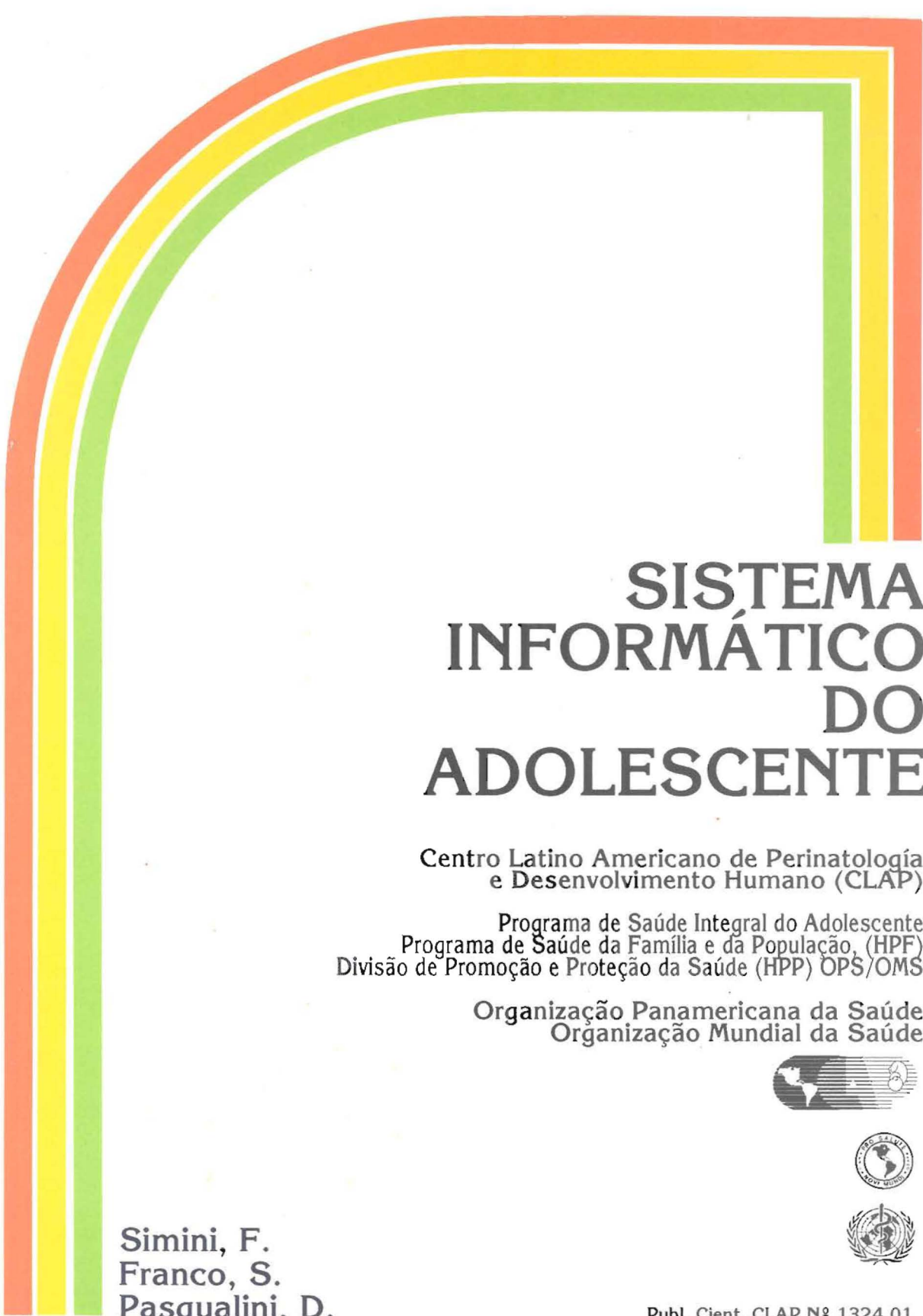




SISTEMA INFORMÁTICO DO ADOLESCENTE

Centro Latino Americano de Perinatologia
e Desenvolvimento Humano (CLAP)

Programa de Saúde Integral do Adolescente
Programa de Saúde da Família e da População, (HPF)
Divisão de Promoção e Proteção da Saúde (HPP) OPS/OMS

Organização Panamericana da Saúde
Organização Mundial da Saúde



Simini, F.
Franco, S.
Pasqualini, D.

SISTEMA INFORMÁTICO DO ADOLESCENTE

FRANCO SIMINI

Engenheiro Biomédico, CLAP

SILVIA FRANCO

Psicóloga, consultora de curto prazo no CLAP

DIANA PASQUALINI

Médica, consultora de curto prazo no CLAP

Comissão de Peritos

ANITA COLLI

Instituto da Criança, Faculdade de Medicina de São Paulo

ANGEL GONZALO DIAZ

Consultor em Perinatologia OPS/OMS no CLAP

LILIANA GUEMBERENA

Médica colaboradora CLAP

MARIA ELENA LAURNAGA

Socióloga colaboradora CLAP

ALBERTO MORALES

Caja Costarricense de Seguro Social

MABEL MUNIST

Consultora em Adolescência OPS/OMS

MARIA HELENA RUZANY

Responsável pelo Programa de Saúde Integral do Adolescente OPS/OMS

RICARDO SCHWARCZ

Diretor CLAP OPS/OMS

TAMARA ZUBAREW

Departamento de Saúde Mental, Universidade do Chile

O desenvolvimento do Sistema Informático do Adolescente é um empreendimento conjunto do CLAP e do Programa de Saúde Integral do Adolescente (Programa de Saúde da Família e da População, HPP) da Divisão de Promoção e Proteção da Saúde-HPP da OPS/OMS.

Promovido pelo Projeto de Apoio a Iniciativas Nacionais de Saúde Integral do Adolescente na Região das Américas. Apoiado pela Fundação W.K.Kellogg

Centro Latino Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano

CLAP - OPS/OMS

Montevideu - Uruguai

Publicação Científica CLAP nº 1324.01, agosto 1995

EDITAR

100

© Centro Latino Americano de Perinatología e Desenvolvimento Humano CLAP - OPS/OMS

Casilla de Correo 627, 11000 Montevideu, URUGUAI

Telefone 598 2 472929, Telex 23023 CLAP UY, Fax 598 2 47 2593

e-mail postmaster@clap.edu.uy

Publicação Científica do CLAP Nº 1324.01, 1995

CLAP 1324.01, 1ª edição agosto de 1995, 1000 exemplares

Programação Clipper: Marcelo Rubino

Composição Gráfica: Roberto Porro

Portada: Juan Carlos Iglesias

Tradução: Thais de Azevedo Forster

Se terminó de imprimir en el mes de Setiembre de 1995 en Imprenta Rosgal S.A.

Mariano Moreno 2708 Tel. 47 25 07 Montevideo - Uruguay - Dep. Legal 300363/95

A adolescência é uma etapa da segunda década da vida humana que se caracteriza por mudanças rápidas e múltiplas nos aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais. É durante a adolescência que se completa o crescimento e o desenvolvimento físico atingindo a capacidade de reprodução, que se adquire o pensamento abstrato e a autonomia emocional das figuras paternas, desenvolvendo uma nova identidade. As relações sociais se modificam e se consegue a capacidade para a intimidade sexual. Transforma a escala de valores pelos quais o indivíduo avalia a si mesmo e os demais e se incorpora à vida adulta através de um papel no mercado de trabalho que facilita sua independência econômica e a concretizar um projeto de vida. Nesse processo de busca, o adolescente ensaia múltiplos papéis que durante alguns períodos são conflitivos, para em seguida encontrar um equilíbrio, sem que isso necessariamente signifique doença ou dano.

O diagnóstico diferencial entre saúde e doença não é fácil e requer tempo, formação e uma visão integral do adolescente e das circunstâncias. A atenção à saúde do adolescente deve promover sua integração como pessoa e por isso deve ser não somente integral mas também integradora. Inclui a formação de um vínculo que ajude o desenvolvimento do projeto de vida pessoal. Para isso é necessário haver empatia pelo adolescente e um preparo científico que inclua o conhecimento das etapas evolutivas normais do ser humano e dos recursos oferecidos pela sociedade. O tempo da consulta clínica é longo. Em primeiro lugar porque é necessário criar um clima de confiança e calor humano na relação do médico com o adolescente, fator que favorecerá a execução de estratégias adequadas. E também porque existe habitualmente uma demanda dupla: a do adolescente e a de sua família. E em terceiro lugar os adolescentes, em diferentes ocasiões, exigem um espaço de reflexão e orientação sobre alguns aspectos de sua vida diária.

O objetivo principal do sistema que se propõe neste trabalho é melhorar a qualidade da assistência promovendo uma visão integral. Favorecer o conhecimento epidemiológico da população usuária, a avaliação e o desenvolvimento de programas segundo as necessidades de saúde do grupo, além de apoiar a docência e a pesquisa por zona, região e multicêntrica. O sistema informático do adolescente (SIA) está composto pela História do Adolescente, as instruções para sua utilização, formulários complementares e um sistema para computadores pessoais que facilita o processamento da informação a nível local.

Os autores expressam sua gratidão a numerosos colegas que ofereceram idéias e sugestões, especialmente a Analista de Sistemas Raquel López, ao Dr. Carlos Serrano e a Dra. Elsa Moreno por seu incansável impulso esclarecedor de caminhos.

1.INTRODUÇÃO

1.1	Objetivos	7
1.2	Antecedentes	8
1.3	Esquema do trabalho	8

2.CARACTERÍSTICAS GERAIS

2.1	Considerações gerais	9
2.2	A História do Adolescente.....	9
2.3	Sistema de alerta	15
2.4	Processamento local de dados	15
2.5	Equipamento de computação.....	15
2.6	Organização da coleta de dados	16
2.7	Os programas estatísticos.....	17
2.8	Compatibilidade com EPI-INFO	18

3.PREENCHIMENTO DA CONSULTA PRINCIPAL

3.1	Considerações gerais	19
3.2	Identificação do adolescente	20
3.3	Definição da consulta	21
3.4	Antecedentes pessoais	23
3.5	Antecedentes familiares	25
3.6	Família.....	26
3.7	Habitação.....	28
3.8	Educação.....	29
3.9	Trabalho	30
3.10	Vida social	31
3.11	Hábitos.....	32
3.12	Aspectos gineco-urológicos.....	34
3.13	Sexualidade	35
3.14	Situação psicoemocional	36
3.15	Exame físico	38
3.16	Impressão diagnóstica integral	40
3.17	Indicações e consultas externas	40

4. PREENCHIMENTO DA CONSULTA DE EVOLUÇÃO

4.1	Considerações gerais	43
4.2	Definição da consulta	43
4.3	Impressão diagnóstica integral	45
4.4	Indicações e consultas externas	46
4.5	Gráficos de peso e altura	47

5. O PROGRAMA DE COMPUTAÇÃO

5.1	Considerações gerais.....	49
5.2	Instalação dos programas	49
5.3	Guia geral de operação	51
5.4	Seleção por datas (F6).....	53
5.5	Seleção por combinação de variáveis	54
5.6	Entrada de histórias - Resumo da história.....	54
5.7	Back up dos dados	59
5.8	Controle do preenchimento.....	59
5.9	Detecção de incoerências	61
5.10	Uma sessão de demonstração	61

6. OS DOCUMENTOS ESTATÍSTICOS

6.1	Considerações gerais	65
6.2	Estatística básica	65
6.3	Descrição de uma variável	67
6.4	Evolução de uma variável	68
6.5	Distribuição de uma variável	71
6.6	Cruzamento de duas variáveis	72
6.7	Estimação do risco	73
6.8	Listado de histórias	76
6.9	Análise de textos	78

7. EXEMPLO DOCENTE	81
--------------------------	----

8. BIBLIOGRAFIA	83
-----------------------	----

9. ANEXOS

9.1	Motivo da consulta	85
9.2	Classificação resumida das doenças	87
9.3	Indicações e consultas externas	88
9.4	Variáveis da base geral	88
9.5	Variáveis da consulta principal	89
9.6	Variáveis da evolução	93
9.7	Detalhes da estrutura do sistema	94
9.8	Curvas de peso e altura	96

ÍNDICE DAS FIGURAS

Figura 1	A História do Adolescente, consulta principal	11, 12
Figura 2	A História do Adolescente, evolução	13, 14
Figura 3	Tela do menu	17
Figura 4	Exemplo de HdA preenchida, consulta principal	41, 42
Figura 5	Exemplo do formulário de evolução de HdA preenchido	48
Figura 6	Tela de apresentação	50
Figura 7	Tela de seleção por datas	53
Figura 8	Tela de seleção por combinação de variáveis	54
Figura 9	Exemplo do resumo de história, registro geral	56
Figura 10	Exemplo de resumo de história, folha de consulta principal	57
Figura 11	Exemplo de resumo de história, folha de evolução	58
Figura 12	Exemplo de controle de preenchimento	60
Figura 13	Exemplo de estatística básica	66
Figura 14	Exemplo de descrição de uma variável	69
Figura 15	Exemplo de evolução de uma variável	70
Figura 16	Exemplo de distribuição de uma variável	72
Figura 17	Exemplo de cruzamento de duas variáveis	74
Figura 18	Exemplo de estimação de risco	77
Figura 19	Exemplo de análise de textos	79
Figura 20	Menu de operações pouco frequentes	94

1. INTRODUÇÃO

1.1 Objetivos

Desenvolvendo o Sistema Informático do Adolescente o CLAP responde a uma necessidade de unificação da coleta de dados da atenção integral do adolescente na América Latina e da análise da informação como base para o planejamento. As tecnologias propostas neste documento foram idealizadas também para ajudar aqueles profissionais que atendem consultas de adolescentes.

Tendo como objetivo geral ajudar a melhorar a saúde dos adolescentes, o CLAP se propõe as seguintes metas específicas:

- fortalecer a capacidade de auto-avaliação assistencial através da análise dos dados na própria instituição prestadora da assistência;
- fazer com que a equipe de saúde se conscientize da importância do registro completo das ações e observações de saúde;
- proporcionar às instituições uma ferramenta de pesquisa e auditoria ágil e de fácil utilização;
- incrementar os laços de cooperação entre o CLAP e as instituições de saúde da América Latina e do Caribe.

Os programas foram projetados para serem manejados por profissionais universitários ou pessoal de arquivo ou de secretaria sem conhecimentos prévios de computação. Os programas permitem obter um conjunto de documentos com o resumo estatístico do funcionamento assistencial da instituição. Estes documentos podem ser obtidos a qualquer momento e mostram as histórias entradas no computador até esse momento.

A História do Adolescente é preenchida pelos integrantes da equipe de saúde como parte de seu trabalho assistencial. O SIA visa, entre outros objetivos, garantir o registro

completo das observações e ações de saúde através da conscientização de toda a equipe de saúde. Quando termina a consulta o pessoal da equipe multidisciplinar entra os dados no computador. É importante manter a regularidade da entrada de dados para evitar o acúmulo de histórias não processadas.

Em qualquer momento, o pessoal da equipe está em condições de operar os programas do SIA para obter estatísticas sobre a população atendida. Os programas são fáceis de manejar e uma ferramenta de auto-avaliação e de pesquisa completamente autônoma.

1.2 Antecedentes

A atenção integral da saúde dos adolescentes apresenta múltiplos antecedentes nas últimas décadas no continente americano quando se reconhece seu papel preponderante na saúde das populações. O SIA se inspira naqueles trabalhos de pesquisa que priorizam o enfoque multidisciplinar integrado visando uma melhor compreensão e acompanhamento da problemática dos adolescentes.

O CLAP desenvolveu instrumentos similares a este sistema em outros campos da saúde materno-infantil. O Sistema Informático Perinatal (SIP), composto pela História Clínica Perinatal, a Caderneta Perinatal e os Programas de Computação, é uma ferramenta de grande difusão na América Latina e está baseado nos conceitos de módulos e de normalização das ações de saúde, e do registro e da análise estatística destas. Da mesma forma o CLAP oferece às instituições o Sistema Informático da Criança (SIN) para acompanhar o processo de crescimento e desenvolvimento até os 5 anos de idade.

1.3 Esquema do trabalho

O Capítulo 2 apresenta os aspectos gerais do SIA descrevendo seus elementos principais: a História do Adolescente, a organização e os programas de computação com os documentos por ele gerados. Este capítulo apresenta a dinâmica do SIA e deverá ser avaliado antes da adoção do instrumento em uma instituição.

O Capítulo 3 contém as instruções detalhadas para o preenchimento do formulário da Consulta Principal da História do Adolescente. No Capítulo 4 estão as instruções para preencher o formulário de Evolução que é mais resumido que o anterior.

No Capítulo 5 se encontra a descrição dos programas de computação do SIA, de sua instalação no computador até o controle de qualidade dos dados. As atividades que devem ser realizadas diariamente para a manutenção de uma base de dados confiável e em dia com a consulta também estão descritas neste Capítulo.

O Capítulo 6 está dedicado aos aspectos estatísticos do SIA. São apresentados diversos tipos de documentos sobre a população atendida ou grupos de adolescentes. Estes resultados vão desde a Estatística Básica cuja obtenção é imediata até programas mais complexos com a Estimação do risco ou o Cruzamento de duas variáveis.

O Capítulo 7 apresenta em forma de texto o resultado de uma consulta de um adolescente para ser utilizada como material para o preenchimento pelo leitor dos formulários Principal e de Evolução da História do Adolescente.

Nos Anexos estão disponíveis listas de motivos de consulta, de diagnósticos e de indicações que podem ser codificados para fazer a entrada de dados no computador. Os outros anexos reproduzem as listas de variáveis da História do Adolescente. Finalmente estão disponíveis as curvas de crescimento como referência para determinar o centil de peso e de altura do adolescente durante a consulta para serem utilizadas quando não se disponha de um computador com o SIA.

2. CARACTERÍSTICAS GERAIS

2.1 Considerações gerais

A História do Adolescente (HdA-Principal e HdA-Evolução) e os Programas de computação compõem o Sistema Informático do Adolescente (SIA). Para utilizar seu potencial plenamente, vários elementos de diferente índole devem ser considerados, desde os aspectos logísticos e de organização até a formação da equipe multidisciplinar passando pelo computador e pela impressão de formulários.

A História do Adolescente foi projetada para facilitar a atenção de saúde integral no período compreendido entre os 10 e os 20 anos de idade. Nela está incluído um sistema de alerta e a possibilidade de transferir seu conteúdo ao computador sem utilizar formulários intermediários de codificação.

2.2 A história do adolescente

Os dados fundamentais para a atenção e o acompanhamento dos adolescente foram condensados em quatro páginas tamanho carta (27,5 cm de altura por 21,5 cm de largura), que é proposto como o *registro institucional básico* da atenção do adolescente. Para aqueles casos que demandem mais informação, esta história pode ser complementada com os formulários habituais da história clínica de cada instituição. Por exemplo, História Clínica Perinatal base no caso de uma adolescente mulher, folha de relatório psicológico, psico-pedagógico, social, cirúrgica, de consultas externas, exames radiológicos ou de laboratórios, etc.

As duas primeiras páginas (Figura 1A e 1B) correspondem a **Consulta Principal** e devem ser utilizadas para o registro de dados sobre o motivo da demanda do adolescente e de seu acompanhante, determinados antecedentes pessoais, antecedentes familiares, características da família, da habitação, educação, trabalho, vida social, hábitos, antecedentes gineco-urológicos, sexualidade, situação psico-emocional, exame físico e os resultados das avaliações do estado de saúde, concluindo com a impressão diagnóstica e indicações e consultas externas.

As últimas duas páginas correspondem às **Consultas de Evolução** do adolescente (Figuras 2A e 2B) e incluem as curvas de Peso e Altura.

O formulário está constituído por perguntas, a maioria do tipo fechada, cujas respostas facilitam o registo uniforme dos dados de diferentes realidades locais. Apresenta também alguns espaços abertos para registar as observações, mudanças relevantes, impressão diagnóstica, indicações e consultas externas.

A Consulta Principal (Figura 1) está dividida em 16 módulos: IDENTIFICAÇÃO DO ADOLESCENTE, DEFINIÇÃO DA CONSULTA, ANTECEDENTES FAMILIARES, FAMÍLIA, HABITAÇÃO, EDUCAÇÃO, TRABALHO, VIDA SOCIAL, HÁBITOS, ANTECEDENTES GINECO-UROLÓGICOS, SEXUALIDADE, SITUAÇÃO PSICO-EMOCIONAL, EXAME FÍSICO, IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA INTEGRAL, INDICAÇÕES E CONSULTAS EXTERNAS.

O módulo *Identificação* está destinado ao registo de dados para conhecer o adolescente, localizar sua família e para recuperar a história clínica no arquivo.

Em seguida se encontra um módulo dedicado à *Consulta Principal* que habitualmente é a primeira consulta. Nesta consulta deve-se registar os motivos da consulta, tanto do adolescente como do seu acompanhante, anotando os dados que aparecem no interrogatório sobre sinais e sintomas.

No módulo *Antecedentes Pessoais* deve-se pesquisar os dados perinatais, da infância, e da etapa adolescente até o momento que possam ter alguma repercussão na sua vida atual do ponto de vista físico como também emocional e social.

Em *Antecedentes Familiares* serão anotados os antecedentes de doenças na família e outros problemas psicosociais que podem ter influência nas condições de saúde e bem estar do adolescente.

O módulo *Família* registra dados referentes a constituição e ao funcionamento desta. Inclui também dados sobre o trabalho e nível de instrução dos pais ou das pessoas que exercem a função dos pais. Este módulo é fundamental para a detecção de fatores de risco.

As características da *HABITAÇÃO* permitem avaliar condições de higiene, e indiretamente sócio-econômicas, que influem no meio familiar que envolve a vida do adolescente.

Os módulos *Educação, Trabalho, Vida Social, Hábitos, Antecedentes Gineco-Urológicos, Sexualidade e Situação Psico-emocional* detectam aspectos da vida do adolescente que ajudam no diagnóstico de patologias ou problemas que possam ou não ser a causa da primeira consulta. Facilitam a identificação de fatores de proteção que, junto com os de risco, contribuem para o planejamento de estratégias de tratamento.

O módulo *Exame Físico* permite incluir achados semiológicos que podem ou não ter relação com o motivo da consulta.

Por último os setores *Impressão diagnóstica, Indicações e Consultas externas* serão utilizados para anotar os resultados da avaliação do estado de saúde e os passos a seguir para resolver os problemas encontrados.

DOC. INT. CLAP SIA/DOIT/12/94/anv

Figura 1 a - Anverso da História do Adolescente (HdA). Este formulário contém dados constantes do adolescente (nome, data de nascimento, etc.) e dados coletados durante uma Consulta Principal.

Esta cor significa ALERTA

ESTUDA sim ☐ não ☐	NÍVEL Não escolariz ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ Univ ☐	GRAU CURSO 	ANOS APROVADOS 	PROBLEMAS NA ESCOLA não ☐ sim ☐	ANOS REPETIDOS Causa	DESERÇÃO não ☐ sim ☐ Causa	EDUCAÇÃO NÃO FORMAL Qual?
Observações:							
TRABALHA ☐ trabalha ☐ procurando 1ª vez ☐ não e não procura ☐ desocupado	IDADE INÍCIO DO TRABALHO anos	TRABALHO horas por semana	HORARIO DE TRABALHO manhã ☐ o dia todo ☐ tarde ☐ noite ☐ fim de semana ☐ n/c ☐	PAZÃO DO TRABALHO ☐ econômica ☐ autônoma ☐ porque gosta ☐ outra ☐ n/c	TRABALHO LEGALIZADO sim ☐ não ☐ n/c ☐	TRABALHO INSALUBRE sim ☐ não ☐ n/c ☐	TIPO DE TRABALHO
Observações:							
ACEITAÇÃO agito ☐ ignorado ☐ rejeitado ☐ não sabe ☐	NAMORADIA sim ☐ não ☐	AMIGOS sim ☐ não ☐	ATIVIDADE DE GRUPO sim ☐ não ☐	ESPORTE horas por semana	TV horas por dia	OUTRAS ATIVIDADES sim ☐ não ☐	Qual?
Observações:							
SÔNDO NORMAL sim ☐ não ☐	ALIMENTAÇÃO ADEQUADA sim ☐ não ☐	FEIÇÕES POR DIA 	FEIÇÕES POR DIA COM A FAMÍLIA 	FUMO agritos por dia	IDADE DE INÍCIO DO FUMO anos	ALCOOL equivalente a litros de cerveja por semana	IDADE DE INÍCIO DO ALCOOL anos
Observações:							
DIÁFONIA anos meses	DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO dia mês ano	CICLOS REGULARES sim ☐ não ☐ n/c ☐	DIENORRÉIA sim ☐ não ☐ n/c ☐	FLUXO PATOLÓGICO/ SECÇÃO PENIANA sim ☐ não ☐	DOENÇA DE TRANSMISSÃO SEXUAL Qual?	GESTAÇÕES 	FILHOS
Observações:							
NECESSITA INFORMAÇÃO sim ☐ não ☐	RELACIONOS SEXUAIS hetero ☐ homos ☐ ambos ☐	COMPANHEIRO(A) companionheiro único ☐ vários companheiros ☐ n/c ☐	IDADE INÍCIO REL. SEX. anos	PROBLEMAS NAS REL. SEX. sim ☐ não ☐ n/c ☐	CONTRAÇÃO sempre ☐ às vezes ☐ nunca ☐ n/c ☐	PRESERVATIVO sempre ☐ às vezes ☐ nunca ☐ n/c ☐	ABUSO SEXUAL sim ☐ não ☐
Observações:							
IMAGEM CORPORAL ☐ conforme ☐ cria preocupação ☐ impede relação com os demais	ALTO-REPERÇÃO ☐ alto ☐ médio ☐ baixo	ADULTO DE REFERÊNCIA ☐ pai ☐ mãe ☐ outro fam. ☐ fora da casa ☐ nenhum	PROJETO DE VIDA ☐ confuso ☐ claro ☐ ausente				
Observações:							
ASPECTO GERAL normal ☐ anormal ☐	PESO (kg) 	Centil percentil 	Centil percentil altura 	PELE E ANEXOS normal ☐ anormal ☐	CABEÇA normal ☐ anormal ☐	ACUIDADE VISUAL normal ☐ anormal ☐	ACUIDADE AUDITIVA normal ☐ anormal ☐
BOCA E DENTES normal ☐ anormal ☐	PESCOÇO E TÍRÓIDES normal ☐ anormal ☐	TOPO E MAMAS normal ☐ anormal ☐	CARDIO-VASCULAR normal ☐ anormal ☐	HESSÃO ARTERIAL normal ☐ anormal ☐	ADONEN normal ☐ anormal ☐	GENITO-URINÁRIO normal ☐ anormal ☐	TANIER membr. ☐ pêlos pub. ☐ genitais ☐
VOLUME TESTICULAR Dire cm³ Esq	COLUNA normal ☐ anormal ☐	EXTREMIDADES normal ☐ anormal ☐	NEUROLÓGICO normal ☐ anormal ☐				
Observações:							
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA INTEGRAL							
INDICAÇÕES E CONSULTAS EXTERNAS							
Responsável							
Data da próxima visita							

Figura 1 b - Reverso da História do Adolescente (HdA). Aqui serão registrados os dados que completam os da Consulta Principal iniciada no anverso. Foram colocados quadrículas amarelas que indicam possíveis situações de maior risco.

CLAP OPÇÕES HISTÓRIA DO ADOLESCENTE EVOLUÇÃO										INSTITUIÇÃO		H.C. Nº	
EVOLUÇÃO Nº		IDADE		ACOMPANHANTE				ESTADO CIVIL		DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO			
DATA		anos meses		sozinho ☐ mãe ☐ pai ☐ ambos ☐ companheiro ☐ amigo/a ☐ parente ☐ outros ☐				solteiro ☐ unido estável ☐ separado ☐		☐ Não conhece ☐ não corresponde. dia mês ano			
PESO (Kg)	Centil peso/idade	ALTURA (cm)	Centil altura/idade	Centil peso/altura	PRESSÃO ARTERIAL mmHg	FREQUÊNCIA CARDÍACA	TANNER	mamas pub.	genitais	VOLUME TESTICULAR	Est		
Motivos de consulta segundo o adolescente:				Motivos de consulta segundo o acompanhante:									
1				1									
2				2									
3				3									
MUDANÇAS IMPORTANTES/OBSERVAÇÕES													
DIAGNÓSTICO INTEGRAL													
INDICAÇÕES E CONSULTAS EXTERNAS													
Responsável										Data próxima visita			
										dia mês ano			

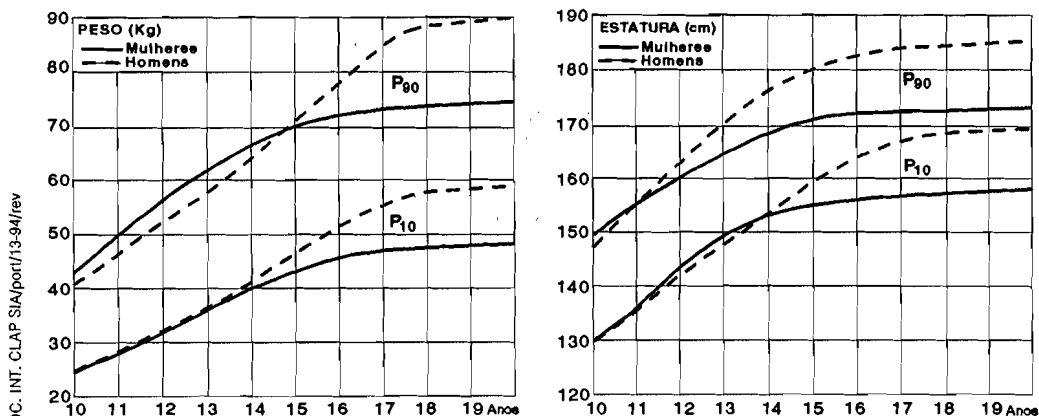
EVOLUÇÃO Nº										INSTITUIÇÃO		H.C. Nº	
EVOLUÇÃO Nº		IDADE		ACOMPANHANTE				ESTADO CIVIL		DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO			
DATA		anos meses		sozinho ☐ mãe ☐ pai ☐ ambos ☐ companheiro ☐ amigo/a ☐ parente ☐ outros ☐				solteiro ☐ unido estável ☐ separado ☐		☐ Não conhece ☐ não corresponde. dia mês ano			
PESO (Kg)	Centil peso/idade	ALTURA (cm)	Centil altura/idade	Centil peso/altura	PRESSÃO ARTERIAL mmHg	FREQUÊNCIA CARDÍACA	TANNER	mamas pub.	genitais	VOLUME TESTICULAR	Est		
Motivos de consulta segundo o adolescente:				Motivos de consulta segundo o acompanhante:									
1				1									
2				2									
3				3									
MUDANÇAS IMPORTANTES/OBSERVAÇÕES													
DIAGNÓSTICO INTEGRAL													
INDICAÇÕES E CONSULTAS EXTERNAS													
Responsável										Data próxima visita			
										dia mês ano			

EVOLUÇÃO Nº										INSTITUIÇÃO		H.C. Nº	
EVOLUÇÃO Nº		IDADE		ACOMPANHANTE				ESTADO CIVIL		DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO			
DATA		anos meses		sozinho ☐ mãe ☐ pai ☐ ambos ☐ companheiro ☐ amigo/a ☐ parente ☐ outros ☐				solteiro ☐ unido estável ☐ separado ☐		☐ Não conhece ☐ não corresponde. dia mês ano			
PESO (Kg)	Centil peso/idade	ALTURA (cm)	Centil altura/idade	Centil peso/altura	PRESSÃO ARTERIAL mmHg	FREQUÊNCIA CARDÍACA	TANNER	mamas pub.	genitais	VOLUME TESTICULAR	Est		
Motivos de consulta segundo o adolescente:				Motivos de consulta segundo o acompanhante:									
1				1									
2				2									
3				3									
MUDANÇAS IMPORTANTES/OBSERVAÇÕES													
DIAGNÓSTICO INTEGRAL													
INDICAÇÕES E CONSULTAS EXTERNAS													
Responsável										Data próxima visita			
										dia mês ano			

Figura 2 a - Anverso do formulário de Evolução. Aqui a equipe de saúde encontra espaço para registrar os dados de 5 visitas ou entrevistas breves (3 no anverso e 2 no reverso).

CLAP - UNIMY HISTÓRIA DO ADOLESCENTE - EVOLUÇÃO										INSTITUIÇÃO				HC. Nº			
EVOLUÇÃO Nº			IDADE		ACOMPANHANTE				ESTADO CIVIL		DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO						
DATA: dia, mês, ano			anos, meses		sozinho ☐ mãe ☐ pai ☐ ambos ☐ companheiro ☐ amiga ☐ parente ☐ outros ☐				solteiro ☐ união estável ☐ separado ☐		☐ Não conhece ☐ Não corresponde. dia, mês, ano						
PESO (Kg)	Centil peso/idade	ALTURA (cm)	Centil altura/idade	Centil peso/altura	PRESSÃO ARTERIAL mmHg	FREQUÊNCIA CARDÍACA batimentos/min	TANNER	mamas pub.	genitais	VOLUME TESTICULAR cm³	Est.						
Motivos de consulta segundo o adolescente:					Motivos de consulta segundo o acompanhante:												
1					1												
2					2												
3					3												
MUDANÇAS IMPORTANTES/OBSERVAÇÕES																	
DIAGNÓSTICO INTEGRAL																	
INDICAÇÕES E CONSULTAS EXTERNAS																	
Responsável										Data próxima visita: dia, mês, ano							

CLAP - UNIMY HISTÓRIA DO ADOLESCENTE - EVOLUÇÃO										INSTITUIÇÃO				HC. Nº			
EVOLUÇÃO Nº			IDADE		ACOMPANHANTE				ESTADO CIVIL		DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO						
DATA: dia, mês, ano			anos, meses		sozinho ☐ mãe ☐ pai ☐ ambos ☐ companheiro ☐ amiga ☐ parente ☐ outros ☐				solteiro ☐ união estável ☐ separado ☐		☐ Não conhece ☐ Não corresponde. dia, mês, ano						
PESO (Kg)	Centil peso/idade	ALTURA (cm)	Centil altura/idade	Centil peso/altura	PRESSÃO ARTERIAL mmHg	FREQUÊNCIA CARDÍACA batimentos/min	TANNER	mamas pub.	genitais	VOLUME TESTICULAR cm³	Est.						
Motivos de consulta segundo o adolescente:					Motivos de consulta segundo o acompanhante:												
1					1												
2					2												
3					3												
MUDANÇAS IMPORTANTES/OBSERVAÇÕES																	
DIAGNÓSTICO INTEGRAL																	
INDICAÇÕES E CONSULTAS EXTERNAS																	
Responsável										Data próxima visita: dia, mês, ano							



Curvas obtidas do "Manual de Medicina de la Adolescência" da OPS. Série PALTEX Nº 20, Washington, D.C., USA. 1982. Para 18 a 20 anos foi feita uma extrapolação.

