do humor: prevalência de 1,2% (Fu I, 1997), d) esquizofrenia: na falta de estudos específicos para a adolescência, Campbell et al., 1997; utilizam a prevalência apontada para casos em adultos que varia de 0,6 a 7,1 por 1000 e e) retardo mental: prevalência de 1% na população geral (Szymanski & Kaplan, 1997). Estes dados foram validados também para o Brasil por Lauridsen (1998), através de levantamento dos estudos brasileiros realizados nesta área. Considerando a prevalência de 16,5% a 21,9% e levando em conta a população de jovens entre 12 e 19 anos, em Curitiba, estimada em 235.685 pela contagem populacional de 1996 (IBGE, IPARDES); e havendo ainda uma projeção de crescimento anual, em média, de 3,5% até o ano 2000, o número de adolescentes que podem vir a necessitar de atendimento psiquiátrico poderia estar entre 44.624 a 59.228 neste ano. Estamos preparados para dar cobertura a esta demanda?

## - DIREITOS DOS ADOLESCENTES QUANTO ÀS PRÁTICAS E POLÍTICAS DE SAÚDE.

Avaliar o que vem sendo tentado através da Justiça e das políticas de saúde parece uma perspectiva da qual não se pode fugir.

## O ADOLESCENTE NO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei no. 8069, de 13 de julho de 1990), tenta dar uma abordagem bastante ampla sobre os direitos desta camada da população, definindo adolescente como sendo “pessoa entre 12 e 18 anos de idade”.

Sobre o direito à saúde e sobre as entidades de atendimento a adolescentes, delibera da seguinte forma: 1) Em seu capítulo I, Art. 7º, refere terem, as crianças e adolescentes, direito à proteção, à vida e à saúde, cabendo ao estado, a efetivação de políticas sociais que permitam o desenvolvimento sadio e condições dignas de existência. 2) No capítulo II, que trata das entidades de atendimento, Art. 90, fala que estas entidades são responsáveis pelo planejamento e execução de programas de proteção e sócio-educativos destinados a crianças e adolescentes. O mesmo capítulo, no Art. 94, trata das entidades que desenvolvem programas de internação e refere, dentre outras, como obrigação destas instituições, oferecerem atendimento personalizado, manutenção dos vínculos familiares, propiciarem escolarização e profissionalização e manterem programas destinados ao apoio dos egressos. Caso estas determinações não sejam cumpridas, prevê, no Art. 97, desde a advertência até a interdição da unidade. 3) O Art. 112, no Parágrafo 3º, diz que os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições. 4) O Art. 129 traz, como medidas aplicáveis aos pais e responsáveis, tanto seu encaminhamento para tratamento psicológico e psiquiátrico, quanto a obrigação de encaminharem a criança ou o adolescente a tratamento especializado. 5) O Art. 150 refere que o Poder Judiciário deverá manter equipe interprofissional, para assessorar a Justiça da Infância e Juventude.

## PROGRAMA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE

Entre as políticas para o setor público, a partir de 1989, o Ministério da Saúde passou a tentar implementar o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), justificando-o pela importância que, para esse Ministério, “este grupo demográfico vai assumindo na população do país, representando 21,84% da população, segundo dados do Censo Demográfico de 1991”(PROSAD, 1996). O PROSAD tem “a finalidade de promover, integrar, apoiar, e incentivar práticas de atendimento a esta população, seja em estados, municípios, universidades, órgãos não governamentais e outras instituições”(PROSAD, 1996, 2ª edição, pg. 6). Nesse programa, ressalta-se também a importância do trabalho de equipes multidisciplinares no processo de integração das instituições com a comunidade. Referenda a falta de registros estatísticos sobre morbidade neste grupo etário e alerta para o fato dos atendimentos, a adolescentes em unidades de saúde, serem na sua maioria devido a queixas mal definidas, que englobam com frequência problemas psicossociais.

Como ações básicas, propõe a promoção de saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce de agravos, tratamento adequado e reabilitação. Como áreas prioritárias, estariam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a sexualidade, a saúde bucal, a saúde mental, a saúde reprodutiva, a saúde escolar, a prevenção de acidentes, a abordagem da violência e maus tratos, a família, o trabalho, cultura, esporte e lazer.

Quanto à saúde mental, alerta para a necessidade de capacitação das equipes de saúde no conhecimento dos aspectos do desenvolvimento normal e patológico, identificando, assim, o adolescente de alto risco e podendo tomar medidas de prevenção e tratamento das psicopatologias.

Em 1993, o Ministério da Saúde publica as Normas de Atenção à Saúde do Adolescente, como forma de tentar normatizar a implantação do PROSAD. No capítulo “Diretrizes Gerais para Atendimento a Adolescentes” (PROSAD, 1993, pg. 9 e 10), encontramos, entre outros, os seguintes critérios básicos: 1) A diretriz básica do PROSAD é a atenção integral à saúde do

adolescente, para isto utilizando abordagem multiprofissional. 2) Quando da não solução do problema do adolescente em nível primário, ocorrerá seu encaminhamento para serviços de maior complexidade. Estes serviços deverão estar articulados entre si e dispor de recursos humanos e materiais adequados. 3) Sensibilização e/ou capacitação dos profissionais de saúde, com formação de equipes multiprofissionais, cujo objetivo é a atenção integral ao adolescente. 4) Incentivo à pesquisa clínica, visando melhor conhecimento da realidade biopsicossocial do adolescente. 5) A partir dos dados levantados pelos serviços, formular-se-á uma política nacional em sintonia com as reais necessidades dessa população.

As normas chegam a minúcias, trazendo, inclusive, uma listagem dos recursos materiais a serem disponibilizados e faz a seguinte recomendação, com relação à área: “Sala de espera facilmente identificável, preparada especificamente para esta faixa etária” (PROSAD, 1993, Vol. I, pg. 10).

Com relação aos recursos humanos, recomenda o uso de equipe multiprofissional, de maneira a haver abordagem de seus múltiplos aspectos biológicos, emocionais e sócio-econômicos.

Há também a recomendação para que os atendimentos sejam individuais (consulta), com período de tempo suficiente, “devido às características próprias do grupo de adolescentes, que demanda maior espaço de tempo para um contato produtivo no atendimento individual” (PROSAD, Vol. I, pg. 12). Também sugere a realização de grupos informativos e preventivos com os adolescentes, com suas famílias e outros elementos da comunidade.

A porta de entrada para o sistema de atendimento dar-se-ia pelo sistema de saúde (nível primário), devendo o adolescente ser encaminhado, então, para o PROSAD, onde será avaliado por profissional treinado para tal.

Com o exposto, percebe-se a preocupação, tanto do Ministério Público quanto do Ministério da Saúde, em diferenciar crianças e adolescentes do restante da população e oferecer-lhes atendimento diferenciado. As dificuldades apareceriam ao tentar-se implementar estas diretrizes, como decorrência da carência de recursos disponíveis para atendimento à população de maneira

geral e, ainda mais, para atendimento a um grupo específico, dentro desta população; o auto custo representado pela manutenção de serviços especializados, dando-se preferência, na rede pública, ao atendimento médico em áreas básicas, como: clínica geral, pediatria e gineco-obstetrícia; falta de profissionais com treinamento adequado e dificuldades na implementação do próprio estatuto da criança e do adolescente.

## **OBJETIVO DA PESQUISA**

O panorama exposto, quanto à demanda de serviços psiquiátricos específicos para a infância e adolescência, assim como quanto aos direitos desta parcela da população em receberem atendimento apropriado, leva a questionamentos relativos à disponibilidade de serviços especializados, seja em ambulatórios ou em internamento. Assim, realizar um levantamento de dados sobre a oferta de tratamento psiquiátrico para adolescentes com quadros psicopatológicos, no município de Curitiba, será o objetivo geral desta pesquisa. Constituem objetivos específicos do estudo, as questões abaixo:

- 1) Qual o número de instituições, com atendimento psiquiátrico e multiprofissional, que prestam atendimento a adolescentes e quantos serviços especializados estão disponíveis para esta população?
- 2) Estes serviços pertencem ao setor público ou são privados. Sua manutenção, mesmo que de forma parcial, utiliza verbas públicas?
- 3) Na composição das equipes de atendimento, qual o número e a diversidade dos profissionais envolvidos e sua especialização para realizar atendimentos a esta faixa etária?
- 4) Que sugestões, os serviços poderiam dar para melhorar o atendimento a esta população.

- 5) Há troca de informações entre os serviços envolvidos no atendimento aos adolescentes disponíveis no município?

## CAPÍTULO III

### MÉTODO

Para iniciar a pesquisa, foram contatados os Distritos Sanitários do Município de Curitiba, as Secretarias Estaduais de Saúde e Educação, Secretaria Municipal de Saúde e Educação, os Conselhos Regionais de Medicina e Psicologia (CRM e CRP) e realizada pesquisa direta em lista telefônica. Com isto, visou-se obter uma listagem de clínicas psiquiátricas, ambulatórios, hospitais psiquiátricos, núcleos de atenção psicossocial (Naps) e escolas especiais existentes no Município de Curitiba.

Como elemento necessário para a inclusão do serviço na pesquisa, foram estabelecidos os seguintes critérios: 1) Programa de atendimento contando com equipe multidisciplinar. 2) Presença de psiquiatra no corpo clínico. 3) Situar-se no município de Curitiba, sendo excluídos os serviços situados nos demais municípios da Região Metropolitana.

**Instrumentos:** a) Questionário estruturado em questões abertas e fechadas (Anexo I – Levantamento sobre o atendimento a adolescentes com quadros psicopatológicos no município de Curitiba). A escolha de questionário, para a coleta de dados, deveu-se ao fato de constituir um instrumento que possibilita o levantamento dos dados necessários para responder as questões anteriormente propostas e, também, pela praticidade em sua aplicação (a qual foi realizada pelo autor). Consta de seis questões abertas e seis questões fechadas, totalizando 12 questões. Permite colher informações sobre: vinculação da instituição a órgão público, quadros atendidos pelo serviço, tipo de atendimento oferecido e periodicidade, se há (ou não) oferta de tratamento especializado no atendimento de adolescentes, composição da equipe de atendimento e sua qualificação, dificuldades

vividas nos atendimentos, vinculação com outras instituições e sugestões para a melhoria dos atendimentos. O instrumento mostrou-se adequado ao objetivo da pesquisa, após realização de pré-testagem, junto a profissionais (psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais) envolvidos em atendimento, em nível hospitalar e ambulatorial, a adolescentes.

b) Ficha Roteiro de Levantamento de Dados (Anexo II). Permite colher dados sobre: idade, diagnóstico, tipo de atendimento realizado e duração do tratamento. A ficha roteiro, além da padronização das informações coletadas nos diversos serviços, centraliza o levantamento nas informações que o pesquisador considera relevantes para a presente pesquisa. Foi preenchida uma ficha individual, para cada prontuário pesquisado, sendo seu preenchimento realizado pelo autor.

Os instrumentos foram elaborados com base na experiência do autor, no atendimento hospitalar a adolescentes e com base no levantamento da literatura enfocando temas da adolescência.

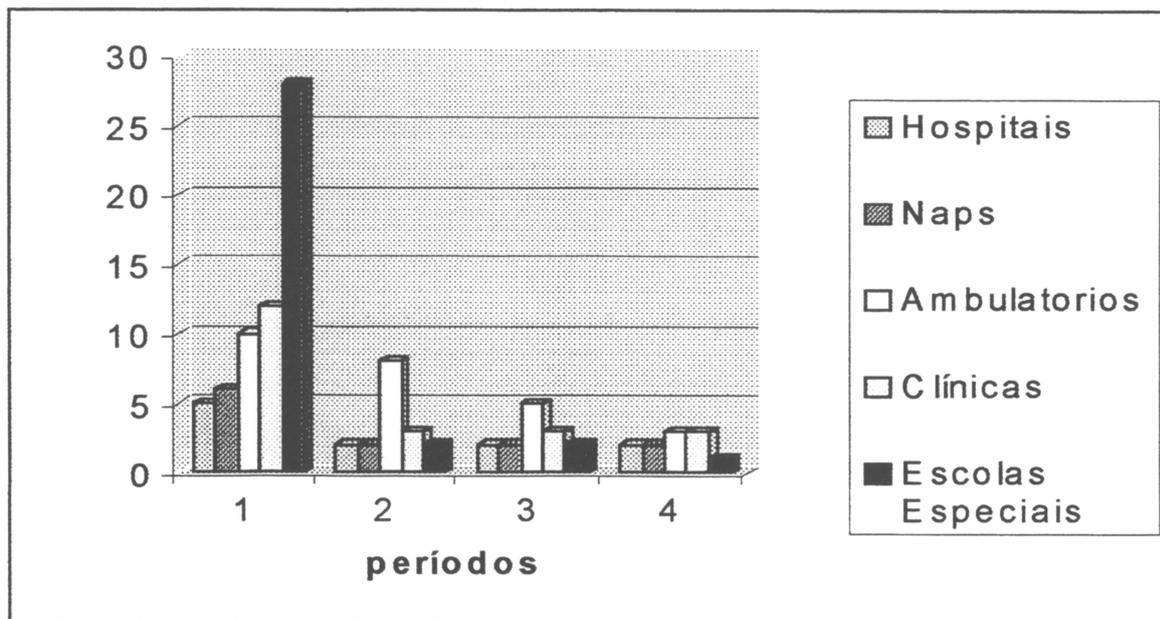
Procedimento: os serviços foram contatados, via telefone, visando delimitar quais prestam atendimento psiquiátrico a pacientes adolescentes (faixa etária entre 12 e 18 anos). Os serviços que no contato telefônico respondiam não prestar atendimento a adolescentes, foram excluídos da pesquisa. Os serviços que referiam prestar atendimento psiquiátrico a adolescentes foram visitados pelo pesquisador, o qual aplicou o questionário (anexo I) aos coordenadores desse trabalho. No caso da instituição prestar atendimento a adolescentes, mas não contar com unidade de atendimento específica para adolescentes, o questionário foi aplicado ao responsável técnico da instituição.

