FUMIKA PERES

tese

***ADOLESCÊNCIA:
EM BUSCA DOS SUJEITOS
SOCIAIS***

*Tese de Doutorado apresentada à
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo -
Departamento de Saúde Materno-Infantil,
para obtenção do título de Doutor em
Saúde Pública.*

***Orientador:
Prof. Associado Cornélio Pedroso
Rosenburg***

***São Paulo
- 1995 -***

*A todos os adolescentes excluídos da
oportunidade de uma existência digna*

A Kenhiti, meu pai, que apesar de não mais se encontrar entre nós, permanece nos ensinamentos que deixou a respeito da importância das coisas simples da vida...

À Yoshie, minha mãe que, com sua sabedoria e humildade, jamais se deixou vencer pelas dificuldades, mostrando-me que é sempre possível encontrar saídas, mesmo em situações aparentemente irreversíveis, com dignidade e firmeza;

Aos meus irmãos - Mikio, Noriyoshi, Yukiko, Takeo e Marina - pela torcida e apoio.

Ao Benedito, marido e amigo, pela compreensão, carinho e paciência, garantindo toda retaguarda necessária, no sentido de me poupar de preocupações e afazeres por um período prolongado, para que pudesse dedicar-me a este trabalho;

Ao Rafael e Ana Maria, meus adolescentes, cujas existências têm tudo a ver com este trabalho, pelo carinho e aceitação de minhas limitações durante todo esse tempo, mantendo-se num compasso de espera paciente e solidária, e, com os quais pude partilhar momentos de angústias e de superação de problemas.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto de um processo duro e sofrido, em muitos de seus momentos, e, na mesma medida, muito gratificante. O seu significado, para a nossa trajetória, transcende o âmbito acadêmico, representando a reconciliação com a nossa existência, com nossas raízes, um desvelamento do que estamos sendo, assumindo-nos com todas as nossas limitações e sonhos...

Tudo isso só foi possível porque fomos encontrando/descobrimos, em cada etapa de dificuldade, amigos generosos e solidários, que, afetiva e intelectualmente, prestaram o seu apoio, foram nossos interlocutores para que tivéssemos condições de prosseguir em nossa caminhada, caminhada esta, ao mesmo tempo solitária e solidária.

Com isso, só podemos, publicamente, expressar nossa gratidão a todos aqueles que, em diferentes momentos, contribuíram, direta ou indiretamente, para a concretização deste trabalho.

Entretanto, mesmo assim, registramos os nossos agradecimentos especiais a algumas pessoas “especiais”.

Ao Prof. Dr. Cornélio Pedroso Rosenburg, Mestre e Amigo, sempre presente que, com sua sabedoria, compreensão e paciência, fez, do respeito mútuo, a grande marca da relação: orientador-orientanda, apoiando-nos em momentos de dificuldades pessoais e estimulando o nosso desenvolvimento intelectual durante todo o processo. Gratidão, admiração, respeito, afeição, são palavras insuficientes para expressarem os nossos sentimentos em relação à sua pessoa;

À Prof. Dra. Keiko Ogura Buralli, amiga e companheira, nossa interlocutora, que soube ouvir nossos desabafos, discutir questões importantes, apoiar nossas decisões, substituir-nos em atividades docentes, cuidar de nossa infraestrutura, enfim, presente em todo o processo, dedicando horas preciosas de sua vida para que pudéssemos contar com as melhores condições possíveis para a realização deste trabalho;

Aos companheiros do grupo de trabalho sobre Adolescência - Profs. Drs Néia Schor e Alberto Olavo A. Reis - pela possibilidade de estudo e de reflexão conjunta a respeito de questões presentes na tese;

Aos demais companheiros do Departamento de Saúde Materno-Infantil da FSP - Professores Drs Arnaldo Augusto F Siqueira, Augusta T. Alvarenga, Ana Cristina d'Andretta Tanaka, Antonio Fernandes Moron, Carmen V. S. Unglert, Oswaldo Y. Tanaka, Paulo R. Gallo - dos quais recebemos todo o apoio necessário para dedicar-nos a este trabalho;

À Prof. Dra Neusa Nakao Sato, amiga, que nunca deixou de prestar o seu apoio afetivo, além de contribuir, de forma concreta, seja na digitação, seja na criação de ambiente favorável para o nosso trabalho de elaboração;

À Prof. Maria da Penha Vasconcellos, pelas ponderações e sugestões valiosas recebidas;

À Sra Iara Aparecida de Macedo, pelo trabalho competente e pela amizade e carinho com que cuidou da digitação e diagramação deste trabalho;

Às funcionárias, companheiras de todas as horas -Elba Barreto Carvalho, Meirezilda Aparecida Gonçalves, Sonia Maria Emigdio Silva, Maria Carolina Pugliesi, Maria Takishita - pelo serviço de apoio, além da amizade e carinho com que sempre nos distinguiram, torcendo para que tudo desse certo;

Às senhoras Ângela Maria Belloni Cuenca e Maria Lúcia de Faria Ferraz, pela atenção que dispensaram no trabalho de revisão das referências bibliográficas;

Aos funcionários do Serviço de Biblioteca e Documentação, que sempre atenderam, de forma prestativa, às nossas solicitações de material bibliográfico;

Às amigas Elisa Maria Torres Soares e Sonia Hetto, pelo auxílio na digitação, sempre dispostas a nos socorrer em momentos importantes do processo;

Às mais recentes amigas - Helena, Noerly e Rosa - pessoas preciosas que descobrimos, ao longo de nossa caminhada, e cuja ajuda foi essencial para o nosso fortalecimento interior;

Às senhoras Rosa Caffucio e Rebeca de Souza e Silva que, num gesto amigo, ofereceram-me local apropriado de trabalho;

Ao Conselho Nacional de Pesquisa - CNPq - pelo apoio financeiro recebido.

ÍNDICE

RESUMO.....	i
ABSTRACT.....	ii
1. DO APARENTE DESCAMINHO À DEFINIÇÃO DE UM CAMINHAR... ..	1
2. ADOLESCÊNCIA: DO MERGULHAR AO PROCESSO DE DELIMITAÇÃO DO OBJETO.....	10
3. RECONHECENDO O PARADIGMA QUE VEM ORIENTANDO, DE FORMA PREDOMINANTE, O DISCURSO E A PRÁTICA EM SAÚDE, COM RELAÇÃO À ADOLESCÊNCIA/ADOLESCENTES.....	26
3.1. PARADIGMA BIOMÉDICO OU MÉDICO-BIOLÓGICO	29
3.2. DA DES-CONSTRUÇÃO À INTERPRETAÇÃO DA CONCEPÇÃO PARADIGMÁTICA DA ADOLESCÊNCIA NA VISÃO BIOMÉDICA.	36
4. DO AGENCIAMENTO INTERNACIONAL À SAÚDE INTEGRAL DO ADOLESCENTE	71
4.1. CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE INTEGRAL DO ADOLESCENTE	72
5. EM BUSCA DOS SUJEITOS SOCIAIS: O LUGAR DO ADOLESCENTE NO PLANO DE AÇÃO SOBRE SAÚDE DO ADOLESCENTE NAS AMÉRICAS.....	122
5.1. O ENFOQUE DE RISCO COMO INSTRUMENTAL JUSTIFICADOR/LEGITIMADOR DO DISCURSO COMPETENTE ...	152
6. DA INCONCLUÍDA PROBLEMATIZAÇÃO AO PROSSEGUIMENTO DE SUA CONSTRUÇÃO	189
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	197
ANEXOS	210

RESUMO

O presente trabalho consistiu em reconhecer o lugar ocupado por adolescentes concretos no discurso dominante, na área da Saúde Pública, sobre saúde integral do adolescente.

Reconhecemos a visão paradigmática biomédica/médico-biológica, como tendência dominante na área de saúde do adolescente, quer na produção do conhecimento, quer na elaboração de propostas de intervenção.

Assumimos, como discurso oficial/hegemônico na Saúde, aquele produzido e irradiado por agências internacionais que atuam na área, e que é explicitado no Programa de Saúde Integral do Adolescente, do Plano de Ação sobre a Saúde do Adolescente nas Américas. Este Programa vem orientando, nesta década, as políticas específicas em países da América Latina e do Caribe, inclusive, no Brasil.

Buscamos desvendar o discurso dominante, pela mediação da análise do referido Programa. Recorremos ao emprego de procedimentos metodológicos de ciências sociais, dentro de uma perspectiva histórica, apoiadas em autores que tentam romper com o positivismo - base da visão paradigmática biomédica/médico-biológica. Utilizamos como fontes documentais, além do referido Programa, outras publicações produzidas por organismos internacionais, relacionadas com o nosso objeto de estudo.

O processo de desconstrução e reconstrução histórica do discurso em estudo, permitiu-nos estar reconhecendo os reais destinatários do Programa de Saúde Integral do Adolescente-adolescentes "pobres" - e o lugar, por eles ocupado - objeto, dentro de um projeto, por nós reconhecido como: legislador, ético-moral e pedagógico.

ABSTRACT

The present study describes and discusses the position held by the "real" adolescent in the Public Health context, particularly in the Comprehensive Health Care Program for Adolescent.

The biomedical paradigm has hegemonically directed health actions as well as the building of knowledge in this domain. This official discourse is produced and disseminated by international health organizations. The Comprehensive Adolescent Health in the Region of the Americas Program has been used as guideline to determine the adolescent's health policies in the Latin America and the Caribbean Region, including the Brazil.

The dominant discourse was analysed in order to disclose the "real" target population. Social sciences methods, in an historical perspective, were applied to desassemble and to rebuild the discourse, searching out the underlined "intention" in that Program. In this investigation, we have taken in account of authors, who disagree with the positivism approach, the basis of the biomedical paradigm.

This research allowed us to enhance understandings to whom is addressed the Comprehensive Health Care Program for Adolescents in the Region of Americas. We recognize that the target population of this Program are the poor adolescents and they are placed only as an object within the Project. This Program contains a legislative, ethic-moral and pedagogic discourse.

