

AIDIL SOUZA BASTOS

***Visões acerca dos adolescentes:
algumas concepções na área da Saúde***

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Departamento de Saúde Materno-
Infantil da Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo para
obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração:
Saúde Materno-Infantil

Orientador:
Prof. Dr. Alberto Olavo Advincula Reis

São Paulo
2003

44267/2003 cg

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

ÍNDICE

1. APRESENTAÇÃO	1
2. INTRODUÇÃO	2
2.1. Adolescente como sujeito de direito e cidadão privilegiado	2
3. OBJETIVOS	23
3.1. Objetivo Geral	23
3.2. Objetivo Específico	23
4. Finalidade	24
5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	25
5.1. Delineamento do estudo	25
5.2. População do estudo	25
5.3. Coleta de dados	25
5.4. Considerações éticas	26
6. ANÁLISE DOS DADOS	27
7. DISCUSSÃO	66
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
9. REFERÊNCIAS	80

ANEXOS

Verdade

*A porta da verdade estava aberta,
mas só deixava passar
meia pessoa de cada vez.*

*Assim não era possível atingir toda a verdade,
porque a meia pessoa que entrava
só trazia o perfil de meia verdade.
E sua segunda metade
Voltava igualmente com meio perfil.
E os meios perfis não coincidiam.*

*Arrebentaram a porta.
Derrubaram a porta.
Chegaram ao lugar luminoso
onde a verdade esplendia seus fogos.
Era dividida em metades
diferentes uma da outra.*

*Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.
Nenhuma das duas era totalmente bela.
E carecia optar. Cada um optou conforme
seu capricho, sua ilusão, sua miopia.*

(Carlos Drummond de Andrade)

Às minhas filhas Juliana e Gabriela, pois o simples fato de vocês existirem me anima a buscar meu aprimoramento. É por vocês que sigo em frente, superando as dificuldades inerentes à vida.

À Ami, minha mãe, sempre pronta a me acolher e incentivar.

A Romilson, meu pai, com quem aprendi que não há mérito em fazer o que é fácil.

A Henrique, meu irmão, que sempre acreditou que eu conseguiria finalizar este trabalho.

A Romilson, meu irmão, que, à distância, me lembrava que faltava pouco...

À Ana Carolina, minha sobrinha, que com sua irreverência torna tudo mais leve.

A Flávio, meu namorado, companheiro dedicado e paciente.

Agradecimentos

Tenho muito o que agradecer, e muitas pessoas a quem agradecer.

Agradeço a competência e o rigor teórico e técnico dos Profs. Drs. que se debruçaram sobre esta dissertação, e assim, me guiaram no sentido de constituir seu alicerce em bases firmes.

Ao meu orientador Prof. Dr. Alberto Olavo Advincula Reis, a quem admiro desde a graduação, por sua inteligência, cultura, conhecimento, habilidade na arte de lecionar, e com quem muito aprendi;

Aos membros da banca examinadora – Profs. Drs. Paulo R. Gallo, Ausônia Favorido Donato, Julio Cesar Rodrigues Pereira, Fumika Peres - por dedicarem seu notório saber em benefício deste trabalho;

À Prof. Dra. Keiko Ogura Buralli, com quem iniciei este percurso.

À Bibliotecária Maria do Carmo Alvarez, por sua eficiência e presteza em diversos momentos da dissertação.

A todos da FSP pela oportunidade de realizar este trabalho.

Durante todo este processo eu nunca estive sozinha, e por isso que foi possível. Em alguns momentos precisei de colo, de ombro amigo, quem ouvisse minhas queixas, infinitas.

Em outras ocasiões precisei de palavras amigas, de incentivos.

Houve momentos em que meus amigos me deram tantas broncas!

Eles quase que tiveram de me empurrar, para que eu perdesse o medo de caminhar.

Descubro, alegre, que tenho muitos amigos.

O fundamental é que nunca estive sozinha. A força que me moveu foi o amor que recebi de vocês. Portanto, agradeço profundamente a vocês, que tanto amo.

À minha família, que é o meu suporte afetivo, em todos os momentos;

À Maria Alice Paes, Denise dos Santos, Gilberto Erbst, que, por dirigirem o CAPS-Perdizes com sabedoria e respeito pelo ser humano, souberam compreender minha necessidade de dedicação à dissertação, e sempre me incentivaram e me apoiaram;

Aos colegas e pacientes do CAPS-Perdizes, com quem convivo diariamente, e que carinhosamente me ensinam a importância da persistência;

Aos colegas do CAPS-Perdizes Antonio Pereira de Souza e Carmen Liz Vieira de Souza e ao amigo Henrique Destro pelo carinho com que acompanharam de perto meu trabalho;

À Prof. Maria Luiza Sander por seu apoio técnico no Abstract e por sua amizade;

À Delcina Jesus Figueredo, anjo da guarda, que sempre apareceu quando eu mais precisava;

À Dilva de Souza Picanço, prima e amiga, por suas mensagens que me ajudaram a convencer meu corpo a continuar trabalhando;

À Dalva de Souza Picanço, prima e amiga, por seu colo incondicional, que transcende o espaço e o tempo.

A Flávio, namorado e amigo, por seu amor, paciência, compreensão, discussões e sugestões valiosas;

A John, que me ensinou que para verdadeiros amigos não há distância;

À Dra Ana Silvia, bondosa médica, sempre disponível;

À Monja Coen, Joshin, Jikishin, Maurício, e todos da comunidade zen budista, em quem me refugio.

Resumo

Bastos AS Visões acerca dos adolescentes: algumas concepções na área da Saúde. São Paulo, 2003. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública/USP]

Objetivo. As concepções sobre adolescência exaradas nos documentos oficiais da OMS e da OPAS, bem como dos trabalhos de natureza científica oriundos do campo do saber médico permitem que se apreenda um entendimento da adolescência atrelado à seqüência cronológica dos eventos vitais, à puberdade, à construção de um padrão típico de adolescente, e à idéia de risco. Desta forma, o objetivo geral consiste em cotejar e analisar as abordagens sobre adolescência na área da saúde: OMS/OPAS e medicina, e o objetivo específico em evidenciar os aspectos principais das concepções sobre adolescência presentes nos documentos oficiais na área da saúde coletiva. **Metodologia.** Trata-se de um estudo qualitativo, de análise de textos oficiais das recomendações OMS/OPAS, e dos artigos inseridos na base de dados Medline, no período de 2000–2002, na qual buscou-se a apreensão de elementos constitutivos de discurso escrito. **Resultados.** Os artigos médicos, de forma hegemônica, entendem a adolescência como equivalente à puberdade, e concebem o adolescente enquanto um corpo físico que ao funcionar adequadamente produz saúde e ao apresentar disfunção produz doença. Estes artigos, em sua maioria, buscam compreender a fisiologia em toda sua complexidade, e deslocam o mental para o funcionamento cerebral. As conclusões dos estudos realizados com amostras são generalizadas para todos os adolescentes, uma vez que a anatomia e a fisiologia são iguais em todos os indivíduos, e o tratamento é pensado em termos individuais. Aqui o coletivo é a soma de corpos individuais. Apesar da concepção hegemônica da medicina apenas contemplar o aspecto biológico, o que a distancia da definição de adolescência da OMS (1975), encontram-se artigos médicos, classificados como Saúde Pública, Aspectos Legais, Psicologia, que apresentam uma concepção integradora, ou seja: concebem o adolescente como ser bio-psico-social. Nesses artigos o adoecer e o ter saúde não são apenas resultados fisiológicos, mas são vistos de maneira integrada consoante ao universo social, cultural e

psicológico do adolescente. **Discussões.** O paradigma hegemônico da Medicina é o biológico, e dentro das fronteiras deste paradigma a medicina avançou tecnologicamente de forma impressionante. No entanto, compreender o processo saúde-doença e nele intervir exige um outro paradigma. Contudo, para a adolescência, especificamente, a OMS adota um outro paradigma no qual as dimensões bio-psico-social encontram-se integradas e contempladas. A tarefa de aprimorar este paradigma, que denominamos paradigma da Medicina Integral, depende de um esforço multidisciplinar, o que vem aproximá-la do campo da Saúde Pública.

Descritores: Adolescência. Saúde Pública. Medicina. Puberdade.

Abstract

Bastos AS Views about the adolescents: some conceptions in the area of health. São Paulo, 2003. [Dissertation for Masters Degree – College of Public Health /USP]

Objective. The conceptions about adolescence registered in the official documents of WHO/OPS, as well as those taken from works of scientific nature in the field of medical knowledge allow us to understand adolescence as linked to the chronological sequence of vital events, to puberty, to the construction of a typical sample of adolescent and to the idea of risk. Therefore, the general objective of this work consists in confronting and analysing the approaches to adolescence in the area of health: medicine and WHO/OPS, while the specific objective consists in evidencing the main aspects of the conceptions about adolescence to be found in the official documents in the area of social health.

Methodologies. This is a qualitative study in which official texts about WHO/OPS recommendations have been analysed, as well as the articles inserted in the Medline database between the years of 2000 and 2002, by which the understanding of constitutive elements of the written speech has been researched. **Results.** Medical articles hegemonically understand adolescence as an equivalent to puberty and they conceive the adolescent as a physical body which is either healthy because it works properly or presents an anomaly which causes disease. Most of these articles try to understand physiology in all its complexity, considering mental as functional or physical brain damages. The conclusions of these studies have been generalized for all adolescents by the use of samples, because anatomy and physiology are the same in all individuals, and the treatment is considered in terms of the individual. Here the collective is the result of the sum of individual bodies. Although the hegemonic approach to medicine has only seen

the biological aspect, which makes it distant from the WHO's definition of adolescence (1975), there are some medical articles classified as Public Health, Legal Aspects, Psychology, which present an integrated approach: they conceive the adolescent as a bio-psycho-social human being. In these articles health or disease are not only physiological results but they have also been regarded in an integrated way according to the adolescent's social, cultural and psychological universe. The hegemonic paradigm of medicine is biological, and inside the limits of this paradigm, medicine has had an impressive advance. But the existence of another paradigm is necessary, in order to understand the health-disease process and to be able to interfere in it. However, specifically for adolescence, WHO has adopted another paradigm, in which bio-psycho-social dimensions have been integrated and considered. The task of improving this paradigm, which we call Integral Medicine paradigm, depends on a multidisciplinary effort. The effort will be able to bring it closer to the field of Public Health.

Descriptors: Adolescence. Public Health. Medicine. Puberty.

1. APRESENTAÇÃO

Trabalhamos há 13 anos na rede pública de saúde atendendo adolescentes e adultos, e, nossa prática, além de aumentar nosso conhecimento, nos possibilitou levantar diversas questões. Estar diante de um adolescente, implica olhá-lo, ouvi-lo, buscando saber *quem* e *como* ele é, para, à partir daí, poder ajudá-lo em psicoterapia.

Na tentativa de começar a responder *quem* e *como* é o adolescente recorreremos à leitura de autores como AYRES (1993) e PERES (1995). Qual a nossa surpresa ao percebermos que, ao invés do resultado esperado, somar conhecimento ao nosso repertório e experiência clínica, ser invadidos por inquietações. Percebemos que nossas idéias à respeito dos adolescentes estavam impregnadas de preconceitos, estereótipos, que permeiam a visão hegemônica (então por nós compartilhada) sobre eles.

Ao invés da mera descrição das características típicas dos adolescentes, como se elas fossem universais e inerentes aos adolescentes, defrontados com adolescência enquanto tema central na área da saúde, passamos a refletir sobre as abordagens sobre os adolescentes.

Será que as abordagens acerca dos adolescentes seriam a mesma que nós tínhamos em relação a eles? E, ainda, os textos das áreas: Saúde Pública, Medicina, Direito apresentariam aspectos semelhantes sobre o tema adolescência, ou diversos?

Começamos a perceber a complexidade da realidade, e a desmitificar a noção que tínhamos de adolescência.

Ao nos darmos conta de que reproduzíamos as concepções legitimadas nos diferentes discursos sobre os adolescentes, sentimos urgência de estudar a adolescência com um olhar mais crítico.

2. INTRODUÇÃO

Torna-se importante fazer um breve comentário sobre o título desta dissertação. O termo *Concepções* é utilizado significando abordagens, e como o estudo das concepções em sua totalidade seria impossível, o termo *algumas* minoraria a abrangência desta dissertação. Seu interesse recai especificamente sobre como os textos incorporados à base de dados Medline (que são sobretudo de natureza médica) abordam a questão da adolescência, considerando a área médica e seu cotejamento com a saúde pública.

2.1. Adolescente como sujeito de direito e cidadão privilegiado

Origem da atenção médica à adolescência

A atenção ao adolescente teve origem na medicina, na intersecção entre pediatria e ginecologia (PERES 1995). O modelo de atenção adotado era o clínico, biológico, individual (PERES e ROSENBERG 1998). Os primeiros trabalhos sobre adolescência são ingleses e datam de 1884. Eles abordam a identificação, prevenção e tratamento de problemas dos adolescentes (SILBER 1993).

O interesse pela adolescência começa a ser ampliado do aspecto médico para o psicológico e social. O aspecto psicológico é estudado por Stanley Hall em 1904, e pela Unidade de Estudo do Adolescente da Universidade de Yale, nas décadas de 20 e de 30. Sobre o aspecto social, Amália Gates, da Universidade de Stanford, em 1918 expressa a necessidade de que a clínica contemple os problemas gerados pelos desajustamentos sociais (RAKOFF 1993; SILBER 1993).

O Primeiro Simpósio sobre Medicina do Adolescente aconteceu em 1941. No entanto, foi na segunda metade do século XX que a produção científica sobre adolescência passa a ser significativa, e que a adolescência aparece como uma fase específica do desenvolvimento humano (AYRES 1993), o que podemos notar nos fatos que comentamos à seguir. Nos anos 50, foram criados serviços de saúde do adolescente nos Estados Unidos e Europa, e o primeiro Programa de Medicina da Adolescência (modelo para a medicina do adolescente dos anos 50 e 60), em um

hospital infantil, em Boston (COATES 1991). No campo da psicologia surgem os trabalhos de Erikson, de 1964, de Anna Freud em 1966, de Blos em 1967 (OLIVEIRA e EGRY 1997). O que há de comum nestes trabalhos é a sugestão de que a adolescência aparece sempre como uma fase turbulenta. O próprio título do trabalho dos psicanalistas Knobel e Aberastury (1991), que apresenta uma visão sintética das diversas contribuições da teoria psicanalítica ao estudo da adolescência, não deixa de indicar esta concepção de turbulência associada à noção de desordem, posto que aparece como "A Síndrome da Adolescência Normal".

Também merecem destaque a criação, nos Estados Unidos, de boletins anuais (editados de 1963 até 1979) da Sociedade de Medicina do Adolescente (SAM), criada em 1968, e do *Jornal de Saúde do Adolescente*, criado em 1980 (COATES 1991 e SILBER 1993).

O adolescente, na década de 70, já era um assunto de interesse mundial, o que se pode perceber através do aumento mundial do número dos serviços de saúde do adolescente e da realização, em 1974, na Finlândia, do primeiro Simpósio Internacional de Medicina do Adolescente (COATES 1991).

Os conhecimentos acumulados foram sistematizados, em 1976, no livro "Medical Care of the Adolescent", escrito por Gallagher, Heald e Garell, e por meio da elaboração do Primeiro Documento sobre a Saúde dos Adolescentes na região das Américas. A primeira reunião da OMS (Organização Mundial de Saúde), ocorrida em 1977, em Brasília, resultou na publicação de informes técnicos sobre os problemas e necessidades de saúde dos adolescentes, e na procura de estabelecer o Programa em nível regional, à partir do que foram oferecidos serviços para os adolescentes (COATES 1991; SILBER 1993).

O reconhecimento da Hebeatria como especialidade, pela Associação Médica Norte-americana, se deu em 1977, como já fizera a Associação Médica Argentina. Dois anos depois, a Academia norte-americana de Pediatria criou sua Seção de Adolescência (COATES, 1991 e SILBER 1993).

Nos anos 80, os governos norte-americanos pensaram as questões éticas, legais, e sexuais relativas aos jovens, o que repercutiu em cuidados de saúde dos

adolescentes. Duas iniciativas do Departamento de Saúde do Adolescente, criado pela Associação Médica Norte-americana, em 1988, foram a publicação de um guia para atenção do adolescente e a organização de uma rede de comunicação profissional. Ainda nos anos 80 foram desenvolvidos serviços na Venezuela e Uruguai (SILBER 1993).

No Brasil, em 1988, o Ministério da Saúde oficializou o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), cujas bases programáticas foram publicadas em 1989. A Saúde Pública considerou a adolescência uma questão de saúde. O contexto no qual isso se deu foi o do movimento sanitário, com o Sistema Único de Saúde como modelo assistencial. A Lei 8069, de 13.07.90, dispôs inclusive sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, reconhecendo juridicamente a cidadania de crianças e adolescentes.

Outro fato relevante é a fundação da Associação Brasileira de Adolescência (ASBRA), no ano de 1989, em Brasília. A ASBRA é uma entidade multidisciplinar que nasceu com o objetivo de desenvolver cuidados em saúde global do adolescente, e pesquisas em todos os aspectos da Adolescência. Ressaltamos que, no mesmo ano, a Adolescência foi oficializada como programa da OMS, passando a ter um orçamento próprio (COATES 1991).

O discurso oficial sobre Adolescência na área de saúde é o Programa Saúde Integral dos Adolescentes, elaborado pelo Programa Regional de Saúde Materno-Infantil da Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Apesar deste discurso ter sido aprovado em 1992, ele já era reproduzido nos países da América Latina e Caribe, através da representação da Organização Panamericana da Saúde em cada um desses países, com o apoio da Fundação Kellogg (organização não-governamental). Com o intuito de estimular a implementação do Programa, em 1990 é realizado o "Encontro para elaboração de um Programa Modular de Sensibilização e Capacitação para Multiplicadores das Áreas Docentes - Assistenciais em Saúde Integral do Adolescente", em Itapeverica da Serra - S.P.. Este evento foi promovido pelo Programa Regional de Saúde Materno - Infantil da OPS - Washington, com a coordenação local da representação da OPS - Brasília e o Programa de Atendimento Integral à Saúde do Adolescente do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

(SUDS), e dele participaram profissionais brasileiros de diversos estados, representantes da OPS e consultores internacionais (PERES 1995). Na década de 90, a saúde da adolescência estava estabelecida nos EUA, e desde 1994 os médicos podem se especializar em adolescência.

Ressaltamos, por sua importância histórica, dois congressos realizados no Brasil: o Congresso Internacional de Saúde de Jovens, em 1990, e o I Congresso Brasileiro "A Saúde do Adolescente", em 1991 (COATES 1991).

Definição de adolescência

O conceito adolescência é, e em sua essência, histórico-antropológico, porém, é a saúde que confere "um espaço de centralidade em relação ao qual se ordenaram seus empenhos descritivos, seus ensaios analíticos e suas derivações pragmáticas. Mas que não se considere, por isto, que a promoção da noção de adolescência no interior da rede de seus enunciados significou, necessariamente, que a saúde tivesse operado uma depuração epistêmica deste conceito tendo em vista sua ascense racional. Este desafio representa um desafio presente" (REIS, 1993, p.2).

A definição de adolescência, encontrada nos documentos oficiais, se baseia em dois critérios: o aspecto cronológico, vinculado às transformações somáticas (a puberdade), e a construção de um padrão típico de adolescente. Alguns documentos consideram o critério cronológico útil para propostas de estandarização, mas socialmente arbitrário (GROSSMAN e CARDOSO 1997). A própria constatação de que os critérios delimitadores da adolescência são variáveis já sinaliza para essa arbitrariedade (ROJAS 1993). Enquanto a definição da faixa etária correspondente à adolescência está entre 10 e 19 anos para a OMS (OMS 1975), no que é seguida pelo Ministério da Saúde (PIROTTA 1999; MINISTÉRIO DA SAÚDE 1996), e pela Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo (SÃO PAULO 1991), o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA 1990) a define como a faixa etária entre os 12 e os 18 anos, e o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF considera adolescente todo indivíduo entre 10 e 20 anos (GUNTHER 2000; UNICEF 1997).

A OMS (1975) define a adolescência como um período em que ocorrem transformações fisiológicas relativas ao amadurecimento sexual, evoluções

identificatórias de natureza psicológica e desenvolvimento de um processo de emancipação social e material do indivíduo. Ela subdivide a adolescência em duas fases: adolescência inicial, de 10 a 14 anos, e adolescência propriamente dita ou segunda fase, de 15 a 19 anos. A juventude corresponde à faixa etária de 15 a 24 anos.

A definição da OMS busca contemplar as dimensões fisiológica, psicológica e econômica, sendo, portanto, abrangente. Porém, esta definição desconsidera a dessincronia que ocorre entre esses três níveis. "No plano filosófico, ou seja, da exigência de homogeneidade do objeto a ser considerado, a definição de adolescência torna-se verdadeiramente confusa: querer articular o nível biológico – onde todo homem é como os demais homens, - com o nível econômico, - onde todo homem é, sob certos aspectos, como alguns outros homens – e, finalmente, com o nível psicológico – onde nenhum homem é igual a outro – é tarefa dantesca" (REIS, 1993, p. 30).

Parte expressiva dos estudos sociológicos que vieram enfocar a adolescência parecem indicar que esta fase da vida humana depende de cada tipo de cultura, e de sociedade. Estudos antropológicos em especial da escola culturalista, representada pelas contribuições de Benedict (1959) e Mead (1965), tiveram o mérito de descrever a adolescência como um rito de iniciação e passagem para a vida adulta. Uma outra área, como o Direito, concede importância à idade, pois ela está relacionada a maioridade e menoridade, à capacidade (plena ou restrita), sendo a idade legal "a que a lei prevê para o exercício de certos direitos, civis ou políticos, ou em relação ao cumprimento de determinados deveres ou encargos". A Medicina considera que a adolescência é um período de processo de crescimento e desenvolvimento, que se inicia com a puberdade e termina no final da segunda década de vida, marcada por grandes transformações biopsicossociais (SAITO 2001).

Cada área de conhecimento recorta o objeto adolescência de formas diversas, prioriza o estudo de determinados aspectos da adolescência, que destaca e enfatiza, sem que haja uma integração do conhecimento, não havendo, inclusive, concordância sobre o aspecto cronológico que compreende a adolescência.

Legislação sobre Adolescência

Os interesses privados dos cidadãos e de suas relações com os demais, que compreende direitos e obrigações, são regulados pelo Direito. O Direito normatiza a proteção ao adolescente, através da criação de leis internacionais que vêm se aperfeiçoando e buscando uma maior adequação às necessidades dos adolescentes, e à partir delas as organizações internacionais buscaram um comprometimento do maior número de países possível, em prol da proteção dos adolescentes. Para viabilizar a proteção ao adolescente é necessário que haja leis não só no âmbito federal, como no estadual e no municipal, que é onde há a aplicação da lei. Esta aplicação ocorre através da articulação do Direito com as políticas públicas, o que é possibilitado pelo fato da Constituição determinar que é dever do Estado proporcionar o gozo do direito, ou seja: atender as necessidades básicas do adolescente, como fator de proteção aos riscos. A garantia do gozo do direito se dá mediante a execução das políticas públicas, que, por sua vez, criam e mantêm serviços asseguradores dos direitos (ROCHA 1999). Estes serviços dependem de uma infra-estrutura de órgãos estatais, estabelecida pelo Direito Administrativo (DALLARI 1988).

O Direito à Saúde regula o Poder Público tanto em relação à promoção de fatores protetores ao risco, contribuindo com estilos de vida saudável (programas de assistência integral), na prevenção de riscos (programas de prevenção de drogas, de orientação sexual), quanto na recuperação da saúde quando o adolescente teve sua saúde afetada, devido à exposição a fatores causais. O Direito estabelece como os recursos devem ser empregados, priorizando na agenda política nacional o atendimento às necessidades básicas da criança e do adolescente, o que os protege dos riscos, e também prevê a punição quando os direitos dos adolescentes não são garantidos, o que estimula a manutenção dos adolescentes longe dos fatores de risco.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) estabelece os direitos fundamentais da criança, e se baseia nos princípios: liberdade, igualdade e fraternidade (ou solidariedade) (COMPARATTO 1998).

A igualdade também é um princípio presente na Constituição Federal brasileira, que estabelece, no seu Art. 5º, que é dever do Estado garantir os direitos básicos a todos os cidadãos que residam no país: "*Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança, e à propriedade*".

Igualdade, do ponto de vista jurídico, é a "consonância de direitos, privilégios ou deveres", bem como "tornar igual, sem fazer distinções", e Igualdade perante a lei é o "princípio segundo o qual as pessoas, sem qualquer distinção de raça, credo ou outras, são iguais diante da lei e têm os mesmos direitos e obrigações" (MELLO 1998). Sujeito é a pessoa que tem um direito ou uma obrigação (PEIXOTO 1993), e Direito comum é "o direito que se aplica a todos em oposição aos direitos especiais". O Direito comum se baseia na Igualdade, que é "tornar igual, sem fazer distinções" (MELLO 1998). Uma consequência dessas definições é que todos os cidadãos são Sujeito de Direito, pois todos necessitam usufruir dos direitos básicos, que são: liberdade, igualdade e fraternidade (ou solidariedade), seguridade social, saúde, educação (PIROTTA 1999), e o adolescente também é sujeito de direito (NAVARRO 2001).

Mas, não basta a existência da Igualdade perante a lei, é importante garantir que os direitos fundamentais humanos sejam usufruídos por todos os indivíduos. No entanto, os indivíduos são desiguais no que se refere à capacidade de exercer seus direitos, e assim, suprir suas próprias necessidades. O Direito Civil define "capacidade civil jurídica" justamente para estabelecer quem por si só é capaz de exercer os atos da vida civil, que são os atos rotineiros da vida, e quem para exercê-los necessita ser assistido ou substituído. A capacidade pode ser plena, quando a pessoa está apta para todos os atos da vida civil, ou limitada, quando há restrições para o exercício do direito. O que estabelece limites para o exercício do direito é a Idade (enquanto termo jurídico), ao fixar os graus de capacidade do indivíduo, no direito civil e os graus de responsabilidade do agente, no direito penal (PEIXOTO 1993).

Entre os que a lei considera como tendo capacidade limitada estão os menores de 16 anos, que por isso precisam de alguém que os represente, bem como os

menores de 18 anos, que só podem exercer seus direitos assistido por seu responsável. Ao completar 18 anos o indivíduo passa a ter capacidade plena.

Para que os cidadãos com capacidade limitada gozem de seus direitos lhes é concedido Privilégio, que é o "direito ou vantagem especial que se concede a uma ou mais pessoas para esta ou estas gozarem com exclusão dos outros, fazendo exceção ao direito comum ou à regra geral" (PEIXOTO 1993). O adolescente, além de ser sujeito de direito, é reconhecido como sujeito privilegiado (NAVARRO 2001), pois ter capacidade restrita, uma vez que seu desenvolvimento ainda não se completou, o torna vulnerável para problemas estreitamente relacionadas à adolescência. Ele é percebido como constituindo um grupo especial, de alto risco (PEIXOTO 1993; MELLO 1998), que corre "riscos auto-infligidos", em virtude de más escolhas, adotando estilos de vida que envolvem comportamentos com mais riscos que os de outros grupos da população, como: hábito de fumar, abuso do álcool e das drogas, falta de respeito às regras do trânsito, gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis e Aids, violência, abuso sexual, saúde mental e trabalho (GOLDBAUM 1990). Ter capacidade restrita implica em estar em condições nas quais necessita receber cuidados especiais, que favoreçam a resiliência aos problemas da adolescência.

Para que o indivíduo com capacidade limitada tenha garantido o privilégio a tutela é instituída. Tutela é o "encargo conferido a alguém, civil e moralmente capaz, em virtude de lei ou disposição de última vontade, para que cuide do menor, seus bens e tudo quanto baste para um sadio desenvolvimento físico, mental e cultural.... o tutor obriga-se a prover à alimentação e educação do menor, bem como ao seu bem-estar, dentro de suas possibilidades". Ao Estado cabe o dever de garantir as direitos fundamentais aos indivíduos, e a ele cabe o papel de tutor do adolescente, por meio da Tutela Jurídica, que é a "assistência que o Estado, por intermédio de seus órgãos judiciários, presta ao cidadão com vistas a resguardar seus direitos individuais e patrimoniais". Por conseguinte, o Estado atua como fator protetor, aos problemas da adolescência, assistindo o adolescente, através de ações e serviços, na prevenção desses problemas, na promoção de um estilo de vida saudável, e protegendo-o da exposição aos riscos (PEIXOTO 1993; MELLO 1998).

A solidariedade implica na responsabilidade de todos pelas necessidades de qualquer indivíduo ou grupo social, baseada na Justiça, que é o "reconhecimento e distribuição do direito de cada um" (MELLO 1998). A justiça social é distributiva, e compensa as desigualdades entre as classes sociais, possibilitando a Equidade, que do ponto de vista jurídico significa a "aplicação mais branda da lei, segundo as circunstâncias de um caso particular, visando a favorecer a parte mais fraca e a melhor distribuição da justiça" (MELLO 1998). Outro significado de equidade é: "conjunto de princípios imutáveis de justiça que permitem ao aplicador da lei, muitas vezes, afastando-se do direito objetivo, isto é, das normas jurídicas de caráter coercitivo impostos pelo Estado, procurar uma fórmula de julgamento que melhor atenda a realidade de cada caso concreto" (PEIXOTO 1993).

A equidade se baseia na existência de desigualdades entre as pessoas, e a lei atua no sentido de "corrigir", "amenizar" essas desigualdades, para garantir ao sujeito privilegiado (aos indivíduos com capacidade restrita) o gozo de seus direitos. A equidade é colocada em prática na execução de políticas públicas, que garantam amparo e proteção social àqueles que dispõem de recursos insuficientes para gozar dos direitos humanos (COMPARATTO 1998).

Considerando que o adolescente não completou seu desenvolvimento, e que os pais desfavorecidos economicamente não podem amparar seus filhos, as leis relativas aos adolescentes foram criadas no sentido de garantir que todos os adolescentes possam ter suas necessidades básicas supridas (O' DONNELL 1999).

Em nível mundial, os mais significativos eventos para a área do Direito foram o Ano Internacional da Criança (1979) e a Convenção dos Direitos da Criança (1989), que concebem a criança como sujeito de direito e como cidadão privilegiado (NAVARRO 2001).

O principal instrumento de proteção e das obrigações dos Estados com relação ao adolescente é a Convenção dos Direitos da Criança (1989), além do que é o instrumento jurídico de maior aceitação no mundo, sendo seguida por 191 países. Este instrumento foi adotado pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 1989, entrando

em vigência em 1990, e contempla todos os direitos fundamentais da criança, sendo que considera criança os que têm menos de 18 anos (MORLACHETTI 1999).

É notória a contradição que se instala no campo jurídico. Enquanto Idade legal estabelece gradações em termos de capacidade (plena e limitada), a Convenção não o faz, e de acordo com ela o adolescente "desaparece", uma vez que a faixa etária que, por exemplo, a OMS considera que corresponde à adolescência, a Convenção considera que corresponde à infância.

No Brasil a Constituição (1988) afirma o direito de todos à saúde, reconhecida como direito social (C.F., art. 6º) e imposta como "dever do Estado" (C.F., art 196) (DALLARI 1995).

O Direito da Criança e do Adolescente foi instituído no direito positivo brasileiro através do art. 227 da Constituição brasileira de 1988, como segue:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Parágrafo 1º. o Estado promoverá programas de assistência integral à saúde do adolescente, admitida a participação de entidades não-governamentais e obedecendo aos seguintes preceitos:

I - Aplicação de percentual dos recursos públicos destinados à saúde na assistência materno-infantil;

II - criação de programas de prevenção e atendimento especializado para os portadores de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos.

(...) VII - Programas de prevenção e atendimento especializado à criança e ao adolescente dependente de entorpecentes e drogas afins.

Parágrafo 4º - a lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente. (...)

A Lei Orgânica da Saúde (1990) regulamenta a Constituição quanto ao direito à saúde (ROCHA 1999), e o Programa Saúde do Adolescente do MS (MS 1996 e 2000) valoriza a integralidade das ações e o enfoque preventivo e educativo, para garantir que os adolescentes tenham acesso à saúde.

À partir da Convenção Internacional dos Direitos da Criança da ONU ((ANAIS DA CONFERÊNCIA 1997) o Brasil realizou uma reforma jurídica para assegurar à infância e à adolescência os direitos à sobrevivência, ao desenvolvimento, à proteção e à participação, criando o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990).

O ECA, através da doutrina da proteção integral, responsabiliza todos (poder público e a sociedade) por todas as crianças e adolescentes brasileiros. A equidade é o meio de não ocorrer exclusão, discriminação, ou exceção, dos direitos e necessidades básicas (garantidos pelo ECA) em uma sociedade onde há profunda desigualdade social, como é o caso da brasileira. O ECA é o instrumento legal para a correção dos desvios relativos aos direitos das crianças e adolescentes, e nisso também viabiliza a equidade.

O ECA (1990) esclarece que a criança e o adolescente gozam de todos os direitos humanos reconhecidos nacional e internacionalmente (PIROTTA 1999), consolida as normas anteriores à sua vigência, e regulamenta os direitos das crianças e dos adolescentes brasileiros, assegurando a todo brasileiro de 12 a 18 anos incompletos a proteção integral. Ele trata a criança e o adolescente como sujeitos de direitos, e sujeitos privilegiados. À criança e ao adolescente deve ser garantido o direito à vida e à saúde, a viver em família, a receber o aleitamento materno, a ser atendido em primeiro lugar nos postos de saúde e hospitais, a ter educação de qualidade, a estudar em uma escola perto de sua casa, a ir e vir, a se expressar, a receber

atendimento especializado quando for portador de deficiência, a ser acompanhado da mãe ou do pai quando estiver doente e internado, a não trabalhar antes dos 14 anos, a ser protegido no trabalho entre os 16 e os 18 anos, ao lazer, à cultura, à informação, ao esporte (UNICEF 2000).

A proteção integral estabelecida no ECA deve ocorrer pela articulação de ações governamentais e não-governamentais, observando a municipalização do atendimento, a criação de conselhos deliberativos e controladores das ações em todos os níveis, a criação e a manutenção de programas e fundos específicos, a integração de órgãos e a mobilização de toda a sociedade em prol dos direitos das crianças e adolescentes (ANAIS DA CONFERÊNCIA 1997). O ECA estabelece um sistema de garantias, composto por: Promoção, Vigilância/Controle e Defesa, que promovem a saúde, atuando como fator protetor aos riscos.

Assim, no que se refere às ações de Promoção, os serviços públicos devem atender as crianças e os adolescentes nos seus direitos básicos, em relação às de Vigilância/Controle elas são viabilizadas através de acompanhamento e avaliação da execução orçamentária, e sobre as de Defesa ocorre a responsabilização pelo não-atendimento, pelo atendimento irregular e pela violação dos direitos individuais ou coletivos das crianças e adolescentes (ANAIS DA CONFERÊNCIA 1997). O ECA dispõe sobre a saúde do adolescente em diversos dispositivos legais, entre eles:

Art. 7º: A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência".

Art. 14: O Sistema Único de Saúde promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que ordinariamente afetam a população infantil, e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos.

Art. 208: Regem-se pelas disposições desta Lei as ações de responsabilidade por ofensa aos direitos assegurados à criança e ao adolescente, referentes ao não-oferecimento ou oferta irregular:

...VII - de acesso às ações e serviços de saúde;

O Estatuto (ECA) instituiu o CONANDA (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente) e também um sistema articulado e descentralizado de atendimento, defesa, e promoção dos direitos desse grupo etário, através da criação dos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e dos Conselhos Tutelares, com o objetivo de estruturar instâncias que dessem respaldo ao gozo do direito (CANNON e BOTTINI, 1998). O CONANDA, de acordo com as Diretrizes Nacionais 2001-2005 (CONANDA 2001), considera que as políticas públicas de saúde devem garantir acesso universal e igualitário às crianças e adolescentes, destacando a orientação sexual, para prevenir gravidez e DST/AIDS, nisto seguindo o Ministério da Saúde. Aos Conselhos Tutelares compete a execução e fiscalização da violação dos direitos, em nível municipal (ZILLOTTO 1992).

Os artigos 205 a 214 do ECA são sobre educação, uma vez que a educação é importante para prevenir a morbimortalidade por causas externas, para a promoção da saúde reprodutiva e sexual, para a formação escolar em si mesma, e por possibilitar expectativas quanto ao futuro (PIROTTA 1999).

Os textos oficiais e o Estatuto Da Criança e do Adolescente

As diretrizes internacionais relativas à saúde do adolescente estão estabelecidas nos documentos internacionais dos seguintes organismos: ONU, OMS e OPAS, que por sua vez respeitam a Declaração Universal dos Direitos Humanos. São especialmente relevantes os seguintes documentos: Diretrizes de Riad (ONU 1990) (MORLACHETTI 1999), a Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento de 1994 – ONU (CANNON e BOTTINI 1998), o Plano de Ação de Desenvolvimento e Saúde de Adolescentes e Jovens nas Américas 1998-2001 (OPS 1998) e as Diretrizes para a Programação da Saúde Integral do Adolescente e Módulos de Atendimento (OPS 1996),

que define as funções do nível central, do nível intermediário e do nível local. Os documentos oficiais nacionais estão de acordo com as diretrizes internacionais, respeitando a Constituição, e sendo hierarquizados, desde o nível federal, passando pelo estadual, até o municipal.

A noção de risco

Risco é um conceito fundamental e instrumental na epidemiologia, e significa "a probabilidade da ocorrência de eventos ou fenômenos ligados à saúde". Este conceito tem como pressupostos: a possibilidade de conhecer a probabilidade de ocorrência de um evento, e quantificá-lo; a natureza homogênea da morbidade; a recorrência dos eventos. A historicidade é retirada do conceito de risco (ALMEIDA FILHO 1992).

O risco é função dos Fatores de Risco, que são características ou circunstâncias pessoais, ambientais ou sociais, associados à ocorrência de determinado dano (ALVARENGA 1987).