Figura 2 b - Reverso do Formulário de Evolução. Observar os gráficos de peso e altura para marcar com pontos ou cruzeiros a evolução do adolescente.

A **Consulta de Evolução** (Figura 2) contém 5 módulos que podem ser utilizados para descrever a evolução da doença que motivou a consulta ou para anotar achados de consultas posteriores. Seu objetivo principal é oferecer um resumo da informação referente ao crescimento e desenvolvimento do adolescente, atualizando os dados sobre condições físicas e psico-sociais para que se possa avaliar mudanças relevantes relativas a consultas anteriores. Facilita a detecção de novas patologias ou problemas e o acompanhamento das realizações do adolescente. Fornece ademais o registro da frequência dos contatos do adolescente com o serviço de saúde.

Nesta folha também estão incluídas as *Curvas de Peso e Altura* que permitem construir um gráfico da evolução do crescimento. Traçando a curva de peso e altura é possível observar a distância relativa dos centis 10 e 90 e estimar os centis. Para obter maior precisão é possível consultar as curvas detalhadas que estão reproduzidas no anexo. O programa permite gerar, com os dados entrados, tabelas e curvas a partir dos dados da população de adolescentes atendidos. Para realizá-las é necessário contar com um número elevado de medidas obtidas em adolescentes sem patologias.

2.3 Sistema de alerta

Visando chamar a atenção sobre fatores ou situações de risco foram colocadas algumas quadrículas amarelas. Quando uma delas for marcada com um (x) deve-se especificar em *Observações*. A presença de fatores de risco levará a avaliação de estratégias de tratamento ou a referência do adolescente segundo as normas específicas do serviço de saúde e às necessidades de saúde desse adolescente.

2.4 Processamento local de dados

O objetivo principal do processamento de dados é melhorar a atenção através do conhecimento da realidade assistencial e dos resultados obtidos. Os dados da HdA podem ser processados de duas maneiras, com consequências diferentes sobre a assistência oferecida.

O CLAP recomenda o processamento de dados no lugar onde se dá a prestação de serviço de saúde. Os dados são entrados no computador diariamente pelo pessoal de saúde no lugar onde se presta a assistência. O processamento e a análise de dados também é feita na própria instituição utilizando os programas do SIA. Desta forma o pessoal de saúde conta com a informação no momento que esta é necessária para facilitar a assistência e ajudar a tomada de decisões.

No entanto, naqueles casos nos quais o processamento intra-muros não for possível, existe a possibilidade de que este possa ser feito fora do local da assistência, através do envio diário de uma cópia dos formulários HdA preenchidos no dia ao local onde se trabalha com computador.

2.5 Equipamento de computação

Escolheu-se o computador pessoal PC e todos os equipamentos compatíveis que devem trabalhar com sistema operativo D.O.S. versão 3.30 ou posteriores.

Recomenda-se a impressão dos documentos obtidos como saídas dos programas; deve-se escolher uma impressora forte e de fácil manutenção. Para completar o material

necessário se necessita papel e fitas ou tinta para a impressora e também um número adequado de disquetes.

Quando for possível trabalhar em rede pode-se executar os programas simultaneamente em diferentes terminais com acesso aos mesmos dados.

2.6 Organização da coleta de dados

A organização da coleta de dados é feita pelo estabelecimento de uma rotina para o manejo das histórias nos locais de consulta integral do adolescente.

Depois que a consulta foi feita e antes de arquivar a história, os dados coletados devem ser entrados no computador sem demora. A situação ideal seria fazer a entrada dos dados no mesmo dia. Dessa forma é possível ter informação recente e completa sobre a população atendida em qualquer momento que for necessário. O atraso na entrada de dados faz com que com o passar do tempo se entre informação com valor cada vez menor e perde-se a possibilidade de corrigir erros e incoerências.

Recomenda-se adotar a seguinte rotina para entrar e controlar a qualidade dos dados:

1. Entrada dos dados no mesmo dia da consulta principal ou por evolução.
2. No final de cada sessão de entrada de histórias, executar **DETECÇÃO DE INCOERÊNCIAS** para as histórias entradas. Utilizando as mensagens de incoerência e as advertências, fazer a correção da informação entrada ou obter a informação que falta. Imprimir os **RESUMOS DE HISTÓRIA** dos adolescentes consultados.
3. Depois de corrigir os dados, no fim do dia, fazer o back up de todo o arquivo em disquete. Recomenda-se o uso de disquetes alternados: um dia disquete A, B no dia seguinte.
4. Interessar-se pelos adolescentes que durante um período prolongado não tenham sido atendidos utilizando a variável **DATA PRÓXIMA VISITA**.
5. Executar mensalmente o **CONTROLE DE PREENCHIMENTO** e **ESTATÍSTICA BÁSICA** para distribuir para o pessoal clínico. Estes documentos podem ser complementados com outras saídas diferentes que interessem a equipe de saúde obedecendo a decisões do nível local.

A tarefa de organização e supervisão do preenchimento das histórias e da coleta e entrada de dados pode ser dada a uma «comissão de revisão de histórias clínicas». Do ponto de vista do processamento de dados a comissão de revisão deve examinar as HdA, uma por uma, antes de que sejam entradas ao computador e arquivadas. A comissão deve, visando cumprir os objetivos do SIA, verificar que as histórias estejam completamente preenchidas e que reflitam a realidade da atenção dos adolescentes. Quando a comissão detecte a falta de preenchimento de dados fundamentais (datas, IDADE, patologias, PESO, ALTURA, entre outros) deve entrar em contacto com o responsável para que corrija sua omissão. A comissão de revisão de histórias deve rever os documentos **CONTROLE DE PREENCHIMENTO** e **DETECÇÃO DE INCOERÊNCIAS** para fazer o controle de qualidade da informação coletada. Quando houver falhas na documentação

a comissão deve promover reuniões com a equipe de saúde de todos os turnos e especialidades para ressaltar a necessidade de ter toda a informação para que se possa obter estatísticas locais reais.

O pessoal que trabalha com o SIA no nível de concentração de dados provenientes de diferentes instituições de uma região (Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde, etc.) deve contar com conhecimentos de estatística, epidemiologia, planejamento de saúde e utilização de computadores.

Em resumo, a adoção do SIA não implica de maneira geral, a nível local, na necessidade de contratar pessoal adicional: o trabalho de registro das ações de saúde é unificado pela introdução de formulários e de computadores.

2.7 Os programas estatísticos

Os programas do SIA são procedimentos de análise estatístico aos quais se chega através de um menu. Movendo o cursor o operador escolhe um programa como **CONTROLE DE PREENCHIMENTO** ou **ESTATÍSTICA BÁSICA**. Cada programa realiza um processamento especial de complexidade crescente para responder a diferentes necessidades desde a administração de serviços de saúde até a pesquisa de fatores de risco e associações entre variáveis. A figura 3 mostra o menu do SIA.

CLAP OPAS/OMS

SISTEMA INFORMÁTICO DO ADOLESCENTE
Nome da Instituição Usuária - Cidade - PAIS

21 jun 95

ADGENER.DBF
ADPRINC.DBF
ADVOLU.DBF

N = 92	14 jan 80 - 13 mar 84
N = 99	4 jan 94 - 10 out 94
N = 189	4 jan 94 - 10 out 94

Acesso a uma história
Descrição de uma variável
Evolução de uma variável
Distribuição de uma variável
Cruzamento de duas variáveis
Estimativa de risco
Acesso a várias histórias
Análise de textos
Cópia de arquivos
Ver normas e padrões

Controle de preenchimento
Detecção de incoerências
Estatísticas básicas
Estado nutricional
Formulários complementares
Operações pouco frequentes

Selecione um programa e confirme com <ENTER>

<ESC> Sist.operativo F1 Ajuda F2 Base dados F3 Hospital F4 Ver dados

Figura 3 Menu do SIA. Aqui se escolhe um programa como por exemplo **ACESSO A UMA HISTÓRIA** para entrar ou consultar dados.

Todos os programas contém explicações na tela para orientar o operador. Além disso, a tecla F1 apresenta explicações sobre o programa em particular ou sobre o documento estatístico obtido.

Os resultados dos programas podem ser identificados com o nome da instituição; o operador pode modificá-lo facilmente. O arquivo CENTRO.DAD contém essa identificação sob a forma de uma linha de até 70 caracteres. Um arquivo CENTRO.DAD seria por exemplo:

Nome da instituição usuária-Cidade-PAIS

Hospital Dom Pedro II-Avelino Lopes-BRASIL

Os disquetes entregues pelo CLAP apresentam a seguinte identificação:

Centro Latino Americano de Perinatologia CLAP OPS/OMS

Os programas do SIA podem ser obtidos por qualquer instituição de saúde da América Latina que solicite às autoridades sanitárias nacionais ou à Representação da OPS/OMS.

2.8 Compatibilidade com EPI-INFO

Este sistema inclui a possibilidade de processar os dados com EPI-INFO, um programa de cálculos estatísticos de uso geral. O EPI-INFO foi desenvolvido e é distribuído pelo CDC, um centro colaborador da OMS em Atlanta, Georgia, nos Estados Unidos. Para utilizar o EPI-INFO é necessário ter sido treinado no seu uso e nos procedimentos estatísticos que são responsabilidade do usuário.

No menú de operações pouco frequentes (Figura 20) existe a opção de traduzir as bases de dados a arquivos no formato EPI-INFO. Nesses arquivos estão os nomes das variáveis no idioma do SIA (português, espanhol ou inglês), seus tipos e valores limites para que os programas do EPI-INFO possam ser executados. A tradução das bases de dados, que são do tipo *.DBF a arquivos do EPI-INFO a partir dos programas do EPI-INFO também é possível, mas neste caso as variáveis tomam nomes genéricos (VAR001, VAR0002, etc) e não se pode aproveitar a informação sobre o TIPO das variáveis do SIA (se são datas, textos ou números).

Antes de fazer a conversão dos dados do SIA a EPI-INFO recomenda-se explorar detalhadamente as possibilidades dos diferentes programas do SIA que foram projetados para permitir uma análise completa e imediata da consulta de adolescentes.

3. PREENCHIMENTO DA CONSULTA PRINCIPAL

3.1 Considerações gerais

Deve-se começar um formulário da Consulta Principal da História do Adolescente no momento em que o adolescente é atendido pela primeira vez em uma instituição de saúde, seja ela dependente do setor Saúde, Educação, Previdência Social ou outro, tanto em uma consulta externa como em uma internação. La HdA não deve ser utilizada na assistência de serviços de urgência ou pronto-socorro e requer 45 minutos para sua aplicação correta.

A história clínica ressalta os progressos que um adolescente realiza e seu estilo de vida. É um instrumento confidencial entre o adolescente e a equipe de saúde que deverá tomar todas as providências para garantir a privacidade dos dados. Foi projetada para ser aplicada nos diferentes níveis de atenção tanto pelo clínico geral e enfermagem do nível primário como também pelos outros integrantes de uma equipe de maior complexidade. Nesses casos será preenchida por todos os profissionais ou agentes de saúde que participem: médicos, psicólogos, pedagogos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, enfermeiras, etc aproveitando a interrelação das diferentes disciplinas segundo as normas de cada serviço.

A História do Adolescente não é um questionário que possa ser autoadministrado. Para que seja útil à consulta clínica, o profissional deve elaborar perguntas de exploração em uma entrevista cordial, que respeite o relato espontâneo do adolescente e seus tempos. Muitos itens devem ser respondidos marcando um (X) nas quadrículas correspondentes, outros com números arábicos em retângulos que contém uma quadrícula para cada dígito. Também estão disponíveis espaços em branco para registrar dados qualitativos ou percepções do adolescente sobre si mesmo ou sobre sua relação com os demais.

Não é aconselhável completar o formulário da história clínica em uma única consulta. Deve-se priorizar sempre a qualidade da relação que se estabelece com o adolescente para atender a sua demanda, verbalizada ou latente, respeitando sua privacidade e avaliando a oportunidade para solicitar a informação. De maneira geral a consulta principal

coincide com a primeira que o adolescente realiza no lugar de atenção sempre que não tenha sido atendido anteriormente por uma emergência.

Pode-se iniciar um novo formulário de *Consulta Principal* (Consulta Principal nº 2) usando o mesmo número da história clínica, quando o tempo entre a consulta anterior e a atual for muito longo, quando forem observadas mudanças radicais na vida familiar ou pessoal do jovem, ou quando o aparecimento de um problema ou uma patologia nova justifique. Aconselha-se começar um novo formulário de *Consulta Principal* cada dois anos, pois é de se esperar que na vida de um adolescente aconteçam mudanças significativas.

O formulário da consulta principal contém os seguintes módulos:

IDENTIFICAÇÃO DO ADOLESCENTE	VIDA SOCIAL
DEFINIÇÃO DA CONSULTA	HÁBITOS
ANTECEDENTES PESSOAIS	ANTECEDENTES GINECO-UROLÓGICOS
ANTECEDENTES FAMILIARES	SEXUALIDADE
FAMÍLIA	SITUAÇÃO PSICOEMOCIONAL
HABITAÇÃO	EXAME FÍSICO
EDUCAÇÃO	IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA INTEGRAL
TRABALHO	INDICAÇÕES E CONSULTAS EXTERNAS

3.2 Identificação do adolescente

Os dados deste módulo são importantes para localizar o adolescente e recuperar sua história no arquivo. Os nomes e os sobrenomes devem ser copiados fielmente com letra de forma, e devem ser perfeitamente legíveis. Qualquer alteração nos mesmos pode dificultar a localização da história quando esta for necessária.

Instituição: Anotar o código correspondente a instituição. Aceita até 7 dígitos. O objetivo deste dado é identificar a instituição a qual pertence a história clínica quando seu conteúdo for integrado a um banco de dados regional ou nacional.

H.C.Nº (número da História Clínica): O número da história clínica designado pela instituição de atenção ao adolescente. Aceita até 10 dígitos. Se quando se implementou a História do Adolescente já existe uma história clínica aberta na instituição, anotar o número designado anteriormente.

Nome e Sobrenome: O(s) nome(s) e sobrenome(s) completo(s) do adolescente como aparece na certidão de nascimento ou carteira de identidade, escritos com letra de forma.

Endereço: O habitual do adolescente. Indicar rua, número e bairro; se não é possível identificar o domicílio com estes dados, anotar qualquer outra referência que facilite sua localização. Por exemplo Km 102 da BR116.

Cidade/Código: Nome da cidade, vila ou povoado onde está o domicílio. Sempre que for possível usar o Código de Endereçamento Postal - CEP. Aceita até 7 dígitos.

Telefone: O do domicílio. Quando não houver anotar o número de um telefone que a instituição possa usar para comunicar-se com o adolescente ou com sua família. Marcar

na quadrícula correspondente se o telefone é do domicílio ou é de um lugar onde se possa deixar recados.

Lugar de nascimento: Nome da cidade, vila ou povoado onde nasceu, sem esquecer de registrar o país de nascimento quando este não for o mesmo que o do lugar de atenção.

Data de nascimento: Dia, mês e os dois últimos dígitos do ano do nascimento do adolescente. Os números de um dígito devem ser completados com zeros à esquerda. Por exemplo 17/07/80.

Sexo: O que corresponde.

Exemplos para o preenchimento do módulo Identificação.

CLAP-GPS/OMS HISTÓRIA DO ADOLESCENTE		INSTITUIÇÃO		HC Nº							
NOME E SOBRENOME JORGE S		233		10355							
ENDEREÇO Rua Juazeiro 183				DATA DE NASCIMENTO							
CIDADE Belo Horizonte		Código	TEL: 902 0121	<table border="1"> <tr> <th>dia</th> <th>mês</th> <th>ano</th> </tr> <tr> <td>10</td> <td>04</td> <td>80</td> </tr> </table>		dia	mês	ano	10	04	80
dia	mês	ano									
10	04	80									
LUGAR DE NASCIMENTO Bom Jardim - Acre		casa ☐		recados ☒							
		SEXO ☐ f ☒ m									

3.3 Definição da consulta

Consulta Principal Nº: O que corresponda de acordo com a quantidade de formulários de consulta principal já abertos para esse adolescente.

Data: Anotar, em anos e meses completos, a idade do adolescente no momento da atenção.

Acompanhante: Marcar a quadrícula que corresponde a quem acompanha o adolescente a consulta ou se foi sozinho. Marcar somente uma alternativa. Se for necessário especificar em Observações.

Estado civil: Marcar com um (X) a quadrícula correspondente ao estado civil no momento da consulta: «solteiro», «união estável» ou «separado». A alternativa «união estável» inclui casamento.

Motivos de consulta segundo o adolescente: Anotar os problemas declarados pelo adolescente no primeiro momento da consulta, segundo a importância que este lhe dê. Deve-se anotar os três mais importantes; se existem mais de três anotar em Observações. Ao final de cada linha foram colocadas quadrículas para codificação, que aceitam códigos com até quatro dígitos.

No ANEXO foi incluída uma lista de motivos frequentes de consulta na adolescência. Se a instituição tiver interesse em processar esta informação será necessário anotar os dois primeiros dígitos da classificação de motivos de consulta. Se for necessário especificar com mais detalhes deve-se adicionar os dois dígitos seguintes, sem utilizar vírgulas, pontos ou qualquer outro sinal. Por exemplo, a uma consulta por «dor» corresponde o código 0400, porém se foi por «dor precordial» será 0406.

Motivos da consulta segundo o acompanhante: Anotar os problemas declarados pelo acompanhante no primeiro momento da consulta, segundo a importância que este lhe dê. Aqui também serão registrados os 3 motivos de maior importância. Algumas vezes os motivos de consulta do acompanhante coincidirão com os do adolescente, mas muitas vezes não. Colocar o código correspondente (ANEXO) ao final de cada item quando a instituição tiver interesse em processar esses dados. Cada código admite um número de até quatro dígitos. Os dois primeiros dígitos correspondem a classificação de grandes motivos de consulta. Se for necessário dar mais detalhes deve-se utilizar os dois dígitos seguintes, sem vírgulas, pontos ou qualquer outro sinal. Por exemplo o código 1900 corresponde a «sinais e sintomas digestivos» mas se se quiser especificar que a consulta foi feita por vômitos o código a ser utilizado será 1902.

Observações importantes: Descrever com poucas palavras o que o adolescente e/ou seu acompanhante dizem com respeito ao problema ou patologia que motivou a demanda de atenção. Deve ser feito de maneira ordenada e sequencial indicando o momento do início da sintomatologia, sua associação com outros distúrbios corporais e psíquicos, sua evolução, as consultas feitas, a medicação tomada e sua resposta. Registrar também os aspectos emocionais e sociais, individuais ou familiares que aconteceram simultaneamente com o problema referido. Em algumas oportunidades estas situações são relatadas espontaneamente; outras vezes é necessário pesquisá-las. Às vezes são detectadas como motivo de consulta latente e como a causa que provoca maior preocupação consciente ou inconscientemente.

Registrar também os dados que emergem do interrogatório por aparelhos e sistemas. Podem ou não estar relacionados com os motivos da consulta. Em seguida se apresenta um esquema sugestivo para a anamnese por aparelhos e sistemas.

Esquema exemplo para a Anamnese por Aparelhos e Sistemas

Aspecto geral: Appetite, aumento ou perda de peso, opinião sobre a evolução do peso e estatura, preocupação estética, febre, cansaço, desânimo, dores, adenomegalia, alergia, etc.

Pele e anexos: Acne, tratamentos, alergia.

Olhos: Alterações da visão, uso de óculos.

Nariz: Secreções e outras alterações.

Ouvido: Alterações da audição, infecções.

Boca e garganta: infecções, outras alterações.

Dentição: Dor, cáries, obturações, perda de dentes, consultas odontológicas.

Cardiopulmonar: Tosse, dispnéia, palpitações, etc.

Gastrointestinal: Alterações do ritmo intestinal, dor, sangramento, evacuação e suas características.

Genito-urinário: Disúria, outras características da diurese, enurese, corrimento, prurido genital, disminorréia, dispareunia, etc.

Extremidades e coluna: Deformações, dor, distúrbio da marcha, outros.

Sistema nervoso: Tonturas, desmaios, lipotimias, convulsões, distúrbios da conduta ou da aprendizagem, outros.

Determinar se está recebendo algum medicamento; especificar tipo, frequência, dose e outros dados relevantes.

Exemplo para o preenchimento desta parte da Consulta Principal:

Esta cor significa ALERTA

CONSULTA PRINCIPAL Nº 01		DATA 12/05/92		IDADE 12/01		ACOMPANHANTE		ESTADO CIVIL	
						sozinho ☐ mãe ☒ pai ☐ ambos ☐		solteiro ☒	
						companheiro ☐ amigo/a ☐ parente ☐ outros ☐		união estável ☐	
								separado ☐	
Motivos de consulta segundo adolescente:				02/01		Motivos de consulta segundo acompanhante:			
1 baixa estatura						1 transtorno de conduta 0900			
2 cefaléia				04/01		2			
3						3			
Observações importantes									
Briça com colegas, mente e não estuda. Agressivo com docu- tes e com a mãe. Cefaléia com semana, coincidente com comunicação que pode repetir a série. Cefaléia frontal opressiva que cessa com repouso. Sempre foi fisicamente pequeno.									

3.4 Antecedentes pessoais

Alguns dos módulos que aparecem em seguida serão completados com dados que surgem na entrevista com o adolescente ou com o acompanhante. No final de cada um há um espaço disponível para *Observações*. Nesse espaço deve-se especificar os problemas relacionados com o módulo e a *repercussão psicoemocional ou social* que tiveram para o adolescente.

Os *Antecedentes Pessoais* se referem a aqueles pontos importantes da vida do adoles-
cente que podem ter influência sobre sua vida atual e que podem ser considerados fatores
de risco. Quando se identificam fatores de risco é necessário reconhecer fatores ou
situações de proteção para, baseados neles, elaborar estratégias de tratamento ou a
referência específica do serviço ou programa local que poderão ser descritos no espaço
Observações.

Os dados que tenham relação com a vida íntima do adolescente deverão ser solicitados
ao adolescente quando este estiver sozinho, ou poderão ser pesquisados em entrevistas
posteriores para conseguir um clima de maior confiança, quando não estiverem relacio-
nados com a demanda atual de atenção. Existe uma opção «não sei» para quando o
adolescente não conhece o dado e nenhum parente possa dar elementos precisos. Nesse
caso convém pedir ao adolesecnte que pergunte a sua família para uma próxima
consulta.

Condições perinatais: Diz respeito as condições em se que desenvolveu a gestação e
o parto do adolescente, não somente físicas como também psicosociais. Convém pedir
estes dados aos pais se estiverem presentes a consulta. Se foram anormais, especificar
em *Observações*. Se o adolescente vai sozinho à consulta e não conhece o dado marcar a
opção «não sei» e solicitar que ele obtenha a informação para a próxima consulta.

Crescimento: Refere-se ao aumento de massa corpórea, medido geralmente em peso e altura. Se foi anormal, especificar em Observações. Se o adolescente ou os familiares não conhecem o dado marcar «não sei» e solicitar sua obtenção para a próxima consulta.

Desenvolvimento: Refere-se a diferenciação de funções que aparecem geralmente como evolução do comportamento em quatro áreas: motora, de coordenação, social e da linguagem. Se foi anormal, especificar em Observações. Se o adolescente ou o acompanhante não conhecem o dado, marcar «não sei» e solicitar que o pesquisem para uma próxima consulta.

Vacinas: Marcar se o adolescente tem o esquema de vacinação completo segundo as normais nacionais de imunização. Caso contrário marcar a quadrícula «não» e esclarecer em Observações. Se o adolescente não trouxe a caderneta de vacinação, marcar a opção não sei e pedi-la para a próxima consulta. A norma em alguns países é vacinar na segunda década de vida com a vacina dupla e a vacina anti-sarampo ou a BCG.

Doenças Crônicas: Registrar as doenças orgânicas incluindo as neurológicas, as de curso prolongado, permanente ou residual, muitas vezes, não reversível, que tenham demandado ou demandem um longo período de vigilância médica. Estão excluídas as doenças mentais que devem ser registradas em Transtornos psicológicos. Especificar em Observações no caso de detecção. Se o adolescente ou o acompanhante não conhecem o dado, marcar «não sei» e pedir que investiguem na família para a próxima consulta.

Doenças Infectocontagiosas: Refere-se a doenças transmissíveis causadas por agentes microbianos, de evolução aguda e adquiridas por contacto direto com o doente ou portador, ou indirecto. Muitas delas são preveníveis através de vacinação ou de medidas higiênicas adequadas. Se teve alguma, especificar em Observações. Se o adolescente ou familiares que o acompanham ignoram o dado, marcar a opção «não sei» e pedir que se informem com a família para a próxima consulta.

Acidentes/Intoxicação: Acontecimentos ou ações involuntárias, que produziram dano ou intoxicações, sofridas pelo adolescente na infância ou no período transcorrido de sua adolescência. Se a resposta for positiva, especificar em Observações. Se o adolescente ou os familiares que o acompanham ignoram o dado, marcar a opção «não sei» e pedir que se informem com a família para a próxima consulta.

Cirurgia/Hospitalização: Pesquisar sobre qualquer ato cirúrgico ou internação do adolescente na infância ou no período transcorrido da adolescência. Se a resposta for positiva, especificar em Observações. Se o adolescente ou os familiares que o acompanham ignoram o dado, marcar a opção «não sei» e pedir que se informem com a família para a próxima consulta.

Uso de Medicamentos ou Substâncias: Diz respeito ao uso habitual ou prolongado de qualquer substância, medicamentosa ou não, com ou sem indicação médica, incluindo ervas, fibras ou drogas. Se a resposta for positiva, especificar em Observações. Se o dado for desconhecido, marcar «não sei» e solicitar ao adolescente que pergunte a sua família para a próxima consulta.

Transtornos Psicológicos: Síndromes psicológicas ou de conduta que estejam associados a deterioração da atividade social e do pensamento, produzindo algum grau de incapacidade. Neste ítem estão incluídas as tentativas de suicídio; assim estão

consideradas também as condutas **auto-agressivas** com intenção de eliminação durante a infância ou período vivido da adolescência. Este dado às vezes aparece espontaneamente na consulta quando se pergunta por problemas psicológicos ou de conduta; se não for assim deve-se procurar um momento oportuno, perguntado diretamente: «Alguma vez você quis ou tentou matar-se?» As ideias de morte como «queria morrer» ou «gostaria de ter uma doença grave» não devem ser consideradas como tentativa de suicídio, mas devem ser registradas em *Observações* se se repetem. Também devem ser registrados em *Observações* todos os transtornos psicológicos declarados.

Qualquer ação prejudicial ou agressão por outra pessoa, voluntária, física ou emocional, deve ser registrada com exceção do abuso sexual que será considerado em *Sexualidade*. Neste ítem devem ser incluídos o abandono, isto é, situações nas quais um ou ambos genitores deixaram a criança sem proteção, alimento ou abrigo, incluindo o abandono afetivo. Se a resposta for positiva especificar em *Observações*.

A opção «não sei» deve ser assinalada quando o adolescente ou seus familiares não conheçam o dado. Quando for assim deve-se solicitar sua pesquisa para a próxima consulta. Em algumas ocasiões esta informação será uma achado da anamnese geral ou uma suspeita em um exame físico compatível. Outras vezes será uma inferência diagnóstica que pode aparecer ou não nas primeiras consultas. Neste último caso deve-se registrar em *Observações* e incluir em *Impressão Diagnóstica Integral*.

Judiciais: Refere-se a antecedentes de infrações a leis ou normas instituídas que levaram a uma ação legal ou sanção durante a infância ou adolescência transcurrida. Em caso afirmativo, especificar em *Observações*. Convém não solicitar este dado no primeira consulta a não ser que na anamnese apareça uma suspeita. A opção «não sei» deve ser utilizada quando o adolescente ou sua família não conheçam o dado. Nesse caso pedir que perguntem a família para a próxima consulta.

Outros: Se a critério da pessoa que realizou a história clínica exista outro antecedente pessoal que deva ser mencionado, marcar «sim» e especificar em *Observações*.

Exemplo do preenchimento do módulo Antecedentes Pessoais:

ANTECEDENTES PESSOAIS			VAÇINAS COMPLETAS	DOENÇAS CRÔNICAS	DOENÇAS INFECTO CONTAGIOSAS	ACIDENTES INTOXICAÇÃO	CIRURGIA HOSPITALIZAÇ.	USO DE MEDICAMENTOS OU SUBSTÂNCIAS	TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS	MALTRATO	JUDICIAIS	OUTROS
PERINATAIS normais	CRESCIMENTO normal	DESENVOLVIMENTO normal	sim não	não sim	não sim	não sim	não sim	não sim	não sim	não sim	não sim	não sim
sim ☐ não ☒	sim ☐ não ☒	sim ☐ não ☒	sim ☒ não ☐	não ☐ sim ☐	não ☐ sim ☒	não ☒ sim ☐	não ☐ sim ☒	não ☐ sim ☐	não ☐ sim ☒	não ☐ sim ☒	não ☒ sim ☐	não ☐ sim ☒
Observações												
Ponto em pérvica. Peso ao nascer 2,900kg. Catapora. Sempre inquieto, distraído e agressivo. Entre os 5 e os 8 anos morou com avó batina												

3.5 Antecedentes familiares

Este módulo pode ser preenchido por anamnese com o adolescente ou o acompanhante. Se o adolescente foi sozinho a consulta e não conhece o dado, deve-se marcar a opção «não sei» e pedir-lhe que pergunte a família para uma próxima consulta. Deve-se interrogar

sobre antecedentes patológicos (dos pais, avós, irmãos, tios, primos e filhos) sobre;

Diabetes

Obesidade

Doenças cardiovasculares (incluindo Hipertensão arterial)

Alergia

Infecções (entre elas Tuberculose e Infecção por VIH)

Consumo excessivo de álcool ou uso de drogas

Transtornos psicológicos

Violência intrafamiliar

Filho de mãe adolescente

Antecedentes judiciais

Se a critério do profissional que atende ao adolescente existam outros antecedentes importantes, marcar um (X) em Outros. O espaço de *Observações* será utilizado para especificar o que foi indicado e para registrar a repercussão psicosocial que estes antecedentes familiares tiveram sobre o adolescente em consulta.

Exemplo do preenchimento do módulo Antecedentes familiares:

DIABETES		OBESIDADE		CARDIOVASC. (HTA, cardiopatia, etc.)		ALERGIA		INFECÇÕES (TBC, VIH, etc.)		TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS		ÁLCOOL DROGAS		VIOLÊNCIA INTRA-FAMILIAR		MÃE ADOLESC.		JUDICIAIS		OUTROS	
não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim
☒	☐	☐	☒	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☒	☐	☒	☐	☐	☒
Observações <i>pai e avó paternos desaj., ambos violentos. Pai alcoólito. Estatura pai 1,62m; estatura mãe 1,49m</i>																					

3.6 Família

Os dados correspondentes a este módulo podem ser obtidos no interrogatório do adolescente ou de seu acompanhante. Quando as duas respostas não forem coincidentes deve-se preferir a do adolescente.

Convive com: Marcar com um (X) as quadrículas correspondentes segundo a situação. Se mora «na casa» ou «no quarto» com a mãe, pai, madrasta, padrasto, irmãos, cônjuge do adolescente, filhos ou outras pessoas que não pertençam a sua família biológica. Nas quadrículas maiores de irmãos, filhos e outros, deve-se anotar em dígitos o número destas pessoas que convivem com o adolescente. Outra opção é que «não convive» com familiares. Nesses casos deve-se assinalar com um (X) as quadrículas «não» em «Convive com» e indicar se «vive em uma instituição», «na rua», ou «sozinho», especificando em «Observações». *Se o adolescente compartilha a cama marcar a quadrícula correspondente e especificar com quem no espaço dedicado a Observações.*

Nível de instrução dos pais: O nível mais alto atingido pelo pai ou pela mãe ou por aqueles que no momento exerçam as funções paterna e materna.

Marcar com um (X) a quadrícula correspondente a «analfabeto» (se não pode ler e escrever), «primeiro grau incompleto», «primeiro grau completo», «segundo grau comple-

to», «universitário completo». Em segundo grau serão considerados os cursos de nível médio, incluindo os cursos técnicos. Deve-se assinalar uma única alternativa para cada pessoa. Quando o segundo grau ou o curso universitário não estiverem completos, marcar o nível anterior.

Tipo de trabalho dos pais: Diz respeito ao trabalho do pai, da mãe ou daquelas pessoas que exerçam no momento da consulta as funções paterna e materna e contribua para a manutenção do adolescente. As alternativas possíveis são «nenhum trabalho», «trabalho estável», e «trabalho não estável».

Considera-se «trabalho estável» quando exista um contrato de trabalho e algum tempo de permanência no mesmo. «Trabalho não estável» se refere a trabalho não legalizado por contrato, trabalhos ocasionais ou mudanças permanentes de ocupação. Deve-se assinalar uma única alternativa para cada familiar.

Ocupação dos pais: Descrever o tipo de ocupação desenvolvida pelo pai, mãe ou substitutos. Neste espaço se registrará somente o cargo ou profissão se for a que corresponde a ocupação atual; caso contrário especificar em *Observações*.

Diagrama Familiar: O diagrama familiar permite ver facilmente a estrutura da família, seja nuclear ou qualquer outro grupo que convive que seja reconhecido pelo adolescente com sua família. Deve ser desenhado pelo entrevistador no espaço em branco.