A segunda etapa da coleta de dados teve como meta obter uma amostra de 30 dias, relativa ao fluxo de adolescentes no serviço. 1) Foi construído o instrumento ficha roteiro de levantamento de dados (anexo II). 2) Feito pedido de acesso aos prontuários, em nome da pós-graduação da Universidade Federal do Paraná, conforme carta de apresentação fornecida pela instituição (anexo III). 3) Após solicitação de acesso ao arquivo de prontuários, o pesquisador levantou os prontuários dos atendimentos, realizados a adolescentes, nos 30 dias anteriores à data da aplicação do

questionário, transcrevendo os dados obtidos para a ficha roteiro de levantamento de dados (anexo II).

Participantes: O município de Curitiba conta com: 5 hospitais psiquiátricos, 6 Naps, 10 ambulatórios, 12 clínicas com proposta de atendimento multiprofissional e 28 escolas especiais (Fontes: Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e de Educação, Distritos Sanitários de Curitiba, CRM e CRP) . Fez-se contato telefônico com as instituições listadas, visando obter-se dados relativos ao atendimento, ou não, a pacientes adolescentes e o tipo de atendimento ofertado. Obteve-se, referindo atendimento a adolescentes e com proposta de trabalho multiprofissional e presença de psiquiatra no corpo clínico, a listagem de: 2 hospitais psiquiátricos, 2 Naps, 8 ambulatórios, 3 clínicas e 2 escolas especiais. Partiu-se, então, para o contato com os coordenadores destas instituições, explicando o objetivo da pesquisa e solicitando-se horário para aplicação do questionário e entrega da carta de apresentação, solicitando acesso aos prontuários. Foi possível a aplicação do questionário em: 2 hospitais psiquiátricos, 2 Naps, 5 ambulatórios, 3 clínicas e 2 escolas especiais. Em 3 ambulatórios, apesar das várias tentativas feitas, não houve retorno aos pedidos de entrevista.

A segunda etapa da pesquisa, que constou de levantamento de prontuários, ocorreu em: 2 hospitais psiquiátricos, 2 Naps, 3 ambulatórios, 3 clínicas e 1 escola especial. Dos serviços pesquisados, em 2 ambulatórios não foi possível o levantamento de prontuários (1 serviço não forneceu autorização para o levantamento e 1 serviço não mantinha prontuários dos pacientes). Em uma clínica não houve autorização para o levantamento, embora tenham sido fornecidos, pelo serviço, dados sobre o número de adolescentes internados nos 30 dias anteriores e seu diagnóstico, mas, por não preencher o critério previamente estabelecido para a pesquisa (levantamento direto de prontuários), os dados oferecidos não foram computados. Em 1 escola especial não havia a elaboração de prontuários.



**FIGURA 1 – PANORAMA DOS SERVIÇOS CONTATADOS PARA DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO A SER PESQUISADA.**

- 1- Listagem Inicial
- 2- Listagem das Instituições que Relatam Atendimento a Adolescentes.
- 3- Listagem das Instituições aonde foi Possível a Aplicação dos Questionários.
- 4- Listagem das Instituições aonde foi Possível Levantamento de Prontuários.

### LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Para a realização do presente estudo foram encontradas três classes de limitações: 1) decorrentes da temática do estudo, 2) associadas aos instrumentos selecionados para a pesquisa e 3) de operacionalização da coleta de dados. Cada uma das limitações será melhor descrita e exemplificada a seguir.

1) Limitações decorrentes da temática do estudo:

- a) As características escolhidas para a população a ser pesquisada, ou seja, atendimento por equipe multidisciplinar da qual faça parte pelo menos um psiquiatra, excluiu alguns serviços que prestam atendimento a adolescentes, mas que não preenchem as características propostas. Considerou-se porém, estarem as características de atendimento exigidas para inclusão na pesquisa, de acordo com as recomendações encontradas na literatura, sobre como seria o desejável ao se constituir equipes para o atendimento a adolescentes.
- b) A centralização da pesquisa dentro do município de Curitiba exclui trabalhos existentes na região metropolitana. A delimitação do raio geográfico da pesquisa ao município de Curitiba, se deve ao fato de ser esta cidade referência para encaminhamentos de pacientes de várias regiões do estado, levando a que, além de dar cobertura ao atendimento de sua população, atenda ainda a pacientes de outras cidades. Por outro lado, o limite geográfico da pesquisa, impediu a inclusão de serviços existentes em regiões vizinhas a Curitiba; mas sabe-se que qualquer delimitação, acaba por impor exclusões.
- c) Na pesquisa por telefone pode ocorrer a referência de não atendimento a adolescentes, quando isto em alguns casos ocorre na prática. Alguns serviços tentam evitar a procura de atendimento por esta população, mas acabam realizando o atendimento quando procurados de forma direta. Constata-se, no entanto, que se trata de uma pequena parcela dos serviços existentes, e que, quando recebe um adolescente por procura direta, tenta na medida do possível, prestar atendimento na emergência e fazer encaminhamento posterior a serviços que atendam a esta faixa etária.
- d) Na aplicação dos questionários, 3 serviços não receberam o pesquisador, apesar da insistência, tendo sido realizadas pelo menos 3 tentativas distintas de contato em cada um dos serviços. Os dados de atendimento destes locais não puderam, portanto, ser coletados. É importante notar que no universo da pesquisa, isto representa 3 perdas em 14 serviços listados; sendo que destes

3 serviços, apenas um realiza atendimentos em volume mais significativo, embora não maior do que outros serviços pesquisados.

2) Limitações associadas ao instrumento definido para a coleta de dados:

- a) A opção em aplicar o questionário aos coordenadores dos serviços, quando estes não realizavam diretamente os atendimentos, ou quando não havia atendimento especializado para adolescentes, pode ter trazido algumas dificuldades nas respostas. Embora, estes coordenadores estivessem em condições de dar um panorama geral do atendimento ofertado e apresentarem-se disponíveis, tentando ofertar as respostas da maneira mais completa possível, nem sempre tinham todas as informações solicitadas.
- b) No levantamento de dados dos prontuários, houve dificuldades quanto à permissão para acesso aos mesmos, existência de serviços que não elaboram prontuários ou, quando os elaboram, a ocorrência de dados incompletos, dificultando a pesquisa. Como paradoxo, esta dificuldade acabou por servir como dado valioso a ser discutido.
- c) O levantamento de prontuários não foi realizado no mesmo período de tempo em todas as instituições. Isto limitará sua validade para uso como dado concreto relativo aos atendimentos, porém fornecerá um panorama geral do funcionamento dos serviços pesquisados quanto à distribuição dos quadros psicopatológicos atendidos.

3) Limitação na operacionalização da coleta de dados:

É possível que hajam serviços que prestam atendimento a adolescentes, que não estejam relacionados junto às fontes de levantamento das referências. Acredita-se, no entanto, que os serviços que representam referência para os encaminhamentos e, com isto, recebem o maior volume de pacientes, sejam aqueles listados pelas instituições nas quais foram levantados os dados da pesquisa.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento de serviços que procuram dar atendimento aos adolescentes no município de Curitiba, apontou dois hospitais prestando atendimento a adolescentes, com um deles referindo serviço especializado para adolescentes (embora limitado a quadros ligados a abuso de substâncias). Dois Naps atendem adolescentes; com um deles tendo se especializado em quadros ligados a abuso de substâncias. Cinco ambulatórios atendem adolescentes, sendo apenas dois com serviço especializado. Três clínicas referem atender adolescentes, porém nenhuma possui atendimento especializado.

As escolas especiais constituem quadro à parte, uma vez que, nelas o atendimento já é voltado, de forma mais específica, para crianças e adolescentes. Embora tenham sido obtidas 28 referências de escolas especiais no município, apenas duas referiram atendimento com psiquiatra na escola. Outras três escolas referiram acompanhamento com neurologista, na escola. As demais informaram encaminhar os casos que necessitam atendimento psiquiátrico para um dos ambulatórios existentes.

Resta a dúvida se estes serviços são suficientes para dar cobertura à demanda de atendimento, os quais podem chegar, como já exposto, por ano, no município, a cerca de 70.000 casos, se levarmos em consideração os dados sobre a prevalência global de psicopatologias (Roberts, Attkinson & Roseblatt, 1998) e as projeções do IBGE (a partir dos dados da contagem populacional de 1996).

Com o intuito de aprofundar a apresentação dos resultados e sua discussão, se passará a seguir, a apresentação dos dados obtidos através da aplicação dos questionários e do levantamento de prontuários.

## 1. RELATIVOS AO CONTEÚDO DOS QUESTIONÁRIOS

### 1.1 – Vinculação das Instituições com Órgãos Públicos.

Com a intenção de avaliar a fonte de receita para a manutenção das instituições que prestam atendimento a adolescentes, foi formulada no questionário uma pergunta sobre a vinculação da instituição com algum órgão público. “Vinculação a órgão público” foi definido como: ser totalmente gerenciada e mantida por uma instância governamental, seja federal, municipal ou estadual. O resultado é apresentado na tabela 1.

**TABELA 1 – VINCULAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS COM OS ÓRGÃOS PÚBLICOS**

<b>VÍNCULO A ÓRGÃO PÚBLICO</b>	<b>HOSPITAIS</b>	<b>NAPS</b>	<b>AMBULATÓRIOS</b>	<b>CLÍNICAS</b>	<b>ESCOLAS ESPECIAIS</b>	<b>TOTAL</b>
<b>COM VÍNCULO</b>	—	1	1	—	—	2
<b>SEM VÍNCULO</b>	2	1	4	3	2	12

Pelos resultados apresentados, é possível perceber uma presença maior do setor privado na gerência das instituições pesquisadas, estando o setor público ausente no caso de hospitais, clínicas e escolas especiais. Das 14 instituições pesquisadas, apenas 2 referiram vinculação com órgãos públicos. Embora a ausência dos setor público em setores como a manutenção de hospitais

psiquiátricos esteja de acordo com a atual política de desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, a fraca presença na manutenção de serviços extra-hospitalares (naps, hospital-dia, ambulatórios, etc.) acaba vindo contra esta mesma política.

A considerar ainda que, entre as instituições pesquisadas, 2 hospitais, 1 naps e 1 ambulatório prestam atendimento através do Sistema Único de Saúde (SUS) e, portanto, recebem aporte de verbas do setor público, na forma de pagamento das diárias de internação. Já as clínicas pesquisadas, por receberem somente pacientes particulares ou de convênios diferenciados (ex.: Unimed), não recebem recursos do setor público.

Quanto às escolas especiais, uma das escolas pesquisadas é gerenciada e mantida totalmente em caráter particular. A outra escola pesquisada, por tratar-se de APAE, é gerenciada através de um conselho privado, porém sua manutenção se dá através do recebimento de recursos públicos.

Os dados levantados são compatíveis com a análise de Nick & Oliveira (1998) das políticas de saúde, mostrando que em Curitiba, na população pesquisada, o sistema de saúde se encontra no ano 2001, mais próximo das políticas de saúde da década de 70, do que para as políticas da década de 80, apesar de passados 20 anos da proposta neoliberal.

## 1.2 – Características e Formação dos Profissionais.

Com o objetivo de se levantar a composição das equipes de atendimento a adolescentes, nas instituições pesquisadas, no questionário foi colocado quadro com as categorias profissionais mais freqüentemente envolvidas nos atendimentos, solicitando-se ao coordenador do serviço para colocar o número total de profissionais de cada categoria, que atendem na instituição. No mesmo quadro havia espaço para especificar quantos destes profissionais possuíam algum tipo de formação para o atendimento de adolescentes. Os resultados são apresentados na tabela 2.

**TABELA 2 – PROFISSIONAIS DISPONÍVEIS PARA ATENDIMENTO A ADOLESCENTES NAS 14 INSTITUIÇÕES PESQUISADAS**

<b>PROFISSIONAIS</b>	<b>COM FORMAÇÃO GERAL</b>	<b>COM FORMAÇÃO EM INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA</b>
<b>PSIQUIATRAS</b>	<b>32</b>	<b>4</b>
<b>PSICÓLOGOS</b>	<b>37</b>	<b>9</b>
<b>TERAPÊUTAS OCUPACIONAIS</b>	<b>9</b>	<b>1</b>
<b>ASSISTENTES SOCIAIS</b>	<b>10</b>	<b>2</b>
<b>ENFERMEIROS</b>	<b>25</b>	<b>1</b>
<b>OUTROS *</b>	<b>13</b>	<b>7</b>
<b>TOTAL</b>	<b>126</b>	<b>24</b>

\*Sociólogas, Musicoterapeutas, Consultor ou Agente em Alcoolismo, Fisioterapeutas, Médico Clínico, Ambientoterapeuta, Educação Física, Fonoaudióloga e Pedagogas.

Após a aplicação dos questionários, surgiu a necessidade de especificar-se melhor o que foi referido, pelos coordenadores de serviço, como sendo formação para o atendimento de adolescentes. Foi então realizado contato telefônico com os serviços pesquisados, procurando se obter estes dados. As respostas são apresentadas na tabela 3. Não foi possível apurar a natureza da formação em cinco profissionais citados como tendo formação para atendimento de crianças e adolescentes, pois os serviços a que eles estão vinculados não deram retorno à solicitação do pesquisador.