A noção de risco está presente na Saúde Pública, e pelo enfoque de risco "As pessoas, famílias e grupos têm diferentes graus de probabilidade de 'desvio' de saúde e bem-estar", e os fatores promotores e protetores de saúde são numerosos e inter-relacionados. O enfoque de risco mostra o caráter normativo/prescritivo da OMS/OPAS, e é utilizado, estrategicamente, como integrador nos seguintes documentos: Plano de Ação sobre a Saúde do Adolescente nas Américas (OPS 1992), Programa Saúde Integral do Adolescente, "Cuidados Primários de Saúde", Conferência Internacional de Alma-Ata (1979), visando a "Saúde para todos no ano 2000" (OMS 1986).

A publicação "Situações de Risco à Saúde de Crianças e Adolescentes", divulgada pela OPS, e coordenada por Eisenstein e Souza, 1993, teve o apoio da OPS e da UNICEF. Ela conceitua Risco como a "probabilidade de ocorrência de algum evento indesejável" (p.18), distinto do conceito da epidemiologia, pois "Indesejável" supõe uma categoria valorativa. "Fatores de risco" são conceituados como "elementos com grande probabilidade de desencadear ou associar-se ao desencadeamento de um determinado evento indesejado, ou maior chance de adoecer ou morrer". "Usualmente

não existe uma relação direta e fechada entre um fator de risco e um determinado evento, existe sim, uma associação de causas e efeitos múltiplos que interagem no aumento da probabilidade ou desencadeamento do evento" (p. 18). Aparece o conceito de "comportamento de risco", que é "qualquer alteração da conduta, ou atuação repetida e fora de determinados limites, que possa comprometer ou desviar o desenvolvimento psicossocial normal, durante a infância e a adolescência, com repercussões danosas à vida atual e futura".

A adolescência é percebida como um período em que há a ocorrência de problemas específicos, que constituem uma exposição maior a riscos, o que legitima a intervenção social (CHAUVENET1991), como forma de reduzir um risco, ao diminuir a exposição ao fator de risco.

O conceito "comportamento de risco" é básico no Programa de Saúde Integral do Adolescente. A maioria dos documentos da OMS/OPS referenciados no Plano de Ação sobre Saúde do Adolescente para as Américas - Saúde Integral do Adolescente refere-se a problemas específicos, decorrentes de comportamentos dos adolescentes, associados à Saúde Reprodutiva - gravidez, aborto, maternidade, doenças de transmissão sexual, a causas externas associadas à violência - acidentes de trânsito, homicídios, suicídios, e os ligados ao consumo de substâncias - drogas ilícitas, álcool, tabaco. Para cada problema específico haveria respostas específicas.

A 42ª Assembléia Mundial de Saúde - A Saúde dos Jovens defende que para mudar comportamentos dos jovens é necessária a promoção de estilos de vida saudáveis - OMS, 1990 (p. 15), através das seguintes ações: "desenvolver boa alimentação, capacidade de relações sadias..., desenvolver bons hábitos de higiene, capacidade de explorar e conhecer seus mundos, sem se exporem em demasia aos riscos e lesões, isentos do uso abusivo de drogas e contribuir ao bem-estar dos demais e da comunidade" (OMS, 1990:24).

O Grupo de Estudo da OMS acerca dos jovens e a "Saúde para todos no ano 2000" (OMS, 1986) define grupo de alto risco entre adolescentes, constituído por aqueles que "pertencem a minorias sociais, religiosas ou étnicas, que sofreram perdas

significativas, incluindo dor pela morte de um parente, um lar destruído ou a rejeição por seus pais; as pessoas institucionalizadas; as que sofrem algum impedimento físico ou intelectual devido a doenças crônicas, as vítimas de abuso físico, emocional ou sexual; as que carecem de lar ou emprego, ou são muito pobres; as adolescentes grávidas ou as adolescentes com filhos" (OMS, 1986:59).

Esse Grupo de Estudo (1984), bem como a OPS, na publicação "La salud de los adolescentes y jovens en las Américas – un compromiso com el futuro" (OPS, 1985: 35) enfatizam que o "enfoque que se limite a efetuar advertências sobre fatores de risco e sobre modelos específicos de mudança de comportamento, não é adequado para promover estilos de vida mais saudáveis" (p. 116), sendo fundamental a participação dos jovens.

A 42ª Assembléia Mundial de Saúde, 1989, reforça que os "comportamentos-problemas" estão interrelacionados, e conceitua "grupo de alto risco": "Ainda que todos os jovens necessitem de orientação adequada, apoio e oportunidades de desenvolvimento, alguns grupos requerem auxílio especial: mulheres jovens, particularmente nas áreas rurais, os despossuídos, os oriundos de grupos minoritários em suas sociedades, os imigrantes, os violentados sexualmente, aqueles empregados como mão-de-obra bem antes de estarem preparados para tal e aqueles sem lares ou famílias que vivem nas ruas de nossas sociedades". (OMS, 1990:22).

A Saúde Integral do Adolescente prioriza adolescentes pobres, buscando "a redução da desigualdade de oportunidades das crianças, adolescentes e jovens e suas famílias, assim como a desigualdade em oportunidades por gênero" (OPS, 1992:12).

No evento "La Cumbre Mundial en Favor de la Infância" (1990), com iniciativa das Nações Unidas, coordenação da UNICEF, e adesão de 114 países, foram elaborados a Declaração Mundial e Plano de Ação da Cúpula Mundial pela Criança (um dos marcos políticos orientadores do Programa de Saúde Integral do Adolescente). Em termos de políticas a curto prazo "confere prioridade aos grupos de população com maiores déficits sociais, que são também os que reproduzem a transmissão intergeracional da pobreza. As famílias mais pobres são as que registram taxas mais altas de fecundidade, índices mais altos de morbidade e mortalidade materno-infantil associados, maiores

níveis de desnutrição e taxas mais altas de fracasso escolar. Entende que esta seqüência de nascimento demasiadamente prematuros, numerosos, pouco espaçados ou demasiadamente tardios, saúde debilitada, desnutrição crônica e baixo rendimento escolar, significa, comumente, desemprego ou atividades informais de baixa produtividade e, conseqüentemente, marginalização econômica, desagregação familiar e exclusão social". E, "ao lado de aplicação de políticas estruturais para erradicar a pobreza, coloca que a forma mais eficaz de quebrar este círculo vicioso é concentrar inicialmente os esforços e os recursos do núcleo original: à assistência materno-infantil. (...) Os princípios destinatários das metas não são apenas os mais pobres, são também os menos influentes" (UNICEF, 1992:4).

O discurso da Saúde Integral do Adolescente enfatiza que os problemas ligados à sexualidade: atividade sexual precoce e sem proteção, gravidez, aborto, e maternidade precoce, são resultado do "comportamento de risco", e assim justifica intervenções que objetivem a regulação do exercício da sexualidade.

Citamos trechos de documentos oficiais sobre risco:

"Nos aspectos psicossociais a gravidez da adolescente afeta o seu projeto de vida, pois favorece a interrupção de sua escolaridade, diminui suas expectativas laborais e configura um futuro incerto" (OPS, 1992:8).

"O filho de mãe adolescente tem, em geral, maiores riscos que aquele de mãe com mais de 20 anos, que se traduzem, em maior freqüência de baixo peso ao nascer, maior morbidade perinatal e posteriormente, risco de negligência e maltrato" (ídem: 8).

A OMS, 1985, aborda os "desastrosos efeitos globais e as conseqüências sanitárias, educacionais, econômicas e sociais das gravidezes em adolescentes" (OPS, 1992:5).

O "enfoque de risco" concebe os adolescentes pobres como estando "sob comportamento de risco", e portanto, "desviantes" da norma, e, inclusive, em publicação da OPS, 1985, são apresentados resultados de um estudo de Silber, 1984, seguidos de análises do autor segundo as quais, "a gravidez adolescente tem sido chamada "Porta de entrada do ciclo da pobreza", a partir da constatação de que: a)

estudos demonstram que as possibilidades de pobreza para adolescentes que têm um filho são sete vezes maiores do que para as adolescentes não grávidas; b) as possibilidades de divórcio ou separação de seu companheiro são três vezes maiores para as adolescentes que tiveram um filho e os salários que receberão até o final de suas vidas serão consideravelmente inferiores aos das adolescentes não-grávidas".

A relação determinista pobreza - planejamento familiar/redução da fecundidade aparece também em outras publicações da OPS, dentre as quais, em "Salud Materno-infantil y atención primaria en las Américas" (OPS 1984).

Pena, 1991, diz que "o planejamento da reprodução, estranha mistura de sexo com boas maneiras, deve ser encarado como locus de encontro de duas ordens: a do Estado e sua vontade, de definição das mulheres que estão destinadas a perpetuar o cidadão, e de seleção dos que devem nascer e merecer o gozo do patrimônio público; e a da Família e sua economia interna de recursos - materiais e simbólicos - que tem no uso de anticoncepcionais o rosto mais evidente" (p. 101).

No Plano de Ação sobre a Saúde do Adolescente o argumento que aparece para a intervenção por parte da saúde em relação ao consumo de drogas é assim colocado: "O consumo de substâncias psicoativas na Região entre adolescentes e jovens tem adquirido proporções consideráveis. Ainda que este consumo seja menor nos países da América Latina, sua prevalência tende a aumentar, particularmente em alguns grupos, como os que provêm de famílias desintegradas, os desertores escolares, os desempregados, os pertencentes aos estratos mais pobre e postergados da população e os que apresentam certas patologias" (OPS, 1992:11).

Com o enfoque de risco foram-se delineando "perfis" de adolescentes potencialmente "drogaditos" ou potencialmente portadores de doenças na fase adulta, ou mesmo durante a adolescência (OMS, 1989).

O Informe "La salud de los jóvenes: um desafio para la sociedad", OMS, 1986, expressa que os estilos de vida dos jovens, em geral, supõem comportamentos com mais riscos que o resto da população, e aborda a relação entre estilos de vida e risco:

"Estilos de vida podem ser definidos como estruturas de mediação que refletem uma ampla gama de valores, atitudes e atividades sociais. O comportamento escolhido por um indivíduo pode promover sua saúde, como também pode prejudicá-la. Entretanto, para modificar o estilo de vida de um jovem, é preciso adotar medidas de amplo alcance para mudar os fatores que o determinam" (p. 47).

Outro "enfoque integrador" presente no Programa é o "antecipatório", que é a "possibilidade de programação de ações de saúde, adiantando-se à seqüência dos eventos próprios do processo de crescimento e desenvolvimento, permitindo intervenções antecipadamente ao aparecimento de tais eventos" (OPS, 1992: 24). O Programa, em "A cadeia de prevenção", estimula a promoção e prevenção, por utilizarem poucos recursos.

O direito à equidade está expresso em diversos documentos, conforme expomos à seguir.

O princípio da solidariedade encontramos, por exemplo, no documento da OMS "Saúde para todos no ano 2000" (OMS, 1986).

No Plano de Ação sobre a Saúde do Adolescente nas Américas (OPS, 1991) uma das premissas nas quais o enfoque de risco se baseia é que os indivíduos têm diferentes graus de probabilidade de desvio de saúde e bem-estar, o que significa distribuição de esforços e recursos proporcional às necessidades, ocorrendo assim a equidade.

A OPS, na publicação "La salud de los adolescentes y jovens en las Américas – um compromisso com el futuro", está subtendida a equidade, uma vez que considera que as políticas e os programas para a juventude devem promover o ótimo estado de saúde dos jovens, facilitar a integração nas sociedades nacionais dos segmentos populacionais excluídos, para tornar menos traumática a inserção sem discriminação da mulher nos setores educacionais e de trabalho (OPS, 1985: 35).

A 42ª Assembléia Mundial de Saúde, 1989, reafirma a noção de "grupo de alto risco", admitindo que grupos desfavorecidos economicamente e (ou) por serem minoritários, requerem auxílio especial (OMS, 1990:22). A Saúde Integral do

Adolescente estabelece a equidade ao priorizar adolescentes que vivem em condições de pobreza, para que haja "a redução da desigualdade de oportunidades das crianças, adolescentes e jovens e suas famílias, assim como a desigualdade em oportunidades por gênero" (OPS, 1992:12).

A UNICEF explicita a equidade, ao afirmar que "ao lado de aplicação de políticas estruturais para erradicar a pobreza", e ao conceder prioridade aos mais desprotegidos (os mais pobres, e os menos influentes), expostos a "marginalização econômica, desagregação familiar e exclusão social ... motivado tanto por critérios éticos em defesa dos mais fracos, como por razões práticas para a promoção de melhor qualidade de vida" (UNICEF, 1992:4). O Programa de Saúde Integral do Adolescente, por sua vez, tem como público-alvo adolescentes e suas famílias pobres (PERES 1995).

As concepções sobre adolescência consideram que ela é uma fase diferenciada, especial, do desenvolvimento humano. Essas concepções apresentam um discurso científico que embasa o discurso jurídico sobre adolescente.

De acordo com GROSSMAN e CARDOSO (1997), e OLIVEIRA e EGRY (1997), a adolescência é vista como comportando situações previsíveis, e os adolescentes são vistos como vulneráveis a situações de risco para a saúde referentes: ao processo reprodutivo (gravidez precoce, planejamento familiar, e doenças de transmissão sexual); aos acidentes (incluindo os automobilísticos); à violência; ao uso e abuso de drogas; e à doença mental.

GROSSMAN e CARDOSO (1997) apontam que a adolescência é concebida como um momento no qual as dificuldades podem ser solucionadas. A saúde de um adolescente é compreendida como equivalente ao seu nível de exposição a fatores de risco, que costumam ser reduzidos à sua dimensão biológica, e mesmo ao desajustamento social. Contraditoriamente, o adolescente pouco adocece. Um fato considerado de risco para um adolescente, indutivamente é considerado risco para os demais. O estilo de vida do adolescente é explicado como decorrente da sua própria natureza, que seria universal, e, assim, transcendental a ele mesmo.

Consideramos oportuno o estudo dos aspectos principais do tema adolescência presentes na Medicina e na Saúde Pública, tendo em vista, conforme já citamos, a importância central concedida à adolescência por essas áreas, e que, ao mesmo tempo, a adolescência necessita ser estudada, uma vez que ela é conceituada à partir dos níveis fisiológico, psicológico e econômico, os quais muitas vezes apresentam dessincronia (REIS 1993) e à partir do critério cronológico, apontado como socialmente arbitrário (GROSSMAN e CARDOSO 1997).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

- Cotejar e analisar as abordagens sobre adolescência na área da saúde: OMS/OPAS e medicina

3.2. Objetivo Específico

- Evidenciar os aspectos principais das concepções sobre adolescência presentes nos documentos oficiais na área da saúde coletiva.

4. Finalidade

- Ajudar sobretudo os profissionais da área médica a incorporar os pressupostos das áreas psicológica e social tal como a OMS e a OPAS o fazem no campo da medicina, de forma a flexibilizar o paradigma biológico preponderante na área médica, uma vez que a adolescência é um conceito histórico, para a medicina se tornar mais social.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de análise de documentos.

Desta forma realizamos uma análise qualitativa na qual buscamos a apreensão de elementos constitutivos de discurso escrito, cuja análise obedeceu aos critérios de análise de conteúdo (semântica) tal como a define Bardin (1980).

5.2. População do estudo

A população de estudo compreendeu textos oficiais das recomendações OMS/OPS, e da medicina.

5.3. Coleta de dados

Os textos de Saúde Pública estudados foram os textos oficiais das recomendações OMS/OPS.

Os textos da medicina foram estudados através dos artigos inseridos na base de dados Medline, no período de 2000 –2002.

Escolhemos esta base de dados por ser uma base pública, de dados de Saúde, sendo a mais conhecida no Brasil.

Medline é uma base médica, norte-americana. Para um artigo ser inserido na Medline ele deve ser reconhecido como artigo científico e estar na língua inglesa. Contudo, seu interesse e importância residem no fato de que esta base fornece a produção científica concordante com o paradigma de ciência positivista, que é reconhecido e adotado de forma hegemônica, mundialmente.

5.4. Considerações éticas

O presente projeto procurou seguir todas as exigências da Resolução 196/99 do Conselho Nacional de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CONEP).

6. ANÁLISE DOS DADOS

Realizou-se análise de conteúdo. Estudou-se os artigos científicos da Medicina sobre adolescência e puberdade à partir de uma leitura dos níveis manifesto e latente destes discursos. A metodologia utilizada nesta leitura parte dos postulados psicanalíticos de que um discurso possui uma dimensão manifesta, que compreende o que o autor pretende comunicar, sendo, portanto, explícita, e, ao mesmo tempo, possui uma dimensão latente, composta por idéias implícitas, que podem ser diferentes, ou não, das idéias manifestas. Quando as duas dimensões são diferentes, a dimensão latente revela contradições, incoerências, lacunas, vieses, na dimensão manifesta do discurso, passíveis de apreensão por meio de análise (REIS, 1993).

No período de 2000-2002 foram inseridos no Medline 473 artigos utilizando como palavras-chave: puberdade e (ou) adolescência.

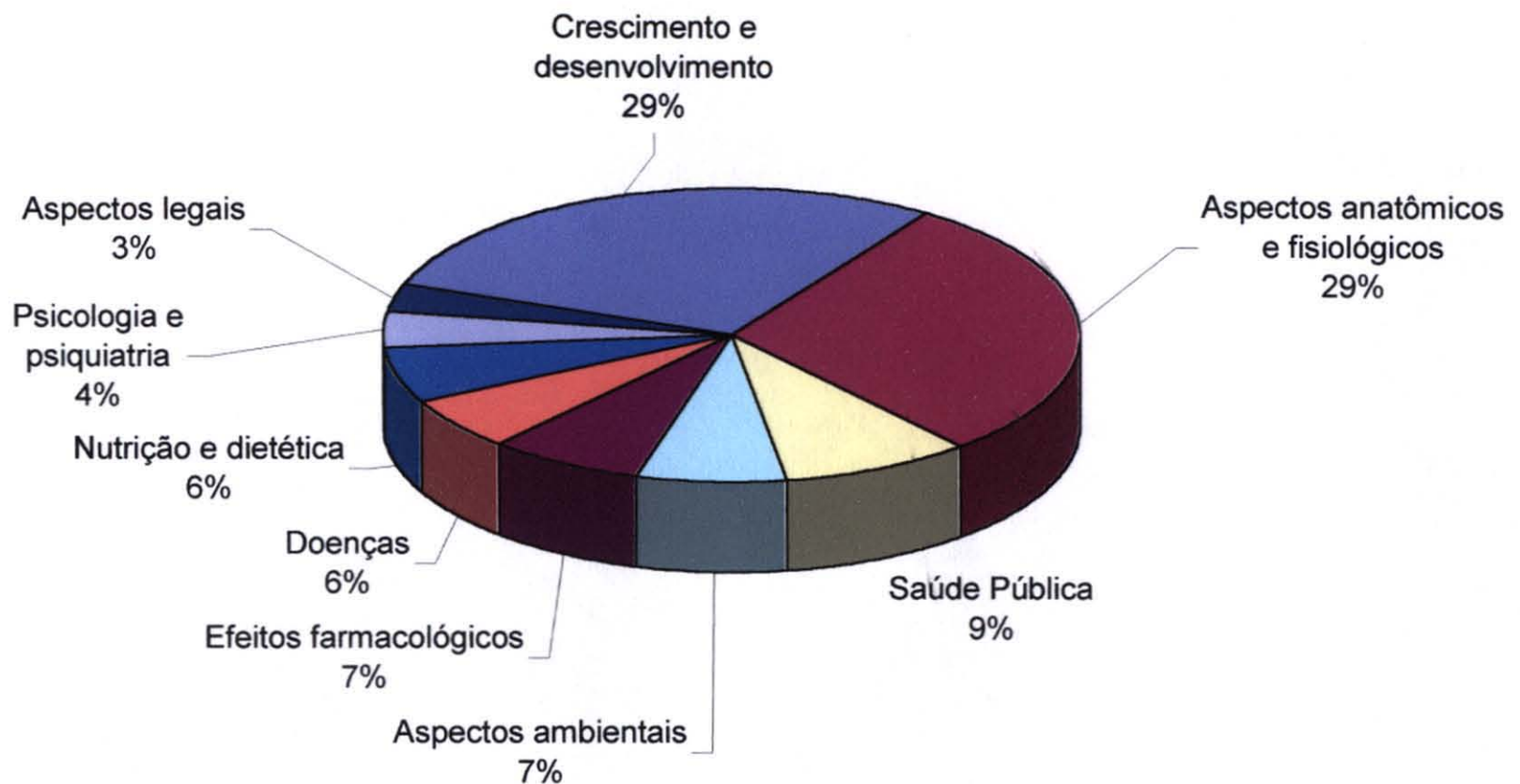
Para a aglomeração dos aspectos estudados nos artigos em subcategorias mais amplas trabalhou-se com 2 pesquisadores independentes, o que resultou na seguinte classificação: Crescimento e Desenvolvimento, Aspectos Anatômicos e Fisiológicos, Saúde Pública, Aspectos Ambientais, Efeitos Farmacológicos, Doenças, Nutrição e Dietética, Psicologia e Psiquiatria, Aspectos Legais.

Cada artigo abordou e interligou diversos desses aspectos classificados, sendo que o adolescente foi concebido como equivalente a um corpo em funcionamento sistêmico.

Assim, nos 473 artigos o número total de aspectos estudados foi: 3228, e apresenta-se à seguir o número e a porcentagem de vezes que cada aspecto foi estudado em relação ao total, por ordem decrescente: Crescimento e Desenvolvimento foram estudados em 29% (937 vezes), Aspectos Anatômicos e Fisiológicos foram estudados em 29% (940 vezes), Saúde Pública foi estudada em 9% (285 vezes), Aspectos Ambientais foram estudados em 7% (232 vezes), Efeitos Farmacológicos foram estudados em 7% (228 vezes), Doenças foram estudadas em 6% (183 vezes),

Nutrição e Dietética foram estudadas em 6% (178 vezes), Psicologia e Psiquiatria foram estudadas em 4% (135 vezes), e Aspectos Legais foram estudados em 3% (110 vezes) (Gráfico 1).

Gráfico 1
Aspectos Abordados



Os aspectos mais estudados foram: crescimento e desenvolvimento, e aspectos anatômicos e fisiológicos, o que evidencia a compreensão da adolescência como uma fase na qual o crescimento e o desenvolvimento orgânico se dão de maneira evidente e intensa, e a preocupação com o entendimento dessas transformações orgânicas.

Quanto aos Aspectos Anatômicos e Fisiológicos, dos 29% de vezes em que eles foram estudados, 16% das vezes (528 vezes) os Sistemas (Reprodutor, Metabólico, Endócrino, Imunológico, Hematológico) foram estudados, o que estava coerente com a visão médica, que entende que os Sistemas, na adolescência, sofrem profundas modificações.

Para a compreensão sistêmica os artigos buscaram a relação entre os aspectos referentes aos aspectos bioquímicos da Medicina (Crescimento e Desenvolvimento, Sistemas, Anatômicos e Fisiológicos, Efeitos Farmacológicos, Doenças, Nutrição e Dietética).

O corpo foi apresentado como sendo complexo, sendo que uma substância interfere em diversas outras, e no funcionamento global orgânico. O bom funcionamento orgânico depende da harmonia entre as reações fisiológicas, cuja compreensão foi buscada nos artigos. Por outro lado, uma alteração em algum aspecto bioquímico altera outros aspectos bioquímicos, como uma reação em cadeia.

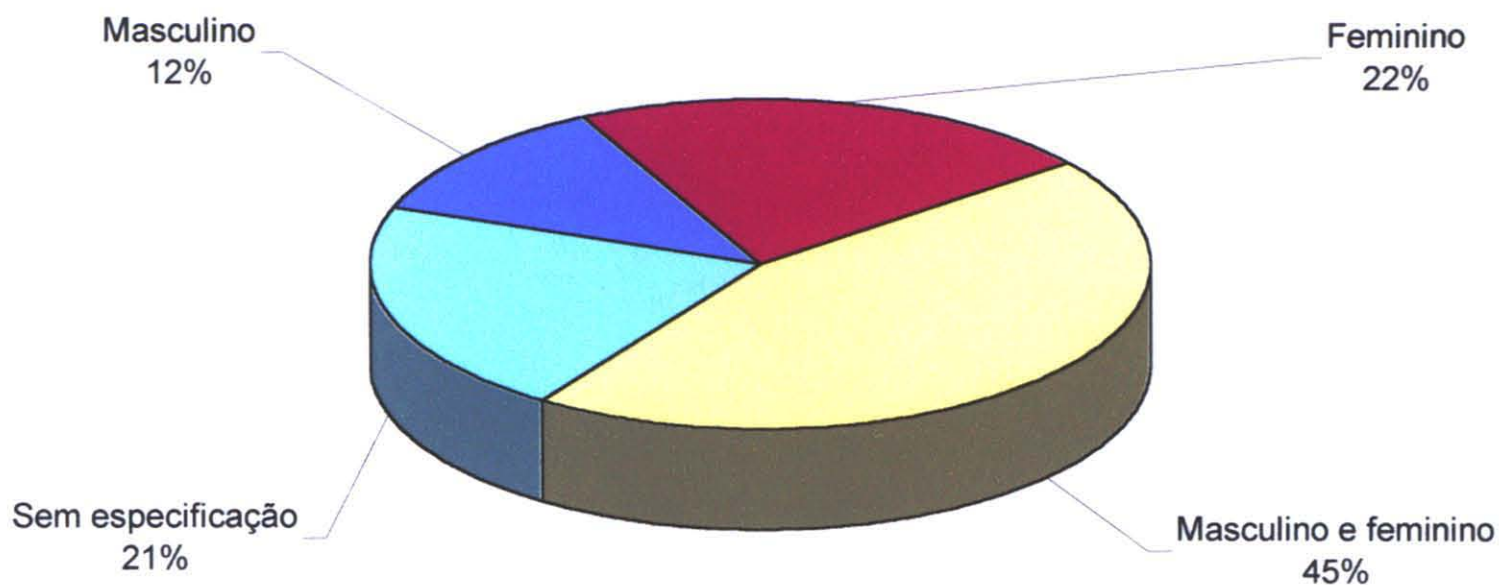
O estudo das Doenças foi uma oportunidade de estudar as relações: causa-efeito entre os aspectos bioquímicos.

Os Aspectos Ambientais, assim como os Efeitos Farmacológicos, foram pesquisados no intuito de compreender o quanto e como interferem no funcionamento orgânico.

Classificou-se a população estudada nos artigos por número de sujeitos, sexo, e idade.

A população estudada classificou-se em: feminino; masculino; masculino e feminino; e sem especificação. Do total dos artigos 22% (105) das amostras eram compostas apenas pelo sexo feminino; 12% (55) das amostras eram compostas apenas com o sexo masculino; 44% (208) selecionaram amostras com ambos os sexos; e 22% (105) dos artigos não especificaram o(s) sexo (s) que compusera (m) as amostras (Gráfico 2).

Gráfico 2
Abordagem por Sexo



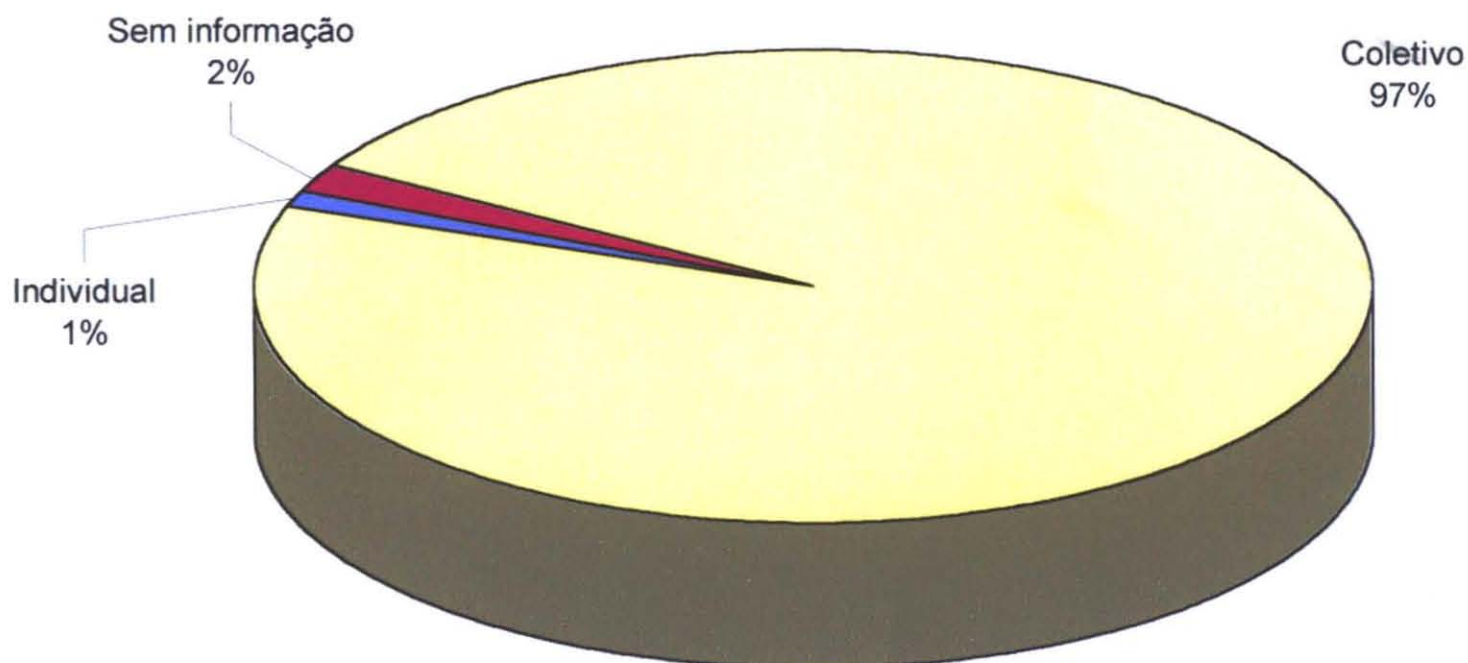
Em 22% dos artigos as amostras eram compostas pelo sexo feminino e 12% pelo sexo masculino, portanto, mais artigos estudaram o sexo feminino. Apesar do conceito de adolescência, do ponto de vista do gênero, ser androcêntrico (ter sido construído a partir de experiências masculinas), ele foi absorvido pelo discurso da Saúde Pública através de assuntos centrados nas mulheres (gravidez e da maternidade) (REIS, 1993).

Por outro lado, 44% dos artigos escolheram amostras de ambos os sexos, e, assim, não consideraram a questão gênero como determinante do assunto estudado. Isto ficou mais evidente pelo fato de que 22% dos artigos não especificaram o sexo da amostra, e compreende-se que o ser humano adolescente era o objeto de estudo. Assim, em 66% dos artigos o humano adolescente foi estudado, e nestes trabalhos o funcionamento corporal não diferiu, uma vez que eles não privilegiaram a diferença física entre os sexos.

A faixa etária das amostras esteve concentrada ao redor da faixa etária estipulada pela OMS como contendo a adolescência: dos 10 aos 18 anos.

O número de sujeitos classificou-se da seguinte forma: coletivo, individual, e sem informação. Coletivo significa que o artigo se baseou no estudo de uma amostra, individual significa que o estudo se baseou em estudo de caso, e sem informação significa que o resumo do artigo não especificou se ele se baseou em coletivo ou individual. Em relação aos sujeitos, em 97% (458) dos 473 artigos os sujeitos foram coletivos, 1% (6) foi individual, e 2% (9) foram sem informação (Gráfico 3).

Gráfico 3
Número de Sujeitos



Os adolescentes foram estudados de forma genérica, universal, como um grupo coeso, de forma coletiva, em 97% dos artigos. A especificidade, a subjetividade, que torna cada indivíduo único e particular, só foi estudada em 1% dos artigos. Notou-se nestes artigos a equivalência do adolescente ao funcionamento corporal, onde todos os corpos funcionavam da mesma forma, com as mesmas substâncias, o que estava de acordo com o estudo do coletivo.

A distribuição dos artigos por países foi a seguinte: o país com mais artigos inseridos no Medline foi Estados Unidos, responsáveis por 36% dos artigos; a Itália inseriu 8% dos artigos; a Inglaterra 7%; não havia informação sobre a origem de 7% dos artigos; Holanda, Alemanha e Canadá inseriram, cada um dos três países, 5% dos artigos. Os restantes 27% dos artigos estavam pulverizados por diversos países (Quadro 1).

Quadro 1 - Classificação por País

País	Total	% Part
Estados Unidos	169	36%
Itália	35	7%
Inglaterra	28	6%
Sem informação	26	5%
Alemanha	22	5%
Holanda	22	5%
Canadá	19	4%
França	16	3%
Austrália	14	3%
Japão	12	3%
Finlândia	10	2%
Suécia	9	2%
Dinamarca	8	2%
China	7	1%
Espanha	7	1%
Israel	7	1%
Polônia	7	1%
Suiça	6	1%
Grécia	5	1%
Rússia	5	1%
Bélgica	4	1%
Argentina	3	1%
Brasil	3	1%
Chile	3	1%
Taiwan	3	1%
Bulgária	2	0%

México	2	0%
Outros	2	0%
Turquia	2	0%
Arábia Saudita	1	0%
Austria	1	0%
Bósnia e Herzegovina	1	0%
Congo	1	0%
Coréia	1	0%
Egito	1	0%
Estônia	1	0%
Índia	1	0%
Kenia	1	0%
Marrocos	1	0%
Nigéria	1	0%
Nova Zelândia	1	0%
Senegal	1	0%
Tchecoslováquia	1	0%
Tunísia	1	0%
Total Global	473	100%

Assim, dos artigos inseridos 36% eram norte americanos, 39% eram europeus, e 25% eram de outros locais (Quadro 2).

Quadro 2 – Porcentagem de Artigos por Área Geográfica

Local	% Part
Estados Unidos	36%
Europa	39%
Outros	25%
Total	100%

À seguir, comenta-se sobre os aspectos estudados nos artigos.

Aspectos Anatômicos-fisiológicos

As seguintes partes do corpo humano foram estudadas: cérebro, coluna vertebral, coração. O aspecto fisiológico da dor foi estudado.

Sistemas

Os sistemas estudados foram: reprodutor, metabólico, hematológico, imunológico e endócrino. Apresentamos, abaixo, os conteúdos abordados em cada um desses sistemas citados.

- Sistema Reprodutor: genitálias feminina e masculina, ciclo menstrual.
- Sistema Metabólico: metabolismo, biosíntese, neurosecretor.
- Sistema Hematológico: sangue, homeostase, hemoglobina, coagulação sanguínea.
- Sistema Imunológico: imunologia, vacinas.
- Sistema Endócrino: hormônios, dosagem hormonal, glândula pituitária, secreção.

Crescimento e desenvolvimento

Foram estudados os seguintes fatores, por atestarem crescimento e desenvolvimento: densidade (corporal, óssea); composição, constituição e massa corporais; habilidades motoras; peso; altura; tamanho; circulação e cognição. Muitos artigos compararam os resultados obtidos em relação ao nível de crescimento e desenvolvimento com resultados pré-estipulados e esperados para a idade estudada. A fisiologia é central no estudo sobre Crescimento e Desenvolvimento, e os artigos sobre crescimento e desenvolvimento procuraram compreender como é a fisiologia na puberdade, através de adolescentes que apresentavam fisiologia normal, ou através da fisiologia envolvida nas atividades da corrida, do ciclismo e do andar, ou ainda via fisiologia animal, quando então os resultados foram transpostos para o adolescente.

Outros artigos, ao invés de estudarem a fisiologia normal, buscaram compreendê-la por meio do estudo das alterações fisiológicas presentes em situações de risco (esclarecendo quais são os fatores de risco), em complicações na gravidez, nas desordens e deficiências bioquímicas, as quais podem ser decorrente de uso de drogas.

A sexualidade foi estudada enquanto manifestação do desenvolvimento e do crescimento físicos, sendo abordados fatores, características, diferenciação, e maturação sexuais, e ainda homossexualidade e bissexualidade, ejaculação, menarca e pós-menopausa.

Nutrição e Dietética

Notou-se que, em relação à Nutrição e Dietética, apesar de diversas abordagens serem apresentadas, elas tinham em comum o estudo da fisiologia, e os assuntos estudados foram: identificação do estado nutricional; fisiologia da nutrição; desordens nutricionais; comportamento alimentar; estudo dos seguintes nutrientes e substâncias: glicose, proteína, lipídio, vitamina D, cálcio, colesterol, triglicérides, leptina.

Efeitos Farmacológicos

As drogas foram estudadas sob diversos ângulos, e, assim, encontrou-se artigos sobre: avaliação dos efeitos das drogas no organismo, quais os efeitos colaterais que podem provocar, sua farmacologia, o uso terapêutico, bem como o abuso, a combinação entre diversas drogas, os efeitos da radioterapia no organismo, efeitos dos agentes contraceptivos e teste de tolerância a drogas.

Além das drogas, foram realizados trabalhos sobre o efeito no organismo das seguintes substâncias: somatropina, noradrenalina, dopamina, corticotropina, monoamino-oxidase, cafeína.

O estudo dos Efeitos Farmacológicos teve como objetivo compreender melhor a fisiologia do organismo, como ele funciona interagindo com a droga ou substância. Em última instância encontrava-se a busca do funcionamento harmônico do organismo, através do uso de drogas ou substâncias.

Doenças

As Doenças "mentais" e "físicas" foram estudadas no intuito de compreensão das alterações orgânicas e fisiológicas no corpo.

As doenças mentais estudadas foram: depressão, anorexia nervosa, doença do sistema nervoso central, desordens (psicótica, obsessiva, de comportamento, de personalidade).

Quanto às doenças físicas foram estudados diversos tipos de síndromes (de Turner, de Munchausen, do ovário policístico, de fadiga), e as seguintes doenças: testiculares, endócrinas, crônica, hematológicas, cardíacas, do cabelo, de atletas, pseudo-hermafroditismo, hidrocefalia, DST, asma, pneumonia, diabetes mellitus, anemia, hemofilia, leucemia, osteoporose, hiperplasia adrenal, malária, meningomielocelo, Talassemia.

Aspectos Ambientais

Os estudos restringiram os aspectos ambientais a uma variável estudada no sentido de conhecer se interferem na fisiologia, nas doenças, no crescimento e desenvolvimento dos adolescentes. Os aspectos ambientais abarcaram, na maioria das vezes, genótipo familiar e grupos étnicos. Assim, as influências ambientais apareceram como sendo "recebidas" passivamente pelo adolescente, de forma naturalizada, como destino, ligadas à genética, independente da vontade do adolescente, que não teria nenhuma possibilidade de intervir nessas influências.