***1. DO APARENTE DESCAMINHO À DEFINIÇÃO
DE UM CAMINHAR...***

Na vida acadêmica, costuma-se, freqüentemente, confundir **linha de pesquisa** com **temas** abordados, assim como **temas** com **assuntos** selecionados por determinado autor. Neste sentido, à simples apresentação de títulos de trabalhos científicos, é comum achar que só isso é suficiente para identificar uma ou mais linhas de pesquisa que determinado profissional vem desenvolvendo. Esta forma, entretanto, corre o risco de incorrer em equívocos, pois pode estar encobrindo a essência do/s trabalho/s, ou seja, a real linha de pesquisa eleita pelo pesquisador.

Nessa linha de raciocínio, sem dúvida, este trabalho, intitulado **Adolescência: em busca dos sujeitos sociais** pode, à primeira vista, suscitar algumas conclusões apressadas, tais como mudança de objeto de estudo por parte da autora, tomando como referência a dissertação de mestrado: **Administração em Saúde: supervisão - um ensaio de interpretação**, apresentada e defendida em 1987, como se tivéssemos saído da área de Administração em Saúde e passado para a área de Saúde Materno-Infantil. Poderíamos até admitir e concordar com parte dessa conclusão, no sentido de que o **(pre)texto** mudou, porém nossa preocupação central continua a ser a mesma, qual seja, a de entender o processo de produção do conhecimento em Saúde, desvelando o seu significado no contexto histórico-social em que foi engendrado, ultrapassando sua aparente **neutralidade científica** e, portanto, revelando-o como conhecimento socialmente construído, a partir de uma determinada posição na sociedade. Tal preocupação tem suas raízes na nossa prática profissional de quinze anos em serviços de saúde, seja no nível hospitalar, seja no nível primário, na rede básica de serviços públicos de saúde. O exercício cotidiano de fazer frente a uma realidade concreta - seja identificando problemas, seja intervindo, seja supervisionando e avaliando serviços -, tendo a prática calcada em conhecimentos teórico-metodológicos e técnicos, de várias áreas disciplinares, propiciou o afloramento de indagações básicas, sobretudo ao analisarmos propostas oficiais de intervenção e as práticas correspondentes no campo da saúde pública, as quais expressavam, a nosso ver, visões reducionistas e tecnicistas que orientavam diretamente a prática de trabalhadores da saúde.

A questão da padronização de condutas nos serviços de saúde, quer na área administrativa, quer no enfrentamento de problemas específicos de saúde, caracterizava, no nosso ponto de vista, uma atuação reiterativa, desestimulando a criatividade, a iniciativa, redundando, assim, numa prática conservadora, porque repetitiva e controlada por terceiros, que não os produtores diretos de serviços à população.

Nesse contexto de análise, propusemo-nos a estudar inicialmente a questão da Supervisão em Saúde num dado momento histórico - primeira metade da década dos anos oitenta - em que se procurava a ela atribuir um papel estratégico no processo de mudança das práticas sanitárias. A nossa grande indagação a esse respeito era: ***como atribuir à supervisão, historicamente tida como mecanismo de controle, de ajustamento das práticas à norma, uma tarefa de transformar a mesma realidade, a qual sempre lutou por conservar? Afinal, o quê é supervisão? Onde, quando e como surgiu? Para quê?*** Com tais indagações, alicerçadas sobretudo em conhecimentos da Economia Política e da Sociologia, buscamos as raízes do conhecimento administrativo e sua aplicação no campo da Saúde, para tentar entender a razão de ser, o papel real da supervisão no contexto da saúde pública.

Concluído o mestrado em 1987 e nessa época, atuando já como docente na Faculdade de Saúde Pública, junto ao Departamento de Saúde Materno-Infantil, na área de Saúde da Criança, nosso interesse se voltou para o conhecimento produzido nessa área e suas implicações teórico-metodológicas e técnicas, buscando entender a relação entre Saúde da Criança e Sociedade. Tendo como pressuposto que o conhecimento produzido é uma construção social, na área de saúde da criança procuramos identificar que concepções de infância e de criança estavam presentes, ainda que não explicitamente, nos discursos oficiais, e as implicações para as propostas de intervenção.

Nessa época, a preocupação com a Adolescência/Adolescentes, começava a despontar no campo da Saúde Pública, ainda que com ênfase no processo reprodutivo.

Enquanto objeto da Saúde Materno-Infantil, a Adolescência era tratada parcialmente, ora pela área da Saúde Materna

(no caso do processo reprodutivo), ora pela Saúde da Criança, no aspecto do crescimento/desenvolvimento. Com o tempo, formou-se um grupo de trabalho, composto por docentes que já estavam trabalhando na área, com o intuito de abordar a temática de Adolescência de uma forma totalizante, acabando com o tratamento segmentado da mesma. Participando das reflexões sobre a Adolescência e, ao mesmo tempo, tomando contato direto com trabalhos produzidos, de natureza teórica ou prática, através de nossas atividades docentes, questões da mesma ordem das levantadas em relação à dissertação de mestrado, passaram a constituir o foco de nossa atenção. Indagações como:

- ♦ *Por que somente em fins da década dos oitenta a adolescência é colocada como questão de saúde pública, em nível internacional, na forma de um Programa?*
- ♦ *Que concepções de adolescência e de adolescente estão norteando a prática em saúde junto a este grupo?*
- ♦ *Quais são os pressupostos básicos do Programa?*
- ♦ *Como entender o interesse demonstrado por diversos organismos internacionais, sobretudo os integrantes do sistema Nações Unidas - OMS/OPS, UNICEF, FNUAP, CEPAL; UNESCO - e sua parceria com organizações não governamentais, atuantes em nível múltiplos - Fundação Kellogg, Carnegie Corporation, Pew Charitable Trusts - em forma de cooperação técnica, financiamento de projetos assistenciais e de formação de recursos humanos em Saúde Integral do Adolescente, em nível de América Latina e Caribe?*
- ♦ *A serviço de que interesse/s surge o Programa de Saúde Integral do Adolescente? Para quê serve o Programa? A quem se destina efetivamente?*
- ♦ *Qual é o lugar do adolescente no processo de produção do conhecimento sobre ele e sobre a fase que vivencia, assim como nas práticas sociais em desenvolvimento na área da Saúde?*
- ♦ *Qual é a lógica do discurso sobre a adolescência/adolescente presente no Programa ?*

Enfim,

• Qual é o real papel do conhecimento produzido e veiculado na Saúde sobre a Adolescência/Adolescentes?

Hoje, tais indagações se tomam mais fortalecidas e requerendo respostas urgentes, após termos participado, na qualidade de docente, de parte de três cursos que visavam preparar profissionais de saúde, das diferentes regiões do Brasil, e de outro, internacional (Colômbia e Bolívia) para se tomarem multiplicadores no que diz respeito ao preparo de pessoal em seus locais de procedência, com vistas à implementação e implantação de ações de saúde voltadas para adolescentes nos sistemas locais da saúde. Não obstante a nossa preocupação e nossa atuação terem sido direcionadas no sentido de, a partir da experiência vivida pelos participantes, estar fornecendo elementos teóricos para que, através de um processo de reflexão sobre a prática desenvolvida, ocorressem processos singulares de subjetivação, de constituição de sujeitos sociais em sua *praxis* com adolescentes - co-autores de projetos sociais de transformação para a construção da cidadania -, avaliação posterior *in loco*¹, realizada em diferentes regiões do Brasil, revelou que grande parte dos participantes entrevistados, que constituíam a população amostral, passaram a desenvolver atividades mais diversificadas após o curso, porém, em sua essência, dentro de uma prática padronizada, com maior tendência a estar reproduzindo/fortalecendo/cristalizando o processo de produção de subjetividades serializadas, uniformizadas, enfim, de sujeitos normalizados segundo o requerido pela ordem "capitalística", usando a expressão de Guattari, 1986 ou, no dizer de Covre, 1994, de sujeitos "sujeitados".

Com isso, aquelas e outras tantas indagações se apresentaram como um desafio, uma instigação para que assumíssemos o compromisso de desenvolver a nossa tese de doutoramento, na tentativa de buscar algumas respostas a este tipo de questionamento.

Neste sentido, acreditamos que, ao contrário de termos mudado de rumo em relação ao nosso mestrado, estamos prosseguindo

1 PROJETO RETORNO - Avaliação do PROSAD, 1994.

nesse caminhar, em que o mestrado representou o primeiro passo nessa busca de melhor compreensão do processo de produção do conhecimento e das práticas em Saúde, e, neste momento, em particular, na área da Adolescência/ Adolescentes, como forma de ir consolidando uma linha de trabalho, que, esperamos, possa ser de alguma valia para aqueles que atuam na área, seja no ensino ou na pesquisa, seja na prática direta com adolescentes.

Da mesma forma que em nosso mestrado, recorreremos às ciências sociais, fundamentalmente, como suporte teórico metodológico, visando a uma leitura crítica do conhecimento produzido/ utilizado na área da saúde, e que vem orientando a prática com adolescentes, de forma hegemônica.

O nosso caminhar, nessa direção, vem-se apoiando em autores que, de uma forma ou de outra, têm procurado romper com a postura positivista, postura esta presente na maior parte da produção do conhecimento da realidade social, em particular no que diz respeito à saúde.

Tomamos, como material de estudo, inicialmente a literatura especializada em Saúde do Adolescente: livros, publicações específicas, nacionais e da América Latina, anais de congressos, artigos, para que se tornasse possível o trabalho de reconhecimento de concepções sobre adolescência / adolescentes, e seus pressupostos, assim como daquela que vem predominando na área da saúde.

Em seguida, tomamos, como matriz exemplar, o discurso da Organização Mundial da Saúde/ Organização Panamericana da Saúde sobre Saúde do Adolescente, apresentado sob a forma de Programa de Saúde Integral do Adolescente, em nível da América Latina e Caribe, integrante do *Plano de Ação sobre Saúde do Adolescente nas Américas*, por considerá-lo representativo das concepções hegemônicas na área da Saúde.