**TABELA 3 – ESPECIFICAÇÃO DO TIPO DE FORMAÇÃO, EM INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA, DOS PROFISSIONAIS DISPONÍVEIS PARA ATENDIMENTO A ADOLESCENTES NAS 14 INSTITUIÇÕES PESQUISADAS**

<b>PROFISSIONAIS</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>FORMAÇÃO REFERIDA</b>
<b>PSIQUIATRAS</b>	<b>2</b>	- <b>PSICODRAMA INFANTIL</b>
<b>PSICÓLOGOS</b>	<b>9</b>	- <b>PSICODRAMA INFANTIL</b> - <b>ESPECIALIZAÇÃO EM LUDOTERAPIA</b> - <b>ESPECIALIZAÇÃO EM INFÂNCIA E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA</b> - <b>PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL E PSICOLOGIA CLÍNICA</b> - <b>PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICANÁLISE</b> - <b>PÓS-GRADUAÇÃO EM ADOLESCÊNCIA</b>
<b>TERAPEUTAS OCUPACIONAIS</b>	<b>1</b>	- <b>ESPECIALIZAÇÃO EM INFÂNCIA E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA</b>
<b>ASSISTENTES SOCIAIS</b>	<b>2</b>	- <b>PSICODRAMA INFANTIL</b>
<b>ENFERMEIROS</b>	<b>1</b>	- <b>ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA</b>
<b>PEDAGOGAS</b>	<b>3</b>	- <b>PSICODRAMA INFANTIL</b> - <b>PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOPEDAGOGIA</b>
<b>SOCIÓLOGAS</b>	<b>1</b>	- <b>ESPECIALIZAÇÃO EM CRIANÇA E ADOLESCÊNCIA DE RISCO</b>

Dos dados apresentados, percebe-se a pouca especificidade da formação dos profissionais para o atendimento de adolescentes. O que aparece é um amplo leque de pós-graduações e de especializações referidas como sendo para atendimento de adolescentes, sem de fato o serem. Evidencia-se, pelos dados obtidos, que apenas cerca de um quarto do número global de profissionais disponíveis para atendimento de adolescentes, nos serviços pesquisados, são referidos como tendo alguma formação nesta área. Entre os psiquiatras esta proporção cai para um profissional (com formação referida), para cada oito disponíveis para os atendimentos.

Ao se aprofundar o questionamento quanto ao que era referido como sendo “formação para atendimento a adolescentes”, encontraram-se várias referências, que constituem-se mais em pós-graduações em áreas gerais ou afins, do que propriamente se constituindo em formação específica na área. Dentro da psiquiatria, dos quatro profissionais referidos como tendo formação na área, pode-se apurar apenas a formação de dois profissionais, não havendo dados a respeito da formação dos outros dois profissionais. Isto se coaduna com a falta de serviços de formação psiquiátrica nesta área, havendo assim uma maioria de psiquiatras com formação geral, que, em função das condições e do local de trabalho, acabam por atender os adolescentes.

Ao pesquisar-se trabalhos sobre a formação de psiquiatras, para atendimento a adolescentes no Brasil, não foram localizadas referências bibliográficas. Os dados apurados, em contatos pessoais, apontam para 6 serviços ligados a universidades, que oferecem formação em psiquiatria da infância e adolescência. Estes serviços, localizados em Porto Alegre, São Paulo, Campinas, Ribeirão Preto, Rio de Janeiro e Belo Horizonte; formam, em conjunto, 14 profissionais ao ano. Como característica comum a todos, a formação em psiquiatria da infância e adolescência constitui-se em um terceiro ano de residência em psiquiatria, sendo exigidos 2 anos de formação em psiquiatria geral como pré-requisito. Em Curitiba, as únicas referências de formação para infância e adolescência constituem-se em pós-graduação *lato sensu*, existente na PUC-Pr.; e mestrado, existente no setor de Psicologia da UFPR. Estas não se constituem em formações para atendimento clínico, mas em visão geral (a primeira) e formação para pesquisa (a segunda). Dentro da psiquiatria, no ano de 2001, vê-se surgir, em Curitiba, as duas primeiras residências médicas em psiquiatria geral, ligadas às universidades (PUC-Pr. e Faculdade Evangélica de Medicina). Com isto se constata que, mesmo que exista a idéia da necessidade de buscar a formação de profissionais e equipes com especialização em adolescência, os interessados terão dificuldades para encontrar cursos de formação.

Diante deste quadro de escassez em serviços de formação de psiquiatras que pretendam atuar junto a adolescentes, encontra-se ainda a criação em 1998, pela Associação Brasileira de Psiquiatria, de uma prova de titulação para especialista em psiquiatria da infância e adolescência. São pré-requisitos exigidos para a prestação desta prova: ser titulado em psiquiatria geral e comprovar 5 anos de prática clínica com crianças e adolescentes. A ressalva é a de que se trata apenas de prova de titulação, e não em instância preparatória para a atividade. Ao contrário, ela supõe que o candidato ao título se preparou na prática.

Estes dados contrastam com a preocupação demonstrada por Varley, Calderon, Vincent & Hacker (1996) sobre a necessidade de triplicar o número de psiquiatras da infância e adolescência, nos EUA, a fim de dar uma adequada cobertura à necessidade de atendimento naquele país.

### 1.3 – Levantamento dos Quadros Atendidos Pelos Serviços.

De acordo com as respostas aos questionários realizados com os coordenadores de serviços, foi possível levantar os quadros que costumam ser atendidos em cada serviço. A definição dos quadros está apoiada na Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição (CID-10). A tabela 4 ilustra o tipo de serviço e as categorias diagnósticas citadas pelos entrevistados como sendo atendidas. Há referência, em alguns serviços, de atendimento a mais do que um critério diagnóstico. Assim, a tabela 4 apresenta um número de referências superior ao número de instituições cujos responsáveis responderam aos questionários da presente pesquisa.

**TABELA 4 – RELAÇÃO ENTRE AS CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DA CID-10 E AS REFERÊNCIAS DE ATENDIMENTO PELOS SERVIÇOS PESQUISADOS**

CID-10	HOSPITAIS	AMBULATÓ- RIOS	CLÍNICAS	ESCOLAS ESPECIAIS	TOTAL
	REFERÊNCIAS				
TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DEVIDOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (F10-F19)	2	4	3	—	9
ESQUIZOFRENIA, TRANSTOR - NOS ESQUIZOTÍPICOS E DELIRANTES (F20-F29)	2	2	1	1	6
TRANSTORNOS EMOCIONAIS E DE COMPORTAMENTO COM INÍCIO HABITUALMENTE OCORRENDO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (F90-F98)	—	3	1	1	5
TRANSTORNOS DO HUMOR (F30-F39)	—	2	1	1	4
TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE E DE COMPORTAMENTO EM ADULTOS (F60-F69)	1	1	1	—	3

CID-10	HOSPITAIS	AMBULATÓ- RIOS	CLÍNICAS	ESCOLAS ESPECIAIS	TOTAL
	<b>REFERÊNCIAS</b>				
<b>TRANSTORNOS MENTAIS ORGÂNICOS (F00-F09)</b>	—	1	—	1	2
<b>TRANSTORNOS NEURÓTICOS, RELACIONADOS AO STRESS OU SOMATOFORMES (F40-F48)</b>					
<b>TRANSTORNOS DO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO (F80-F89)</b>	—	1	—	1	2
<b>SÍNDROMES COMPORTAMENTAIS ASSOCIADAS A DISTÚRBIOS FISIOLÓGICOS E A FATORES DE RISCO (F50-F59)</b>	—	—	—	1	1
<b>RETARDO MENTAL (F70-F79)</b>	—	—	—	1	1

Os dados levantados nos questionários, levam à constatação de que o atendimento a transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas (F10-F19) é o mais referido (nove citações), vindo na seqüência, os quadros de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29), com seis citações. Um dado importante, evidenciado no agrupamento das respostas ao questionário, se refere à ausência de citação de atendimento a quadros afetivos nos hospitais e quadros de retardo mental nos ambulatórios. Este último é digno de nota também nas escolas especiais. Apenas uma das duas escolas especiais pesquisadas refere atendimento a estes quadros. Na outra escola, considerando que o retardo mental, com alguma freqüência, vem acompanhado de outros comprometimentos, os diagnósticos poderiam estar utilizando outras categorias na CID – 10. Outra possibilidade a ser considerada, é que a política da inclusão, no ensino, pode estar contribuindo para a tentativa de se inserir e integrar indivíduos, com algum déficit, em classes regulares. Neste contexto de inserção em classes regulares, um diagnóstico de retardo mental poderia não ser bem recebido.

Os dados até aqui descritos, conforme já citado, foram fornecidos pelos coordenadores dos serviços, os quais, em alguns casos, não estão diretamente envolvidos nos atendimentos. Um panorama mais completo dos diagnósticos nas instituições poderá ser alcançado na 2ª etapa do presente estudo, na qual serão apresentados os dados do levantamento de prontuários.

Vemos assim que os dados levantados nos questionários, se coadunam com as prevalências apontadas na literatura (Myers & Brown, 1998; Lewis, 1997; Fu I, 1997 e Campbell et al., 1997), com exceção dos quadros esquizofrênicos os quais deveriam apresentar uma menor prevalência. Isto pode apontar para um “vício” em diagnosticar estes quadros, ou para a dificuldade em reconhecer outros quadros, assim como suas comorbidades, utilizando-se esta categoria como opção mais simples.

#### 1.4 – Atendimento Especializado para Adolescentes.

Um dos pontos que o presente estudo buscou levantar refere-se à disponibilização, nas diferentes instituições pesquisadas, de atendimento específico para adolescentes. Os resultados do levantamento estão sintetizados na tabela 5.

**TABELA 5 – ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO ESPECÍFICO E NÃO ESPECÍFICO, PARA ADOLESCENTES, OFERTADO NOS DIFERENTES SERVIÇOS**

<b>SERVIÇOS</b>	<b>ATENDIMENTO ESPECÍFICO</b>	<b>ATENDIMENTO NÃO ESPECÍFICO</b>
<b>HOSPITAIS</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>AMBULATORIOS</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
<b>CLÍNICAS</b>	<b>—</b>	<b>3</b>
<b>ESCOLAS ESPECIAIS</b>	<b>2</b>	<b>—</b>

De acordo com os dados obtidos nos questionários, o hospital que oferece atendimento específico para adolescentes, o faz em unidade separada e dirige seu atendimento a quadros de

dependência de substâncias psicoativas. Três dos cinco ambulatórios pesquisados relatam dispor de atendimento específico para adolescentes, por considerarem que nesta fase do desenvolvimento ocorram necessidades próprias, que são melhor abordadas desta forma. Embora sem ofertar tratamento específico, uma das clínicas manifestou desenvolver atendimento diferenciado para adolescentes, por considerar as necessidades de cada paciente. Uma das duas escolas especiais cita que o comportamento do adolescente pode apresentar maior comprometimento e requerer acompanhamento mais intensivo.

Estes dados estão em concordância com as indicações da literatura (Saggese et al, 1990; Andrade et al., 1998; Wamboldt, 1994; King et al., 1995 e Bickman et al., 1996) sobre a necessidade de unidades específicas para o atendimento de adolescentes e o benefício destas na resposta ao tratamento.

#### 1.5 – Posicionamento dos Serviços Pesquisados Quanto às Dificuldades para a Realização dos Atendimentos.

Uma das questões abertas do questionário tinha por objetivo levantar as dificuldades percebidas em cada serviço. As respostas apresentadas foram categorizadas e agrupadas em sete tipos de dificuldades. Os dados resultantes do agrupamento podem ser melhor visualizados na tabela 6.

**TABELA 6 - APRESENTAÇÃO SINTÉTICA DAS DIFICULDADES PARA O ATENDIMENTO DESCRITAS NOS QUESTIONÁRIOS**

	<b>CATEGORIAS</b>	<b>HOSPI- -TAIS</b>	<b>NAPS</b>	<b>AMBULA- -TÓRIOS</b>	<b>CLÍNI- -CAS</b>	<b>ESCOLAS ESPECIAIS</b>	<b>TOTAL</b>
<b>RELATIVAS À FAMÍLIA E AO PACIENTE</b>	<b>FALTA DE ESTRUTURA DA FAMÍLIA</b>	1	—	3	2	—	6
	<b>AGRESSIVIDA- -DE DOS PACIENTES</b>	1	—	—	1	1	3
<b>RELATIVAS ÀS POLÍTICAS GOVERNAMEN- -TAIS</b>	<b>LIMITAÇÃO NO TEMPO DE TRATAMEN- -TO</b>	1	—	—	—	—	1
	<b>FALTA DE INCENTIVO DAS AUTORIDA- -DES</b>	—	—	1	—	—	1
<b>RELATIVAS ÀS QUESTÕES INS- -TITUCIONAIS</b>	<b>FALTA DE ESPAÇO ESPECÍFICO</b>	1	1	2	—	—	4
	<b>FALTA DE PROFISSIO- -NAIS ESPECIA- -LIZADOS</b>	—	1	1	1	1	4
	<b>INTERFERÊN- -CIAS EXTER- -NAS</b>	—	—	1	—	—	1

Das categorias constantes na tabela 6, duas delas são relativas a problemas associados às características dos pacientes ou da família (falta de estrutura familiar e agressividade dos pacientes), duas decorrentes de políticas governamentais (limitação no tempo de tratamento e falta de incentivo das autoridades), duas atreladas a questões institucionais (falta de espaço específico e falta de profissionais especializados) e uma última categoria que abrange interferências externas, como questões judiciais e posicionamento de outros profissionais. Conforme a tabela 5 ilustra, a maior dificuldade, citada nos questionários, refere-se a falta de estrutura familiar (6), seguida de dificuldades institucionais – falta de espaço específico (4) e falta de profissionais especializados (4).

Sendo a falta de estrutura familiar, a dificuldade mais referida pelos serviços, chama a atenção que, nos dados obtidos nos questionários, não há referência à incorporação de terapia de família, na rotina de atendimento dos serviços pesquisados.