No entanto, além dessa influência familiar, o estudo de aspectos ambientais expandiu para abarcar estilo de vida, ambiente social (indo do grupo de pares,

passando por comportamentos de risco: fumar, acidente de trânsito, até manifestações mais amplas como arte, música, economia, guerra, epidemiologia, e desenho de pesquisa). Quanto mais amplo o ambiente estudado menos artigos foram encontrados.

Outros tópicos estudados foram percebidos pelos autores dos artigos como localizados no indivíduo, mas, ao contrário dos aspectos genéticos citados anteriormente, foram relatados como se fossem apenas questão de opção individual, sem que os autores os relacionem ao contexto, e aqui incluímos: liberdade, estilo de vida, fumar (cigarro, maconha), qualidade de vida, comportamento (adolescente, social), estado educacional. Porém, destaca-se que estado educacional, por exemplo, não é simples questão de "estado", uma vez que educação é dever do Estado, direito do cidadão, e inúmeros fatores interferem no "estado" educacional de um adolescente, entre os quais se há escola perto do local em que ele mora, se ele é incentivado a estudar, se este é um valor do seu ambiente familiar e social, se ele trabalha, e o trabalho é possível ser conciliado com o horário da escola, só para levantar alguns fatores que não estão localizados apenas no indivíduo, mas dependem do seu contexto.

Encontrou-se posições extremadas, uma vez que reduzir aspectos ambientais à genética é conceber o adolescente como impotente e passivo diante de um destino recebido geneticamente e imutável, mas considerar aspectos ambientais como escolha individual é conceber o adolescente como onipotente e ativo, dono do seu "destino".

Outros tópicos estudados não localizaram no indivíduo os aspectos ambientais, mas sim na interação do indivíduo com o ambiente, considerando o ambiente de forma bem circunscrita, ou então o ambiente mais amplo e suas manifestações. Os artigos que consideraram o ambiente de forma bem circunscrita focalizaram o ambiente próximo, que incluía pequenos grupos e as pessoas com quem o adolescente convivia: parceiros sexuais, abuso infantil, divórcio, grupos (de pares, de auto-ajuda), diversidade cultural, exposição (ambiental, materna). Já os artigos que consideraram o ambiente mais amplo e suas manifestações focalizaram: o ambiente social (valores, ajustamento, identificação, percepção), educação, ocupações, arte, música, meio de massa (Internet, televisão), religião, comércio, indústria, economia, terrorismo, guerra, crime, mortalidade, medidas de segurança, bebida alcoólica, armas de fogo, acidentes

de trânsito, emigração e imigração. O ambiente mais amplo pôde ser estudado através da epidemiologia, com os artigos apresentando dados relativos a: incidência, prevalência, distribuição (incluindo distribuição sexual), e de uma preocupação com metodologia: métodos (inclusive métodos culturais) e desenho de pesquisa.

O estudo desses outros fatores (que não genótipo familiar e grupos étnicos), vem acontecendo nas últimas quatro décadas, "com uma ampla diversificação que muito tem enriquecido o conhecimento sobre este período, e tem mostrado que não só os fatores genéticos, mas também os ambientais exercem influências decisivas" sobre a puberdade (REIS, 1993, p. 26).

As influências ambientais no adolescente foram estudadas como forma de aperfeiçoar a prevenção e o controle de doenças ou de comportamentos de risco, e o ambiente significou fator de risco ou de proteção. Poucos artigos buscaram compreender o contexto social de forma crítica, questionando a adequação do contexto, quanto mais propondo intervenção neste contexto mais amplo.

Psicologia e Psiquiatria

Os artigos de Psicologia e Psiquiatria se dividiram entre aqueles que medicalizaram os aspectos psicológicos, e aqueles que buscaram compreender o funcionamento psicológico de um adolescente, ou de relações estabelecidas pelos adolescentes. Os artigos, em sua maioria, buscaram conhecer o que denominaram como psicologia da puberdade, do adolescente e do comportamento, pressupondo que há um funcionamento psíquico e comportamentos específicos da adolescência. Os termos psicologia da puberdade e do adolescente foram utilizados como sinônimos, podendo aparecer ora um desses termos e ora o outro no mesmo artigo, o que se explica pelo reducionismo da adolescência à puberdade, e a subordinação dos aspectos psicológicos ao aspecto biológico.

Os artigos de psicologia, em sua maioria, estudaram o funcionamento psicológico do adolescente localizando sua compreensão no intrapsíquico, e os assuntos abordados foram: ansiedade, imagem corporal, auto-conceito, emoções, ciúme, atitude em relação à morte, motivação, rejeição. Alguns artigos, porém, focalizaram não o

adolescente, mas seus pais, a psicologia dos pais e o comportamento materno. Os poucos artigos que buscaram compreender o funcionamento psicológico de um adolescente através das relações por ele estabelecidas, portanto os aspectos psicológicos localizados no relacional e não no intrapsíquico, priorizaram as relações: criança-pais, mãe-filho, familiar, com grupo de pares, e interpessoal, de forma genérica. Ainda foram estudados os fatores de risco para o comportamento do adolescente.

Saúde Pública

A Rede de Atendimento foi estudada através de enfoques diferentes: como local onde procedimentos clínicos foram realizados (exames, intervenções médico/clínicas); outras vezes houve a preocupação em compreender o adolescente e seu funcionamento psíquico e suas formas de estabelecimento de relações, para manejo técnico; e ainda encontrou-se artigos preocupados com aperfeiçoamento do serviço oferecido ao adolescente.

Dos três tipos de enfoques acima citados, dois deles classificou-se como de Saúde Pública, mas não se classificou como de Saúde Pública os artigos nos quais a rede de atendimento se resumiu ao local onde procedimentos clínicos foram realizados, e o hospital era apenas o local de realização do estudo. Estes artigos não apresentaram uma abordagem de Saúde Pública, eles abordaram os aspectos bioquímicos da Medicina enquanto seu assunto principal, e, por isso, classificou-se como Crescimento e Desenvolvimento, Anatômicos e Fisiológicos, Efeitos Farmacológicos, Doenças, Nutrição e Dietética, conforme fosse o caso.

Os artigos que apenas consideraram a rede de atendimento como local, espaço físico, e que mantiveram abordagem clínica, estudaram os seguintes exames: densitometria, urina, radiografia, ultrasonografia, dosagem hormonal, exame físico, pressão sanguínea, ressonância magnética, contagem de esperma. As intervenções médico/clínicas encontradas nestes artigos abordam os seguintes aspectos referentes às doenças: diagnóstico, prognóstico, terapia, severidade, progressão, aconselhamento, reabilitação, hospitalização, fraturas, cirurgia, ovariectomia.

Os artigos cujo enfoque estava na preocupação em compreender o adolescente e seu funcionamento psíquico e suas formas de estabelecimento de relações, para manejo técnico, tiveram como assuntos: a relação médico-paciente; a educação do paciente, de pais, em saúde e sexual; planejamento e prática familiares; e cuidado da criança e de saúde.

Os artigos com enfoque no aperfeiçoamento do serviço oferecido ao adolescente estudaram os serviços de saúde, incluindo os que existiam em escolas, e aqueles que eram padrão, no que se refere a demanda, acessibilidade, promoção de saúde, relações instituição-comunidade, administração de risco, papel e prática de enfermagem, curriculum, graduação em medicina do adolescente, educação em medicina, medicina do adolescente, métodos (de aconselhamento, de terapia familiar), saúde pública, e controle da política pública.

Aspectos Legais

Os artigos trataram dos aspectos legais (legislação, direitos: humanos, da criança, do paciente, jurisprudência) envolvidos nas seguintes questões:

- comportamentos de risco: aborto, gravidez, suicídio, drogas, homicídio;
- bem-estar da criança, que é assegurado por meio do suporte social, do controle social formal, e da defesa civil;
- guarda legal, adoção, inseminação artificial;
- tratamento: consentimento (informado, do responsável), recusa de tratamento, direito a morrer, competência (mental, clínica), continuidade do cuidado do paciente, e cuidado em relação a continuidade do paciente, moral, confidencialidade, privacidade, descoberta da verdade, experimentação humana, ética médica.

Os Aspectos Legais estudados propiciaram uma melhor compreensão da interface Medicina-Direito, e mesmo da interface dessas duas áreas com a Psicologia e

o Contexto Social. Eles abordaram questões que envolviam nuances, onde o adolescente muitas vezes era referido enquanto "menor", e estavam relacionados com questões humanistas, indo além do biológico. O adolescente foi percebido enquanto sujeito de direito e sujeito privilegiado, e estes artigos estavam permeados tanto pela proteção que a lei confere aos direitos do adolescente, quanto pela tutela da sociedade sobre o adolescente. Eles discorreram sobre decisões em relação a questões cruciais, delicadas e conflituosas à respeito do adolescente, uma vez que ele tem capacidade limitada, e até mesmo, questionaram até que ponto o adolescente pode resolver sobre suas questões de tratamento, de saúde, de vida, e qual o limite em ouvir a vontade do adolescente. Nos casos em que havia indicação médica de uma intervenção, que podia ser, inclusive, uma questão de vida ou morte, e que o adolescente se recusava ao tratamento, os artigos discutiram qual a posição ética, responsável, a ser tomada, pelo médico, pelo responsável pelo adolescente, que em última instância é a sociedade. Esses artigos questionaram, ainda, o que significa respeito pelo adolescente e por suas idéias, valores, estilo de vida, e o que significa omissão dos adultos, na figura do médico, e do Estado. O enfoque desses artigos recaía sobre os Direitos Humanos.

Analisou-se, de forma detalhada, os artigos classificados como de Saúde Pública enquanto seu assunto principal, que corresponderam a 9% dos artigos, e, em seguida, os artigos que abordaram os aspectos bioquímicos da Medicina enquanto seu assunto principal, que foram os artigos classificados como: Crescimento e Desenvolvimento, Anatômicos e Fisiológicos, Efeitos Farmacológicos, Doenças, Nutrição e Dietética. Dessa forma, procurou-se apreender duas das concepções sobre adolescência presentes nos artigos: a concepção da Saúde Pública, e em seguida, a concepção subjacente ao estudo dos aspectos bioquímicos da Medicina, que, por corresponderem a 77% dos aspectos estudados, denominamos: concepção hegemônica da Medicina.

A numeração dos artigos nos quadros: 3 e 7, e durante a análise dos dados destes quadros, se referiu à quantidade de artigos sobre os assuntos neles abordados, diferente da numeração dos artigos dos Quadros: 4, 5 e 6, e durante a análise dos dados correspondentes aos mesmos, que se referiu à numeração dos artigos existente no Medline, que foi mantida nesta dissertação, e que se encontra em anexo.

*Artigos de Saúde Pública**A- Doenças*

Doze desses artigos abordaram adolescência e doença (Quadro 3).

Quadro 3 – Distribuição de artigos que abordaram adolescência e doença.

Tipo de doença	Número de artigos
doença cardíaca	1
câncer	2
doença reumática	1
diabetes	1
doença crônica	3
doença com sintoma febril	1
DST	4
Total	12

Os 12 artigos de Saúde Pública sobre doenças primeiro apresentaram uma compreensão da situação da população adolescente, em termos de dados epidemiológicos, e etiologia da doença.

“Nas populações ocidentais, a taxa anual de incidência de câncer entre adolescentes com idade de 15-19 anos é ao redor de 150-200 por milhão, intermediária entre as taxas de crianças jovens e de adultos jovens. Os grupos diagnósticos mais frequentes são leucemia aguda, linfomas, tumores do sistema nervoso central, sarcomas da medula flexível e óssea, tumores celulares, carcinoma da tireóide, e melanoma maligno” (STILLER 2002).

“Patogênese causadora de infecção do fluxo sanguíneo em pacientes febris em um hospital escola de Malawi varia de acordo com a estação. Estudos específicos sobre estação e região, como este, provêem dados que podem facilitar terapia empírica de doença febril cujas etiologias variam por estação” (BELL e col. 2001).

Os Programas e Políticas de Saúde visaram prevenção e controle da incidência de doenças, do estado de saúde do doente (prevenção secundária: prevenção de complicações da doença).

O enfoque de risco permeiou os artigos de Saúde Pública, e a intervenção foi realizada levando em conta os fatores de risco, buscando atuar sobre eles.

“Enquanto as causas da maioria dos cânceres em adolescentes ainda são desconhecidas, programas de saúde pública e de promoção e educação em saúde oferecem algum espaço para prevenção entre pessoas deste grupo etário. Redução na exposição ao sol conduziria a redução na incidência de melanoma, e eliminação de hepatite B em regiões onde elas são endêmicas, resultando em decréscimo no carcinoma hepático” (STILLER 2002).

Alguns artigos de Saúde Pública sobre doença abordaram a prevenção da doença através de aspectos relacionados com o Serviço de Saúde, outros através de aspectos relacionados com o comportamento do adolescente, ou através desses dois aspectos:

- Comportamento do adolescente: estilo de vida (86: doença cardíaca), exposição ao sol (22: como prevenção de câncer), esporte (166: doença crônica), comportamento sexual (uso de preservativo e diminuição da promiscuidade para evitar DST: 233, 109, 463, 146), dieta (168: diabetes) (Quadro 4).

Quadro 4 – Distribuição dos artigos que abordam comportamento do adolescente.

Comportamento do adolescente	Números dos artigos
Estilo de vida	86
Exposição ao sol	22
Esporte	166
Comportamento sexual	233, 109, 463, 146
Dieta	168

- Serviço de Saúde: organização e administração de educação em saúde (86, 146, 166, 233, 12); avaliação de necessidades de saúde (86); avaliação de comunicado nutricional (2); papel: do enfermeiro (86), dos Serviços de Saúde escolar, da escola de enfermagem, dos Serviços de Saúde para adolescentes (109); adequação dos Serviços de Saúde para adolescentes (21, 22: câncer); aperfeiçoamento das políticas e programas de saúde (463); conhecimento dos aspectos psicológicos, visando manejo técnico: do adolescente (166, 167, 168), da doença (166, 167: crônica), das relações das crianças com os pais (166, 167: doença crônica), das relações paciente-médico (166, 167: doença crônica), obediência-concordância do paciente (166); vacina (233: para AIDS) (Quadro 5).

Quadro 5 - Distribuição dos números dos artigos que abordam o Serviço de Saúde.

Serviço de Saúde	Número dos Artigos
organização e administração de educação em saúde	86, 146, 166, 233, 12
avaliação de necessidades de saúde	86
avaliação de comunicado nutricional	2
papel: do enfermeiro	86
papel: dos Serviços de Saúde escolar, da escola de enfermagem, dos Serviços de Saúde para adolescentes	109
adequação dos Serviços de Saúde para adolescentes	21, 22
aperfeiçoamento das políticas e programas de saúde	463
manejo técnico dos aspectos psicológicos do adolescente	166, 167, 168
manejo técnico dos aspectos psicológicos da doença	166, 167
manejo técnico das relações das crianças com os pais	166, 167
obediência-concordância do paciente	166
vacina	233

Destacou-se dois artigos sobre o mesmo tema (DST), mas com enfoques diferentes, para que se exemplificasse que, enquanto a maioria dos artigos apresentou um tom moralista e repreensivo do comportamento dos jovens, que foi apresentado como irresponsável, como no artigo abaixo (FORD e col. 2002), o mesmo não ocorreu no artigo seguinte (PANCHAUD e col. 2000), pois nele a ênfase, ao invés de ter sido

colocada no comportamento adolescente, foi colocada no poder de intervenção da Saúde Pública, no conhecimento de incidências de DSTs, com a epidemiologia fornecendo dados úteis como forma de aprimorar políticas e programas.

"Padrões de escolha de parceiro influencia a transmissão de infecções transmitidas sexualmente na população de adolescentes americanos. Objetivo: Examinar padrões de combinação sexual, e concorrência em adolescentes americanos e a associação destas características com uso de preservativo.

Os dados sobre relacionamentos sexuais coletados no estudo foram analisados. Parceria sexual com grupos de idade diferente era muito comum nesta população (45% das parcerias sexuais). Parcerias com pessoas de diferente etnia eram mais comuns entre entrevistados latinos (42%) do que entre brancos (14%) e negros (15%). Uma ampla proporção da amostra relatou mais que dois parceiros (56%). Entre estas pessoas, uma ampla proporção relatou parceiros em dois diferentes grupos de idade (69%) e grupos étnicos (35%) e também concorrência de parceiros (54%). Uso de preservativo era menor entre pessoas com parceiros em grupos de idade diferente e entre pessoas com um maior número de parceiros.

Conclusões: Um amplo número de adolescentes que tem relacionamentos com pessoas com características diferentes cria pontes para infecções entre diferentes grupos. Aconselhamento de adolescentes com atividade sexual deveria incluir discussão sobre poder e comunicação nestes relacionamentos" (FORD e col. 2002).

"Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são responsáveis por uma variedade de problemas de saúde, e podem ter conseqüências sérias especialmente para adolescentes e adultos jovens. Uma comparação internacional de tendências em DST seria útil para identificar países que são relativamente bem sucedidos no controle da incidência das DST, como um primeiro passo na direção de aperfeiçoar políticas e programas nos países com incidência de DST em crescimento ou alta. Métodos: Dados de incidência da década passada de três DST por bactérias comuns—sífilis, gonorréia e clamídia. Resultados: A incidência dessas três DST têm de forma geral diminuído na última década" (PANCHAUD e col. 2000).

B- Controle de Natalidade

Dois artigos trataram deste assunto: artigos 49 e 232.

Os dois artigos avaliaram tecnologia de saúde, mais especificamente avaliaram Programa de Planejamento Familiar, e o enfoque dos dois foi preventivo e de controle (como nos artigos sobre DST). Ambos os programas consideraram como importantes a existência e o desenvolvimento de relações Instituição-Comunidade. Os programas realizaram educação em saúde na escola, sendo que o artigo 49 incluiu os pais de adolescentes no programa, e o artigo 232 incluiu visita domiciliar e fornecimento e distribuição de contraceptivos.

"Determinar se a iniciativa de distribuição de contraceptivos hormonais em seis centros de saúde na escola, urbanos, reduziram tempo para seleção inicial, e aumentaram seu uso consistente entre mulheres ativas sexualmente. Essas mulheres receberam assistência de planejamento familiar em uma escola um ano antes (1994-1995 coorte) ou depois (1996-1997 coorte) de uma iniciação de distribuição no local. Dados sobre comportamentos contraceptivos e sexuais foram coletados em cada família com 1 ou 2 visitas sobre planejamento. Conclusão: Mulheres sexualmente ativas e que recebem assistência de planejamento familiar selecionam métodos de contracepção mais cedo e um pouco mais consistentemente quando os clínicos podem distribuir contraceptivos nas escolas" (ZIMMER e col. 2001).

C- Crescimento/Desenvolvimento

Os 8 artigos se referiram a crescimento e desenvolvimento enquanto crescimento e desenvolvimento físicos (Quadro 6).

Quadro 6 – Distribuição dos números dos artigos por característica(s) física(s) estudada(s).

Característica física	Número dos Artigos
Peso	464
Altura	430
peso e altura	62, 204, 208, 237
eventos do crescimento (idade, altura, velocidade de crescimento)	249
maturidade sexual (enquanto crescimento e desenvolvimento das características físicas sexuais secundárias)	231, 208
desenvolvimento cerebral	419

Os artigos 62 e 430 relacionaram risco à pobreza. Os fatores que influenciam o crescimento e o desenvolvimento foram estudados, como no artigo 430, que estudou influências de fatores sociodemográficos (das 5 regiões do Brasil, considerando: desenvolvimento/subdesenvolvimento urbano-rural) e da altura dos pais no crescimento e no desenvolvimento dos adolescentes.

“Os efeitos prognósticos de altura dos pais e condições ambientais juntos somam um total de 17 cm quando comparados meninos nascidos de pais com altura abaixo da média e vivendo na região Nordeste rural sub-desenvolvida (1.56 m) com nascidos de pais com estatura acima da média e vivendo na região Sul, que é parcialmente industrializada urbana (1.73 m). Para meninas, esta diferença estimada era de 12 cm. Para os meninos, a influência total da altura dos pais era de 10 cm ($R(2) = 0.40$) e os fatores sócio-demográficos tiveram uma influência total de 7 cm ($R(2) = 0.29$). Para as meninas, estes valores foram 7 cm ($R(2) = 0.35$) para a influência dos pais e 5 cm ($R(2) = 0.11$) para os fatores sócio-demográficos” (SICHIERI e col. 2000).

O artigo 231 estudou influência das diferenças étnicas/raciais, de forma naturalizada. Essas diferenças foram usadas para comparar idades em relação aos estágios de desenvolvimento físico.

“Não é do nosso conhecimento que tenham sido publicados dados descritivos sobre estágios púberes para uma população representativa de meninos diferentes etnicamente e racialmente nos Estados Unidos. Objetivo: Determinar em quais idades os meninos nos Estados Unidos alcançam cada um dos 5 estágios de maturidade sexual em relação a crescimento genital e do pelo púbico. ... A amostra incluiu meninos brancos, afro-americanos, e mexicano-americanos... Todos os 3 grupos eram significativamente mais altos e pesados do que os meninos relatados no levantamento anterior e apresentaram maturação genital e crescimento púbico mais cedo que os de estudos anteriores baseados no estágio de Tanner. Diferenças estatisticamente significantes entre os 3 grupos étnicos/raciais foram encontradas nas idades médias do início de crescimento de pelo púbico e desenvolvimento genital no estágio 5 ... indicando uma idade mais precoce nos meninos afro-americanos. CONCLUSÕES: As idades médias do começo do crescimento genital e do pelo púbico foram menores do que nos estudos anteriores. Estudos adicionais são necessários para avaliações destes resultados e para explorar implicações para a saúde pública” (HERMAN-GIDDENS e col. 2001).

O artigo 464 estudou peso em relação a padrões de admissão de nutrientes.

“Peso corporal, admissão de dieta de gordura, açúcar, ferro, vitamina C, e um total de escore de dieta (TDS = total de escore de dieta) foram avaliados usando análise completa de quartil, análise de correlação de Pearson, e análise linear longitudinal. RESULTADOS: análises completas revelaram que os sujeitos mantiveram suas posições de quartil de referência para peso corporal através do período do estudo, e os coeficientes de correlação ano a ano para esta variável foi 93-94. No entanto, análises de correlação e graduação mostraram que os sujeitos não seguiram com firmeza no que diz respeito a algumas variáveis de nutrientes” (CUSATIS e col. 2000).

Sete artigos abordaram fatores que influenciam o crescimento e o desenvolvimento (Quadro 7).

Quadro 7 – Distribuição do número de artigos que estudam fatores que influenciam o crescimento e o desenvolvimento.

Fatores que Influenciam Crescimento e Desenvolvimento	Número de Artigos
Sociodemográficos (desenvolvimento/subdesenvolvimento, urbano-rural)	1
Pobreza	2
Altura dos pais	2
Diferenças étnicas/raciais (naturalizada)	1
Padrões de admissão de nutrientes	1

Os artigos 204 e 237 analisaram o Serviço de Saúde. O artigo 204 avaliou um programa de intervenção de exercício de educação física. O programa visou prevenção de sobrepeso, e parte do enfoque de risco (falta de atividade física como fator de risco para sobrepeso).

“Nas meninas, puberdade precoce provavelmente é um tempo particularmente oportuno durante o crescimento para intervenções através de exercícios simples visando obter um efeito positivo na saúde óssea” (MACKELVIE e col. 2001).

O artigo 237 estudou o uso do Serviço Público (hospitalização, número de especialistas consultados) e de recursos da comunidade, procurando conhecer a adequação do uso do serviço público.

“Sobreviventes com extremo baixo peso ao nascer tiveram uma prevalência mais elevada de problemas visuais (57% vs 21%), ataques apopléticos (7% vs 1%), atraso no desenvolvimento (26% vs 1%), distúrbios de aprendizagem (34% vs 10%), e

hiperatividade (9% vs 2%) e usaram mais especialistas e recursos da comunidade do que os participantes controle... CONCLUSÕES: Embora entre sobreviventes com extremo baixo peso ao nascer o crescimento físico continue a ser comprometido e permaneça morbidade substancial na adolescência, parece haver algum crescimento, uma redução na prevalência de problemas agudos de saúde, e um decréscimo na utilização de recursos médicos" (SAIGAL e col. 2001).

Os artigos buscaram generalizar os achados nas amostras para população de adolescentes. Inclusive, dois desses artigos (208 e 249) eram de tendências seculares de crescimento, e os resultados foram comparados com os de estudos anteriores.

"Concluindo, na Holanda a idade do começo da puberdade ou menarca estabilizou desde 1980. Altura, peso, e índice de massa corporal têm uma forte influência na menarca" (MUL e col. 2001).

D – Álcool/Cigarro

Dois artigos estudaram comportamento de risco ligados a álcool/cigarro. Os 2 artigos relatam os efeitos adversos do cigarro (artigo 103) e do álcool (artigo 121) na fisiologia e metabolismo do adolescente, e se preocuparam com a prevenção e o controle desse comportamento.

"Consumo de álcool durante adolescência precoce pode suprimir a secreção de hormônios reprodutivos especificamente femininos, desse modo adiando a puberdade e afetando de forma adversa a maturação do sistema reprodutivo... Esses resultados provêm adicional evidência dos riscos de beber sendo de menor idade, e a importância de que isso seja prevenido" (DEES e col. 2001).

E – Suicídio (morte)

Dois artigos eram sobre suicídio /morte (artigos 110 e 128). Os 2 artigos apresentaram enfoque de risco e abordaram prevenção e controle. O artigo 110 abordou suicídio e homicídio que ocorreram nos atos terroristas, e também estudou cultura e psicologia do islamismo e do judaísmo, bem como etnologias do terrorismo, do suicídio e do homicídio. O artigo 128 abordou epidemiologia do suicídio, e avaliou tecnologia da saúde em Serviço de Saúde escolar: um kit de educação em saúde. Este artigo também considerou que o diagnóstico da depressão é importante para prevenção de suicídio.

F – Medicina do Adolescente e profissional da área da saúde.

Nove artigos eram sobre: Medicina do Adolescente e profissional da área *da saúde*, que são artigos que se preocuparam com a qualidade do serviço prestado, à partir de questões diversas, conforme relatou-se à seguir.

Os artigos 43, 260, e 444 abordaram aspectos epidemiológicos (43: de morbidade, 260: do luto, 444: de condições de saúde e de morbidade).

Os artigos 260 e 322 abordaram aspectos psicológicos que estão envolvidos nas seguintes situações: relações (260: com amigos e parentes, 322: paciente-enfermeiro); manejo do cuidado, aspectos emocionais e cognitivos (322); depressão e luto (260).

6 artigos se preocuparam com ensino (do enfermeiro: 55, 322, 459; do médico: 25, 43, 45), visando promoção de saúde.

“Adolescentes nos Estados Unidos apresentam altas taxas de morbidade, que são atribuídas a doenças, desordens comportamentais, doenças sexualmente transmissíveis, e gravidez não-planejada. Isto conduziu a um convite à ação para que educadores em cuidados de saúde preparem melhor futuros profissionais para conhecer necessidades de cuidado de saúde” (DJURICICH 2002).

Os artigos 55 e 247 se preocuparam com prevenção através de educação em saúde direcionada ao manejo dos pais. O artigo 247, além da prevenção, também se preocupou com controle de Acidente de Tráfego.

“Concordância de pais de adolescentes em relação a que eles dirijam é ferramenta potencialmente importantes para facilitar manejo dos pais de adolescentes que dirigem e reduzir risco de dirigir de adolescente. As barreiras colocadas por pais de adolescentes à concordância de que eles dirijam foram planejadas para que os pais pudessem inicialmente impor limitações estritas aos adolescentes que dirigem em condições de alto-risco (por exemplo, à noite e com outros passageiros adolescentes) e gradualmente aumentando privilégios em dirigir à medida que os adolescentes demonstram comportamento de dirigir com responsabilidade” (HARTOS e col. 2001).

O artigo 322 se preocupou com métodos: de avaliação de enfermagem, e pré-cirúrgicos de enfermagem.

O artigo 260 enfocou a adequação do uso do serviço de saúde, e concluiu que o uso foi adequado.

“O presente estudo tem a intenção de estimar a prevalência de experiências de luto nos adolescentes, a associação entre essas experiências e sintomas depressivos e as atitudes de pessoas jovens enlutadas em relação a intervenções profissionais. ... (77.6%) relataram que ao menos um dos seus parentes de primeiro ou segundo grau ou amigos próximos tinha morrido. Estas perdas foram associadas com níveis aumentados de sintomas depressivos em comparação com a perda de outros parentes ou animais. O impacto da perda de alguém próximo dependeu em um grau importante da percepção dos jovens de como a perda mudou suas vidas... A maioria dos adolescentes não sentem a necessidade de serviços profissionais. Aqueles que usam estes serviços foram os que tiveram mais elevados níveis de sintomas depressivos, o que sugere que o uso do serviço foi provavelmente apropriado” (HARRISON e HARRINGTON 2001).

O artigo 444 abordou organização e administração das prioridades de saúde, das necessidades de avaliação, e dos serviços de saúde.

O artigo 256 avaliou necessidades e demanda de serviços de saúde, modelos de serviço de saúde, e modelos de serviço de saúde comunitária.

O artigo 51 se preocupou com política pública, através de:

- aspectos econômicos e modelos de: Serviços de Saúde Comunitária, Cobertura de Seguro, Assistência Médica, Serviços de Saúde Preventivos, Planejamento Familiar

- prevenção e controle de Infecções por HIV e de Doenças Sexualmente Transmissíveis

- avaliação de tecnologia da saúde

O artigo 335 se preocupou com prevenção, e considerou educação de qualidade como fator protetor, e desvantagem socioeconômica como fator de risco para o adolescente.

Artigos dos aspectos bioquímicos da Medicina

Na maioria dos artigos o estudo da adolescência ocorreu através da busca da compreensão do funcionamento orgânico, em toda sua complexidade. O organismo foi percebido como um sistema, no qual o funcionamento de um órgão interfere em vários outros órgãos, um componente elevado ou diminuído determina desajustes no organismo como um todo. O corpo humano foi visto como uma máquina, onde a saúde equívale a seu funcionamento perfeito, e a alteração de algum componente desestabiliza a máquina toda, e a maioria dos artigos buscou as relações entre os elementos bioquímicos.

"Título: Leptina e puberdade: uma revisão.

Durante os últimos anos, muitos estudos focalizaram a leptina, o produto do gen LEP, procurando por uma possível ligação entre equilíbrio energético e reprodução. O envolvimento deste peptídeo na regulação do eixo somatropina, tireóide, gônada, hipotálamo-pituitária-adrenal sugere que leptina deve ocupar a posição de fator principal na coordenação da atividade deste eixo e na sua relação com o equilíbrio

energético corporal. Os efeitos da leptina nos níveis hormonais periférico, pituitário e hipotalâmico, e a presença do receptor leptina em uma variedade de tecidos, sugere um modo de ação endócrino. Uma atenção particular focou o efeito de infertilidade da leptina no eixo da gônada, uma característica da deficiência de leptina em ratos e do receptor mutante de leptina em ratos, que poderia ser corrigido em ratos através da administração de leptina. Mudanças consideráveis nos níveis de leptina foram observadas durante a puberdade tanto em estudos com animal quanto com ser humano. Um assunto controverso é o exato papel da leptina em relação ao começo da puberdade: a leptina é o sinal de que a puberdade começou, com as mudanças hormonais que a acompanham, ou a leptina tem apenas um papel permissivo, mas chave em relação ao começo da puberdade, como parece ser o caso em relação à manutenção do eixo de funcionamento da gonadotropina? A atual evidência é de que o mais provável parece ser um papel principalmente permissivo" (GUEORGUIEV e col. 2001).

A medicina, acostumada a quantificar, enquanto ciência positivista, obteve das transformações corpóreas as comprovações de hipóteses, passíveis de observações e verificação. As conclusões de um estudo sobre o funcionamento corporal realizado com uma amostra foram generalizadas para "o" adolescente, ou "a" adolescente, ou "os adolescentes". Mais ainda, como o corpo é uma característica dos animais, compreender seu funcionamento pode ser feito compreendendo o corpo animal: seja rato, macaco, porco. Portanto, estudar funcionamento animal é igual a estudar o funcionamento adolescente, compreendido como puberdade. Ocorre uma simplificação, e um deslocamento: adolescente=púbere=transformações corporais=crescimento e desenvolvimento=anatômico e fisiológico. Esta simplificação: adolescência = puberdade reduz o ser humano. Saúde equivale a determinado padrão de funcionamento orgânico, qualquer distúrbio ou funcionamento alterado deve ser compreendido dentro deste corpo, e tudo passa a estar contido no adolescente, ou melhor, nesta entidade abstrata que é o adolescente. De acordo com este paradigma, estruturas, bio-química, anatomia, resultam em saúde ou patologia, a causa dos males dos adolescentes está em seu corpo que adoeceu, devido a seu funcionamento orgânico que se desequilibrou,

cabendo à medicina o refinamento do conhecimento dessa fisiologia, e a descoberta de remédios cada vez mais precisos que interfiram na mesma.

"Título: Farmacodinâmica de sertraline e dinâmica na adolescência.

Objetivo: Determinar a farmacodinâmica de sertraline em adolescentes e avaliar seus efeitos no transporte de serotonina.

Conclusões: A meia vida de sertraline 50 mg torna-se significativamente menor da dose inicial para o estado estável, e muitos adolescentes podem ser beneficiados com dose de dois comprimidos por dia. A meia-vida do estado estável aumenta com o aumento da dose. Os níveis moderados de inibição com 50 mg/por dia indica que a maioria dos adolescentes pode precisar de doses de sertraline mais elevadas que 50 mg/por dia para obter uma resposta terapêutica" (AXELSON e col. 2002).

Tudo está dentro do organismo: sua saúde, sua patologia, sua cura; logo, deve ser feita uma interferência no organismo para buscar o retorno do bom funcionamento da máquina.

A população adolescente foi apresentada como uma abstração, através de generalização e naturalização, e o enfoque hegemônico é sobre a puberdade, apresentada como um ponto de partida inquestionável, como um conhecimento que é axiomático. Reduzir a adolescência à puberdade é colocar o psicológico como resultado das esperadas transformações orgânicas, o mental é deslocado para o funcionamento cerebral, e a psique fica reduzida ao funcionamento do corpo, do sistema nervoso. Compreender o desenvolvimento cerebral, o funcionamento do Sistema Nervoso, os hormônios, as glândulas, permitiria compreender o aspecto psicológico do adolescente. Alterações neste funcionamento resultariam em produtos, que seriam sintomas, como: ansiedade, doença mental, depressão, o que, inclusive, resulta na medicalização do mental e do emocional. Elimina-se a subjetividade, elimina-se o contexto social, e a interação dialética entre o indivíduo e o coletivo, entre o interno e o externo. O que importa é recuperar a harmonia do funcionamento orgânico, sem questionar o que se

passa na vida do adolescente, em termos emocionais e sociais, e remédio resolve o problema, restrito ao ajuste do organismo enquanto máquina.

“O desenvolvimento púbere de meninas foi associado com altos índices de depressão, ansiedade, e percepção de stress, e com baixa auto-estima. Esses resultados podem ser explicados pelos ajustes dos hormônios sexuais no sistema nervoso central das meninas” (HUERTA e col. 2002).

“Depressão é um problema de saúde comum na população adolescente” (WEBER 2000).

As etiologias da depressão e da psicose foram encontradas nos fatores orgânicos. Em última instância, elas foram estudadas enquanto doenças que se desenvolvem em consequência do desenvolvimento neurológico, e da influência dos hormônios neste desenvolvimento, resultando no disparo da expressão da vulnerabilidade genética.

O interior do organismo (gen, hormônio, cérebro) e o seu funcionamento são auto-explicativos, não há sequer a figura do doente, quanto mais de uma pessoa que sofre, e muito menos de alguém que ama, e convive. O ser humano não é visto como sujeito que constrói a sua história, à partir do seu contexto, e as relações humanas são desconsideradas. A complexidade fica dentro do organismo/corpo, e há uma simplificação extrema do contexto, que cria e é criado pelo sujeito adolescente.

“Um dos principais aspectos epidemiológicos da esquizofrenia é sua idade inicial no começo da adultice. O começo clínico é precedido por um período na adolescência que é usualmente caracterizado por aumento de problemas de adaptação. Recente teorização sobre a etiologia da esquizofrenia focalizou as mudanças cerebrais pós-púberes que provavelmente estão envolvidas em disparar a expressão da vulnerabilidade para esquizofrenia. Neste artigo, nós, além disso, examinamos os processos do desenvolvimento neurológico que ocorrem na adolescência e o papel subjacente dos fatores hormonais no controle da expressão dos gens que governam a maturação cerebral. Nós então consideramos como mudanças hormonais pós-púberes podem servir para disparar a expressão da vulnerabilidade de gens que codificam desenvolvimento cerebral anormal” (WALKER e BOLLINI 2002).

A Medicina apresentou a puberdade como um período importante na vida, um período preparatório para a vida adulta, e com a finalização da puberdade o desenvolvimento humano estaria completo. Há uma cronologização e naturalização do desenvolvimento humano, apresentado como tendo um caminho pré-determinado e linear a ser percorrido. Denominar todo o processo de desenvolvimento humano como puberdade significa que o desenvolvimento sexual e psicossocial são subordinados ao desenvolvimento físico, conseqüências dele.

A epidemiologia é usada para naturalizar, e cronologizar a doença mental.

“Este artigo confirma a observação clínica de que a apresentação da doença afetiva muda com a idade: características maníacas predominam nas crianças mais novas, enquanto sintomatologia depressiva é mais evidente com a maturação púbere” (SCHRAUFNAGEL e col. 2001).

Notou-se a presença de um “viés biologizante ou, como se queira, saturação naturalista, tão própria das definições de adolescência na área de Saúde, se mostra no raciocínio e transparece no vocabulário... Revelador disto é o uso, quase que involuntário, que estes autores fazem do termo maturação (cuja origem bio-fisiológica é incontestável), sem contudo se aperceberem, aparentemente, da inadequação epistêmica de se utilizar um termo desta natureza para querer dar conta de um fenômeno como personalidade cuja natureza é, fundamentalmente, psicológica e antropológica” (REIS, 1993, p.22).