Na tentativa de desvelar os pressupostos das concepções presentes no referido discurso, procedemos à reconstituição de seu processo de produção, recorrendo a publicações anteriormente produzidas pela OMS/OPS, até o ponto de estarmos entendendo as

bases em que tal discurso foi sendo elaborado. Ao lado disso, também o processo de operacionalização, em nível da América Latina, foi sendo resgatado, no sentido de estar conferindo maior consistência às nossas análises.

Neste sentido, após esta apresentação, o presente trabalho foi desenvolvido, em forma de capítulos e sub-capítulos, conforme segue:

Capítulo 2: ***Adolescência: do mergulhar ao processo de delimitação do objeto*** - procuramos estar reconhecendo as diferentes concepções de Adolescência/Adolescentes, presentes na área da Saúde, agrupadas, segundo as tendências correspondentes.

Capítulo 3: ***Reconhecendo o paradigma que vem orientando, de forma predominante o discurso e a prática em saúde, com relação a adolescência/adolescentes*** - procedemos ao reconhecimento do paradigma predominante na área da saúde, e que denominamos **paradigma biomédico/médico biológico**. Em forma de sub-capítulos, apresentamos algumas noções/idéias que, basicamente, caracterizam/estão presentes em concepções de adolescência/adolescentes, orientadas por aquele paradigma, buscando, com isso, explicitar os seus pressupostos e suas implicações, dentro de uma leitura crítica, sustentada por autores que partem de uma visão paradigmática diversa àquela.

Capítulo 4: ***Do agenciamento internacional à Saúde integral do Adolescente*** - buscamos contextualizar a *Saude Integral do Adolescente* no interior do processo político de saúde, tanto em nível nacional, como em suas articulações com as políticas internacionais, em que procuramos mostrar o papel que agências intergovernamentais no campo da saúde - OMS/ OPS - vêm desempenhando na condução de tais políticas, e, neste caso particular, voltadas a adolescentes/jovens da América Latina e Caribe, materializando-se em forma de Programa de Saúde Integral do Adolescente e assistência técnica aos países para sua implementação. Em função dessas análises, o discurso contido no referido Programa foi por nós assumido como matriz exemplar/representativa das concepções hegemônicas na área da Saúde (ainda que reconhecendo tratar-se da tendência dominante no interior da

própria OMS/OPS, dentre outras, não a única). Nesta linha, procuramos mostrar como a concepção de adolescência presente no discurso analisado espelha o paradigma biomédico/médico-biológico, anteriormente desenvolvido, através das noções básicas que veicula. Neste trabalho de reconstituição dos pressupostos subjacentes, tivemos que recorrer a um trabalho de "garimpagem" em publicações anteriormente produzidas pela OMS/OPS, assim como por outras agências, ligadas às Nações Unidas, e que com aquela trabalham interagencialmente na definição e execução de políticas específicas, no caso, voltadas a adolescentes/jovens da América Latina e do Caribe, com isso resgatando o processo de produção do discurso em análise.

Capítulo 5: *Em busca dos sujeitos sociais: o lugar do adolescente no Plano de Ação sobre Saúde do Adolescente nas Américas* - o próprio título traduz a nossa intenção no presente trabalho, propriamente dito. Inicialmente, apresentamos os nossos pressupostos teóricos, a partir da problematização da categoria analítica "sujeito social", com base na literatura das ciências sociais, dada a nossa opção em estarmos adotando a referida categoria como instrumento conceitual estratégico para reconhecermos o lugar ocupado pelos adolescentes no discurso da Saúde Integral do Adolescente, assim como a direcionalidade do mesmo. A partir da estratégia proposta no Programa, em que o enfoque de risco é apresentado como um dos enfoques integradores, buscamos desvelar o caráter normativo/prescritivo do programa de Saúde Integral do Adolescente, revelando os reais destinatários das ações propostas e a finalidade da intervenção sobre eles.

Capítulo 6: *"Da inconcluída problematização ao prosseguimento de sua construção"* - apresentamos a nossa própria intenção no presente trabalho, qual seja a de estarmos refletindo sobre as bases que estão orientando, de forma predominante, a prática com adolescentes na área da Saúde, e as limitações decorrentes de propostas sustentadas pelo paradigma médico-biológico na abordagem de processos existenciais humanos - em sua essência, processos sócio-históricos. Daí, a razão do título, que fala de nossa perspectiva de trabalho em estar dando prosseguimento a esta inconcluída problematização, que requer, em nosso entender, estar aprofundando o

estudo de questões teórico-metodológica e técnicas , no sentido de caminhar para a elaboração de propostas em outras bases, visando ao agenciamento de processos instituintes de sujeitos sociais, cidadãos criativos/transformadores da realidade social.

2. ADOLESCÊNCIA: DO MERGULHAR AO PROCESSO DE DELIMITAÇÃO DO OBJETO

O presente trabalho, mais do que um produto individual, retrata, em grande parte, a repercussão do processo de reflexão de um grupo de docentes, companheiros do Departamento de Saúde Materno-Infantil, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, preocupado com as questões teórico-metodológicas e técnicas envolvidas no conhecimento sobre a Adolescência e Adolescentes, do qual tivemos o privilégio de fazer parte e que foi fundamental para que, hoje, sentíssemos-nos com alguma condição para tentar sistematizar o nosso pensar sobre a adolescência, mais particularmente sobre o processo de produção de conhecimento nessa área e suas repercussões na criação/(re)criação/(re)produção de práticas concretas, sobretudo no quadro das políticas públicas de saúde. Isto quer dizer: considerar as dimensões histórica, sócio-econômica e política em que a prática com adolescentes se inscreve e, ao mesmo tempo, a dimensão subjetiva, sempre presente nas práticas relacionais, esta por muito tempo ignorada ou trabalhada de forma segmentada de outras dimensões na área do conhecimento produzido sobre o objeto de nosso estudo.

Sem dúvida, reportarmo-nos a esse processo de reflexão, facilita-nos resgatar o nosso próprio processo de *mergulho* na questão da Adolescência, não apenas para com ele pleitear o título de Doutor em Saúde Pública, mas sobretudo para buscar compreender progressivamente o objeto da Saúde Materno-Infantil, nossa área de atuação no campo da Saúde Pública, onde reside o nosso compromisso profissional de ensino, de pesquisa e de prestação de serviços à comunidade.

Como qualquer iniciante nessa área, que se proponha a aprofundar o estudo da Adolescência, logo às primeiras leituras de trabalhos produzidos, nacionais e estrangeiros, fomos sendo tomadas por dúvidas e perplexidades diante de afirmações, categorizações, contradições, reiteradas em inúmeros trabalhos, como se tratassem de verdades universais, algumas das quais pretendemos abordar do decorrer do presente trabalho, de forma mais contextualizada e pertinente.

Entender a lógica que norteia o pensar sobre a Adolescência requer, como requereu no nosso processo de reflexão, começar a discutir aspectos conceituais, aparentemente elementares,

porém fundamentais para iniciar qualquer reflexão sobre o tema. Assim, a primeira questão apresentada foi: ***do quê/de quem estamos falando?***

Essa primeira questão já permite dar uma idéia da complexidade do tema, pois implica, antes de mais nada, ter uma compreensão da adolescência como fenômeno existencial, e como tal, é falar de algo que afeta a cada um de nós. Isto significa que não se trata de um objeto de estudo, exterior ao sujeito pesquisador, passível de uma abordagem "objetivista", segundo as regras dominantes para a construção de um conhecimento dito "científico".

Desta forma, ao adentrarmos nessa área, somos remetidas ao nosso passado, ou melhor, tornamos presente o nosso passado reconstituído, ainda tão presente, com todas as emoções, sentimentos envolvidos; não só isso, somos levadas à leitura do processo que está sendo vivido por nossos filhos no presente, com o "passado" que comporta, ainda que recente - tudo isso significa trazer à tona toda uma carga afetiva, as marcas positivas e feridas que até hoje nos machucam e que têm tudo a ver com nosso objeto de estudo.

Reconhecer, pois, que o sujeito cognoscente não é neutro ao estudar questões que dizem respeito à vida/existência humana, no nosso caso particular, estudar a Adolescência quer dizer: assumirmos concretamente a necessidade de nos expormos, colocarmo-nos com tudo aquilo que estamos sendo no instante presente, dentro de uma perspectiva do vir-a-ser, como resultado do que viemos sendo no nosso processo existencial, sabendo, de antemão, que o nosso olhar face ao nosso objeto estará marcado pelo significado de toda nossa experiência vivida e refletida², seja como docente, seja como adolescente/jovem que fomos (ou que ainda estamos sendo, dependendo do referencial), seja como mãe de adolescentes/jovens, ainda que assumindo pressupostos teórico-metodológicos, sustentados por determinados ramos do conhecimento em que nos apoiaremos para trilhar um caminho sujeito a percalços, surpresas, incertezas e inseguranças, pois que estaremos

2 "Na memória humana, o passado ***se faz presente*** e assim supera a transitoriedade, porque o passado mesmo é para o homem uma coisa que ele não deixa para trás como algo desnecessário; é algo que entra no seu presente de modo constitutivo, como natureza humana que se cria e se forma.....". KOSIK, K. *Dialética do Concreto*, 2o. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976, p. 165.

transitando num reino de dúvidas, questionamentos e, portanto, de crítica.

Indagando-nos sobre o "por quê" de nosso interesse especial por processos de singularização de subjetividades, isto é, processos de autonomização de sujeitos concretos, processos estes mais reveláveis (ou mais esmagados) nesse período da vida - adolescência ou juventude, como se queira denominá-lo - hoje, temos claro que tal interesse tem tudo a ver com o nosso passado, com o nosso processo vivido, no contexto histórico brasileiro, na década dos anos sessenta, em que componentes de um movimento político - integrado por várias organizações com tendências político-ideológicas diferentes -, buscava concretizar o projeto comum de construção de uma sociedade mais justa e solidária, ficando conhecido como a "geração 68". Foi encarnando esse ideal de uma sociedade mais justa, igualitária, autônoma, com espaços para comportar processos singulares de subjetivação, que exercíamos atividades de política estudantil, integrando o movimento mais amplo que, não obstante a oposição de todas as forças sociais dominantes, exercitava novas formas de viver/conviver em sociedade, através do desenvolvimento de relações de solidariedade e de igualdade nas atividades que desenvolvia - em outros termos, íamo-nos constituindo em sujeito social, através de uma *práxis*, compartilhada com outros sujeitos em constituição.