Como convenção foram escolhidos os seguintes elementos: *um quadrado* para representar os homens e *um círculo* para as mulheres, ressaltando com uma *linha dupla* o que corresponda ao adolescente em consulta. Se é uma relação presente, os integrantes da família estarão unidos entre si por uma *linha contínua*; uma *linha cortada* se for uma relação que terminou, como um divórcio ou separação e uma *linha pontilhada* para indicar um namoro, noivado ou união com uma pessoa que não mora na mesma casa. Dentro de cada elemento ou ao lado pode-se marcar em dígitos a idade em anos de cada integrante da família. Se a pessoa estiver morta deve-se fazer um sombreado no elemento correspondente. Os abortos não devem ser anotados e poderão ser registrados em *Observações*.

Percepção familiar do adolescente: Corresponde a interpretação do adolescente dos vínculos e do funcionamento familiar. Deve-se perguntar ao adolescente como ele acha que são, na maior parte do tempo, as relações dentro de sua família, considerando como família o grupo com quem ele convive e que considera com tal. O entrevistador deverá registrar nas quadriculas somente a opinião do adolescente, considerando as relações familiares de maneira global e não por acontecimentos isolados.

Marcar somente uma alternativa com um (X) de acordo com o que o adolescente considere como são as relações em sua família se «boa», «regular» ou «má». A opção «não há relação» deve ser utilizada quando for uma família que não mantém vínculos entre si, por distância física ou emocional, ou quando não exista nenhum núcleo que o adolescente reconheça como sua família. As divergências entre a percepção do adolescente e o critério profissional devem ser registradas em *Observações* e deve ser incluída em *Impressão diagnóstica integral*.

Para avaliar o funcionamento familiar é importante analisar o grau de coesão, isto é, o vínculo emocional entre os membros da família; o grau de adaptação ou capacidade da

família de mudar suas regras de funcionamento, papéis e estrutura de poder como resposta a situações de estresse; a capacidade de solucionar problemas; a comunicação tanto afetiva como instrumental.

Exemplo para o preenchimento do módulo Família:

FAMÍLIA				NÍVEL DE INSTRUÇÃO		DIAGRAMA FAMILIAR: 13																																															
CONVIVE COM: <table border="1"> <tr> <td>mãe</td> <td>☒</td> <td>☒</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>pai</td> <td>☒</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>madrasta</td> <td>☒</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>padrasto</td> <td>☒</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>irmãos</td> <td>☒</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>companheiro(a)</td> <td>☒</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>filho</td> <td>☒</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>outros</td> <td>☒</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>				mãe	☒		☒	☐	pai	☒	☐	☐	madrasta	☒	☐	☐	padrasto	☒	☐	☐	irmãos	☒	☐	☐	companheiro(a)	☒	☐	☐	filho	☒	☐	☐	outros	☒	☐	☐	Pai ou substituto: <table border="1"> <tr> <td>☐</td> <td>analfabeto</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☒</td> <td>1º grau incomp.</td> <td>☒</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>1º grau</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>2º grau/técnico</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>universitário</td> <td>☐</td> </tr> </table>		☐	analfabeto	☐	☒	1º grau incomp.	☒	☐	1º grau	☐	☐	2º grau/técnico	☐	☐	universitário	☐
mãe	☒	☒	☐																																																		
pai	☒	☐	☐																																																		
madrasta	☒	☐	☐																																																		
padrasto	☒	☐	☐																																																		
irmãos	☒	☐	☐																																																		
companheiro(a)	☒	☐	☐																																																		
filho	☒	☐	☐																																																		
outros	☒	☐	☐																																																		
☐	analfabeto	☐																																																			
☒	1º grau incomp.	☒																																																			
☐	1º grau	☐																																																			
☐	2º grau/técnico	☐																																																			
☐	universitário	☐																																																			
VIVE: <table border="1"> <tr> <td>em instituição</td> <td>☒</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>na rua</td> <td>☒</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>sozinho</td> <td>☒</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>COMPARTILHA A CASA</td> <td>☒</td> <td>☐</td> </tr> </table>				em instituição	☒	☐	na rua	☒	☐	sozinho	☒	☐	COMPARTILHA A CASA	☒	☐	Mãe ou substituta: <table border="1"> <tr> <td>☐</td> <td>nenhum</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>não estável</td> <td>☒</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>estável</td> <td>☐</td> </tr> </table>		☐	nenhum	☐	☐	não estável	☒	☐	estável	☐																											
em instituição	☒	☐																																																			
na rua	☒	☐																																																			
sozinho	☒	☐																																																			
COMPARTILHA A CASA	☒	☐																																																			
☐	nenhum	☐																																																			
☐	não estável	☒																																																			
☐	estável	☐																																																			
TIPO DE TRABALHO: <table border="1"> <tr> <td>Pai ou substituto</td> <td>Mãe ou substituta</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☒</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>				Pai ou substituto	Mãe ou substituta	☐	☐	☐	☒	☐	☐	OCUPAÇÃO: <table border="1"> <tr> <td>☒</td> <td>limpa escritórios</td> </tr> <tr> <td>☒</td> <td>forçador</td> </tr> </table>		☒	limpa escritórios	☒	forçador																																				
Pai ou substituto	Mãe ou substituta																																																				
☐	☐																																																				
☐	☒																																																				
☐	☐																																																				
☒	limpa escritórios																																																				
☒	forçador																																																				
PERCEPÇÃO FAMILIAR DO ADOLESCENTE: <table border="1"> <tr> <td>Bom</td> <td>Regular</td> <td>Má</td> <td>Não há relação</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☒</td> <td>☐</td> </tr> </table>				Bom	Regular	Má	Não há relação	☐	☐	☒	☐	Observações: <i>Pai mora em Pernambuco</i> <i>do pai paterno 12 filhos</i>																																									
Bom	Regular	Má	Não há relação																																																		
☐	☐	☒	☐																																																		

3.7 Habitação

Os dados relativos a habitação junto com os relativos ao trabalho e escolaridade dos pais podem servir como indicador das condições sócio-econômicas da família. A habitação deveria ter água encanada e banheiro, luz elétrica, lugar fresco para conservação dos alimentos e em cada cômodo (considerando quartos, sala de jantar e sala de visitas) não deveria haver mais de duas pessoas. Deveria contar com um lugar onde o adolescente pudesse refugiar-se e ficar sozinho se fosse necessário. No entanto existem muitas situações que não respondem a esse padrão. Nesses casos deve-se especificar em *Observações*.

Energia elétrica: marcar a quadrícula que corresponde com um (X).

Água e Dejetos: Se no domicílio houver instalações para fornecimento de água corrente ou eliminação de dejetos, marcar a quadrícula «na casa», em caso contrário «fora da casa».

Número de quartos: Escrever o número de cômodos da casa (quartos, sala de jantar e sala de visitas) da casa excluindo cozinha e banhos.

Exemplo para o preenchimento do módulo Habitação:

ENERGIA ELÉTRICA		sim ☒	não ☐
na casa:		fora da casa:	
ÁGUA	☒	☐	
DEJETOS	☐	☒	
NÚMERO DE QUARTOS		02	
Observações:			
casa precisa			
com chão de			
cimento			

3.8 Educação

Muitos dos aspectos considerados neste módulo, bem como os de *Trabalho*, *Vida Social* e *Hábitos* do adolescente, emergem espontaneamente se se pede ao adolescente que descreva um dia da semana em sua vida e como é um dia no fim de semana.

Estuda: Se no momento da consulta o adolescente frequenta alguma instituição para completar seus estudos, marcar a quadrícula «sim».

Nível: Nível de estudos atingido pelo adolescente até esse momento, mesmo que não tenha terminado o nível ou não esteja frequentando nenhuma instituição de ensino.

Marcar com um (X) somente uma quadrícula, de acordo com «Nunca foi escolarizado», frequente ou frequentou o «primeiro grau», frequente atualmente ou frequentou o «segundo grau» ou tenha estudos universitários. Como «segundo grau» se considera o nível médio de ensino incluindo cursos técnicos. «Universitário» inclui todos os cursos de nível terciário.

Grau ou curso: Aquele que o adolescente frequenta no momento da consulta. Deve-se utilizar números arábicos sem adicionar sinais ou letras, por exemplo colocar 5 e não 5º. Se nesse momento não frequenta nenhuma instituição de ensino escrever 0 (zero) embora tenha frequentado previamente.

Anos aprovados: Anotar o número de séries aprovadas no sistema formal de educação. A série que está sendo cursada ou as repetidas não devem ser incluídas ; também não serão incluídos os anos de pré-escolar ou jardim.

Problemas na escola: Aqui deve-se marcar as dificuldades de adaptação ao sistema escolar que empobrecem o rendimento ou que impeçam o adolescente de manter um nível de instrução similar a média de seus companheiros. Devem ser incluídas as dificuldades relacionadas com problemas psicológicos ou de conduta, transtornos da atenção, proble-

mas econômicos ou de trabalho, problemas de comunicação ou de relação com seus companheiros ou docentes. Marcar com um (X) a quadrícula correspondente e especificar em Observações, explicando se no momento da consulta está «em estudo». Se esta indicação é resultado da consulta deve-se registrar em Indicações e Consultas externas.

Anos repetidos: Anotar o número de vezes que o adolescente repetiu a mesma ou diferentes séries, descrever se se conhece a causa ou as matérias que apresentaram dificuldade. Se não repetiu nenhuma série marcar 0 (zero) na quadrícula correspondente.

Deserção: Marcar com um (X) se abandonou os estudos antes de completar o 2º grau e descrever, quando forem conhecidas, a causa e as matérias que apresentaram dificuldade. Se o adolescente retornou ao sistema de educação formal especificar em *Observações*.

Educação não formal: Qualquer aprendizagem ou curso extracurricular que o adolescente faça ou fez, fora do sistema formal de ensino, seja ou não reconhecido pelo Ministério da Educação. Por exemplo curso de cabelereira, corte e costura, idiomas, violão, piano etc. Marcar a quadrícula que corresponda e registrar que tipo de curso frequenta ou frequentou.

Exemplo de preenchimento do módulo Educação:

ESTUDA sim ☒ não ☐	NÍVEL Não escolariz. ☐ 1º grau ☒ 2º grau ☐ Univ. ☐	GRAU CURSO 6	ANOS APROVADOS 5	PROBLEMAS NA ESCOLA não ☐ sim ☒	ANOS REPETIDOS 4 Causa <u>conduto</u>	DESERÇÃO não ☒ sim ☐ Causa _____	EDUCAÇÃO NÃO FORMAL não ☒ sim ☐ Qual? _____ _____ _____
Observações:							

3.9 Trabalho

Atividade: Este módulo se refere ao trabalho do adolescente, isto é, qualquer atividade remunerada ou não, que ele tenha no momento da consulta e que implique em uma relação de trabalho. Se está trabalhando marcar a quadrícula «trabalha». Caso contrário deve-se escolher uma das seguintes três alternativas:

- a) que o adolescente não esteja procurando trabalho e nunca tenha trabalhado, isto é, que seja *não ativo*, marcar «não e não procura»
- b) que não trabalhe e esteja *procurando trabalho pela primeira vez*
- c) que, querendo trabalhar, esteja *desocupado* no momento da consulta. Esta alternativa deve-se ser utilizada somente para aqueles casos em que o adolescente tenha trabalhado anteriormente.

É importante pesquisar a situação e marcar somente uma alternativa.

Idade início trabalho: Marcar a idade em anos que o adolescente tinha quando começou a trabalhar, seja durante a infância ou a adolescência, mesmo que não esteja trabalhando no momento da consulta. Se nunca trabalhou marcar 0 (zero).

Trabalho - horas por semana: Marcar o número de horas de trabalho por semana. Se o adolescente não estiver trabalhando no momento da consulta marcar 0 (zero).

Horário de trabalho: Marcar com um (X) a quadrícula correspondente de acordo com o período que trabalhe «manhã», «tarde», «fim de semana», «o dia todo», ou «noite». Se o adolescente não trabalha marcar a alternativa «n/c» (não corresponde). Deve-se marcar uma só alternativa.

Razão do trabalho: Marcar as razões pelas quais o adolescente declara sua necessidade de trabalhar. Somente a opinião do adolescente deve ser considerada para marcar as quadrículas. As divergências com a opinião do entrevistador devem ser descritas em Observações e incorporada a *Impressão Diagnóstica*. Deve-se escolher uma única alternativa, a que tenha maior importância, podendo ser especificada em *Observações*. O adolescente pode trabalhar por razões «econômicas», de «autonomia», porque «gosta de trabalhar» ou pode existir outro motivo. Se o adolescente não trabalha marcar a alternativa «n/c» (não corresponde).

Trabalho legalizado: Registrar se existe um contrato de trabalho segundo a legislação trabalhista vigente. Se o adolescente não trabalha marcar a alternativa «n/c» (não corresponde).

Trabalho insalubre: Marcar se, a critério do entrevistador, e se, de acordo com a legislação vigente, a saúde física ou psicosocial do adolescente possa estar em risco devido a seu trabalho. Especificar o tipo de risco em *Observações*. Se o adolescente não trabalha marcar a alternativa «n/c» (não corresponde).

Tipo de trabalho: Decrever que tipo de trabalho realiza o adolescente, sempre que ele(a) esteja trabalhando no momento da consulta. Fazer referência a ofício ou profissão.

Exemplo do preenchimento do módulo Trabalho:

significa ALERTA

trabalho	ATIVIDADE	IDADE INÍCIO DO TRABALHO	TRABALHO	HORÁRIO DE TRABALHO		RAZÃO DO TRABALHO	TRABALHO LEGALIZADO	TRABALHO INSALUBRE	TIPO DE TRABALHO
☐ trabalha	☐ procurando 1ª vez	anos	☐ horas por semana	manhã ☐	o dia todo ☐	☐ econômica	sim ☐ não ☐ n/c ☒	não ☐ sim ☐ n/c ☒	
☒ não e não procura	☐ desocupado	☐ 0	fm de semana ☐	tarde ☐	noite ☐	☐ autonomia	☐ sim ☐ não ☒ n/c ☐	☐ sim ☐ n/c ☒	
				fm de semana ☐	n/c ☒	☐ porque gosta			
						☐ outra			
Observações:									

3.10 Vida social

Neste módulo procura-se conhecer a relação do adolescente com outros jovens, atividades realizadas geralmente fora de casa e às vezes fora da escola e normalmente em seu tempo livre.

Aceitação: O objetivo desta variável é descobrir, de maneira global, como o adolescente se integra ao meio. Deve-se perguntar-lhe se sente que no meio social em que vive (escola, trabalho, amigos) é «aceito», «ignorado», ou «rejeitado». Pedir uma avaliação integral e não considerar situações isoladas. Se o adolescente não se sente em condições de responder, marcar a alternativa «não sabe». Em *Observações* pode-se dar mais detalhes sobre as alternativas. Os dados referentes a sua relação com a família devem ser incluídos no módulo *Família*.

Namorado/a: Marcar com um (X) se no momento da consulta tem um(a) namorado(a) mesmo que não seja parceiro sexual. Se for necessário especificar em *Observações*.

Amigos: Assinalar se, no momento da consulta, o adolescente tem pessoas com quem tem amizade, sejam colegas de escola, de trabalho ou vizinhos que possa considerar como «seus amigos». Se for necessário, especificar em *Observações*.

Atividade de grupo: Refere-se a qualquer atividade social com grupo de jovens, não incluindo as da escola nem as da educação não formal.

Esporte (horas por semana): anotar o número de horas dedicadas ao esporte ou a ginástica por semana, incluindo as horas de educação física praticadas na escola.

TV (horas por dia): Considera-se a média de horas dedicadas a televisão nos dias úteis.

Outras atividades: Anotar se o adolescente realiza outras atividades que não sejam as mencionadas anteriormente, não incluindo atividades escolares, de educação não formal, e especificando o tipo de atividade. Se se observa que o maior tempo é dedicado a jogos de video ou de computadores marcar neste espaço.

Exemplo de preenchimento do módulo Vida Social:

☐ Esta cor	ACEITAÇÃO aceita ☐ ignorado ☒ rejeitado ☐ não sabe ☐	NAMORADO/A ☐ ☒ sim não	ATIVIDADE DE GRUPO sim não ☒ ☐	ESPORTE ☐ 2 horas por semana	OUTRAS ATIVIDADES ☒ ☐ Quais?
	AMIGOS ☒ ☐ sim não	TV ☐ 6 horas por dia	joga futebol com vizinhos		
Observações:					

3.11 Hábitos

Neste módulo deve-se anotar certos aspectos da vida diária que estão relacionadas com o cuidado pessoal e com o estilo de vida do adolescente.

Sono normal: Considera-se como sono normal se dorme de maneira contínua, se não se detecta patologias do sono e quando o adolescente declara que acorda descansado. Marcar a quadrícula que corresponde e especificar em *Observações*.

Alimentação adequada: A alimentação será considerada adequada se come de quatro a seis vezes por dia, com intervalos horários de acordo com o costume do lugar onde ele ou sua família moram; deve ser variada e incluir as quantidades recomendadas de proteínas, carboidratos, gorduras, vitaminas e sais minerais.

É importante considerar não somente a qualidade e a quantidade de refeições, mas também o lugar, a forma, a companhia, bem como o grau de satisfação que declara o adolescente. Marcar com um (X) a quadrícula correspondente e especificar em *Observações*.

Refeições por dia: Especificar o número de refeições por dia útil que faz o adolescente, incluindo lanches entre refeições e guloseimas. É interessante perguntar-lhe que comeu no dia anterior ou no dia da consulta.

Refeições por dia com a família: Anotar o número de refeições em que está com todos ou com quase todos os membros da família com quem o adolescente mora e especificar em *Observações*. Se não houver nenhuma, marcar zero (0).

Fumo (cigarros por dia): Registrar o número de cigarros de tabaco que fuma por dia. Se no momento da consulta o adolescente não fumar marcar 0 (zero).

Idade do início do fumo: Marcar a idade em anos que tinha o adolescente quando fumou por primeira vez um cigarro de tabaco, mesmo que não o faça durante a consulta. Interrogar o adolescente em particular, no momento oportuno, durante esta consulta ou nas posteriores. Se o adolescente nunca fumou marcar 0 (zero).

Álcool (litros de cerveja por semana): Anotar a quantidade de bebidas alcoólicas que o adolescente consome por semana em «equivalente a litros de cerveja». A graduação alcoólica da cerveja é aproximadamente 4%, do vinho 12%, do whisky 40%. Pode-se considerar que 1 litro de whisky ou bebida destilada seja aproximadamente = a 3,5 litros de vinho = 10 litros de cerveja. Se no momento da consulta não consome álcool marcar 0 (zero).

Idade de início álcool: Registrar a idade em anos que tinha o adolescente na primeira vez que consumiu bebida alcoólica. Interrogá-lo quando estiver sozinho, no momento oportuno, nesta ou em outras consultas. Se nunca tomou bebidas alcoólicas marcar 0 (zero) na quadrícula correspondente.

Outro tóxico: Marcar se o adolescente utiliza alguma outra droga, medicamento ou substância não indicada por um profissional de saúde, que seja capaz de produzir dependência. Registrar que tipo de droga e a frequência do consumo. Especificar em *Observações* qualquer dado importante sobre sua história de consumo. Se o adolescente não consome drogas no momento da consulta, registrar «não». Para que este dado seja fidedigno deve ser obtido no momento oportuno desta ou de outra consulta.

Dirige veículo: Anotar se o adolescente habitualmente dirige algum veículo, e que tipo (automóvil, bicicleta, motocicleta etc.). Em caso afirmativo, interrogar sobre medidas de segurança ao dirigir, carta de motorista, se dirige de noite ou quando consome bebida alcoólica, etc. Especificar em *Observações* os comportamentos de risco ou infrações ao dirigir.

Exemplo para o preenchimento do módulo Hábitos:

HÁBITOS	ALIMENTAÇÃO ADEQUADA	REFEIÇÕES POR DIA	REFEIÇÕES POR DIA COM A FAMÍLIA	FUMO	IDADE DE INÍCIO DO FUMO anos	ÁLCOOL	IDADE DE INÍCIO DO ÁLCOOL anos	OUTRO TÓXICO	DIRIGE VEÍCULO
SONO NORMAL sim ☒ não ☐	sim ☐ não ☒	3	2	00 cigarros por dia	00	00 equivalente a litros de cerveja por semana	00	não ☒ sim ☐ Frequência e tipo	não ☒ sim ☐ qual?
Observações: <i>Almôço sozinho. Cafés da manhã e jantar com mãe. Afeto emocional baixo</i>									

3.12 Aspectos gineco-urológicos

Para ambos sexos. Neste módulo serão registrados os antecedentes de homens e mulheres: ginecológicos da adolescente, urológicos do adolescente e obstétricos de ambos, marcando no caso masculino se engravidou alguma mulher, se teve filhos ou se sua/s companheira/s abortou/aram alguma possível gravidez sua. Alguns destes dados devem ser obtidos em forma privada e no momento oportuno.

Menarca/Espermarca: Para ambos sexos. Anotar a idade em anos e meses da primeira menstruação da mulher e da primeira ejaculação do homem. Este último dado deve ser obtido do adolescente homem quando este estiver sozinho.

Data da última menstruação: Se for mulher, interrogar sobre o dia, mes, e os dois últimos dígitos do ano em que teve sua última menstruação. Os números devem ter dois dígitos; quando forem de um só dígito deve-se acrescentar zeros à esquerda por exemplo: 04/05/94. Se a adolescente não lembra a data da última menstruação, marcar um (X) na alternativa «não conhece» e reforçar as ações sobre educação sexual. Se ainda não teve menarca, ou é homem, marcar a quadrícula «não corresponde».

Ciclos regulares: Serão considerados como ciclos regulares aqueles em que o intervalo entre as menstruações é mais ou menos similar, não inferior a 21 dias e não superior a 35.

Se for uma mulher que já teve menarca marcar com um (X) a quadrícula correspondente.

Se for um homem ou uma mulher que ainda não teve sua menarca, marcar um (X) na quadrícula «não corresponde».

Dismenorréia: Para ambos sexos. Considera-se dismenorréia a dor menstrual que de certa maneira limita as atividades diárias da adolescente. Marcar com um (X) se existe dor na adolescente com menstruações. Nos adolescentes homens ou mulheres que ainda não tiveram sua menarca, marcar um (X) em «não corresponde».

Fluxo patológico/Secreção peniana: Para ambos sexos. Na mulher indica secreção ou corrimento vaginal que em algumas ocasiões aparece acompanhado de prurido, ardor, cheiro desagradável e coloração não compatível com leucorréia fisiológica. No homem registrar qualquer secreção peniana não fisiológica. Marcar a quadrícula que corresponde com um (X).

Doença de transmissão sexual: Para ambos sexos. Refere-se a doenças infecciosas adquiridas, habitualmente, por contato sexual. Aqui se inclui a infecção por Virus da Imunodeficiência Humana, mesmo que não tenha sido adquirida por transmissão sexual. Marcar com um (X) a quadrícula que corresponde e especificar no espaço correspondente o(s) tipo(s) de doença(s) de transmissão sexual e época do(s) contágio(s).

Gestações (da(o) Adolescente): Para ambos sexos. Anotar o número, em dígitos, de gestações da adolescente mulher, ou da companheira do adolescente homem, por intervenção deste. Especificar em *Observações*. Se não houve nenhuma gravidez, marcar 0 (zero) na quadrícula correspondente.

Filhos (da(o) Adolescente): Para ambos sexos. Registrar o número, em dígitos de filhos da(o) adolescente. Especificar em *Observações*. Se não têm filhos, marcar 0 (zero) na quadrícula correspondente.

Abortos (da(o) Adolescente): Para ambos sexos. Anotar o número de abortos da adolescente ou da(s) companheira(s) do adolescente homem de gestações por sua intervenção. Especificar em *Observações*. Se não foi feito nenhum aborto, marcar 0 (zero) na quadrícula correspondente.

Exemplo do preenchimento do módulo Aspectos Gineco-urológicos:

GINECO-UROLÓGICO		DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO ☐ não conhece ☒ não corresp.		CICLOS REGULARES sim ☐ não ☒ n/c	DISMENORRÉIA não ☐ sim ☒ n/c	FLUXO PATOLÓGICO/SECREÇÃO PENIANA não ☐ sim ☒ n/c	DOENÇA DE TRANSMISSÃO SEXUAL Qual? _____ não ☒ sim ☐	GESTAÇÕES 0	FILHOS 0	ABORTOS 0
MENARCA/ESPERMARCA anos meses 		da mês ano 								
Observações:										

3.13 Sexualidade

Este módulo refere-se a alguns aspectos da vida sexual do adolescente de ambos sexos. É importante lembrar que o interrogatório sobre aspectos da vida sexual deve ser feito com prudência, em particular e no momento oportuno da consulta. Em algumas ocasiões estes dados não podem ser obtidos no primeiro dia por que as condições não foram propícias. Neste caso este módulo da *Consulta Principal* será preenchido nas consultas posteriores.

Necessidade de informação sexual: Marcar com um (X) a quadrícula que corresponde tomando como referência a opinião do adolescente sobre a necessidade de falar sobre temas relacionados com a sexualidade. Quando houver discordância com a opinião do entrevistador, deve-se especificar em *Observações* e incluir este dado em *Impressão Diagnóstica Integral*.

Relações sexuais: Se ainda não teve relações sexuais marcar a quadrícula «não». Se já teve marcar se são ou foram com parceiros «heterossexuais», «homossexuais» ou ambos. Deve-se marcar somente uma quadrícula. Se for necessário especificar em *Observações*.

Companheiro(a): Nesta variável deve-se marcar se o adolescente teve ou tem (no momento da consulta) um(a) «companheiro(a) sexual único(a)» ou «vários(as) companheiros(as)». Se o adolescente ainda não teve relações sexuais marcar a quadrícula «não corresponde». Deve-se marcar somente uma alternativa. Quando for necessário especificar em *Observações*.

Idade início relações sexuais: Anotar, em anos, a idade que o adolescente tinha quando teve a primeira relação sexual, mesmo que no momento da consulta não mantenha relações. Recomenda-se fazer esta pergunta ao adolescente em particular em um momento oportuno da consulta. Se ainda não teve relações sexuais marcar zero (0).

Problemas nas relações sexuais: Este dado deve ser pesquisado quando houver um clima de confiança, por isso deve-se considerar em que momento pode ser pedido. Marcar a quadrícula que corresponda, segundo a informação prestada pelo adolescente se tem ou teve problemas para ter relações sexuais satisfatórias. Quando houver divergência entre este dado e a opinião do entrevistador, deve-se registrar em *Observações* e incluir em *Impressão Diagnóstica Integral*. Se o adolescente ainda não teve relações sexuais marcar a quadrícula «não corresponde».

Contracepção: Registrar aqui a utilização de métodos de contracepção, incluindo os populares e o preservativo (camisinha), sobre o qual se perguntará na próxima variável. Se o adolescente já teve relações sexuais marcar com um (X) se «sempre» utilizou métodos de contracepção, se «às vezes» ou «nunca» os utiliza. *Deve-se marcar sempre uma única alternativa. Em Observações pode-se especificar quais foram os métodos utilizados. Se o adolescente ainda não teve relações sexuais marcar a quadrícula «não corresponde».*

Preservativo (camisinha): Foi separado dos outros métodos de contracepção por que se refere ao uso de elementos de proteção nas relações sexuais para proteger-se das doenças de transmissão sexual. Se o adolescente tem/teve relações com proteção do preservativo, marcar a quadrícula se o utiliza «sempre», «às vezes» ou «nunca». Deve-se escolher uma única alternativa. Se o adolescente ainda não teve relações sexuais marcar a quadrícula «não corresponde».

Abuso sexual: Refere-se a qualquer contato sexual entre uma pessoa que ainda não completou seu desenvolvimento de amadurecimento, emocional e cognitivo, e outra que a obriga ou coage física, moral ou afetivamente, a uma atividade sexual de qualquer tipo, incluindo as carícias; ou entre uma pessoa que já completou seu desenvolvimento e que é obrigada a participar em uma atividade sexual não desejada. Marcar a quadrícula que corresponde e especificar em *Observações*.

Exemplo do preenchimento do módulo Sexualidade:

SEXUALIDADE	REL. SEXUAIS	COMPANHEIRO(A)	IDADE INÍCIO REL. SEX.	PROBLEMAS NAS REL. SEX.	CONTRACEPÇÃO	PRESERVATIVO	ABUSO SEXUAL
NECESSITA INFORMAÇÃO ☒ sim ☐ não	☐ hetero ☐ homo ☐ ambas	☐ companheiro único ☒ vários companheiros ☒ n/c	anos 00 00	☐ não ☐ sim ☐ n/c ☒	☐ sempre ☐ nunca ☒ às vezes ☒ n/c	☐ sempre ☐ nunca ☒ às vezes ☒ n/c	☒ não ☐ sim
Observações:							

3.14 Situação psicoemocional

Este módulo utiliza quatro indicadores para avaliar qualitativamente o desenvolvimento da identidade e do estado emocional do adolescente, de acordo com sua própria percepção.

Para completar esta parte da *Consulta Principal* o entrevistador deve pedir ao adolescente sua opinião sobre alguns aspectos de sua vida, que vão fazendo parte de sua identidade.

Imagem corporal: Corresponde à percepção mental que o adolescente tem de sua aparência física e das mudanças em seu corpo. Deve-se registrar somente o declarado pelo adolescente como resposta à pergunta: «Você está satisfeito com a tua aparência física, com o teu crescimento?». Deve-se assinalar uma única alternativa, a que tiver maior importância segundo a opinião do adolescente.

Se o critério do entrevistador for diferente ao declarado pelo adolescente deve-se registrar em *Observações* e incluir em *Impressão Diagnóstica Integral*.

Auto-percepção: Esta variável se refere ao resultado do processo de integração que é o resultado da capacidade de abstração, introspecção e análise das respostas que recebe do meio, formando a identidade, a maneira como percebe a si mesmo como único, diferente dos outros. Investigando este item se pode avaliar a auto-estima que é um importante fator de proteção.

Deve-se perguntar ao adolescente: «Como você se definiria?», ou «Como você pensa que você é?», tentando registrar somente sua opinião. Deve-se marcar uma única alternativa, a que tiver maior importância na opinião do adolescente. As discrepâncias entre o declarado pelo adolescente e o critério do entrevistador devem ser registradas em *Observações* e incluídas em *Impressão Diagnóstica Integral*.

Existência de um adulto de referência: Permite avaliar o grau de integração social com figuras adultas significativas. Isto está descrito como um importante fator de proteção.

Deve-se perguntar ao adolescente: «Você conta seus problemas a algum adulto em quem você confia?» e deve-se transcrever somente sua opinião, marcando uma única alternativa. Pode ser «o pai», «a mãe», «outra pessoa da família», «alguém fora de casa» como um docente ou um religioso, ou «nenhum adulto».

As discrepâncias entre o declarado pelo adolescente e o critério do entrevistador devem ser registradas em *Observações* e incluídas em *Impressão Diagnóstica Integral*.

Projeto de vida: Diz respeito a imagem mental que o adolescente constrói sobre seu futuro, que é uma síntese de todos seus objetivos e sua relação com o meio,

Deve-se fazer perguntas sobre seus projetos e planos para o futuro, respeitando a opinião do adolescente. As divergências com o critério do entrevistador devem ser registradas em *Observações* e incluídas em *Impressão Diagnóstica Integral*. Uma pergunta que serve de orientação pode ser «Você poderia explicar seus planos ou projetos de vida?». Deve-se marcar uma única alternativa, integrando os projetos relativos a estudos, trabalho, casamento e pater/maternidade. Estes projetos podem ser especificados em *Observações*.

Exemplo do preenchimento do módulo Situação Psicoemocional:

SITUAÇÃO PSICOEMOCIONAL	IMAGEM CORPORAL	AUTO-PERCEPÇÃO	ADULTO DE REFERÊNCIA	PROJETO DE VIDA
	☐ conforme ☒ cria preocupação ☐ impede relação com os demais	☐ triste ☒ nervoso ☐ alegre ☒ muito tímido ☐ outro	☐ pai ☐ outro fam. ☐ mãe ☐ fora da casa ☒ nenhum	☐ contuso ☐ clero ☒ ausente
Observações: Abandonos repetidos. Não confia em adultos. Nervoso com a mãe				

3.15 Exame físico

Registrar neste módulo as opiniões do profissional sobre o **Aspecto geral** do adolescente, incluindo os aspectos de higiene pessoal no momento da consulta. Marcar com um (X) como corresponda o exame físico de **pele e anexos, cabeça, acuidade visual, acuidade auditiva, boca e dentes, pescoço e tiróide, tórax e mamas, cardiopulmonar, abdômen, genito-urinário, coluna, extremidades e neurológico**. Especificar em *Observações* os achados patológicos.

Peso/Altura: Anotar o peso em quilogramas, com uma casa decimal, obtido de preferência em uma balança com pesos, com o adolescente descalço e com a menor quantidade de roupa possível. Marcar a altura em centímetros, com uma casa decimal, medida com o adolescente descalço, em pé sobre uma superfície nivelada, apoiado sobre uma superfície lisa (parede) e com um centímetro fixo. O peso e a altura devem ser avaliados no dia da consulta. Estes dados devem ser colocados nos gráficos das Curvas de Peso e Altura que aparecem na folha de Evolução, registrando os correspondentes centis nos devidos espaços. No programa de computação o peso deve ser registrado em hectogramas e a altura em milímetros para evitar o uso de vírgulas.

Centis de peso para a idade e altura para a idade: Escrever nos retângulos os centis de peso para a idade e altura para a idade do adolescente no momento da consulta, obtidos quando se fez o registro gráfico dos valores encontrados nas Curvas de Peso e Altura que aparecem na folha de Evolução. Quando os dados de altura e peso são entrados no computador o programa calcula automaticamente os centis. As curvas publicadas pela OPS/OMS aparecem reproduzidas no Anexo. Como referência foram marcados somente os Centis 10 e 90 como valores de risco. Recomenda-se a utilização de Curvas de Peso e Altura locais quando estas existirem.

Centil peso para a altura: Registrar nos retângulos o Centil peso para a altura estimado tomando com base as Curvas do Anexo. Recomenda-se a utilização de Curvas de Peso e Altura locais quando estas existirem, cuja inclusão nos programas de computação está prevista.

Pressão arterial/Frequência cardíaca: Anotar a pressão arterial máxima e a mínima em milímetros de mercúrio e a frequência cardíaca em batimentos por minuto, registrados no dia da consulta.