“Puberdade é uma época da vida e um processo de desenvolvimento que, ao acabar, a maturidade adulta integral, o desenvolvimento sexual e desenvolvimento psicossocial foram concluídos” (REITER e LEE 2002).

Nesta subordinação do desenvolvimento humano ao desenvolvimento físico a responsabilidade pelo sucesso na transição da adolescência para a adultice está no amadurecimento do Sistema Nervoso Central, e o comportamento é resultado deste amadurecimento. O desenvolvimento humano é biologizado, e o sucesso e a sobrevivência na adultice dependem da maturação do Sistema Nervoso Central, cujos mecanismos ainda são desconhecidos (limitados). Uma decorrência de que toda a complexidade da vida humana (histórica, social, cultural, econômica, política,

psicológica, para citar alguns aspectos) é reduzida ao funcionamento orgânico, é que se pode estudar animais para compreender o ser humano, reduzido que foi a animal.

"A transição púbere da condição adolescente para a adulta requer mudanças significativas no comportamento para encontrar sucesso e sobrevivência na adultice. Estas mudanças comportamentais durante a puberdade precisam ser mediadas por mudanças na estrutura e/ou função do sistema nervoso central ... Apesar das profundas conseqüências da puberdade no repertório comportamental animal, os mecanismos subjacentes à maturação púbere do sistema nervoso permanecem amplamente desconhecidos" (ROMEIO e col. 2002).

A epidemiologia foi usada com um enfoque de risco, que é alarmista, disciplinador e moralizante. Muitas vezes os resultados com animais serviram de referência (são transpostos) para os adolescentes humanos. Os adolescentes foram relacionados a morbidade, a comportamentos problema, e considerados como estando sob alto risco em relação a estes assuntos.

O risco de ingestão de álcool na adolescência foi o enfoque predominante nos artigos sobre este tema, e o risco é avaliado no que diz respeito estritamente à puberdade: o risco de beber é um risco físico, orgânico, para quem bebe, e justifica a prevenção deste comportamento.

"Título: Ingestão de álcool inibe o aumento de hormônios relacionados com a puberdade no desenvolvimento de macacas rhesus.

Uso e abuso de álcool por adolescentes têm crescido para taxas alarmantes. Não é conhecido se uso e abuso de álcool durante anos pré púberes afetam hormônios e o processo da maturação sexual. ... também sugerem que o crescimento e progressão normal da puberdade provavelmente estejam sob risco nos adolescentes que consomem quantidades moderadas relativamente iguais de álcool regularmente" (DEES e col. 2000).

Adolescência foi considerada "um tempo de risco aumentado" no que diz respeito aos efeitos do uso de tóxicos, por questões relativas à biologia, à puberdade (por ser a época de amadurecimento de sistemas orgânicos), o que torna os tóxicos particularmente nocivos ao sistema imunológico e no sistema nervoso central. O risco

não é apenas biológico, sendo também decorrente de estilo de vida e da farmacodinâmica, e o ambiente é fator que influencia o uso de tóxicos.

Raramente é realizado um questionamento sobre a adequação dos modelos animais para compreender a puberdade, pois esta seria especificamente humana, as transformações físicas ocorridas no humano não encontrariam paralelo nos animais, o humano teria peculiaridades.

"Título: Saúde do adolescente e o ambiente.

Os efeitos tóxicos dependem da dose e do tempo na extensão da vida quando a exposição ocorre. A biologia da adolescência é distintiva (característica) e prevê oportunidades para ações únicas dos tóxicos tanto em termos de rompimento da função e rompimento da maturação. Maturação de um número de sistemas orgânicos ocorre durante este período, incluindo não apenas o sistema reprodutivo, mas também o respiratório, esquelético, imunológico, e sistema nervoso central. Adolescência é um tempo de risco aumentado para doenças infecciosas e doença acidental, tornando os efeitos dos tóxicos no sistema imunológico e no sistema nervoso central particularmente nocivos... Aumento do consumo de drogas voluntárias, incluindo beber, fumar, abuso de substância; e o uso de medicamentos sem receita, prescrição, e drogas estimuladoras da performance. Ao mesmo tempo adolescentes são introduzidos aos tóxicos no local de trabalho. Pesquisa básica na toxicologia do adolescente precisam levar em conta se é adequado o uso dos modelos animais para este estágio do desenvolvimento humano característico; avaliação do risco deve levar em conta fatores de estilo de vida e farmacocinéticos. Também seriam valiosas metodologias adaptadas que identificassem efeitos específicos de tóxicos para adolescência" (GOLUB 2000).

Na noção de fatores de risco modificáveis, como peso, exercício e padrões de comportamento saudável, o biológico é percebido como passível de alteração via padrões de comportamento saudável. Assim, o adolescente aparece como ativo e participativo em relação à sua saúde, e não mais à mercê da puberdade, e a medicina pode intervir na saúde do adolescente, não apenas de forma curativa, através de remédios, mas de forma preventiva, através de educação em saúde.

“Os resultados do presente estudo indicam que fatores de risco modificáveis, como peso e exercício afetam a pressão sanguínea de adultos jovens. O impacto desses fatores, unido com o conhecido caminho da pressão sanguínea da adolescência até a adultice, enfatizam a importância de padrões de comportamento saudável nas pessoas jovens” (OKASHA e col. 2000).

No artigo abaixo o risco não está no indivíduo pelo simples fato de ele estar vivendo a segunda década de vida, e o ambiente é acrescentado enquanto uma variável no adoecer ou no ter saúde, mas apenas no sentido de interferir no funcionamento orgânico, podendo alterá-lo. O ser humano é percebido existindo em relação ao meio em que vive, e o funcionamento orgânico interagindo com o meio, de forma dinâmica. O funcionamento interno do corpo sofre influência do ambiente familiar, que pode representar risco ou proteção ao adolescente. Vários aspectos do ambiente familiar, como por exemplo, coesão, conflito, controle, podem ser elencados resultando em um escore de risco composto. Assim, o ambiente familiar apresenta uma complexidade, expressa em três aspectos. O ambiente (contexto) mais amplo: a comunidade, a sociedade, e sua influência no ambiente familiar e no adolescente não são estudados. Que influências este contexto mais amplo têm no funcionamento orgânico (e bio-psico-social) do adolescente? Considera-se que o ambiente familiar também é dinâmico, podendo variar nos seus níveis de coesão, conflito e controle, e portanto, de risco, e que o contexto mais amplo, também varia nos seus níveis de coesão, conflito e controle, e portanto pode representar risco ou proteção (em alguns momentos históricos maior, em outros menor) para o ambiente familiar.

“Esta investigação examinou o relacionamento entre ambiente familiar e pressão arterial média em uma amostra de jovens afro-americanos. Dados completos foram coletados de 46 adolescentes... Para avaliar os efeitos adicionais associados com o ambiente familiar, um escore de risco composto (coesão, conflito, controle, e subescalas organizadas da Escala de Ambiente Familiar) era computado. Análise regressiva indicou que o risco cumulativo associado com o ambiente familiar era preditivo de pressão arterial média” (CLARK e ARMSTEAD 2000).

Crescimento e desenvolvimento físicos podem ser mais conhecidos através de amostra com atletas adolescentes.

“Comparado com estudos em adultos, pouco é sabido sobre a treinabilidade fisiológica de adolescentes... Há, no entanto, limitadas evidências que sugerem que treino intenso não prejudica crescimento normal, desenvolvimento ou amadurecimento. Atletas adolescentes que experienciam rápido crescimento bem como largos aumentos em volumes de treino talvez sejam mais vulneráveis para doenças por sobreuso” (NAUGHTON e col. 2000).

Os artigos que abordaram sexualidade, o fizeram enquanto mudança fisiológica durante a puberdade, de forma cronologizada e naturalizada, ou seja: a vida reprodutiva enfocada como algo natural, que fizesse parte da cronologia de eventos da puberdade, e gravidez e DST estudadas à partir da perspectiva de risco, com gravidez na adolescência considerada como indesejada.

“A puberdade é um importante período na vida da mulher. Nós tentamos determinar a idade da puberdade, a cronologia de seus eventos e a vida real deste período de preparação para vida reprodutiva de meninas estudantes tunisianas através de um questionário. A idade média da puberdade é 13 anos. Isto depende de fatores ambientais, econômicos e sociológicos. Conhecimentos sobre vida reprodutiva ainda são insuficientes para agrupar este grupo de idade de alto risco de gravidez não desejada e doenças sexualmente transmissíveis” (SAKKA e CHELLY 2000).

Considera-se que compreender puberdade como preparação para a vida reprodutiva é uma negação de tudo o mais, além da puberdade, que está implicado na vida reprodutiva. Há culturas nas quais a mulher tem mais liberdade de escolher se quer ou não ter filhos, e que número de filhos, e em que período da sua vida. Nessas culturas a prioridade na vida de uma mulher pode ser a carreira profissional, a opção pode ser continuar solteira, ter filho após os 30 anos de idade. A figura do homem não apareceu, negando sua importância, em termos biológicos, para a reprodução, e em termos de desejar ou não ter filhos, ter filhos cedo ou não. A vida reprodutiva foi reduzida à questão fisiológica, onde o desejo não tem lugar, nem as reflexões que uma adolescente possa fazer sobre engravidar ou não e suas conseqüências, para si mesma

e para o pai da criança (querer ser mãe/pai, cuidar do bebê, sustentá-lo economicamente, responsabilidade envolvida), para as famílias (suporte para a jovem família), para o contexto sócio-político-econômico (nos tempos atuais: explosão demográfica, desemprego, por exemplo).

Ao pensar-se sobre o enfoque de gravidez como risco, e como não desejada, é pertinente a pergunta: não desejada por quem? O controle ideológico sobre a gravidez se faz perceptível, ao mesmo tempo que ela foi apresentada como naturalizada, e que alto risco de gravidez não desejada e doenças sexualmente transmissíveis foram associados.

A generalização sobre o assunto gravidez na adolescência encobriu diferenças não sobre o processo da puberdade mas sobre possibilidades de vida, importância (psicológica, social, política, cultural) da gravidez, sobre ela ser ou não desejável pelos adolescentes, e associação entre adolescência e alto risco de gravidez não desejada e doenças sexualmente transmissíveis.

Apenas um artigo de Medicina inovou ao apresentar algumas vantagens na gravidez adolescente, sem colocar a priori gravidez na adolescência como risco, como problema, contribuindo para desestigmatizar esta questão. Classe sócio-econômica foi estudada neste estudo, mas foi reduzida a uma variável.

“Adolescentes grávidas estão em melhores condições físicas, sofrem de menos doenças crônicas, e apresentam menos comportamentos de risco para a saúde que adultas grávidas de similar classe sócio-econômica, mas concebem um alto número de crianças a pré-termo” (STEVENS e col. 2002).

A medicina estudou a sexualidade, inclusive a orientação sexual, como mera questão de desenvolvimento físico (naturalizada, biologizada).

“Mulheres lésbicas/bissexuais não diferem das mulheres heterossexuais na idade da menarca ou no peso. Homens com inclinações pelo mesmo sexo (particularmente bissexuais) têm sua primeira experiência sexual mais cedo em relação aos homens heterossexuais (aproximadamente 3 meses). Homens homossexuais não diferem significativamente de homens heterossexuais na altura ou no peso, embora haja

alguma evidência que homens bissexuais eram mais altos que homens heterossexuais (aproximadamente 1 centímetro)” (BOGAERT e FRIESEN 2000).

Um artigo realizou um questionamento dos paradigmas teóricos dos “cientistas do desenvolvimento”. Ciência não foi entendida como verificação de dados empíricos, mas sim como dependente daquilo que foca, e da forma como foca: o artigo propôs uma “definição expandida” que levasse em conta a diversidade entre os jovens de minoria sexual, e considerou que muitas vezes é a diversidade o que caracteriza estes jovens, e não a generalização.

Considera-se que a diversidade muitas vezes caracteriza não só os jovens de minoria sexual, mas os demais jovens, e que a generalização pode encobrir o preconceito.

“Cientistas do desenvolvimento deveriam seriamente reconsiderar paradigmas teóricos e empíricos que estreitamente definem adolescentes de minoria sexual em termos daqueles que adotam um rótulo de identidade sexual definida culturalmente. Uma consideração ampla das populações jovens que têm desejos pelo mesmo sexo mas que não podem necessariamente ser identificados como gay, lésbica ou bissexual, conduz a um entendimento muito diferente dos jovens de minoria sexual que é evidente na maioria dos estudos publicados. Primeiro, eles são na maioria dos pontos como todos os outros adolescentes com similares questões e necessidades de desenvolvimento. Em segundo lugar, eles não são um grupo homogêneo, mas variam entre eles de formas previsíveis. Em terceiro lugar, esta definição expandida nos permite concluir que atração pelo mesmo sexo per se não conduz a patologia ou a comportamento problema como abuso de droga, suicídio, prostituição ou infecção HIV. De fato, pesquisadores e clínicos deveriam focar na diversidade que muitas vezes caracteriza os jovens de minoria sexual” (SAVIN – WILLIAMS 2001).

Uma vez que a puberdade é considerada importante no desenvolvimento humano, a avaliação da condição de saúde do adolescente é uma prioridade de Saúde Pública, mundial, e o artigo 352, que é francês, explicitou isto.

“O Ministério de Saúde francês afirmou que os indicadores tradicionais são limitados no que se trata a levar em conta os aspectos diferentes da saúde do

adolescente, e considera a avaliação da condição de saúde do adolescente como uma prioridade” (SIMEONI e col. 2000).

7. DISCUSSÃO

Os artigos médicos, de forma hegemônica, concebem o adolescente enquanto um corpo físico que ao funcionar adequadamente produz saúde e ao apresentar disfunção produz doença. Nesses artigos a adolescência é entendida como equivalente à puberdade, que consiste nas transformações físicas que ocorrem na segunda década da vida, e são visíveis ou detectáveis através de exames. Estes artigos buscam compreender a fisiologia em toda sua complexidade, e deslocam o mental para o funcionamento cerebral. As conclusões dos estudos realizados com amostras são generalizadas para todos os adolescentes, uma vez que a anatomia e a fisiologia são iguais em todos os indivíduos, e o tratamento é pensado em termos individuais. Aqui o coletivo é a soma de corpos individuais.

Porém, além da concepção hegemônica, encontra-se outras concepções nos artigos médicos, classificadas como Saúde Pública, Aspectos Legais e Psicologia, que apresentam uma visão ampliada do adolescente.

Nos artigos da Medicina que apresentam uma abordagem de Saúde Pública o coletivo é estudado, e há a presença do enfoque epidemiológico como instrumento que permite a visão do coletivo, por meio de uma preocupação com prevalência, incidência, epidemia. Esses artigos se dividem entre aqueles que continuam com uma visão que reduz o adolescente ao aspecto biológico, e artigos que não reduzem a saúde ao interior do corpo do adolescente, demonstram preocupação com intervenções realizadas no âmbito coletivo, não só relacionadas com tratamento, mas também com promoção de saúde e prevenção de doenças e de problemas. A perspectiva epidemiológica concebe a doença não mais como apenas causada pelo corpo, pois considera outros fatores envolvidos no processo saúde/doença, através de noções como epidemia, transmissão, fatores ambientais, e assim inclui o que se passa fora do corpo, na interação das pessoas (intersecção da Saúde Pública com a psicologia). Não apenas o corpo é o responsável pela saúde e pela doença, também são responsáveis os fatores que interagem com ele, fatores protetores e de risco, que atingem o coletivo. É próprio da Saúde Pública a percepção de que é possível intervir e, assim, interferir na doença e na saúde, e a atenção da Saúde Pública está voltada para formas de intervenção que melhorem o que se passa dentro e fora do corpo, o contexto, e que compreendem: educação, relações (paciente-médico,

pais-filhos), avaliação e aprimoramento de: técnicas, métodos, serviço de saúde, programas, intervenções, políticas, formação do profissional da área da saúde, conhecimento da demanda e adequação do serviço à mesma. A qualidade da Saúde Pública oferecida ao adolescente é um fator importante que interfere na sua saúde, seja em termos de promoção de saúde, ou prevenção e tratamento de problemas e doenças. O adolescente é um ser que interage, está em formação, sua formação é responsabilidade dos profissionais da área da saúde, do Estado, da família, de toda a sociedade. O adolescente não é mais só um corpo biológico, mas tem características psicológicas que tornam esta fase suscetível a riscos aumentados para problemas sexuais, de violência e drogas. O psicológico é acrescentado ao biológico, ao corpo é acrescida uma psique, uma psique perturbada, no entanto, mas já há uma psique. Ao quadro (concepção hegemônica da medicina) que era composto por apenas um personagem como figura, que só tinha um corpo, e como fundo aparece o ambiente físico, gerador de doenças e saúde, na concepção da Saúde Pública é acrescentada uma tenã (os aspectos ambientais), e outros personagens vão aparecendo: outros adolescentes, o médico, a família, o ambiente físico e social, e tudo interage, influencia e é influenciado pelo adolescente.

A Saúde Pública, por sua vez, preserva no seu discurso, muitas vezes, o discurso Hegemônico da medicina, biologizando o ser humano, percebendo o coletivo como mera soma de indivíduos, e as demais áreas como coadjuvantes, subordinadas ao biológico, ou mesmo geradas por ele. Não podemos pensar em Medicina e Saúde Pública como campos que não se tocam, até porque a Saúde Pública nasce da Medicina, com sua compreensão de saúde não só como individual, mas coletiva, desenvolvendo um discurso e intervenção nas condições de saúde dos centros urbanos, via higiene pública e medicalização do espaço urbano.

A Medicina pode percorrer e englobar, outros terrenos, e assim temos que outra concepção presente nos artigos inclui a área da Psicologia, o corpo estudado enquanto imagem corporal, que é influenciada pela mídia (corpo contextualizado em uma sociedade de consumo, onde o corpo consome produtos que têm valor simbólico e financeiro). A sexualidade percebida não apenas como equivalente a reprodução, fisiologia, mas a possibilidade de estudar o romance, o encontro amoroso.

Mas, o corpo ainda pode ser estudado por outro enfoque, que não o Biológico, o da Saúde Pública, ou o Psicológico. A Medicina entra no terreno do Direito. As questões

estudadas são: Quem tem poder sobre o corpo do adolescente? O corpo do adolescente é responsabilidade dele, dos pais, do Estado? Aqui as nuances são percebidas. Até onde vai o poder médico, o poder do Estado, o poder do adolescente? Como aplicar as leis em casos particulares, e únicos, posto que cada caso é um caso? Os limites são examinados. A ética médica pode ir até que ponto? Questões sutis, delicadas. Começamos a perceber um ser humano que tem opiniões, desejos, limites estabelecidos por si mesmo, pelo seu sofrimento, até onde deseja viver e se submeter a tratamentos recomendados, mas que o fazem sofrer. O respeito pelo ser humano é trazido à tona. A lei é criada para proteger os direitos do adolescente, a ética médica é criada para proteger o médico e o paciente (o adolescente aqui é paciente), mas o adolescente concreto pensa sobre si mesmo e tem suas preferências, podendo se recusar a continuar o tratamento.

Apesar da concepção hegemônica da medicina apenas contemplar o aspecto biológico, o que a distancia da definição de adolescência da OMS (1975), encontrou-se artigos médicos, classificados como Saúde Pública, Aspectos Legais, Psicologia, que apresentam uma concepção integradora, ou seja: concebem o adolescente como ser bio-psico-social, o que é concordante com a definição de adolescência da OMS (1975). Nesses artigos pode-se enxergar o ser humano, e não o adolescente reduzido a um corpo na sua dimensão fisiológica, mas um ser que pensa, tem uma dinâmica psicológica, interage com pessoas, e seu contexto. O adoecer e o ter saúde não apenas como resultado fisiológico, mas a presença e responsabilidade do contexto em atuar para propiciar saúde ao adolescente, conforme reza a Declaração Universal dos Direitos Humanos, na qual se baseia as leis que tratam da adolescência, e que tem na Saúde Pública um instrumento para garantir a efetivação da saúde do adolescente.

Duas abordagens distintas foram encontradas entre os artigos, uma abordagem biológica, que corresponde à concepção hegemônica da medicina, e uma abordagem integradora, que corresponde às concepções da Saúde Pública, da Psicologia, e dos Aspectos Legais. As diferenças de abordagens encontradas nos artigos médicos podem ser compreendidas como refletindo estágios (momentos) diferentes do processo histórico de desenvolvimento da medicina, revelando paradigmas diferentes, que, no entanto, convivem no momento atual, e convém deter-se em alguns desses momentos históricos, no intuito de contextualizar-se estes artigos, para melhor compreendê-los.

A maioria dos artigos estudados, que corresponde à concepção hegemônica da medicina, adotou o paradigma hegemônico da medicina.

O paradigma hegemônico e dominante da medicina é biológico, positivista e mecanicista, o que pressupõe que a saúde e a doença podem ser totalmente explicadas pela relação mecânica das partes do corpo, compreendido como uma máquina, o que privilegia o caráter individual e biológico da doença (ao invés do social e político). A medicina positivista propõe um modelo interpretativo a partir do experimentalismo, que considera a possibilidade de desvelamento do objeto, que possuiria uma única e permanente causa (AYRES 1993).

Reduzir a adolescência à puberdade significa que o que ocorre durante a adolescência é resultado da puberdade, que determinaria a forma de sentir, pensar, se comportar, do adolescente, com os aspectos psicológico e social subordinados ao biológico. A adolescência, além de ser reduzida à puberdade, é pensada como um período crítico e crucial na vida, o que implica em naturalizá-la, reduzi-la ao aspecto cronológico. A naturalização do desenvolvimento humano pressupõe a idéia de natureza humana, de um programa genético que se expressa em uma seqüência cronológica contínua, com níveis de complexidade crescente e com transições regulares de uma fase para outra (AYRES 1993).

Porém, "a puberdade, ao contrário da adolescência, nunca é contingente: a despeito de ser sempre significada no interior de uma determinada representação cultural e/ou social, ela ocorre na independência das diversas e diferentes pautas culturais. Nesta ordem, tem-se que a adolescência refere-se sobretudo às transformações que se operam na área psico-social... Seria, antes de tudo, na maneira como a cultura dá sentido às transformações físicas que se poderia apreender um momento inaugural da adolescência" (REIS, 1993, p.21).

Neste paradigma o ato terapêutico é realizado nos hospitais de alta tecnologia, levando à formação de especialistas, que realizam intervenção química ou física, curativa e individualista, ocorrendo a medicalização da sociedade, com conflitos sociais e estruturais sofrendo intervenção médica (QUEIROZ 1989).

A outra abordagem encontrada nos artigos médicos, que denominamos de integradora, e que corresponde às concepções da Saúde Pública, da Psicologia, e dos

Aspectos Legais, adotou o paradigma da Medicina Integral, e à título de exemplificar e tornar mais clara a mudança de paradigma, considera-se aspectos da trajetória da medicina social no Brasil e na América Latina, e a que esta mudança pretendeu responder.

Esta exemplificação pode ser melhor elucidada através do artigo do Professor Everardo Duarte Nunes, pelo fato de ele, enquanto médico, ter realizado uma trajetória profissional em direção ao ensino no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, e ter ocupado o cargo de Assessor da OPAS para assuntos relacionados às Ciências Sociais em Saúde. Logo, a crítica por ele realizada nasce de suas inquietações enquanto médico, e médico envolvido com as questões técnicas e teóricas da Saúde Pública, e conhecedor dos paradigmas que pretende-se elucidar.

A crise do paradigma mecanicista da medicina na América Latina se manifestou desde o final dos anos 50, e dois fatores podem ser destacados como contribuindo para essa crise: o paradigma reducionista e o alto custo dessa medicina. Quanto ao primeiro fator, os aspectos: biológicos, ambientais, sócio-econômicos, culturais, históricos, e da comunidade científica são importantes para a saúde de uma sociedade, mas o paradigma mecanicista é reducionista, ao se ocupar apenas do aspecto biológico, sem admitir o papel dos demais aspectos.

Sobre o segundo fator, a privatização e mercantilização da prática médica (que se iniciaram na década de 50), o aumento da concentração de renda, o declínio do salário mínimo real e a conseqüente diminuição do poder aquisitivo da população assalariada (nas décadas de 60 e 70) e, conseqüentemente, aumento da desigualdade social, foram fundamentais para a deterioração nos níveis de saúde no Brasil.

Assim, por ser realizada com altos custos, em um contexto social de empobrecimento da população, o acesso da população aos benefícios da acentuada evolução tecnológica da área da medicina ficou cada vez mais dificultado, com a introdução de tecnologias modernas ocorrendo de maneira desigualmente distribuída na população, com baixa cobertura da assistência, e a medicina se tornou cada vez mais elitista, o que tornou este paradigma incompatível com a democratização de serviços médicos, principalmente nos países em desenvolvimento. Paradoxalmente, enquanto, por um lado, o desenvolvimento de técnicas diagnóstico-terapêuticas foi excepcional, por

outro lado, ele não levou ao bem-estar psicofísico da população, a relações sociais mais satisfatórias, e as condições ambientais sofreram um retrocesso.

A Medicina Social foi divulgada na América Latina como parte do processo de repensar a saúde e a medicina, e introduziu o deslocamento do objeto da medicina, da doença para a saúde, da saúde individual para a saúde da população, após os seminários de Vina del Mar e Tehuacán, em 1955 e 1956, respectivamente.

O documento de 1955 afirmou que se deve entender o homem como unidade biológica, psicológica e social, e que para essa formação acadêmica as disciplinas necessárias são: Sociologia Geral, Ecologia, Antropologia Social, Ecologia, Antropologia Social, Saneamento, Epidemiologia e Bioestatística.

As ciências sociais (Sociologia, Antropologia e Psicologia Social) foram introduzidas nas faculdades de medicina através dos cursos de pós-graduação dos departamentos de Medicina Preventiva e Social, que preconizavam a prevenção, a medicina integral como prática, e a incorporação do social, como um fator causal relacionado ao hospedeiro e ao meio ambiente, no paradigma da história natural da doença, e, em 1967, 79% dessas faculdades brasileiras ensinavam ciências sociais.

No entanto, o modelo científico da Medicina Social sofreu críticas, entre elas a realizada no Seminário de Cuenca, em 1972, pois o paradigma médico não foi transformado, apenas acrescentando a multicausalidade, de forma que a realidade estudada era parcelada, e o social era concebido como variável explicativa adicional, de maneira estática e limitada, sem que fossem explicados as articulações entre a saúde e a estrutura social e o processo saúde-doença coletivo.

Em 1974, no documento elaborado pela OPS/OMS, comentou-se que os departamentos de Medicina Preventiva e Social formaram profissionais com uma mentalidade preventiva, que consideravam os aspectos bio-psico-sociais das doenças, estando capacitados a 'ver' o doente de forma integral. Esta formação possibilitou a incorporação de poucos serviços de medicina preventiva dentro de alguns programas de atenção médica hospitalar. Criticou-se que faltou formação referente às instituições que proporcionam atenção de saúde e os seus esquemas de ação médica para que os profissionais estivessem capacitados a transformar as práticas da atenção médica.

Somente na segunda metade da década de 70 o referencial teórico das ciências sociais foi incorporado, e os estudos epidemiológicos apresentaram abordagens com ênfase no social enquanto campo no qual se constrói o processo saúde-doença, com uma linha de pesquisas que progressivamente buscou evidenciar as articulações econômicas e político-ideológicas da prática sanitária, no planejamento, na reorganização ou na rearticulação de serviços brasileiros (DONNANGELO 1983).

Os obstáculos à Reforma Sanitária foram identificados pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), criado em 1976, como sendo: as atividades de saúde com fins lucrativos, a indústria farmacêutica e de equipamentos, e as distorções das finalidades dos serviços de Medicina do Trabalho.

Em 1979 o 1o simpósio sobre Política Nacional de Saúde estimulou o debate político da questão de saúde, e, no mesmo ano ocorreu a formação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

A ABRASCO concluiu que as más condições de saúde da população eram resultado das profundas desigualdades regionais e sociais, e que, portanto, as doenças tinham causas estruturais. Essa Associação entende a saúde como responsabilidade social (cabendo ao Estado promover e realizar as ações necessárias ao cuidado da saúde da população), e como direito conquistado pela população. No que diz respeito à produção de conhecimentos, ela enfatiza a formação de uma rede de intercâmbio entre programas docentes, propiciando a integração multidisciplinar, visando o equilíbrio entre: os conteúdos técnicos e teórico-conceituais, o biológico e o social, as diversas abordagens e métodos de pesquisa, como meio de superar o tecnicismo e o biologismo, e de abarcar os aspectos operativos do sistema de saúde e de suas articulações no contexto social -ais amplo (ABRASCO 1983).

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a ABRASCO integrou o acadêmico com o político, através dos documentos: "Pelo Direito Universal à Saúde" e "Pela Reforma Sanitária", utilizados nos debates preparatórios à VIII Conferência Nacional de Saúde, que priorizavam o projeto democrático de saúde em uma nova Constituição, sendo que no congresso, o tema geral foi "A Reforma Sanitária e a Constituinte: Garantia pelo Direito Universal à Saúde".

O paradigma da Medicina Integral possibilita que a medicina acompanhe a definição da OMS, retome seu fundamental papel social, no sentido da democratização do acesso à atenção médica.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O paradigma hegemônico da Medicina é o biológico, e dentro das fronteiras deste paradigma a medicina avançou tecnologicamente de forma impressionante, no que diz respeito a compreensão da biologia humana, diagnóstico e tratamento de doenças, o que é essencial e desejável para a saúde da população.

No entanto, compreender o processo saúde-doença e nele intervir exige um outro paradigma. A OMS (1975) definiu adolescência através de outro paradigma, um paradigma integral, bio-psico-social. Cabe à Medicina a tarefa de construir um novo paradigma, o paradigma da Medicina Social, que é abrangente, e possui como referência o bio-psico-social.

Incorporar conhecimentos de outras áreas não é tarefa simples. Não se trata simplesmente de trazer outros tipos de conhecimentos para o paradigma biológico já existente, não é somar outras áreas ao paradigma biológico. Cada área possui um referencial próprio, diferente do referencial biológico, com uma forma muito peculiar de compreender e interpretar o objeto de conhecimento. A Medicina Social realizou um deslocamento do objeto da medicina, da doença para a saúde, da saúde individual para a saúde da população.

A tarefa de aprimorar este paradigma, que denominamos paradigma da Medicina Social, não compete apenas à medicina, e sim depende de um esforço multidisciplinar.

Desta forma, pode-se conseguir um número equilibrado de artigos em cada uma das áreas: bio-psico e social, contribuindo cada uma dessas áreas na sua especificidade, com uma diversidade de abordagens e métodos de pesquisa, mas além disso, caminhar na construção de um novo paradigma, para o que torna-se necessário a pesquisa multidisciplinar.

É fundamental que a Medicina atente para que o conhecimento gerado seja convertido em assistência à população, conduzindo à democratização da saúde.

"A pintura representa aquilo que o homem poderia ou deveria ver e não aquilo que o homem vê habitualmente" (Goethe, citado por Bardi, p.7)

Considera-se pertinente incluir neste trabalho os quadros *Puberdade*, 1894, e *Quatro Idades da Vida*, 1902, ambos de Munch, uma vez que, por eles condensarem

diversas idéias desenvolvidas ao longo desta dissertação, servem ao propósito de encerramento deste trabalho. Também acrescenta-se as críticas realizadas por BISCHOFF a estes dois quadros pois ele esclarece não apenas o significado expresso através dos quadros, como ainda os recursos pictóricos utilizados por Munch para expressá-los.



Figura 1 - *Quatro Idades da Vida* - Óleo sobre tela

Fonte: Bischoff, 1995, p. 67

BISCHOFF, 1995, ao analisar o quadro *Quatro Idades da Vida*, 1902, de Munch, afirma que, através do tema das várias idades da vida, podemos interpretar a rua como o caminho da vida, e acrescenta que no trabalho de Munch “as pessoas são sempre, simultaneamente, indivíduos e tipos generalizados: os seus traços distintivos são escrupulosamente observados e os seus rostos, formas e porte são representados artisticamente de modo reconhecível, mas a composição, a pincelada e o uso da cor, acrescentam-lhes uma dimensão própria de tipos simbólicos e purificados” (p.66), e

continua, dizendo que "As quatro figuras podem não ter qualquer relação entre si dado o seu posicionamento no quadro, mas Munch usou as impetuosas pinceladas castanhas do caminho para as apresentar num mesmo grupo" (p. 68).

Neste trabalho de Munch a vida humana é representada como um caminho único à ser seguido, como se houvesse "o caminho da vida", o que implica na cronologização da vida, onde cada etapa tem um percurso pré-determinado de desenvolvimento que é conhecido a priori e é único na sua manifestação, e dessa forma, o desenvolvimento humano é representado como, por exemplo, o de uma semente, e assim a vida humana é naturalizada. À cada uma das *Quatro Idades da Vida* corresponde um padrão estereotipado, sendo esperado que cada pessoa se comporte de determinada maneira, desde postura física, expressão facial, penteado, vestimenta. À criança é permitido um pouco de espontaneidade e alegria, que notamos em símbolos como leve sorriso, cabelos mais compridos que nas demais idades, vermelho no chapéu. A sobriedade, o controle social se expressam em expressões faciais, roupas que parecem aprisionar as pessoas neste caminho. Que outras possibilidades existiriam além deste caminho? Que outras cores, expressões faciais?

A analogia encontrada entre o quadro *Quatro Idades da Vida* e a maioria dos artigos de Medicina sobre adolescência é que, da mesma forma que no quadro "as pessoas são sempre, simultaneamente, indivíduos e tipos generalizados... tipos simbólicos e purificados" a maioria dos artigos estuda alguns adolescentes, como se eles fossem idênticos entre si, só variando em raça e sexo, e então generalizam os resultados, chegando ao "tipo simbólico", que é "o adolescente". Outra analogia entre este quadro e os artigos diz respeito à cronologização e à naturalização. A adolescência é apresentada na maioria dos artigos como fase intermediária entre a infância e a adultice, com características que correspondem à um padrão estereotipado, como se houvesse um tipo de adolescente, e essas características desaparecessem quando o indivíduo atingisse a adultice, pelo simples fato de em determinada idade atingir a adultice. A naturalização e a cronologização da adolescência se apoiam na puberdade, que esta sim é um processo natural do desenvolvimento humano, com as transformações físicas ocorrendo em determinado período de vida, conforme aborda-se, à seguir, na análise do quadro *Puberdade*.

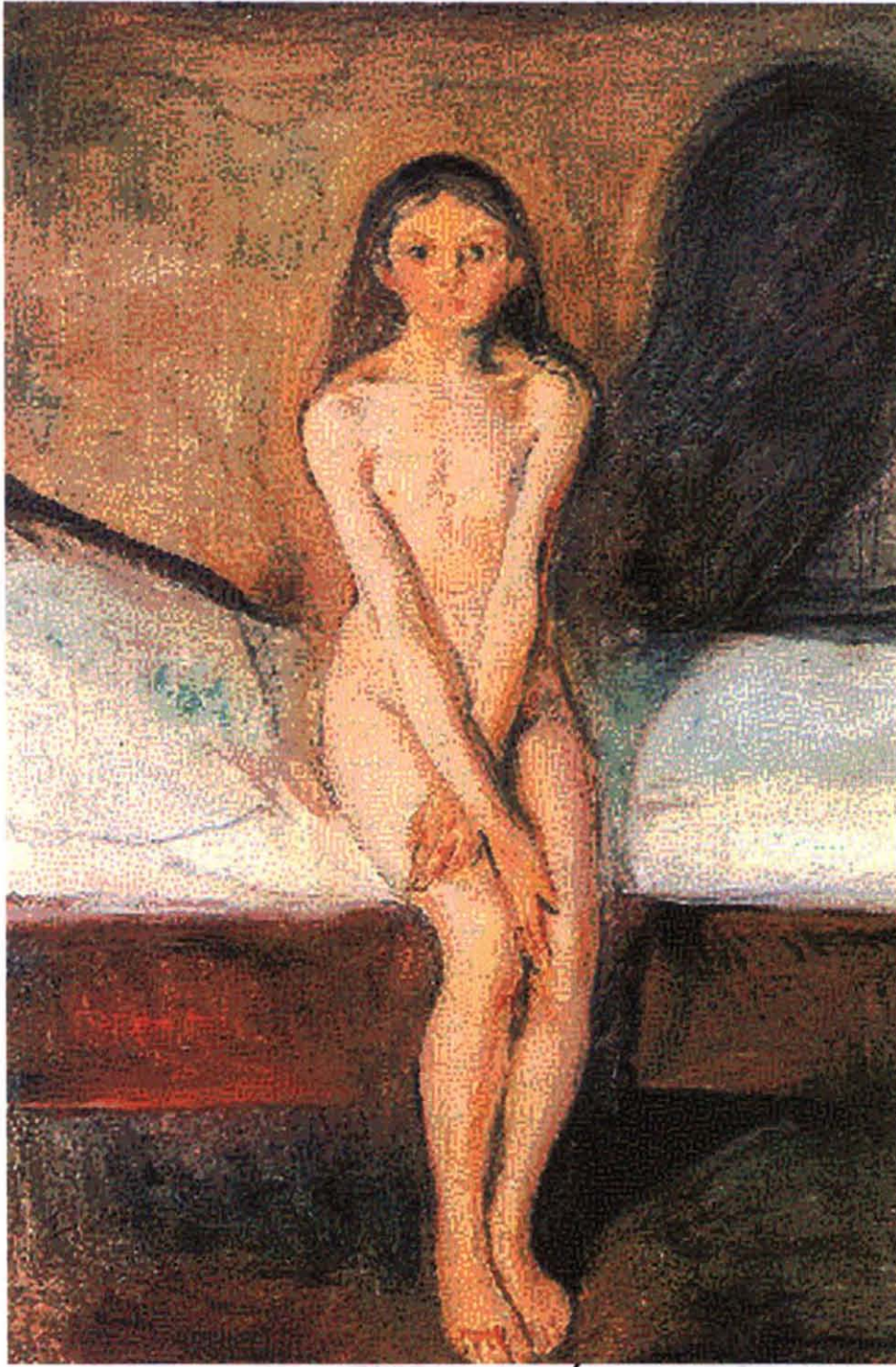


Figura 2 – *Puberdade* – Óleo sobre tela

Bischoff, 1995, p. 35

No quadro *Puberdade*, de Munch, a puberdade é representada através de uma púbere no início do desenvolvimento das características sexuais secundárias femininas, e, no seu corpo infantil já se identifica mudanças físicas que irão se intensificar, em breve. Mas qualquer observador perceberá que não é só isto que o quadro representa. BISCHOFF, ao analisar este quadro destaca que a púbere está em um ambiente “confinado”, que a sombra do corpo serve para intensificar a “fragilidade terna” e precária da exposição da sua nudez, e “sugere a ameaça do futuro que recai para além dos seus jovens anos”. BISCHOFF continua sua análise deste quadro se referindo à puberdade enquanto fase difícil de transição da infância para o estado adulto, uma vez que nos seus olhos muito abertos e no cruzar dos braços sobre a sua região púbica “apercebemo-nos tanto da sexualidade a despertar como do sentimento de estar à mercê do Desconhecido, em uma “combinação do medo e da sexualidade”.