Presenciar o esmagamento desses processos singulares, vivenciar a violência do autoritarismo dos anos da "ditadura militar", a repressão atingindo-nos diretamente, significou, para nós, experienciar uma "juventude/adolescência" marcada de violência física, psicológica e moral, em uma sociedade que não comporta(va) processos singulares de subjetivação, que ameaçassem contrariar a ordem social instituída; ao contrário, interessava-lhe apenas fortalecer a produção de indivíduos serializados, uniformizados, conformados aos/com os valores dominantes, ou seja, "sujeitos sujeitados", no dizer de Covre³, dos quais foi sendo expropriada a possibilidade de desenvolverem sua capacidade criadora, transformadora, conforme iremos apresentar mais adiante. A desorientação/ desmobilização que se seguiu, como decorrência da

3 COVRE, M.L.M. *Cidadania, cultura e sujeitos*. In: SPINK, M.J.P. (org) *A cidadania em construção: uma reflexão intradisciplinar*. São Paulo: Cortez Ed., 1994: 123-146.

violência arbitrária por parte das forças sociais hegemônicas, através de seus aparelhos de repressão, deu, como resultado, a produção de uma geração de adolescentes/jovens silenciada, ao lado de uma geração de adultos (aqueles mesmos jovens dos quais fazíamos parte), marcada internamente e, muitas vezes, no próprio corpo; muitos de nós, aparentemente "resignados" e "conformados" à ordem social, mantiveram a latência de um movimento de resistência, ainda que silenciosa, num primeiro momento (que correspondeu, em nosso entender, a um tempo de reestruturação física e psicológica), (re)apresentando-se/(re)expressando-se posteriormente, num quadro de mudança na conjuntura política, em várias áreas de atuação, enquanto prática profissional diferenciada, na esfera da cultura e na política, estrito senso, (re)tomando/prosseguindo o trabalho voltado para a transformação social. Nesse sentido, tem constituído objeto de nossos esforços a nossa prática social, na busca de formar/transformar consciências, através de atividades docentes, com vistas a prosseguir no processo de (re)ativar *práxis*, constituidoras/constituídas de/por novos sujeitos sociais.

Acrescentando a esse nosso processo de individuação/individualização, na condição de mãe de dois filhos jovens (adolescentes?), referirmo-nos ao processo de ambos, é também reconstituir o início dessa fase (se considerada em termos de faixa etária), com um marco significativo que não corresponde aos fenômenos pubertários, em si, mas a um acontecimento carregado de forte emoção, de medos, inseguranças, risco de perda iminente, ou seja, o atropelamento de Rafael, nosso primeiro filho, entre os dez e onze anos de idade (hoje com vinte anos), que quase chegou a contribuir para com a estatística de óbitos por "causas externas", saindo vencedor na batalha contra a morte, porém com conseqüências que, sem dúvida, marcaram o seu processo adolescente. Não bastasse isso, esse acontecimento foi fortemente vivenciado por Ana Maria, nossa segunda filha, na época com seis anos de idade (hoje, com dezesseis), que exerceu um papel fundamental na recuperação de seu irmão, com iniciativas pessoais de auxiliá-lo no processo de reabilitação, assumindo, espontaneamente, tarefas que, ao olhar de "experts" da Adolescência, seriam consideradas as de um adulto. Se, no sentido de critérios ou indicadores sociais comumente utilizados, a adolescência é marcada pela assunção gradual de responsabilidades e tarefas que vão preparando o sujeito para a

"maturidade" social, segundo a literatura, indagamo-nos se a adolescência de Ana Maria não teria começado naquela ocasião, apesar de seus seis anos de idade!

Não obstante essas "passagens" (?), penosas, até para relatá-las, a leitura que fazemos do processo que está sendo vivenciado por nossos filhos, leva-nos a fortalecer a idéia de que não é possível generalizá-lo a todos os demais de suas faixas etárias, e nem enquadrá-lo no padrão de adolescência "normal", descrita na literatura, pela simples razão de que os pressupostos que subjacem à nossa leitura são distintos daqueles que partem da noção de que o processo é universal, e, portanto natural, imanente ao processo de desenvolvimento humano, descaracterizando, assim, a existência humana como categoria histórico-social; permite-nos levantar uma série de questões/dúvidas acerca das concepções veiculadas na área da saúde, em particular, que tendem a universalizar/ naturalizar/padronizar o processo, segundo parâmetros pré-estabelecidos, desconsiderando os fatos vividos e seus significados que marcam/ particularizam o processo de *individação*⁴ ou de *individualização*⁵ de sujeitos concretos, assim como as possibilidades diferenciais/desiguais que a sociedade cria para a travessia da infância para a condição de adulto para os distintos grupos sociais.

Esse relato de parte de nossa história de vida, no que tange à fase de nosso estudo, cuja elaboração não foi/não está sendo nada fácil, dá a dimensão de quão difícil se torna abordarmos com desenvoltura o nosso objeto de estudo; por mais que nos esforcemos em evitá-los, esses acontecimentos marcantes de nossa trajetória de vida pessoal e familiar fazem parte do nosso modo de olhar, de fazer a leitura da realidade, rompendo com a concepção cientificista acerca da relação: sujeito-objeto, da falsa oposição entre ambos - a crença na neutralidade do sujeito do conhecimento; obriga-nos a refletir a cada categoria/conceito/termo empregado, sua correspondência com a realidade concreta, sua propriedade para expressar com clareza o que queremos

4 O termo *individação* será trabalhado mais adiante, com o sentido de resultante de um processo de produção de subjetivação singular, ao contrário da subjetividade serializada, capitalística, cfm Guattari (op.cit)

5 "*Individualização*" se refere ao processo social capitalista de formar indivíduos serializados, conformados à ordem social instituída.

dizer, procurando não dissociar a relação: teoria-prática, enfim, manter a preocupação em utilizar instrumentos teórico-práticos que possibilitem acercar-mo-nos da realidade que desejamos conhecer/desvendar. Esta é a consequência de nossa opção de mergulhar na questão da adolescência, enquanto experiência humana, portanto parte de um processo contraditório, que não tem um sentido único, não é homogêneo, nem tampouco linear e, muito menos, com um único significado, pois que é dependente das condições materiais/objetivas e subjetivas de existência de sujeitos reais. É o preço que pagamos ao rejeitarmos a possibilidade de procedermos a um estudo seguindo as regras do "cientificismo objetivista", segundo as quais poderíamos manter-nos na superficialidade do processo, evitando o mergulhar em nossa própria interioridade, que implicou no afloramento de questões silenciadas durante todos esses anos. Entretanto, julgamos esse momento de grande significação para nossa vida, como reconciliação com nossa existência como tal, a partir da possibilidade de conferir um novo sentido ao vivido e, assim, ao contrário de encará-lo como um obstáculo, tomamo-lo como elemento importante para nossas análises. Isso vem corroborar a idéia de que as esferas privada e pública não constituem dois mundos independentes, mas que se interpenetram, expressando-se no pensar e agir de sujeitos concretos, não se podendo, por isso, dissociá-los no estudo das questões da condição humana.

Nesse caminhar, o grupo de estudo, anteriormente referido, composto por profissionais de várias formações - sociologia, medicina, enfermagem, psicologia e serviço social -, tendo como denominador comum a formação em Saúde Pública, possibilitou-nos enfrentar um processo de discussão e de reflexão complexo, inicialmente para definir o objeto de nosso trabalho - seria a Adolescência ou Adolescentes? ou ambos? Quais as implicações dessa definição?

Esta é uma questão que costuma ficar "no limbo", em termos da literatura, não no sentido voluntário, premeditado, mas porque, acreditamos, salvo engano, poucos pararam para refletir a respeito. E, ao não fazê-lo, não explicitá-lo, em muitos momentos, tende-se a reduzir a compreensão da adolescência ao que se observa em determinados adolescentes, generalizando o observado em seres particulares, singulares, ao universo dos adolescentes e, destes à concepção de

adolescência. Tais generalizações, de um lado, levam muitos a "naturalizarem" o processo da Adolescência e, desta feita, dificultando identificar diferenças e desigualdades em adolescentes concretos e, por outro lado, a realidade, não correspondendo a tais generalizações, pelo fato de não constituir um único bloco homogêneo, ao contrário, ser constitutivamente heterogênea, eivada de contradições, desigualdades e diferenças, leva outros até à possibilidade extrema de questionarem a própria existência do processo, pelo menos em alguns grupos sociais ou em culturas específicas, no sentido instituído.

Com o intuito de dar maior consistência a este tipo de colocação, apresentamos, sucintamente, o que é encontrado na literatura a esse respeito e que pode ser mais esclarecedor que a nossa simples interpretação.

Dentre aqueles que partilham da tendência a naturalizar o processo da adolescência, conferindo-lhe um caráter universalizante, podemos visualizar notadamente o grupo de estudiosos que aborda a questão, segundo o paradigma⁶ biomédico (ou médico-biológico). Segundo esta tendência, a adolescência é considerada uma etapa de transição entre a infância e a idade adulta, tendo como base as transformações puberais, de caráter biológico, que, por sua vez, desencadeiam mudanças psicológicas e sociais, até atingir a maturidade. Esta etapa do desenvolvimento humano corresponde, para a maioria daqueles que integram essa tendência, à segunda década da vida, ou seja, dos 10 aos 20 anos, sendo considerados adolescentes, todos aqueles que se situarem no referido grupo etário.