Neste ponto, cabe um esclarecimento: a questão número 4 do questionário (anexo I), se reportava às formas de atendimento ofertadas pelo serviço. Quanto ao atendimento às famílias, foi feito esclarecimento, pelo pesquisador aos pesquisados, que o item atendimento de família deveria ser assinalado, caso o atendimento tivesse as características de: reunião do terapeuta com os familiares e, com a presença (ou não) do paciente, tendo caráter mais de troca de informações. Caso o atendimento à família fosse caracterizado por uma reunião de caráter terapêutico para o grupo familiar, a opção a ser assinalada seria a de “outros”. Somente a primeira alternativa apareceu assinalada pelos serviços pesquisados. Assim, chega-se a um aparente paradoxo: embora a dificuldade familiar seja percebida como fator agravante no quadro e de importância para um tratamento adequado, não há a preocupação dos serviços em trabalhar terapeuticamente a família. Uma possível explicação para esta contradição, além da carência de profissionais com formação nesta área, é o fato de que os serviços pesquisados (em sua maioria) se voltam para o atendimento de população com condição sócio-econômica mais baixa. Nesta situação, condições como: deslocamento da família até o serviço, faltas ao trabalho e baixo nível cultural se tornam fatores impeditivos para este tipo de atendimento. Outro fator a considerar é o valor pago pelos atendimentos prestados, o qual pode ser insuficiente para se agregar mais profissionais ao atendimento ofertado.

No entanto, apesar das limitações e dificuldades que se sabe existirem, caberia lembrar os trabalhos de Mash, 1998; D'Andrea, 1986; Levisky, 1995 e Foster & Robin, 1998; os quais falam sobre os problemas na comunicação familiar, a repetição de padrões patológicos familiares, o conflito entre independência e dependência; como sendo a base para o desenvolvimento de diversas patologias no adolescente.

Outra dificuldade para a realização dos atendimentos apontada na tabela 6 (e que foi responsável por 4 referências) é a ausência de profissionais especializados. Isto reporta à discussão, já feita, sobre a deficiência de serviços de formação na área da infância e adolescência. Considerando que os hospitais pesquisados não mencionaram a ausência de profissionais especializados em adolescência como um problema, mesmo sendo estes os locais aonde deveriam ser atendidos os casos agudos e de resolução mais complicada, fica a pergunta se o atendimento estaria coerente com a realidade da dificuldade diagnóstica nos adolescentes, como demonstrado nos trabalhos de Myers, Brown & Vick, 1998; Mattanah et al., 1995; Ferdinand & Verhulst, 1995; Carlson, Fenning & Bromet, 1994; Champion, Goodall & Rutter, 1995. Como complemento, a pergunta formulada por Wiener & Shaffer, 1997; se é possível falar em tratamento correto sem um correto diagnóstico, deverá se constituir em aspecto a ser respondido por estudos futuros.

Chama a atenção o fato de, ambos os hospitais, apesar de não citarem a presença de profissionais com formação na área, em suas equipes de atendimento, referem como sugestão para a melhoria dos atendimentos aos adolescentes, a formação de equipes especializadas. Esta mesma sugestão aparece nos trabalhos de Saggese et al., 1990; Campbell et al., 1997; Weller & Weller, 1997 e Herzog & Berezin, 1997.

#### 1.6 – Posicionamento dos serviços pesquisados quanto aos aspectos positivos dos atendimentos realizados.

Visando analisar a percepção dos responsáveis pelos distintos serviços que atendem a adolescentes, foi formulada uma questão aberta na qual este pudesse listar os aspectos positivos do serviço que a instituição oferece para adolescentes. As respostas foram categorizadas e agrupadas em 5 classes. A tabela 7 apresenta, de forma sintética, as 5 classes de aspectos positivos citadas, relacionando com a natureza da instituição que forneceu a resposta.

**TABELA 7- CATEGORIZAÇÃO DOS PONTOS POSITIVOS DO TRATAMENTO OFERTADO, SEGUNDO AS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO**

<b>CATEGÓRIAS</b>	<b>HOSPITAIS</b>	<b>NAPS</b>	<b>AMBULATÓRIOS</b>	<b>CLÍNICAS</b>	<b>ESCOLAS ESPECIAIS</b>	<b>TOTAL</b>
<b>QUALIDADE DO ATENDIMENTO</b>	1	1	3	1	—	6
<b>AMBIENTE PROTEGIDO</b>	1	1	1	—	—	3
<b>REABILITAÇÃO PARA A VIDA ADULTA</b>	—	—	1	2	—	3
<b>PERÍODO CURTO DE TRATAMENTO</b>	1	—	—	—	—	1
<b>ESTÍMULO AO DESENVOLVIMENTO MENTAL</b>	—	—	—	1	—	1

Realizando uma síntese, chegamos a duas categorias relativas à instituição (ambiente protegido e qualidade do atendimento), duas categorias que abordam a consequência do tratamento para a vida do indivíduo (reabilitação para a vida adulta e estímulo ao desenvolvimento mental) e a citação quanto ao período curto de tratamento (a qual é citada como aspecto positivo pelo hospital que não possui atendimento especializado e, como aspecto negativo, pelo hospital que possui atendimento especializado em adolescentes).

O ponto positivo mais citado pelos responsáveis das instituições que responderam o questionário, foi a qualidade do atendimento. Dentro desta perspectiva, poder-se-ia afirmar que as instituições mesmo considerando que tem problemas quanto ao espaço físico, e problema de falta de profissionais com formação especializada em adolescentes, vêem seu desempenho como de qualidade? Caminhando nesta direção percebe-se incoerência inclusive com a visão da literatura (Herzog & Berezin, 1997; Houston & Wiener, 1997; Kaplan, Sadock & Grebb, 1997 e Saggese et al., 1990), na qual discute-se a necessidade de profissionais apropriadamente formados, para propiciar atendimento mais qualificado.

Constitui referência diferenciada das demais, a categoria “período curto de internamento”, a qual aparece citada como ponto positivo pelo hospital que não possui tratamento especializado. Possivelmente em decorrência da percepção do limite da instituição em trabalhar com adolescentes internados e tratados conjuntamente com os pacientes adultos, o hospital evita comprometer os pacientes adolescentes com internações mais prolongadas. As dificuldades que os profissionais podem encontrar no manejo dos adolescentes na instituição pode ser outro fator responsável por sua alta em tempo mais curto. O oposto é referido pelo hospital que oferece atendimento especializado em adolescentes com quadros ligados a abuso de substâncias, o qual trabalha com tempo de permanência de 14 dias, considerado, pelo coordenador, como insuficiente para um melhor encaminhamento do tratamento, o que é referido como ponto negativo. Isto fica de acordo com o referido por Mash, 1998 e Carlson, Fenning & Bromet, 1994; sobre a dificuldade no diagnóstico e a confusão nos quadros apresentados pelos adolescentes. Assim, a equipe hospitalar sem formação e lidando com o adolescente em conjunto com pacientes adultos, poderia sentir as dificuldades mais de perto, procurando encaminhar a alta de forma mais breve. Já no hospital em que o trabalho é especializado, talvez conte com maior satisfação dos adolescentes atendidos, o que para Kiser et al.(1996) influi de maneira marcante no envolvimento destes com o trabalho terapêutico e no resultado final obtido.

#### 1.7 – Rede de atendimento.

Visando analisar o grau de interface estabelecido entre os serviços pesquisados e destes com outros serviços que prestam atendimento a adolescentes, foi formulada uma questão aberta, na qual o profissional era estimulado a pontuar a vinculação e o intercâmbio com outras instituições voltadas para o atendimento de adolescentes. A tabela 8 sintetiza os dados obtidos.

**TABELA 8 – VÍNCULO ENTRE OS SERVIÇOS PARA A REALIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS A ADOLESCENTES**

<b>CATEGORIAS</b>	<b>HOSPITAIS</b>	<b>NAPS</b>	<b>AMBULATÓRIOS</b>	<b>CLÍNICAS</b>	<b>ESCOLAS ESPECIAIS</b>	<b>TOTAL</b>
<b>SEM VÍNCULO COM OUTROS SERVIÇOS</b>	2	1	3	3	2	11
<b>VÍNCULO COM A VARA DA INFÂNCIA E JUVENTUDE</b>	—	1	1	—	—	2
<b>VÍNCULO COM ESCOLAS ESPECIAIS</b>	—	—	1	—	—	1
<b>VÍNCULO COM ESCOLAS REGULARES</b>	—	—	1	—	—	1

Os dados categorizados na tabela 8 ilustram a falta de integração entre os serviços pesquisados. A relação dos serviços pesquisados com outros órgãos ou serviços que prestam atendimento a adolescentes foi citada em baixo índice, denotando o quanto esta relação ocorre de forma incipiente, apontando para iniciativas isoladas de trabalho, não demonstrando trocas. Considerando ainda que um mesmo paciente pode, em diferentes momentos, estar em atendimento em distintas instituições, ter-se-ia o caso do paciente que, por exemplo, recebe alta de um dos hospitais e venha a ser encaminhado para um naps ou ambulatório, chegará ao novo estabelecimento sem que ocorra um contato entre as equipes, e/ou troca de informações sobre o caso. A observação do quadro em diferentes contextos, poderia facilitar o diagnóstico das dificuldades e ampliar o leque de opções terapêuticas (Mattanah et al., 1995; Ferdinand & Verhulst, 1995); além de que uma melhor intervenção poderia reduzir as conseqüências futuras (Poikolanen, Kanerva & Lönnqvist, 1995; Champion, Goodall & Rutter, 1995 e Ohberg et al., 1996)

O mesmo se repete em relação à comunidade. Apenas um dos serviços pesquisados refere receber encaminhamentos de escolas especiais e regulares, e também, da Vara da Infância e Juventude. Como trata-se de instituição mantida pelo Estado, em conjunto com o Município, esta

acaba sendo referência, dentro do sistema de atendimento, para encaminhamento de adolescentes. Estes pacientes chegam com solicitação para tratamento, não havendo, no geral, trocas de informações e discussão de condutas entre as instituições.

### 1.8 - Sugestões dos pesquisados para a melhoria do atendimento a adolescentes.

Mapear as dificuldades se constitui em um primeiro ponto para a elaboração de medidas que possam vir a contribuir para a melhoria dos serviços disponibilizados. No entanto as pessoas diretamente envolvidas com a oferta destes serviços, podem contribuir de forma mais consistente, uma vez que estariam embasados em sua experiência de trabalho. Com base nesta linha de raciocínio inclui-se, no questionário, uma questão aberta relativa a sugestões para melhoria dos serviços e do atendimento. As respostas foram categorizadas e agrupadas em ações a serem implementadas em 3 níveis distintos: pelos profissionais, pelas instituições e em nível governamental. As respostas fornecidas podiam ser incluídas em um ou mais níveis. A tabela 9 ilustra a distribuição final.

**TABELA 9 – CATEGORIZAÇÃO DAS SUGESTÕES PARA MELHORIA DO ATENDIMENTO AOS ADOLESCENTES**

<b>CATEGORIAS</b>	<b>HOSPITAIS</b>	<b>NAPS</b>	<b>AMBULATORIOS</b>	<b>CLÍNICAS</b>	<b>ESCOLAS ESPECIAIS</b>	<b>TOTAL</b>
<b>FORMAÇÃO DE EQUIPES ESPECIALIZADAS EM ADOLESCENTES</b>	2	2	3	1	2	10
<b>ATENDIMENTO À FAMÍLIA</b>	1	1	2	1	—	5
<b>MAIOR COMPROMISSO DAS AUTORIDADES</b>	—	1	3	—	—	4
<b>AMBIENTE DE ATENDIMENTO ACOLHEDOR ORGANIZADO</b>	—	—	2	2	—	4
<b>PARCERIA ENTRE OS SERVIÇOS</b>	—	1	1	1	—	3
<b>TRABALHO DE PREVENÇÃO</b>	1	—	—	—	—	1

As respostas dos 14 serviços pesquisados permitem perceber uma preocupação com a formação de equipes especializadas. Dez das 14 instituições pesquisadas forneceram respostas que se incluíram nesta categoria. Isto demonstra a conscientização que vem ocorrendo, nas próprias instituições, de se formar equipes que atendam às especificidades desta faixa etária. A segunda categoria mais citada se refere à proposta de atendimento à família, o que, novamente, remete à capacitação da equipe. As duas categorias com menor incidência de respostas (parceria entre os serviços e trabalho preventivo) permitem levantar hipóteses relativas ao abismo separando as práticas existentes, e o que de fato poderia se constituir em novas perspectivas de atendimento. É nítida a forma como os dirigentes das instituições se prendem a um modelo tradicional de intervenção, não buscando sequer integrar as informações quando o atendimento é prestado, em níveis diferentes, para a mesma pessoa. Parece que as instituições buscam se estruturar internamente, propondo equipes multidisciplinares de atendimento, mas não estão ainda preparadas para construir um modelo conjugado de atendimento, e que possa servir também para capacitar as próprias equipes, como já era feito em 1948, nos EUA, pela Associação Americana de Clínicas Psiquiátricas para Crianças (Berlin, 1997).

Por outro lado, se a tabela 9 aponta para a percepção, pelos serviços pesquisados, do que poderia ser melhorado na rede de atendimento a adolescentes, poderia se levantar a questão do por que isto não é implementado? Como já discutido, a formação de equipes especializadas esbarra na dificuldade dos próprios profissionais em buscarem formação na área da infância e adolescência, com a existência de poucas instituições que propiciam esta formação. Outra possibilidade é a de que esteja-se no aguardo de que “alguém” tome a iniciativa. Como isto não ocorre, embora exista programa do Ministério da Saúde para esta área (PROSAD) e leis que amparam o menor (Estatuto da Criança e do Adolescente), o sistema de atendimento permanece com poucas alterações nesta direção.