No quadro de Munch dois conceitos diferentes, o conceito de puberdade, que consiste em modificações físicas, é deslocado, associado, ao conceito de adolescência, que corresponde às transformações psicológicas e sociais, e um conceito é tomado como sinônimo do outro. Este quadro representa a condensação desses dois conceitos em uma só imagem, uma imagem feminina.

BISCHOFF esclarece que no quadro *Puberdade* a púbere é frágil, terna, apresenta uma "combinação do medo e da sexualidade", se sente ameaçada diante do futuro. Essas características psicológicas representadas neste corpo são as mesmas que estão disseminadas na Medicina, seja na concepção hegemônica, na dos Aspectos Legais, na da Psicologia, ou na da Saúde Pública, e que justificam a intervenção do Estado em relação ao adolescente, uma vez que este ser frágil, exposto às ameaças do meio interno, pois sua fragilidade psicológica decorre de imaturidade neurológica (concepção hegemônica da Medicina), ou de estar em processo de desenvolvimento psicológico (concepção psicológica), ou ter capacidade parcial (concepção legal), suscetível, portanto, às ameaças do meio externo, que atua como fatores de risco (sobre os quais a Saúde Pública atua, via promoção de saúde, prevenção de doenças e problemas, e tratamento de doenças e problemas). Ao Estado cabe por lei proteger o adolescente dele mesmo (representado no quadro *Puberdade* através da fragilidade física: corpo miúdo, e psicológica: olhos assustados, mãos que protegem o genital da invasão externa, sombra que denuncia e prenuncia um futuro de perigos, como no "enfoque antecipatório" do Programa de Saúde Integral do Adolescente, que por conceber o processo de crescimento e desenvolvimento como tendo uma seqüência de eventos próprios, o que inclui o adolescente como vulnerável a comportamentos de risco, propõe ações antes mesmo que os eventos apareçam. O ambiente, que BISCHOFF refere como sendo "confinado" demonstra a inevitabilidade da condição da púbere/adolescente, não havendo por onde fugir ao seu destino, expresso na sombra assustadora. A projeção do futuro, do Desconhecido, é algo temível. Por esta corresponder à visão hegemônica sobre adolescência, que enxerga cada adolescente como esta púbere de Munch, pode-se pensar como se este quadro fosse sobreposto a cada adolescente real, sendo que a sociedade é autorizada, pelas leis, a proteger cada um desses seres desprotegidos, que, se deixados à própria sorte será esmagado pelo seu medo, fragilidade concebida como intrínseca, por sua sexualidade que surge como um incômodo a temer e esconder. Da mesma forma que a púbere de Munch

demonstra uma insuficiência para resolver seus conflitos (medo, sexualidade), só conseguindo cobrir precariamente sua nudez com seus braços, e, como se não bastasse, ainda havendo a presença daquela sombra escura, assustadora, que se projeta como seu futuro, o adolescente/púbere é concebido pela Medicina como insuficiente, e a sociedade compungida diante de tal “quadro” é obrigada pelas leis a proteger este ser indefeso, inclusive por meio da Saúde Pública. Afinal, o adolescente/púbere não vê, não percebe a “sombra escura e assustadora” que o ameaça. Sua posição enquanto adolescente o impede de enxergar esta sombra, mas os adultos, a sociedade, o Estado, as leis, as autoridades da área da Saúde Pública, olham para tal quadro e enxergam o perigo que o adolescente representa para ele mesmo, e que a sombra representa para ele.

Mas, e se fosse pintado um quadro diferente, com um ambiente amplo, ao invés de confinado, o prazer estampado no rosto ao descobrir a sexualidade que desabrocha no corpo e na psique, e sobretudo uma sombra clara e convidativa, que convidasse a púbere a caminhar para o futuro acolhedor? Pode-se pensar que este futuro no qual a púbere irá se deslocar temporalmente é a sociedade construída, em parte, pelo adulto, que pode representar fator de risco ou (e) de proteção para si mesmo, para adolescentes e para os outros adultos. Fatores de risco: pobreza, exposição a drogas, a violência... uma sombra escura e assustadora. Fatores protetores: possibilidade de viver dignamente, o que implica em pais empregados, podendo sustentar sua família, portanto ganhando salários suficientes para uma vida digna, e no âmbito macro, mundial, uma ordem econômica e social que não massacre os cidadãos ... e assim tem-se uma sombra clara para oferecer à púbere de Munch, aos demais adolescentes, adultos e idosos.

Aqui está a tarefa de todos os cidadãos: contribuir com a transformação da sombra escura em sombra clara, e não mais se refere à sombra do quadro *Puberdade*, de Munch, mas a sombra interpretada como a sociedade que é construída ao mesmo tempo em que constrói cada ser humano, através dos documentos oficiais internacionais e nacionais, das leis, nos quais os direitos dos adolescentes estão identificados e assegurados de forma tão lúcida, considerando a equidade e a justiça social, e que são norteadores do imenso trabalho a ser realizado, no âmbito da política pública, para que seus direitos possam ser usufruídos.

9. REFERÊNCIAS

- Aberastury A, Knobel M. **Adolescência normal**. Trad. de Ballve SMG. 9ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1991.
- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. **Documento preliminar de princípios básicos**. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1983. Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil; p. 111-17.
- Almeida Filho N. **A clínica e a epidemiologia**. Salvador:APCE/ABRASCO;1992.
- Alvarenga AT. O enfoque de risco.In:**2º Seminário Estadual de Saúde da Criança**; São Paulo:Ática; 1987.p.19-24.
- Anais da II Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente**. Brasília; 1977.
- Axelson DA, Perel JM, Birmaher Boris, Rudolph GR, Nuss S, Bridge J, et al.Sertraline pharmacokinetics and dynamics in adolescents.**J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 2002 Sep; 41(9): 1037-44.
- Ayres R de CM. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: Schraiber LB, organizadora. **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 139-82.
- Bardi PM. **Lasar Segall**. São Paulo: Instituto Lina Bo e PM Bardi; Imprensa Oficial do Estado; 2000.
- Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70;1980.
- Bell M, Archibald LK, Nwanyanwu O, Dobbie H, Tokars J, Kazembe PN et al. Seasonal variation in the etiology of bloodstream infections in a febrile inpatient population in a developing country.**Int J Infect Dis** 2001; 5(2): 63-9.

Benedict R. **Patterns of culture**. Boston: Sentry Edition; 1959.

Bischoff U. **Eduard Munch – 1863-1944: imagens de vida e morte**. Köln: Taschen; 1995.

Bogaert AF, Friesen C. Sexual orientation and height, weight, and age of puberty: new tests from a British national probability sample. **Biol Psychol** 2002 Mar; 59(2): 135-45.

Cannon LRC, Bottini BA. **Saúde e juventude: o cenário das políticas públicas no Brasil**. In: Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília: CNPD (Com. Nac. de Pop. e Desenv.); 1998.

Chauvenet A. A lei e o corpo. **Physis**. 1991;1(1):13-48.

Clark R, Armstead C. Preliminary study examining relationship between family environment and resting mean arterial pressure in African-American youth. **J Adolesc Health** 2000 Jul; 27(1): 3-5.

Coates MVG. Evolução histórica da medicina do adolescente. [Apresentado no curso Pré-Congresso Nacional – A saúde do adolescente, 1991 jun 22-4; Rio de Janeiro, Brasil].

Comparato FK. Ensaio sobre o juízo de constitucionalidade das políticas públicas; Brasília: **Revista de Informação Legislativa** nº 138 abr/jun 1998.

Conanda – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Diretrizes Nacionais para a política de atenção integral à infância e adolescência 2001-2005**. Brasília 2001 (<http://www.mj.gov.br>)

Constituição da República Federativa do Brasil. 2ª Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais. 1997.

Cusatis DC, Chinchilli VM, Johnson-Rollings N, Kieselhorst K, Stallings VA, Lloyd T. Longitudinal nutrient intake patterns of US adolescent women: the Penn State Young Women's Health Study. **J Adolesc Health** 2000 Mar; 26(3): 194-204.

Dees WL, Dissen GA, Hiney JK, Lara F, Ojeda SR. Alcohol ingestion inhibits the increased secretion of puberty-related hormones in the developing female rhesus monkey. **Endocrinology** 2000 Apr; 141(4): 1325-31.

Dees WL, Srivastava VK, Hiney JK. Alcohol and female puberty: the role of intraovarian systems. **Alcohol Res Health** 2001; 25(4): 271-5.

Djuricich AM. Teaching medical residents about teenagers: an introductory curriculum in adolescent medicine. **Acad Med** 2002 Jul; 77(7): 745-6.

Donnangelo MCF. **A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil: a década de 70.** Rio de Janeiro: ABRASCO; 1983. Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil; p. 19-35.

Erikson EH. **Identidade, juventude e crise.** Rio de Janeiro: Zahar; 1976.

Eisenstein E, Souza RP. coord. **Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes.** Petrópolis: Vozes/CECIP/CENESPA; 1993.

Ford K, Sohn W, Lepkowski J. American adolescents: sexual mixing patterns, bridge partners, and concurrency. **Sex Transm Dis** 2002 Jan; 29(1): 13-9.

Goldbaum M. Novas perspectivas temáticas para a epidemiologia. In: Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 1º, Campinas; 1990. **Anais.** p. 247-53.

Golub MS. Adolescent health and the environment. **Environ Health Perspect** 2000 Apr; 108(4): 355-62.

Grossman E, Cardoso MHCA. As bases conceituais dos documentos oficiais de atenção à saúde do adolescente. **Rev Bras Cresc Desenv Hum** 1997; 7: 1-11.

Gueorguiev M, Goth ML, Korbonits M. Leptin and puberty: a review. **Pituitary** 2001 Jan-Apr; 4(1-2): 79-86.

- Günther IA. **Adolescência e Projeto de Vida**. Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Ministério da Saúde. Secretari de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, Volume 1. Brasília, Agosto de 1999.
- Harrison L, Harrington R. Adolescents' bereavement experiences. Prevalence, association with depressive symptoms, and use of services.**J Adolesc** 2001 Apr; 24(2): 159-69.
- Hartos JL, Nissen WJ, Simons-Morton BG. Acceptability of the Checkpoints Parent-Teen Driving Agreement: pilot test.**Am J Prev Med** 2001 Aug; 21(2): 138-41.
- Herman-Giddens ME, Wang L, Koch G. Secondary sexual characteristics in boys: estimates from the national health and nutrition examination survey III, 1988-1994.**Arch Pediatr Adolesc Med** 2001 Sep; 155(9): 1022-8.
- Huerta R, Brizuela-Gamino OL. Interaction of pubertal status, mood and self-esteem in adolescent girls.
J Reprod Med 2002 Mar; 47(3): 217-25.
- Kuschnir MCC, Cardoso MHC de A. Adolescentes: saúde, doença e risco. **Rev Bras Cresc Desenv Hum** 1997; 7: 22-31.
- Mackelvie KJ, McKay HA, Khan KM, Crocker PR. A school-based exercise intervention augments bone mineral accrual in early pubertal girls.**J Pediatr** 2001 Oct; 139(4): 501-8.
- Mead M. **Sexo e temperamento**. São Paulo, Pioneira Editora; 1965.
- Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. **Programa Saúde do Adolescente: bases programáticas**. Brasília (DF); 1989.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. Serviço de Assistência à Saúde do

Adolescente. **Normas de atenção à saúde integral do adolescente.** Brasília (DF); 1993. v.2.

Ministério da Saúde. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente – Bases Programáticas.** 2ª edição. Brasília; 1996.

Ministério da Saúde. **Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira. Construindo uma agenda nacional.** Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília; 1999.

Ministério da Saúde. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente.** <http://www.saude.gov.br>; 2000

Monroy A. Pubertad, adolescencia y cultura juvenil. In: Organización Panamericana de la Salud. **La salud del adolescent y del joven.** São Paulo: Hucitec; 1993. p. 27-35.

Mello Mc de. **Dicionário jurídico.** Rio de Janeiro: Elfos; 1998.

Morlachetti AJD. **Obligaciones de Latinoamérica y el Caribe ante el derecho internacional de adolescentes y jóvenes.** OPS/OMS. Marzo 1999.

Mul D, Fredriks AM, van-Buuren S, Oostdijk W, Verloove-Vanhorick SP, Wit JM. Pubertal development in The Netherlands 1965-1997. **Pediatr Res** 2001 Oct; 50(4): 479-86.

Nakajima H. Opening Address by the Director General of the WHO. In: Organização Mundial da Saúde. **Discusiones técnicas sobre la salud de los jóvenes.** Genebra; 1989.

Naughton G, Farpour-Lambert NJ, Carlson J, Bradney M, Van-Praagh E. Physiological issues surrounding the performance of adolescent athletes. **Sports Med** 2000 Nov; 30(5): 309-25.

Navarro AL. **O direito à saúde do adolescente: Uma avaliação das políticas públicas.** (Dissertação de mestrado, USP-SP). São Paulo, 2001.

Nunes ED. A medicina social no Brasil: um estudo de sua trajetória. In: Merhy EE, coordenador. **Planejamento sem normas**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 113-34.

O' Donnell D. **La convención sobre los derechos del niño: estructura y contenido**. In: Derecho a tener Derecho – Infância, Derecho y Políticas Sociales em América Latina. Programa regional/nacional de capacitación em derechos del niño y políticas sociales para la infancia y adolescencia em América Latina. Unicef(En: Infancia, Boletín del IIN. nº 230. Tomo 63, julio, Montevideo, p.11).

Oliveira MAC, Egry EY. A adolescência como um constructo social. **Rev Bras Cresc Desenv Hum** 1997; 7: 12-21.

Okasha M, McCarron P, McEwen J, Davey-Smith G. Determinants of adolescent blood pressure: findings from the Glasgow University student cohort. **J Hum Hypertens** 2000 Feb; 14(2): 117-24.

Organización Mundial de la Salud. **Necesidades de salud de los adolescentes: informe de un comité de expertos de la OMS**. Ginebra; 1977. (Séries de Informes técnicos nº 609).

Organização Mundial da Saúde/ Fundo das Nações Unidas para a Infância. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma Ata; URSS, 6-12, setembro de 1978. Brasília: UNICEF; 1979. **Relatório**. Unicef-Brasil, 1979.

Organización Mundial de la Salud. Grupo de Estudio de la OMS acerca de los Jóvenes y la "Salud para todos en el año 2000", Ginebra, 1984. **Informe: La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad**. Ginebra, 1986. (OMS-Série de Informes Técnicos, 731).

Organización Mundial de la Salud. **The Health of Youth**. Informe final de las Discusiones Técnicas. Documento A42/Technical Discussions/13 Rev.1, Enero, 1990.

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. **Aspectos teóricos del las ciencias sociales aplicadas a la Medicina, Educación Médica y Salud**. 8(4):354-359; 1974.

Organización Panamericana de la Salud. **La Salud de los Adolescentes y Jóvenes en las Américas**. Publicación Científica 489. Washington, D.C., 1985.

Organización Panamericana de la Salud. Salud del adolescente: prioridades y estrategias nacionales y regionales. **Bol Oficina Sanit Panam** 1989; 107: 78-82.

Organización Panamericana de la Salud. **Plan de acción sobre la salud del adolescente en las Américas**. Washington (DC); 1992. (Documento CD36/16).

Organização Panamericana de Saúde. **Diretrizes para a Programação da Saúde Integral do adolescente e módulos de atendimento**. Projeto de apoio a iniciativas nacionais de saúde integral do adolescente na região das Américas, 1996.

Organização Panamericana de Saúde. Fundação W Kellogg. **O Marco conceitual da saúde integral do adolescente e de seu cuidado**. Washington (DC); 1996.

Organização Panamericana de Saúde. **Saúde dos adolescentes**. XLIX Reunião da OMS e XL Reunião da OPAS; 1997.

Organização Panamericana de Saúde. **Plan of action on health and development of Adolescents and Youth in the Americas 1998-2001**. 1998.

Panchaud C, Singh S, Feivelson D, Darroch JE. Sexually transmitted diseases among adolescents in developed countries. **Fam Plann Perspect** 2000 Jan-Feb; 32(1): 24-32, 45.

Peixoto PM. **Vocabulário Jurídico Paumape**. São Paulo: Paumape; 1993.

Peres F. **Adolescência: em busca dos sujeitos sociais**. São Paulo; 1995. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Peres F, Rosenberg CP. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da Saúde Pública. **Saúde Soc**. 1998; 7: 53-86.

Pirotta WRB, Pirotta KCM. **O Adolescente e o Direito à Saúde após a Constituição de 1988**. Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Ministério da Saúde. Secretaria

de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, Volume 1. Brasília, Agosto de 1999.

Queiroz M de S, editor. **Processo de trabalho e tecnologia na rede básica de serviços de saúde: alguns aspectos teóricos e históricos**. Campinas (SP): UNICAMP; 1989.

Rakoff V. Una interpretación psichistórica del adolescente. In: Organización Panamericana de la Salud. **La salud del adolescent y del joven**. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 57-64.

Reis AOA. **O discurso da saúde pública sobre a adolescente grávida: avatares**. São Paulo; 1993. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Reiter EO, Lee PA. Delayed puberty. **Adolesc Med** 2002 Feb; 13(1): 101-18, vii.

Rocha JCS. **Direito da Saúde-Direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos**. São Paulo: LTr, 1999.

Rojas DS. Adolescencia, cultura y salud. In: Organización Panamericana de la Salud. **La salud del adolescent y del joven**. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 15-26.

Romeo RD, Richardson HN, Sisk CL. Puberty and the maturation of the male brain and sexual behavior: recasting a behavioral potential. **Neurosci Biobehav Rev** 2002 May; 26(3): 381-91.

Saigal S, Stoskopf BL, Streiner DL, Burrows E. Physical growth and current health status of infants who were of extremely low birth weight and controls at adolescence. **Pediatrics** 2001 Aug; 108(2): 407-15.

Sakka F, Chelly H. Age and experience of puberty in young Tunisian girls. **Tunis Med** 2000 Mar; 78(3): 191-4.

São Paulo. Resolução SS-69/91. **Aprova as diretrizes para implantação do Programa de Saúde do Adolescente.** Diário Oficial do Estado de São Paulo, 09 de março, Seção I, p. 101 (45).

Savin-Williams RC. A critique of research on sexual-minority youths. **J Adolesc** 2001 Feb; 24(1): 5-13.

Schinke SP, Cole KC, Poulin SR. Enhancing the educational achievement of at-risk youth. **Prev Sci** 2000 Mar; 1(1): 51-60.

Schraufnagel CD, Brumback RA, Harper CR, Weinberg WA. Affective illness in children and adolescents: patterns of presentation in relation to pubertal maturation and family history. **J Child Neurol** 2001 Aug; 16(8): 553-61.

Sichieri R, Taddei JÁ, Everhart JE. Influence of parental height and sociodemographic factors on adolescent height in Brazil. **J Adolesc Health** 2000 Jun; 26(6): 414-9.

Silber TJ. Medicina de la adolescencia: su historia, crecimiento y evolución. In: Organización Panamericana de la Salud. **La salud del adolescent y del joven.** São Paulo: Hucitec; 1993. p. 65- 69.

Simeoni MC, Auquier P, Antoniotti S, Sapin C, San-Marco JL. Validation of a French health-related quality of life instrument for adolescents: the VSP-A. **Qual-Life-Res** 2000; 9(4): 393-403.

Stevens-Simon C, Beach RK, McGregor JA. Does incomplete growth and development predispose teenagers to preterm delivery? A template for research. **J Perinatol** 2002 Jun; 22(4): 315-23.

Stiller C. Epidemiology of cancer in adolescents. **Med Pediatr Oncol** 2002 Sep; 39(3): 149-55.

Unicef. **Youth Health – For a Change: a Unicef Notebook on Programming for Young People’s Health and Development.** 1997.

Unicef. **10 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente – uma década de direitos.** http://www.unicef.org.br/eca_10.htm – 23/03/2000.

Veronese JRP. **Interesses difusos e direitos da criança e do adolescente.** Belo Horizonte: Del Rey, 1996.

Vicuña JR. La salud del adolescente y del jóven en América Latina y el Caribe. **Bol Oficina Sanit Panam** 1977; 83: 295-309.

Walker E, Bollini AM. Pubertal neurodevelopment and the emergence of psychotic symptoms. **Schizophr Res** 2002 Mar 1; 54(1-2): 17-23.

Weber S. Factor structure of the Reynolds Adolescent Depression Scale in a sample of school-based adolescents. **J Nurs Meas** 2000 Summer; 8(1): 23-40.

Ziliotto MA. O Estatuto da Criança e do Adolescente e a Política de Atendimento. **Rev. Bras. Crescimento e Desenvolvimento Humano**; 1992.p.15-31.

Zimmer-Gembeck MJ, Doyle LS, Daniels JA. Contraceptive dispensing and selection in school-based health centers. **J Adolesc Health** 2001 Sep; 29(3): 177-85.

473 Records in MEDLINE:

Record 1

TI: Association between the insulin resistance of puberty and the insulin-like growth factor-I/growth hormone axis.

AU: Moran,-Antoinette; Jacobs,-David-R Jr; Steinberger,-Julia; Cohen,-Pinchas; Hong,-Ching-Ping; Prineas,-Ronald; Sinaiko,-Alan-R

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2002 Oct; 87(10): 4817-20

Record 2

TI: Proinsulin in girls: relationship to obesity, hyperinsulinemia, and puberty.

AU: Chin,-Daisy; Oberfield,-Sharon-E; Silfen,-Miriam-E; McMahon,-Donald-J; Manibo,-Alexandra-M; Accili,-Domenico; Levine,-Lenore-S

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2002 Oct; 87(10): 4673-7

Record 3

TI: 5 alpha-reductase and 11 beta-hydroxysteroid dehydrogenase activity in prepubertal Hispanic girls with premature adrenarche.

AU: Silfen,-Miriam-E; Shackleton,-Cedric-H-L; Manibo,-Alexandra-M; Levine,-Lenore-S; Sekhar,-Deepa; McMahon,-Donald-J; Oberfield,-Sharon-E

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2002 Oct; 87(10): 4647-51

Record 4

TI: Circulating soluble leptin receptor and free leptin index during childhood, puberty, and adolescence.

AU: Kratzsch,-J; Lammert,-A; Bottner,-A; Seidel,-B; Mueller,-G; Thiery,-J; Hebebrand,-J; Kiess,-W

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2002 Oct; 87(10): 4587-94

Record 5

TI: Inter- and intrafamilial variability in premature pubarche and polycystic ovary syndrome.

AU: Sanders,-Ellen-B; Aston,-Christopher-E; Ferrell,-Robert-E; Witchel,-Selma-F

SO: Fertil-Steril. 2002 Sep; 78(3): 473-8

Record 6

TI: Effects of tamoxifen on lipid profile and coagulation parameters in male patients with pubertal gynecomastia.

AU: Novoa,-F-J; Boronat,-M; Carrillo,-A; Tapià,-M; Diaz-Cremades,-J; Chirino,-R

SO: Horm-Res. 2002; 57(5-6): 187-91

Record 7

TI: Estradiol induces hypothalamic progesterone receptors but does not activate mating behavior in male hamsters (*Mesocricetus auratus*) before puberty.

AU: Romeo,-Russell-D; Wagner,-Christine-K; Jansen,-Heiko-T; Diedrich,-Stefani-L; Sisk,-Cheryl-L

SO: Behav-Neurosci. 2002 Apr; 116(2): 198-205

Record 8

TI: Diabetic kidney disease: impact of puberty.

AU: Lane,-Pascale-H

SO: Am-J-Physiol-Renal-Physiol. 2002 Oct; 283(4): F589-600

Record 9

TI: Treating the minor patient.

AU: Weber,-Thomas-J; Fernsler,-Heather-L

SO: Pa-Dent-J-(Harrisb). 2002 May-Jun; 69(3): 11-4

Record 10

TI: Researching youth culture and popular music: a methodological critique.

AU: Bennett,-Andy

SO: Br-J-Sociol. 2002 Sep; 53(3): 451-66

Record 11

TI: Prepubertal Asians have less limb skeletal muscle.

AU: Song,-Mi-Yeon; Kim,-Jaehee; Horlick,-Mary; Wang,-Jack; Pierson,-Richard-N Jr; Heo,-Moonseong; Gallagher,-Dympna
SO: J-Appl-Physiol. 2002 Jun; 92(6): 2285-91

Record 12

TI: Serum creatine kinase levels in untreated hospitalized adolescents during acute psychosis.
AU: Hermesh,-Haggai; Stein,-Daniel; Manor,-Iris; Shechtman,-Tatiana; Blumensohn,-Rachel; Meged,-Sorin; Shiloh,-Roni; Benjamini,-Yoav; Weizman,-Abraham
SO: J-Am-Acad-Child-Adolesc-Psychiatry. 2002 Sep; 41(9): 1045-53

Record 13

TI: Sertraline pharmacokinetics and dynamics in adolescents.
AU: Axelson,-David-A; Perel,-James-M; Birmaher,-Boris; Rudolph,-George-R; Nuss,-Sharon; Bridge,-Jeffrey; Brent,-David-A
SO: J-Am-Acad-Child-Adolesc-Psychiatry. 2002 Sep; 41(9): 1037-44

Record 14

TI: Expression and localization of Indian hedgehog (Ihh) and parathyroid hormone related protein (PTHrP) in the human growth plate during pubertal development.
AU: Kindblom,-J-M; Nilsson,-O; Hurme,-T; Ohlsson,-C; Savendahl,-L
SO: J-Endocrinol. 2002 Aug; 174(2): R1-6

Record 15

TI: Characteristics of traffic crashes in Maryland (1996-1998): differences among the youngest drivers.
AU: Ballesteros,-Michael-F; Dischinger,-Patricia-C
SO: Accid-Anal-Prev. 2002 May; 34(3): 279-84
Risk-Taking

Record 16

TI: Self-assessment of sexual maturity status in children with Crohn's disease.
AU: Schall,-Joan-I; Semeao,-Edisio-J; Stallings,-Virginia-A; Zemel,-Babette-S
SO: J-Pediatr. 2002 Aug; 141(2): 223-9

Record 17

TI: Lack of physiological suppression of circulating IGFBP-1 in puberty in patients with insulin-dependent diabetes mellitus.
AU: Riihimaa,-Paivi-H; Knip,-Mikael; Ruokonen,-Aimo; Tapanainen,-Paivi
SO: Eur-J-Endocrinol. 2002 Aug; 147(2): 235-41

Record 18

TI: Anaemia among Egyptian adolescents: prevalence and determinants.
AU: el-Sahn,-F; Sallam,-S; Mandil,-A; Galal,-O
SO: East-Mediterr-Health-J. 2000 Sep-Nov; 6(5-6): 1017-25

Record 19

TI: What Amy doesn't know--respect for cultural diversity or bad ethics? Case study.
AU: Emmott,-H; Potter,-R-L; Flanigan,-R
SO: Bioethics-Forum. 2001 Spring; 17(1): 53-4

Record 20

TI: Where the guns come from: the gun industry and gun commerce.
AU: Wintemute,-Garen-J
SO: Future-Child. 2002 Summer-Fall; 12(2): 54-71

Record 21

TI: Cancer and the adolescent: the Second Teenage Cancer Trust International Conference, Royal College of Physicians, London, England, March 2001.
AU: Lewis,-Ian-J; Fallon,-Susan; van-Dongen-Melman,-Jeanette; Barr,-Ronald
SO: Med-Pediatr-Oncol. 2002 Sep; 39(3): 198-201

Record 22

TI: Epidemiology of cancer in adolescents.
AU: Stiller,-Charles
SO: Med-Pediatr-Oncol. 2002 Sep; 39(3): 149-55

Record 23

TI: Age normal de la puberte et explorations endocriniennes.

[Normal age of puberty and endocrine studies]

AU: Tauber,-M

SO: Arch-Pediatr. 2002 May; 9 Suppl 2: 229s-230s

Record 24

TI: Recent aspects of neuroendocrine mechanisms of puberty.

AU: Lebrethon,-M-C; Bourguignon,-J-P

SO: Arch-Pediatr. 2002 May; 9 Suppl 2: 226s-228s

Record 25

TI: Adolescent medicine.

AU: Anonymous

SO: Clin-Privil-White-Pap. 2002 Sep; (185): 1-8

Record 26

TI: The fire inside. A camp trains at-risk youth for homeland security jobs.

AU: Gilgoff,-Dan

SO: US-News-World-Rep. 2002 Aug 19; 133(7): 36-7

Record 27

TI: Bone metabolism markers and bone mass in healthy pubertal boys and girls.

AU: van-Coeverden,-S-C-C-M; Netelenbos,-J-C; de-Ridder,-C-M; Roos,-J-C; Popp-Snijders,-C; Delemarre-van-de-Waal,-H-A

SO: Clin-Endocrinol(Oxf). 2002 Jul; 57(1): 107-16

Record 28

TI: Interaction of pubertal status, mood and self-esteem in adolescent girls.

AU: Huerta,-Raquel; Brizuela-Gamino,-Olga-Leticia

SO: J-Reprod-Med. 2002 Mar; 47(3): 217-25

Record 29

TI: Age of puberty and sexual orientation in a national probability sample.

AU: Bogaert,-Anthony-F; Friesen,-Chris; Klentrou,-Panagiota

SO: Arch-Sex-Behav. 2002 Feb; 31(1): 73-81

Record 30

TI: Sexual maturation of Greek boys.

AU: Papadimitriou,-A; Stephanou,-N; Papantzimas,-K; Glynos,-G; Philippidis,-P

SO: Ann-Hum-Biol. 2002 Jan-Feb; 29(1): 105-8

Record 31

TI: Problems of a young, growing athlete.

AU: Heinonen,-O-J; Kujala,-U-M

SO: Duodecim. 2001; 117(6): 647-52

Record 32

TI: Accelerated escape from GH autonegative feedback in midpuberty in males: evidence for time-delimited GH-induced somatostatinergic outflow in adolescent boys.

AU: Richmond,-E; Rogol,-A-D; Basdemir,-D; Veldhuis,-O-L; Clarke,-W; Bowers,-C-Y; Veldhuis,-J-D

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2002 Aug; 87(8): 3837-44

Record 33

TI: Insulin resistance during puberty and future fat accumulation.

AU: Travers,-Sharon-H; Jeffers,-Barrett-W; Eckel,-Robert-H

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2002 Aug; 87(8): 3814-8

Record 34

TI: The European study of assisted reproduction families: the transition to adolescence.

AU: Golombok,-S; Brewaeys,-A; Giavazzi,-M-T; Guerra,-D; MacCallum,-F; Rust,-J

SO: Hum-Reprod. 2002 Mar; 17(3): 830-40

Record 35

TI: Timing of pubertal maturation and heterosexual behavior among Hong Kong Chinese adolescents.
AU: Lam,-T-H; Shi,-H-J; Ho,-L-M; Stewart,-Sunita-M; Fan,-Susan
SO: Arch-Sex-Behav. 2002 Aug; 31(4): 359-66

Record 36

TI: Longitudinal analysis of growth and puberty in 21-hydroxylase deficiency patients.
AU: Van-der-Kamp,-H-J; Otten,-B-J; Buitenweg,-N; De-Muinck-Keizer-Schrama,-S-M-P-F; Oostdijk,-W;
Jansen,-M; Delemarre-de-Waal,-H-A; Vulsmma,-T; Wit,-J-M
SO: Arch-Dis-Child. 2002 Aug; 87(2): 139-44

Record 37

TI: Genital size: a common adolescent male concern.
AU: Lee,-Peter-A; Reiter,-Edward-O
SO: Adolesc-Med. 2002 Feb; 13(1): 171-80, viii

Record 38

TI: Endocrine sequelae in survivors of childhood cancer.
AU: Oberfield,-Sharon-E; Sklar,-Charles-A
SO: Adolesc-Med. 2002 Feb; 13(1): 161-9, viii

Record 39

TI: Delayed puberty.
AU: Reiter,-Edward-O; Lee,-Peter-A
SO: Adolesc-Med. 2002 Feb; 13(1): 101-18, vii

Record 40

TI: Perceived and performed infant care competence of younger and older adolescent mothers.
AU: Secco,-M-Loretta; Ateah,-Christine; Woodgate,-Roberta; Moffatt,-Michael-E-K
SO: Issues-Compr-Pediatr-Nurs. 2002 Apr-Jun; 25(2): 97-112

Record 41

TI: Postweaning exposure to gossypol results in epididymis-specific effects throughout puberty and adulthood in rats.
AU: Romualdo,-Genair-Silva; Klinefelter,-Gary-R; de,-KempinasWilmaGrava
SO: J-Androl. 2002 Mar-Apr; 23(2): 220-8

Record 42

TI: Comparison between beta-cell function and insulin resistance indexes in prepubertal and pubertal obese children.
AU: Guzzaloni,-Gabriele; Grugni,-Graziano; Mazzilli,-Giuliana; Moro,-Dario; Morabito,-Francesco
SO: Metabolism. 2002 Aug; 51(8): 1011-6

Record 43

TI: Teaching medical residents about teenagers: an introductory curriculum in adolescent medicine.
AU: Djuricich,-Alexander-M
SO: Acad-Med. 2002 Jul; 77(7): 745-6

Record 44

TI: A longitudinal study of pubertal timing, parent-child conflict, and cohesion in families of young adolescents with spina bifida.
AU: Coakley,-Rachael-Millstein; Holmbeck,-Grayson-N; Friedman,-Deborah; Greenley,-Rachel-Neff;
Thill,-Azure-Welborn
SO: J-Pediatr-Psychol. 2002 Jul-Aug; 27(5): 461-73

Record 45

TI: Internists and adolescent medicine.
AU: Schmidt,-R-Michelle; White,-Lynn-K
SO: Arch-Intern-Med. 2002 Jul 22; 162(14): 1550-6

Record 46

TI: Decreased growth during therapy with selective serotonin reuptake inhibitors.
AU: Weintrob,-Naomi; Cohen,-Daniela; Klipper-Aurbach,-Yaffa; Zadik,-Zvi; Dickerman,-Zvi
SO: Arch-Pediatr-Adolesc-Med. 2002 Jul; 156(7): 696-701

Record 47

TI: Midsagittal facial soft-tissue growth of French Canadian adolescents.

AU: Smith,-Shelley-L; Buschang,-Peter-H

SO: Am-J-Human-Biol. 2002 Jul-Aug; 14(4): 457-67

Record 48

TI: Mature minors should have the right to refuse life-sustaining medical treatment.

AU: Derish,-M-T; Heuvel,-K-V

SO: J-Law-Med-Ethics. 2000 Summer; 28(2): 109-24

Record 49

TI: School-based health centers and the birth control debate.

AU: Dailard,-C

SO: Issues-Brief-(Alan-Guttmacher-Inst). 2000 Nov; (3): 1-4

Record 50

TI: Minors and the right to consent to health care.

AU: Boonstra,-H; Nash,-E

SO: Issues-Brief-(Alan-Guttmacher-Inst). 2000 Sep; (2): 1-6

Record 51

TI: Adolescent care standards and state CHIP efforts.

AU: Gold,-R-B

SO: Issues-Brief-(Alan-Guttmacher-Inst). 2000 Aug; (1): 1-4

Record 52

TI: The female athlete. Before and beyond puberty.

AU: Greydanus,-Donald-E; Patel,-Dilip-R

SO: Pediatr-Clin-North-Am. 2002 Jun; 49(3): 553-80, vi

Record 53

TI: Videothoracoscopy in diagnosing and treating exudative pleuritis.

AU: Ots,-O-N; Samokhin,-A-Ia; Strel'tsov,-V-P; Solov'eva,-I-P; Sokolova,-V-S; Belostotskij,-A-V; Perel'man,-M-I

SO: Probl-Tuberk. 2001; (9): 34-6

however, it is most effective when an acute period subsides and an exudate begins forming. At this time (2-3 months after the onset of the disease), surgery is not diagnostic, but also remedial as sanitation of the pleural cavity with partial pleurectomy.

Record 54

TI: Puberty and the maturation of the male brain and sexual behavior: recasting a behavioral potential.

AU: Romeo,-Russell-D; Richardson,-Heather-N; Sisk,-Cheryl-L

SO: Neurosci-Biobehav-Rev. 2002 May; 26(3): 381-91

Record 55

TI: The everyday realities of the multi-dimensional role of the high school community nurse.

AU: Downie,-Jill; Chapman,-Rose; Orb,-Angelica; Juliff,-Dianne

SO: Aust-J-Adv-Nurs. 2002 Mar-May; 19(3): 15-24

Record 56

TI: Growth hormone secretion and bone mineral density in prepubertal black and white boys.

AU: Wright,-N-M; Papadea,-N; Veldhuis,-J-D; Bell,-N-H

SO: Calcif-Tissue-Int. 2002 Mar; 70(3): 146-52

Record 57

TI: Hyperinsulinemia in pre- and post-pubertal children born small for gestational age.

AU: Potau,-N; Gussinye,-M; Sanchez-Ufarte,-C; Rique,-S; Vicens-Calvet,-E; Carrascosa,-A

SO: Horm-Res. 2001; 56(5-6): 146-50

Record 58

TI: Litigation, legislation, and ethics: Minors and statutes of repose.