Tal tendência, muito marcante na área da Saúde, faz sentido, na medida em que a abordagem da questão tem suas raízes na medicina do adolescente. A esse respeito, Ayres, 1990 dá sua contribuição relevante, ao destacar que:

"...embora os trabalhos científicos sobre a adolescência apontem seu caráter histórico, os textos médicos sobre a saúde do adolescente e sobre as características das práticas para ela voltadas revelam uniformidade

⁶ O termo "paradigma" é adotado por Thomas Kuhn, no sentido de "matriz disciplinar" e que será melhor detalhado mais adiante.

surpreendente. São unânimes as referências a um padrão "típico" de Adolescente, em termos de suas necessidades de saúde e das formas de relação deste com os serviços, de forma geral...

A adolescência, como objeto do discurso médico, reveste-se nestes textos, de caráter a-histórico, assim como a natureza da intervenção a ela dirigida. Ela é traduzida como um estágio do desenvolvimento humano, identificado em todo e cada indivíduo, estágio esse que traz em si mesmo significados específicos.."

O autor mencionado atribui a natureza a-histórica conferida à adolescência como sendo expressão de uma característica histórica da medicina e não uma propriedade intrínseca da adolescência, enquanto objeto, nisto não diferindo de outras dimensões da existência humana que ela (medicina) toma para estudo e intervenção. Nessa linha, a medicina de adolescentes, embora incorpore elementos de outros ramos do conhecimento, distintos em termos de seus pressupostos técnico-metodológicos, como a psicologia, a sociologia e a antropologia, ao definir a adolescência, faz a síntese desses elementos, no seu específico objeto, através da universalidade fenomênica e da singularidade interpretativa desses fenômenos que têm caracterizado o conjunto da produção de conhecimentos e cuidados médicos instrumentalizados pela Clínica, de modo geral. Em outros termos, os demais aspectos são subordinados à dimensão somática, já que é em torno desta que se organizará a apreensão dos demais.

Referindo-se aos aspectos psicológicos, Ayres assim se refere:

*"....Embora secundarizadas em relação ao somático pelo aspecto metodológico apontado, os aspectos psicológicos também se configuram, mesmo nos textos de clínica geral, como outro importante campo de problematizações para a medicina de adolescentes. Aqui, mais uma vez transparece o binômio **universalização-individualização**, seja nas teorias elaboradas sobre o status psico-emocional do*

*adolescente, seja nas transposições dessas teorias para o campo das práticas. São numerosas as teorias psicológicas que se referem a uma **síndrome da adolescência**.*

*De imediato o termo **síndrome** já nos remete à idéia de uma descrição fenomenológica típica, no caso aqui, decorrência específica da condição adolescente. Essas teorias, embora apresentem alguma diversidade entre si, têm um núcleo interpretativo comum: o indivíduo se vê diante de uma condição inédita de sua experiência, seja pelas condições objetivas de sua existência, seja pela percepção diferenciada que delas alcança. Diante desse ineditismo surgem, então, as reações típicas, que podem ou não configurar problemas, modulados pelos diversos fatores que interferem com a psiquê humana. Será individual, assim, a identificação empírica da síndrome, embora as categorias utilizadas para isto se construam a partir de uma ótica generalizante".(p. 147)*

Quanto à dimensão social da adolescência, situada, segundo Ayres, na base das definições clássicas, já que todas destacam a abrangência dos aspectos sociais que caracterizam a transição adolescente, ao se incorporar no modelo clínico sofre um processo de *naturalização*, operado pela reificação da adolescência na forma de um *status* próprio de todo um segmento etário da sociedade, na forma de uma *cultura adolescente*, objetivada por meio de uma psico-sociologia do adolescente. Desse modo, certos comportamentos observados nesse segmento são tomados como expressão das condições objetivas de vida a que estariam submetidos seus portadores; são encarados como resultantes previsíveis do pensar e agir frente a tais condições. Em outras palavras, os jovens enfrentariam determinadas situações, pelo fato de serem jovens, que explicariam, ao menos em parte, seu comportamento.

Tendo como referencial teórico as ciências sociais, encontramos um outro grupo, que considera a adolescência e juventude como categoria sócio-cultural, de origem histórica, portanto, destituída do sentido de universalidade atribuída pelo grupo anterior. Cavalcanti, 1988,

afirma que a *puberdade* é um conceito biológico, enquanto *adolescência* é um conceito sociológico. (p.9) Na preocupação de reconstituir a **sócio-gênese** da adolescência, o autor assim se refere:

"Olhando para o passado se evidencia, com surpresa, que há pouco mais de 300 anos, ninguém fazia a menor menção ao período de vida que hoje chamamos adolescência. O próprio conceito de infância era muito vago na antigüidade e, só no final da Idade Média, com o aparecimento dos comerciantes como segmento de força social numérica e qualitativamente importante, é que a infância se caracterizou como um período de vida diferente da idade adulta...(p. 9)

"...Nesse sentido, enquanto que a sócio-gênese da infância está ligada à história da burguesia, a sócio-gênese da adolescência é, em termos históricos, um acontecimento relativamente recente. Tem-se falado que a adolescência é uma invenção social que teve lugar a partir do século XVIII. Em épocas anteriores, o indivíduo saía da infância diretamente para a idade adulta, sem nenhum período intermediário. Se a infância nasceu com a burguesia, a adolescência foi gerada no bojo da revolução industrial. Seu conceito é mais nítido na população urbana do que na população do campo e bem mais caracterizado quanto maior for o privilégio da classe social a que pertence...(p.10)

Esta visão é compartilhada por outros autores, dentre eles, Castellar, 1989, para quem **A puberdade** ganhou um conceito puramente biológico, enquanto **adolescência** passa a significar conceito psicológico e social....Prosseguindo, o autor afirma:

*Em realidade, não existe uma adolescência, mas sim, **Adolescências**, em função do político, do social, do cultural e do momento em que estará inserido o adolescente....;*

Saltalamacchia, 1990, chama atenção para a análise da concepção de adolescência dentro do marco sócio-cultural, lembrando que as categorias utilizadas pela vertente anterior são carregadas de significados, não se tratando de "verdades universais", como são apresentadas. Assim, por exemplo, sustenta que:

*(...) en la definición de las categorías de edad, siempre se encuentran implícitos importantes contenidos socio-culturales. Debido a ello, lo que en cada cultura se ha definido como niñez, adolescencia, juventud, adultez y/o vejez, ha sufrido importantes variaciones. Y lo mismo ha ocurrido con los roles sociales que les son asignados. De allí que, en la indagación sobre conceptos relativos a cuestiones etáreas sea indispensable incluir conceptos de la aún no muy difundida, pero a todas luces necesaria, **sociología de las edades o de las generaciones**. Esto es: el relacionar la edad tanto con sus significaciones socio-culturales más generales como con aquellas otras significaciones que, en el interior de cada país, determinan cuales son las maneras en que cada cohorte se relaciona con todo el acontecer social...* (p.4 e 5)

Prosseguindo em suas considerações, o autor dialoga com os integrantes da primeira tendência acima referida, propondo a definição dos termos, conforme segue:

*"Aunque siempre será falsa la creencia de que no hay diferencias en las formas en que se produce la transición bio-psicológica entre la niñez y la edad adulta, el aspecto bio-psicológico es, en todo caso, el único aspecto en el que se puede encontrar cierta comunidad entre diferentes culturas. Y entonces, ¿Por qué no utilizar los conceptos de **pubescencia y pubertad** - en lugar de **adolescencia**, que contiene intensas determinaciones histórico-culturales - para denominar esa fase de la vida humana? Y, en todo caso, por qué no llamar **rituales de pasaje** a ese conjunto de actos culturales mediante los cuales, en culturas recolectoras*

y/o casadoras, se señala el paso hacia las responsabilidades y derechos que le corresponden a los adultos en cada una de esas sociedades?"

Torres-Rivas, 1989, ao analisar a questão em seis países da América Latina, em uma de suas passagens refere-se à determinação social da adolescência/juventude da seguinte forma:

"La sociedad cuando se desarrolla - es decir cuando crece y se diferencia hacia adentro - tiende a prolongar el ciclo de transición entre la infancia y la vida adulta. Ello se produce de múltiples formas, sin posibilidad de encontrar modelo alguno, en función de la historia y la cultura particulares de los diferentes agrupamientos humanos. En general, sin embargo, se puede decir que las culturas de base campesina, comprimen la transición porque se preparan desde la temprana edad para enfrentar responsabilidades y tareas. El ciclo es breve y la juventud (adolescencia) no aparece salvo que se le mida con manía estadística y con fobia por la historia."(p.9)

Urzúa, 1988, reforça o anterior, ao dizer que:

"El concepto de adolescencia es una construcción social relativamente reciente y propia de las sociedades urbanas occidentales industriales y pos-industriales", alertando para a necessidade de distinguir processos diferenciados entre os distintos grupos sociais.

Outros autores poderiam estar sendo referidos neste grupo, sobretudo aqueles que assumem, como ponto de partida, o estudo da juventude, ao invés de adolescência, mas tendo-a como essa etapa de transição entre a infância e a idade adulta. Não parece tratar-se apenas de questão semântica o uso de um ou outro termo, mas muito mais relacionada a referencial teórico, de um lado o da biologia e o da psicologia e, de outro, mais claramente, o da sociologia. Nesse sentido, Vicuña, 1977, apoiando-se no Informe de um grupo de trabalho da OPS

sobre *Las necesidades de salud de la juventud en América Latina y Caribe*, de dezembro de 1975, fornece pistas , ao afirmar que:

*"Existe um consenso geral de que o termo **adolescência** refere-se muito mais a um processo de maturidade biológica que transcende à área psico-social e constitui um período durante o qual se inicia e se trata de aperfeiçoar a personalidade, o sentido da identidade, a capacidade de abstração e a adaptação harmônica ao meio social.... Por outro lado, a **juventude** é uma categoria fundamentalmente sociológica, em que as pessoas passam a fazer parte da sociedade, com plenitude de direitos e responsabilidades (transcorre entre os 15 e os 25 anos). Para identificar melhor as aparentes divergências conceituais, é necessário destacar que o termo ADOLESCÊNCIA aparece mais ligado à prática médica e da saúde, enquanto que o conceito de JUVENTUDE se refere muito mais ao cumprimento da etapa de integração social da pessoa."*

Ligada à questão acima, está implícita a discussão da articulação **biológico-social** e a do **indivíduo-sociedade**, que exige um estudo mais aprofundado, do ponto de vista epistemológico, de grande importância, porém que merece uma investigação específica e que, por isso, será objeto de referência na análise da produção do conhecimento em saúde sobre adolescência apenas no nível necessário para a compreensão do mesmo. Nem por isso, deixaremos de utilizar as contribuições existentes sobre juventude, sempre que as considerarmos pertinentes ao nosso propósito.