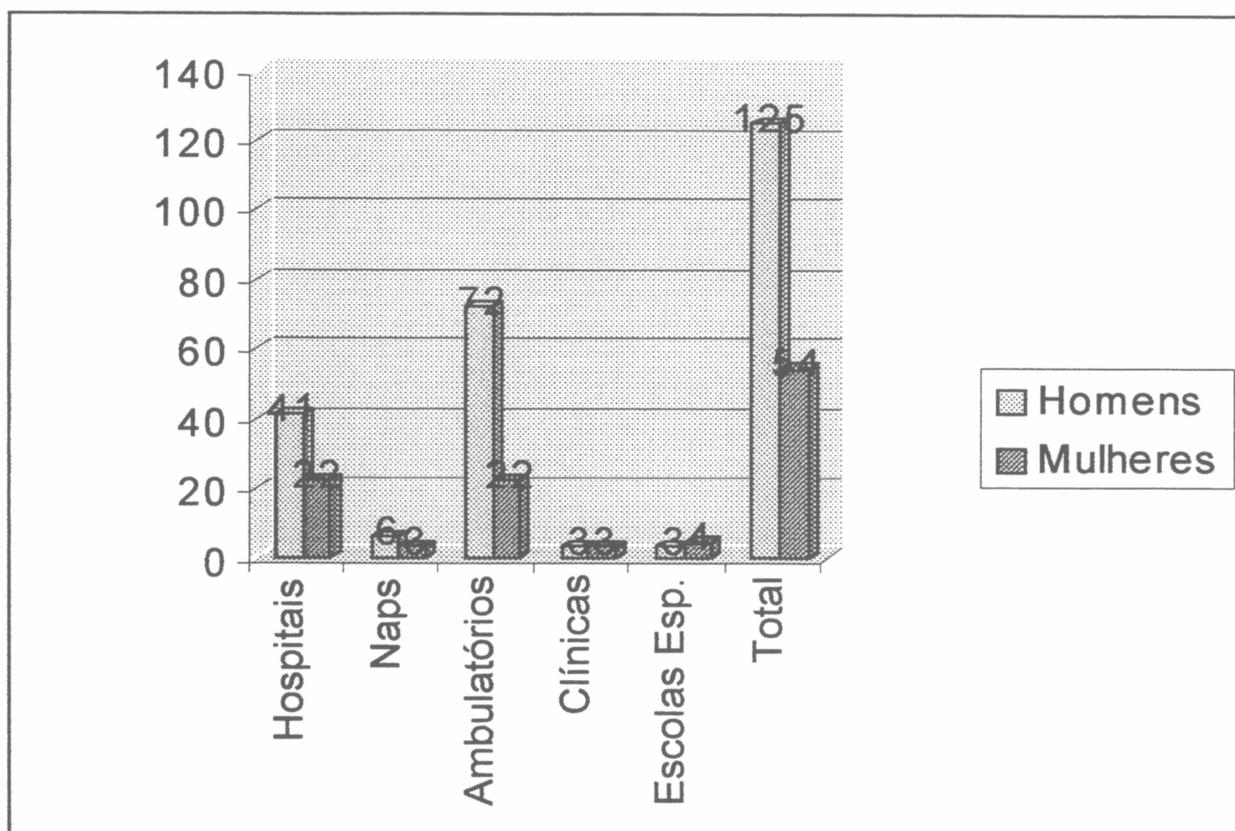
## **2. RELATIVOS AO LEVANTAMENTO DOS PRONTUÁRIOS.**

A segunda etapa da pesquisa compreendeu um levantamento de prontuários de pacientes adolescentes, atendidos na instituição, nos 30 dias anteriores à aplicação do questionário. Considerando que a aplicação dos questionários ocorreu em diferentes períodos entre agosto de 2000 a março de 2001, o levantamento de prontuários também apresentará esta diversidade.

Foram avaliados 179 prontuários de adolescentes nos diferentes serviços (63 prontuários em hospitais, 9 prontuários em NAPS, 96 prontuários em ambulatórios, 4 prontuários em clínicas e 7 prontuários em escolas especiais). Na seqüência, serão apresentados os dados obtidos através deste levantamento.

### **2.1 – Dados Gerais.**

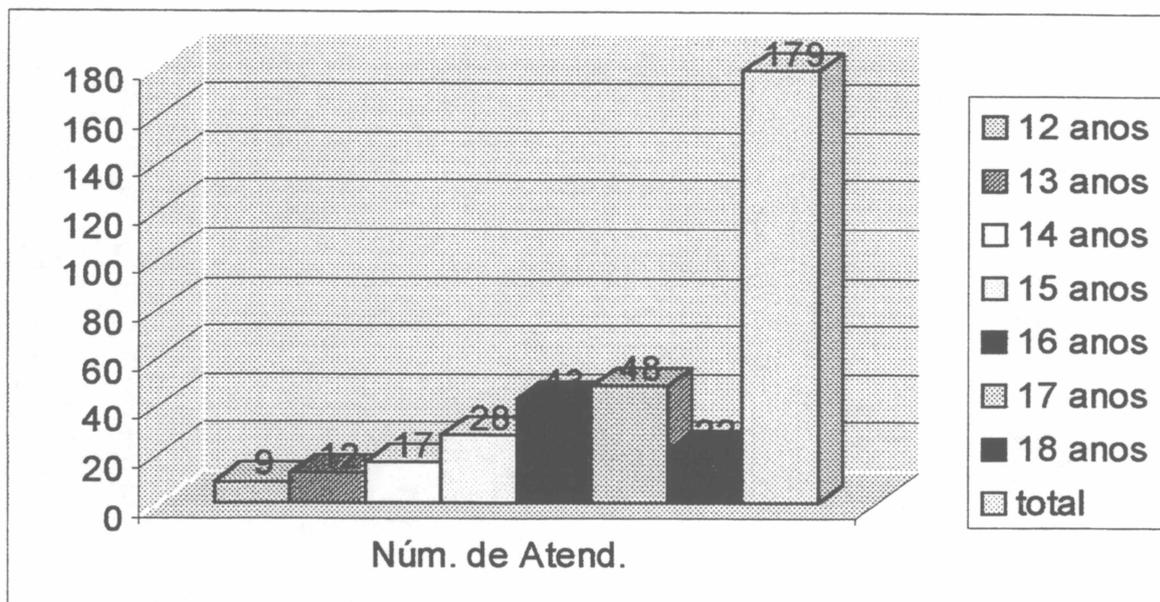
A distribuição quanto ao sexo, nos prontuários levantados, pode ser visualizada na figura 2.



**FIGURA 2 – REPRESENTAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE ADOLESCENTES, NOS VÁRIOS SERVIÇOS, ATENDIDOS NO PERÍODO DE 30 DIAS, DISTRIBUÍDOS POR SEXO.**

Observou-se uma maior frequência de atendimentos a adolescentes do sexo masculino, na maior parte dos serviços. A única situação em que o atendimento ao sexo feminino superou o de pacientes do sexo masculino foi na escola especial pesquisada. Deve-se observar, no entanto, que a diferença foi de apenas um caso. A diferença na proporção entre o número de atendimentos do sexo masculino e os do sexo feminino foi de 1 : 2,3, demonstrando que, para cada moça atendida, mais de dois rapazes foram recebidos para atendimento. Esta proporção está de acordo com a proporção de Misés, 1993 (in Andrade et al., 1998).

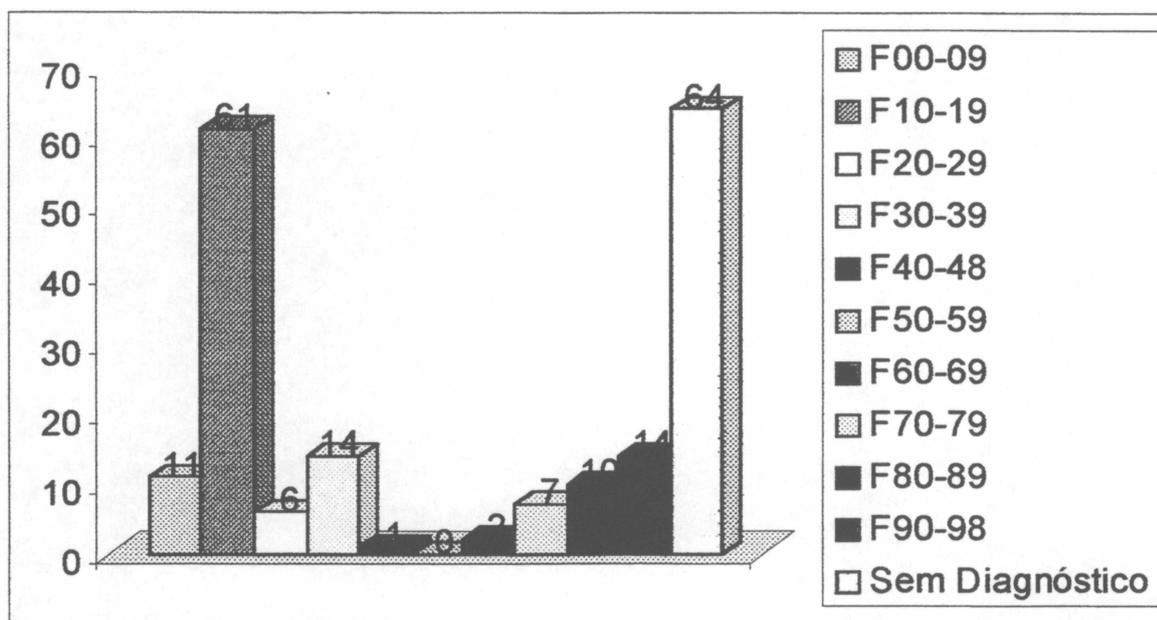
A idade dos adolescentes foi outro fator pesquisado nos prontuários. A figura 3 ilustra os resultados obtidos.



**FIGURA 3 – DISTRIBUIÇÃO POR IDADE DOS ADOLESCENTES ATENDIDOS, NOS VÁRIOS SERVIÇOS, NO PERÍODO DE 30 DIAS.**

A população pesquisada e definida como adolescência compreendeu a faixa etária entre 12 e 18 anos. Observou-se uma maior concentração de atendimentos na faixa de idade entre 16 e 17 anos, com esta faixa etária compondo praticamente 50% dos atendimentos realizados. Se agregarmos a faixa etária de 15 anos, obteremos 2/3 dos atendimentos ocorrendo entre 15 e 17 anos. Estes dados estão de acordo com os dados encontrados por Andrade et al., 1998; os quais em levantamento de internações em unidade de atendimento a crianças e adolescentes, encontraram a faixa etária de 15 a 16 anos respondendo por 45% dos casos admitidos para tratamento. Comentam que sua unidade para atendimento infantil, acaba sendo, fundamentalmente, uma unidade para tratamento de adolescentes. Estes dados podem reforçar os alertas de Geller et al., 1995; Saggese et al., 1990 e Berstein et al., 1996; sobre ser a adolescência período de aumento na frequência de aparecimento de quadros psicopatológicos.

Após a concentração quanto à faixa etária, passou-se ao levantamento dos diagnósticos estabelecidos. A figura 4 demonstra os resultados obtidos neste aspecto.



**FIGURA 4 – DISTRIBUIÇÃO POR DIAGNÓSTICO (CID-10) DOS ADOLESCENTES ATENDIDOS NO PERÍODO DE 30 DIAS, NOS SERVIÇOS EM QUE FOI REALIZADO O LEVANTAMENTO DE PRONTUÁRIOS.**

Observou-se uma maior ocorrência de casos cujo prontuário não continha diagnóstico (64 casos), seguido por uma alta incidência de atendimentos para casos ligados a abuso de substâncias (61 casos). Estes dados corroboram o questionamento de Assumpção & Carvalho (1999) sobre o descaso nos diagnósticos realizados em crianças e adolescentes no Brasil, e também, apontam para a importância dos problemas ligados a abuso de substâncias, como já demonstrado por Myers & Brown (1998), os quais relatam prevalência de 27,1% para estes quadros.

Outra questão a considerar, é se as características da adolescência na qual os quadros psicopatológicos podem não estar totalmente delimitados, ou mesmo a falta de estudos da psicopatologia especificamente na adolescência, podem ter contribuído para a dificuldade no estabelecimento de diagnósticos (Graber et al., 1997; Mattanah et al., 1995; Berstein et al., 1996; Mash, 1998).

Para verificar a relação entre o contexto de atendimento e o tipo de quadro, foi elaborada a tabela 10 a seguir.

**TABELA 10– RELAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS PESQUISADOS E OS DIAGNÓSTICOS ENCONTRADOS (CID-10).**

<b>CID-10</b>	<b>HOSPITAIS</b>	<b>NAPS</b>	<b>AMBULATÓ- -RIOS</b>	<b>CLÍNICAS</b>	<b>ESCOLAS ESPECIAIS</b>	<b>TOTAL</b>
<b>SEM DIAGNÓSTI- CO</b>	5	6	51	2	—	64
<b>F10-F19</b>	45	3	11	2	—	61
<b>F00-F09</b>	2	—	14	—	4	20
<b>F30-F39</b>	9	—	5	—	—	14
<b>F80-F89</b>	—	—	7	—	3	10
<b>F70-F79</b>	—	—	7	—	—	7
<b>F20-F29</b>	3	—	3	—	—	6
<b>F90-F98</b>	—	—	5	—	—	5
<b>F60-F69</b>	—	—	1	—	1	2
<b>F40-F48</b>	1	—	—	—	—	1
<b>F50-F59</b>	—	—	—	—	—	—

A falta de diagnóstico é mais freqüente principalmente nos ambulatórios. Poderia o tempo reduzido para a observação dos casos implicar em uma maior dificuldade para se formular os diagnósticos? Outra possibilidade é que a troca de informações entre os profissionais envolvidos no atendimento poderia não ser adequada, dado o grande número de pacientes atendidos nos ambulatórios impossibilitando a discussão dos casos. A adolescência poderia ser outro fator a interferir nesta área? Tratam-se de hipóteses a serem verificadas por outros estudos, uma vez que os instrumentos utilizados no presente estudo, não permitem responder estas questões.