Para tomar a pressão do adolescente este deve estar sentado, com seu braço direito apoiado sobre a mesa, com o ângulo do cotovelo na altura do coração. Prestar atenção ao pulso para detectar alguma irregularidade. O manguito que vai ser utilizado deve cobrir 75% da longitude do braço e deve estar desinflado e o manômetro deve estar em zero. Envolver o braço de maneira delicada porém firme, sem ajustar muito; a margem inferior deve estar 2,5 a 3 cm acima da dobra do cotovelo. Palpar a artéria braquial e aí colocar o auscultador do estetoscópio, inflar o manguito até 150 mm de mercúrio e desinflar lentamente. O aparecimento do primeiro ruído indica a pressão sistólica; o ponto que está marcado quando o ruído desaparece indica a pressão diastólica. Se a primeira medida for 140/85 mm de mercúrio ou mais, deve-se esperar um minuto e medi-la novamente. A média destas duas medidas será considerada como a pressão arterial desta consulta.

Tanner: Registrar em números arábicos o boletim de Tanner, de mamas e pelos pubianos quando for mulher e pelos pubianos e genitais quando for homem, avaliados na data da atenção. Não se pode esquecer que o exame de mamas e genitais exige privacidade

e deve ser feito em um momento oportuno da consulta. Tanner dividiu o processo da puberdade em cinco estágios, de acordo com o desenvolvimento das mamas e o aparecimento e aumento dos pelos pubianos na mulher e desenvolvimento e o aparecimento e aumento dos pelos pubianos no homem.

Graus de desenvolvimento das mamas:

- 1º grau:** Pré-púbere: há somente uma elevação do mamilo, sem modificação com relação à infância
- 2º grau:** A auréola e o mamilo se elevam tomando a forma de um pequeno botão
- 3º grau:** A mama aumenta de tamanho e se eleva junto com a auréola, sem separação dos contornos
- 4º grau:** A auréola e o mamilo se projetam por cima da pele da mama que continuou crescendo
- 5º grau:** Mama de aspecto adulto com projeção do mamilo

Se o adolescente for homem deixar a quadrícula em branco, mas no programa de computação deve-se entrar um zero (0).

Grau de desenvolvimento dos genitais:

- 1º grau:** Pré-púbere: Testículos, escroto e penis sem modificações com relação à infância. O volume testicular é inferior a $1,5 \text{ cm}^3$
- 2º grau:** Testículos e escrotos aumentam de tamanho. A pele do escroto se congestiona e a textura muda. O penis ainda não cresceu. O volume testicular aumenta de $1,6$ a 6 cm^3 .
- 3º grau:** O penis cresce em comprimento. Os testículos e o escroto continuam seu desenvolvimento. O volume varia entre 6 e 12 cm^3 .
- 4º grau:** O penis aumenta de diâmetro e a glândula se desenvolve. Os testículos e o escroto continuam aumentando de tamanho e a pele do escroto escurece. O volume aumenta de 12 a 20 cm^3 .
- 5º grau:** Genitais adultos, em tamanho em forma. Volume superior a 20 cm^3 .

Deve-se medir o volume com o orquidômetro de Prader, ou com série de contas ocas de madeira ou outro material que se use para esse fim e registrar no espaço correspondente. Se o adolescente for mulher deixar a quadrícula em branco, mas no programa de computação deve-se entrar um zero (0).

Graus de desenvolvimento dos pelos pubianos:

- 1º grau:** Não se observam pelos pubianos.
- 2º grau:** Crescimento de pelos longos, lisos, suaves, levemente pigmentados.
- 3º grau:** Os pelos aumentam, são mais escuros, ásperos e crespos. Recobrem o púbis de maneira rala.
- 4º grau:** Os pelos são de tipo adulto porém a superfície recoberta é menor.
- 5º grau:** Os pelos tem aparência de adulto em quantidade e qualidade, com um limite superior horizontal na mulher; e expandindo-se até a superfície média das coxas no homem.
- 6º grau:** Extensão dos pelos até a linha alba.

Volume testicular: Os valores do volume testicular devem ser registrados nas quadrículas correspondentes para direito e esquerdo. Deve-se utilizar o orquidômetro de Prader que permite fazer a comparação do volume em centímetros cúbicos com um modelo de madeira ou outro material. Se o adolescente for mulher ambas quadrículas serão deixadas em branco e no programa de computação deve-se entrar um zero (0).

Exemplo para o preenchimento do módulo Exame Físico:

ASPECTO GERAL		PESO (kg)	Centil peso/altura	PELE E ANEXOS	CABEÇA	ACUIDADE VISUAL	ACUIDADE AUDITIVA	BOCA E DENTES	PESCOÇO E TIROÍDE
normal	anormal	24,1	-3	normal	normal	normal	normal	normal	normal
☐	☒	ALTURA (mm)	Centil altura/idade	☒	☒	☒	☒	☒	☒
		1263	-3						
TÓRAX E MAMAS	CARDIO-VASCULAR	PRESSÃO ARTERIAL	ABDOMEN	GENITO-URINÁRIO	TANNER mamas	VOLUME TESTICULAR	COLUMNA	EXTREMIDADES	NEUROLÓGICO
normal	normal	90/60	normal	normal	peb. pub.	Dir. cm ³	normal	normal	normal
☒	☒	FREQUÊNCIA CARDÍACA	☒	☒	genitais	Esg.	☒	☒	☒
		75 batimentos/min				2/2			
Observações:									
Aspecto físico pequeno, harmônico. Músculos coriáceos. Fundo de olho normal									

3.16 Impressão diagnóstica integral

Este módulo deverá ser preenchido no final da consulta. Anotar todos os diagnósticos presuntivos mais importantes. É fundamental registrar não somente as doenças físicas como também os problemas mais sérios encontrados na área psíquica e social sem esquecer os transtornos da aprendizagem.

Quando for possível acrescentar os códigos correspondentes segundo a *Lista de Diagnósticos* frequentes na adolescência que aparece no ANEXO. Este foi construído tomando como base a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM III R).

O programa permite codificar até 3 diagnósticos de quatro dígitos cada um. Os dois primeiros dígitos correspondem a uma classificação resumida. Se for necessário mais exatidão, acrescentar ao código os dois dígitos seguintes sem usar pontos ou vírgulas. Por exemplo, o código para «sinais e sintomas mórbidos mal definidos» é 1900, mas se se decide especificar «síndrome febril prolongado» deve-se escrever 1901.

Exemplo para o preenchimento do módulo Impressão Diagnóstica Integral:

IMPRESSIONE DIAGNÓSTICA INTEGRAL
Aspecto físico pequeno, harmônico. Músculos coriáceos. Fundo de olho normal.

3.17 Indicações e consultas externas

Registrar as indicações dadas ao adolescente e ao acompanhante ou a ambos e os exames complementares e consultas externas sugeridas. Algumas vezes o tratamento consiste em uma medicação específica ou sintomática. Mas em muitas outras em orientação sobre aspectos relacionados com a alimentação, a atividade física, o tempo livre, a sexualidade, a escolaridade, a vocação, as relações familiares, vacinas etc. É importante anotar a orientação dada e acrescentar o código correspondente segundo o que consta do ANEXO. O programa permite codificar até quatro indicações com dois dígitos cada uma.

Exemplo para o preenchimento do módulo Indicações e Consultas externas:

INDICAÇÕES E CONSULTAS EXTERNAS
Orientação sobre alimentação. Pedido de informação à professora.
Consulta oftalmológica e odontológica Ex. baixa estatura
Responsável
Data da próxima visita

Responsável: Escrever o(s) nome(s) do(s) profissional(is) que entrevistou(aram) o adolescente e o acompanhante. Além da assinatura, carimbo e CRM ou equivalente, pode-se acrescentar número de funcionário ou outro código.

Data da próxima consulta: marcar dia e hora da próxima visita.

DOC. INT. CLAPSA/port/12/94/any

Figura 4a - Exemplo do anverso do formulário de Consulta principal preenchido.

Esta cor significa ALERTA

ESTUDO sim ☒ não ☐	NÍVEL Não escolariz. ☐ 1º grau ☒ 2º grau ☐ Univ. ☐	GRAU CURSO ☐ 6	ANOS APROVADOS ☐ 5	PROBLEMAS NA ESCOLA não ☐ sim ☒	ANOS REPETIDOS 4 Causa <u>conduta</u>	DESERÇÃO ☒ não ☐ Causa _____	EDUCAÇÃO NÃO FORMAL não ☒ sim ☐ Qual? _____
Observações:							
TRABALHO ☐ trabalha ☐ procurando 1ª vez ☒ não e não procura ☐ desocupado	IDADE INÍCIO DO TRABALHO anos ☐ 0	TRABALHO horas por semana ☐ 0	HORÁRIO DE TRABALHO manhã ☐ o dia todo ☐ tarde ☐ noite ☐ fim de semana ☐ n/c ☒	FAZÃO DO TRABALHO econômica autonomia ☐ porque gosta ☐ outra ☒ não	TRABALHO LEGALIZADO sim não n/c ☒	TRABALHO INSALUBRE não sim n/c ☐	TIPO DE TRABALHO _____
Observações:							
ACEITAÇÃO aceito ☐ ignorado ☐ rejeitado ☒ não sabe ☐	NAMORADO(A) sim não ☒ sim não ☐ AMIGOS ☒	ATIVIDADE DE GRUPO sim não ☐	ESPORTE 2 horas por semana TV 6 horas por dia	OUTRAS ATIVIDADES sim ☒ não ☐ Qual? <u>joga futebol com vizinhos</u>			
Observações:							
SONO NORMAL sim ☒ não ☐	ALIMENTAÇÃO ADEQUADA sim ☐ não ☒	REFEIÇÕES POR DIA 3	REFEIÇÕES POR DIA COM A FAMÍLIA 2	FUMO 00 organos por dia	IDADE DE INÍCIO DO FUMO anos 00	ALCOOL 00 equivalente a litros de cerveja por semana	IDADE DE INÍCIO DO ALCOOL anos 00
OUTRO TOXICO não ☒ sim ☐ Frequência e tipo _____				DIRIGE VEÍCULO não ☒ sim ☐ Qual? _____			
Observações:							
DATA DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO anos _____ meses _____	DIÁFRAZAS não ☒ sim ☐ corresp ☐	CICLOS REGULARES sim não n/c ☒	DISMENORRÉIA não sim n/c ☒	DOENÇA DE TRANSMISSÃO SEXUAL não ☒ sim ☐ Qual? _____	GESTAÇÕES 0	FILHOS 0	ABORTOS 0
Observações:							
NECESSITA INFORMAÇÃO sim não ☒	RELACIONOS SEXUAIS hetero ☐ homo ☐ ambas ☒	COMPANHEIRO(A) companheiro único ☐ vários companheiros ☒ n/c	IDADE INÍCIO REL. SEX. anos 00	PROBLEMAS NAS REL. SEX. não sim n/c ☒	CONTRACEPÇÃO sempre ☐ às vezes ☒ nunca ☐ n/c	PRESERVATIVO sempre ☐ às vezes ☒ nunca ☐ n/c	ABUSO SEXUAL não ☒ sim ☐
Observações:							
IMAGEM CORPORAL ☐ conforme ☒ com preocupação ☐ impede relação com os demais		AUTO-PERCEPÇÃO ☐ alegre ☐ triste ☒ muito triste ☐ neutro		ADULTO DE REFERÊNCIA ☐ pai ☐ mãe ☐ outro fam. ☒ fora de casa ☒ nenhum		PROJETO DE VIDA ☐ confuso ☒ ausente	
Observações:							
Aspecto físico pequeno, harmonioso. Músculos cários. Fundo de olho normal							
Impressão diagnóstica integral <u>Aspecto tônico. Baixa estatura familiar, medulador lento, desmilitarizado. Falta de limites na família. Trastornos aprend. Cários</u>							
Indicações de consultas externas <u>Orientação sobre alimentação. Pedido de informação a professora.</u>							
<u>Consulta oftalmológica e odontológica Ex. baixa estatura</u>							
Responsável _____ Data da próxima visita _____							

Figura 4b - Exemplo do reverso do formulário de Consulta principal preenchido. Observar o uso de letra legível, fundamental para a posterior entrada de dados

4. PREENCHIMENTO DA CONSULTA DE EVOLUÇÃO

4.1 Considerações gerais

O setor de evolução está composto por cinco módulos iguais que permitem fazer o registro de cinco consultas. Também apresenta as Curvas de peso e altura nas quais é importante marcar a evolução nas diferentes avaliações clínicas, para fazer um controle adequado do crescimento e da nutrição. Quando houver mais de cinco consultas de evolução deve-se acrescentar mais formulários a história.

Instituição: Anotar o número de código da instituição para sua identificação. Aceita até 7 dígitos. O objetivo é poder identificar a instituição a qual pertence uma história quando seu conteúdo é integrado a uma base de dados regional ou nacional.

H.C.Nº (Número da história clínica): Registrar o número da história clínica dado ao adolescente em consultas anteriores, visando identificar este formulário e poder agregar aos outros do mesmo paciente, sejam Consultas principais ou Formulários de consulta por evolução. Aceita até 10 dígitos.

4.2 Definição da consulta

Evolução Nº: Anotar o número da Consulta de evolução que corresponde em forma sequencial considerando as outras Consultas de evolução do mesmo paciente.

Data: Registrar o dia, mês e os dois últimos dígitos do ano em que se realiza a consulta. Os números devem ter dois dígitos. Quando forem números com um único dígito, deve-se completar com zeros à esquerda. Por exemplo: 02/08/94.

Idade: Registrar a idade do adolescente em anos e meses completos, correspondente a data em que se presta a assistência.

Acompanhante: Marcar a quadrícula de acordo a quem acompanha o adolescente a consulta: se sozinho ou com a mãe, o pai, com ambos, com sua(seu) companheira(o), com um(a) amigo(a), com um parente ou com outros.

Estado civil: Assinalar com um (X) a quadrícula que corresponda ao estado civil no momento da consulta: se «solteiro», se tem uma «união estável», ou se está separado. A alternativa «união estável» inclui o casamento.

Data da última menstruação: Para ambos sexos. Se for mulher, perguntar sobre o dia, mês e ano (registrar os dois últimos dígitos) que teve sua última menstruação. Os números devem ter dois dígitos; quando tiverem um só dígito completar com zeros a esquerda. Por exemplo: 04/05/94.

Se a adolescente não lembra a data da última menstruação, marcar um (X) na alternativa «não conhece» e reforçar as ações de educação sexual. Se ainda não teve sua menarca, ou for homem, marcar com um (X) a quadrícula «não corresponde».

Peso/altura: Anotar o peso em quilogramas com um casa decimal, obtido de preferência em uma balança com pesos, estando o paciente descalço e vestindo a menor quantidade possível de roupa. Anotar a altura em centímetros com uma casa decimal, medida com o paciente descalço, sobre uma superfície nivelada, apoiado em uma superfície lisa (parede) e com centímetro fixo. O peso e a altura deverão ser medidos no dia da consulta. Estes dados deverão ser colocados nas Curvas de Peso e Altura apresentadas na folha de Evolução e deve-se registrar os centis correspondentes nas respectivas quadrículas. No programa de computação o peso será registrado em hectogramas e a altura em milímetros para suprimir a vírgula.

Centis de Peso para a idade e Altura para a idade: Escrever nas quadrículas os Centis de Peso para a idade e Altura para a idade do adolescente no momento da consulta, encontrados quando se traça o gráfico com os valores encontrados nas Curvas de peso e altura que aparecem na folha de Evolução.

Somente foram marcados os Centis 10 e 90 como valores de risco. Recomenda-se a utilização de curvas de peso e altura elaboradas a nível local quando estas existirem. No ANEXO se encontram as curvas propostas pela OPS/OMS.

Centil Peso para a Altura: Registrar na quadrícula o Centil Peso para a Altura de acordo com as Curvas do ANEXO. Recomenda-se utilizar curvas locais quando existirem.

Pressão arterial/Frequência cardíaca: Anotar a pressão arterial máxima e mínima em milímetros de mercúrio e a frequência cardíaca em batimentos por minuto, medidas no dia da consulta.

Para tomar a pressão do adolescente este deve estar sentado, com seu braço direito apoiado sobre a mesa, com o ângulo do cotovelo na altura do coração. Prestar atenção ao pulso para detectar alguma irregularidade. O manguito que vai ser utilizado deve cobrir 75% da longitude do braço e deve estar desinflado e o manômetro deve estar em zero. Envolver o braço de maneira delicada porém firme, sem ajustar muito; a margem inferior deve estar 2,5 a 3 cm acima da dobra do cotovelo. Palpar a artéria braquial e aí colocar o auscultador do estetoscópio, inflar o manguito até 150 mm de mercúrio e desinflar lentamente. O aparecimento do primeiro ruído indica a pressão sistólica; o ponto que está marcado quando o ruído desaparece indica a pressão diastólica. Se a primeira medida for 140/85 mm de mercúrio ou mais, deve-se esperar um minuto e medi-la novamente. A média destas duas medidas será considerada como a pressão arterial desta consulta.

Tanner: Registrar em números arábicos o boletim de Tanner, de mamas e pelos pubianos quando for mulher e pelos pubianos e genitais quando for homem, avaliados na data da atenção. Não se pode esquecer que o exame de mamas e genitais exige privacidade e deve ser feito em um momento oportuno da consulta. No capítulo sobre Consulta Principal faz-se uma descrição dos estágios de Tanner.

Volume testicular: Os valores do volume testicular devem ser registrados nas quadrículas correspondentes para direito e esquerdo respectivamente. Deve-se utilizar o orquidômetro de Prader que permite fazer a comparação do volume em centímetros cúbicos com um modelo de madeira ou outro material. Se a adolescente for mulher ambas quadrículas serão deixadas em branco e no programa de computação deve-se entrar um zero (0).

Motivos de consulta segundo o adolescente: Anotar os problemas declarados pelo adolescente no primeiro momento da consulta, segundo a importância que este lhe dê. Deve-se anotar os três mais importantes; se existem mais de três anotar em Observações. Ao final de cada linha foram colocadas quadrículas para codificação; aceitam códigos com até quatro dígitos.

No ANEXO foi incluída uma lista de motivos frequentes de consulta na adolescência. Se a instituição tiver interesse em processar esta informação será necessário anotar os dois primeiros dígitos da classificação de motivos de consulta. Se for necessário especificar mais detalhadamente deve-se adicionar os dois dígitos seguintes, sem utilizar vírgulas, pontos ou qualquer outro sinal. Por exemplo, a uma consulta por «dor» corresponde o código 0400, porém se for por «dor precordial» será 0406.

Motivos da consulta segundo o acompanhante: Anotar os problemas declarados pelo acompanhante no primeiro momento da consulta, segundo a importância que este lhe dê. Aqui também serão registrados os 3 motivos de maior importância. Algumas vezes os motivos de consulta do acompanhante coincidirão com os do adolescente, mas em muitos casos não.

Colocar o código correspondente (ANEXO) ao final de cada item quando a instituição tiver interesse em processar esses dados. Cada código admite um número de até quatro dígitos. Os dois primeiros dígitos correspondem a classificação de grandes motivos de consulta. Se for necessário dar mais detalhes deve-se utilizar os dois dígitos seguintes, sem vírgulas, pontos ou qualquer outro sinal. Por exemplo o código 1900 corresponde a «sinais e sintomas digestivos» mas se se quer especificar que a consulta foi feita por vômitos o código a ser utilizado será 1902.

Mudanças/Observações importantes: Descrever com poucas palavras o que o adolescente e/ou seu acompanhante dizem com respeito ao problema ou patologia que motivou a consulta anterior ou os problemas atuais. Registrar neste espaço as mudanças que se produziram na vida do adolescente, tanto os relacionados com os aspectos físicos como os emocionais e sociais, sem esquecer os transtornos da aprendizagem.

4.3 Impressão diagnóstica integral

Este módulo deverá ser preenchido no final da consulta. Anotar todos os diagnósticos presuntivos mais importantes. é fundamental registrar não somente as doenças físicas como também os problemas mais sérios encontrados na área psíquica e social sem esquecer os transtornos da aprendizagem.

Quando for possível acrescentar os códigos correspondentes segundo a *Lista de Diagnósticos* frequentes na adolescência que aparece no ANEXO. Este foi construído tomando como base a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM III R).

O programa permite codificar até 3 diagnósticos de quatro dígitos cada um. Os dois primeiros dígitos correspondem a uma classificação resumida. Se for necessário mais exatidão, acrescentar ao código os dois dígitos seguintes sem usar pontos ou vírgulas. Por exemplo, o código para «sinais e sintomas mórbidos mal definidos» é 1900, mas se se decide especificar «síndrome febril prolongado» deve-se escrever 1901.

4.4 Indicações e consultas externas

Registrar as indicações dadas ao adolescente e ao acompanhante ou a ambos e os exames complementares e consultas externas sugeridas. Algumas vezes o tratamento consiste em uma medicação específica ou sintomática. Mas em muitas outras em orientação sobre aspectos relacionados com a alimentação, a atividade física, o tempo livre, a sexualidade, a escolaridade, a vocação, as relações familiares, vacinas etc. É importante anotar a orientação dada e acrescentar o código correspondente segundo o que consta do ANEXO. O programa permite codificar até três indicações.

Responsável: Escrever o(s) nome(s) do(s) profissional(is) que entrevistou(aram) o adolescente e o acompanhante. Além da assinatura, carimbo e CRM ou equivalente pode-se acrescentar número de funcionário ou outro código.

Data da próxima consulta: Marcar dia e mês da próxima visita.

Exemplo para o preenchimento do setor Evolução:

CLAP OPÇÕES HISTÓRIA DO ADOLESCENTE EVOLUÇÃO										INSTITUIÇÃO		233		H.C. Nº		10335					
EVOLUÇÃO Nº			IDADE			ACOMPANHANTE				ESTADO CIVIL		DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO									
DATA			anos meses			sozinho ☐ mãe ☒ pai ☐ ambos ☐				solteiro ☒		☐ Não conhece ☒ Não corresponde.									
18 06 92			12 02			companheiro ☐ amigo(a) ☐ parente ☐ outros ☐				união estável ☐ separado ☐		dia mês ano									
PESO (Kg)		Cíntil peso/cidade		ALTURA (cm)		Cíntil altura/cidade		PRESSÃO ARTERIAL mmHg		FREQUÊNCIA CARDÍACA		TANNER		mamas		pelos pub.		genitais		VOLUME TESTICULAR	
253		-3		126		-3		90/70		70				1		1		1		2/2	
Motivos de consulta segundo o adolescente:										Motivos de consulta segundo o acompanhante:											
1 Baixa estatura										1 Transtornos aprendizagem											
2										2 Transtornos conduta											
3										3											
MUDANÇAS IMPORTANTES/OBSERVAÇÕES																					
Melhor alimentação laborat normal Rx de crânio s/p. Oftalmológico normal. Idade óssea 10 anos Em trat. odont Srouxe relatório professora																					
DIAGNÓSTICO INTEGRAL																					
Baixa estatura familiar Madurador lento dermatites por aporte																					
INDICAÇÕES E CONSULTAS EXTERNAS																					
Consulta psicopedagógica																					
Responsável										Data próxima visita											

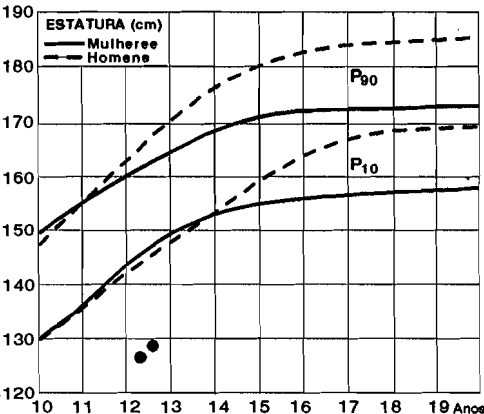
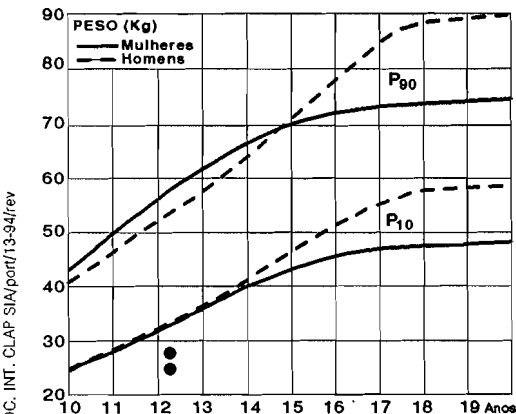
4.5 Gráficos de peso e altura

Foram incluídas no final do formulário duas curvas: uma para o registro do peso em relação a idade de homens e mulheres, e outra para o registro da altura em centímetros em relação a idade de homens e mulheres. Estas curvas foram publicadas pela OPS/OMS no Manual de Medicina de la Adolescência, Série Paltex nº 20, 1992.

A partir dessas curvas obtém-se os centis correspondentes ao peso para a idade e altura para a idade, importantes não só para avaliar o estado nutricional e a altura atual, mas também detectar precocemente problemas pelo estudo de sua evolução. É importante registrar os dados correspondentes e mostrar ao adolescente se seu crescimento é similar ou não à média dos adolescentes.

Nas curvas que se apresentam na História do Adolescente foram assinalados somente os centis 10 e 90. Recomenda-se a utilização de Curvas de Peso e Altura locais quando estas existirem. O programa é capaz de gerar tabelas e curvas locais tomando como base os dados coletados.

Exemplo do registro gráfico de peso e altura:

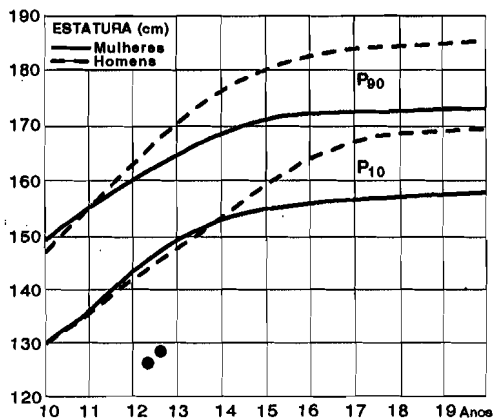
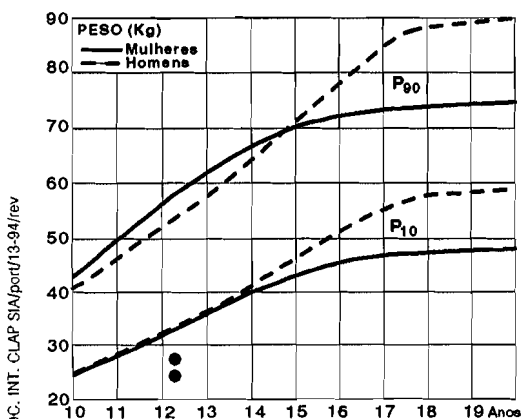


DOC. INT. CLAP SIA/port/13-94/rev

Curvas obtidas do "Manual de Medicina de la Adolescência" da OPS. Série PALTEX Nº 20, Washington, D.C., USA, 1992. Para 18 a 20 anos foi feita uma extrapolação.

CLAP OPÇÃO 6 HISTÓRIA DO ADOLESCENTE EVOLUÇÃO										INSTITUIÇÃO		H.C. Nº							
IDADE Nº 1		IDADE		ACOMPANHANTE				ESTADO CIVIL		DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO									
DATA dia mês ano		anos meses		sozinho ☐ mãe ☒ pai ☐ ambos ☐ companheiro ☐ amigo/a ☐ parente ☐ outros ☐				solteiro ☒ união estável ☐ separado ☐		☐ Não conhece ☒ Não corresponde. dia mês ano									
PESO (Kg)		Cenil peso/idade		ALTURA (cm)		Cenil altura/idade		Cenil peso/altura		PRESSÃO ARTERIAL mmHg		FREQUÊNCIA CARDÍACA		TANNER mamas pelos pub. genitais		VOLUME TESTICULAR			
253		-3		126		-3		-4		90/70		70 batimentos/min		1 1		2/2			
Motivos de consulta segundo o adolescente:										Motivos de consulta segundo o acompanhante:									
1 Baixa estatura										1 Transtornos aprendizagem									
2										2 Transtornos conduta									
3										3									
MUDANÇAS IMPORTANTES/OBSERVAÇÕES																			
Melhor alimentação laborat normal Rx de crâneos s/p. Oftalmológico normal. Idade óssea 10 anos Em trat. odont Souxe relativo professora																			
DIAGNÓSTICO INTEGRAL																			
Baixa estatura familiar maturador lento dermatites por ↓ aporte																			
INDICAÇÕES E CONSULTAS EXTERNAS																			
Consulta psicopedagógica																			
Responsável																			
Data próxima visita																			

CLAP OPÇÃO 6 HISTÓRIA DO ADOLESCENTE EVOLUÇÃO										INSTITUIÇÃO		H.C. Nº							
IDADE Nº 2		IDADE		ACOMPANHANTE				ESTADO CIVIL		DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO									
DATA dia mês ano		anos meses		sozinho ☐ mãe ☒ pai ☐ ambos ☐ companheiro ☐ amigo/a ☐ parente ☐ outros ☐				solteiro ☒ união estável ☐ separado ☐		☐ Não conhece ☒ Não corresponde. dia mês ano									
PESO (Kg)		Cenil peso/idade		ALTURA (cm)		Cenil altura/idade		Cenil peso/altura		PRESSÃO ARTERIAL mmHg		FREQUÊNCIA CARDÍACA		TANNER mamas pelos pub. genitais		VOLUME TESTICULAR			
240		-3		126		-3		-4		90/70		70 batimentos/min		1 1		2/2			
Motivos de consulta segundo o adolescente:										Motivos de consulta segundo o acompanhante:									
1 Transtornos aprendizagem										1 Transtornos aprendizagem									
2										2									
3										3									
MUDANÇAS IMPORTANTES/OBSERVAÇÕES																			
Abandono repetidos. Privação afetiva conflitos emocionais que não permitem aprender. Não reconhece limites. Dificuldade p/ integrar-se grupo																			
DIAGNÓSTICO INTEGRAL																			
Falta de limites na família e violência																			
INDICAÇÕES E CONSULTAS EXTERNAS																			
Tratamento psicológico familiar																			
Responsável																			
Data próxima visita																			



Curvas obtidas do "Manual de Medicina da Adolescência" da OPS. Série PALTEX Nº 20, Washington, D.C., USA, 1992. Para 18 a 20 anos foi feita uma extrapolação.

5. O PROGRAMA DE COMPUTAÇÃO

5.1 Considerações gerais

Um dos objetivos básicos do Sistema Informático do Adolescente é obter dados completos e fidedignos sobre a população de adolescentes atendidos. Para alcançar este objetivo o CLAP propõe um programa de computação que será instalado e utilizado pelo próprio pessoal clínico (ou por quem dependa diretamente dele). Neste capítulo se explica como instalar o programa, como entrar os dados e como conferi-los. Permite também obter resumos individuais de histórias do adolescente impressos pelo computador.

5.2 Instalação dos programas

Para instalar o SIA deve-se ter certeza de dispor de:

- um computador com sistema operativo DOS versão 3.3 ou posterior
- uma unidade de disquete de 5 1/4 ou 3 1/2
- um disco com mais de 20 Mbytes e tempo de acesso inferior a 13 ms
- memória de 2 Mbytes ou mais
- uma impressora
- o disquete do CLAP com os programas

O comando de instalação, INSTALE, realiza os seguintes passos:

- dá acesso ao subdiretório SIA do disco (ou cria se não existe)
- copia os programas do disquete neste diretório
- copia um arquivo de histórias vazio.

Para instalar, colocar o disquete do CLAP na unidade de disquete do seu computador (pode ser uma unidade A: ou B:). Passar a essa unidade digitando A: ou B:.

C:\>A: e em seguida a tecla INTRO, ENTER ou RETURN

De aqui por diante as teclas INTRO, ENTER ou RETURN serão sempre representadas por <ENTER>.

Chame o programa de instalação, especificando o disco no qual quer instalar o sistema (pode ser o disco C: ou o disco D: ou do disco H: se for uma rede). Suponhamos que seja o disco D:

```
C:\>A:INSTALE D:<ENTER>.
```

Antes que o programa esteja instalado aparece uma tela de apresentação com o número da versão; digite qualquer tecla para continuar com a instalação. No final da instalação a tela informa que já copiou o arquivo de início diário no diretório raiz do disco:

«O arquivo de xxxx SIA:BAT copiou o disco»

A partir desse momento o SIA está instalado e deve-se retornar ao disco (C: ou D:) da seguinte maneira:

```
A:\>C: <ENTER> e depois, em C:, iniciar com:
```

```
C:\>SIA <ENTER>
```

Na primeira execução depois da instalação, o SIA deve criar algumas bases de dados e preparar o disco para o trabalho; isto causa uma espera de aproximadamente meio minuto. Nas próximas sessões o programa arranca imediatamente.

O comando que deve ser dado diariamente para trabalhar com o SIA é

```
C:\>SIA <ENTER>
```

O sistema responde com uma tela de apresentação como a que aparece na figura 6.