Nestes últimos anos, e, mais especificamente, a partir de fins da década dos oitenta, estamos observando esforços interdisciplinares, ainda que incipientes, no sentido de analisar criticamente a construção social do conhecimento sobre adolescência e adolescente na área da saúde, com vistas a lograr a apreensão da questão como totalidade concreta, historicamente constituída, articulando as várias dimensões (biológica, psicológica e sócio-cultural) e níveis (individual/singular, particular e sociedade) que envolve. Neste ponto, acreditamos ser desnecessário dizer que Ayres, 1990, cuja preocupação

com essa linha de investigação, ficou evidenciada em suas análises sobre a tendência dominante à naturalização do processo em estudo, anteriormente apresentada, integra inegavelmente este grupo. Nossa identificação com esta vertente faz com que tenhamos que encarar este desafio dentro de nossas limitações, de vez que temos consciência de que esta tarefa, mais do que um empreendimento interdisciplinar, requer a construção de um conhecimento transdisciplinar, como decorrência da análise crítica proposta, ao se ter, como pressuposto, que a justaposição de conhecimentos fragmentados de diferentes disciplinas não assegura recuperar essa totalidade buscada. Esta construção, sem dúvida, não será objeto deste trabalho, porém será a direção para a qual tentaremos encaminhar as nossas reflexões, ainda que modestas e limitadas, sempre na busca de um referencial teórico-metodológico que dê conta da reconstituição do nosso objeto de estudo, no caso, a adolescência/adolescentes concretos.

Com esse tipo de preocupação, Cavalcanti, 1988, inicia as considerações sobre o conceito de adolescência com uma afirmação de Freud: *"só vemos a estrutura de um cristal quando ele se quebra..."*, para dizer que:

"A adolescência, como tudo o .que é humano, só pode ser realmente compreendida se fizermos um estudo dos diversos elementos estruturais que entram na composição do ser e do viver do homem. Isso implica na apreciação do biológico, do sociológico e do psicológico que, de modo interdependente e integrado, constituem o cerne da natureza humana. Quando não existe uma prévia convicção de que só o conjunto constitui o humano, há a tentação de, na aventura da análise, se deixar perder no encanto do pormenor e se apagar a perspectiva do homem como um ser global. (p.2)... Ao estudar a adolescência, tem que se ter, necessariamente, uma visão de síntese que reúna as peças da análise humana na recomposição do homem total. ..." (p.6)

Uscátegui, 1988, assim se expressa a esse respeito:

*"Corrientemente, al hablar de desarrollo físico, psicológico, intelectual, social y moral se alude a las facetas correspondientes a otros tantos caracteres del hombre que se incrementan y perfeccionan con el correr del tiempo. En verdad, tal categorización es artificial y responde a la necesidad de sistematizar el conocimiento. El proceso de desarrollo humano es **uno** solo, aun cuando sus diversos aspectos no discurren necesariamente con el mismo ritmo..." (p.351-2)*

Conforme referência feita anteriormente, a distinção dos termos Adolescência e Adolescente é importante para início de qualquer discussão, porque o seu uso indiscriminado traz dificuldades de compreensão, uma vez que o primeiro remete ao processo de desenvolvimento humano, enquanto o outro se refere ao sujeito que vivencia essa fase do processo. Isso não quer dizer que constituam duas entidades distintas, que possam ser abordadas como objetos de estudo independentes. Pelo contrário, quando conceituamos Adolescência de uma determinada maneira, temos presente uma visão de adolescente, cujas características básicas encontram sua correspondência no conceito emitido ou assumido, da mesma forma que, quando atuamos com adolescentes, implicitamente carregamos uma concepção de adolescência, que se expressa no tipo de relação que com eles estabelecemos, no modo de trabalhar as questões a eles relacionadas, e, fundamentalmente, na direção imprimida ao processo.

Embora essa questão pareça óbvia e elementar para muitos, para outros tem sido motivo de equívocos, nem sempre sem prejuízos no plano da intervenção, razão pela qual a assumimos como ponto de partida para a nossa reflexão.

Imediatamente relacionada ao anterior, necessariamente veio à tona o que se vem entendendo por Adolescência, ou seja, *que concepções de adolescência estão presentes na área da saúde e qual é o significado de cada uma delas no nível das práticas ?*

***3. RECONHECENDO O PARADIGMA QUE
VEM ORIENTANDO, DE FORMA
PREDOMINANTE, O DISCURSO E A
PRÁTICA EM SAÚDE, COM RELAÇÃO
À ADOLESCÊNCIA/ ADOLESCENTES***

As concepções de adolescência, que até agora expusemos, dão idéia das diferentes visões existentes, presentes na literatura. Tendo em vista reconhecer qual dessas visões prevalece na área da Saúde, utilizamos a categoria conceitual de "paradigma", adotada por Thomas Kuhn, 1992, entendido, ao mesmo tempo, como "matriz disciplinar" e "realizações concretas de natureza exemplar", por se tratar de termo de uso corrente em várias áreas científicas, inclusive na Saúde, não obstante as diferentes interpretações geradas por seu conceito, fato este reconhecido pelo próprio autor, em posfácio da própria obra de edições mais recentes. Segundo o próprio autor, o termo "paradigma" é usado em dois sentidos diferentes na maior parte do livro:

"De um lado, indica toda a constelação de crenças, valores, técnicas, etc..., compartilhadas pelos membros de uma comunidade determinada. De outro, denota um tipo de elemento dessa constelação: as soluções concretas de quebra-cabeças que, empregadas como modelos ou exemplos, podem substituir regras explícitas como base para a solução dos restantes quebra-cabeças da ciência normal"...(p.218)

Tal escolha se deve ao pressuposto de Kuhn, que rompe com a concepção de uma evolução unívoca e cumulativa da produção de conhecimentos científicos, definindo o desenvolvimento científico como *"uma sucessão de períodos ligados à tradição e pontuados por rupturas não cumulativas"* (p.255). Neste sentido, a concepção paradigmática de Kuhn permite distinguir o desenvolvimento científico "normal" - aquele que se limita a aprofundar e expandir um conjunto de concepções, instrumentos e valores científicos socialmente legitimados - daqueles que, motivados por insuficiências e inconsistências de ordem estritamente científica ou não, evidenciadas no interior dessa *práxis*, passa a criar novas concepções e práticas. Permite, assim, relativizar a concepção de "verdade científica" como sinônimo de "verdade absoluta", passando a considerá-la como verdade transitória, tomando o conhecimento como uma obra inacabada, em construção permanente.

Cabe, agora, reconhecer o paradigma que na área da Saúde vêm orientando de forma predominante a produção científica sobre adolescência, no contexto de sua emergência como objeto da Saúde Pública, com vistas a melhor entender as suas relações com o projeto social a que se vincula, a partir da articulação entre a teoria e prática correspondente.

3.1. PARADIGMA BIOMÉDICO OU MÉDICO-BIOLÓGICO

Tanto a literatura, quanto as justificativas teóricas e o desenho/delineamento das práticas de intervenção na área da Saúde revelam, claramente, o predomínio e o grande peso da matriz biologicista na formulação ou adoção de conceitos e práticas correspondentes, inclusive no que diz respeito à adolescência/adolescentes. Denominamos essa matriz como ***paradigma biomédico ou médico/biológico***.

O paradigma ***médico-biológico*** ou ***biomédico*** é aqui considerado como aquele que, no campo da Saúde Pública, faz-se presente no conhecimento epidemiológico, enraizado no modelo clínico da medicina, construído sobre bases biológicas, das Ciências Naturais. Embora tenham ocorrido variações, no sentido de aprimorar/ampliar a sua abrangência, o que importa entender são os pressupostos que subjazem às concepções nele presentes e a lógica que orienta o pensar e o agir correspondentes. Nesse paradigma, parte-se da idéia de que saúde-doença constitui um processo biológico/natural, que ocorre nos indivíduos, privilegiando, de um lado, a figura do agente mórbido que invade o organismo produzindo a doença, como um mal externo que altera a natureza de um corpo sadio (dentro de uma concepção ontológica); de outro, do ponto de vista dinâmico, reconhece a doença como resultado de um desequilíbrio das forças do organismo com o meio e, como tal, passível de recuperar uma nova situação de equilíbrio (concepção ecológica), centrada na tríade: agente-hospedeiro-ambiente. Esta concepção é amplamente discutida na literatura e, ao tomar como referência a doença, e não o sujeito portador, tem como modelo descritivo e prescritivo mais ampliado, a "história natural da doença", desenvolvido por Leavell e Clark, 1972, que assim apresentam a concepção:

"A saúde é resultado de forças em constante reação, e a ocorrência de doenças em indivíduos ou sua distribuição por grupos humanos pode ser melhor compreendida se se consideram as múltiplas causas que influenciam as relações agente-hospedeiro no meio-ambiente, antes e durante o processo da doença.

Uma causa é aquilo que produz um resultado ou um efeito... ". (p.12)

Embora reconhecendo que a existência do agente mórbido é condição necessária, porém não suficiente para deflagrar o processo mórbido no homem, ao incluir em questão as próprias condições do organismo e do ambiente, amplia a noção de unicausalidade da doença, passando-se a atribuir, então, a um conjunto de causas - multicausalidade; mesmo assim, ao tratar o **social** como atributo dos indivíduos ou como característica do meio-ambiente, em nível de equivalência com outras "variáveis", opera-se a naturalização, biologização do social, regido pelas leis da natureza, perdendo-se, com isso, a dimensão histórico-social do processo, que se verifica em homens concretos.