Os quadros de F50-F59 (Síndromes comportamentais associadas a distúrbios fisiológicos e a fatores de risco) não foram encontrados nos prontuários levantados, referente ao período de 30 dias, em nenhuma das instituições pesquisadas. Outro diagnóstico não representado nas amostras, mas que é descrito na literatura (Herzog & Berensin, 1997) como ocorrendo também na adolescência, seriam os transtornos alimentares (F50).

Para se ter um panorama mais completo, e comparativo, entre a percepção por parte dos responsáveis pelos serviços (os quais responderam ao questionário) e os dados encontrados nos prontuários, construiu-se a tabela 11 a seguir.

**TABELA 11 – COMPARAÇÃO ENTRE AS REFERÊNCIAS DE ATENDIMENTO PELOS SERVIÇOS, NOS QUESTIONÁRIOS, E OS DIAGNÓSTICOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS**

CID-10	HOSPITAIS		AMBULATÓRIOS		CLÍNICAS		ESCOLAS ESPECIAIS	
	Q (N=2)	P (N=2)	Q (N=5)	P (N=3)	Q (N=3)	P (N=2)	Q (N=2)	P (N=1)
F00-F09	—	2	1	14	—	—	1	4
F10-F19	2	45	4	11	3	2	—	—
F20-F29	2	3	2	3	1	—	1	—
F30-F39	—	9	2	5	1	—	1	—
F40-F48	—	1	2	—	—	—	—	—
F50-F59	—	—	—	—	—	—	1	—
F60-F69	1	—	1	1	1	—	—	1
F70-F79	—	—	—	7	—	—	1	—
F80-F89	—	—	1	7	—	—	1	3
F90-F98	—	—	3	5	1	—	1	—

Q = citações de atendimento nos questionários

P = diagnósticos encontrados nos prontuários

O que se observa de maneira geral, embora existam algumas discrepâncias, é uma sobreposição na comparação dos dados obtidos nos questionários e no levantamento de prontuários.

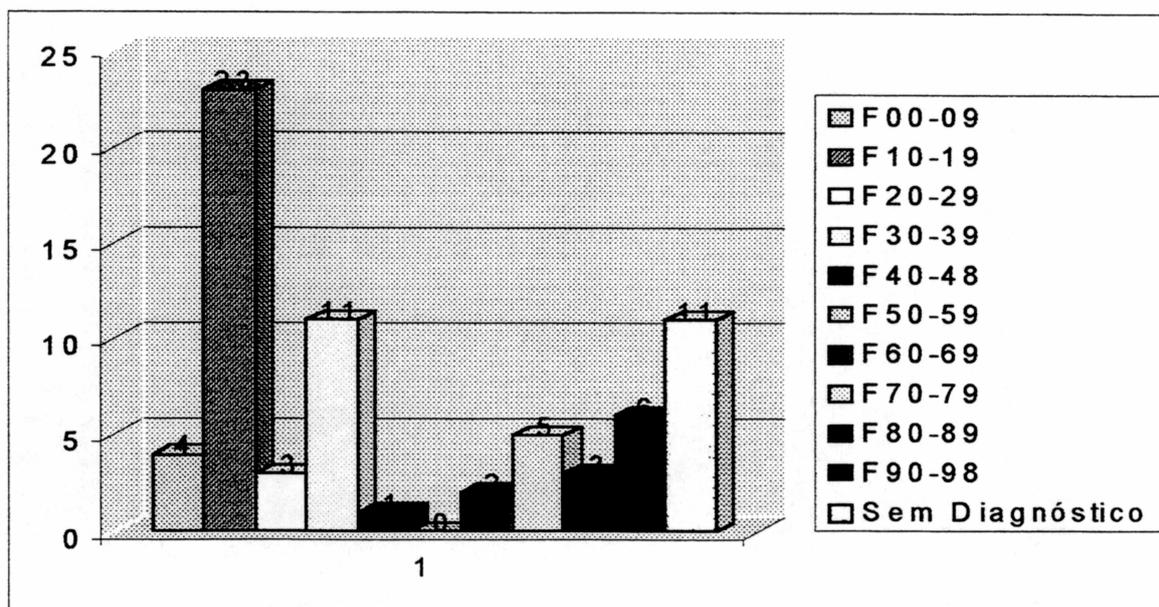
Chama a atenção os quadros orgânicos (F00-F09), com 4/14 citações de atendimento nos questionários, e proporção de 20/64 diagnósticos encontrados nos prontuários, se constituindo em uma das categorias diagnósticas mais frequentes e com correspondência aproximada entre os resultados dos questionários e o levantamento de prontuários. Os quadros afetivos (F30-F39) não

apresentaram a mesma relação. Embora os responsáveis pelos hospitais não tenham feito referência a eles ao responderem os questionários, o levantamento de prontuários demonstrou 9/64 diagnósticos nesta classificação. Surge o questionamento dos fatores que poderiam ter contribuído para isto, já que constituem-se na segunda maior incidência nos hospitais pesquisados. Estar-se-ia, em ambos os casos, novamente diante do descaso para com os diagnósticos (Assumpção & Carvalho, 1999)? Talvez se esteja sendo explicitada a dificuldade no reconhecimento destes quadros, ou a sua comorbidade com outros diagnósticos (Cyranowski et al., 2000; Ohberg et al., 1996; Mattanah et al., 1995 e Myers, Brown & Vick, 1998). Elucidar melhor estas questões necessitaria um aprofundamento das pesquisas nesta área.

Quanto aos quadros de retardo mental (F70-F79), os quais não foram citados nos questionários dos ambulatórios, mas aparecem na proporção de 7/64 diagnósticos levantados nos ambulatórios, sua ocorrência está dentro do encontrado na literatura (Szymanski & Kaplan, 1997).

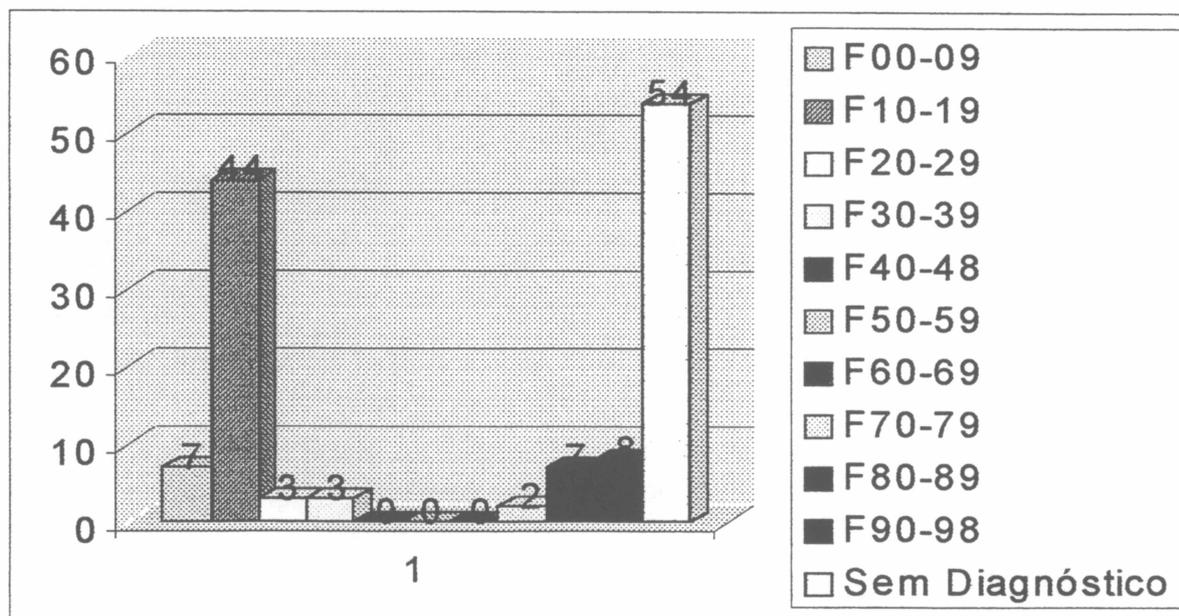
Cabe a ressalva de que, embora os quadros atendidos com mais frequência tendam a ser mais estáveis no seu achado, o período de pesquisa de prontuários (30 dias) pode não ser o mais adequado para dar uma visão mais confiável dos quadros de aparecimento menos freqüente, devido às mudanças que podem ocorrer na população atendida, associadas a quadros que sofrem variáveis sazonais, por exemplo.

Considerando a especificidade dos quadros diagnósticos, em que alguns diagnósticos são mais freqüentes em um ou outro sexo, passou-se nesta etapa da pesquisa ao exame dos prontuários no que tange à relação dos diagnósticos estabelecidos e o sexo dos indivíduos. A figura 5 apresenta a relação do diagnóstico com o sexo feminino, enquanto na figura 6 pode-se visualizar a relação sexo/diagnóstico, considerando-se o sexo masculino.



**FIGURA 5 – RELAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS, SEGUNDO A CID-10, ENCONTRADOS NO SEXO FEMININO.**

No sexo feminino é verificada maior incidência de casos (23) ligados a abuso de substâncias (F10-F19). O segundo maior agrupamento diagnóstico, quanto à frequência de ocorrência, foi no transtorno do humor (11 registros), empatado com a categoria sem diagnóstico (11 casos). Estes dados revelam que, também no sexo feminino, o abuso de substâncias torna-se o diagnóstico mais frequente, como já apontado por Myers & Brown (1998), prevalência de 27,1%, embora não façam uma divisão da prevalência por sexo. O número de casos de quadros afetivos poderia representar o alerta de Feijó, Raupp & John (1999), sobre a menarca poder funcionar como um estressor negativo, aumentando a incidência destes quadros e o alerta de Cyranowski et al. (2000) sobre o aumento da ocorrência de depressão, no sexo feminino, a partir da adolescência, dizendo que aos 15 anos as moças tem duas vezes mais possibilidade em experimentar um episódio depressivo, do que os rapazes.



**FIGURA 6 - RELAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS, SEGUNDO A CID-10, ENCONTRADOS NO SEXO MASCULINO.**

Após análise comparativa entre os sexos, foi possível através do levantamento de prontuários, constatar que há maior procura de atendimento por parte do sexo masculino, com predomínio de casos decorrentes do abuso de substâncias. A maior concentração de diagnósticos neste sexo está localizada na categoria sem diagnóstico (54/128), apresentando 1,33 com diagnóstico para cada 1 sem diagnóstico, contra 5,27 com diagnóstico para cada 1 sem diagnóstico no sexo feminino. Isto poderia refletir uma maior dificuldade diagnóstica, no sexo masculino, devido à característica da fala, neste sexo, citada por Cyranowski et al. (2000) como sendo usada mais para estabelecer uma área pessoal, do que para comunicar suas emoções?

As categorias F40-49, F50-59 e F60-69 não foram atribuídas a nenhum dos 128 prontuários pesquisados. Tratam-se de categorias pouco frequentes ou de diagnóstico mais difícil (Mash, 1998; Myers, Brown & Vick, 1998; Ferdinand & Verhulst, 1995; Kazdin & Marciano, 1998)?

Além da oferta de atendimento, torna-se importante verificar o grau de adesão ao tratamento. Para tal, os prontuários foram analisados visando obter dados relativos à interrupção do tratamento. A tabela 12 ilustra os dados levantados.

**TABELA 12 – RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE ATENDIMENTOS REALIZADOS EM HOSPITAIS E AMBULATÓRIOS E A OCORRÊNCIA DE INTERRUPÇÕES DO TRATAMENTO.**

SERVIÇO	NÚMERO TOTAL DE ATENDIMENTOS	NÚMERO DE INTERRUPÇÕES
HOSPITAIS	65	7
AMBULATÓRIOS	104	21

Foram observados 7 casos em que, nos hospitais, houveram altas a pedido da família, ou seja, contra orientação médica, caracterizando uma interrupção do tratamento. Nos ambulatórios, ocorreram 21 casos, em que o adolescente compareceu para uma ou duas consultas, não mais retornando, embora houvesse indicação para a seqüência dos atendimentos.

Em hospital, os casos de interrupção representaram 10,76% do número de atendimentos, enquanto que, nos ambulatórios, as interrupções representaram 20,19% do número de atendimentos. Considerando que estas interrupções ocorreram no intervalo de um mês (período de levantamento de prontuários), pode-se hipotetizar que a não adesão ao tratamento venha a ser bem maior do que a sinalizada acima. Estes achados levam a pensar se os adolescentes são trazidos nas fases agudas para atendimento, mas por falta de seqüência do tratamento o ciclo seria repetido inúmeras vezes, apontando para, a citada anteriormente, falta de atendimento extensivo à família. Tentativas governamentais, como a Lei Paulo Delgado, constituem propostas ainda insipientes para resolver a questão, pois faltam recursos (materiais e de profissionais com formação) para efetivar o acompanhamento extra-hospitalar e comunitário dos casos, buscando solucionar as dificuldades no contexto familiar, escolar, grupo de amigos etc.

## 2.2 – Observações Finais.

Os dados obtidos no levantamento de prontuários, nesta pesquisa, não demonstraram a ocorrência de concentração de diagnósticos em alguma categoria diagnóstica que venha a chamar a atenção. No entanto, a existência de 64 casos (tabela 10) de ausência de diagnóstico (praticamente um terço da amostra de prontuários) evidencia a falta de preocupação e/ou a dificuldade em se formular diagnóstico, o que corresponde a dados da literatura (Assumpção & Carvalho, 1999). A maioria dos casos sem diagnóstico ocorreu nos ambulatórios.

Observa-se também uma concentração (20 casos – tabela 10) de diagnósticos na categoria de quadros orgânicos. Isto pode refletir o uso desta categoria da CID para classificar quadros que poderiam ser, em adolescentes, melhor diagnosticados em outras categorias?