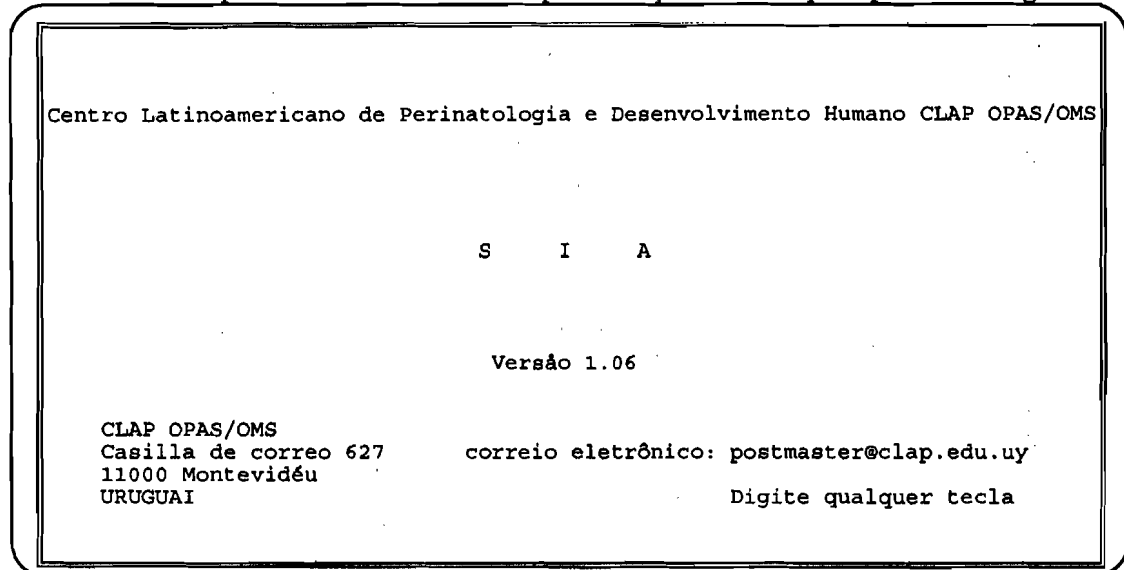


Figura 6 - Tela de apresentação do sistema. Anotar o número da versão e o endereço do CLAP

O usuário pode decidir instalar o Sistema em um diretório ou subdiretório qualquer. Para isso deve-se escrever o comando **INSTALE** e em seguida o nome do diretório aonde se quer instalar o SIA. Este subdiretório deve ter sido criado previamente com:

```
C:\>MD HOSPITAL <ENTER>
```

Para instalar no subdiretório **C:\HOSPITAL** o comando é:

```
C:\>A:INSTALE C:\HOSPITAL
```

Para executar diariamente o SIA instalado no subdiretório **HOSPITAL** o comando é:

```
C:\>SIA C:\HOSPITAL
```

Quando se fizer a atualização da versão do SIA, o procedimento é o mesmo que o de uma primeira instalação, tendo a precaução de fazer um back-up dos dados. Durante a instalação a tela avisa que o sistema já foi instalado e pergunta se deseja copiar somente os Programas, respeitando os dados ou copiar os programas e os dados em branco. A mensagem de advertência é a seguinte:

xxxx

A opção «T» copiar dados e programas é utilizada depois de um período de prova ao final do qual não é desejável conservar os dados porque começa a entrada dos dados verdadeiros ao sistema.

5.3 Guia geral de operação

A operação dos programas está baseada em conceitos simples e coerentes para navegar por diferentes telas e níveis. A tecla **<ESC>** é a tecla que indica retrocesso ou voltar atrás. A tecla **<ENTER>**, **<INTRO>** ou **<RETURN>** é a tecla que confirma os valores apresentados ou os comandos. Depois de entrar um valor numérico com as teclas correspondentes, a tecla **<ENTER>** os confirma. As teclas de função **F1** até **F8** tem um efeito imediato cuja descrição aparece na linha inferior da tela quando estão aptas para uso.

Existem 5 momentos no diálogo operador-máquina: o operador comanda a passagem de um a outro. Os momentos de preparação, execução e apresentação de resultados são semelhantes em todos os programas. A seguir faz-se uma descrição dos 5 níveis de diálogo:

5.3.1 Tela inicial de apresentação. Esta tela foi descrita na figura 6. Com qualquer tecla se passa ao nível seguinte.

5.3.2 Menu principal, com a apresentação do nome da instituição usuária e o resumo das bases de dados as quais se pode ter acesso. O menu pode ser visto na figura 3. No menu pode-se ter acesso às seguintes telas especiais:

<ESC> para voltar ao sistema operativo

F1 Ajuda: mostra telas de ajuda

F2 Base de dados: permite escolher a base de dados

F3 Hospital: permite escolher o nome da instituição. Escolhe-se um dos arquivos CENTRO.DAD e pode-se editar um arquivo novo. Mostra o conteúdo dos CENTRO.DAD a medida que percorre os nomes dos possíveis centros.

F4 Ver dados: permite mostrar na tela os registros da base de dados escolhida. Com as 4 flechas e PgUp, PgDown e Home pode-se navegar através dos dados. Tem as mesmas teclas de função que a verificação dos documentos do SIA.

5.3.3 Preparo do programa; aparecem todas as perguntas específicas do programa. Pode-se navegar entre campos a ser definidos e o programa começa depois da confirmação com a tecla <ENTER>. A tela de preparo permite o acesso às seguintes teclas especiais:

<ESC> para voltar ao menu

F1 Ajuda: leva ao texto de ajuda específico do programa

F2 Base de dados: o mesmo que na tela do menu

F3 Hospital: o mesmo que na tela do menu

F4 Variáveis: ajuda para escolher uma variável, quando for necessária, ou então é somente uma janela de informação da qual se sai com <ESC>

F5 Códigos: apresenta os códigos da variável escolhida ou o intervalo de valor em uma janela. Se for somente uma janela de informação se sai com <ESC>; se foi uma ajuda para escolher valores ou códigos esta desaparece quando já não for necessária.

F6 Período: apresenta uma janela com as mensagens de pedido de período de tempo. O S da mensagem de confirmação (Confirma os valores desta janela? (S/N)), faz sair desta janela. Junto com o período pode-se selecionar importantes componentes como o tipo de consulta (principal ou de evolução) no sistema do Adolescente.

F7 Seleção: apresenta uma janela com as mensagens de pedido de seleção de histórias. As janelas F4 e F5 ficam liberadas para escolher variáveis e para recordar códigos. O S da mensagem de confirmação (Confirma os valores desta janela? (S/N)), faz sair desta janela.

5.3.4 Execução do programa; quando se terminou a etapa de «Preparo do programa» com a tecla <ENTER> começa sua execução; aparece a mensagem «espere um momento por favor» e o contador de histórias, além dos parâmetros escolhidos em «preparo». Durante todo o tempo é possível comparar o contador com a quantidade de histórias a processar. Durante a execução aparece a mensagem «<ESC> Interromper» para que o operador possa ver os resultados processados até esse momento ou voltar a tela de preparo.

5.3.5 Apresentação dos resultados; apresenta os resultados dos cálculos. Se o documento tem muitas páginas o programa indica seu tamanho e pede o nome de um arquivo onde possa guardar para posterior leitura ou impressão. Na tela de apresentação pode-se ter acesso às seguintes telas especiais:

<ESC> Menu

- F1 Ajuda:** permite o acesso a textos de ajuda para a interpretação do texto gerado
- F2 Grava no disco:** para gravar no disco o documento gerado
- F3 Imprime:** para imprimir o documento gerado

F4 Outra execução: leva a tela de apresentação com todos os parâmetros da presente execução para repeti-la ou para editá-los facilmente. Os valores definidos na execução anterior ficam sugeridos automaticamente.

A partir de todos os programas, na etapa de preparo, é possível selecionar os dados que vão ser submetidos a um procedimento escolhido. Por exemplo, uma ESTATÍSTICA BÁSICA pode corresponder a uma determinado período de tempo e a uma subpopulação como a de fumantes. A seleção por data se faz com a tecla F6 e a seleção por qualquer outro conjunto de características com a tecla F7. Nos dois parágrafos seguintes os detalhes destes dois tipos de seleção são apresentados.

5.4 Seleção por datas (F6)

A seleção por data se refere a data da consulta de consulta principal ou de evolução. Os valores sugeridos pela sistema são a data mais antiga e a data mais recente. Quando a data inicial estiver em branco, o banco de dados inclui pelo menos um história cuja data não foi entrada. Se ambas datas estiverem em branco, deduz-se que ou todas as histórias foram entradas sem data ou os diretórios da base de dados não foram atualizados: neste último caso deve-se recorrer ao menu de operações pouco frequentes para executar o programa que os atualiza. A figura 7 é um exemplo de tela de resposta à tecla F6.

CLAP OPAS/OMS

Descrição de uma variável

21 jun 95

Nome da Instituição

Usuária

- Cidade

- PAIS

ADGENER.DBF

N = 92

14 jan 80 - 13 mar 84

ADPRINC.DBF

N = 99

4 jan 94 - 10 out 94

ADVOLU.DBF

N = 189

4 jan 94 - 10 out 94

Definição por variáveis principais

Selecione um período de datas para cada base

ADGENER.DBF

data inicial: 01/03/95

data final: 30/04/95

ADPRINC.DBF

data inicial: 20/03/95

data final: 31/08/95

ADVOLU.DBF

data inicial: 20/03/95

data final: 30/09/95

Confirma os valores desta tela (S/N): S

<ESC>Menu

F1Ajuda

F2BdDados

F3Hosp

F4Var

F5C6digos

F6Período

F7Seleção

Figura 7 - Tela de seleção por data apresentada como resposta à tecla F6: observar que se pode definir um intervalo de datas de consulta além das datas de nascimento registradas em ADGENER.

5.5 Seleção por combinação de variáveis (F7)

A seleção por características das histórias é opcional e se solicita com a tecla F7. A figura 8 é um exemplo de tela na qual foram especificadas as condições de inclusão das histórias. A tela apresenta 3 colunas com 5 condições cada. A história será incluída se as condições de cada coluna forem verificadas alternativamente. As colunas se combinam com o operador «OR». Por exemplo, a primeira coluna exige uma idade compreendida entre 10 e 12 anos e a segunda que seja maior que 15 anos: com esta combinação serão estudadas as adolescentes com exclusão das que tem 13 e 14 anos.

No entanto para que a condição de uma mesma coluna seja respondida deve obedecer simultaneamente a todas as condições especificadas nas 5 linhas. Trata-se do operador «AND». Por exemplo, uma coluna pode ter a condição de consumo de bebidas alcoólicas E (AND) direção de veículo E (AND) tabagismo.

CLAP OPAS/OMS	Descrição de uma variável		21 jun 95
Seleção por qualquer variável			
Var. de sel.: Sexo	Var. de sel.:	Var. de sel.:	
lim. inferior: 2	lim. inferior:	lim. inferior:	
lim. superior: 2	lim. superior:	lim. superior:	
AND	AND	AND	
Var. de sel.: Álcool/dr	Var. de sel.:	Var. de sel.:	
lim. inferior: 0	lim. inferior:	lim. inferior:	
lim. superior: 0	lim. superior:	lim. superior:	
AND	AND	AND	
Var. de sel.: Idade inf	Var. de sel.:	Var. de sel.:	
lim. inferior:	lim. inferior:	lim. inferior:	
lim. superior:	lim. superior:	lim. superior:	
AND	AND	AND	
Var. de sel.:	Em anos (0=nunca trabalhou) Intervalo: 0 - 24		
lim. inferior:	AND	AND	
lim. superior:	Var. de sel.:	Var. de sel.:	
AND	lim. inferior:	lim. inferior:	
Var. de sel.:	lim. superior:	lim. superior:	
lim. inferior:			
lim. superior:			
O	R	O	R

<ESC> Saída F1 Ajuda F2 Mudança de base F5 Códigos

Figura 8 - Tela de seleção por combinação de variáveis: as colunas se combinam com OR e dentro de cada coluna as linhas estão vinculadas entre si com o operador AND. Neste exemplo foram selecionados os adolescentes homens que não tem antecedentes de consumo de bebidas alcoólicas ou drogas e deve-se escolher o intervalo de idades no qual se vai trabalhar.

5.6 Entrada de histórias - Resumo da história

A entrada de dados deve ser feita em um local próximo aos consultórios ou ambulatório. Essa proximidade do instrumento do processamento de dados é fundamental para que se consiga a informação completa para as histórias. Isto permite também que a equipe de saúde tenha acesso facilmente aos resultados do processamento. A pessoa ideal para entrar os dados ao computador é um membro da equipe de saúde integral do adolescente. Este trabalho também pode ser realizado por uma pessoa de arquivo médico. Poder sentar-se diante de um computador para responder as perguntas do sistema sobre a consulta é um momento privilegiado para concentrar-se no caso e rever todas as

variáveis. Durante essa sessão de trabalho será possível observar os dados que não foram registrados no formulário.

Para entrar as histórias se usa o programa **ACESSO A UMA HISTÓRIA**, primeiro na lista do menu, que permite transferir ao computador os dados contidos nos formulários agrupados pelos módulos da HdA. Para entrar uma história o operador utilizará o formulário de HdA previamente preenchido durante a atenção do adolescente, sem necessidade de formulários de conversão ou de qualquer outro instrumento intermediário. Na parte superior, do lado direito se observa o número de histórias já entradas no arquivo. Este programa garante que os dados entrados estejam compreendidos dentro dos limites estabelecidos para cada variável. Quando se entra um valor que está fora do intervalo da variável, o programa mostra uma mensagem de erro e permite a correção do texto. Nos anexos se apresenta uma lista de variáveis da HdA com os valores máximos e mínimos aceitos pelo sistema. Por exemplo, a idade do adolescente não pode ser menor que 10 nem superior a 24 anos.

Se faltar algum dado, o operador deve digitar somente <ENTER>; esse dado poderá ser agregado em outro momento utilizando o mesmo programa. Se durante a entrada de dados de uma história clínica for necessário saltar a outra variável, o operador pode dirigir-se a ela utilizando as teclas <PgUp> ou <PgDown>, (<AvPg> ou <RePág>).

No final da entrada de dados o operador deve gravar a história com a tecla F6, e iniciar a entrada de um novo caso do mesmo formulário. Se não gravar os dados o programa continuará mostrando os dados recém digitados. No final da entrada de dados de um formulário, o operador pode obter um resumo da história do caso, para inclusão no expediente clínico do paciente. Para isso digita a tecla F8 que tem duas funções: a de gravar os dados e a de preparar um documento. A figura 9 é um exemplo do resumo de dados gerais do adolescente, extraído da base de dados fixos (ADGENER.DBF).

Para entrar os dados de uma consulta principal deve-se primeiro sair da tela de dados gerais com <ESC> e depois escolher a base ADPRINC.DBF entre as oferecidas pelo programa de entrada. Faz-se a entrada de dados da mesma maneira e aqui também é possível obter resumos individuais de dados da consulta principal ou de evolução. As figuras 10 e 11 mostram resumos das outras bases de dados: a consulta principal e a consulta de evolução. Estes documentos podem ser arquivados no disco atribuindo-lhes um nome alusivo ao paciente ou a seu número para depois editá-los; também podem ser impressos.

CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMÁTICO DO ADOLESCENTE AD1011 Ver 1.06 21 jun 95

Nome da Instituição Usuária - Cidade - PAIS

RESUMO DA HISTÓRIA DO ADOLESCENTE

Sobrenome A.....	Instituição 0000001
Nome L.....	Número da história 0001236463
Lugar de nascimento	Código lugar nasc.
Data de nascimento 20 dez 81	Sexo Feminino Telefone
Endereço PSJ.LAGO VICHUQUEN RALUN 78	
Cidade SAN MARCOS	Código geográfico 11600

ETAPAS Menarca/Espermarca	anos	meses	
Início trabalho 15 anos		Início fumo 14 anos	
Início rel.sex. 15 anos		Início álcool anos	

ANTECEDENTES PESSOAIS COLETADOS NA ÚLTIMA CONSULTA:

Perinatais	Uso medicam. ou sub não
Crescimento	Transt. psicológico não
Desenvolvimento	Vacinas Completas completas
Doenç. crônicas não	Maltrato não
Doenç.infecto-conta sim	Judiciais não
Acidentes/intoxica sim	Outros não
Cirurgia/hospitaliz sim	

ANTECEDENTES FAMILIARES COLETADOS NA ÚLTIMA CONSULTA:

Cardiovasculares sim	Violência intrafami não
Infecções sim	Ant. judic. famil. não
Álcool/drogas fami não	Alergia
Obesidade na famíli não	Mãe adolescente
Diabetes na família não	Outros ant.familiar não
Psicológicos na fam não	

Variáveis de uso local: LIVRE1 0113; LIVRE2 0024; LIVRE3 0567

Comentários: _____

Assinatura: _____

Figura 9 - Exemplo do Resumo de Registro Geral de um adolescente. Nesta folha estão incluídos os dados fixos do paciente e os antecedentes familiares e pessoais, da maneira que foram obtidos na Consulta Principal mais recente.

CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMÁTICO DO ADOLESCENTE AD1012 Ver.1.06 21 jun 95
 Nome da Instituição Usuária - Cidade - PAIS

RESUMO DA HISTÓRIA DO ADOLESCENTE

Sobrenome A.....

Instituição 0000001

Nome L.....

Número da história 0001236463

[CONSULTA PRINCIPAL — Num 01 — Data 4 mar 95 — Idade 15a 06m —
 Acompanhante amigo/a ; Estado civil solteiro
 Motivos da consulta:

Motivos cons. segundo o acompanhante:

FAMÍLIA Convive mãe pai

No quarto com

Compartilha a cama nã;nível instr.mãe 1º grau inco;pai 1º grau
 trabalho mae não estáve;pai estável ;Família

Habitação Eletric. ;água na casa ;dejetos ;03 quartos

EDUCAÇÃO Estuda si;nível 2º grau gr.03; anos 09; problemas nã
 educação não formal ; anos repetidos 0 ; deserção si;
 causas .TRABALHO.

TRABALHO ; desde 15 anos; 40 horas p/sem o dia todo
 Razão econôm;Trab.legalizado nã;Trab.insalubre nã;Tipo

VIDA SOCIAL aceito Namorado/a si Amigos si Atividade de gruposi
 04 hs esp./sem; 04 hs TV/dia; Outras ativ.

HÁBITOS Sono normal si; Alimentação adequada si; 2 refeições./dia;
 2 ref.com fam.;05 cigarr/dia desde 14 anos;00 l cerv/sem.desde anos
 Outro tóxico nã; ; dirige veículo

GINECO-UROL. ciclos regulares nã; dismenorréia nã; fluxo patológico si
 DTS nã; gestações do casal 0 ; filhos do casal.0 ;abortos do casal 0

Sex:Necessita info. si; rel.sex.hetero ; desde 15a; compan.única/o
 probl.nã;contracepção sempre ;usa preserv. sempre ;abuso sexual nã

PSI.Imagem gera pre;Autopercep.muito tí;Ref.adul.mãe ;proj.confus

EnAME FÍSICO: Aspecto 80.0 ; 99 Kg (c1.); 97 m (c); (P/TcXX)
 Pr.art.085/110; Freq.card.050 bat/min; Tanner mamas 0;pelos pub.n.2;
 Vol.test.dir cm3; esq. cm3. Achados anormais :

Impr. diagnóstica:

Indicações :

Prof.: ; Próxima 6 jun 95; LIVRE1 0361;LIVRE2 0182;LIVRE3 0014

Comentários: _____ Assinatura: _____

Figura 10 - Exemplo do Resumo de História, Consulta Principal de uma adolescente.
 Esta folha contém uma grande quantidade de informação, reflexo da consulta detalhada.

CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMÁTICO DO ADOLESCENTE AD1013 Ver 1.06 21 jun 95
 Nome da Instituição Usuária - Cidade - PAIS

RESUMO DA HISTÓRIA DO ADOLESCENTE

Sobrenome A.....
 Nome L.....

Instituição 0000001
 Número da história 0000036463

CONSULTA DE EVOLUÇÃO Num.004 Data 10 mar 95 Idade 15a 06m

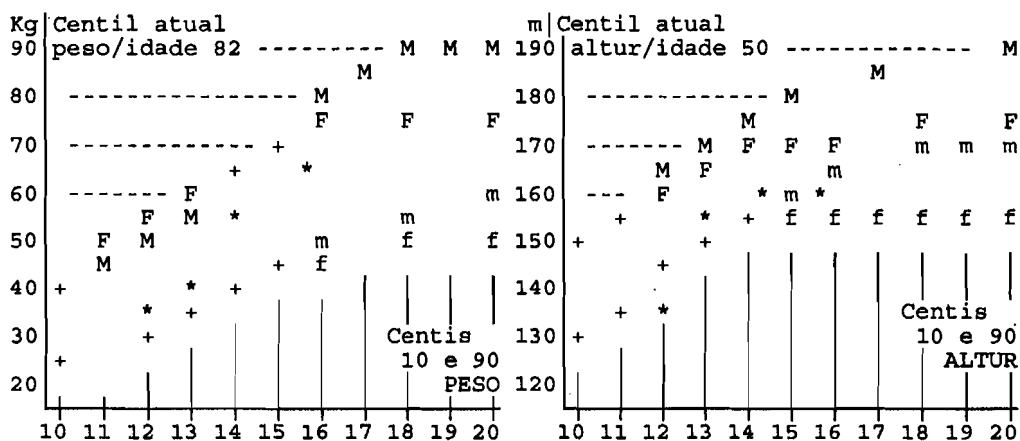
Acompanhante amigo/a ; Estado civil solteiro ; DUM não correspond
 Motivos da consulta:

Motivos cons. segundo o acompanhante:

E AME FÍSICO: 82 Kg (centil 1.); 50 m (centil); (P/A centil XX)
 Pr.art.070/110; Freq.card.050 bat/min; Tanner mamas ; pel.p.2; gen.2;

Impressão diagnóstica:
 Indicações :

EVOLUÇÃO DE PESO E ALTURA NAS CONSULTAS ANTERIORES



Profissional responsável 1131

Data da próxima consulta: 6 jun 95

Variáveis de uso local: LIVRE1 0279; LIVRE2 0182; LIVRE3 0006

Comentários:

Assinatura :

Figura 11 - Exemplo do Resumo de História, folha de Evolução de uma adolescente. Os dados obtidos na consulta de evolução mais recente estão indicados porém nos gráficos estão incluídos todos os pontos relativos às medidas de peso e altura das consultas anteriores. Esta é a quarta consulta por evolução e se observam quatro asteriscos (*) em cada gráfico. As letras F e M indicam centis 90 para mulheres e homens, as letras f e m os centis 10.

5.7 Back up dos dados

É uma boa norma de trabalho fazer back up periódicos dos dados entrados no computador para poder recuperá-los se houver uma falha de leitura do disco. O back up deveria ser feito cada vez que se entram dados de uma história nova, copiando todo o arquivo de dados em dois disquetes alternados. Um dia se faz o back up em um disquete A, e no dia seguinte no B, para no terceiro dia continuar com A, e assim sucessivamente. Para fazer o back up é necessário dispor de disquetes formatados ou disquetes de respaldo existentes que deverão ser atualizados.

Pode-se fazer o back up utilizando o programa do menu COPIA DE ARQUIVOS que oferece possibilidade de selecionar as histórias que vão ser arquivadas. Por exemplo, pode ser necessário fazer back up dos dados de duas instituições que usam o mesmo computador em disquetes diferentes. As instruções para fazer a cópia são dadas na tela. A partir do menu do programa de backup não é possível apagar arquivos que eventualmente estejam gravados no disquete, mas sobreescrever um arquivo existente no disquete (se tiver o mesmo nome que o que se está copiando), SEM AVISAR. O programa também avalia o espaço disponível no disquete e solicita a quantidade de disquetes necessários para copiar todos os dados. Não se pode esquecer de fazer o back up de todas as bases de dados do sistema (no SIA são ADGENER.BDF, ADPRINC.BDF e ADVOLU.DBF).

O back up também pode ser feito usando o comando COPY do sistema operativo D.O.S.:

```
C:\SIA\>COPY ADGENER.BDF A:<ENTER>
C:\SIA\>COPY ADPRINC.BDF A:<ENTER>
C:\SIA\>COPY ADVOLU.DBF A:<ENTER>
```

5.8 Controle do preenchimento

A função da opção CONTROLE DO PREENCHIMENTO é evidenciar a falta de informação nas histórias. É portanto uma ferramenta de controle da disciplina do pessoal médico em seu trabalho de documentação de suas ações e observações de saúde. Para obter um documento de Controle de Preenchimento o operador seleciona a opção no menu e em seguida especifica o período de interesse com a tecla F6 ou seleciona os casos com F7.

Para verificar se as histórias têm data deve-se executar o programa Controle de Preenchimento sem especificar o limite inferior de data para que as histórias que estão sem data ou cuja data esteja incompleta apareçam. A única estatística que este programa apresenta é a relativa a falta de informação. Na figura 12 se apresenta um exemplo de CONTROLE DE PREENCHIMENTO, onde as variáveis estão precedidas pela falta de informação de cada um dos grupos ou módulos do formulário. Como o SIA trabalha com três bases de dados este programa deve ser executado três vezes, uma para cada uma delas.

CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMÁTICO DO ADOLESCENTE AD1050 Ver 1.06 '21 jun 95

Nome da Instituição Usuária - Cidade - PAIS

CONTROLE DE PREENCHIMENTO

DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO

ADGENER.DBF N = 93 01 jan 80 - 13 mar 84

SELEÇÃO POR OUTRAS VARIÁVEIS — (até 3 grupos com 5 condições)

L Registros selecionados ... 93

Falta informação no total de registros: 2267 49.7%

Falta informação por grupos de variáveis:

Identificação..... 717 45.4%
 Antecedentes pessoa.. 1066 57.3%
 Antecedentes famili.. 484 43.4%

Instituição.....	0 0.0%	Número da História...	0 0.0%
Sobrenome.....	0 0.0%	Nome.....	0 0.0%
Lugar de nascimento..	36 38.7%	Código lugar de nas..	93 100%
Data de nascimento...	0 0.0%	Sexo.....	1 1.1%
Endereço.....	11 11.8%	Cidade.....	11 11.8%
Código geográfico....	92 98.9%	Telefone.....	92 98.9%
Telefone na casa....	93 100%	Idade início trabal..	84 90.3%
Anos Men/Espermarca..	62 66.7%	Meses Men/Espermarc..	87 93.5%
Idade início rel.se..	85 91.4%	Idade início fumo....	88 94.6%
Idade início álcool..	88 94.6%	Perinatais.....	56 60.2%
Crescimento.....	54 58.1%	Desenvolvimento.....	56 60.2%
Doenç. crônicas.....	41 44.1%	Doenç.infecto-conta..	36 38.7%
Acidentes/intoxica...	44 47.3%	Cirurgia/hospitaliz..	39 41.9%
Uso medicam. ou sub..	25 26.9%	Transt. psicológico..	31 33.3%
Vacinas Completas....	33 35.5%	Maltrato.....	35 37.6%
Judiciais.....	33 35.5%	Outros.....	41 44.1%
Obs.ant.pessoais.....	48 51.6%	Cardiovasculares....	18 19.4%
Infecções.....	21 22.6%	Álcool/drogas fami...	20 21.5%
Obesidade na famíli..	26 28.0%	Diabetes na família..	19 20.4%
Psicológicos na fam..	22 23.7%	Violência intrafamí..	32 34.4%
Ant. judic. famíli...	33 35.5%	Outros ant.familiar..	42 45.2%
Obs.ant.familiares...	65 69.9%	Código profissional..	12 12.9%
Livre 1.....	92 98.9%	Livre 2.....	92 98.9%
Livre 3.....	92 98.9%	Alergia.....	93 100%
Mãe adolescente.....	93 100%		

Comentários: _____

Assinatura: _____

Figura 12 - Exemplo de CONTROLE DE PREENCHIMENTO da base de dados gerais ADGENER.DBF. Observar as datas do período a que se refere o documento (como se trata de ADGENER.DBF se refere às datas de nascimento) e a porcentagem total de informação não registrada. Observar que em 42,4% dos casos a data de nascimento não foi registrada.

Na primeira linha está a indicação do programa, a data e o período de estudo solicitado; em seguida aparece o número de histórias entradas cujas datas estão compreendidas no período indicado. Abaixo aparece a porcentagem global de informação não documentada, levando em consideração todas as variáveis de todas as histórias do período. Por exemplo, «Informação não documentada ... 1,4%» indica que 1,4% da informação não foi coletada.

É necessário manter essas porcentagens nos valores mais baixos possíveis através da conscientização das pessoas que preenchem o formulário. Por mais óbvios que sejam, os dados devem ser registrados. E quando os dados não forem óbvios devem ser verificados. O conceito de «falta o dado» é radicalmente diferente de «não» ou «não foi feito». Se o adolescente em questão não dirige, a pergunta sobre condução de veículos deve ter a resposta «NÃO» que não é a mesma coisa que a ausência do dado, que implica uma dúvida se «NÃO SE PERGUNTOU» ou «NÃO DIRIGE». A seguir o documento dá o número e a porcentagem de dados não registrados para cada uma das variáveis. Por exemplo: «PESO 3 0,3%» indicando que em 3 casos o dado PESO não foi registrado, o que representa 0,3% dos casos que deveriam ter esse dado.

Para cada um dos módulos do formulário o programa especifica a porcentagem de dados não registrados. Isto permite fazer uma avaliação comparativa do desempenho no trabalho de documentação nas diferentes fases (registro de antecedentes, família, exame físico, etc.). O documento tem algumas linhas para que o responsável agregue a mão seus comentários; estes comentários devem ser assinados e arquivados junto com os dados.

5.9 Detecção de incoerências

O programa de DETECÇÃO DE INCOERÊNCIAS indica combinações de valores suspeitas de estarem erradas ao percorrer as histórias. Uma altura que diminui de uma consulta para outra, ou um adolescente que em um ponto aparece como «não escolarizado» e em outro com 8 séries curriculares aprovadas, exigem uma revisão.

O programa pode ser executado para um conjunto de histórias que o operador define com F6 ou F7 com o procedimento usual. Recomenda-se fazer uma DETECÇÃO DE INCOERÊNCIAS com os formulários recentemente entrados, quando os dados ainda estiverem frescos na memória da equipe de saúde e a história seja acessível para verificar ou modificar dados.

Este programa indica o número da história e a seguir a(s) mensagem(ns) que correspondem; os casos sem observações podem ser listados sem mensagens ou omitidos de acordo com a decisão do operador. A lista completa com casos que devem ser revistos e com os casos corretos pode servir como um resumo da produção diária se a data for definida com F6. No entanto pode-se obter resumos de produção com mais dados utilizando o programa LISTADO DE HISTÓRIAS.

5.10 Uma sessão de demonstração

Nos disquetes de distribuição do CLAP o arquivo de dados está criado e vazio, pronto para a entrada dos primeiros dados. Para realizar uma sessão de demonstração deve-se copiar os dados de prova no disco no mesmo subdiretório em que estão os programas (C:\SIA geralmente). Esta cópia deve ser feita com o comando:

```
C>COPY A:ARQUIVO.DBF C:\HOSPITAL\SIA
```

Na primeira linha está a indicação do programa, a data e o período de estudo solicitado; em seguida aparece o número de histórias entradas cujas datas estão compreendidas no período indicado. Abaixo aparece a porcentagem global de informação não documentada, levando em consideração todas as variáveis de todas as histórias do período. Por exemplo, «Informação não documentada ... 1,4%» indica que 1,4% da informação não foi coletada.

É necessário manter essas porcentagens nos valores mais baixos possíveis através da conscientização das pessoas que preenchem o formulário. Por mais óbvios que sejam, os dados devem ser registrados. E quando os dados não forem óbvios devem ser verificados. O conceito de «falta o dado» é radicalmente diferente de «não» ou «não foi feito». Se o adolescente em questão não dirige, a pergunta sobre condução de veículos deve ter a resposta «NÃO» que não é a mesma coisa que a ausência do dado, que implica uma dúvida se «NÃO SE PERGUNTOU» ou «NÃO DIRIGE». A seguir o documento dá o número e a porcentagem de dados não registrados para cada uma das variáveis. Por exemplo: «PESO 3 0,3%» indicando que em 3 casos o dado PESO não foi registrado, o que representa 0,3% dos casos que deveriam ter esse dado.

Para cada um dos módulos do formulário o programa especifica a porcentagem de dados não registrados. Isto permite fazer uma avaliação comparativa do desempenho no trabalho de documentação nas diferentes fases (registro de antecedentes, família, exame físico, etc.). O documento tem algumas linhas para que o responsável agregue a mão seus comentários; estes comentários devem ser assinados e arquivados junto com os dados.

5.9 Detecção de incoerências

O programa de DETECÇÃO DE INCOERÊNCIAS indica combinações de valores suspeitas de estarem erradas ao percorrer as histórias. Uma altura que diminui de uma consulta para outra, ou um adolescente que em um ponto aparece como «não escolarizado» e em outro com 8 séries curriculares aprovadas, exigem uma revisão.

O programa pode ser executado para um conjunto de histórias que o operador define com F6 ou F7 com o procedimento usual. Recomenda-se fazer uma DETECÇÃO DE INCOERÊNCIAS com os formulários recentemente entrados, quando os dados ainda estiverem frescos na memória da equipe de saúde e a história seja acessível para verificar ou modificar dados.

Este programa indica o número da história e a seguir a(s) mensagem(ns) que correspondem; os casos sem observações podem ser listados sem mensagens ou omitidos de acordo com a decisão do operador. A lista completa com casos que devem ser revistos e com os casos corretos pode servir como um resumo da produção diária se a data for definida com F6. No entanto pode-se obter resumos de produção com mais dados utilizando o programa LISTADO DE HISTÓRIAS.

5.10 Uma sessão de demonstração

Nos disquetes de distribuição do CLAP o arquivo de dados está criado e vazio, pronto para a entrada dos primeiros dados. Para realizar uma sessão de demonstração deve-se copiar os dados de prova no disco no mesmo subdiretório em que estão os programas (C:\SIA geralmente). Esta cópia deve ser feita com o comando:

```
C>COPY A:ARQUIVO.DBF C:\HOSPITAL\SIA
```

onde ARQUIVO será substituído sucessivamente por ADGENER.BDF, ADPRINC.BDF e ADVOLU.DBF para instalar as três bases do Sistema Informático do Adolescente.

Aqui se dá uma sequência de procedimentos para demonstração:

ACESSO A UMA HISTÓRIA para entrar dados, com formulários HdA na mão, que podem ter sido preenchidos como um simulado, entrar os dados respondendo às perguntas do programa. Lembrar o número de história (por exemplo 1234) e a instituição (por exemplo 7) para poder consultá-la depois. Como alternativa pode-se entrar todos ou alguns dados da história reproduzida como exemplo docente no Capítulo 7. Depois de entrar algumas variáveis, dar o comando F8 (gravar a história) para encurtar a sessão de demonstração e ver o resumo da história. Sair com <ESC> para ir ao menu.

ACESSO A UMA HISTÓRIA para consultar ou modificar dados. Recomenda-se consultar e depois modificar a história recém entrada, na qual, por exemplo, faltam dados importantes como o hábito de fumar. Para ter acesso a essa história, deve-se primeiro selecionar a base (se ADGENER, ADPRINC. ou ADVOLU) e depois indicar o que se lembra da história. Se se especifica a INSTITUIÇÃO e o NÚMERO DA HISTÓRIA ou o sobrenome, para procurar a história deve-se digitar a tecla F3 intitulada «PROCURA» na última linha da tela.