Segundo Almeida Filho, 1992, *"... os nexos do processo de determinação das doenças são de natureza causal, ou seja, produtores de efeitos específicos...."* (no caso, um conjunto de causas).

A descrição operativa deste processo, segundo ele, dá-se através de funções lineares simples, buscando a quantificação mais parcimoniosa das relações entre coeficientes, cabendo à Estatística fornecer os instrumentos para dimensionar/quantificar, descrever e analisar positivamente a distribuição dos fenômenos em nível populacional.

A tendência, dentro desta abordagem, é tomar como objeto de investigação e de intervenção, a doença/problema, reduzindo o sujeito à condição de simples "albergue" ou sede do agente mórbido, o qual (sujeito) passa a ser visto de forma fragmentada, reduzido a órgãos; esta visão reducionista corresponde àquela propiciada pela própria composição da prática médica, de especialidades, segundo o modelo flexneriano. Desta forma, as categorias utilizadas como indicadores de condições de saúde são as de natureza biológica - doença/morbididade, morte/mortalidade, cabendo ao instrumento estatístico proceder à "contabilidade" de mortes/doenças em grupos populacionais - frequência, distribuição, etc.

Assim, segundo essa lógica, a saúde coletiva passa a ser entendida como a soma/média dos fenômenos individuais, encobrindo-se, com isso, os diferenciais, as desigualdades sociais na análise da distribuição desses fenômenos numa dada população concreta.

Essa forma de entender o processo saúde-doença leva/direciona a formas de intervenção coerentes, privilegiando a assistência médica curativa, na medida em que valoriza a doença/problemas, em forma de propostas medicalizantes e, secundariamente, as ações preventivas que, da mesma forma têm, como referência, doenças determinadas, identificadas epidemiologicamente.

Embora recorrendo a outras áreas do conhecimento para complementar a visão biologicista, tais como as Ciências Sociais, verifica-se apenas a justaposição de diferentes disciplinas e, no plano da intervenção, a justaposição de profissionais de diferentes formações, em nível de colaboração entre eles, cada qual lidando com o objeto, segundo seus pressupostos e no âmbito do conhecimento territorializado correspondente. Nesta medida, reproduz-se o processo de trabalho fragmentado, serializado, de cooperação entre diferentes profissionais e pessoal auxiliar, de acordo com a lógica da divisão técnica de trabalho "coletivo" de ordem capitalista, organizado segundo uma hierarquia pré-estabelecida, sob o comando do profissional médico, a serviço da maior eficiência da assistência médica, elemento nuclear do processo.

Atualmente, contamos com uma versão ampliada dessa concepção ecológica que justapõe aos elementos da Biologia e do Ambiente, os conceitos de "estilos de vida" e de "organização para o cuidado da saúde", expressos em publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS), 1984, e amplamente discutido por Terris, 1992 e Castellanos, s/d., a partir das idéias de Blum (1974), Dever (1980) e Lalonde (1974), os quais pretenderam desenvolver modelos explicativos que pudessem orientar decisões sobre políticas de saúde, privilegiando os campos de ação para a promoção e defesa da saúde. Neste tipo de modelo, adotam-se conceitos estratégicos de "prevenção primordial", intervenção "individual", "intervenção populacional" e "promoção de saúde revalorizada". Cada um deles corresponde a uma intervenção específica, ou seja: o componente recuperativo, centrado no indivíduo, cabe à prática médica; o componente promocional junto à população

ênfatiza práticas de educação em saúde, visando o auto-cuidado e o componente preventivo - prevenção primordial - fica a cargo da equipe de saúde (médicos auxiliados por outros profissionais a serviço da assistência médica = somatória de abordagens específicas, complementares, subordinadas à lógica da assistência médica).

Outra implicação, em termos de intervenção, a partir dessa concepção é que as necessidades de saúde, por serem entendidas como "problema técnico" de quem detém o "saber" em saúde, passam a ser definidas por profissionais que compõem a tecnocracia, que se encarrega de identificá-las e de priorizá-las, segundo critérios "técnicos", advindos da epidemiologia, da administração e da política.

Em relação à organização de serviços de saúde, verifica-se a concepção de estruturas centralizadas, hierarquizadas, o poder emanando do centro para a periferia do organograma. Do ponto de vista de programação das ações de saúde, esta se cumpre segundo as regras do planejamento normativo, com a divisão técnica entre planejamento, isto é, definição de normas elaboradas pelo nível central para execução no nível local, privilegiando os programas verticais, por especialidades - problemas (tuberculose, doenças imunopreveníveis, etc.) ou grupos populacionais selecionados (crianças, mulheres, adultos, trabalhadores, etc.).

A população usuária dos serviços de saúde entra como simples receptora de ações de saúde; os usuários, ao mesmo tempo que são excluídos na definição do tipo de serviço necessário, são responsabilizados pelos problemas que apresentam, na medida em que se passa a outorgar aos indivíduos a responsabilidade da adoção de comportamentos/estilos de vida, tidos como determinantes de seu estado de saúde. Com isso, a Educação em saúde é revalorizada, ao lado da assistência médica, passando a atuar a partir de alguns pressupostos, que pudemos identificar, tais como:

- a) a ignorância, entendida como falta de informações, leva à adoção de comportamentos/estilos de vida nocivos à saúde;
- b) a escolha de estilos de vida -saudáveis ou nocivos à saúde - é um direito individual, cabendo a cada um,

portanto, a responsabilidade pelas consequências da opção feita;

- c) a socialização da informação - entendida como colocar ao acesso do usuário conhecimentos científicos a respeito de doenças/problemas e os cuidados necessários para preveni-los - gera mudanças de comportamento e, portanto, diminui "automaticamente" a ocorrência daqueles, reduzindo, assim, a demanda aos serviços de saúde, contribuindo para a racionalização da assistência.

Nesse sentido, a relação profissionais de saúde - usuários, reproduz a lógica do pensamento autoritário, que orienta, em geral, a prática em saúde - relação desigual entre um alguém que "sabe" e um outro que "não sabe" -, explicitando uma prática pedagógica verticalizante, reproduzindo as relações sociais predominantes na sociedade como um todo.

Apresentamos, de forma resumida, o paradigma "médico-biológico" ou "biomédico", em seus aspectos conceituais e práticas correspondentes, no sentido de estar explicitando a relação: teoria-prática, como unidade indissociável e que marca um modo específico de visualizar a realidade e de nela intervir a partir de uma "matriz".⁷

No que diz respeito ao objeto de nosso trabalho, enquadramos nesse paradigma as concepções de adolescência que partem do pressuposto de que se trata de um fenômeno natural, universal, subordinando os componentes psicológicos e sócio-culturais às transformações físicas geradas pela puberdade. Incluímos nesta categoria, também as concepções que, mesmo considerando a adolescência como processo fundamentalmente psicológico ou psicossocial, distinguindo-a da puberdade (fenômeno biológico, que corresponderia a uma "etapa" pré-adolescente), pelo fato de termos identificado a lógica de suas formulações teórico-práticas à do modelo

7 Maiores aprofundamentos a respeito podem ser encontrados em: ALMEIDA FILHO, Naomar. *A Clínica e a Epidemiologia*. Salvador/Rio de Janeiro: APCE/ABRASCO, 1992; E ROUQUAYROL, M. Z. *Uma introdução crítica à ciência epidemiológica*, Rio de Janeiro: Campus, 1989; AROUCA, A. S. da S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina preventiva no Brasil*. Tese de Doutorado em Medicina Social, Faculdade de Medicina, UNICAMP, 1975; CAPRA, FRITJOF. *O ponto de mutação - a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix, 1982: 116-155.

biomédico propriamente dito; da mesma forma o fizemos com aquelas concepções que, embora explicitamente apresentem a adolescência como um fenômeno sócio-cultural, seguem todo um raciocínio que as aproximam deste grupo, visto tratarem o "social"/"cultural" como simples atributo da adolescência/ adolescente, não ultrapassando a lógica biológica em sua essência. Neste sentido, julgamos importante esclarecer que o simples fato de nomear o processo "adolescente/juvenil" como processo sócio-cultural não o qualifica como tal, necessitando-se, para que assim seja considerado, que os pressupostos sejam outros, segundo uma outra lógica do pensar - a lógica sócio-histórica -, em lugar da lógica da natureza, das ciências naturais. Isto quer dizer que, embora aparentemente algumas concepções possam parecer diferentes, até divergentes entre si, em sua essência, podem estar apresentando a mesma característica básica essencial que as identificam num mesmo grupo.

Feitas essas considerações, vejamos como a "adolescência/ adolescente" é concebida neste paradigma.

Segundo o paradigma biomédico/médico-biológico, a "adolescência" é descrita como uma fase do desenvolvimento humano, pela qual todos passam, e que corresponde à fase de transição entre a infância e a idade adulta, ocorrendo na segunda década da vida (entre os dez e os vinte anos de idade); caracteriza-se por transformações biológicas, ligadas à puberdade, que transcendem às esferas psicológica e social em direção à maturidade bio-psico-social; constitui um período "crítico," crucial na vida dos indivíduos, por se tratar de momento de definições de "identidade" - sexual, profissional, de valores, etc.-, que gera "crises" que beiram ao patológico, chegando a merecer, por parte de determinados autores da área da "psi", a caracterização de um quadro "típico" da adolescência, como inerente a ela, conhecido como "*síndrome da adolescência normal*". Adolescente é entendido como todo indivíduo que se encontra na faixa etária de dez a vinte anos, que necessariamente passa pelas crises descritas, em busca da maturidade, ou da "identidade", usando as palavras dos autores desta vertente.