A dificuldade nos diagnósticos poderia ser fator importante também na pouca ocorrência de diagnósticos para distúrbios do humor. Para Fu I (1997) os distúrbios do humor ficam mascarados, muitas vezes, pelo abuso de substâncias. Citando estudos de Kalvin et al. (1991), Carlson e Cantwell (1980) e Robbin et al. (1982), refere que estes quadros poderiam chegar a uma prevalência de 1,2%, na população geral de adolescentes; com uma incidência de 25% em ambulatórios de psiquiatria e, 27% em hospitais psiquiátricos, somente para os casos de distúrbios depressivos. Nesta pesquisa nos casos com diagnóstico firmado, os distúrbios do humor representaram 16% dos diagnósticos, porém abrangendo todo o espectro diagnóstico da categoria, o que inclui quadros maníacos, depressivos, bipolares e episódicos, estando bem abaixo, portanto, do índice apontado na literatura.

A ausência de diagnósticos de transtornos alimentares, evidenciada na pesquisa, também merece consideração, uma vez que, atualmente, a ocorrência destes quadros nos adolescentes tem ocupado a atenção dos especialistas na área. Como exemplo, Herzog e Beresin (1997) citam que a

anorexia nervosa poderia ter uma incidência de até 1% em adolescentes, com 90 a 95% dos casos ocorrendo em mulheres.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSÃO

Foi levantada pela pesquisa, a existência, no município de Curitiba, de 14 serviços que realizam atendimento a adolescentes, dentro das características propostas de: atendimento com equipe multidisciplinar e com presença de psiquiatra na equipe. Destes 14 serviços, 7 possuem atendimento especializado para adolescentes. A falta de equipes especializadas nesta área faz com que o atendimento seja realizado, na maioria dos serviços, por profissionais com formação geral. Considerando a população de crianças e adolescentes existente e a prevalência de distúrbios mentais que possam vir a apresentar, levando à necessidade de atendimento específico na área de saúde mental, percebe-se que há um grande contingente de crianças e adolescentes que não recebem atendimento apropriado. Através deste dado, foi questionada a falta de serviços de formação em infância e adolescência, em Curitiba, aos quais os profissionais possam recorrer, na tentativa de se especializar.

O levantamento de prontuários apontou para a dificuldade e/ou o pouco empenho na formulação de diagnósticos para os casos atendidos. Isto foi particularmente evidenciado nos atendimentos em ambulatório.

A falta de ligação e de troca de informações entre os serviços pesquisados foi outro fator destacado pela presente pesquisa, o que leva a outro fato registrado: os atendimentos ocorrem de forma isolada. Constata-se que, embora as informações não sejam trocadas entre os serviços, existe um encaminhamento mútuo de pacientes, fazendo com que estes sejam atendidos em instituições

distintas, o que sem uma troca apropriada de informações pode ocasionar quebras no andamento do tratamento.

Embora os serviços pesquisados demonstrem estar cientes das dificuldades no atendimento aos adolescentes e sugiram a criação de equipes e serviços especializados nesta área, estes mesmos serviços acabam por não tomar iniciativa neste sentido.

A ausência do setor público, particularmente na implantação de serviços extra-hospitalares, parece elemento preocupante e digno de questionamento junto às autoridades na área de saúde mental, denunciando um discurso político consolidado em leis, mas que não vem recebendo a mesma atenção no que tange à liberação de verbas e incentivo à estruturação de programas visando o acompanhamento apropriado do adolescente que apresenta distúrbios psiquiátricos.

Como último dado, porém como um dos primeiros achados da pesquisa, foi percebida a presença de instituições que se voltam para atendimento a adolescentes sob um enfoque religioso e com pouca preocupação na assistência por parte de profissionais habilitados. A presente pesquisa levantou cinco instituições em Curitiba que se encaixam neste perfil. Parece que as instituições não governamentais de vocação religiosa, vem tentando cobrir uma lacuna que seria de responsabilidade do Estado. A falta de formação profissional nestes grupos, aliada às práticas assistencialistas e de captação de adeptos para o grupo religioso, pode comprometer uma programação verdadeira de reabilitação dos adolescentes. Talvez se houvesse a colaboração entre os grupos religiosos, e assessoria de grupos de profissionais especializados, os resultados para os adolescentes fossem mais proveitosos.

## CAPÍTULO VI

### DISCUSSÃO FINAL

O presente estudo permite constatar que, apesar das tentativas pioneiras no campo da psiquiatria da infância e adolescência, ainda permanecemos em patamares bem inferiores aos dos países mais desenvolvidos. Embora ocorra percepção das dificuldades para o atendimento de adolescentes, como demonstrado pelos dados da pesquisa, estes questionamentos (quando ocorrem) acabam ficando mais em nível teórico, sendo poucas atitudes colocadas em prática.

Os dados de Assumpção & Carvalho (1997) mostram que o problema é anterior ao momento da prática, sendo o ensino de psiquiatria da infância e da adolescência nas universidades brasileiras ainda insipiente. Nos cursos de medicina, nos quais alguma informação é fornecida durante o ensino médico, dedica-se ao tema, em média, apenas 6,94 horas durante todo o curso.

A falta de formação se reflete diretamente na disponibilização de serviços para a população de crianças e adolescentes, como demonstrado pelos dados levantados nesta pesquisa. Constatou-se que poucos locais ofertam atendimento especializado para adolescentes, além da quase inexistência de equipes com formação especializada nesta área.

Dadas as discussões atuais, que demonstram a importância de atendimento apropriado para a criança e o adolescente, na área da saúde mental, sugere-se um esforço conjunto entre autoridades governamentais, instituições que prestam serviços na área de saúde e universidades, no sentido de

se criar cursos de especialização para os diversos profissionais necessários ao atendimento desse segmento populacional. Com isto, poder-se-ia contar com profissionais realmente capacitados para a formação de equipes especializadas, superando-se a improvisação que ora se verifica.

Em uma visão mais ampla, também faltam serviços, tanto de atendimento direto como de orientação, que pudessem prestar assistência ao adolescente, e suas famílias, na própria comunidade de origem. Uma tentativa, neste sentido, foi a criação dos conselhos tutelares. Porém, estes ao serem constituídos por pessoas da comunidade e, no geral, sem uma formação especializada na área, acabam por não poder dar a adequada cobertura para uma variedade de casos (particularmente os que envolvem quadros psicopatológicos). Uma possível saída seria agregar, aos conselhos tutelares, equipes de apoio com profissionais especializados, para a orientação do melhor manejo para os casos que se apresentam na comunidade.

Além disto, na maioria dos serviços existentes, falta a criação de espaço diferenciado de atendimento para os adolescentes e carência de programas mais específicos para o adolescente e sua família. Com isto perde-se em duas frentes: no atendimento direto que fica prejudicado e na falta de trabalhos de pesquisa, baseados em centros especializados na área, que viessem a servir de multiplicadores do conhecimento adquirido.

## REFERÊNCIAS

- Aberastury, A. (1983). *Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andrade, E. R.; Busse, S. R.; Zanuzzo, Z. & Assumpção Jr., F. B. (1998). Internação em um serviço de psiquiatria infantil: análise de um modelo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47(7), 337-341.
- Ariés, P. (1981). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Assupção Jr., F. B. & Carvalho, N. (1999). Realidade do diagnóstico em psiquiatria infantil no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48(10), 449-452.
- Assumpção Jr.; F. B. (1995). *Psiquiatria Infantil Brasileira: um esboço histórico*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Assumpção Jr.; F. B. & Barbosa, G. (1997). Ensino em psiquiatria infantil no Brasil. *Informação Psiquiátrica*, 16(4), 147-149.
- Bandura, A. (1979). *Modificação do Comportamento*. Interamericana.
- Behrman, R. E.; Vaughan, V. C. (1990). *Tratado de Pediatria*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Berland, D. et alli. (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(10), Supplement, 177s-193s.

- Berlin, I. N. (1997). Development of the subspeciality of child and adolescent psychiatry in the United States. In Wiener, J. M. *Textbook of Child Adolescent Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Berstein, D. P.; Cohen P.; Skodol, A.; Berziganian, M. D. & Brook, J. S. (1996). Childhood antecedents of adolescent personality disorders. *American Journal of Psychiatry*. 153, 907-913.
- Bickman, L.; Foster, M. & Lambert, E. W. (1996). Who gets hospitalized in a continuum care? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 35(1), 74-80.
- Birmaher, B. et al. (2000). Growth hormone secretion in children and adolescents at high risk for major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*. 57, 867-872.
- Brooks-Gun, J. & Attie, I. (1996). Developmental psychopathology in the context of adolescence. In Lenzenweger, M. F. & Haugaard, J. J. *Frontiers of developmental psychopathology*. New York: Oxford University Press.
- Brown, M. (1996). Day patient treatment. In Chesson, R. & Chisholm, D. *Child Psychiatric Units: at crossroads*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Calil, L. C. (1999). Reflexões sobre ética e o custo da consulta médica. *Psychiatry on Line Brazil*. (4), 01.

- Campbell, M.; Armenteros, J. L.; Spencer, E. K.; Kowalik, S. C. & Erlenmeyer-Kimling, L. (1997). Schizophrenia and psychotic disorders. In Wiener, J. M. *Textbook of Child Adolescent Psychiatry*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Carlson, G.; Fenning, S. & Bromet, E. J. (1994). The confusion between bipolar disorder and schizophrenia in youth: where does it stand in the 1990s? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 33(4), 453-460.
- Champion, L. A.; Goodall, G. & Rutter, M. (1995). Behavior problems in childhood and stressors in early adult life: a 20 year follow-up of London school children. *Psychology Medics*. 25, 231-246. In *Extracts Form Year Book of Psychiatry and Applied Mental Health*. (1997). V.II, 7. Resumo.
- Chesson, R. (1996). Dimensions of therapeutic input: a reearch study. In Chesson, R. & Chisholm, D. *Child Psychiatric Units: at crossroads*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Chisholm, D. (1996). The development of child psychiatric in-patient practice: past, present and future. In Chesson, R. & Chisholm, D. *Child Psychiatric Units: at crossroads*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Clark, D. B. & Donovan, J. E. (1994). Reality and validity of the Hamilton anxiety rating scale in an adolescent sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 33(3), 354-360.

Cyranowski, J. M.; Frank, E.; Young, E. & Shear, K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. *Archives of General Psychiatry*. 51(7), 21-27.

D'Andrea, F. F. (1986). *Desenvolvimento da Personalidade*. São Paulo: Difel.

Eisenstein, E. (1994). Endócrinologia da adolescência. In *Curso Nestlé de Atualização em Pediatria (Anais)*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria. 42-49.

Erickson, M. T. (1998). *Behavior Disorders of Children and Adolescents: assesment, etiology and intervention*. New Jersey: Prentice Hall.

Evans, N. P. & Karsch, F. J. (1995). Operation of the gonadotrofin-releasing hormone pulse generator. In Plant, T. M. & Lee, P. A. *The Neurobiology of Puberty*. Bristol: Bourne Press.

Fagundes, P. (1998). Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica – algumas questões cruciais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 47(4), 163-168.

Feehan, M.; McGee, R.; Willians, S. M. & Nada-Raja, S. (1995). Models of adolescent psychopathology: childhood risk and the transition to adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 34(5): 670-679.

Feijó, R. B.; Raupp, A. P. G. & John, A. B. (1999). Eventos estressores de vida e sua relação com tentativas de suicídio em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 48(4), 151-157.

Ferdinand, R. F. & Verhulst, F. C. (1995). Psychopathology of adolescence into young adulthood: an 8-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*. 152(11), 1586-1594.

Ferrari, M. C. L. (1996). Esquizofrenia na infância e adolescência: um esboço histórico. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 23(3), 97-104.

Foster, S. L. & Robin, A. L. (1998). Parent-adolescent conflict and relationship discord. In Mash, E. J. & Barkley, R. A. *Treatment of Childhood Disorders*. New York: Guilford Press.

Fu I, I. (1997). Epidemiologia e fatores clínicos dos transtornos afetivos da infância e adolescência. In Assumpção Jr., F. B. *Transtornos Afetivos da Infância e Adolescência*. São Paulo: Lemos Editorial.

Geller, B. & Luby, J. (1997). Child and adolescent bipolar disorder: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 36(9), 1168-1176.

Geller, B. et alli.(1995). Complex and rapid cycling in bipolar children and adolescent: a preliminary study. *Journal of Affective Disorders*. 34, 259-268.

Goldsmith, H. & Gottesman, I. I. (1996). Heritable variability and variable heritability in developmental psychopathology. In Lenzenweger, M. F. & Haugaard, J. J. *Frontiers of Developmental Psychopathology*. New York: Oxford University Press.

- Graber, J. A.; Lewinsohn, P. M.; Seeley, J. R. & Brooks-Gunn, J. (1997). Is psychopathology associated with the timing of pubertal development? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 36(12), 1768-1776.
- Guyton, A. G. (1977). *Tratado de Fisiologia Médica*. Rio de Janeiro: Interamericana.
- Hayward, C. et alli. (1997). Psychiatric risk associated with early puberty in adolescent girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 36(2), 255-262.
- Herzog, D. B. & Beresin, E. V. (1997). Anorexia Nervosa. In Wiener, J. M. *Textbook of Child Adolescent Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Hintz, R. L. (1995). Growth and puberty in man. In Plant, T. M. & Lee, P. A. *The Neurobiology of Puberty*. Bristol: Bourne Press.
- Houston, M. & Wiener, J. M. (1997). Substance-related disorders. In Wiener, J. M. *Textbook of Child Adolescent Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Jensen, P. S.; Hoagwood, K. & Petti, T. (1996). Outcomes of mental health care for children and adolescents: II. Literature review and application of a comprehensive model. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 35(8), 1064-1077.