AU: Jerrold,-Laurance

SO: Am-J-Orthod-Dentofacial-Orthop. 2002 Jun; 121(6): 661-3

Record 59

TI: Teen smoking, field cancerization, and a "critical period" hypothesis for lung cancer susceptibility.
AU: Wiencke,-John-K; Kelsey,-Karl-T
SO: Environ-Health-Perspect. 2002 Jun; 110(6): 555-8

Record 60

TI: Legal aspects of consent 7: young persons of 16 and 17 years.
AU: Dimond,-B
SO: Br-J-Nurs. 2001 Jun 14-27; 10(11): 732-3

Record 61

TI: Leptin and estradiol as related to change in pubertal status and body weight.
AU: Larmore,-Kimberly-A; O'Connor,-Darlise; Sherman,-Tami-Irwin; Funanage,-Vicky-L; Hassink,-Sandra-G; Klein,-Karen-Oerter
SO: Med-Sci-Monit. 2002 Mar; 8(3): CR206-10

Record 62

TI: Social class differences in overweight of prepubertal children in northwest Germany.
AU: Langnase,-K; Mast,-M; Muller,-M-J
SO: Int-J-Obes-Relat-Metab-Disord. 2002 Apr; 26(4): 566-72

Record 63

TI: The estrogen receptor in the growth plate: implications for pubertal growth.
AU: van-der-Eerden,-B-C; Karperien,-M; Wit,-J-M
SO: J-Pediatr-Endocrinol-Metab. 2001; 14 Suppl 6: 1527-33

Record 64

TI: Hormonal determinants of pubertal growth.
AU: Delemarre-van-de-Waal,-H-A; van-Coeverden,-S-C; Rotteveel,-J
SO: J-Pediatr-Endocrinol-Metab. 2001; 14 Suppl 6: 1521-6

Record 65

TI: Does incomplete growth and development predispose teenagers to preterm delivery? A template for research.
AU: Stevens-Simon,-Catherine; Beach,-Roberta-K; McGregor,-James-A
SO: J-Perinatol. 2002 Jun; 22(4): 315-23

Record 66

TI: Muscular force in children and adolescents.
AU: Cauderay,-M
SO: Rev-Med-Suisse-Romande. 2001 Oct; 121(10): 783-6

Record 67

TI: Chronic social stress during puberty enhances tyrosine hydroxylase immunoreactivity within the limbic system in golden hamsters.
AU: Wommack,-Joel-C; Delville,-Yvon
SO: Brain-Res. 2002 Apr 19; 933(2): 139-43

Record 68

TI: Influence of puberty on muscle development at the forearm.
AU: Neu,-C-M; Rauch,-F; Rittweger,-J; Manz,-F; Schoenau,-E
SO: Am-J-Physiol-Endocrinol-Metab. 2002 Jul; 283(1): E103-7

Record 69

TI: Long-term increase in bone mass through high calcium intake before puberty.
AU: Remer,-Thomas; Boye,-Kai-R; Manz,-Friedrich
SO: Lancet. 2002 Jun 8; 359(9322): 2037-8; discussion 2038

Record 70

TI: Increases in physical fitness during childhood improve cardiovascular health during adolescence: the Muscatine Study.
AU: Janz,-K-F; Dawson,-J-D; Mahoney,-L-T
SO: Int-J-Sports-Med. 2002 May; 23 Suppl 1: S15-21

Record 71

TI: Leptin and puberty: a review.

AU: Gueorguiev,-M; Goth,-M-L; Korbonits,-M

SO: Pituitary. 2001 Jan-Apr; 4(1-2): 79-86

Record 72

TI: Is puberty getting earlier? The views of doctors and teachers.

AU: Finlay,-F-O; Jones,-R; Coleman-J

SO: Child-Care-Health-Dev. 2002 May; 28(3): 205-9

Record 73

TI: Association between a polymorphism of the 5-HT_{2C} receptor and weight loss in teenage girls.

AU: Westberg,-Lars; Bah,-Jessica; Rastam,-Maria; Gillberg,-Christopher; Wentz,-Elisabet; Melke,-Jonas; Hellstrand,-Monika; Eriksson,-Elias

SO: Neuropsychopharmacology. 2002 Jun; 26(6): 789-93

Record 74

TI: Contextual amplification of pubertal transition effects on deviant peer affiliation and externalizing behavior among African American children.

AU: Ge,-Xiaoqia; Brody,-Gene-H; Conger,-Rand-D; Simons,-Ronald-L; Murry,-Velma-McBride

SO: Dev-Psychol. 2002 Jan; 38(1): 42-54

Record 75

TI: Legal issues in caring for adolescent patients. Physicians can optimize healthcare delivery to teens.

AU: Feldman-Winter,-Lori; McAbee,-Gary-N

SO: Postgrad-Med. 2002 May; 111(5): 15-6, 20, 66

Record 76

TI: Period piece.

AU: Sadler,-C

SO: Nurs-Stand. 2000 Sep 13-19; 14(52): 18-9

Record 77

TI: Sexual orientation and height, weight, and age of puberty: new tests from a British national probability sample.

AU: Bogaert,-Anthony-F; Friesen,-Chris

SO: Biol-Psychol. 2002 Mar; 59(2): 135-45

Record 78

TI: Pubertal alterations in growth and body composition. VI. Pubertal insulin resistance: relation to adiposity, body fat distribution and hormone release.

AU: Roemmich,-J-N; Clark,-P-A; Lusk,-M; Friel,-A; Weltman,-A; Epstein,-L-H; Rogol,-A-D

SO: Int-J-Obes-Relat-Metab-Disord. 2002 May; 26(5): 701-9

Record 79

TI: Gender-related differences in elite gymnasts: the female athlete triad.

AU: Weimann,-Edda

SO: J-Appl-Physiol. 2002 May; 92(5): 2146-52

Record 80

TI: Growth status and estimated growth rate of young distance runners.

AU: Eisenmann,-J-C; Malina,-R-M

SO: Int-J-Sports-Med. 2002 Apr; 23(3): 168-73

Record 81

TI: A qualitative study of the transition to adulthood for youth with physical disabilities.

AU: Stewart,-D-A; Law,-M-C; Rosenbaum,-P; Willms,-D-G

SO: Phys-Occup-Ther-Pediatr. 2001; 21(4): 3-21

Record 82

TI: Birth weight, health status and physical development of young men after 20 years.

AU: Mularczyk-Bal,-Maria; Koczynski,-Jan; Lewandowski,-Zbigniew; Rowinska,-Anna

SO: Pol-Merkuriusz-Lek. 2002 Feb; 12(68): 115-8

Record 83

TI: Sex and race differences in fat distribution among Asian, African-American, and Caucasian prepubertal children.

AU: He,-Qing; Horlick,-Mary; Thornton,-John; Wang,-Jack; Pierson,-Richard-N Jr; Heshka,-Stanley; Gallagher,-Dympna

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2002 May; 87(5): 2164-70

Record 84

TI: Somatic development indices in children and youth of Warsaw.

AU: Palczewska,-I; Niedzwiedzka,-Z

SO: Med-Wieku-Rozwoj. 2001 Apr-Jun; 5(2 Suppl 1): 18-118

Record 85

TI: A neuroactive steroid, pregnenolone, alters the striatal dopaminergic tone before and after puberty.

AU: Muneoka,-Katsumasa-T; Takigawa,-Morikuni

SO: Neuroendocrinology. 2002 May; 75(5): 288-95

Record 86

TI: Adolescents and healthy heart living.

AU: Rensch,-P; Yazdiya,-C

SO: Fla-Nurse. 2001 Sep; 49(3): 16

Record 87

TI: Pubertal neurodevelopment and the emergence of psychotic symptoms.

AU: Walker,-Elaine; Bollini,-Anna-M

SO: Schizophr-Res. 2002 Mar 1; 54(1-2): 17-23

Record 88

TI: The role of puberty, media and popularity with peers on strategies to increase weight, decrease weight and increase muscle tone among adolescent boys and girls.

AU: McCabe,-Marita-P; Ricciardelli,-Lina-A; Finemore,-Jennifer

SO: J-Psychosom-Res. 2002 Mar; 52(3): 145-53

Record 89

TI: Validation of self-reported weight and height in an adolescent population.

AU: Galan,-I; Gandarillas,-A; Febrel,-C; Meseguer,-C

SO: Gac-Sanit. 2001 Nov-Dec; 15(6): 490-7

Record 90

TI: Disturbance of pubertal development after cancer treatment.

AU: Muller,-Jorn

SO: Best-Pract-Res-Clin-Endocrinol-Metab. 2002 Mar; 16(1): 91-103

Record 91

TI: Timing of puberty and fetal growth.

AU: Hokken-Koelega,-Anita-C-S

SO: Best-Pract-Res-Clin-Endocrinol-Metab. 2002 Mar; 16(1): 65-71

Record 92

TI: Puberty and bone development.

AU: Saggese,-Giuseppe; Baroncelli,-Giampiero-Igli; Bertelloni,-Silvano

SO: Best-Pract-Res-Clin-Endocrinol-Metab. 2002 Mar; 16(1): 53-64

Record 93

TI: Inhibins in childhood and puberty.

AU: Raivio,-Taneli; Dunkel,-Leo

SO: Best-Pract-Res-Clin-Endocrinol-Metab. 2002 Mar; 16(1): 43-52

Record 94

TI: Androgens and puberty.

AU: Hiort,-Olaf

SO: Best-Pract-Res-Clin-Endocrinol-Metab. 2002 Mar; 16(1): 31-41

Record 95

TI: Oestrogens and puberty.

AU: Alonso,-Laura-C; Rosenfield,-Robert-L

SO: Best-Pract-Res-Clin-Endocrinol-Metab. 2002 Mar; 16(1): 13-30

Record 96

TI: The role of mutations affecting gonadotrophin secretion and action in disorders of pubertal development.

AU: Huhtaniemi,-Ilpo-T

SO: Best-Pract-Res-Clin-Endocrinol-Metab. 2002 Mar; 16(1): 123-38

Record 97

TI: Putative effects of endocrine disrupters on pubertal development in the human.

AU: Teilmann,-Grete; Juul,-Anders; Skakkebaek,-Niels-E; Toppari,-Jorma

SO: Best-Pract-Res-Clin-Endocrinol-Metab. 2002 Mar; 16(1): 105-21

Record 98

TI: Regulation of puberty.

AU: Delemarre-van-de-Waal,-Henriette-A

SO: Best-Pract-Res-Clin-Endocrinol-Metab. 2002 Mar; 16(1): 1-12

Record 99

TI: Association of lean tissue and fat mass with bone mineral content in children and adolescents.

AU: Pietrobelli,-Angelo; Faith,-Myles-S; Wang,-Jack; Brambilla,-Paolo; Chiumello,-Giuseppe;

Heymisfield,-Steven-B

SO: Obes-Res. 2002 Jan; 10(1): 56-60

Record 100

TI: Dehydroepiandrosterone sulfate treatment for atrichia pubis.

AU: Wit,-J-M; Langenhorst,-V-J; Jansen,-M; Oostdijk,-W-A; van-Doorn,-J

SO: Horm-Res. 2001; 56(3-4): 134-9

Record 101

TI: Why is management of patients with classical congenital adrenal hyperplasia more difficult at puberty?

AU: Charmandari,-E; Brook,-C-G-D; Hindmarsh,-P-C

SO: Arch-Dis-Child. 2002 Apr; 86(4): 266-9

Record 102

TI: Turner's syndrome: a paediatric perspective.

AU: Sas,-T-C; de-Muinck-Keizer-Schrama,-S-M

SO: Horm-Res. 2001; 56 Suppl 1: 38-43

Record 103

TI: Examining scope, strategies and resources: adolescents and environmental tobacco smoke.

AU: Dafoe,-Gerald-H

SO: Can-J-Public-Health. 2002 Mar-Apr; 93(2): 84

Record 104

TI: Growth and development of adolescent girls from the Segou Region of Mali (West Africa).

AU: Pawloski,-Lisa-R

SO: Am-J-Phys-Anthropol. 2002 Apr; 117(4): 364-72

Record 105

TI: Caffeine dependence in teenagers.

AU: Bernstein,-Gail-A; Carroll,-Marilyn-E; Thuras,-Paul-D; Cosgrove,-Kelly-P; Roth,-Megan-E

SO: Drug-Alcohol-Depend. 2002 Mar 1; 66(1): 1-6

Record 106

TI: The hypothalamo-pituitary-thyroid (HPT) axis: a target of nonpersistent ortho-substituted PCB congeners.

AU: Khan,-Moazzam-A; Lichtensteiger,-Carol-A; Faroon,-Obaid; Mumtaz,-Moiz; Schaeffer,-David-J; Hansen,-Larry-G

SO: Toxicol-Sci. 2002 Jan; 65(1): 52-61

Record 107

TI: Prediction of DISC substance abuse and dependency for ethnically diverse adolescents.
AU: Nishimura,-S-T; Hishinuma,-E-S; Miyamoto,-R-H; Goebert,-D-A; Johnson,-R-C; Yuen,-N-Y; Andrade,-N-N
SO: J-Subst-Abuse. 2001; 13(4): 597-607

Record 108

TI: Serum insulin-like growth factor-I, insulin-like growth factor binding protein-3, and the pubertal growth spurt in the female rhesus monkey.
AU: Ulijaszek,-Stanley-J
SO: Am-J-Phys-Anthropol. 2002 May; 118(1): 77-85

Record 109

TI: Boys will be men.
AU: Hopkins,-P; Matthews,-B; O'Brien,-G
SO: Nurs-Times. 2001 Oct 25-31; 97(43): 26-7

Record 110

TI: How two lives met in death.
AU: Hammer,-Joshua
SO: Newsweek. 2002 Apr 15; 139(15): 18-25

Record 111

TI: Family therapy with unmarried African American mothers and their adolescents.
AU: Becker,-D; Liddle,-H-A
SO: Fam-Process. 2001 Winter; 40(4): 413-27

Record 112

TI: Incomplete modified fast in obese early pubertal girls leads to an increase in 24-hour growth hormone concentration and a lessening of the circadian pattern in leptin.
AU: Kasa-Vubu,-Josephine-Z; Barkan,-Ariel; Olton,-Pamela; Meckmongkol,-Teerin; Carlson,-Nichole-E; Foster,-Carol-M
SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2002 Apr; 87(4): 1885-93

Record 113

TI: Ovarian cysts assumed benign in the peripubertal period (10 to 16 years).
AU: Lardy,-H; Robert,-M
SO: J-Gynecol-Obstet-Biol-Reprod-(Paris). 2001 Nov; 30 Suppl 1: S94-9

Record 114

TI: Minors' rights to refuse medical treatment requested by their parents: remaining issues.
AU: Griswold,-D-P; Griswold,-D-B
SO: J-Am-Acad-Nurse-Pract. 2000 Aug; 12(8): 325-8

Record 115

TI: The A, B, C's of bone building in adolescence.
AU: Durst,-E-S
SO: J-Am-Acad-Nurse-Pract. 2000 Apr; 12(4): 135-40

Record 116

TI: Spermaturation and serum hormone concentrations at the age of puberty in boys prenatally exposed to polychlorinated biphenyls.
AU: Mol,-Nanette-M; Sorensen,-Nicolina; Weihe,-Pal; Andersson,-Anna-Maria; Jorgensen,-Niels; Skakkebaek,-Niels-E; Keiding,-Niels; Grandjean,-Philippe
SO: Eur-J-Endocrinol. 2002 Mar; 146(3): 357-63

Record 117

TI: The role of sex steroids in the regulation of insulin sensitivity and serum lipid concentrations during male puberty: a prospective study with a P450-aromatase inhibitor.
AU: Wickman,-Sanna; Saukkonen,-Tero; Dunkel,-Leo
SO: Eur-J-Endocrinol. 2002 Mar; 146(3): 339-46

Record 118

TI: Morphological changes on MR imaging of the normal pituitary gland related to age and sex: main emphasis on pubescent females.

AU: Kato,-Kunihiko; Saeki,-Naokatsu; Yamaura,-Akira

SO: J-Clin-Neurosci. 2002 Jan; 9(1): 53-6

Record 119

TI: Ethical implications of pediatric drug research policy initiatives.

AU: Twomey,-J-G

SO: IRB. 2000 Mar-Apr; 22(2): 5-10

Record 120

TI: Effects of flutamide on puberty in male rats: an evaluation of the protocol for the assessment of pubertal development and thyroid function.

AU: Shin,-Jae-Ho; Kim,-Hyung-Sik; Moon,-Hyun-Ju; Kang,-Hyun; Kim,-Tae-Sung; Seok,-Ji-Hyun; Kim,-In-Young; Park,-Kui-Lea; Han,-Soon-Young; Nam,-Sang-Yoon

SO: J-Toxicol-Environ-Health-A. 2002 Mar; 65(5-6): 433-45

Record 121

TI: Alcohol and female puberty: the role of intraovarian systems.

AU: Dees,-W-L; Srivastava,-V-K; Hiney,-J-K

SO: Alcohol-Res-Health. 2001; 25(4): 271-5

Record 122

TI: A cross-sectional study of dehydroepiandrosterone sulfate in prepubertal children with myelomeningocele.

AU: Trollmann,-R; Langhans,-B; Strehl,-E; Wenzel,-D; Dorr,-H-G

SO: Horm-Res. 2001; 56(1-2): 19-24

Record 123

TI: Stature and pubertal stage assessment in American boys: the 1988-1994 Third National Health and Nutrition Examination Survey.

AU: Karpati,-Adam-M; Rubin,-Carol-H; Kieszak,-Stephanie-M; Marcus,-Michele; Troiano,-Richard-P

SO: J-Adolesc-Health. 2002 Mar; 30(3): 205-12

Record 124

TI: Tanner's pubic hair staging is not applicable to all adolescents.

AU: Freyre,-Eleodoro-A; Llaza,-Gloria; Rebaza-Gonzalez,-Rodolfo; Sami,-David

SO: J-Adolesc-Health. 2002 Mar; 30(3): 144-5

Record 125

TI: Growth in Greenland. Development of body proportions and menarcheal age.

AU: Becker-Christensen,-Finn-Gottfried

SO: Ugeskr-Laeger. 2002 Feb 11; 164(7): 906-10

Record 126

TI: Relationship between the GH/IGF-I axis, insulin sensitivity, and adrenal androgens in normal prepubertal and pubertal boys.

AU: Guercio,-Gabriela; Rivarola,-Marco-A; Chaler,-Eduardo; Maceiras,-Mercedes; Belgorosky,-Alicia

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2002 Mar; 87(3): 1162-9

Record 127

TI: A phenomenographic approach to the meaning of death: a Chinese perspective.

AU: Yang,-Shu-Ching; Chen,-Shih-Fen

SO: Death-Stud. 2002 Feb; 26(2): 143-75

Record 128

TI: Suicide prevention kit seeks to curb national epidemic of teen suicides.

AU: Merisalo,-L

SO: Rep-Med-Guidel-Outcomes-Res. 2000 Jun 22; 11(13): 8-10

Record 129

TI: Consequences of sport training during puberty.

AU: Roemmich,-J-N; Richmond,-R-J; Rogol,-A-D

SO: J-Endocrinol-Invest. 2001 Oct; 24(9): 708-15

Record 130

TI: Adolescent psychosocial development.
AU: Sturdevant,-Marsha-S; Spear,-Bonnie-A
SO: J-Am-Diet-Assoc. 2002 Mar; 102(3 Suppl): S30-1

Record 131

TI: Adolescent growth and development.
AU: Spear,-Bonnie-A
SO: J-Am-Diet-Assoc. 2002 Mar; 102(3 Suppl): S23-9

Record 132

TI: Assessment of nutritional status and motivation to make behavior changes among adolescents.
AU: Stang,-Jamie
SO: J-Am-Diet-Assoc. 2002 Mar; 102(3 Suppl): S13-22

Record 133

TI: Intensive training in elite young female athletes. Effects of intensive training on growth and maturation are not established.
AU: Baxter-Jones,-A-D-G; Maffulli,-N
SO: Br-J-Sports-Med. 2002 Feb; 36(1): 13-5

Record 134

TI: Dimeric inhibins in girls from birth to adulthood: relationship with age, pubertal stage, FSH and oestradiol.
AU: Crofton,-P-M; Evans,-A-E-M; Groome,-N-P; Taylor,-M-R-H; Holland,-C-V; Kelnar,-C-J-H
SO: Clin-Endocrinol-(Oxf). 2002 Feb; 56(2): 223-30

Record 135

TI: Inhibin B in boys from birth to adulthood: relationship with age, pubertal stage, FSH and testosterone.
AU: Crofton,-P-M; Evans,-A-E-M; Groome,-N-P; Taylor,-M-R-H; Holland,-C-V; Kelnar,-C-J-H
SO: Clin-Endocrinol-(Oxf). 2002 Feb; 56(2): 215-21

Record 136

TI: Effect of hydroxyurea on growth in children with sickle cell anemia: results of the HUG-KIDS Study.
AU: Wang,-Winfred-C; Helms,-Ronald-W; Lynn,-Henry-S; Redding-Lallinger,-Rupa; Gee,-Beatrice-E; Ohene-Frempong,-Kwaku; Smith-Whitley,-Kim; Waclawiw,-Myron-A; Vichirsky,-Elliott-P; Styles,-Lori-A; Ware,-Russell-E; Kinney,-Thomas-R
SO: J-Pediatr. 2002 Feb; 140(2): 225-9

Record 137

TI: Bone mineral density in adolescent female athletes: relationship to exercise type and muscle strength.
AU: Duncan,-Craig-S; Blimkie,-Cameron-J-R; Cowell,-Christopher-T; Burke,-Stephen-T; Briody,-Julie-N; Howman-Giles,-Robert
SO: Med-Sci-Sports-Exerc. 2002 Feb; 34(2): 286-94

Record 138

TI: Trunk fat and blood pressure in children through puberty.
AU: He,-Qing; Horlick,-Mary; Fedun,-Barbara; Wang,-Jack; Pierson,-Richard-N Jr; Heshka,-Stanley; Gallagher,-Dympna
SO: Circulation. 2002 Mar 5; 105(9): 1093-8

Record 139

TI: Pubertal development in girls with homozygote sickle cell disease. Apropos of 72 cases.
AU: M'Pemba-Loufoua,-A-B; Nzingoula,-S; Moubouh-Akouala,-F; Oba,-A
SO: Bull-Soc-Pathol-Exot. 2001 Nov; 94(4): 326-9

Record 140

TI: Body composition of African American and white children: a 2-year follow-up of the BAROC study.
AU: Bray,-G-A; DeLany,-J-P; Harsha,-D-W; Volaufova,-J; Champagne,-C-M
SO: Obes-Res. 2001 Oct; 9(10): 605-21

Record 141

TI: Puberty permits increased expression of renal transforming growth factor-beta1 in experimental diabetes.

AU: Lane,-P-H; Snelling,-D-M; Hollman,-A; Langer,-W-J

SO: *Pediatr-Nephrol.* 2001 Dec; 16(12): 1033-9

Record 142

TI: Dietary fats and asthma in teenagers: analyses of the first Nutrition and Health Survey in Taiwan (NAHSIT).

AU: Huang,-S-L; Pan,-W-H

SO: *Clin-Exp-Allergy.* 2001 Dec; 31(12): 1875-80

SP\$PAGE1: 1875

Record 143

TI: Plasma lipids in Turkish children: impact of puberty, socioeconomic status, and nutrition on plasma cholesterol and HDL.

AU: Mahley,-R-W; Arslan,-P; Pekcan,-G; Pepin,-G-M; Agacdiken,-A; Karaoglu,-N; Rakicioglu,-N; Nursal,-B; Dayanikli,-P; Palaoglu,-K-

SO: *J-Lipid-Res.* 2001 Dec; 42(12): 1996-2006

Record 144

TI: Study on the effects of leptin on puberty development in children.

AU: Sun,-C; Yu,-C; Wang,-S

SO: *Zhonghua-Yu-Fang-Yi-Xue-Za-Zhi.* 2001 Sep; 35(5): 293-6

Record 145

TI: Longitudinal follow-up of bone density and body composition in children with precocious or early puberty before, during and after cessation of GnRH agonist therapy.

AU: van-der-Sluis,-Inge-M; Boot,-Annemieke-M; Krenning,-Eric-P; Drop,-Stenvert-L-S; de-Muinck-Keizer-Schrama,-Sabine-M-P-F

SO: *J-Clin-Endocrinol-Metab.* 2002 Feb; 87(2): 506-12

Record 146

TI: American adolescents: sexual mixing patterns, bridge partners, and concurrency.

AU: Ford,-KthleenN; Sohn,-Woosung; Lepkowski,-James

SO: *Sex-Transm-Dis.* 2002 Jan; 29(1): 13-9

Record 147

TI: Platelet monoamine oxidase in healthy 9- and 15-years old children: the effect of gender, smoking and puberty.

AU: Harro,-M; Eensoo,-D; Kiive,-E; Merenakk,-L; Alep,-J; Oreland,-L; Harro,-J

SO: *Prog-Neuropsychopharmacol-Biol-Psychiatry.* 2001 Nov; 25(8): 1497-511

Record 148

TI: Familial, anthropometric, and metabolic associations of intramyocellular lipid levels in prepubertal males.

AU: Ashley,-Mellisa-A; Buckley,-Alexandra-J; Criss,-Alison-L; Ward,-Julie-A; Kemp,-Allan; Garnett,-Sarah; Cowell,-Christopher-T; Baur,-Louise-A; Thompson,-Campbell-H

SO: *Pediatr-Res.* 2002 Jan; 51(1): 81-6

Record 149

TI: Insufficient adrenarche in patients with combined pituitary hormone deficiency caused by a PROP-1 gene defect.

AU: Voutetakis,-A; Livadas,-S; Sertedaki,-A; Maniati-Christidi,-M; Dacou-Voutetakis,-C

SO: *J-Pediatr-Endocrinol-Metab.* 2001 Sep-Oct; 14(8): 1107-11

Record 150

TI: Splitting hairs.

AU: Viner,-R

SO: *Arch-Dis-Child.* 2002 Jan; 86(1): 8-10

Record 151

TI: Adolescent consent to routine medical and surgical treatment. A proposal to simplify the law of teenage medical decision-making.

AU: Newman,-A

SO: J-Leg-Med. 2001 Dec; 22(4): 501-32

Record 152

TI: Parenting for responsibility: love is more than cuddles.

AU: Nelms,-B-C

SO: J-Pediatr-Health-Care. 2001 Jan-Feb; 15(1): 1-2

Record 153

TI: Metabolic impact of puberty on the course of type 1 diabetes.

AU: Acerini,-L; Williams,-M; Dunger,-B

SO: Diabetes-Metab. 2001 Sep; 27(4 Pt 2): S19-25

Record 154 of 473 in MEDLINE(R) on CD 2002/01-2002/07

TI: Physical growth assessment in adolescence.

AU: Agarwal,-K-N; Saxena,-A; Bansal,-A-K; Agarwal,-D-K

SO: Indian-Pediatr. 2001 Nov; 38(11): 1217-35

Record 155

TI: Effects of treatment with GH alone or in combination with LHRH analog on bone mineral density in pubertal GH-deficient patients.

AU: Mericq,-Veronica; Gajardo,-Hector; Eggers,-Martha; Avila,-Alejandra; Cassorla,-Fernando

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2002 Jan; 87(1): 84-9

Record 156

TI: Elevated free IGF-I levels in prepubertal Hispanic girls with premature adrenarche: relationship with hyperandrogenism and insulin sensitivity.

AU: Silfen,-Miriam-E; Manibo,-Alexandra-M; Ferin,-Michel; McMahon,-Donald-J; Levine,-Lenore-S; Oberfield,-Sharon-E

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2002 Jan; 87(1): 398-403

Record 157

TI: Changes in airway responsiveness and relative factors in asthma with remission at puberty.

AU: Xu,-Y; Yao,-S; Shao,-L; Zhu,-L; Deng,-Y; Wang,-J; Sun,-L

SO: Chin-Med-J-(Engl). 2000 Mar; 113(3): 210-2

Record 158

TI: Acute effects of ethanol on steroidogenic acute regulatory protein (StAR) in the prepubertal rat ovary.

AU: Srivastava,-V-K; Hiney,-J-K; Dearth,-R-K; Les-Dees,-W

SO: Alcohol-Clin-Exp-Res. 2001 Oct; 25(10): 1500-5

Record 159

TI: Abstracts of the annual meeting of the Society for Adolescent Medicine. March 6-10, 2002. Boston, Massachusetts, USA.

AU: Anonymous

SO: J-Adolesc-Health. 2002 Feb; 30(2): 92-140

Record 160

TI: Puberal development in neoplastic adolescents out of therapy.

AU: Basiloni,-V; Sodini,-F; Bertelloni,-S; Baroncelli,-G-I; Favre,-G; Nardi,-M; Tacchini,-S; Saggese,-G

SO: Minerva-Pediatr. 2001 Oct; 53(5): 520-1

Record 161

TI: A new operating system in the relationship between pediatrician and adolescent: adolescentological counselling.

AU: Potito,-D; Bernardi,-V

SO: Minerva-Pediatr. 2001 Oct; 53(5): 490-1

Record 162

TI: Secular trend of the puberal age in a Northern Italy population.

AU: Castellino,-N; Lupo,-E; Petri,-A; Rapa,-A; Bellone,-S; Strigini,-L; Vercellotti,-A; Zavallone,-A; Bona,-G
SO: *Minerva-Pediatr.* 2001 Oct; 53(5): 487

Record 163

TI: Today's adolescents. The Media.
AU: De-Toni,-E; Bruschetti,-M
SO: *Minerva-Pediatr.* 2001 Oct; 53(5): 431-41

Record 164

TI: Immigrant or foreign origin adolescents.
AU: Bona,-G; Zaffaroni,-M
SO: *Minerva-Pediatr.* 2001 Oct; 53(5): 411-8

Record 165

TI: Soma and psyche in adolescents and the pediatrician.
AU: Burgio,-G-R
SO: *Minerva-Pediatr.* 2001 Oct; 53(5): 391-3

Record 166

TI: Adolescents and the problem of a chronic disease.
AU: De-Toni,-T; Calvillo,-M
SO: *Minerva-Pediatr.* 2001 Oct; 53(5): 383-9

Record 167

TI: The adolescent with chronic disease: the oncohematologic pathology.
AU: Locatelli,-F
SO: *Minerva-Pediatr.* 2001 Oct; 53(5): 381-2

Record 168

TI: The adolescent with type 1 diabetes mellitus.
AU: Lorini,-R; Cotellessa,-M; Minicucci,-L; Giannattasio,-A
SO: *Minerva-Pediatr.* 2001 Oct; 53(5): 375-80

Record 169

TI: Rheumatic disease and adolescence.
AU: Viola,-S; Martini,-A
SO: *Minerva-Pediatr.* 2001 Oct; 53(5): 373-4

Record 170

TI: The effects of licensing and inspection enforcement to reduce tobacco sales to minors in Greater Philadelphia, 1994-1998.
AU: Ma,-G-X; Shive,-S; Tracy,-M
SO: *Addict-Behav.* 2001 Sep-Oct; 26(5): 677-87

Record 171

TI: Growth hormone and sex steroids. Interactions in puberty.
AU: Mauras,-N
SO: *Endocrinol-Metab-Clin-North-Am.* 2001 Sep; 30(3): 529-44

Record 172

TI: Development according to pubertal stage in Brazilian children and adolescents with short-term diabetes.
AU: Fernandes,-V-T; Verreschi,-I-T; Dib,-S-A
SO: *Braz-J-Med-Biol-Res.* 2001 Oct; 34(10): 1315-23

Record 173

TI: Growth and pubertal milestones during adolescence in offspring prenatally exposed to cigarettes and marijuana.
AU: Fried,-P-A; James,-D-S; Watkinson,-B
SO: *Neurotoxicol-Teratol.* 2001 Sep-Oct; 23(5): 431-6

Record 174

TI: Abrupt pubertal elevation of DNase I gene expression in human pituitary glands of both sexes.
AU: Yasuda,-Toshihiro; Takeshita,-Haruo; Nakajima,-Tamiko; Mogi,-Kouichi; Kaneko,-Yasushi; Ueki,-Misuzu; Iida,-Reiko; Kishi,-Koichiro

SO: FEBS-Lett. 2002 Jan 2; 510(1-2): 22-6

Record 175

TI: Leptin and puberty.

AU: Urbanski,-H-F

SO: Trends-Endocrinol-Metab. 2001 Dec; 12(10): 428-9

Record 176

TI: Unresolved problems in optimal therapy of pubertal disorders in oncological and bone marrow transplanted patients.

AU: Bozzola,-M; Albanese,-A; Butler,-G-E; Cherubini,-V; Cicognani,-A; Caruso-Nicoletti,-M; Crowne,-E; De-Sanctis,-V; Di-Battista,-E; Hokken-Koelega,-A-C; Severi,-F; Wonke,-B; Cavallo,-L

SO: J-Pediatr-Endocrinol-Metab. 2001 Jul; 14 Suppl 2: 997-1002

Record 177

TI: Turner's syndrome.

AU: Guarneri,-M-P; Abusrewil,-S-A; Bernasconi,-S; Bona,-G; Cavallo,-L; Cicognani,-A; Di-Battista,-E; Salvatoni,-A

SO: J-Pediatr-Endocrinol-Metab. 2001 Jul; 14 Suppl 2: 959-65

Record 178

TI: Management of puberty in constitutional delay of growth and puberty.

AU: De-Luca,-F; Argente,-J; Cavallo,-L; Crowne,-E; Delemarre-Van-de-Waal,-H-A; De-Sanctis,-C; Di-Maio,-S; Norjavaara,-E; Oostdijk,-W; Severi,-F; Tonini,-G; Trifiro,-G; Voorhoeve,-P-G; Wu,-F

SO: J-Pediatr-Endocrinol-Metab. 2001 Jul; 14 Suppl 2: 953-7

Record 179

TI: Unresolved problems concerning optimal therapy of puberty in children with chronic renal diseases.

AU: Hokken-Koelega,-A-C; Saenger,-P; Cappa,-M; Greggio,-N

SO: J-Pediatr-Endocrinol-Metab. 2001 Jul; 14 Suppl 2: 945-52

Record 180

TI: Management of puberty for optimal auxological results in beta-thalassaemia major.

AU: Caruso-Nicoletti,-M; De-Sanctis,-V; Cavallo,-L; Raiola,-G; Ruggiero,-L; Skordis,-N; Wonke,-B

SO: J-Pediatr-Endocrinol-Metab. 2001 Jul; 14 Suppl 2: 939-44

Record 181

TI: Multiple pituitary hormone deficiency: management of puberty for optimal auxological results.

AU: Stanhope,-R; De-Luca,-F; Delemarre-Van-de-Waal,-H-A; Liotta,-A; Norjavaara,-E; Salvatoni,-A; Wu,-F

SO: J-Pediatr-Endocrinol-Metab. 2001 Jul; 14 Suppl 2: 1009-14

Record 182

TI: Affective illness in children and adolescents: patterns of presentation in relation to pubertal maturation and family history.

AU: Schraufnagel,-C-D; Brumback,-R-A; Harper,-C-R; Weinberg,-W-A

SO: J-Child-Neurol. 2001 Aug; 16(8): 553-61

Record 183

TI: Growth and development of male children and youth in Tuzla's region after the war in Bosnia and Herzegovina.

AU: Hadzihalilovic,-J; Hadziselimovic,-R

SO: Coll-Antropol. 2001 Jun; 25(1): 41-58

Record 184

TI: Temporally regulated overexpression of parathyroid hormone-related protein in the mammary gland reveals distinct fetal and pubertal phenotypes.

AU: Dunbar,-M-E; Dann,-P; Brown,-C-W; Van-Houton,-J; Dreyer,-B; Philbrick,-W-P; Wysolmerski,-J-J

SO: J-Endocrinol. 2001 Dec; 171(3): 403-16

Record 185

TI: Management quandary. Intermittent copious discharge in a premenarchal girl.

AU: Gidwani,-G

SO: J-Pediatr-Adolesc-Gynecol. 2001 Nov; 14(4): 187-8

Record 186

TI: Privacy and parent notification.

AU: Anonymous

SO: NY-Times-(Print). 2000 Aug 18; A24

Record 187

TI: Effect of progesterone on peripheral blood flow in prepubertal female anesthetized pigs.

AU: Molinari,-C; Battaglia,-A; Grossini,-E; Mary,-D-A; Surico,-N; Vacca,-G

SO: J-Vasc-Res. 2001 Nov-Dec; 38(6): 569-77

Record 188

TI: An inexpensive and edible aid for the diagnosis of puberty in the male: multispecies evaluation of an alternative orchidometer.

AU: Bhalla,-P; Williams,-G

SO: BMJ. 2001 Dec 22-29; 323(7327): 1486

Record 189

TI: Role of adrenal medulla in development of sexual dimorphism in inflammation.

AU: Green,-P-G; Dahlqvist,-S-R; Isenberg,-W-M; Miao,-F-J; Levine,-J-D

SO: Eur-J-Neurosci. 2001 Nov; 14(9): 1436-44

Record 190

TI: Pubertal adipose tissue: is it really necessary for normal sexual maturation?

AU: Galler,-A; Schuster,-V; Kiess,-W

SO: Eur-J-Endocrinol. 2001 Dec; 145(6): 807-8

Record 191

TI: Diabetes control deteriorates in girls at cessation of growth: relationship with body mass index.

AU: Tylleskar,-K; Tuvemo,-T; Gustafsson,-J

SO: Diabet-Med. 2001 Oct; 18(10): 811-5

Record 192

TI: Growth and pubertal development following pediatric heart transplantation.

AU: de-Broux,-E; Huot,-C-H; Chartrand,-S; Vobecky,-S; Chartrand,-C

SO: Ann-Chir. 2001 Nov; 126(9): 881-7

Record 193

TI: Relationship of physical activity to fundamental movement skills among adolescents.

AU: Okely,-A-D; Booth,-M-L; Patterson,-J-W

SO: Med-Sci-Sports-Exerc. 2001 Nov; 33(11): 1899-904

Record 194

TI: Sex differences in the secular changes in pubertal maturation.

AU: Papadimitriou,-A

SO: Pediatrics. 2001 Oct; 108(4): E65

Record 195

TI: Body composition, fasting leptin, and sex steroid administration determine GH sensitivity in peripubertal short children.