CONTROLE DO PREENCHIMENTO: solicitar a execução deste programa com os dados de prova aos quais se agregou a história recém entrada. Observar como o preenchimento de cada variável é analisado separadamente.

DETECÇÃO DE INCOERÊNCIAS: executar este programa para verificar a coerência dos dados da história entrada. Para isso deve-se especificar em F7 o NÚMERO DA HISTÓRIA como valor inicial e também como valor final.

ESTATÍSTICA BÁSICA: executar este programa para todos os casos disponíveis; deve-se eliminar a condição de seleção que possa ter ficado de um procedimento anterior. Desta forma se obterá uma ESTATÍSTICA BÁSICA dos dados de prova. Comentar as principais características da população atendida.

DESCRIÇÃO DE UMA VARIÁVEL: este programa prepara um histograma da variável que o operador especifique. Recomenda-se pedir as duas variáveis que serão parte do exemplo que segue em ESTIMAÇÃO DE RISCO para avaliar separadamente as variáveis que depois serão estudadas juntas. Pode-se por exemplo, selecionar a variável IDADE INÍCIO DO FUMO na consulta principal e o consumo de OUTRO TÓXICO. A variável IDADE será descrita em vários grupos etários (10, 11, 12 anos etc) enquanto que o consumo de OUTRO TÓXICO terá somente as opções SIM, NÃO e falta o dado.

ESTIMAÇÃO DO RISCO: como prova dos programas, recomenda-se fazer o cruzamento das duas variáveis descritas através da DESCRIÇÃO DE UMA VARIÁVEL. Neste ponto se colocará a prova a hipótese de que o início do consumo de fumo de tabaco em menores

de 14 anos é um fator de risco de consumo de OUTRO TÓXICO. Para isso se especifica:

Variável de exposição ao risco: IDADE INÍCIO FUMO

Intervalo dos expostos: limite inferior :10

limite superior :14

Intervalo dos não expostos: limite inferior :15

limite superior: 20

Variável de resultado adverso: OUTRO TÓXICO

Intervalo do dano: limite inferior: SIM

limite superior: SIM

Intervalo de não dano: limite inferior: NÃO

limite superior: NÃO

As variáveis são definidas digitando a tecla F4. Quando se quiser estimar riscos relativos de variáveis codificadas deve-se consultar o significado dos códigos usando a tecla F5.

O documento de ESTIMAÇÃO DE RISCO indica a associação encontrada entre os dados existentes no arquivo. Recomenda-se fazer comentários sobre a associação e consultar o capítulo sobre ESTIMAÇÃO DE RISCO para interpretar os resultados.

No final da demonstração, utilizando a tecla <ESC> retorna-se ao sistema operativo. Quando a demonstração ou o período de familiarização com o programa estiverem terminados, deve-se apagar o arquivo que contém os dados de prova. Isto pode ser feito instalando novamente o sistema com INSTALE, e dessa forma se copiará o arquivo de dados vazio; ou utilizando a opção do menu CÓPIA DE ARQUIVOS que contém a opção de apagar histórias do arquivo. Se se apagam os arquivos

de dados (por exemplo com o comando DEL ou ERASE ADGENER.DBF) o sistema não poderia executar os programas por falta da estrutura de dados (faltaria um arquivo de dados vazio).

6. OS DOCUMENTOS ESTATÍSTICOS

6.1 Considerações gerais

Neste capítulo se descrevem os processamentos que fornecem informação estatística de um conjunto de casos registrados usando o sistema. O primeiro tipo de resultado, a **ESTATÍSTICA BÁSICA**, é obtido imediatamente e resume a atividade de acompanhamento de uma população de adolescentes. Para obtê-lo deve-se simplesmente selecionar a opção correspondente no menu. Os resultados que seguem são uma resposta a solicitações específicas da equipe de saúde para provar uma série de hipóteses sobre os dados. Assim permite estudar as variáveis uma por uma (**DESCRIÇÃO, DISTRIBUIÇÃO e EVOLUÇÃO DE UMA VARIÁVEL**) ou analisar associações entre duas variáveis (**CRUZAMENTO DE DUAS VARIÁVEIS** ou **ESTIMAÇÃO DO RISCO**). Neste capítulo se mostra como se pode obter uma lista de casos que respondem a determinadas condições sob a forma de colunas de dados ou como histórias completamente redigidas. Finalmente se indicam os procedimentos para analisar os textos que foram entrados de forma livre: assim podem aparecer problemas que não puderam ser codificados nas variáveis do formulário por serem situações regionais ou porque não foram consideradas no processo de definição das variáveis.

6.2 Estatística básica

A opção **ESTATÍSTICA BÁSICA** permite obter um conjunto de taxas que caracterizam a população de adolescentes atendida. Neste conjunto de indicadores estão os antecedentes pessoais e familiares, as diferentes etapas e a presença de algum fator de risco de cada capítulo da Consulta Principal. A leitura desse documento permite ter rapidamente uma visão global da situação do grupo de adolescentes. Como em todos os outros programas, pode-se selecionar a população com qualquer combinação de variáveis e datas. Por exemplo, pode-se obter os indicadores de **ESTATÍSTICA BÁSICA** dos adolescentes homens atendidos durante um determinado período ou as adolescentes mulheres nascidas em um determinado ano.

Assinatura:

Figura 13 - Exemplo de ESTATÍSTICA BÁSICA. Nesta população 6,5% dos adolescentes não está em dia com o esquema local de vacinação. Entre os antecedentes familiares o mais frequente são as doenças cardiovasculares. Dos 8 adolescentes que trabalham, a metade já trabalhava aos 11 anos e 1 mes (mediana). Na consulta principal as áreas nas quais se detectaram fatores de risco foram EXAME FÍSICO, FAMÍLIA e os aspectos GINECO-UROLÓGICOS.

A ESTATÍSTICA BÁSICA indica o programa que a gerou e a data do dia no ângulo superior direito. Em seguida aparece o período de estudo.

ANTECEDENTES PESSOAIS: o programa conta os casos nos quais se encontrou um antecedente pessoal adverso e calcula a porcentagem sobre o total de adolescentes. Recordar que estes antecedentes se referem a situações anteriores às consultas atuais dos adolescentes.

ANTECEDENTES FAMILIARES: o programa conta os casos nos quais se encontrou um antecedente pessoal adverso e calcula a porcentagem sobre o total de adolescentes. Dessa forma se obtém um panorama global da problemática das famílias dos adolescentes.

CONSULTA PRINCIPAL: Os fatores de risco detectados na consulta principal estão marcados com quadrículas amarelas nos formulários. Cada vez que se marca uma alternativa de risco em uma das variáveis do grupo, o programa encaminha esse adolescente ao grupo de risco para esse grupo. Por exemplo, se não dispõe de água em sua casa, este caso será incluído nos casos de risco do módulo HABITAÇÃO. Desta forma estimada-se a problemática do conjunto de adolescentes observada sob o conceito de saúde integral.

ETAPAS: foram definidas 5 idades para cada adolescente nas quais se inicia uma prática social (trabalho, álcool, etc) ou se completa uma etapa do desenvolvimento físico (menarca, espermarca). Alguns adolescentes, ainda não completaram algumas destas etapas; esta sessão de ESTATÍSTICA BÁSICA conta os casos e calcula as porcentagens para aqueles que têm o dado registrado. Em seguida se apresenta a mediana das idades de cada grupo. A mediana é a idade na qual a metade dos indivíduos **que apresentam o dado da etapa** a atingiram.

6.3 Descrição de uma variável

O programa de DESCRIÇÃO DE UMA VARIÁVEL permite estudar as variáveis de uma história por vez. A análise estatística inclui a representação gráfica da distribuição, da média e do desvio padrão, os centis usuais e os valores máximos e mínimos. Para as variáveis qualitativas não se calcula nem a média nem o desvio padrão nem o coeficiente de variação. A idade e o peso são exemplos de variáveis contínuas enquanto que estado civil é uma variável qualitativa. No Anexo se apresentam as características de todas as variáveis do sistema.

Para obter uma DESCRIÇÃO DE UMA VARIÁVEL se escolhe a opção no menu e eventualmente se especifica o período de interesse (F6) ou a sub-população desejada com F7. Em seguida se define que variável se deseja estudar pedindo com F4 a lista alfabética das variáveis e selecionando uma delas usando o cursor com as teclas de flechas e determinando com <ENTER>. Para ter um rápido acesso a uma variável pode-se digitar sua letra inicial fazendo com que a lista se desloque até a primeira variável que começa com essa letra. Por exemplo, depois de digitar F4, apertando a letra T se ilumina a variável TANNER e facilita o acesso às variáveis TÓRAX ou TRABALHO sem ser necessário percorrer todas as variáveis de A até T. Em seguida o programa mostra uma mensagem de pedido de espera enquanto percorre as histórias. O documento é do tipo que se mostra na figura 12: na primeira linha apresenta a identificação do sistema e a data. Também indica o período de estudo e especifica a quantidade de histórias cujas datas estão compreendidas entre os limites dados. Em seguida se observa o nome da variável com uma nota de explicação.

No histograma se adota a divisão em classes de cada variável especificada no Anexo. Observar que o total de histórias inclui aquelas histórias que não tem nenhum valor registrado para a variável que está sendo estudada (linha rotulada «sem dado»). As porcentagens são calculadas com o total de casos incluindo os casos sem dados. O «número de casos para cálculos» é o total de histórias que tem dados para a variável que está sendo estudada e a porcentagem indica quão representativo e completo é o conjunto de dados analisados. Em seguida se especifica o primeiro máximo e o primeiro mínimo com seus correspondentes números de história.

Se a variável que se está estudando é contínua, calcula-se a média, o desvio padrão e o coeficiente de variação da amostra apresentada no histograma, excluindo os casos para os quais não foi entrado nenhum dado. Recordar que o coeficiente de variação é obtido dividindo o desvio padrão pela média e apresentando o resultado em porcentos. Em uma outra linha estão indicados os centis 10, 25, 50, 75 e 90 da amostra em estudo. O centil 50 também se chama mediana da amostra e tem a mesma quantidade de casos com valor menor que casos com valor maior. Quando for uma variável contínua e o número de casos for menor que 10 o programa não calcula os centis.

O resultado desse processamento, apresentado na tela, pode ser impresso ou gravado como um arquivo no disco: a tecla F3 imprime e a tecla F2 pede um nome para gravar o texto no disco. Assim o documento pode ser arquivado e distribuído a equipe de saúde para sua avaliação, discussão e tomada de decisões. Quando for gravado no disco, pode ser incluído em relatórios preparados com processadores de texto.

6.4 Evolução de uma variável

O programa de EVOLUÇÃO DE UMA VARIÁVEL permite estudar a evolução, no tempo, de uma variável que é registrada mais de uma vez para cada paciente. Estas variáveis são encontradas nos formulários que tem um registro tipo C (circunstancial) como as consultas principal ou por evolução. Em oposição a estas variáveis estão as variáveis tipo G (geral) com um único valor para cada paciente, o que não justifica estudar sua evolução: por exemplo a variável PESO AO NASCER.

Para obter um documento de EVOLUÇÃO DE UMA VARIÁVEL o operador escolhe a opção do menu e define a variável que vai ser definida: esta variável deve ser do tipo C, caso contrário o programa não permite continuar o processamento. Em seguida deve-se definir o intervalo que vai ser considerado: por exemplo, a frequência cardíaca entre 50 e 100 batimentos por minuto. Estes limites podem ser escolhidos no intervalo de valores permitido para cada variável: neste caso entre 35 e 220 batimentos por minuto.

Em seguida se define a variável temporal, ou seja uma variável que acompanha a variável cuja evolução interessa estudar. Por exemplo se a variável que interessa estudar é peso, a variável temporal poderá ser idade. Deve-se definir também o intervalo de interesse desta variável: para a idade pode ser de 10 a 18 anos, sempre compreendido entre os limites de 10 e 24 anos para esta variável.

As teclas F6 e F7 permitem seleccionar os casos que vão ser incluídos na análise, da mesma forma que os outros programas. A seleção sobre o período (F6) refere-se a data principal de cada formulário ou história. A seleção sobre as variáveis (F7) pode ser aplicada sobre qualquer combinação de variáveis da mesma base a qual pertencem ambas variáveis em estudo.

-CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMÁTICO DO ADOLESCENTE AD1060 Ver 1.06 21 jun 95

Nome da Instituição Usuária - Cidade - PAIS

DESCRIÇÃO DE UMA VARIÁVEL

DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO

ADPRINC.DBF N = 100 02 jan 94 - 10 out 94

SELEÇÃO POR OUTRAS VARIÁVEIS — (até 3 grupos com 5 condições)

Número da co:1 -1

Registros selecionados: 80

VARIÁVEL: Idade

Idade do adolescente em anos

Valores	Casos	Porcent.
10 -10	5	6.3%
11 -11	8	10.0%
12 -12	6	7.5%
13 -13	8	10.0%
14 -14	9	11.3%
15 -15	7	8.8%
16 -16	8	10.0%
17 -17	11	13.8%
18 -18	6	7.5%
19 -19	7	8.8%
20 -24	0	0.0%
sem dado	5	6.3%

Total 80 100.0%

Escala: um asterisco corresponde a 0.24 registros

Casos para cálculos: 75 93.8%

1º mín:10 em N.0000036273; 1º máx:19 em N.0000036353

Média: 14.7 Desvio padrão: 2.7 Coef. de variação: 18. %

p10: 11.0 p25: 12.1 p50: 15.0 p75: 17.0 p90: 18.0

Comentários

Assinatura

Figura 14 Exemplo de DESCRIÇÃO DE UMA VARIÁVEL. A descrição de variável IDADE registrada na primeira consulta principal entre o dia 2 de janeiro e o dia 10 de outubro de 1994 foi solicitada. São as idades de captação dos adolescentes. A menor idade é 10 anos e a maior 19; a média 14,7 anos. Observar que em 5 casos a idade não foi registrada durante a consulta.

O resultado do programa é um gráfico com a variável temporal no eixo horizontal e a variável que vai ser estudada no vertical (figura 15). O cálculo das escalas é automático e é feito tomando como base o intervalo definido pelo operador. Cada caso é representado por um símbolo, que é repetido para cada par de valores da variável em estudo. Por exemplo, se uma paciente consulta sete vezes, no gráfico existirão sete pontos que indicarão a evolução de seu peso.

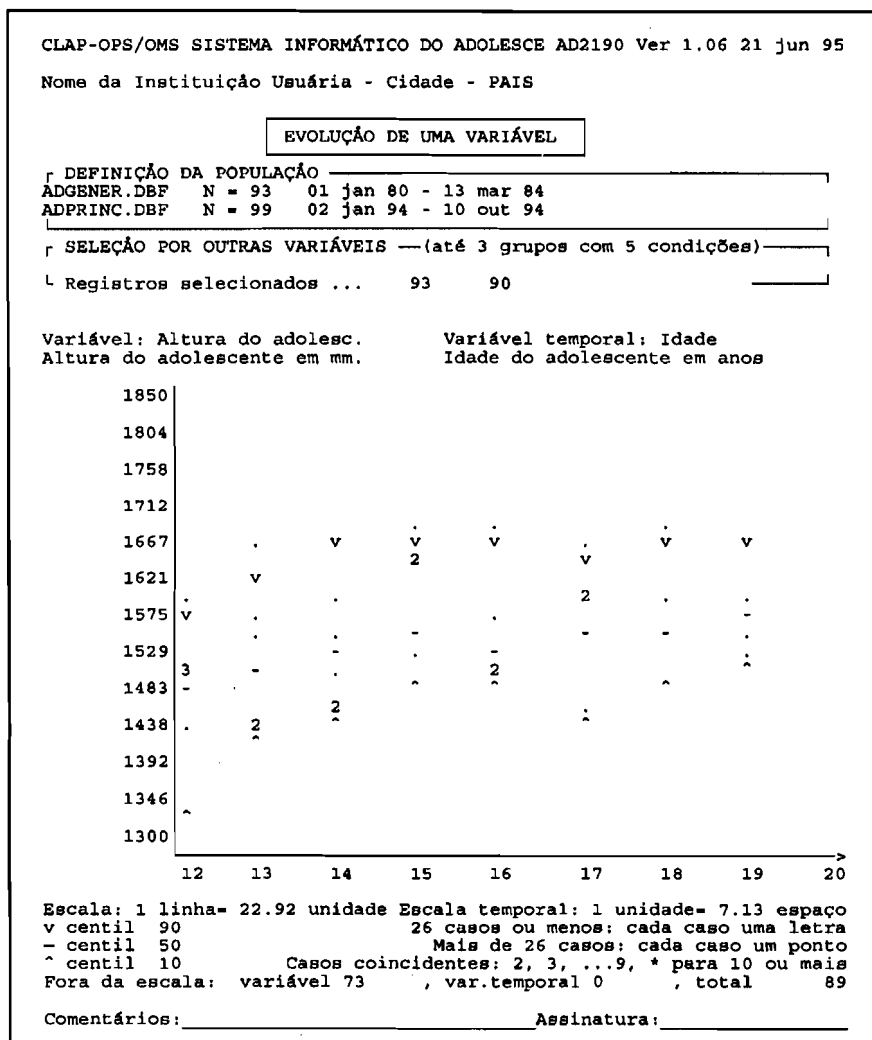


Figura 15 Exemplo EVOLUÇÃO DE UMA VARIÁVEL. Neste exemplo o operador escolheu a altura de todos os adolescentes e de sua evolução com a idade. Como são mais de 26 casos, não se usam letras para acompanhá-los individualmente, os números «2» indicam a existência de duas medidas nessa coordenada, o ponto indica uma medida e «^» é o centil 50 da distribuição por idade. Observar que 35 casos estão fora de escala (19 por altura e 11 por idade) e portanto não foram incluídos neste gráfico.

O programa conta os casos que respondem a condição especificada (em F6 e F7): se são mais de 26, cada caso é representado por um ponto (.). Se são menos de 26 cada caso será representado por uma letra minúscula de «a» a «z». Nos pontos em que dois ou mais casos são coincidentes o programa indica o valor correspondente entre 2 e 9. Se forem 10 ou mais casos, o programa indica com um asterisco (*).

Se for uma variável contínua, calcula os centis 10, 50 e 90 para cada intervalo de valor da variável temporal. No exemplo de peso, foram calculados os centis da variável PESO para cada idade. O centil 10 é o valor interpolado entre os limites da classe que quando seus casos são adicionados à soma de casos das classes inferiores, passa de um valor menor que 10% a um maior que 10% dos casos da coluna em estudo. No gráfico os centis estão representados por símbolos: «~» p50, «^»p10 e «v» para p90.

6.5 Distribuição de uma variável

O programa de DISTRIBUIÇÃO DE UMA VARIÁVEL apresenta todos os valores de uma variável e indica quantos casos existem para cada valor. Este programa é parecido ao programa DESCRIÇÃO DE UMA VARIÁVEL com a diferença que neste TODOS os valores são apresentados enquanto que em DESCRIÇÃO estavam agrupados em classes. Este programa não faz a representação gráfica com histogramas nem estimações estatísticas como a média e os centis.

Para obter uma DISTRIBUIÇÃO DE UMA VARIÁVEL faz-se a seleção no menu e, eventualmente, uma definição de período (F6) ou de sub-população (F7). Em seguida se define a variável que se deseja estudar solicitando com F4 a lista alfabética de variáveis escolhendo uma delas através do deslocamento do cursor e confirmando com <ENTER>. Para ter acesso rápido a uma variável pode-se digitar sua letra inicial que faz com que a lista se desloque até a primeira variável que começa com essa letra.

Em seguida o programa dá a opção de escolher somente parte dos dígitos da variável com a mensagem «limites do intervalo (a analisar)» e propõe do primeiro até o dígito de ordem mais elevada da variável escolhida. Para a variável IDADE seria:

Limite do intervalo: 1..2

Se o operador responde com <ENTER> los limites sugeridos pelo programa serão aceitos e aparecerão todos os valores de IDADE; se se houvesse especificado somente a posição 1, as idades seriam agrupadas somente por dezenas de anos.

Essa possibilidade é de grande utilidade quando interesse contar os casos segundo a variável INSTITUIÇÃO cujos códigos incluem estados, cidades e instituições com diferentes dígitos. Pode haver interesse em obter uma lista de quantidade de casos em um determinado estado (divisão de maior hierarquia) e não interesse discriminar por cidade ou instituições. O resultado deste programa pode estar ordenado por valor crescente da variável ou pela quantidade crescente de número de casos. Aí surge uma pergunta: «Deseja obter a saída ordenada por número de casos?». Finalmente o programa pergunta se a assimilação do valor equivalente como por exemplo «03» e «3» é admitida.

Depois de confirmar estes parâmetros, o programa mostra uma mensagem de pedido de espera enquanto percorre as histórias. O resultado é como o que se apresenta na figura 16: na primeira linha se observa a identificação do sistema e a data em que o documento foi gerado. Também se observa o período de estudo e se especifica a quantidade de histórias cuja data está compreendida entre os limites dados. Em seguida aparece o nome da variável com uma nota explicativa.

O resultado do programa repete o parâmetro escolhido pelo operador: os dígitos da variável que foram analisados. Depois indica a quantidade de valores diferentes encon-

trados e a média de casos por valor; por exemplo, se a variável for IDADE, seria a quantidade de diferentes idades encontradas e quantos indivíduos em média tem a mesma idade. O resto do resultado é a lista de valores com a quantidade de casos para cada valor: a ordem pode ser a do valor ou a da quantidade de indivíduos para cada valor.

Este resultado, depois de ter sido examinado na tela, pode ser impresso ou gravado no disco como arquivo: a tecla F3 imprime e a tecla F2 solicita um nome para o arquivo no qual se gravará a informação.

CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMÁTICO DO ADOLESCENTE AD1210 Ver 1.06 21 jun 95

Nome da Instituição Usuária - Cidade - PAIS

DISTRIBUIÇÃO DE UMA VARIÁVEL

Página : 1

DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO

ADPRINC.DBF N = 100 02 jan 94 - 10 out 94

SELEÇÃO POR OUTRAS VARIÁVEIS —(até 3 grupos com 5 condições)—

Registros selecionados: 100

VARIÁVEL: Idade

Idade do adolescente em anos

Intervalo de dígitos ou caracteres para analisar: 1..2

Total de valores diferentes: 11; Média de casos por valor: 9.09

Casos	Valor	Casos	Valor	Casos	Valor
6					
6	10				
8	11				
7	12				
13	13				
14	14				
9	15				
10	16				
11	17				
7	18				
9	19				

Figura 16 Exemplo de DISTRIBUIÇÃO DE UMA VARIÁVEL. Aqui a variável que aparece ordenada é IDADE. Decidiu-se pela análise de dois dígitos. Em 92 consultas se observam 11 idades distintas.

6.6 Cruzamento de duas variáveis

A opção CRUZAMENTO DE DUAS VARIÁVEIS permite analisar simultaneamente duas variáveis quaisquer e apresentar uma tabela de dupla entrada. O operador escolhe duas variáveis que pertençam a qualquer uma das bases de dados definidas no sistema. O programa constrói a tabela tomando como base a divisão em classes de cada variável.

Estas divisões em classes são as mesmas que o programa DESCRIÇÃO DE UMA VARIÁVEL utiliza para construir o histograma. Por exemplo, cruzar a variável ESTADO CIVIL (4 classes) e a variável ALFABETIZAÇÃO (2 classes) produz uma tabela com 15 quadrículas (5 por 3) nas quais os casos se distribuem. Observar que cada variável tem uma classe adicional para inclusão dos casos sem dados. O documento gerado é como o apresentado na figura 17. Nele se observam as variáveis escolhidas com sua codificação se for uma variável qualitativa. Em seguida se vê a tabela de dupla entrada com a quantidade de casos por quadrícula. Aparece também o valor do Qui quadrado. O documento limita a variável B a 12 classes (apresentada horizontalmente) por razões de espaço. Quando houver mais de 12 classes, omite-se a apresentação de algumas colunas sem que isso afete a validade da coluna de total nem os cálculos do Qui quadrado nem a quantidade de graus de liberdade nem o nível de significação.

Este programa visa analisar a distribuição conjunta de casos de acordo com duas variáveis. Isto pode ter interesse quando se quiser pesquisar a existência de uma relação entre, por exemplo, o nível de instrução dos integrantes do casal ou se as características da instalação de ÁGUA e da disposição de DEJETOS obedecem a algum padrão não aleatório. Às vezes, a interpretação dos resultados é complexa, o que faz que com frequência se simplifique a hipótese de associação em termos de ESTIMAÇÃO DE RISCO, que divide a população em quatro classes claramente definidas considerando o risco e o dano resultante.

6.7 Estimação do risco

O programa ESTIMAÇÃO DO RISCO testa uma hipótese de associação entre um fator de risco e um dano que se supõe que esteja vinculado a esse fator de risco. Por exemplo, na História do Adolescente o registro de ANOS REPETIDOS diferente de zero pode ser um fator de risco para DESERÇÃO escolar. Este programa permite cruzar duas variáveis quaisquer para avaliar o risco relativo e o seu significado.

Divide-se a população em dois grupos: o grupo de risco e o grupo de referência. Quando se define o dano, este geralmente é mais frequente entre os expostos do que entre os não expostos (ou grupo de referência). O risco relativo é o indicador de quantas vezes é mais provável o dano no grupo exposto do que no não exposto. Isto é, um risco relativo igual a 2 significa que o dano é duas vezes mais frequente no caso de exposição ao fator de risco que se está estudando.

O operador escolhe o fator de risco definindo uma variável de exposição e escolhe outra variável que represente um valor adverso ou dano. A variável de exposição ao risco tem um intervalo de risco aumentado e valores de referência. Por exemplo, a variável de exposição ao risco poderia ser a quantidade de cigarros fumados por dia: o intervalo de risco seria um cigarro ou mais enquanto nenhum cigarro seria a situação de referência ou de risco NÃO aumentado. A variável de resultado poderia ser, por exemplo o consumo de álcool, para o qual se definiria como intervalo de risco a ingestão de mais de um litro de cerveja ou equivalente por semana. A situação de referência ou NÃO dano seria o não consumo de bebidas alcoólicas. Desta forma se estudaria a influência do tabagismo sobre o alcoolismo na população definida.

CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMÁTICO DO ADOLESCENTE AD1100 Ver 1.06, 21 jun 95

Nome da Instituição Usuária - Cidade - PAIS

CRUZAMENTO DE DUAS VARIÁVEIS

r Definição da população

ADPRINC.DBF N = 100 02 jan 94 - 10 out 94

r Seleção por outras variáveis—(até 3 grupos com 5 condições)

L Registros selecionados: 100

r Variável A, 1 linha por classe:

Nível instr.mãe/sub

0 analfabeta

1 1º grau incom

2 1º grau

3 2º grau

4 universitário

Variável B, 1 coluna p.classe:

Nível instr.pais/su

0 analfabeto

1 1º grau incom

2 1º grau

3 2º grau

4 universitário

B->	0	1	2	3	4	sem	
A	0	1	2	3	4	dado	
0							0
0	%	%	%	%	%	%	
1		3	4			1	8
1	%	3.00%	4.00%	%	%	1.00%	
2		11	11	8	1	12	43
2	%	11.0%	11.0%	8.00%	1.00%	12.0%	
3		16	10	7	2	4	39
3	%	16.0%	10.0%	7.00%	2.00%	4.00%	
4		2	1				3
4	%	2.00%	1.00%	%	%	%	
sem		4	1			2	7
dado	%	4.00%	1.00%	%	%	2.00%	
		36	27	15	3	19	100

Qui quadrado: $\chi^2=13.1$, graus de liberdade: $1= 25$, $p>0.10$

Comentários: _____ Assinatura: _____

Figura 17 Exemplo de CRUZAMENTO DE DUAS VARIÁVEIS. Aqui o operador escolheu os níveis de instrução do pai e da mãe do adolescente. Considerando as variáveis separadamente, o nível mais frequente entre as mães é o 1º grau incompleto e entre os pais 1º grau completo. As combinações mais frequentes são 1º grau incompleto e completo (13,1%) e 1º grau incompleto e 2º (13,1%). Não é uma associação forte como indica o baixo valor do Qui quadrado.

Para executar o programa de **ESTIMAÇÃO DO RISCO** faz-se a seleção no menu; pode-se trabalhar com uma sub-população selecionando os casos por data (tecla F6) ou por alguma combinação de variáveis (tecla F7). O programa pede ao operador os parâmetros para a execução: a variável do fator de risco e a de dano e seus respectivos intervalos. A sequência de definição de parâmetros antes da execução do programa de **ESTIMAÇÃO DO RISCO** é a seguinte, usando os valores do exemplo da figura 18.

fator de risco: cigarros por dia
intervalo dos expostos; limite inferior: 1
limite superior: 25
referência; limite inferior: 0
limite superior: 0

resultado adverso: álcool por semana
dano; limite inferior: 1
limite superior: 30
referência; limite inferior: 0
limite superior: 0

O resultado gerado é como o exemplo que se apresenta na figura 18. Neste exemplo pode-se observar a variável de exposição ao risco e os intervalos escolhidos. A variável de resultado adverso também aparece indicada com os intervalos de dano e não dano. A tabela de dupla entrada mostra a distribuição dos casos estudados em quatro categorias segundo a divisão em dois das variáveis.

A frequência do fator de risco (f) e a frequência do dano (p) na população selecionada aparecem indicadas. Em seguida se calcula a frequência do dano no grupo de risco (p1) e no grupo de NÃO risco ou de referência (p2). Se estas duas frequências forem iguais, o fator de risco realmente não o é pois se o risco de apresentar o dano não muda quando há exposição a esse suposto risco; neste caso o **RISCO RELATIVO** é igual a 1. Se as frequências de dano são diferentes, o coeficiente $p1/p2$ é o risco relativo (RR).

O risco relativo é um parâmetro estatístico e representa uma estimativa em uma amostra: portanto a estimativa tem um «intervalo de confiança» no qual estão todos os valores de risco relativo que seriam obtidos com outras amostras do mesmo tamanho. Na realidade 95% das amostras deste tamanho obtidas de uma população universal teriam risco relativo compreendido no intervalo de confiança. O programa de **ESTIMAÇÃO DO RISCO** calcula este intervalo cujo objetivo é determinar se a hipótese de associação entre risco e dano deve ou não ser rejeitada.

A representação gráfica do risco relativo permite localizar o risco e seu intervalo de confiança em relação a unidade ($RR=1$) para facilitar sua interpretação. Se a unidade estiver incluída no intervalo de confiança, em algumas amostras o **RISCO RELATIVO** seria igual a um, o que equivale a ausência de associação. Portanto não existe associação com um nível de significação de 95%. No caso de um $RR=2,3$ com intervalo compreendido entre 0,7 e 4,2 não se pode rejeitar a hipótese de que o risco seja o mesmo com ou sem o fator de risco. No entanto se a unidade estiver fora do intervalo de confiança se rejeita a hipótese de risco igual para o grupo de expostos e de não expostos. No caso de um $RR=1,9$ com intervalo entre 1,2 e 3,9 diz-se que o risco relativo 1,9 é diferente de 1 com um nível de significação de 95%. No exemplo da figura 18 o intervalo de confiança não inclui a unidade. Conclui-se que o grupo de expostos tem um risco de apresentar o dano diferente ao do grupo de referência.

Se o fator de risco tem uma frequência baixa na população estudada, a razão dos produtos cruzados («odds ratio» OR) tem um valor próximo ao risco relativo (RR) e habitualmente é o que se calcula. Faz-se então uma representação gráfica de OR e de seu intervalo de confiança de 95% (OR025 e OR975) ao invés de RR. Da mesma forma se o valor 1 estiver incluído no intervalo de confiança não se pode descartar (com um nível de confiança de 95%) que o grupo exposto ao risco e o grupo não exposto sejam o mesmo grupo. No entanto se a unidade estiver fora do intervalo então a hipótese de que os expostos e os não expostos tenham o mesmo risco de apresentar o risco adverso em questão será rejeitada.

Com a possibilidade de definir o intervalo de referência tanto para a variável de exposição ao risco como para a variável de resultado adverso, o estudo de risco será feito por aproximações sucessivas procurando o corte que indica um risco aumentado para a população dada. Como exemplo pode-se considerar variáveis da HdA e começar considerando mais de 1 LITRO DE CERVEJA POR SEMANA como fator de risco e observar o RR em relação ao dano PROJETO DE VIDA ausente; em seguida coloca-se o risco em 2 litros por semana considerando que 1 litro não é realmente um fator de risco e assim sucessivamente até encontrar o limite acima do qual o consumo de álcool está associado ao dano sugerido nesta população.

Uma vez definido o intervalo de exposição ao risco, pode-se tomar o complemento como referência, indicando com * (asterisco) e o programa considerará todos os casos que não estão explicitamente expostos. Por exemplo, se o grupo de risco são as pacientes de 16 a 19 anos e se indica * para o grupo não expostos, este tomará as pacientes de 10 a 15 anos e as maiores de 20 anos.

6.8 Listado de histórias

Este programa seleciona um conjunto de histórias que respondem a uma condição simples ou complexa. Estas histórias podem ser listadas integralmente ou ser resumidas em uma linha. Neste caso o operador decide quais são as variáveis que interessa desenvolver.

O LISTADO DE HISTÓRIAS é uma ferramenta de pesquisa de uso imediato: por exemplo, pode-se solicitar as histórias dos adolescentes que tomam mais de uma determinada quantidade de bebida alcoólica e cuja idade é inferior a um determinado limite. Também é possível listar todas as histórias nas quais o nome é RODRIGO, ou todas as histórias de menores de 14 anos que dirigem veículos, etc.

Para obter um conjunto de histórias faz-se a seleção no menu e define-se a população com F6 e F7. Se a sugestão do programa de listar as histórias for aceita, este prepara um texto com tantas páginas quantos casos foram selecionados. Em cada página encontra-se um RESUMO DE HISTÓRIA de um paciente. Recordar que nas figuras 9, 10 e 11 mostram exemplos de histórias: com o programa ACESSO A UMA HISTÓRIA podia-se obtê-las uma por uma, enquanto que neste caso podem ser várias ou nenhuma se nenhum paciente respondia às condições propostas.

CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMÁTICO DO ADOLESCENTE AD1080 Ver 1.06 21 jun 95

Nome da Instituição Usuária - Cidade - PAIS

RISCO RELATIVO

DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO

ADPRINC.DBF N = 99 02 jan 94 - 10 out 94

SELEÇÃO POR OUTRAS VARIÁVEIS — (até 3 grupos com 5 condições)

Registros selecionados: 99

Variável de exposição ao risco:		variável de resultado adverso:	
Cigarros por dia		Alcool por semana	
Expostos: 1-25		Dano: 1-30	
Referência: 0-0		Referência: 0-0	

		D A N O			
		SIM	NÃO		
FATOR DE RISCO	SIM	21	15	36	36
	NÃO	5	58	63	63
TOTAL		26	73	99/99	99/99

Proporção de expostos ao risco $f = 36.36\%$ Freq. do dano $p = 26.26\%$
 Freq. entre os expostos $p_1 = 58.33\%$ entre os não expostos $p_2 = 7.94\%$
 Qui quadrado..... $x^2 = 30.0$
 Risco relativo..... $RR = p_1/p_2 = 7.35$
 Intervalo de confiança do RR a 95% : 1.90 a 43.89
 Risco atribuível na população.... $RA = f(RR-1)/(1+f(RR-1)) = 0.70\%$
 Razão dos produtos cruzados (odds ratio)..... $OR = ad/bc = 16.24$
 Intervalo de confiança do OR a 95% : 5.25 a 50.23

1	RR025	RR	RR975

Notas: 1. se a frequência do resultado adverso é baixa, o OR é uma boa aproximação do RR; para $p < 10\%$ se traça o gráfico do OR.
 2. a indicação "NÃO" corresponde ao intervalo de referência.

Comentários: _____ Assinatura: _____

Figura 18 - Exemplo de ESTIMAÇÃO DE RISCO. Nos 99 adolescentes atendidos na consulta principal entre os dias 2 de janeiro e 10 de outubro de 1994, o hábito de fumar está associado ao consumo de bebidas alcoólicas com um RISCO RELATIVO de 7,35. Os que fumam tem 7 vezes mais possibilidade de beber do que os que não fumam.

Se nenhuma condição for especificada, o sistema fará um listado com todas as histórias do arquivo. Se for suficiente ter uma lista de pacientes com até 10 variáveis para cada um, a possibilidade de listar histórias completas oferecida pelo programa deve ser rejeitada. Deve-se então especificar as variáveis desejadas, entre as quais recomenda-se incluir sempre o **NÚMERO DE HISTÓRIA**. O programa percorre o arquivo e escreve uma linha para cada paciente que responde positivamente às condições impostas por F6 e F7.

6.9 Análise de textos

Este programa permite analisar as palavras e grupos de palavras entradas nas variáveis do tipo «texto». O programa apresenta uma lista de palavras ordenadas por frequência de aparecimento (Figura 19). Desta forma pode-se detectar problemas novos impossíveis de serem codificados a priori. No documento de **ANÁLISE DE TEXTO** lista-se:

- as palavras mais usadas
- as palavras menos usadas

As palavras mais usadas indicam a problemática usual em uma forma mais livre e ampla do que nas variáveis qualitativas. As palavras menos usadas são as que fornecem informação de grande valor quando se faz a revisão de uma casuística: aparecem as situações muito pouco frequentes que às vezes merecem ser lembradas e analisadas com detalhes.

Toda análise de texto deve considerar o fato de que diferentes palavras ou grupo de palavras tem o mesmo significado. Se os sinônimos não forem agrupados de alguma forma, a análise das palavras (ou grupo de palavras) não poderá seguir a distribuição dos significados. Palavras como «emprego», «trabalho» e «ocupação» podem ser reunidas em um único conceito visando estudar a problemática dos adolescentes, mesmo que cada membro da equipe de saúde use diferentes termos para ele. Antes de fazer a análise do texto deve-se portanto executar uma simplificação baseada em um léxico de sinônimos. O programa tem um **DICIONÁRIO DE SINÔNIMOS** que vem vazio e que deve ser atualizado pelo usuário considerando a terminologia usada no local. Também é conveniente eliminar da estatística de palavras aquelas que separadas não tem significado como as preposições (de, a, por, etc) e os artigos (a, o, as, etc.); para isso serão considerados como sinônimos da cadeia de caracteres mais simples que é o espaço em branco.

Para obter uma análise de textos, escolhe-se a opção do menu. O programa oferece a opção de atualizar o dicionário de sinônimos sugerindo o arquivo **CLAPPRI.DBF**. Quando se fizer a atualização do dicionário, o programa pede o nome do **SINÔNIMO PRINCIPAL** e a seguir todos os **SINÔNIMOS SECUNDÁRIOS** que serão assimilados a aquele sinônimo. Usando o mesmo exemplo de antes o sinônimo principal seria «trabalho» e os secundários «emprego» e «ocupação». O programa permite eliminar sinônimos secundários e finalmente oferece a possibilidade de listar todo o **DICIONÁRIO DE SINÔNIMOS** no formato habitual dos documentos do sistema.

Quando se decide não ter acesso a atualização do dicionário, o programa pede as variáveis que se quer analisar. O operador solicita a lista de variáveis com a tecla F4, mas neste caso somente as variáveis com texto serão apresentadas. As variáveis **NOME** ou **OBSERVAÇÕES** são variáveis que contém textos, enquanto que **IDADE** ou **DATA DA CONSULTA** naturalmente não contém texto portanto sua análise neste programa não é pertinente. Pode-se analisar conjuntamente os textos de até 10 variáveis como por exemplo, **OBSERVAÇÕES DE VIDA SOCIAL**, **OBSERVAÇÕES DE HÁBITOS** e **OBSERVAÇÕES DE TRABALHO** da História do Adolescente; no final da lista de variáveis o operador deixa uma linha em branco e o programa começa a análise.

O programa percorre as variáveis dos casos selecionados e atualiza uma lista de palavras e grupo de palavras indicando para cada uma a quantidade de vezes que foi encontrado. Quando encontra um sinônimo secundário, aumenta a contagem do correspondente sinônimo principal. O sinônimo principal é o que vai ser utilizado no lugar dos outros nos resultados da análise do texto. Uma vez obtido um documento de ANÁLISE DE TEXTO com o da figura 19, é uma boa norma de trabalho incrementar o dicionário de palavras antes de executar novamente o programa. Na primeira vez que se executa o programa serão encontradas muitas palavras ou grupos de palavras com pouco significado ou palavras que querem dizer a mesma coisa. Incrementado o dicionário de palavras o usuário melhora a qualidade da informação contida na ANÁLISE DE TEXTO. Aquelas palavras nas quais não há interesse devem ser especificadas como sinônimos de palavra vazia.

CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMÁTICO DO ADOLESCENTE AD2070 Ver 1.06 21 jun 95

Nome da Instituição Usuária - Cidade - PAIS

ANÁLISE DE TEXTOS

DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO

ADGENER.DBF N = 93 01 jan 80 - 13 mar 84

SELEÇÃO POR OUTRAS VARIÁVEIS —(até 3 grupos com 5 condições)—

L Registros selecionados ... 93

DICIONÁRIO DE SINÔNIMOS CLAPPRI.DBF

Contém 60 sinônimos principais

VARIÁVEIS NAS QUAIS SE ANALISA O TEXTO

4 - Nome (ADGENER.DBF)

As palavras mais usadas: carlos (5), jose (4), alejandro (3), andrea (3), andres (3), juan (3), maria (3), angelica (2), carolina (2), cristian (2), elizabeth (2), laura (2), luis (2), rodrigo (2), silvana (2), solange (2), soledad (2), victor (2), ximena (2), albertina (1), alberto (1), alejandra (1), ana (1), analia (1), angela (1), antonio (1), arturo (1), bernarda (1), carmen (1), claudia (1), claudina (1), cristina (1), daniel (1).

As palavras menos usadas: yonathan (1), yenny (1), wladimir (1), viviana (1), veronica (1), valeska (1), valeria (1), trinidad (1), tamara (1), siboney (1), scarlet (1), roxana (1), rosario (1), romina (1), romilio (1), raul (1), ramon (1), pincheira (1), paz (1), paulina (1), paula (1), patricio (1), oriana (1), norma (1), nelson (1), nadia (1), moises (1), mauricio (1), maritza (1), mario (1), mariela (1), marianela (1), marcia (1), manuel (1).

Nota: Se foram detectados sinônimos nestas listas deve-se fazer a atualização do dicionário de sinônimos e executar novamente o programa.

Comentários:

Assinatura:

Figura 19 - Exemplo de ANÁLISE DE TEXTO. A variável NOME na base de dados ADGENER.DBF (base de dados gerais) foi escolhida. Observar que as palavras mais usadas foram ordenadas em ordem alfabética enquanto que as menos usadas estão na ordem inversa.

7. EXEMPLO DOCENTE

Jorge S., com domicílio na rua Virasoro 183, em Belo Horizonte, consulta pela primeira no dia 12/5/92. Seu telefone é 902-0121. Nasceu em Bombinhas no Acre no dia 10/4/80. Jorge vai a consulta acompanhado por sua mãe a qual declara transtornos de conduta. Ele está cursando a 6ª série. Repetiu a 4ª coincidindo com sua mudança do Acre. Na escola briga com os colegas, discute com os docentes, mente e não estuda. Em casa é agressivo com sua mãe com quem mora. É o mais velho de três irmãos. Sua mãe tem 43 anos, seu pai 33 e ambos são pernambucanos. Jorge morou com seus pais, irmãos e sua avó até os cinco anos. Nessa época a família perdeu sua casa; as crianças ficaram com sua avó e os pais foram morar em um hotel próximo ao trabalho. Dois anos atrás seus pais se separaram; depois de uma internação sua mãe foi buscá-lo e vieram a Belo Horizonte onde vivem sozinhos. Ela limpa escritórios, por hora. Sua casa é precária, tem dois cômodos, energia elétrica e água com bomba dentro de casa, o banheiro está fora. O pai mora em Pernambuco com a avó e seus outros dois filhos.

A gravidez de Jorge foi normal. O parto em pélvica. Seu peso ao nascer era 2900g e altura 48 cm. Seu crescimento sempre foi lento bem como seu amadurecimento. Teve catapora.

Jorge diz estar preocupado por uma cefaléia que tem uma semana de evolução. Seu começo coincide com o aviso da escola que provavelmente repetiria a série. A cefaléia é frontal, tipo opressiva, e cede com repouso. Pergunta se pode crescer; se sente fisicamente pequeno. A mãe mede 1,49m e o pai 1,62m.

O exame físico mostra altura de 126,3 cm, peso de 24,1 kg, FC 75 por minuto, PA 90/60mm de mercúrio, Tanner I. Apresenta muitas cáries e aspecto físico pequeno, mas harmônico. O resto do exame é normal.

Em um interrogatório privado, aparece o dado de que o pai e a avó são obesos e violentos. O pai bebia e às vezes se embriagava. Jorge passa muito tempo sozinho, vê TV seis horas por dia, joga futebol com seus amigos da vizinhança pelo menos duas horas por dia; em muitas ocasiões briga; sente-se rejeitado. Toma o café da manhã e janta com sua mãe, almoça onde pode e o aporte calórico é baixo. Nunca teve uma namorada, não fuma, não bebe, nem usa drogas. Não gosta de estar com adultos, não confia em ninguém, não sabe o que vai fazer no futuro e diz que não lhe importa.

Solicita-se exames complementares para baixa estatura: hemograma, eritrosedimentação, uréia, glicemia, colesterol, creatinina, urina tipo I, urocultivo, Van de Kamer. Radiografias do crânio, de perfil focalizando a sela túrcica e de mão e punho de frente para conhecer a idade óssea. Exame ocular completo.

Pede-se um relatório da professora para conhecer sua opinião sobre a aprendizagem e a conduta de Jorge. Faz-se a indicação de consulta com odontólogo. Também se dá uma orientação sobre alimentação normal.

Um mês depois da primeira consulta, no dia 18/7/92, o paciente volta com alguns dos exames solicitados.

Apresenta peso :25,3 kg, altura 126,7, PA 90/70 mm de mercúrio, e frequência cardíaca de 70 batimentos por minuto, Tanner I.

Hemograma, eritrosedimentação, uréia, glicemia, colesterol, creatinina, urina tipo I, urocultivo, sem anormalidades.

Radiografia da sela túrcica normal. Radiografia da mão e pulso esquerdo mostram idade óssea (IO) de 10 anos para idade cronológica (IC) de 12 a 1m.

Fundo de olho normal.

Van de Kamer em processo.

Está em tratamento odontológico.

O relatório da professora faz referência a dificuldade de Jorge de integrar-se aos companheiros, agressividade física e verbal com os companheiros e docentes e um desconhecimento dos limites adequados. Suas dificuldades de aprendizagem estão relacionadas aos seus problemas de conduta. Quando as matérias não lhe interessam se distrai. Em ciências, que lhe interessa, pode concentrar-se e responder adequadamente. Pede-se uma entrevista com a psicopedagoga da equipe de saúde.

No dia 24/6/92 Jorge tem sua entrevista com a psicopedagoga. Relatório psicopedagógico: Jorge, 12 anos, mora em Belo Horizonte faz 2 anos. O pai mora em Pernambuco e no Acre alternadamente. A mãe, 43 anos, mora em Belo Horizonte. Dois irmãos com 10 e 8 anos, moram em Pernambuco.

Motivo da consulta: seu desempenho na escola é «ruim», é agressivo, «lesa a possibilidade de vínculo com seus companheiros».

A mãe foi internada quando ele tinha 5 anos e perderam a casa. A avó se responsabilizou pelos três filhos de Teresa. Depois de dois anos cede Jorge a uma senhora para que ajude a criar seus netos. Quando Teresa sai do hospital não pode recuperar seus três filhos. Vem a Belo Horizonte com Jorge.

Impressão diagnóstica: Jorge se mostra menor que sua idade cronológica, é simpático, por momento tem um discurso que parece adulto, usando termos que não correspondem a sua idade. Diz ter «medos de certas coisas, medo do castigo». Presta atenção a ruídos e movimentos que vem do exterior.

Apresenta imaturidade nos gráficos, insegurança e desorganização. Tem indicadores que orientam a presunção da interferência de fatores emocionais e baixa tolerância à frustração. Seu nível de desempenho, inferior ao esperado, está influenciado por abandonos repetidos, privações afetivas, ambiente pouco estimulante e com pouca delimitação. Existe, pois um conflito emocional importante que o impede de desenvolver suas possibilidades cognitivas. Faz-se indicação de tratamento psicológico familiar que vai ser iniciado com sua mãe.

8. BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. DSM-III-R. Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales. Masson, S.A., Barcelona, 1988.

Cuminsky M, Moreno EM, Suárez Ojeda EN. Crecimiento y Desarrollo. Washington DC. OPS/OMS, 1988.

Comisión Intersectorial de Salud Integral del Adolescente. Programa Materno Infantil. Gobierno de Córdoba: Manual de Atención Primaria de Salud en Adolescencia. Ministerio de Salud. Gobierno de Córdoba, Córdoba, Argentina, 1992.

Comisión Intersectorial de Salud Integral del Adolescente. Manual de Salud Integral del Adolescente. Criterios para Orientar la Resolución de Problemas de Salud en el Adolescente. Córdoba: Programa Materno Infantil. Ministerio de Salud de Córdoba, OPS/OMS; Córdoba, Argentina, 1992.

Díaz AG, Schwarcz R, Díaz Rossello, JL, Simini, F, Giacomini, H, López, R, Martell, M, Fescina, R, De Mucio, B, Martínez, G. Sistema Informático Perinatal. Montevideú. CLAP-OPS/OMS, 1990 (Pub.Cient. CLAP 1203.01).

Díaz, AG, Schwarcz, R, Simini, F, López, R. The Perinatal Information System IV: Experience in its use in 12 countries. J. Perinat. Med. Suppl. 15 (1):131, 1987.

Díaz Rossello, JL, Martell, M, Díaz, AG, Giacomini, H, Martínez, G, Simini F, López, R, Schwarcz, R, Moreno, E. Sistema Informático del Niño. Montevideo. CLAP-OPS/OMS, 1991 (Pub. Cient. CLAP 1204).

Jessor, R. Risk Behavior in Adolescence. A Psychosocial Framework for Understanding and Action. J. Adolesc. Health Care 12: 597-605, 1991.

Lejarraga, H et al. Criterios de Diagnóstico y Tratamiento. Crecimiento y Desarrollo. Buenos Aires. SAP, 1986.

Marshall WA, Tanner JM. Variations in the Pattern of Pubertal Change in Girls. Archives of Childhood 44 :291, 1969.

Marshall WA, Tanner JM. Variations in the Pattern of Pubertal Change in Boys. Archives of Childhood 45 :13, 1970.

Neinstein LS. Adolescent Health Care. A Practical Guide. Baltimore. Urban Schwarzenberg, 1991.

OPS/OMS. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. Geneva, 1992.

Pasqualini D, Sukster E, Hibra MC, Fixman S. Adolescencia. Un Modelo de Historia Clínica Computarizable. Rev. Hosp. de Niños de Bs. As. 1992; 34: 149-153.

Sarué HE, Bertoni N, Díaz AG, Serrano CV. El Concepto de Riesgo y el Cuidado de la Salud. Montevideo. CLAP, IIN, OPS/OMS, 1984 (Pub. Cient. CLAP 1007).

Schwarcz R, Díaz AG, Fescina RH, Díaz Rossello JL, Martell M, Simini F, López R, Tenzer SM. The Perinatal Information System I: the Simplified Perinatal Clinical Record (SPCR). J. Perinat. Med. Suppl. 15 (1): 9, 1987.

Schwarcz R, Díaz AG, Fescina RH, Díaz Rossello JL, Martell M, Tenzer SM. Historia Clínica Perinatal Simplificada. Propuesta de un Modelo para la Atención Primaria de Baja Complejidad. Boletn de la OPS 95: 163-172, 1983.

Silber TJ, Munist M, Maddaleno M, Suarez Ojeda EN. Manual de Medicina de la Adolescencia. Washington DC. OPS, 1992. (Serie Paltex)

Simini F, Díaz AG, López R, Schwarcz R. The Perinatal Information System III: an Instrument for Epidemiologic Control. J. Perinat. Med. Suppl. 15 (1): 131, 1987.

Simini F, López R, Schwarcz R, Díaz AG. The Perinatal Information System II: development of a Software Package for Perinatal Care Analysis. J. Perinat. Med. Suppl. 15 (1) :222, 1987.

Simini F, López R, Díaz AG, Schwarcz R. Processamento de dados do Sistema Informático Perinatal. Montevideu. CLAP-OPS/OMS, 1992 (Pub. Cient. CLAP 1207.01)

9. ANEXOS

9.1 Motivos de consulta

Os dois primeiros dígitos correspondem a uma grande classificação de motivos de consulta. Se a instituição está interessada em miore detalhes, deve-se anotar os quatro dígitos sem utilizar pontos ou vírgulas. Por exemplo, a Sintomas Urinários em geral corresponde o código 2000, mas a enurese 2005.

01 Controle de saúde

- 01 da puberdade
- 02 escolar
- 03 por esporte
- 04 por contato com doente
- 05 outro

02 Preocupação com o aspecto corporal

- 01 baixa estatura
- 02 alta estatura
- 03 magreza
- 04 excesso de peso
- 05 insatisfação com desenvolvimento muscular
- 06 insatisfação com distribuição adiposa
- 07 insatisfação com alguma parte do corpo
- 08 ginecomastia
- 09 botão mamário
- 10 assimetria do tamanho dos seios
- 11 tamanho dos seios
- 12 penis pequeno
- 13 testículos pequenos
- 14 desenvolvimento da puberdade adiantado
- 15 desenvolvimento da puberdade atrasado
- 16 outro

03 Sintomas gerais

- 01 fraqueza, cansaço, falta de vontade
- 02 tonturas
- 03 falta de ar
- 04 preguiça, fadiga
- 05 palpitações
- 06 outro

04 Dor

- 01 dor de cabeça
- 02 dor na cara, pescoço
- 03 otalgia
- 04 odinofagia
- 05 dor ocular
- 06 dor precordial, precordioalgia
- 07 dor nos seios, mastodinia
- 08 outra dor torácica
- 09 dor nas costas
- 10 dor abdominal
- 11 disúria
- 12 disminorréia
- 13 dor em desenvolvimento
- 14 outra dor genital
- 15 dor anal, retal
- 16 dor muscular, mialgia
- 17 dor articular, artralgia
- 18 dor óssea
- 19 outra dor nos membros
- 20 dor no nível da pele
- 21 outro

05 Febre

06 Transtornos da alimentação

- 01 busca uma dieta
- 02 perda do apetite
- 03 inapetência de longa duração
- 04 perda de peso
- 05 aumento do apetite
- 06 empanzinamento

- 07 aumento da sede
- 08 outro
- 07 Traumatismos, acidentes**
 - 01 luxações, entorses, distensão
 - 02 fratura
 - 03 ferida
 - 04 queimadura
 - 05 intoxicação
 - 06 outro
- 08 Problemas da aprendizagem**
- 09 Problemas da conduta**
- 10 Problemas da dinâmica familiar**
- 11 Problemas emocionais / mentais**
- 12 Problemas com o sono**
 - 01 insônia
 - 02 sonambulismo
 - 03 sonolência
 - 04 outro
- 13 Abuso de drogas e álcool**
- 14 Tumoração visível**
 - 01 cara, pescoço
 - 02 tórax
- 15 Sintomas ou sinais circulatórios**
 - 01 dilatação venosa de membros inferiores
 - 02 edema
 - 03 cianose
 - 04 outro
- 16 Sintomas e sinais oculares**
 - 01 prurido
 - 02 lacrimejamento
 - 03 secreção
 - 04 congestão
 - 05 diminuição da visão
 - 06 diplopia
 - 07 outro
- 17 Sintoma e sinais auditivos e transtornos da fala**
 - 01 diminuição da audição
 - 02 zumbido
 - 03 gagueira
 - 04 sigmatismo
 - 05 outro
- 18 Sintomas e sinais respiratórios**
 - 01 CAVS
 - 02 epistaxis
 - 03 obstrução nasal
 - 04 disfonia
 - 05 tosse
 - 06 dispnéia
 - 07 outro
- 19 Sintomas e sinais digestivos**
 - 01 náuseas
 - 02 vômitos
 - 03 diarreia
 - 04 prisão de ventre
 - 05 distensão abdominal
 - 06 prurido anal
 - 07 parasitas nas fezes
 - 08 melanorréia ou sangue na matéria fecal
 - 09 incontinência anal
 - 10 encoprese
 - 11 transtornos nos lábios e/ou boca
 - 12 outro
- 20 Sintomas e sinais urinários e genitais**
 - 01 poliúria
 - 02 oligúria
 - 03 hematúria
 - 04 incontinência urinária
 - 05 enurese
 - 06 secreção dos mamilos
 - 07 prurido nos mamilos
 - 08 ausência de um(dois) testículo(s)
 - 09 corrimento
 - 10 outra secreção vaginal
 - 11 prurido genital
 - 12 amenorréia primária
 - 13 amenorréia secundária
 - 14 metrorragia
 - 15 polimenorréia
 - 16 oligomenorréia
 - 17 hipermenorréia
 - 18 hipomenorréia
 - 19 impotência
 - 20 frigidez
 - 21 ausência de ejaculação
 - 22 esterilidade
 - 23 aborto
 - 24 gravidez
 - 25 parto
 - 26 abuso sexual
 - 27 outro
- 21 Sintomas e sinais relacionados a pele e anexos**
 - 01 prurido
 - 02 exantema, «cravos, espinhas»
 - 03 pintas
 - 04 palidez
 - 05 secreção
 - 06 sudorese
 - 07 alteração das unhas
 - 08 queda do cabelo
 - 09 hipertricose
 - 10 outro
- 22 Sintomas e sinais osteoarticulares**
 - 01 alteração da postura
 - 02 impotência funcional
 - 03 transtornos da marcha
 - 04 malformação
 - 05 outro
- 23 Sintomas e sinais neurológicos**
 - 01 atraso do amadurecimento
 - 02 retardo mental
 - 03 desmaios
 - 04 convulsão
 - 05 tremores
 - 06 outro movimento involuntário
 - 07 manejo de medicação neurológica
 - 08 outro
- 24 Busca de informação**
 - 01 alimentação
 - 02 atividade física
 - 03 tempo livre
 - 04 vocação
 - 05 desenvolvimento da puberdade
 - 06 início de relações sexuais
 - 07 contracepção
 - 08 dúvidas sobre identidade sexual
 - 09 vacinas
 - 10 outro
- 25 Controle por doença prévia**
- 26 Motivo de consulta ignorado**
- 27 Outro**

9.2 Classificação resumida de doenças

01 Doenças infecciosas e parasitárias

- 01 Doenças infecciosas e parasitárias intestinais
- 02 Tuberculose
- 03 Angina estreptocócica
- 04 Outras doenças bacterianas
- 05 Hepatite A vírus
- 06 Mononucleose
- 07 Infecção por VIH/AIDS
- 08 Outra doença por vírus
- 09 Doenças de transmissão sexual
- 10 Outra doença infecciosa ou parasitária

02 Tumores malignos e benignos

- 01 Hodgkin
- 02 Outro linfoma
- 03 Leucemia
- 04 Outro tumor maligno
- 05 Outro tumor benigno

03 Doenças das glândulas endócrinas, do metabolismo e da nutrição e transtornos da imunidade

- 01 Doenças tiroideas
- 02 Doenças hipofisárias
- 03 Diabetes
- 04 Hiperproteïnemias
- 05 Obesidade
- 06 Outra deficiência da nutrição (não anorexia, não bulimia)
- 07 Outro transtorno da imunidade
- 08 Outra doença das glândulas endócrinas, do metabolismo ou da nutrição

04 Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos

- 01 Anemias
- 02 Transtornos da coagulação
- 03 Outra doença do sangue ou órgão hematopoiéticos

05 Transtornos emocionais/mentais

- 01 Retardo mental
- 02 Transtornos do desenvolvimento das habilidades acadêmicas
- 03 Transtorno autista
- 04 Transtorno da conduta (agressividade, isolamento social, etc.)
- 05 Anorexia nervosa
- 06 Bulimia nervosa
- 07 Outro transtorno da conduta alimentar
- 08 Transtorno da identidade sexual
- 09 Tiques
- 10 Encoprese
- 11 Enurese
- 12 Transtornos da fala
- 13 Consumo de álcool
- 14 Consumo de drogas e/ou substâncias
- 15 Psicose
- 16 Depressão
- 17 Ansiedade/angústia
- 18 Transtornos de conversão
- 19 Disfunções sexuais
- 20 Transtornos do sono
- 21 Outro transtorno neurótico e/ou da personalidade
- 22 Estresse psicossocial por incontinência familiar
- 23 Outros problemas paterno-filiais
- 24 Estresse psicossocial por problemas de trabalho
- 25 Maltrato físico

26 Abuso sexual

27 Outro transtorno emocional/mental

06 Doenças do sistema nervoso

- 01 Meningite
- 02 Epilepsia
- 03

04 Hemicrania

05 Outro transtorno neurológico

07 Doenças dos órgãos do sentido

- 01 Transtornos do olho e anexos
- 02 Otite
- 03 Surdez
- 04 Outro transtorno do ouvido e mastóides

08 Doenças do aparelho circulatório

- 01 Doença hipertensiva
- 02 Doença cardíaca
- 03 Doença do aparelho circulatório periférico
- 04 Outra doença do aparelho circulatório

09 Doenças do aparelho respiratório

- 01 Amigdalite
- 02 Infecção das vias respiratórias superiores
- 03 Rinosinusite alérgica
- 04 Bronquite
- 05 Pneumonia
- 06 Influenza
- 07 Asma
- 08 Outra doença do aparelho respiratório

10 Doenças da cavidade bucal e cara

- 01 Doença dos dentes e suas estruturas de sustentação
- 02 Doença das glândulas salivares
- 03 Doença dos maxilares
- 04 Outra doença da cavidade bucal e cara

11 Doenças do aparelho digestivo

- 01 Úlcera gástrica/duodenal
- 02 Apendicite
- 03 Prisão de ventre
- 04 Outra doença do aparelho digestivo

12 Doenças do aparelho urinário

- 01 Infecções renais
- 02 Cistite
- 03 Outra doença do aparelho urinário

13 Doenças dos órgãos genitais masculinos

- 01 Hidrocele
- 02 Testículo não descido
- 03 Varicocele
- 04 Fimose
- 05 Outra doença dos órgãos genitais masculinos

14 Doenças dos órgãos genitais femininos

- 01 Doenças das mamas
- 02 Doença inflamatória do útero, vagina, vulva
- 03 Disminorréia
- 04 Transtornos menstruais
- 05 Outra doença dos órgãos genitais femininos
- 15 Gravidez e Transtornos da gravidez, parto e puerpério

16 Doenças da pele e tecido subcutâneo

- 01 Acne
- 02 Infecções da pele e/ou tecido celular subcutâneo
- 03 Outra doença da pele e/ou tecido celular

17 Doenças do sistema osteoarticular e tecidos conjuntivos

- 01 Escoliose
- 02 Assimetria no comprimento dos membros inferiores

- 03 Outra anomalia da coluna
 04 Artrite não reumatóide
 05 Febre reumática
 06 Artrite reumatóide
 07 Lúpus eritematoso disseminado
 08 Outra doença do tecido conjuntivo
 09 Outra doença do sistema osteoarticular
- 18 Anomalias congênitas**
 01 Malformações cardíacas
 02 Outra anomalia congênita
- 19 Sinais e sintomas morbidos mal definidos**
 01 Síndrome febril prolongado
 02 Lipotímia
 03 Outro sintoma cardíaco
 04 Cefaléia tensional
 05 Dor abdominal
 06 Dor torácica
 07 Dor nas costas
 08 Dor nos membros
 09 Outra dor sem sustentação orgânica de doença
- 20 Traumatismos**
 01 Fraturas
 02 Luxações, entorses e distensões
 03 Outras feridas ou traumatismos
- 21 Queimaduras**
- 22 Envenenamentos não intencionais**
- 23 Madurador lento/Retardo da puberdade familiar**
- 24 Baixa estatura familiar**
- 25 Adolescente sadio**
- 26 Outro diagnóstico**

9.3 Indicações e consultas externas

- 00 Nenhuma
 01 Controle
 02 Medidas gerais
 03 Orientação sobre crescimento e desenvolvimento
 04 Orientação sobre alimentação
 05 Orientação sobre sexualidade
 06 Orientação sobre outras áreas
 07 Antibióticos, antimicóticos, antiparasitários
 08 Antidepressivos, ansiolíticos, anticonvulsivos
 09 Antipiréticos, analgésicos, antiinflamatórios
 10 Outra medicação específica
 11 Psicoterapia
 12 Pedido de exames
 13 Pedido de consulta externa

9.4 Variáveis da base geral. Base de dados ADGENER.DBF

- 1 Instituição 0000000 - 9999999
 Usar o código correspondente
- 2 Número da História 0000000000 - 9999999999
 Número da história clínica
- 3 Sobrenome A - Z
 sobrenomes paterno e materno
- 4 Nome A - Z
 Nome do adolescente
- 5 Lugar de nascimento A - Z
- 6 Código lugar de nas 0000000 - 9999999
 Código da instituição onde nasceu
- 7 Data de nascimento 01/01/73 - 31/12/99
 No formato dd/mm/aa

- 8 Sexo 1 Feminino 2 Masculino 1 - 2
- 9 Endereço A - Z
 Indicar rua e número
- 10 Cidade A - Z
- 11 Código postal-cep 1 - 99999
 Indicar código postal do endereço
- 12 Telefone 0 - 9999999999
 Da casa ou de vizinhos (0=não tem)
- 13 Telefone na casa 0 - 1
 Indicar se é da casa ou para recados
- 0 Somente para recado 1 Telefone na casa
- 14 Idade início trabal 0 - 24
 Em anos (0=ainda não começou a trabalhar)
- 15 Anos Men/Espermarca 0 - 24
 Em anos (0=não aconteceu)
- 16 Meses Men/Espermarc 0 - 11
 Fração do ano em meses men/espermarca
- 17 Idade início rel.se 0 - 24
 Em anos (0=nunca teve relações sexuais)
- 18 Idade início fumo 0 - 24
 Em anos (0=nunca fumou)
- 19 Idade início álcool 0 - 24
 Em anos (0=nunca tomou beb. alcoólica)
- 20 Perinatais 0 - 2
 Condições perinatais normais
 0 normal 1 anormal
 2 não sabe
- 21 Crescimento 0 - 2
 Crescimento normal
 0 normal 1 anormal
 2 não sabe
- 22 Desenvolvimento 0 - 2
 Desenvolvimento normal
 0 normal 1 anormal
 2 não sabe
- 23 Doenças crônicas 0 - 1
 Doenças crônicas
 0 não 1 sim
 2 não sabe
- 24 Doenç.infecto-conta 0 - 2
 Antecedentes de doenç. infecto contagios
 0 não 1 sim
 2 não sabe
- 25 Acidentes/intoxica 0 - 2
 Acidentes ou intoxicações
 0 não 1 sim
 2 não sabe
- 26 Cirurgia/hospitaliz 0 - 2
 Foi submetido a grande cirurgia
 0 não 1 sim
 2 não sabe
- 27 Uso medicam. ou sub 0 - 2
 Antecedentes uso habitual medicamentos
 0 não 1 sim
 2 não sabe
- 28 Transt. psicológico 0 - 2
 Indicar se tem transtornos psicológicos
 0 não 1 sim
 2 não sabe
- 29 Vacinas Completas 0 - 2
 Indicar se está com as vacinas em dia
 0 completas 1 incompletas
 2 não sabe
- 30 Maltrato 0 - 2
 Foi abandonado ou sofreu maltrato
 0 não 1 sim
 2 não sabe