- Johnson, J. G. et al. (2000). Adolescent personality disorders associated with violence and criminal behavior during adolescence and early adulthood. *American Journal of Psychiatry*. 157, 1406-1412.
- Kalina, E. (1979). *Psicoterapia de Adolescentes*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1993). *Compêndio de Psiquiatria: ciências sociais, psiquiatria clinica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clinica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kazdin, A. E. & Marciano, P. L. (1998). Childhood and adolescent depression. In Mash, E. J. & Barkley, R. A. *Treatment of Childhood Disorders*. New York: Guilford Press.
- Kazdin, A. E. (2000). Developing a research agenda for child and adolescent psychoterapy. *Archives of General Psychiatry*. 57, 829-835.
- King, C. A. et al. (1995). Suicide contagion among adolescents during acute psychiatric hospitalization. *Psychiatric Services*. 46, 915-918.
- Kiser, L. J. et al. (1996). Results of treatment one year later: child and adolescent partial hospitalization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 35(1), 81-90.

Klein, D. N.; Lewinsohn, P. M.; Seeley, J. R. & Rohde, P. (2001). A family study of depressive disorder in a community sample of adolescents. *Archives of General Psychiatry*. 58, 13-20.

Knobel, M. A. (1981). *Adolescência Normal*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Laurel, J. K. et alli. (1996). Results of treatment one year later: child and adolescent partial hospitalization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 35(1), 81-90.

Laurel, J. K.; Culhane, D. P. & Hadley, T. R. (1995). The current practice of child and adolescent partial hospitalization: results of a national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 34(10), 1336-1342.

Lauridsen, E. P. (1998). *Atenção a Saúde Mental Infantil: um desafio às práticas de saúde. Um olhar epidemiológico*. Dissertação. Departamento de Saúde Materno Infantil, Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo.

Lawson, K. (2000). Teen brains have less frontal cortex function. *Clinical Psychiatric News*. 25(5), 41.

Lewinsohn, P. M.; Rohde, P.; Seeley, J. R.; Klein, D. N. & Gotlib, I. A. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. *American Journal of Psychiatry*. 157, 1584-1591.

Lewis, D. O. (1997). Conduct and antisocial disorders in adolescence. In Wiener, J. M. *Textbook of Child Adolescent Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press.

Levisky, D. L. (1995). *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Lobato, M. I.; Belmonte-de-Abreu, P.; Knijnik, D.; Ghisolfi, E. & Henriques, A. (2001). Neurodevelopmental risk factors in schizophrenia. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 34(2), 155-163.

*Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (1995). Porto Alegre: Artes Médicas.

Mash, E. J. (1998). Treatment of child and family disturbance: a behavioral-systems perspective. In Mash, E. J. & Barkley, R. A. (1998). *Treatment of Childhood Disorders*. New York: Guilford Press.

Mattanah, J. J. F.; Becker D. F.; Levy, K. N.; Edell, W. S. & McGlashan, T. H. (1995). Diagnostic stability in adolescents followed up 2 years after hospitalization. *American Journal of Psychiatry*. 152(6), 889-894.

McLellan, J. & Werry, J. (1994). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 33(5), 616-635.

Myers, M. G.; Brown, S. A. & Vik, P. W. (1998). Adolescent substance use problems. In Mash, E. J. & Barkley, R. A. *Treatment of Childhood Disorders*. New York: Guilford Press.

Nick, E. & Oliveira, S. B. (1998). Tendências políticas de saúde mental no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 47(11), 583-589.

Nogueira, A. B. & Morgado, A. F. (1998). Reforma psiquiátrica brasileira: dois projetos de lei. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 47(12), 619-625.

Ohberg, A.; Lönnqvist, J.; Sarna, S. & Vuori, E. (1996). Violent methods associated with high suicide mortality among the young. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 35(2), 144-153.

*Paraná – Projeções de População por Sexo e Idade 1991-2020*. (1999). Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-Curitiba. Rio de Janeiro: IBGE.

Patterson, G. R.; Reid, J. B. & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial Boys*. Eugene: Castalia Publishing Company.

Pfaff, D. W. & Schwanzel-Fukuda, M. (1995). Development of GnRH neurons important for the onset reproductive endocrine and behavioral functions. In Plant, T. M. & Lee, P. A. *The Neurobiology of Puberty*. Bristol: Bourne Press.

Piver, J.; Palmer, P. & Andt, S. (1996). Course of behavioral change in autism: a longitudinal study of high-IQ adolescents and adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 35(4), 523-529.

- Poikolanen, K.; Kanerva, R. & Lönnqvist, J. (1995). Life events and other risk factors for somatic symptoms in adolescence. *Pediatrics*. 96, 59-63.
- Pottick, K.; Hansell, S.; Gutterman, E. & White, H. R. (1995). Factors associated with inpatient and outpatient treatment for children and adolescents with serious mental illness. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*. 34(4), 425-433.
- Programa de Saúde do Adolescente. bases programáticas*. (1996). Brasília: Ministério da Saúde.
- Reali, M. A. (1990). A psiquiatria democrática italiana – repercussões sociais: a mudança na abordagem da saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 39(supl. 2), 8s-9s.
- Roberts, R. E.; Atkinson, C. & Rosenblatt, A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*. 155(6), 715-725.
- Rutter, M. L. (1996). Developmental psychopathology: concepts and prospects. In Lenzenweger, M. F. & Haugaard, J. J. *Frontiers of Developmental Psychopathology*. New York: Oxford University Press.
- Saggese, E. et al. (1990). Programa ambulatorial para adolescentes psicóticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 39(5), 237-246.
- Santos, M. G. (1997). Síndrome de Tourette: uma “raridade” muito frequente. *Informação Psiquiátrica*. 16(1), 14-18.

*Saúde Reprodutiva de Adolescentes, uma estratégia para a ação.* (1989). Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Skinner, B. F. (1985). *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo: Martins Fontes.

Strauss, G.; Chassin, M. & Lock, J. (1995). Can experts agree when to hospitalize adolescents? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 34(4), 418-424.

Swedo, S. E. et al. (1997). Rates of seasonal disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*. 152, 1016-1019.

Szymanski, L. S. & Kaplan, L. C. (1997). Mental retardation. In Wiener, J. M. *Textbook of Child Adolescent Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press.

Varley, C. K.; Calderon, R.; Vincent, J. G. & Hacker, L. (1996). A survey of child and adolescent psychiatry residents. *Academic Psychiatry*. 20(1), 15-25.

Wamboldt, M. (1994). Current status of child and adolescent medical units. *Psychosomatics*. 35, 434-444.

Weingold, K. (1987). *Ginecologia Clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Weller, E. B. & Weller, R. A. (1997). Mood disorders in prepubertal children. In Wiener, J. M. *Textbook of Child Adolescent Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press.

Wiener, J. M. & Shaffer, D. (1997). Concepts of diagnostic classification. In Wiener, J. M. *Textbook of Child Adolescent Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press.

Wiener, J. M. (1997). Classification of Child and adolescent psychiatric disorders: a historical review. In Wiener, J. M. *Textbook of Child Adolescent Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press.

## **ANEXOS**

**ANEXO I - QUESTIONÁRIO**

**LEVANTAMENTO SOBRE O ATENDIMENTO A ADOLESCENTES COM  
QUADROS PSICOPATOLÓGICOS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA**

**INSTITUIÇÃO:**

**TIPO:** ( ) Ambulatório ( ) Clínica Psiquiátrica ( ) Hospital ( ) Escola Especial

1) Vinculada a órgão público: ( ) Sim. Qual:  
( ) Não.

2) Realiza atendimentos a pacientes adolescentes?

( ) Sim. ( ) Rotina ( ) Não  
( ) Eventual

3) No caso de resposta positiva, em sua lembrança, quais quadros psicopatológicos foram atendidos no último mês? (CID 10)

- ( ) F00-F09 Transtornos Mentais Orgânicos.
- ( ) F10-F19 Transtornos Mentais e de Comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas.
- ( ) F20-F29 Esquizofrenia, Transtorno Esquizoafetivo e Delirantes.
- ( ) F30-F39 Transtornos do Humor
- ( ) F40-F48 Transtornos Neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes.
- ( ) F50-F59 Síndromes Comportamentais associadas a distúrbios fisiológicos e a fatores físicos.
- ( ) F60-F66 Transtornos de Personalidade, Hábitos e Impulsos; e de Identidade Sexual.
- ( ) F70-F79 Retardo Mental.
- ( ) F80-F89 Transtorno do Desenvolvimento Psicológico.
- ( ) F90-F98 Transtornos Emocionais e de Comportamento com início na infância e adolescência.

**Observações:**

4) Qual o tipo de atendimento mais freqüentemente realizado?

- Permanência:  Integral  Meio Período  Hospital-dia  Naps.  
 Consultas :  Medicação  
 Psicoterapia :  Grupo  Individual  
 atendimentos de Terapia Ocupacional  
 atendimentos de Família  
 Trabalho Psicopedagógico  
 Outros (Especificar):

5) Quanto ao tratamento:

a) Periodicidade dos atendimentos:

b) Tempo médio de duração do tratamento:

c) Critérios para a alta:

6) Os atendimentos aos adolescentes seguem a mesma orientação, tendo encaminhamento de tratamento semelhante ao dispensado aos pacientes adultos?

Sim

Não

7) Em caso negativo, de que forma dá-se esta diferença?

8) Composição da Equipe de atendimento:

Profissionais	Número de Profissionais	Tempo de Função na Equipe	Formação Específica para atendimento de Adolescentes
Psiquiatra			
Psicólogo			
Terapeuta Ocupacional			
Assistente Social			
Enfermeiro			
Outros (especificar):			

9) Quais as dificuldades encontradas para a realização dos atendimentos aos adolescentes?

10) Quais os pontos positivos que você observa com relação a oferta de atendimento, voltado adolescentes, em sua instituição?

11) Há vínculo com outra instituições que prestam atendimento a adolescentes? Especificar.

12) Sugestões para a estruturação de um bom atendimento a adolescentes.

**ANEXO II – FICHA ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS DOS  
PRONTUÁRIOS**

**FICHA ROTEIRO DE LEVANTAMENTO DE DADOS**

- Instituição:

- Data de nascimento:

Sexo:

- Diagnóstico (CID 10):

- Atendimento Recebido:  Ambulatório

Internação:  Integral  Meio Período  Hospital-dia  Naps

Medicação

Psicoterapia:  Grupo

Individual

Terapia de Família

Atendimento de Família

Atendimento em Terapia Ocupacional

Trabalho Psicopedagógico

Outros:

- Duração do Tratamento:

**ANEXO III – CARTA DE APRESENTAÇÃO AOS SERVIÇOS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Ilmo. Sr.

**Assunto: Acesso aos Prontuários para Pesquisa.**

Prezado Senhor,

Visando a obtenção de dados a respeito de atendimento à adolescentes com quadros psicopatológicos em Curitiba, vimos através do presente solicitar de V. S., permissão para que o Dr. Fenelon Laba da Costa (CRM 9984), aluno deste Mestrado, possa acessar os Prontuários dos pacientes atendidos por este serviço, com faixa etária entre 12 e 18 anos, nos últimos 30 dias, com vistas a colher subsídios para elaboração de sua Dissertação, requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Certo da sua prestimosa colaboração no encaminhamento desta solicitação subscrevo-me

Atenciosamente

Coordenadora do Curso de Pós-graduação em Psicologia

**ANEXO IV – RELAÇÃO DOS SERVIÇOS PESQUISADOS**

## **RELAÇÃO DOS SERVIÇOS PESQUISADOS**

### **HOSPITAIS**

**1) HOSPITAL ESPÍRITA DE PSIQUIATRIA BOM RETIRO.**

R: Nilo Peçanha, 1552.

Telefone: 352-3011

**2) CLÍNICA HEIDELBERG S/C.**

R: Padre Agostinho, 687.

Telefone: 223-2342

### **NAPS**

**1) NAPS DO HOSPITAL ESPÍRITA DE PSIQUIATRIA BOM RETIRO.**

R: Nilo Peçanha, 1552.

Telefone: 352-3011

**2) NAPS DO CENTRO VIDA.**

R: Coronel Hoche Pedro Pires, 475.

Telefone: 243-5859

## AMBULATÓRIOS

1) **AMBULATÓRIO DO HOSPITAL ESPÍRITA DE PSIQUIATRIA BOM RETIRO.**

R: Nilo Peçanha, 1552.

Telefone: 352-3011

2) **AMBULATÓRIO DO CENTRO VIDA.**

R: Coronel Hoche Pedro Pires, 475.

Telefone: 243-5859

3) **G. E. R. A.**

R: Portugal, 410, Conj. 04.

Telefone: 2248905

4) **AMBULATÓRIO DO CENTRO PSIQUIÁTRICO METROPOLITANO.**

Travessa João Prosdócimo, 139.

Telefone: 264-6462

5) **CENTRO DE ESTUDOS DE PSICODRAMA INFANTIL DO PARANÁ.**

R: Francisco Mota Machado, 1091.

Telefone: 266-5261

## CLÍNICAS

1) CLÍNICA NOVA ESPERANÇA.

Av. Silva Jardim, 4205.

Telefone: 244-4155

2) CLÍNICA QUINTA DO SOL.

Av. Cel. Francisco H. Santos, 1180.

Telefone: 267-6969

3) CLÍNICA E PENSÃO PROTEGIDA PORTO SEGURO.

R: Brigadeiro Franco, 3.200.

Telefone: 332-1234

**ESCOLAS ESPECIAIS****1) VIVENDA – ESCOLA TERAPÊUTICA.**

**R: Orlando Perucci, 1472.**

**Telefone: 273-3760 – 372-2625**

**2) CENTRO CONVIVER.**

**R: Margarida Dallarmi, 151.**

**Telefone: 273-3047**