AU: Coutant,-R; Boux-de-Casson,-F; Rouleau,-S; Douay,-O; Mathieu,-E; Audran,-M; Limal,-J-M

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2001 Dec; 86(12): 5805-12

Record 196

TI: Leptin as a trigger for puberty in girls.

AU: Kulik-Rechberger,-B; Rechberger,-T

SO: Ginekol-Pol. 2001 Jul; 72(7): 535-40

Record 197

TI: Sex hormone binding globulin concentration as a prepubertal marker for hyperinsulinaemia in obesity.

AU: Galloway,-P-J; Donaldson,-M-D; Wallace,-A-M

SO: Arch-Dis-Child. 2001 Dec; 85(6): 489-91

Record 198

TI: Prepubertal girls with premature adrenarche have greater bone mineral content and density than controls.

AU: Sopher,-A-B; Thornton,-J-C; Silfen,-M-E; Manibo,-A; Oberfield,-S-E; Wang,-J; Pierson,-R-N Jr; Levine,-L-S; Horlick,-M

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2001 Nov; 86(11): 5269-72

Record 199

TI: The role of Doppler evaluation of the uterine artery in girls around puberty.

AU: Ziereisen,-F; Heinrichs,-C; Dufour,-D; Saerens,-M; Avni,-E-F

SO: Pediatr-Radiol. 2001 Oct; 31(10): 712-9

Record 200

TI: Intratesticular morphometric, cellular and endocrine changes around the pubertal period in dromedary camels.

AU: Al-Qarawi,-A-A; Abdel-Rahman,-H-A; El-Belely,-M-S; El-Mougy,-S-A

SO: Vet-J. 2001 Nov; 162(3): 241-9

Record 201

TI: Longitudinal study on pubertal insulin resistance.

AU: Goran,-M-I; Gower,-B-A

SO: Diabetes. 2001 Nov; 50(11): 2444-50

Record 202

TI: The mature minor doctrine: do adolescents have the right to die?

AU: Driggs,-A-E

SO: Health-Matrix-Clevel. 2001 Summer; 11(2): 687-717

Record 203

TI: Puberty in female mice is not associated with increases in either body fat or leptin.

AU: Bronson,-F-H

SO: Endocrinology. 2001 Nov; 142(11): 4758-61

Record 204

TI: A school-based exercise intervention augments bone mineral accrual in early pubertal girls.

AU: Mackelvie,-K-J; McKay,-H-A; Khan,-K-M; Crocker,-P-R

SO: J-Pediatr. 2001 Oct; 139(4): 501-8

Record 205

TI: Reference values for bone mass in Dutch white pubertal children and their relation to pubertal maturation characteristics.

AU: Van-Coeverden,-S-C; Netelenbos,-J-C; Roos,-J-C; De-Ridder,-C-M; Delemarre-Van-De-Waal,-H-A

SO: Ned-Tijdschr-Geneskd. 2001 Sep 22; 145(38): 1851-6

Record 206

TI: Overuse injuries in youth sports: biomechanical considerations.

AU: Hawkins,-D; Metheny,-J

SO: Med-Sci-Sports-Exerc. 2001 Oct; 33(10): 1701-7

Record 207

TI: Computer usage and its relationship with adolescent lifestyle in Hong Kong.

AU: Ho,-S-M; Lee,-T-M

SO: J-Adolesc-Health. 2001 Oct; 29(4): 258-66

Record 208

TI: Pubertal development in The Netherlands 1965-1997.

AU: Mul,-D; Fredriks,-A-M; van-Buuren,-S; Oostdijk,-W; Verloove-Vanhorick,-S-P; Wit,-J-M

SO: Pediatr-Res. 2001 Oct; 50(4): 479-86

Record 209

TI: Cranial irradiation induces premature activation of the gonadotropin-releasing-hormone.

AU: Roth,-C; Lakomek,-M; Schmidberger,-H; Jarry,-H

SO: Klin-Padiatr. 2001 Jul-Aug; 213(4): 239-43

Record 210

TI: Hypothalamic-pituitary-ovarian dysfunction after prepubertal chemotherapy and cranial irradiation for acute leukaemia.

AU: Bath,-L-E; Anderson,-R-A; Critchley,-H-O; Kelnar,-C-J; Wallace,-W-H

SO: Hum-Reprod. 2001 Sep; 16(9): 1838-44

Record 211

TI: Serum inhibin B levels during male childhood and puberty.

AU: Andersson,-A-M; Skakkebaek,-N-E

SO: Mol-Cell-Endocrinol. 2001 Jun 30; 180(1-2): 103-7

Record 212

TI: Developmental effects and health aspects of soy protein isolate, casein, and whey in male and female rats.

AU: Badger,-T-M; Ronis,-M-J; Hakkak,-R

SO: Int-J-Toxicol. 2001 May-Jun; 20(3): 165-74

Record 213

TI: Statistical characterization of the pubertal growth spurt.

AU: Gasser,-T; Sheehy,-A; Largo,-R-H

SO: Ann-Hum-Biol. 2001 Jul-Aug; 28(4): 395-402

Record 214

TI: The anabolic steroid oxandrolone increases muscle mass in prepubertal boys with constitutional delay of growth.

AU: Papadimitriou,-A; Preece,-M-A; Rolland-Cachera,-M-F; Stanhope,-R

SO: J-Pediatr-Endocrinol-Metab. 2001 Jun; 14(6): 725-7

Record 215

TI: Neuroendocrine features of pubertal development in females with mental retardation.

AU: Cento,-R-M; Ciampelli,-M; Proto,-C; Le-Donne,-M; Romano,-C; Lanzone,-A

SO: Gynecol-Endocrinol. 2001 Jun; 15(3): 178-83

Record 216

TI: Triangulation and adolescent development in the U.S. and Japan.

AU: Bell,-L-G; Bell,-D-C; Nakata,-Y

SO: Fam-Process. 2001 Summer; 40(2): 173-86

Record 217

TI: Thyroid diseases in patients treated during pre-puberty for medulloblastoma with different radiotherapeutic protocols.

AU: Corrias,-A; Einaudi,-S; Ricardi,-U; Sandri,-A; Besenzone,-L; Altare,-F; Artesani,-L; Genitori,-L;

Andreo,-M; De-Sanctis,-C

SO: J-Endocrinol-Invest. 2001 Jun; 24(6): 387-92

Record 218

TI: Anaerobic cycling performance characteristics in prepubescent, adolescent and young adult females.

AU: Dore,-E; Bedu,-M; Franca,-N-M; Van-Praagh,-E

SO: Eur-J-Appl-Physiol. 2001 May; 84(5): 476-81

Record 219

TI: Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms.

AU: Ge,-X; Conger,-R-D; Elder,-G-H Jr

SO: Dev-Psychol. 2001 May; 37(3): 404-17

Record 220

TI: Eating attitudes and habitual calcium intake in peripubertal girls are associated with initial bone mineral content and its change over 2 years.

AU: Barr,-S-I; Petit,-M-A; Vigna,-Y-M; Prior,-J-C

SO: J-Bone-Miner-Res. 2001 May; 16(5): 940-7

Record 221

TI: Association between puberty and disordered eating, body image, and other psychological variables.

AU: Ackard,-D-M; Peterson,-C-B

SO: Int-J-Eat-Disord. 2001 Mar; 29(2): 187-94

Record 222

TI: Inhibition of P450 aromatase enhances gonadotropin secretion in early and midpubertal boys: evidence for a pituitary site of action of endogenous E.

AU: Wickman,-S; Dunkel,-L

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2001 Oct; 86(10): 4887-94

Record 223

TI: The effect of pubertal delay by GnRH agonist in GH-deficient children on final height.

AU: Mul,-D; Wit,-J-M; Oostdijk,-W; Van-den-Broeck,-J

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2001 Oct; 86(10): 4655-6

Record 224

TI: Fasting glucose insulin ratio: a useful measure of insulin resistance in girls with premature adrenarche.

AU: Vuguin,-P; Saenger,-P; Dimartino-Nardi,-J

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2001 Oct; 86(10): 4618-21

Record 225

TI: Limitations of the fasting glucose to insulin ratio as an index of insulin sensitivity.

AU: Quon,-M-J

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2001 Oct; 86(10): 4615-7

Record 226

TI: Serum leptin in formerly small-for-gestational-age children during adolescence: relationship to gender, puberty, body composition, insulin sensitivity, creatinine, and serum uric acid.

AU: Pulzer,-F; Haase,-U; Knupfer,-M; Kratzsch,-J; Richter,-V; Rassoul,-F; Kiess,-W; Keller,-E

SO: Metabolism. 2001 Oct; 50(10): 1141-6

Record 227

TI: Endocrine disruption in sexual differentiation and puberty. What do pseudohermaphroditic polar bears have to do with the practice of pediatrics?

AU: Gullledge,-C-C; Burow,-M-E; McLachlan,-J-A

SO: Pediatr-Clin-North-Am. 2001 Oct; 48(5): 1223-40, x

Record 228

TI: Body mass index in childhood--measuring a moving target.

AU: Horlick,-M

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2001 Sep; 86(9): 4059-60

Record 229

TI: Peer relations of adolescents from nuclear and separated families.

AU: Noack,-P; Krettek,-C; Walper,-S

SO: J-Adolesc. 2001 Aug; 24(4): 535-48

Record 230

TI: Have the onset and tempo of puberty changed?

AU: Reiter,-E-O; Lee,-P-A

SO: Arch-Pediatr-Adolesc-Med. 2001 Sep; 155(9): 988-9

Record 231

TI: Secondary sexual characteristics in boys: estimates from the national health and nutrition examination survey III, 1988-1994.

AU: Herman-Giddens,-M-E; Wang,-L; Koch,-G

SO: Arch-Pediatr-Adolesc-Med. 2001 Sep; 155(9): 1022-8

Record 232

TI: Contraceptive dispensing and selection in school-based health centers.

AU: Zimmer-Gembeck,-M-J; Doyle,-L-S; Daniels,-J-A
SO: J-Adolesc-Health. 2001 Sep; 29(3): 177-85

Record 233

TI: Adolescents and an AIDS vaccine?
AU: Litt,-I-F
SO: J-Adolesc-Health. 2001 Sep; 29(3): 151-2

Record 234

TI: Steroid hormone influence on brain calbindin-D(28K) in male prepubertal and ovariectomized rats.
AU: Stuart,-E-B; Thompson,-J-M; Rhees,-R-W; Lephart,-E-D
SO: Brain-Res-Dev-Brain-Res. 2001 Aug 23; 129(2): 125-33

Record 235

TI: Puberty in perinatal HIV-1 infection: a multicentre longitudinal study of 212 children.
AU: de-Martino,-M; Tovo,-P-A; Galli,-L; Gabiano,-C; Chiarelli,-F; Zappa,-M; Gattinara,-G-C; Bassetti,-D; Giacomet,-V; Chiappini,-E; Duse,-M; Garetto,-S; Caselli,-D
SO: AIDS. 2001 Aug 17; 15(12): 1527-34

Record 236

TI: Homologous transplantation of prepubertal testes in the dog.
AU: Pullium,-J-K; Lin,-P-H; Pinter,-M-J
SO: Transplantation. 2001 Aug 15; 72(3): 552-3

Record 237

TI: Physical growth and current health status of infants who were of extremely low birth weight and controls at adolescence.
AU: Saigal,-S; Stoskopf,-B-L; Streiner,-D-L; Burrows,-E
SO: Pediatrics. 2001 Aug; 108(2): 407-15

Record 238

TI: Stan psychiczny osob, u ktorych przed 15 laty (w okresie dzieciństwa i/lub dojrzewania) stwierdzono zaburzenia depresyjne.
[Mental status of subjects who 15 years ago (in childhood and/or puberty) were diagnosed with depressive disorders]
AU: Rabe-Jablonska,-J
SO: Psychiatr-Pol. 2001 Mar-Apr; 35(2): 187-98

Record 239

TI: Adolescent romance: between experience and relationships.
AU: Shulman,-S; Seiffge-Krenke,-I
SO: J-Adolesc. 2001 Jun; 24(3): 417-28

Record 240

TI: The interpersonal context of romantic autonomy in adolescence.
AU: Taradash,-A; Connolly,-J; Pepler,-D; Craig,-W; Costa,-M
SO: J-Adolesc. 2001 Jun; 24(3): 365-77

Record 241

TI: Characteristics of closeness in adolescent romantic relationships.
AU: Adams,-R-E; Laursen,-B; Wilder,-D
SO: J-Adolesc. 2001 Jun; 24(3): 353-63

Record 242

TI: Diverse aspects of dating: associations with psychosocial functioning from early to middle adolescence.
AU: Zimmer-Gembeck,-M-J; Siebenbruner,-J; Collins,-W-A
SO: J-Adolesc. 2001 Jun; 24(3): 313-36

Record 243

TI: Affective and behavioral responses to friends who neglect their friends for dating partners: influences of gender, jealousy and perspective.
AU: Roth,-M-A; Parker,-J-G

SO: J-Adolesc. 2001 Jun; 24(3): 281-96

Record 244

TI: Cognitive strategies employed in trying to arrange a first date.

AU: Jackson,-S; Jacob,-M-N; Landman-Peeters,-K; Lanting,-A

SO: J-Adolesc. 2001 Jun; 24(3): 267-79

Record 245

TI: Puberty and prognosis of asthma and bronchial hyper-reactivity.

AU: Nicolai,-T; Illi,-S; Tenborg,-J; Kiess,-W; v--Mutius,-E

SO: Pediatr-Allergy-Immunol. 2001 Jun; 12(3): 142-8

Record 246

TI: Testosterone and estrogen act via different pathways to inhibit puberty in the male Siberian hamster (*Phodopus sungorus*).

AU: Pak,-T-R; Lynch,-G-R; Tsai,-P-S

SO: Endocrinology. 2001 Aug; 142(8): 3309-16

Record 247

TI: Acceptability of the Checkpoints Parent-Teen Driving Agreement: pilot test.

AU: Hartos,-J-L; Nissen,-W-J; Simons-Morton,-B-G

SO: Am-J-Prev-Med. 2001 Aug; 21(2): 138-41

Record 248

TI: Age of pubertal onset affects the intensity and duration of pubertal growth peak but not final height.

AU: Vizmanos,-B; Marti-Henneberg,-C; Cliville,-R; Moreno,-A; Fernandez-Ballart,-J

SO: Am-J-Human-Biol. 2001 May-Jun; 13(3): 409-16

Record 249

TI: Adolescent growth events in eight decades of Japanese cohort data: sex differences.

AU: Ali,-M-A; Lestrel,-P-E; Ohtsuki,-F

SO: Am-J-Human-Biol. 2001 May-Jun; 13(3): 390-7

Record 250

TI: Longitudinal growth study of male Japanese junior high school athletes.

AU: Nariyama,-K; Hauspie,-R-C; Mino,-T

SO: Am-J-Human-Biol. 2001 May-Jun; 13(3): 356-64

Record 251

TI: Genetic variance in age-related changes in running performance and growth during adolescence: a longitudinal twin study.

AU: Watanabe,-T; Mutoh,-Y; Yamamoto,-Y

SO: Am-J-Human-Biol. 2001 Jan-Feb; 13(1): 71-80

Record 252

TI: Age at spermatheca and comparison of growth and performance of pre- and post-spermathecal Chinese boys.

AU: Ji,-C-Y

SO: Am-J-Human-Biol. 2001 Jan-Feb; 13(1): 35-43

Record 253

TI: Relationships among tempo of maturation, midparent height, and growth in height of adolescent boys and girls.

AU: Koziel,-S

SO: Am-J-Human-Biol. 2001 Jan-Feb; 13(1): 15-22

Record 254

TI: Timing and magnitude of peak height velocity and peak tissue velocities for early, average, and late maturing boys and girls.

AU: Iuliano-Burns,-S; Mirwald,-R-L; Bailey,-D-A

SO: Am-J-Human-Biol. 2001 Jan-Feb; 13(1): 1-8

Record 255

TI: Seasonal variation in the etiology of bloodstream infections in a febrile inpatient population in a developing country.

AU: Bell,-M; Archibald,-L-K; Nwanyanwu,-O; Dobbie,-H; Tokars,-J; Kazembe,-P-N; Reller,-L-B; Jarvis,-W-R

SO: Int-J-Infect-Dis. 2001; 5(2): 63-9

Record 256

TI: Meeting the health needs of young people.

AU: Coleman,-J

SO: J-Epidemiol-Community-Health. 2001 Aug; 55(8): 532-3

Record 257

TI: Nocturnal application of transdermal estradiol patches produces levels of estradiol that mimic those seen at the onset of spontaneous puberty in girls.

AU: Ankarberg-Lindgren,-C; Elfving,-M; Wikland,-K-A; Norjavaara,-E

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2001 Jul; 86(7): 3039-44

Record 258

TI: Social anxiety and depression in adolescents in relation to perceived competence and situational appraisal.

AU: Smari,-J; Petursdottir,-G; Porsteinsdottir,-V

SO: J-Adolesc. 2001 Apr; 24(2): 199-207

Record 259

TI: Comparing adolescents' considerations for self-referral and counsellors' perceptions of these considerations: an exploratory study.

AU: Tatar,-M

SO: J-Adolesc. 2001 Apr; 24(2): 171-81

Record 260

TI: Adolescents' bereavement experiences. Prevalence, association with depressive symptoms, and use of services.

AU: Harrison,-L; Harrington,-R

SO: J-Adolesc. 2001 Apr; 24(2): 159-69

Record 261

TI: Five images of maturity in adolescence: what does "grown up" mean?

AU: Tilton-Weaver,-L-C; Vitunski,-E-T; Galambos,-N-L

SO: J-Adolesc. 2001 Apr; 24(2): 143-58

Record 262

TI: Evaluation of oxalate/creatinine ratio in the second morning urine sample of health school children.

AU: Sikora,-P; Zajackowska,-M; Zinkiewicz,-Z; Wawrzyszuk,-T

SO: Pol-Merkuriusz-Lek. 2001 Apr; 10(58): 271-3

Record 263

TI: Physical development in Tuvinian adolescents.

AU: Krivoschekov,-S-G; Roifman,-M-D

SO: Int-J-Circumpolar-Health. 2001 Jan; 60(1): 6-15

Record 264

TI: Leptin levels show diurnal variation throughout puberty in healthy children, and follow a gender-specific pattern.

AU: Ankarberg-Lindgren,-C; Dahlgren,-J; Carlsson,-B; Rosberg,-S; Carlsson,-L; Wikland,-K-A;

Norjavaara,-E

SO: Eur-J-Endocrinol. 2001 Jul; 145(1): 43-51

Record 265

TI: In vivo gonadotropin-releasing hormone secretion in female rats during peripubertal development and on proestrus.

AU: Sisk,-C-L; Richardson,-H-N; Chappell,-P-E; Levine,-J-E

SO: *Endocrinology*. 2001 Jul; 142(7): 2929-36

Record 266

TI: Fitness, training, and the growth hormone-->insulin-like growth factor I axis in prepubertal girls.

AU: Eliakim,-A; Scheett,-T-P; Newcomb,-R; Mohan,-S; Cooper,-D-M

SO: *J-Clin-Endocrinol-Metab*. 2001 Jun; 86(6): 2797-802

Record 267

TI: Congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency: alterations in cortisol pharmacokinetics at puberty.

AU: Charmandari,-E; Hindmarsh,-P-C; Johnston,-A; Brook,-C-G

SO: *J-Clin-Endocrinol-Metab*. 2001 Jun; 86(6): 2701-8

Record 268

TI: Variation in the timing of puberty: clinical spectrum and genetic investigation.

AU: Palmert,-M-R; Boepple,-P-A

SO: *J-Clin-Endocrinol-Metab*. 2001 Jun; 86(6): 2364-8

Record 269

TI: Age of puberty: data from the United States of America.

AU: Lee,-P-A; Guo,-S-S; Kulin,-H-E

SO: *APMIS*. 2001 Feb; 109(2): 81-8

Record 270

TI: Age of puberty among girls and the diagnosis of precocious puberty.

AU: Lee,-P-A; Kulin,-H-E; Guo,-S-S

SO: *Pediatrics*. 2001 Jun; 107(6): 1493

Record 271

TI: Minor consent to treatment.

AU: Rich,-C

SO: *Minn-Med*. 2001 May; 84(5): 49-50

Record 272

TI: Growth of early and late maturers.

AU: Gasser,-T; Sheehy,-A; Molinari,-L; Largo,-R-H

SO: *Ann-Hum-Biol*. 2001 May-Jun; 28(3): 328-36

Record 273

TI: Adolescents in the year 2001.

AU: Fize,-M

SO: *Arch-Pediatr*. 2001 May; 8 Suppl 2: 227s-229s

Record 274

TI: Nutrition communique: reach out to teens.

AU: Finn,-S-C

SO: *J-Womens-Health-Gend-Based-Med*. 2001 Apr; 10(3): 229-31

Record 275

TI: A survey of iodine intake and thyroid volume in Dutch schoolchildren: reference values in an iodine-sufficient area and the effect of puberty.

AU: Wiersinga,-W-M; Podoba,-J; Srbecky,-M; van-Vessem,-M; van-Beeren,-H-C; Platvoet-Ter-Schiphorst,-M-C

SO: *Eur-J-Endocrinol*. 2001 Jun; 144(6): 595-603

Record 276

TI: Sex differences in brain maturation during childhood and adolescence.

AU: De-Bellis,-M-D; Keshavan,-M-S; Beers,-S-R; Hall,-J; Frustaci,-K; Masalehdan,-A; Noll,-J; Boring,-A-M

SO: *Cereb-Cortex*. 2001 Jun; 11(6): 552-7

Record 277

TI: Peripheral nerve function is increasingly impaired during puberty in adolescents with type 1 diabetes.

AU: Riihimaa,-P-H; Suominen,-K; Tolonen,-U; Jantti,-V; Knip,-M; Tapanainen,-P

SO: Diabetes-Care. 2001 Jun; 24(6): 1087-92

Record 278

TI: Trends in pubertal development in Europe.

AU: de-Muinich-Keizer,-S-M; Mul,-D

SO: Hum-Reprod-Update. 2001 May-Jun; 7(3): 287-91

Record 279

TI: Analysis of cognitive and motor functioning during pubertal development: a new approach.

AU: Zivicnjak,-M; Zebec,-M; Franke,-D; Filler,-G; Szirovica,-L; Haffner,-D; Querfeld,-U; Ehrich,-J-H; Rudan,-P

SO: J-Physiol-Anthropol-Appl-Human-Sci. 2001 Mar; 20(2): 111-8

Record 280

TI: Adrenarche, pubertal development, age at menarche and final height of full-term, born small for gestational age (SGA) girls.

AU: Ghirri,-P; Bernardini,-M; Vuerich,-M; Cuttano,-A-M; Coccoli,-L; Merusi,-I; Ciulli,-C; D'Accavio,-L; Bottone,-U; Boldrini,-A

SO: Gynecol-Endocrinol. 2001 Apr; 15(2): 91-7

Record 281

TI: Influence of physical activity and cessation of training on calcaneal quantitative ultrasound measurements in peripubertal girls: a 1-year prospective study.

AU: Lehtonen-Veromaa,-M; Mottonen,-T; Kautiainen,-H; Heinonen,-O-J; Viikari,-J

SO: Calcif-Tissue-Int. 2001 Mar; 68(3): 146-50

Record 282

TI: Racial differences in the sums of skinfolds and percentage of body fat estimated from impedance in black and white girls, 9 to 19 years of age: the National Heart, Lung, and Blood Institute Growth and Health Study.

AU: Morrison,-J-A; Barton,-B-A; Obarzanek,-E; Crawford,-P-B; Guo,-S-S; Schreiber,-G-B; Wacławiw,-M

SO: Obes-Res. 2001 May; 9(5): 297-305

Record 283

TI: Calcium requirements during adolescence to maximize bone health.

AU: Anderson,-J-J

SO: J-Am-Coll-Nutr. 2001 Apr; 20(2 Suppl): 186S-191S

Record 284

TI: Impact of timing of pubertal maturation on growth in black and white female adolescents: The National Heart, Lung, and Blood Institute Growth and Health Study.

AU: Biro,-F-M; McMahon,-R-P; Striegel-Moore,-R; Crawford,-P-B; Obarzanek,-E; Morrison,-J-A; Barton,-B-A; Falkner,-F

SO: J-Pediatr. 2001 May; 138(5): 636-43

Record 285

TI: Postpubertal development of the rat mammary gland is preserved during iron deficiency.

AU: Grill,-C-J; Cohick,-W-S; Sherman,-A-R

SO: J-Nutr. 2001 May; 131(5): 1444-8

Record 286

TI: Hemorrhage following pediatric tonsillectomy before puberty.

AU: Windfuhr,-J-P; Chen,-Y-S

SO: Int-J-Pediatr-Otorhinolaryngol. 2001 May 11; 58(3): 197-204

Record 287

TI: Immunity to malaria increases during puberty.

AU: Taylor-Robinson,-A

SO: Trends-Parasitol. 2001 May; 17(5): 213

Record 288

TI: Growth response, pubertal growth and final height in Greek children with growth hormone (GH) deficiency on long-term GH therapy and factors affecting outcome.

AU: Karavanaki,-K; Kontaxaki,-C; Maniati-Christidi,-M; Petrou,-V; Dacou-Voutetakis,-C

SO: J-Pediatr-Endocrinol-Metab. 2001 Apr; 14(4): 397-405

Record 289

TI: Role of inhibins in childhood and puberty.

AU: Bergada,-I; Bergada,-C; Campo,-S

SO: J-Pediatr-Endocrinol-Metab. 2001 Apr; 14(4): 343-53

Record 290

TI: Legal regulations to protect under-aged donors issued by E.U. Member Countries. Analysis of the present situation and proposals.

AU: Massimo,-L; Manfredini,-L

SO: Minerva-Pediatr. 2001 Feb; 53(1): 55-60

Record 291

TI: Prenatal glucocorticoid modifies hypothalamo-pituitary-adrenal regulation in prepubertal guinea pigs.

AU: Dean,-F; Yu,-C; Lingas,-R-I; Matthews,-S-G

SO: Neuroendocrinology. 2001 Mar; 73(3): 194-202

Record 292

TI: Aromatase inhibitors in pubertal boys: clinical implications.

AU: Rochira,-V

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2001 Apr; 86(4): 1836-8

Record 293

TI: Early puberty and early sexual activity are associated with bulimic-type eating pathology in middle adolescence.

AU: Kaltiala-Heino,-R; Rimpela,-M; Rissanen,-A; Rantanen,-P

SO: J-Adolesc-Health. 2001 Apr; 28(4): 346-52

Record 294

TI: Serum activin A levels in males and females during pubertal development.

AU: Luisi,-S; Lombardi,-I; Florio,-P; Cobellis,-L; Iughetti,-L; Bernasconi,-S; Genazzani,-A-R; Petraglia,-F

SO: Gynecol-Endocrinol. 2001 Feb; 15(1): 1-4

Record 295

TI: Development of sleep patterns in early adolescence.

AU: Laberge,-L; Petit,-D; Simard,-C; Vitaro,-F; Tremblay,-R-E; Montplaisir,-J

SO: J-Sleep-Res. 2001 Mar; 10(1): 59-67

Record 296

TI: Diagnosis of schizophrenia. Puberty-related crisis or psychosis?

AU: Braun-Scharm,-H

SO: MMW-Fortschr-Med. 2001 Mar 1; 143(9): 44

Record 297

TI: Bone loss in adolescents using Depo-Provera.

AU: Kass-Wolff,-J-H

SO: J-Soc-Pediatr-Nurs. 2001 Jan-Mar; 6(1): 21-31

Record 298

TI: Prepubescent children show the adult relationship between dermatoglyphic asymmetry and performance on sexually dimorphic tasks.

AU: Sanders,-G; Kadam,-A

SO: Cortex. 2001 Feb; 37(1): 91-100

Record 299

TI: Pubertal maturation characteristics and the rate of bone mass development longitudinally toward menarche.

AU: Van-Coeverden,-S-C; De-Ridder,-C-M; Roos,-J-C; Van't-Hof,-M-A; Netelenbos,-J-C; Delemarre-Van-de-Waal,-H-A

SO: J-Bone-Miner-Res. 2001 Apr; 16(4): 774-81

Record 300

TI: Disorders of growth and puberty in children with non-tumoral hydrocephalus.
AU: Cholley,-F; Trivin,-C; Sainte-Rose,-C; Souberbielle,-J-C; Cinalli,-G; Brauner,-R
SO: J-Pediatr-Endocrinol-Metab. 2001 Mar; 14(3): 319-27

Record 301

TI: Evaluation of gonadotrophin insufficiency in thalassaemic boys with pubertal failure: spontaneous versus provocative test.
AU: Chatterjee,-R; Katz,-M
SO: J-Pediatr-Endocrinol-Metab. 2001 Mar; 14(3): 301-12

Record 302

TI: Short term power output in relation to growth and maturation.
AU: Armstrong,-N; Welsman,-J-R; Chia,-M-Y
SO: Br-J-Sports-Med. 2001 Apr; 35(2): 118-24

Record 303

TI: Temporary treatment of prepubescent rats with angiotensin inhibitors suppresses the development of hypertensive nephrosclerosis.
AU: Nakaya,-H; Sasamura,-H; Hayashi,-M; Saruta,-T
SO: J-Am-Soc-Nephrol. 2001 Apr; 12(4): 659-66

Record 304

TI: Neurobiological bases underlying the control of the onset of puberty in the rhesus monkey: a representative higher primate.
AU: Plant,-T-M
SO: Front-Neuroendocrinol. 2001 Apr; 22(2): 107-39

Record 305

TI: Racial divergence in adiposity during adolescence: The NHLBI Growth and Health Study.
AU: Kimm,-S-Y; Barton,-B-A; Obarzanek,-E; McMahon,-R-P; Sabry,-Z-I; Wacławiw,-M-A; Schreiber,-G-B; Morrison,-J-A; Similo,-S; Daniels,-S-R
SO: Pediatrics. 2001 Mar; 107(3): E34

Record 306

TI: A critique of research on sexual-minority youths.
AU: Savin-Williams,-R-C
SO: J-Adolesc. 2001 Feb; 24(1): 5-13

Record 307

TI: Special issue on gay, lesbian and bisexual youth.
AU: Hillier,-L; Rosenthal,-D
SO: J-Adolesc. 2001 Feb; 24(1): 1-4

Record 308

TI: Significant effects of mild endogenous hormonal changes in humans: considerations for low-dose testing.
AU: Brucker-Davis,-F; Thayer,-K; Colborn,-T
SO: Environ-Health-Perspect. 2001 Mar; 109 Suppl 1: 21-6

Record 309

TI: Asthma severity and prevalence in adolescents--is there a change afoot?
AU: Leickly,-F-E
SO: Ann-Allergy-Asthma-Immunol. 2001 Feb; 86(2): 145-6

Record 310

TI: Effect of growth hormone treatment on testicular function, puberty, and adrenarche in boys with non-growth hormone-deficient short stature: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial.
AU: Leschek,-E-W; Troendle,-J-F; Yanovski,-J-A; Rose,-S-R; Bernstein,-D-B; Cutler,-G-B Jr; Baron,-J
SO: J-Pediatr. 2001 Mar; 138(3): 406-10

Record 311

TI: Children and puberty.
AU: Monsen,-R-B
SO: J-Pediatr-Nurs. 2001 Feb; 16(1): 66-7

Record 312

TI: Racial differences in accuracy of self-assessment of sexual maturation among young black and white girls.

AU: Wu,-Y; Schreiber,-G-B; Klementowicz,-V; Biro,-F; Wright,-D

SO: J-Adolesc-Health. 2001 Mar; 28(3): 197-203

Record 313

TI: Oral contraception in puberty. Osteoporosis caused by the "pill"? (interview by Waldtraut Paukstadt).

AU: Felsenberg,-D

SO: MMW-Fortschr-Med. 2001 Feb 1; 143(5): 12

Record 314

TI: Performance of a new pubertal self-assessment questionnaire: a preliminary study.

AU: Taylor,-S-J; Whincup,-P-H; Hindmarsh,-P-C; Lampe,-F; Odoki,-K; Cook,-D-G

SO: Paediatr-Perinat-Epidemiol. 2001 Jan; 15(1): 88-94

Record 315

TI: Maternal and prepubertal diet, mammary development and breast cancer risk.

AU: Hilakivi-Clarke,-L; Cho,-E; deAssis,-S; Olivo,-S; Ealley,-E; Bouker,-K-B; Welch,-J-N; Khan,-G; Clarke,-R; Cabanes,-A

SO: J-Nutr. 2001 Jan; 131(1): 154S-157S

Record 316

TI: Developmentally delimited emergence of more orderly luteinizing hormone and testosterone secretion during late prepuberty in boys.

AU: Veldhuis,-J-D; Pincus,-S-M; Mitamura,-R; Yano,-K; Suzuki,-N; Ito,-Y; Makita,-Y; Okuno,-A

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2001 Jan; 86(1): 80-9

Record 317

TI: Growth signals and puberty.

AU: Suter,-K-J; Pohl,-C-R; Wilson,-M-E

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2001 Jan; 86(1): 460

Record 318

TI: Leptin, growth hormone, and the onset of primate puberty.

AU: Plant,-T-M

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2001 Jan; 86(1): 458-60

Record 319

TI: A developmental increase in the expression of messenger ribonucleic acid encoding a second form of gonadotropin-releasing hormone in the rhesus macaque hypothalamus.

AU: Latimer,-V-S; Kohama,-S-G; Garyfallou,-V-T; Urbanski,-H-F

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2001 Jan; 86(1): 324-9

Record 320

TI: Longitudinal and retrospective study of aspects of pubertal development in women with primary congenital hypothyroidism.

AU: Ruiibal-Francisco,-J; Perez-Rodriguez,-O; Dorado-Moles,-M; Pinero-Martinez,-E; Jimenez-Alamo,-M-L; Bueno-Lozano,-G

SO: An-Esp-Pediatr. 2001 Jan; 54(1): 13-7

Record 321

TI: Neurobiological mechanisms of the onset of puberty in primates.

AU: Terasawa,-E; Fernandez,-D-L

SO: Endocr-Rev. 2001 Feb; 22(1): 111-51

Record 322

TI: Perioperative preparation of the adolescent surgical patient.

AU: Busen,-N-H

SO: AORN-J. 2001 Feb; 73(2): 337-41, 344-8, 350 passim; quiz 364

Record 323

TI: Sex-dependent variations and timing of thyroid growth during puberty.

AU: Fleury,-Y; Van-Melle,-G; Woringe,-V; Gaillard,-R-C; Portmann,-L

SO: *J-Clin-Endocrinol-Metab.* 2001 Feb; 86(2): 750-4

Record 324

TI: TTF-1, a homeodomain gene required for diencephalic morphogenesis, is postnatally expressed in the neuroendocrine brain in a developmentally regulated and cell-specific fashion.

AU: Lee,-B-J; Cho,-G-J; Norgren,-R-B Jr; Junier,-M-P; Hill,-D-F; Tapia,-V; Costa,-M-E; Ojeda,-S-R

SO: *Mol-Cell-Neurosci.* 2001 Jan; 17(1): 107-26

Record 325

TI: A longitudinal study of resting energy expenditure relative to body composition during puberty in African American and white children.

AU: Sun,-M; Gower,-B-A; Bartolucci,-A-A; Hunter,-G-R; Figueroa-Colon,-R; Goran,-M-I

SO: *Am-J-Clin-Nutr.* 2001 Feb; 73(2): 308-15

Record 326

TI: Bmi in childhood and its association with height gain, timing of puberty, and final height.

AU: He,-Q; Karlberg,-J

SO: *Pediatr-Res.* 2001 Feb; 49(2): 244-51

Record 327

TI: Sex-specific developmental changes in amygdala responses to affective faces.

AU: Killgore,-W-D; Oki,-M; Yurgelun-Todd,-D-A

SO: *Neuroreport.* 2001 Feb 12;; 12(2): 427-33

Record 328

TI: The prevalence of upper lip hair in black and white girls during puberty: a new standard.

AU: Lucky,-A-W; Biro,-F-M; Daniels,-S-R; Cedars,-M-I; Khoury,-P-R; Morrison,-J-A

SO: *J-Pediatr.* 2001 Jan; 138(1): 134-6

Record 329

TI: Habitual physical activity of Senegalese adolescent girls under different working conditions, as assessed by a questionnaire and movement registration.

AU: Garnier,-D; Benefice,-E

SO: *Ann-Hum-Biol.* 2001 Jan-Feb; 28(1): 79-97

Record 330

TI: Body proportions, body composition and pubertal development of children in competitive sports.

AU: Damsgaard,-R; Bencke,-J; Matthiesen,-G; Petersen,-J-H; Muller,-J

SO: *Scand-J-Med-Sci-Sports.* 2001 Feb; 11(1): 54-60

Record 331

TI: Human resistance to *Plasmodium falciparum* increases during puberty and is predicted by dehydroepiandrosterone sulfate levels.

AU: Kurtis,-J-D; Mtalib,-R; Onyango,-F-K; Duffy,-P-E

SO: *Infect-Immun.* 2001 Jan; 69(1): 123-8

Record 332

TI: Body mass index, menarche, and perception of dieting among peripubertal adolescent females.

AU: Abraham,-S; O'Dea,-J-A

SO: *Int-J-Eat-Disord.* 2001 Jan; 29(1): 23-8

Record 333

TI: When adolescents "mismanage" their chronic medical conditions: an ethical exploration.

AU: Hyun,-Insoo

SO: *Kennedy-Inst-Ethics-J.* 2000 Jun; 10(2): 147-63

Record 334

TI: Italian court rules on mentally disabled girl's pregnancy.

AU: Simini,-Bruno

SO: *Lancet-North-Am-Ed.* 2000 Jan 1; 355(9197): 49

Record 335

TI: Enhancing the educational achievement of at-risk youth.