- | | | | |
|----|--|-------------|--|
| 31 | Judiciais | 0 - 2 | |
| | Antecedentes judiciais como adolescente | | |
| | 0 não 1 sim | | |
| | 2 não sabe | | |
| 32 | Outros | 0 - 1 | |
| | Existem outros antecedentes pessoais? | | |
| | 0 não 1 sim | | |
| 33 | Obs.ant.pessoais | A - Z | |
| | Observações dos antecedentes pessoais | | |
| 34 | Cardiovasculares | 0 - 2 | |
| | Ant. familiares de HTA cardiopatia etc. | | |
| | 0 não 1 sim | | |
| | 2 não sabe | | |
| 35 | Infecções | 0 - 2 | |
| | Antecedentes familiares de TBC VIH etc. | | |
| | 0 não 1 sim | | |
| | 2 não sabe | | |
| 36 | Alcool/drogas fami | 0 - 2 | |
| | Antecedentes de álcool/droga na família | | |
| | 0 não 1 sim | | |
| | 2 não sabe | | |
| 37 | Obesidade na fami | 0 - 2 | |
| | Antecedentes de obesidade na família | | |
| | 0 não 1 sim | | |
| | 2 não sabe | | |
| 38 | Diabetes na família | 0 - 2 | |
| | Antecedentes de diabetes na família | | |
| | 0 não 1 sim | | |
| | 2 não sabe | | |
| 39 | Psicológicos na fam | 0 - 2 | |
| | Antecedentes psicológicos na família | | |
| | 0 não 1 sim | | |
| | 2 não sabe | | |
| 40 | Violência intrafami | 0 - 2 | |
| | Violência na família | | |
| | 0 não 1 sim | | |
| | 2 não sabe | | |
| 41 | Ant. judic. famil. | 0 - 2 | |
| | Antecedentes judiciais na família | | |
| | 0 não 1 sim | | |
| | 2 não sabe | | |
| 42 | Outros ant.familiar | 0 - 1 | |
| | Outros antecedentes familiares | | |
| | 0 não 1 sim | | |
| 43 | Obs.ant.familiares | A - Z | |
| | Observaç. sobre antecedentes na família | | |
| 44 | Código profissional | 0000 - 9999 | |
| | Cód.do profissional que preencheu os dad | | |
| 45 | Livre 1 | 0000 - 9999 | |
| | Uso a definir no nível local | | |
| 46 | Livre 2 | 0000 - 9999 | |
| | Uso a definir no nível local | | |
| 47 | Livre 3 | 0000 - 9999 | |
| | Uso a definir no nível local | | |
| 48 | Alergia | 0 - 2 | |
| | Antecedentes de alergia na família | | |
| | 0 não 1 sim | | |
| | 2 não sabe | | |
| 49 | Mãe adolescente | 0 - 2 | |
| | Anteced. familiares de mãe adolescente | | |
| | 0 não 1 sim | | |
| | 2 não sabe | | |
-
- | | | |
|----|--|---------------------|
| 3 | Número da consulta | 1 - 99 |
| | Número da consulta principal | |
| 4 | Data consulta prin | 01/01/92 - 31/12/13 |
| | Data da consulta principal (dd/mm/aa) | |
| 5 | Idade | 10 - 24 |
| | Idade do adolescente em anos | |
| 6 | Estado civil | 1 - 3 |
| | Estado civil do adolescente | |
| | 1 solteiro 2 união estável | |
| | 3 separado | |
| 7 | Acompanhante | 1 - 8 |
| | Quem acompanha o adolesc. na consulta | |
| | 1 ninguém 2 mãe | |
| | 3 pai 4 ambos pais | |
| | 5 companheiro 6 amigo/a | |
| | 7 parente 8 outro | |
| 8 | Data última menstr | 01/01/92 - 31/12/13 |
| | 1ª. dia última menstruação (dd/mm/aa) | |
| 9 | Peso do adolesc. | 200 - 1200 |
| | Peso do adolescente em hg.(hectogramas) | |
| 10 | Altura do adolesc. | 1200 - 1999 |
| | Altura do adolescente em mm. | |
| 11 | Pressão sistólica | 70 - 220 |
| | Pressão arterial sistólica em mm Hg | |
| 12 | Pressão diastólica | 40 - 160 |
| | Pressão arterial diastólica em mm Hg | |
| 13 | Freq. cardíaca | 35 - 220 |
| | Frequência cardíaca (batimentos por minu | |
| 14 | Tanner mamas | 0 - 5 |
| | Desenvolvimento mamário (0 para homens) | |
| 15 | Tanner pelos pub. | 1 - 5 |
| | Boletim de Tanner para os pelos pubianos | |
| 16 | Tanner genitais | 0 - 5 |
| | Desenvolvimento dos genitais (0 para mul | |
| 17 | 1º motivo da cons. | A - Z |
| | 1ª. razão da consulta segundo o adolesce | |
| 18 | 2º motivo da cons. | A - Z |
| | 2ª razão da consulta segundo o adolescen | |
| 19 | 3º motivo de cons. | A - Z |
| | 3ª razão da consulta segundo o adolescen | |
| 20 | 1º motivo acomp. | A - Z |
| | 1ª razão da consulta segundo o acompanha | |
| 21 | 2º motivo acomp. | A - Z |
| | 2ª razão da consulta segundo o acompanha | |
| 22 | Motivo 3º acomp. | A - Z |
| | 3ª razão da consulta segundo o acompanha | |
| 23 | Observ. importantes | A - Z |
| | Observações importante da consulta | |
| 24 | Razão do trabalho | 0 - 4 |
| | 0 econômica 1 autonomia | |
| | 2 porque gosta 3 outra | |
| | 4 não corresponde | |
| 25 | Impressão diagnósti | A - Z |
| | Impressão diagnóstica da consulta (1) | |
| 26 | Indicações 1 | A - Z |
| | Realizadas durante a consulta (1) | |
| 27 | Cód.do profissional | 0000 - 9999 |
| | Código do profissional responsável | |
| 28 | Percepção familiar | 1 - 4 |
| | Como o adolescente vê sua família ? | |
| | 1 boa relação 2 regular | |
| | 3 má relação 4 não existe relação | |
| 29 | Necessita informac. | 0 - 1 |
| | Necessita informação sobre sexualidade | |
| | 0 não 1 sim | |

9.5 Variáveis da consulta principal

- 1 Instituição 0000000 - 9999999
Usar o código que corresponde à institui
- 2 Número da História 0000000000 - 9999999999
Número da história do adolescente

- 30 Trabalho pai/subst 0 - 2
Tipo de trabalho do pai ou substituto
0 nenhum 1 não estável
2 estável
- 31 Trabalho mãe/subst 0 - 2
Tipo de trabalho da mãe ou subst
0 nenhum 1 não estável
2 estável
- 32 Nível instr.pais/su 0 - 4
Nível de instrução do pai/substituto
0 analfabeto 1 1º grau incompleto
2 1º grau 3 2º grau
4 universitário
- 33 Trabalho legalizado 0 - 2
Cumprir com a legislação laboral vigente?
0 não 1
sim 2 não corresponde
- 34 Nível instr.mãe/sub 0 - 4
Nível de instrução da mãe/subst
0 analfabeto 1 1º grau incompleto
2 1º grau 3 2º grau
4 universitário
- 35 Convive com a mãe 0 - 2
O adolescente convive com sua mãe?
0 não 1 na casa
2 no quarto
- 36 Convive com o pai 0 - 2
O adolescente convive com seu pai?
0 não 1 na casa
2 no quarto
- 37 Convive c.madrasta 0 - 2
O adolescente convive com sua madrasta?
0 não 1 na casa
2 no quarto
- 38 Convive c.padrasto 0 - 2
O adolescente convive com seu padrasto?
0 não 1 na casa
2 no quarto
- 39 Convive c. irmãos 0 - 2
O adolescente convive com seus irmãos?
0 não 1 na casa
2 no quarto
- 40 Convive com companh 0 - 2
O adolescente convive com sua companheir
0 não 1 na casa
2 no quarto
- 41 Convive com filho 0 - 2
O adolescente convive com seus filhos?
0 não 1 na casa
2 no quarto
- 42 Convive c.parentes 0 - 2
O adolescente convive com parentes?
0 não 1 na casa
2 no quarto
- 43 Convive com outros 0 - 2
Convive com outras pessoas não citadas?
0 não 1 na casa
2 no quarto
- 44 Vive em Instituição 0 - 1
0 não 1 sim
- 45 Vive na rua 0 - 1
0 não 1 sim
- 46 Divide a cama 0 - 1
0 não 1 sim
- 47 Obs. da filia.(1) A - Z
Observaç. gerais sobre a família (1)
- 48 Estuda 0 - 1
Na época da consulta estava estudando?
0 não 1 sim
- 49 Nível 0 - 3
Nível atingido na época da consulta
0 não escolarizado 1 1º grau
2 2º grau 3 universitário
- 50 Anos aprovados 0 - 15
Anos aprovados a partir do 1º de 1º grau
- 51 Grau ou Curso 0 - 12
Grau ou curso que está cursando
- 52 Probls. na escola 0 - 2
Tem problemas na escola?
0 não 1
sim 2 não corresponde
- 53 Anos repetidos 0 - 9
Anos repetidos a partir de 1º do 1º grau
- 54 Causa da repetência A - Z
Causa direta e indireta da repetência
- 55 Deserção 0 - 1
Deserção prolongada com ou sem retorno
0 não 1 sim
- 56 Causa da deserção A - Z
Causa direta ou indireta da deserção
- 57 Educação não formal 0 - 1
Educação não formal de ofício ou outro
0 não 1 sim
- 58 Obs. sobre sua educ A - Z
Observações gerais sobre sua educação
- 59 Trabalha? 0 - 3
Não considerar trabalho ocasional
0 trabalha 1 não e não procura
2 procurando pela 1ª 3 desocupado
- 60 Hs. de trabalho/sem 0 - 99
Hs. de trabalho por semana (0=não trabal)
- 61 Horário de trabalho 0 - 5
0 de manhã 1 de tarde
2 fim de semana 3 o dia todo
4 de noite 5 não corresponde
- 62 Tipo de trabalho A - Z
Descrever a tarefa do adolescente
- 63 Obs. sobre trabalho A - Z
Observações gerais sobre o trabalho
- 64 Aceitaç.na sociedad 0 - 3
Nível de aceitação na vida social
0 aceito 1 ignorado
2 rejeitado 3 não sabe
- 65 Namorado/namorada 0 - 1
0 não 1 sim
- 66 Amigos 0 - 1
0 não 1 sim
- 67 Atividade de grupo 0 - 1
0 não 1 sim
- 68 Descriç.atividades A - Z
Que outras atividades realiza?
- 69 Horas esporte/ginás 0 - 40
Horas de esporte ou ginástica por semana
- 70 Horas de TV por dia 0 - 16
- 71 Outras atividades 0 - 1
O adolescente tem outras atividades?
0 não 1 sim
- 72 Observ. vida social A - Z
Observaç. gerais sobre sua vida social
- 73 Idade início rel.se 0 - 24
Em anos (0=não teve relações sexuais)
- 74 Sono normal 0 - 1
0 não 1 sim
- 75 Alimentaç. adequada 0 - 1
Sua alimentação é adequada?
0 não 1 sim

76 Refeições por dia	0 - 9	100 Acuidade visual	0 - 1
Número de refeições por dia		0 normal 1 anormal	
77 Refeições com a fam	0 - 9	101 Acuidade auditiva	0 - 1
Número de refeições por dia com a fam		0 normal 1 anormal	
78 Existe D.U.M. ?	0 - 2	102 Boca e Dentes	0 - 1
Indicar se existe D.U.M.		Boca e cáries-obturações-perdas	
0 existe 1 não sabe		0 normal 1 anormal	
2 não corresponde		103 Pescoço e tiróides	0 - 1
79 Cigarros por dia	0 - 99	0 normal 1 anormal	
Número de cigarros que fuma por dia		104 Tórax e mamas	0 - 1
80 Alcool por semana	0 - 99	0 normal 1 anormal	
Em litros de cerveja por semana		105 Cardiopulmonar	0 - 1
81 Consome outro tóxic	0 - 1	0 normal 1 anormal	
Consome outras substâncias tóxicas ?		106 Abdômen	0 - 1
0 não 1 sim		0 normal 1 anormal	
82 Frequência e tipo	A - Z	107 Coluna	0 - 1
Frequência e tipo de outro tóxico		0 normal 1 anormal	
83 Observ. de hábitos	A - Z	108 Genito-urinário	0 - 1
Observações gerais sobre seus hábitos		0 normal 1 anormal	
84 Ciclos regulares	0 - 2	109 Extremidades	0 - 1
Tem ciclos menstruais regulares ?		0 normal 1 anormal	
0 não 1 sim		110 Neurológico	0 - 1
2 não corresponde		0 normal 1 anormal	
85 Disminorréia	0 - 2	111 Obs. ex. físico (1)	A - Z
0 não 1 sim		Observações do exame físico (1)	
2 não corresponde		112 Cód.do profissional	0000 - 9999
86 Fluxo pat./sec.pen.	0 - 2	Cód. do profissional responsável	
Fluxo patológico / secreção peniana		113 Livre 1	0000 - 9999
0 não 1 sim		Uso a ser definido no nível local	
2 não corresponde		114 Livre 2	0000 - 9999
87 Relações sexuais	0 - 3	Uso a ser definido no nível local	
0 não 1 hetero		115 Livre 3	0000 - 9999
2 homo 3 ambas		Uso a ser definido no nível local	
88 Probs.nas Rel.sex.	0 - 2	116 Centil peso/idade	1 - 99
Tem problemas nas relaça. sexuais		Centil de peso do adolescente	
0 não 1 sim		117 Centil altura/idade	1 - 99
2 não corresponde		Centil da altura do adolescente	
89 Contracepção	0 - 3	118 Centil peso/altura	1 - 99
Usa algum método de contracepção ?		Centil do peso por altura do adolescente	
0 sempre 1 às vezes		119 Data próx. visita	01/01/92 - 31/12/13
2 nunca 3 não corresponde		Data da próxima consulta (dd/mm/aa)	
90 Uso de preservativo	0 - 3	120 Vol.testicular dir.	0 - 30
Usa especificamente o preservativo?		Em cm3. (0=é mulher)	
0 sempre 1 às vezes		121 Vol.testicular esq.	0 - 30
2 nunca 3 não corresponde		Em cm3. (0=é mulher)	
91 Gestações	0 - 9	122 Energia elétrica	0 - 1
Da adolescente ou da companheira		Tem energia elétrica na casa ?	
92 Filhos	0 - 9	0 não 1 sim	
Da adolescente ou da companheira		123 Água	0 - 1
93 Abortos	0 - 9	Onde conseguem a água ?	
Da adolescente ou da companheira		0 na casa 1 fora da casa	
94 Doenç de trans.sexu	0 - 1	124 Dejetos	0 - 1
Tem doenças de transmissão sexual		Sistema de disposição de dejetos	
0 não 1 sim		0 na casa 1 fora da casa	
95 Abuso sexual	0 - 1	125 Número de quartos	0 - 12
0 não 1 sim		Número de quartos na casa	
96 Observ. sexualidade	A - Z	126 Observ. sobre habit	A - Z
Observ. sobre sexualidade do adolescente		Observaça. gerais sobre a habitação	
97 Aspecto geral	0 - 1	127 Ocupac.pais/subst	A - Z
0 normal 1 anormal		Ocupação dos pais ou substitutos	
98 Pele e anexos	0 - 1	128 Vive sozinho	0 - 1
0 normal 1 anormal		0 não 1 sim	
99 Cabeça	0 - 1	129 Cód. mot.1 cons.ado	0 - 2799
0 normal 1 anormal		Cód. motivo 1 consulta segundo adolescen	
		130 Cód. mot.2 cons.ado	0 - 2799
		Cód. motivo 2 consulta segundo adolescen	

131	Cód. mot.3 cons.ado	0 - 2799	159	Que doenç.trans.sex	A - Z
	Cód. motivo 3 consulta segundo adolescen			Descriç. de doença/s de trans.sexual	
132	Cód. mot.1 cons.aco	0 - 2799	160	Perinatais	0 - 2
	Cód. motivo 1 consulta segundo o accompan			Condições perinatais normais	
133	Cód. mot.2 cons.aco	0 - 2799		0 normal	1 anormal
	Cód. motivo 2 consulta segundo o accompan			2 não sabe	
134	Cód. mot.3 cons.aco	0 - 2799	161	Crescimento	0 - 2
	Cód. motivo 3 consulta segundo acompanha			Crescimento normal	
135	Descr.educ.não form	A - Z		0 normal	1 anormal
	Descrição de educação não formal			2 não sabe	
136	Idade início trabal	0 - 24	162	Desenvolvimento	0 - 2
	(0=nunca trabalhou)			Desenvolvimento norm	
137	Idade início fumo	0 - 24		0 normal	1 anormal
	Em anos (0=nunca fumou)			2 não sabe	
138	Que veículo dirige?	A - Z	163	Doenç. crônicas	0 - 1
	Que veículo dirige?			Doenças crônicas	
139	Dirige veículo ?	0 - 1		0 não	1 sim
	0 não	1 sim		2 não sabe	
140	Trabalho insalubre	0 - 2	164	Doenç.infecto-conta	0 - 2
	0 não	1 sim		Antecedentes de doenç. infecto contagios	
	2 não corresponde			0 não	1 sim
141	Idade início álcool	0 - 24		2 não sabe	
	Em anos (0=nunca tomou álcool)		165	Acidentes/intoxica	0 - 2
142	Obs. gineco-urológ.	A - Z		Acidentes o intoxicações	
	Observaça. sobre exame gineco-urológico			0 não	1 sim
143	Obs. psico-emocion	A - Z		2 não sabe	
	Observa. sobre situação psico-emocional		166	Cirurgia/hospitaliz	0 - 2
144	Anos Men/Espermarca	0 - 24		Foi submetido a grande cirurgia	
	Em anos (0=não aconteceu)			0 não	1 sim
145	Meses Men/Espermarc	0 - 11		2 não sabe	
	Fração do ano em meses de men/espermar		167	Uso medicam. ou sub	0 - 2
146	Imagem corporal	0 - 2		Antecedentes uso habitual medicamentos	
	0 conforme	1 gera preocupação		0 não	1 sim
	2 impede rel. c/demais			2 não sabe	
147	Auto Percepção	0 - 4	168	Transt. psicológico	0 - 2
	0 alegre	1 triste		Indicar se apresenta transtornos psicoló	
	2 nervoso	3 muito tímido		0 não	1 sim
	4 outro			2 não sabe	
148	Referente adulto	0 - 4	169	Vacinas Completas	0 - 2
	0 mãe	1 pai		Indicar se está com as vacinas em dia	
	2 outro familiar	3 fora de casa		0 completas	1 incompletas
	4 nenhum			2 não sabe	
149	Projeto de vida	0 - 2	170	Maltrato	0 - 2
	0 claro	1 confuso		Foi abandonado ou sofreu maltrato	
	2 ausente			0 não	1 sim
150	Dia de la semana	1 - 7		2 não sabe	
	1 Segunda-feira	2 Terça-feira	171	Judiciais	0 - 2
	3 Quarta-feira	4 Quinta-feira		Antecedentes judiciais do adolescente	
	5 Sexta-feira	6 Sábado		0 não	1 sim
	7 Domingo			2 não sabe	
151	Companheira/o	0 - 2	172	Outros	0 - 1
	0 única/o	1 várias		Teve outros antecedentes pessoais	
	2 não corresponde			0 não	1 sim
152	Fraç.idade em meses	0 - 11	173	Obs.ant.pessoais1	A - Z
	Fração de idade em meses			Obs. sobre antecedentes pessoais (1)	
153	Observ.importantes2	A - Z	174	Obs.ant.pessoais2	A - Z
	Observações importante da consulta			Obs. sobre antecedentes pessoais (2)	
154	Observ.importantes3	A - Z	175	Cardiovasculares	0 - 2
	Observações importantes da consulta			Ant. familiares de HTA, cardiopatia,etc.	
155	Obs. de la filia.(2)	A - Z		0 não	1 sim
	Observaça. gerais sobre a família (2)			2 não sabe	
156	Impressao diagnóst2	A - Z	176	Infecções	0 - 2
	Impressão diagnóstica da consulta (2)			Antecedentes familiares de TBC, VIH,etc.	
157	Indicações 2	A - Z		0 não	1 sim
	Realizadas durante a consulta (2)			2 não sabe	
158	Obs. ex. físico (2)	A - Z	177	Alcool/drogas famíl	0 - 2
	Observações do exame físico (2)			Antecedentes de álcool/droga na família	
				0 não	1 sim
				2 não sabe	
			178	Obesidade na famíli	0 - 2
				Antecedentes de obesidade na família	
				0 não	1 sim
				2 não sabe	

179 Diabetes na família	0 - 2
Antecedentes de diabetes em família	
0 não	1 sim
2 não sabe	
180 Psicológ. na flia.	0 - 2
Antecedentes psicológicos na família	
0 não	1 sim
2 não sabe	
181 Violênc. na família	0 - 2
Violência na família	
0 não	1 sim
2 não sabe	
182 Ant. judic. famil.	0 - 2
Antecedentes judiciais na família	
0 não	1 sim
2 não sabe	
183 Outros ant.familiar	0 - 1
Outros antecedentes familiares	
0 não	1 sim
184 Obs.ant.filiares.(1)	A - Z
Obs. sobre antecedentes na flia. (1)	
185 Obs.ant.filiares.(2)	A - Z
Obs. sobre antecedentes na flia. (2)	
186 Irmãos na casa	0 - 9
Irmãos do adolescente	
187 Irmãos no quarto	0 - 9
Irmãos do adolescente	
188 Filhos na casa	0 - 9
Filhos do adolescente	
189 Filhos no quarto	0 - 9
Filhos do adolescente	
190 Outros na casa	0 - 9
191 Outros no quarto	0 - 9
192 Alergia	0 - 2
Antecedentes de alergia na família	
0 não	1 sim
2 não sabe	
193 Mãe adolescente	0 - 2
Antecedentes de mãe adolescente	
0 não	1 sim
2 não sabe	
194 Cód. Diag. 1	0 - 9999
Código 1 de Impressão Diagnóstica	
195 Cód. Diag. 2	0 - 9999
Código 2 de Impressão Diagnóstica	
196 Cód. Diag. 3	0 - 9999
Código 3 de Impressão Diagnóstica	
197 Cód. Indic. 1	0 - 99
Código 1 de Indicações	
198 Cód. Indic. 2	0 - 99
Código 2 de Indicações	
199 Cód. Indic. 3	0 - 99
Código 3 de Indicações	

9.6 Variáveis de evolução. Base de dados ADVOLU.DBF

1 Instituição	00000000 - 99999999
Usar o código correspondente	
2 Número da História	0000000000 - 9999999999
Número da história do adolescente	
3 Número da consulta	1 - 99
4 Data	01/01/92 - 31/12/13
No formato dd/mm/aa	
5 Idade	10 - 24
Idade do adolescente em anos	

6 Estado civil	1 - 3
Estado civil do adolescente	
1 solteiro	2 união estável
3 separado	
7 Acompanhante	1 - 8
Quem acompanha ao adolesc. a consulta ?	
1 ninguém	2 mãe
3 pai	4 ambos pais
5 companheiro/a	6 amigo/a
7 parente	8 outro
8 Data última menstr	01/01/92 - 31/12/13
1º dia última menstruação (dd/mm/aa)	
9 Peso	200 - 1200
Peso do adolescente em hg (hectogramas)	
10 Altura	1200 - 1990
Altura do adolescente em mm	
11 Pressão sistólica	70 - 220
Pressão arterial sistólica em mm Hg	
12 Pressão diastólica	40 - 160
Pressão arterial diastólica em mm Hg	
13 Freq. cardíaca	35 - 220
Frequência cardíaca em batimentos/minuto	
14 Tanner mamas	0 - 5
Desenvolvimento mamário (0 para homena)	
15 Tanner pelos pub.	1 - 5
Boletim de Tanner para os pelos pubianos	
16 Tanner genitais	1 - 5
Boletim de Tanner de deãenv. dos genitai	
17 1º motivo da cons.	A - Z
1a. razão da consulta segundo adolescent	
18 2º motivo da cons.	A - Z
2a. razão da consulta segundo adolescent	
19 3º motivo da cons.	A - Z
3a. razão da consulta segundo adolescent	
20 1º motivo acomp.	A - Z
1ª razão da consulta segundo acompanhant	
21 2º motivo acomp.	A - Z
2a. razão da consulta segundo acompanhan	
22 3º motivo acomp.	A - Z
3a. razão da consulta segundo acompanhan	
23 Diagnóst. integral	A - Z
Diagnóstico integral do adolescente	
24 Mudanças important1	A - Z
Mudanças importantes desde últ.consulta(	
25 Mudanças important2	A - Z
Mudanças importantes desde últ.consulta(	
26 Indicações/Consulta	A - Z
Indicações e consultas ext. pedidas	
27 Cód.do profissional	0000 - 9999
Código do profissional responsável	
28 Estuda	0 - 1
No momento da consulta de evolução	
0 não	1 sim
29 Nível	0 - 4
Nível atingido na consulta de evoluç	
0 não escolarizado	1 1º grau
2 2º grau	3 técnico
4 universitário	
30 Dia da semana	1 - 7
Dia da semana do dia da consulta	
1 Segunda-feira	2 Terça-feira
3 Quarta-feira	4 Quinta-feira
5 Sexta-feira	6 Sábado
7 Domingo	
31 Livre 1	0000 - 9999
Uso a ser definido no nível local	
32 Livre 2	0000 - 9999
Uso a ser definido no nível local	

33 Livre 3	0000 - 9999	43 Cód. mot.3 cons.aco	0 - 999
Usa a ser definido no nível local		Cód. motivo 3 consulta segundo acompanha	
34 Centil de peso	1 - 99	44 Centil peso/altura	1 - 99
Centil de peso/idade do adolescente		Centil de peso/altura do adolescente	
35 Centil de altura	1 - 99	45 Idade em meses	0 - 11
Centil de altura/idade do adolescente		Fração da idade em meses	
36 Existe D.U.M. ?	0 - 2	46 Vol.testicular dir.	0 - 30
0 existe 1 não sabe		Em cm.3 (0=é mulher)	
2 não corresponde		47 Vol.testicular esq.	0 - 30
37 Data próx. visita	01/01/92 - 31/12/13	Em cm.3 (0=é mulher)	
No formato dd/mm/aa		48 Cód. Diag. Int. 1	0 - 9999
38 Cód. mot.1 cons.ado	0 - 999	Código 1 de Diagnóstico Integral	
Cód. motivo 1 consulta segundo adolescen		49 Cód. Diag. Int. 2	0 - 9999
39 Cód. mot.2 cons.ado	0 - 999	Código 2 de Diagnóstico Integral	
Cód. motivo 2 consulta segundo adolescen		50 Cód. Diag. Int. 3	0 - 9999
40 Cód. mot.3 cons.ado	0 - 999	Código 3 de Diagnóstico Integral	
Cód. motivo 3 consulta segundo adolescen		51 Cód. Cons.exter.1	0 - 9999
41 Cód. mot.1 cons.aco	0 - 999	Código 1 de Indicações/Consulta extern.	
Cód. motivo 1 consulta segundo acompanha		52 Cód. Cons.exter.2	0 - 9999
42 Cód. mot.2 cons.aco	0 - 999	Código 2 de Indicações/Consultas extern	
Cód. motivo 2 consulta segundo acompanha		53 Cód. Cons.exter.3	0 - 9999
		Código 3 de Indicações/Consultas extern	

9.7 Detalhes da estrutura do sistema

No menu do sistema estão dispostas todas as operações de uso normal incluindo o procedimento de back up de dados. No Menu de Operações Pouco Frequentes (Figura 20) o sistema permite o acesso a funções delicadas ou de uso pouco comum. As mais usadas são a regeneração de arquivos índice que pode ser necessária em alguns casos de substituição de bases de dados embora a programação principal verifique a validade.

CLAP OPAS/OMS		SISTEMA INFORMÁTICO DO ADOLESCENTE		21 jun 95	
		Nome da Instituição Usuária - Cidade - PAIS			
ADGENER.DBF	N = 93	01 jan 80 - 13 mar 84			
ADPRINC.DBF	N = 100	02 jan 94 - 4 out 94			
ADVOLU.D		out 94			

Operações pouco frequentes

Voltar ao menu principal
Ao sistema operativo D.O.S.
Mudança do nome da Instituição
Atualização dos arquivos índice
Verificação de registros duplicados
Transformação nos dados
Geração de uma estrutura de dados (*.DAT -> XXXCARA.DBF)
Instalação das estruturas de dados definidas em CONFIGUR.DAT
Geração de uma base de dados vazia (XXXCARA.DBF -> *.DBF)
Geração de uma base de mensagens (idioma.DAT -> UNIMENS.DBF)
Conversão de uma base de dados para EPI INFO
Manutenção das listas de variáveis
Importar bases de outras versões do SIP/SIN/SIA

Selecione um programa e confirme com <ENTER>

<ESC> Sist.operativo F1 Ajuda F2 Base dados F3 Hospital F4 Ver dados

Figura 20 - Tela do menu de operações pouco frequentes. Observar que se pode passar rapidamente a DOS deixando o SIA na memória para executar comandos simples do sistema operativo.

A programação do sistema independe do idioma pois todos os textos estão em arquivos separados. Inclusive os nomes das variáveis (VAR001, VAR002, VAR003, etc. na base de dados) tem um denominação que muda segundo o idioma (IDADE, NUMERO DA HISTÓRIA, INSTITUIÇÃO, etc).

A configuração do programa se faz baseado no arquivo CONFIGUR.DAT cujo conteúdo para o SIA é:

```
SIA
PORTUGUE.DAD
LPT1
ADGENER.DBF
ADPRINC.DBF
ADVOLU.DBF
CENTRO.DAD
```

OSIA define os procedimentos específicos do Sistema do Adolescente ao contrário do SIP e do SIN que tratam de problemas e coletam formulários perinatais e pediátricos respectivamente.

PORTUGUE.DAD define o idioma de todos os textos, telas, variáveis e documentos. As outras possibilidades são ESPAÑOL.DAT e ENGLISH.DAA.

LPT1 dirige as saídas que o operador quer imprimir. Quando se estiver utilizando um sistema em rede onde as impressões sejam centralizadas em uma impressora comum LPT2, faz-se a especificação aqui. Para que esta parâmetro seja obedecido é necessário iniciar novamente o sistema.

ADGENER.DBF, ADPRINC.DBF, ADVOLU.DBF são as estruturas das bases de dados com as quais o sistema vai trabalhar. No caso do SIA estas três bases devem estar listadas nesta ordem para que se possa obter os documentos de adolescência. Para entrar os dados de uma única base ou para estudos especiais pode-se definir neste ponto somente a base que interessa. Desta forma ganha-se em velocidade de resposta dos programas mas se perde em possibilidades de utilizar simultaneamente as três bases segundo as saídas pré-definidas para o Sistema Informático do Adolescente.

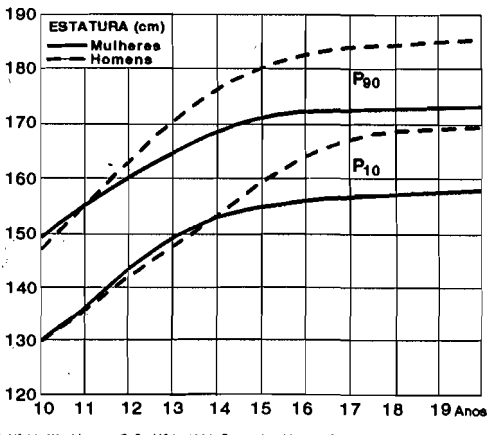
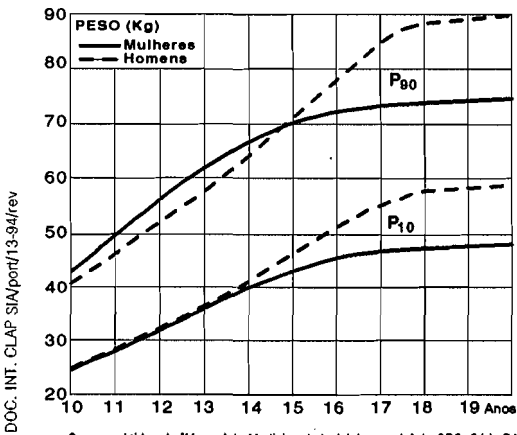
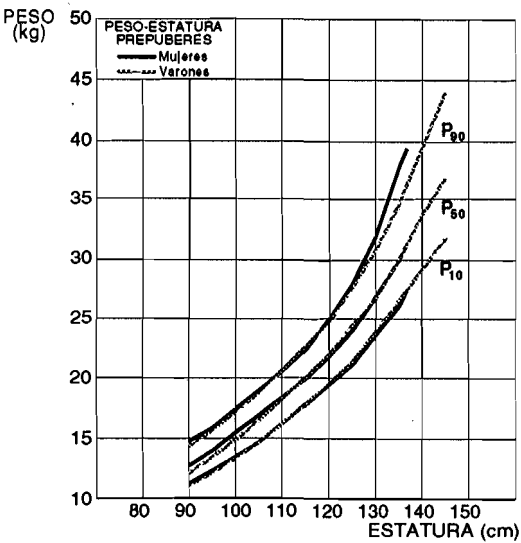
CENTRO.DAD contém a denominação da instituição que será o cabeçalho de todos os documentos e telas. Nas versões em espanhol e inglês se utiliza CENTRO.DAT e CENTRO.DAA respectivamente.

A programação do sistema foi codificada em CA-Clipper versão 5,2. O disquete que se entrega contém todos os arquivos necessários, o de execução, as bases de dados e os textos compactados. Este arquivo é descompactado automaticamente durante a instalação.

Entre os arquivos presentes no subdiretório \SIA estão as bases de dados TICARA.DBF, TICARB.DBF, TICARC.DBF e TICARD.DBF que contém todas as características de todas as bases de dados selecionadas na execução em curso. No SIA estas bases têm as características das variáveis de ADGENER.DBF, ADPRINC.DBF, ADVOLU.DBF em uma única lista. Se somente se definisse ADPRINC.DBF como base de trabalho, TICARA.DBF, TICARB.DBF etc. teriam as características da base ADPRINC.DBF.

Os modelos de saída tem o nome do programa específico que os gera (AD1070) e como extensão DAD para o português, DAT para o espanhol e DAA para o inglês. Uma vez preenchidos com os resultados se gera um arquivo com o mesmo nome mas com extensão DOC, independentemente do idioma que se está utilizando.

9.8 Curvas de peso e altura



Curvas obtidas do "Manual de Medicina de la Adolescência" da OPS. Série PALTEX Nº 20, Washington, D.C., USA, 1992. Para 18 a 20 anos foi feita uma extrapolação.

Curvas extraídas de OPS « Manual de medicina da adolescência» Série PALTEX nº 20, Washington DC, 1992. Para 18 a 20 fez-se uma extrapolação.