AU: Schinke,-S-P; Cole,-K-C; Poulin,-S-R
SO: Prev-Sci. 2000 Mar; 1(1): 51-60

Record 336

TI: Adolescent growth in new forms of problem behavior: macro- and micro-peer dynamics.
AU: Patterson,-G-R; Dishion,-T-J; Yoerger,-K
SO: Prev-Sci. 2000 Mar; 1(1): 3-13

Record 337

TI: Etude acoustique comparative de la voix parlée et chantée au cours de la mue de l'adolescent.
[A comparative acoustic study of the speaking and singing voice during the adolescent's break of the voice]
AU: Amy-de-la-Breteque,-B; Sanchez,-S
SO: Rev-Laryngol-Otol-Rhinol-(Bord). 2000; 121(5): 325-8

Record 338

TI: Motor skills of typically developing adolescents: awkwardness or improvement?
AU: Davies,-P-L; Rose,-J-D
SO: Phys-Occup-Ther-Pediatr. 2000; 20(1): 19-42

Record 339

TI: Gonadotrophin-independent puberty in a boy with a beta-HCG-secreting brain tumour.
AU: Marx,-M; Beck,-J-D; Grabenbauer,-G-G; Fahlbusch,-R; Dorr,-H-G
SO: Horm-Res. 2000; 54(1): 44-8

Record 340

TI: Critical ages and stages of puberty in the accumulation of spinal and femoral bone mass: the validity of bone mass measurements.
AU: Baroncelli,-G-I; Saggese,-G
SO: Horm-Res. 2000; 54 Suppl 1: 2-8

Record 341

TI: Pubertal alterations in growth and body composition. V. Energy expenditure, adiposity, and fat distribution.
AU: Roemmich,-J-N; Clark,-P-A; Walter,-K; Patrie,-J; Weltman,-A; Rogol,-A-D
SO: Am-J-Physiol-Endocrinol-Metab. 2000 Dec; 279(6): E1426-36

Record 342

TI: Hypothalamic resetting at puberty and the sexual dimorphism of migraine.
AU: Facchinetti,-F; Sgarbi,-L; Piccinini,-F
SO: Funct-Neurol. 2000; 15 Suppl 3: 137-42

Record 343

TI: Modeling adolescent development and alcohol use in animals.
AU: Spear,-L
SO: Alcohol-Res-Health. 2000; 24(2): 115-23

Record 344

TI: Reference data of forearm bone mineral density in healthy Japanese male and female subjects in the second decade based on calendar age and puberty onset: Japanese Population Based Osteoporosis (JPOS) study.
AU: Matsukura,-T; Kagamimori,-S; Yamagami,-T; Nishino,-H; Iki,-M; Kajita,-E; Kagawa,-Y; Yoneshima,-H; Matsuzaki,-T; Marumo,-F
SO: Osteoporos-Int. 2000; 11(10): 858-65

Record 345

TI: The relationship between osteocalcin levels and sexual stages of puberty in male children.
AU: Sen,-A-T; Derman,-O; Kinik,-E
SO: Turk-J-Pediatr. 2000 Oct-Dec; 42(4): 281-5

Record 346

TI: Suicide among gay and lesbian adolescents and young adults: a review of the literature.
AU: Kulkin,-H-S; Chauvin,-E-A; Perle,-G-A

SO: J-Homosex. 2000; 40(1): 1-29

Record 347

TI: Competency of adolescents to make informed decisions.

AU: Wolfish,-M-G

SO: CMAJ. 2000 Nov 28; 163(11): 1424

Record 348

TI: Experience with growth hormone therapy in Turner syndrome in a single centre: low total height gain, no further gains after puberty onset and unchanged body proportions.

AU: Schweizer,-R; Ranke,-M-B; Binder,-G; Herdach,-F; Zapadlo,-M; Grauer,-M-L; Schwarze,-C-P; Wollmann,-H-A

SO: Horm-Res. 2000; 53(5): 228-38

Record 349

TI: Hemorragie genitale de la femme apres la puberte. Orientation diagnostique.

[Genital hemorrhage in women after puberty. Diagnostic orientation]

AU: Brun,-J-L; Dallay,-D

SO: Rev-Prat. 2000 Nov 1; 50(17): 1931-6

Record 350

TI: Serum lipid profile in pubescent athletes.

AU: Taralov,-Z; Boyadjiev,-N; Georgieva,-K

SO: Acta-Physiol-Pharmacol-Bulg. 2000; 25(1): 3-8

Record 351

TI: Secular trend e puberta.

[Secular trend and puberty]

AU: Castellino,-N; Paracchini,-R; Petri,-A; Ramon,-A-M; Bona,-G

SO: Minerva-Pediatr. 2000 Oct; 52(10): 543-4

Record 352

TI: Validation of a French health-related quality of life instrument for adolescents: the VSP-A.

AU: Simeoni,-M-C; Auquier,-P; Antoniotti,-S; Sapin,-C; San-Marco,-J-L

SO: Qual-Life-Res. 2000; 9(4): 393-403

Record 353

TI: Serum leptin and leptin receptors in healthy prepubertal children: relations to insulin resistance and lipid parameters, body mass index (BMI), tumor necrosis factor alpha (TNF alpha), heart fatty acid binding protein (hFABP), and IgG anticardiolipin (ACL-IgG).

AU: Malincikova,-J; Stejskal,-D; Hrebicek,-J

SO: Acta-Univ-Palacki-Olomuc-Fac-Med. 2000; 143: 51-7

Record 354

TI: Plasma lipids and other cardiovascular risk factors in Costa Rican adolescents.

AU: Irwig,-M-S; Siles,-X; Gotto-Jr,-A-M; Rifai,-N; Campos,-H

SO: Rev-Panam-Salud-Publica. 2000 Oct; 8(4): 234-41

Record 355

TI: Sex hormone-binding globulin during puberty in normal and hyperandrogenic girls.

AU: Pugeat,-M; Cousin,-P; Baret,-C; Lejeune,-H; Forest,-M-G

SO: J-Pediatr-Endocrinol-Metab. 2000; 13 Suppl 5: 1277-9

Record 356

TI: Adrenarche and nutritional status.

AU: Remer,-T

SO: J-Pediatr-Endocrinol-Metab. 2000; 13 Suppl 5: 1253-5

Record 357

TI: The adolescent in culture and art.

AU: De-Toni,-E

SO: Minerva-Pediatr. 2000 Sep; 52(9): 429-35

Record 358

TI: Final height and body disproportion in thalassaemic boys and girls with spontaneous or induced puberty.

AU: Filosa,-A; Di-Maio,-S; Baron,-I; Esposito,-G; Galati,-M-G

SO: Acta-Paediatr. 2000 Nov; 89(11): 1295-301

Record 359

TI: Physiological issues surrounding the performance of adolescent athletes.

AU: Naughton,-G; Farpour-Lambert,-N-J; Carlson,-J; Bradney,-M; Van-Praagh,-E

SO: Sports-Med. 2000 Nov; 30(5): 309-25

Record 360

TI: The neurobiology of reproductive development.

AU: Ebling,-F-J; Cronin,-A-S

SO: Neuroreport. 2000 Nov 9; 11(16): R23-33

Record 361

TI: Body image and body change methods in adolescent boys. Role of parents, friends and the media.

AU: Ricciardelli,-L-A; McCabe,-M-P; Banfield,-S

SO: J-Psychosom-Res. 2000 Sep; 49(3): 189-97

Record 362

TI: Relationship between sex differences in onset of schizophrenia and puberty.

AU: Ruiz,-A; Blanco,-R; Santander,-J; Miranda,-E

SO: J-Psychiatr-Res. 2000 Jul-Oct; 34(4-5): 349-53

Record 363

TI: Severe rickets in puberty.

AU: Fenger-Gron,-J

SO: Ugeskr-Laeger. 2000 Nov 13; 162(46): 6249

Record 364

TI: Standard definition of child overweight and obesity worldwide. Reanalysis suggests questionable validity of new definition during puberty.

AU: Kinra,-S

SO: BMJ. 2000 Nov 4; 321(7269): 1159

Record 365

TI: Testicular volume in Japanese boys up to the age of 15 years.

AU: Matsuo,-N; Anzo,-M; Sato,-S; Ogata,-T; Kamimaki,-T

SO: Eur-J-Pediatr. 2000 Nov; 159(11): 843-5

Record 366

TI: Calcium accretion in girls and boys during puberty: a longitudinal analysis.

AU: Bailey,-D-A; Martin,-A-D; McKay,-H-A; Whiting,-S; Mirwald,-R

SO: J-Bone-Miner-Res. 2000 Nov; 15(11): 2245-50

Record 367

TI: The role of dehydroepiandrosterone sulfate during puberty in girls.

AU: Kulik-Rechberger,-B; Furmaga-Jablonska,-W; Rechberger,-T

SO: Ginekol-Pol. 2000 Aug; 71(8): 668-72

Record 368

TI: Relationship between pubertal maturation and sexuality in adolescents.

AU: Courtois,-R; Bariaud,-F; Turbat,-J

SO: Arch-Pediatr. 2000 Oct; 7(10): 1129-31

Record 369

TI: Thyrotoxicosis in prepubertal children compared with pubertal and postpubertal patients.

AU: Lazar,-L; Kalter-Leibovici,-O; Pertzalan,-A; Weintrob,-N; Josefsberg,-Z; Phillip,-M

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2000 Oct; 85(10): 3678-82

Record 370

TI: High dose recombinant human growth hormone (GH) treatment of GH-deficient patients in puberty increases near-final height: a randomized, multicenter trial. Genentech, Inc., Cooperative Study Group.

AU: Mauras,-N; Attie,-K-M; Reiter,-E-O; Saenger,-P; Baptista,-J

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2000 Oct; 85(10): 3653-60

Record 371

TI: Apparently normal ovarian differentiation in a prepubertal girl with transcriptionally inactive steroidogenic factor 1 (NR5A1/SF-1) and adrenocortical insufficiency.

AU: Biason-Lauber,-A; Schoenle,-E-J

SO: Am-J-Hum-Genet. 2000 Dec; 67(6): 1563-8

Record 372

TI: Gonadotropin-releasing hormone fibers innervate the pituitary of the male African catfish (*Clarias gariepinus*) during puberty.

AU: Dubois,-E-A; Zandbergen,-M-A; Peute,-J; Hassing,-I; van-Dijk,-W; Schulz,-R-W; Goos,-H-J

SO: Neuroendocrinology. 2000 Oct; 72(4): 252-62

Record 373

TI: Longitudinal changes in body composition, physical capacities and energy expenditure in boys and girls during the onset of puberty.

AU: Bitar,-A; Vernet,-J; Coudert,-J; Vermorel,-M

SO: Eur-J-Nutr. 2000 Aug; 39(4): 157-63

Record 374

TI: Spontaneous, but not induced, puberty permits adequate bone mass acquisition in adolescent Turner syndrome patients.

AU: Carrascosa,-A; Gussinye,-M; Terradas,-P; Yeste,-D; Audi,-L; Vicens-Calvet,-E

SO: J-Bone-Miner-Res. 2000 Oct; 15(10): 2005-10

Record 375

TI: Interleukin-6 gene polymorphism is related to bone mineral density during and after puberty in healthy white males: a cross-sectional and longitudinal study.

AU: Lorentzon,-M; Lorentzon,-R; Nordstrom,-P

SO: J-Bone-Miner-Res. 2000 Oct; 15(10): 1944-9

Record 376

TI: Functional capacities of the body and their significance in the assessment of adolescents' health.

AU: Il'in,-A-G; Agapova,-L-A

SO: Gig-Sanit. 2000 Sep-Oct; (5): 43-6

Record 377

TI: Secondary data analysis: new perspective for adolescent research.

AU: Rew,-L; Koniak-Griffin,-D; Lewis,-M-A; Miles,-M; O'sullivan,-A

SO: Nurs-Outlook. 2000 Sep-Oct; 48(5): 223-9

Record 378

TI: Dating violence: a comparison of rural, suburban, and urban teens.

AU: Spencer,-G-A; Bryant,-S-A

SO: J-Adolesc-Health. 2000 Nov; 27(5): 302-5

Record 379

TI: Factor structure of the Reynolds Adolescent Depression Scale in a sample of school-based adolescents.

AU: Weber,-S

SO: J-Nurs-Meas. 2000 Summer; 8(1): 23-40

Record 380

TI: Age and experience of puberty in young Tunisian girls.

AU: Sakka,-F; Chelly,-H

SO: Tunis-Med. 2000 Mar; 78(3): 191-4

Record 381

TI: Growth and pubertal development following pediatric heart transplantation: a 15-year experience at Ste-Justine Hospital.

AU: de-Broux,-E; Huot,-C-H; Chartrand,-S; Vobecky,-S; Chartrand,-C

SO: J-Heart-Lung-Transplant. 2000 Sep; 19(9): 825-33

Record 382

TI: Social cognitions associated with pubertal development in a sample of urban, low-income, African-American and Latina girls and mothers.

AU: O'Sullivan,-L-F; Meyer-Balzburg,-H-F; Watkins,-B-X

SO: J-Adolesc-Health. 2000 Oct; 27(4): 227-35

Record 383

TI: QTL for pubertal and seasonality traits in male Pere David's x red deer interspecies hybrids.

AU: Goosen,-G-J; Dodds,-K-G; Tate,-M-L; Fennessy,-P-F

SO: J-Hered. 2000 Sep-Oct; 91(5): 397-400

Record 384

TI: Absent pubertal development in a child with chronic renal failure: the case of Frasier syndrome.

AU: Bonte,-A; Schroder,-W; Denamur,-E; Querfeld,-U

SO: Nephrol-Dial-Transplant. 2000 Oct; 15(10): 1688-90

Record 385

TI: Comparative effects of neonatal exposure of male rats to potent and weak (environmental) estrogens on spermatogenesis at puberty and the relationship to adult testis size and fertility: evidence for stimulatory effects of low estrogen levels.

AU: Atanassova,-N; McKinnell,-C; Turner,-K-J; Walker,-M; Fisher,-J-S; Morley,-M; Millar,-M-R; Groome,-N-P; Sharpe,-R-M

SO: Endocrinology. 2000 Oct; 141(10): 3898-907

Record 386

TI: Correlation between testicular biopsies (prepubertal and postpubertal) and spermogram in cryptorchid men.

AU: Nistal,-M; Riestra,-M-L; Paniagua,-R

SO: Hum-Pathol. 2000 Sep; 31(9): 1022-30

Record 387

TI: Birth weight, birth length, and bone density in prepubertal children: evidence for an association that may be mediated by genetic factors.

AU: Jones,-G; Dwyer,-T

SO: Calcif-Tissue-Int. 2000 Oct; 67(4): 304-8

Record 388

TI: Adolescent reproductive health in Africa: future challenges.

AU: Okonofua,-F

SO: Afr-J-Reprod-Health. 2000 Apr; 4(1): 7-12

Record 389

TI: Current age of onset of puberty.

AU: Rosenfield,-R-L; Bachrach,-L-K; Chernausek,-S-D; Gertner,-J-M; Gottschalk,-M; Hardin,-D-S; Pescovitz,-O-H; Saenger,-P

SO: Pediatrics. 2000 Sep; 106(3): 622-3

Record 390

TI: Pubertal adolescent male-female differences in insulin sensitivity and glucose effectiveness determined by the one compartment minimal model.

AU: Hoffman,-R-P; Vicini,-P; Sivitz,-W-I; Cobelli,-C

SO: Pediatr-Res. 2000 Sep; 48(3): 384-8

Record 391

TI: Body fat mass, leptin and puberty.

AU: Kiess,-W; Muller,-G; Galler,-A; Reich,-A; Deutscher,-J; Klammt,-J; Kratzsch,-J

SO: J-Pediatr-Endocrinol-Metab. 2000 Jul; 13 Suppl 1: 717-22

Record 392

TI: Relation of childhood diet and body size to menarche and adolescent growth in girls.

AU: Berkey,-C-S; Gardner,-J-D; Frazier,-A-L; Colditz,-G-A

SO: Am-J-Epidemiol. 2000 Sep 1; 152(5): 446-52

Record 393

TI: Serotonergic function, behavioral disinhibition, and negative affect in children of alcoholics: the moderating effects of puberty.

AU: Twitchell,-G-R; Hanna,-G-L; Cook,-E-H; Fitzgerald,-H-E; Zucker,-R-A

SO: Alcohol-Clin-Exp-Res. 2000 Jul; 24(7): 972-9

Record 394

TI: Early psychopathological signs in bulimia nervosa. A retrospective comparison of the period of puberty in bulimic and control girls.

AU: Corcos,-M; Flament,-M-F; Giraud,-M-J; Paterniti,-S; Ledoux,-S; Atger,-F; Jeammet,-P

SO: Eur-Child-Adolesc-Psychiatry. 2000 Jun; 9(2): 115-21

Record 395

TI: Dismenoreia v pubertetno-iunosheskata vuzrast.

[Dysmenorrhea in puberty and adolescence]

AU: Sirakov,-M; Damianov,-L; Tsankova,-M; Draganova,-D

SO: Akush-Ginekol-(Sofia). 2000; 39 Suppl 1: 9-10

Record 396

TI: Puberty-associated differences in total cholesterol and triglyceride levels according to sex in French children aged 10-13 years.

AU: Bertrais,-S; Balkau,-B; Charles,-M-A; Vol,-S; Calvet,-C; Tichet,-J; Eschwege,-E

SO: Ann-Epidemiol. 2000 Jul; 10(5): 316-23

Record 397

TI: Adult ovary transfer counteracts the callosal enlargement resulting from prepubertal ovariectomy.

AU: Bimonte,-H-A; Holly-Fitch,-R; Denenberg,-V-H

SO: Brain-Res. 2000 Jul 28; 872(1-2): 254-7

Record 398

TI: Metabolic characteristics and urine albumin excretion rate in relation to pubertal maturation in Type 1 diabetes.

AU: Riihimaa,-P-H; Knip,-M; Hirvela,-H; Tapanainen,-P

SO: Diabetes-Metab-Res-Rev. 2000 Jul-Aug; 16(4): 269-75

Record 399

TI: Growth and pubertal development in children and adolescents: effects of diet and physical activity.

AU: Rogol,-A-D; Clark,-P-A; Roemmich,-J-N

SO: Am-J-Clin-Nutr. 2000 Aug; 72(2 Suppl): 521S-8S

Record 400

TI: The relationship of pubertal status to body image, social physique anxiety, preoccupation with weight and nutritional status in young females.

AU: Thompson,-A-M; Chad,-K-E

SO: Can-J-Public-Health. 2000 May-Jun; 91(3): 207-11

Record 401

TI: Very low birth weight and growth into adolescence.

AU: Ford,-G-W; Doyle,-L-W; Davis,-N-M; Callanan,-C

SO: Arch-Pediatr-Adolesc-Med. 2000 Aug; 154(8): 778-84

Record 402

TI: Teenage parents and welfare reform: findings from a survey of teenagers affected by living requirements.

AU: Collins,-M-E; Stevens,-J-W; Lane,-T-S

SO: Soc-Work. 2000 Jul; 45(4): 327-38

Record 403

TI: New reference for the age at childhood onset of growth and secular trend in the timing of puberty in Swedish.

AU: Liu,-Y-X; Wikland,-K-A; Karlberg,-J
SO: Acta-Paediatr. 2000 Jun; 89(6): 637-43

Record 404

TI: Serum androgen levels in adolescents with type 1 diabetes: relationship to pubertal stage and metabolic control.

AU: Meyer,-K; Deutscher,-J; Anil,-M; Berthold,-A; Bartsch,-M; Kiess,-W

SO: J-Endocrinol-Invest. 2000 Jun; 23(6): 362-8

Record 405

TI: Long-term effects of growth hormone treatment on growth and puberty in patients with chronic renal insufficiency.

AU: Hokken-Koelega,-A; Mulder,-P; De-Jong,-R; Lilien,-M; Donckerwolcke,-R; Groothof,-J

SO: Pediatr-Nephrol. 2000 Jul; 14(7): 701-6

Record 406

TI: Puberty as a risk factor for diabetic neuropathy.

AU: Barkai,-L; Kempler,-P

SO: Diabetes-Care. 2000 Jul; 23(7): 1044-5

Record 407

TI: Longitudinal changes in growth hormone secretory process irregularity assessed transpubertally in healthy boys.

AU: Pincus,-S-M; Veldhuis,-J-D; Rogol,-A-D

SO: Am-J-Physiol-Endocrinol-Metab. 2000 Aug; 279(2): E417-24

Record 408

TI: Leptin and puberty.

AU: Clayton,-P-E; Trueman,-J-A

SO: Arch-Dis-Child. 2000 Jul; 83(1): 1-4

Record 409

TI: Precocious puberty.

AU: Finlay,-F; Jones,-R

SO: Pediatrics. 2000 Jul; 106(1 Pt 1): 162-3

Record 410

TI: Effect of puberty on the relationship between circulating leptin and body composition.

AU: Horlick,-M-B; Rosenbaum,-M; Nicolson,-M; Levine,-L-S; Fedun,-B; Wang,-J; Pierson,-R-N Jr; Leibel,-R-L

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2000 Jul; 85(7): 2509-18

Record 411

TI: Polycystic ovaries in adolescents and the relationship with menstrual cycle patterns, luteinizing hormone, androgens, and insulin.

AU: van-Hooff,-M-H; Voorhorst,-F-J; Kaptein,-M-B; Hirasings,-R-A; Koppenaar,-C; Schoemaker,-J

SO: Fertil-Steril. 2000 Jul; 74(1): 49-58

Record 412

TI: Longitudinal changes in young people's short-term power output.

AU: Armstrong,-N; Welsman,-J-R; Williams,-C-A; Kirby,-B-J

SO: Med-Sci-Sports-Exerc. 2000 Jun; 32(6): 1140-5

Record 413

TI: Development of an instrument for monitoring adolescent health issues.

AU: Stanton,-W-R; Willis,-M; Balandia,-K-P

SO: Health-Educ-Res. 2000 Apr; 15(2): 181-90

Record 414

TI: Growth and respiratory health in adolescence of the extremely low-birth weight survivor.

AU: Doyle,-L-W

SO: Clin-Perinatol. 2000 Jun; 27(2): 421-32

Record 415

TI: Present-day trends in adolescents' health.

AU: Il'in,-A-G; Zvezdina,-I-V; El'ianov,-M-M; Rapoport,-I-K; Iampol'skaia,-Iu-A; Usol'tsev,-A-N; Agapova,-L-A

SO: Gig-Sanit. 2000 Jan-Feb; (1): 59-62

Record 416

TI: A prospective study of quantitative ultrasound in children and adolescents.

AU: Lappe,-J-M; Stegman,-M; Davies,-K-M; Barber,-S; Recker,-R-R

SO: J-Clin-Densitom. 2000 Summer; 3(2): 167-75

Record 417

TI: Preliminary study examining relationship between family environment and resting mean arterial pressure in African-American youth.

AU: Clark,-R; Armstead,-C

SO: J-Adolesc-Health. 2000 Jul; 27(1): 3-5

Record 418

TI: Sex differences in strategy and performance on computerized neuropsychological tests as related to gender identity and age at puberty.

AU: Meurling,-A-W; Tonning-Olsson,-I; Levander,-S

SO: Scand-J-Psychol. 2000 Jun; 41(2): 81-90

Record 419

TI: Sexually dimorphic cognitive style in rats emerges after puberty.

AU: Kanit,-L; Taskiran,-D; Yilmaz,-O-A; Balkan,-B; Demiregoren,-S; Furedy,-J-J; Pogun,-S

SO: Brain-Res-Bull. 2000 Jul 1; 52(4): 243-8

Record 420

TI: Normal values of the bioelectrical impedance vector in childhood and puberty.

AU: De-Palo,-T; Messina,-G; Edefonti,-A; Perfumo,-F; Pisanello,-L; Peruzzi,-L; Di-Iorio,-B; Mignozzi,-M; Vienna,-A; Conti,-G; Penza,-R; Piccoli,-A

SO: Nutrition. 2000 Jun; 16(6): 417-24

Record 421

TI: Bio-morphological events in the development of the human female mammary gland from fetal age to puberty.

AU: Naccarato,-A-G; Viacava,-P; Vignati,-S; Fanelli,-G; Bonadio,-A-G; Montrucoli,-G; Bevilacqua,-G

SO: Virchows-Arch. 2000 May; 436(5): 431-8

Record 422

TI: Body composition changes during Tanner stage 5.

AU: Horlick,-M; Thomson,-J; Wang,-J; Levine,-L-S; Fedun,-B; Pierson,-R-N Jr

SO: Ann-N-Y-Acad-Sci. 2000 May; 904: 410-5

Record 423

TI: Withholding life-sustaining treatment: are adolescents competent to make these decisions?

AU: Doig,-C; Burgess,-E

SO: CMAJ. 2000 May 30; 162(11): 1585-8

Record 424

TI: Workshop to identify critical windows of exposure for children's health: reproductive health in children and adolescents work group summary.

AU: Lemasters,-G-K; Perreault,-S-D; Hales,-B-F; Hatch,-M; Hirshfield,-A-N; Hughes,-C-L; Kimmel,-G-L; Lamb,-J-C; Pryor,-J-L; Rubin,-C; Seed,-J-G

SO: Environ-Health-Perspect. 2000 Jun; 108 Suppl 3: 505-9

Record 425

TI: Prepubertal growth and growth hormone secretion in children after treatment for hematological malignancies, including autologous bone marrow transplantation.

AU: Arvidson,-J; Lonnerholm,-G; Tuvemo,-T; Carlson,-K; Lannering,-B; Lonnerholm,-T

SO: Pediatr-Hematol-Oncol. 2000 Jun; 17(4): 285-97

Record 426

TI: Seven parameters describing anteroposterior jaw relationships: postpubertal prediction accuracy and interchangeability.

AU: Ishikawa,-H; Nakamura,-S; Iwasaki,-H; Kitazawa,-S

SO: Am-J-Orthod-Dentofacial-Orthop. 2000 Jun; 117(6): 714-20

Record 427

TI: Sperm antigens recognized by antisperm antibodies present in sera of infertile adults and prepubertal boys with testicular failure.

AU: Domagala,-A; Kamieniczna,-M; Kurpisz,-M

SO: Int-J-Androl. 2000 Jun; 23(3): 150-5

Record 428

TI: Nocturnal melatonin patterns in children.

AU: Salti,-R; Galluzzi,-F; Bindi,-G; Perfetto,-F; Tarquini,-R; Halberg,-F; Cornelissen,-G

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2000 Jun; 85(6): 2137-44

Record 429

TI: Calcium absorption, bone mass accumulation, and kinetics increase during early pubertal development in girls.

AU: Abrams,-S-A; Copeland,-K-C; Gunn,-S-K; Gundberg,-C-M; Klein,-K-O; Ellis,-K-J

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2000 May; 85(5): 1805-9

Record 430

TI: Influence of parental height and sociodemographic factors on adolescent height in Brazil.

AU: Sichieri,-R; Taddei,-J-A; Everhart,-J-E

SO: J-Adolesc-Health. 2000 Jun; 26(6): 414-9

Record 431

TI: The primary events of puberty onset: hypothalamic, peripheral and environmental signalling.

AU: Bourguignon,-J-P; Lebrethon,-M-C

SO: J-Gynecol-Obstet-Biol-Reprod-(Paris). 2000 May; 29(3): 295-7

Record 432

TI: Ethnic differences in androgens, IGF-I and body fat in healthy prepubertal girls.

AU: Girgis,-R; Abrams,-S-A; Castracane,-V-D; Gunn,-S-K; Ellis,-K-J; Copeland,-K-C

SO: J-Pediatr-Endocrinol-Metab. 2000 May; 13(5): 497-503

Record 433

TI: Expression of the aromatase gene in the human prepubertal testis.

AU: Saraco,-N; Berensztejn,-E; Dardis,-A; Rivarola,-M-A; Belgorosky,-A

SO: J-Pediatr-Endocrinol-Metab. 2000 May; 13(5): 483-8

Record 434

TI: Testosterone--sometimes too much, sometimes too little. The man--an eternal patient?

AU: Koch,-K

SO: MMW-Fortschr-Med. 2000 Feb 24; 142(8): 12

Record 435

TI: Improvement of motor abilities in pubertal girls.

AU: Volver,-A; Viru,-A; Viru,-M

SO: J-Sports-Med-Phys-Fitness. 2000 Mar; 40(1): 17-25

Record 436

TI: Neuropeptides, neurotransmitters, neurosteroids, and the onset of puberty.

AU: Genazzani,-A-R; Bernardi,-F; Monteleone,-P; Luisi,-S; Luisi,-M

SO: Ann-N-Y-Acad-Sci. 2000; 900: 1-9

Record 437

TI: Predicting heart growth during puberty: The Muscatine Study.

AU: Janz,-K-F; Dawson,-J-D; Mahoney,-L-T

SO: Pediatrics. 2000 May; 105(5): E63

Record 438

TI: Changes in serum inhibin, activin and follistatin concentrations during puberty in girls.
AU: Foster,-C-M; Phillips,-D-J; Wyman,-T; Evans,-L-W; Groome,-N-P; Padmanabhan,-V
SO: Hum-Reprod. 2000 May; 15(5): 1052-7

Record 439

TI: Nocturnal integrated gonadotropin concentrations in evaluating pubertal transition in girls.
AU: Zung,-A; Raisin,-A; Zadik,-Z; Chen,-M
SO: J-Pediatr-Endocrinol-Metab. 2000 Apr; 13(4): 417-23

Record 440

TI: Acute myelitis after asthma attacks with onset after puberty.
AU: Horiuchi,-I; Yamasaki,-K; Osoegawa,-M; Ohyagi,-Y; Okayama,-A; Kurokawa,-T; Yamada,-T; Kira,-J
SO: J-Neurol-Neurosurg-Psychiatry. 2000 May; 68(5): 665-8

Record 441

TI: A prospective longitudinal study of urinary excretion of a bone resorption marker in adolescents.
AU: Bollen,-A-M
SO: Ann-Hum-Biol. 2000 Mar-Apr; 27(2): 199-211

Record 442

TI: Tonsillectomy effects on physical development of young men.
AU: Pisarev,-V-F
SO: Vestn-Otorinolaringol. 2000; (2): 41-2

Record 443

TI: Treatment of young transsexuals in the Netherlands.
AU: Cohen-Kettenis,-P-T; Dillen,-C-M; Gooren,-L-J
SO: Ned-Tijdschr-Geneskd. 2000 Apr 8; 144(15): 698-702

Record 444

TI: The health of young Australians.
AU: Patton,-G-C; Moon,-L-J
SO: Med-J-Aust. 2000 Feb 21; 172(4): 150-1

Record 445

TI: Serum inhibin A and inhibin B in healthy prepubertal, pubertal, and adolescent girls and adult women: relation to age, stage of puberty, menstrual cycle, follicle-stimulating hormone, luteinizing hormone, and estradiol levels.
AU: Sehested,-A; Juul,-A-A; Andersson,-A-M; Petersen,-J-H; Jensen,-T-K; Muller,-J; Skakkebaek,-N-E
SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2000 Apr; 85(4): 1634-40

Record 446

TI: Perspectives on leptin's role as a metabolic signal for the onset of puberty.
AU: Cheung,-C-C; Clifton,-D-K; Steiner,-R-A
SO: Front-Horm-Res. 2000; 26: 87-105

Record 447

TI: Tobacco wins in court. The FDA can no longer monitor sales to kids.
AU: Lavelle,-M
SO: US-News-World-Rep. 2000 Apr 3; 128(13): 21

Record 448

TI: Getting inside a teen brain. Hormones aren't the only reason adolescents act crazy. Their gray matter differs from children's and adults'.
AU: Begley,-S
SO: Newsweek. 2000 Feb 28; 135(9): 58-9

Record 449

TI: Adolescent health and the environment.
AU: Golub,-M-S
SO: Environ-Health-Perspect. 2000 Apr; 108(4): 355-62

Record 450

TI: Epilepsy in adolescents: hormonal considerations.

AU: Logsdon-Pokorny,-V-K

SO: J-Pediatr-Adolesc-Gynecol. 2000 Feb; 13(1): 9-13

Record 451

TI: Determinants of adolescent blood pressure: findings from the Glasgow University student cohort.

AU: Okasha,-M; McCarron,-P; McEwen,-J; Davey-Smith,-G

SO: J-Hum-Hypertens. 2000 Feb; 14(2): 117-24

Record 452

TI: Pubertal growth and development and prenatal and lactational exposure to polychlorinated biphenyls and dichlorodiphenyl dichloroethene.

AU: Gladen,-B-C; Ragan,-N-B; Rogan,-W-J

SO: J-Pediatr. 2000 Apr; 136(4): 490-6

Record 453

TI: Myths and variations in normal pubertal development.

AU: Nakamoto,-J-M

SO: West-J-Med. 2000 Mar; 172(3): 182-5

Record 454

TI: Plasma leptin in prepubertal patients with glycogen storage diseases.

AU: Sass,-J-O; Skladal,-D

SO: Horm-Metab-Res. 2000 Jan; 32(1): 44-6

Record 455

TI: In vitro stimulation of the prepubertal rat gonadotropin-releasing hormone pulse generator by leptin and neuropeptide Y through distinct mechanisms.

AU: Lebrethon,-M-C; Vandersmissen,-E; Gerard,-A; Parent,-A-S; Junien,-J-L; Bourguignon,-J-P

SO: Endocrinology. 2000 Apr; 141(4): 1464-9

Record 456

TI: Alcohol ingestion inhibits the increased secretion of puberty-related hormones in the developing female rhesus monkey.

AU: Dees,-W-L; Dissen,-G-A; Hiney,-J-K; Lara,-F; Ojeda,-S-R

SO: Endocrinology. 2000 Apr; 141(4): 1325-31

Record 457

TI: Body mass index in children and adolescents according to age and pubertal stage.

AU: Bini,-V; Celi,-F; Berlioli,-M-G; Bacosi,-M-L; Stella,-P; Giglio,-P; Tosti,-L; Falorni,-A

SO: Eur-J-Clin-Nutr. 2000 Mar; 54(3): 214-8

Record 458

TI: Puberty begins with a characteristic subcutaneous body fat mass in each sex.

AU: Vizmanos,-B; Marti-Henneberg,-C

SO: Eur-J-Clin-Nutr. 2000 Mar; 54(3): 203-8

Record 459

TI: Position statement on adolescent health endorsed by American Academy of Nursing.

AU: Koniak-Griffin,-D

SO: Nurs-Outlook. 2000 Jan-Feb; 48(1): 41-3

Record 460

TI: Influence of puberty on muscle area and cortical bone area of the forearm in boys and girls.

AU: Schoenau,-E; Neu,-C-M; Mokov,-E; Wassmer,-G; Manz,-F

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2000 Mar; 85(3): 1095-8

Record 461

TI: Diurnal rhythms of luteinizing hormone, follicle-stimulating hormone, testosterone, and estradiol secretion before the onset of female puberty in short children.

AU: Mitamura,-R; Yano,-K; Suzuki,-N; Ito,-Y; Makita,-Y; Okuno,-A

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2000 Mar; 85(3): 1074-80

Record 462

TI: Do children and adolescents need supplements during puberty of calcium and vitamin D?

AU: Mallet,-E

SO: Arch-Pediatr. 2000 Feb; 7(2): 117-20

Record 463

TI: Sexually transmitted diseases among adolescents in developed countries.

AU: Panchaud,-C; Singh,-S; Feivelson,-D; Darroch,-J-E

SO: Fam-Plann-Perspect. 2000 Jan-Feb; 32(1): 24-32, 45

Record 464

TI: Longitudinal nutrient intake patterns of US adolescent women: the Penn State Young Women's Health Study.

AU: Cusatis,-D-C; Chinchilli,-V-M; Johnson-Rollings,-N; Kieselhorst,-K; Stallings,-V-A; Lloyd,-T

SO: J-Adolesc-Health. 2000 Mar; 26(3): 194-204

Record 465

TI: Peripheral markers of serotonergic and noradrenergic function in post-pubertal, caucasian males with autistic disorder.

AU: Croonenberghs,-J; Delmeire,-L; Verkerk,-R; Lin,-A-H; Meskal,-A; Neels,-H; Van-der-Planken,-M; Scharpe,-S; Deboutte,-D; Pison,-G; Maes,-M

SO: Neuropsychopharmacology. 2000 Mar; 22(3): 275-83

Record 466

TI: Signaling between the pituitary gland and the testes: inverse relationship between serum FSH and inhibin B concentrations in boys in early puberty.

AU: Raivio,-T; Saukkonen,-S; Jaaskelainen,-J; Komulainen,-J; Dunkel,-L

SO: Eur-J-Endocrinol. 2000 Feb; 142(2): 150-6

Record 467

TI: Circulating concentrations of nocturnal leptin, growth hormone, and insulin-like growth factor-I increase before the onset of puberty in agonadal male monkeys: potential signals for the initiation of puberty.

AU: Suter,-K-J; Pohl,-C-R; Wilson,-M-E

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2000 Feb; 85(2): 808-14

Record 468

TI: Adult height in short normal girls treated with gonadotropin-releasing hormone analogs and growth hormone.

AU: Pasquino,-A-M; Pucarelli,-I; Roggini,-M; Segni,-M

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2000 Feb; 85(2): 619-22

Record 469

TI: Near final height in pubertal growth hormone (GH)-deficient patients treated with GH alone or in combination with luteinizing hormone-releasing hormone analog: results of a prospective, randomized trial.

AU: Mericq,-M-V; Eggers,-M; Avila,-A; Cutler,-G-B Jr; Cassorla,-F

SO: J-Clin-Endocrinol-Metab. 2000 Feb; 85(2): 569-73

Record 470

TI: Research on religious variables in five major adolescent research journals: 1992 to 1996.

AU: Weaver,-A-J; Samford,-J-A; Morgan,-V-J; Lichton,-A-I; Larson,-D-B; Garbarino,-J

SO: J-Nerv-Ment-Dis. 2000 Jan; 188(1): 36-44

Record 471

TI: Hyperparathyroidism during growth hormone treatment: a role for puberty?

AU: Picca,-S; Cappa,-M; Rizzoni,-G

SO: Pediatr-Nephrol. 2000 Jan; 14(1): 56-8

Record 472

TI: Pubertal development and growth after total-body irradiation and bone marrow transplantation for haematological malignancies.

AU: Bakker,-B; Massa,-G-G; Oostdijk,-W; Van-Weel-Sipman,-M-H; Vossen,-J-M; Wit,-J-M

SO: Eur-J-Pediatr. 2000 Jan-Feb; 159(1-2): 31-7

Record 473

TI: Muscle strength and electromyogram in boys and girls followed through puberty.

AU: Seger,-J-Y; Thorstensson,-A

SO: Eur-J-Appl-Physiol. 2000 Jan; 81(1-2): 54-61