Universalizada e naturalizada a adolescência neste tipo de concepção, ainda que reconhecendo o componente social, os adeptos de tal paradigma, ao se depararem com adolescentes concretos, têm o seu

olhar direcionado, de antemão, segundo um "padrão" de adolescente, que corre o "risco de se perder" pelas "crises" que enfrenta nesse período e, portanto, pela situação de fragilidade em que se encontra - o substrato da **vulnerabilidade** -, na linguagem epidemiológica. A necessidade de definição de seu projeto de vida, de adoção de valores e assunção de responsabilidades é tida como situação que gera inseguranças, questionamentos, rebeldia nos sujeitos frente aos valores do "mundo adulto" (quer dizer: sociedade). Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu relatório dos Debates Técnicos sobre a Saúde dos Jovens, da 42ª Assembléia Mundial de Saúde, 1989, em sua Introdução, explicita a imagem acima, assinalando que:

*"...A adolescência é sempre um período de transição, no qual os jovens desenvolvem suas capacidades experimentando novos tipos de comportamento. Ela representa uma **encruzilhada** na vida, em que um caminho saudável para a fase adulta poderá ser alcançado se suas necessidades de desenvolvimento e segurança forem atendidas, caso contrário um padrão de comportamento nocivo poderá desenvolver-se com conseqüências negativas para a saúde e sobrevivência, a curto ou longo prazo ." (p.3)*

Hamburg & Hamburg, 1976, já haviam enfatizado essa idéia, referindo-se à adolescência como:

*"Etapa **crucial** para a formação de hábitos de conduta e comportamentos sociais. Os hábitos que se adquirem nessa idade podem ter uma importância-chave na vida futura dos adolescentes e permitir-lhes, ou impedi-los, um pleno aproveitamento de seu potencial..."*

3.2. DA DES-CONSTRUÇÃO⁸ À INTERPRETAÇÃO DA CONCEPÇÃO PARADIGMÁTICA DA ADOLESCÊNCIA NA VISÃO BIOMÉDICA.

Esta concepção de adolescência é típica, decorrente de um olhar de sobrevôo de um observador impessoal, que mantém uma relação de exterioridade face ao objeto, na figura do especialista - representante do "saber", que por suas afirmações traz a garantia da existência de uma ordem, atual ou virtual, como diria Chauí, 1987.

*"(...) tal tipo de discurso tende sempre para o anonimato ou para a neutralidade, a fim de testemunhar uma verdade que estaria inscrita nas próprias coisas, como algo posto diante de nós, como racional em si e por si, ocultando a particularidade numa universalidade abstrata"*⁹ Quer dizer: é um discurso ideológico, que procura neutralizar o perigo da história, ou seja, que opera no sentido de impedir a percepção da história." (Chauí, 1981).

Tornamos nossa leitura/interpretação o pensamento de Chauí, 1981 e 1987, em decorrência da análise de algumas noções/afirmações contidas na concepção de adolescência/adolescente dentro do paradigma biomédico/médico biológico, as quais apresentamos abaixo:

1ª) A noção de universalidade do fenômeno da adolescência - fase do desenvolvimento humano, pela qual todos passam e que corresponde à transição entre a infância e a idade adulta, ocorrendo na segunda década da vida.

8 A "desconstrução" aqui é entendida como um processo de, a partir da análise de elementos constitutivos de um texto/enunciado, denunciar o que é nele valorizado, em nome de quê (em que contexto) se invoca tal valor, e pelo desvelamento do que é recalcado e dissimulado, com Santiago, 1976, cit. ALMEIDA FILHO, Naomar. A. *Clínica e a Epidemiologia*. Salvador: APCE-ABRASCO, 1992 : 123

9 Poderíamos também dizer que a concepção apresentada corresponde à uma visão de um mundo da "pseudoconcreticidade", com KOSIK, K., 1976 (op.cit), que a define como "claro-escuro de verdade e engano. O seu elemento próprio é o duplo sentido. O fenômeno indica a essência e, ao mesmo tempo, a esconde"... (p.11)

Essa noção traz implícita a idéia de uma evolução natural do ser humano, linear, independente das condições concretas de sua existência - materiais e simbólicas -, ou seja, um processo que se opera segundo um determinismo pré-estabelecido, imanente ao desenvolvimento humano, apesar dos sujeitos em sua diversidade cultural e desigualdade social. Ora, de que processo estamos falando? Estamos reduzindo a adolescência à sua dimensão apenas biológica (ou psicológica), no sentido filogenético, ou à questão das idades cronológicas/identitárias/ demarcadoras do tempo calendário?¹⁰

Se estamos nos referindo à adolescência como parte do desenvolvimento humano, em sua totalidade, portanto, comportando as dimensões biológica, psicológica e sócio-cultural, ao universalizá-la não estaremos procedendo a uma equivalência das leis que regem cada uma dessas esferas de constituição do ser humano àquelas (leis) que regem a natureza, abstraindo a existência humana como essência, portanto, não se referindo a um processo que diz respeito a homens reais, situados e datados? Onde e como ficam os achados antropológicos que comprovam a inexistência da adolescência tal como descrita nesta perspectiva - fase de transição conflituosa entre a infância e a idade adulta -, em sociedades e grupos sociais determinados?¹¹

A naturalização do processo de desenvolvimento humano pressupõe a idéia de **natureza humana**, presente não só na área da Saúde, mas também na área da Pedagogia, da Psicologia, como algo inalienável, inerente ao ser humano, uma essência humana que se atualiza, orientado segundo um eixo fundado em cada e todo ser humano, apenas um programa genético/psicogenético que se irá cumprindo ao longo do tempo vital.

Essa idéia seria aceitável, no nosso entender, somente na medida em que igualássemos o processo de desenvolvimento humano ao processo de evolução de qualquer outro ser vivo, que se limita a nascer, crescer, amadurecer, reproduzir e morrer. Isso significa reduzir o ser humano à sua dimensão que o aproxima de outros seres vivos, simplesmente, em lugar de destacar exatamente aquilo que o distingue

10 CASTORIADIS, C. - *A instituição imaginária da sociedade*, 3ª ed., R.J.: Paz e Terra, 82.

11 MEAD, M. *Coming of age in Samoa*. New York: New American Library, 1950

daqueles. Aliás, não nos parece estarmos distante dessa possibilidade, pois até hoje, na área da saúde, a questão do crescimento é tratada como algo distinto do desenvolvimento humano, a tal ponto que, tanto na literatura, como nas universidades, quando se refere ao assunto em questão, "Crescimento e Desenvolvimento Humano" é a denominação de aulas, conferências, publicações. Afinal, se estamos nos referindo a um processo existencial de seres humanos, que se dá como um todo multifacetado, com articulações entre as diferentes facetas que comporta - biológica, psicológica, sócio-cultural -, verificamos duplo movimento de redução nesse caso: redução do processo de desenvolvimento à sua faceta biológica e, dentro desta a concepção de crescimento alheia, distinta, excluída (?) da faceta biológica do desenvolvimento humano. Constatamos aqui, de imediato, a presença flagrante do olhar fragmentado do objeto de estudo, fruto da territorialização desmedida do conhecimento, em particular da saúde, que se expressa em forma de especialidades disciplinares e sub-especialidades disciplinares ("especialidade da especialidade"), característica do conhecimento científico moderno, que reduz o ser humano ao seu corpo, decomposto em elementos constituintes, dicotomizando corpo-mente, razão-afetividade, enfim, vivenciamos um processo de dissecação incessante, distanciando-nos cada vez mais de uma visão total de processos existenciais, que não se dão no vazio, mas sempre em condições concretas, no tempo e num dado espaço social.

Assim, quando se afirma a universalidade do fenômeno "Adolescência", enquanto fase do desenvolvimento humano, a partir de apenas uma de suas facetas - biológica (ou psicológica)¹² -, acreditamos tratar-se de uma visão, no mínimo, equivocada e reducionista da questão, mesmo porque nos indagamos como seria possível analisar o biológico (ou o psicológico) em si mesmo, destacando-o de suas interconexões com outras dimensões/facetas, visto que o ser humano só existe no social - nasce e se desenvolve a partir das/nas relações sociais

12 Referimo-nos também ao psicológico, pelo fato da predominância da perspectiva psicogenética do desenvolvimento, na concepção de adolescência, que se enquadra no modo de pensar o desenvolvimento como um processo evolutivo, de forma análoga ao biológico. Pensadores, como CASTORIADIS, C., 1982 (*A Instituição imaginária da sociedade*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra: 360) e GUATTARI, F., em suas obras (*Caosmose: um novo paradigma estético*. R. Janeiro: Ed. 34, 1992: *Cartografias do desejo*. 3ª. ed. Petrópolis: Vozes, 1993.) discutem criticamente essa perspectiva, pelo reducionismo que opera.

(é socializado) em um dado contexto sócio-histórico. Em síntese, o que queremos dizer, traduz-se nas palavras de Kosik, 1976: "*...a concepção dialética concebe o real como um todo estruturado que se desenvolve e se cria*"... (p.43).

Todo o acima não quer dizer que estamos deixando de reconhecer a existência de transformações biológicas e dos significados a elas atribuídos pelos sujeitos que as vivenciam e pela sociedade. Muito pelo contrário, a idéia é a de que não é possível analisá-las em si mesmas, como se elas contivessem/correspondessem ao processo de "adolescência" em sua totalidade. Charlot, 1986, auxilia a compreensão do que queremos dizer, ao assim sintetizar a questão: "*O critério biológico não basta, portanto. Num meio inteiramente socializado, as determinações biológicas tomam um sentido social, sem com isso perder sua significação biológica*"... (p.105).

Outra noção relacionada à anterior, implícita na concepção de adolescência que estamos analisando e que fortalece a idéia de universalização/naturalização do desenvolvimento humano e, em particular da "fase" que ocorre na segunda década da vida, diz respeito à de **temporalidade**, coerente com a construção discursiva em questão. Desta feita, iniciamos com Ortega y Gasset:

"O conceito de idade não é de substância matemática, mas vital. A idade, originariamente não é uma data. Antes que se soubesse contar, a sociedade (...) aparecia e aparece organizada em classes chamadas de idade (...).A idade é, dentro da trajetória vital humana, um certo modo de viver - por assim dizer, é dentro de nossa vida total uma vida com seu começo e fim: começa-se a ser jovem e deixa-se de ser jovem, como se começa a viver e se acaba de viver. E esse modo de vida, que é cada idade é medido pela cronologia do tempo cósmico, que não é do tempo que se mede com relógios... Não se é jovem só um ano, nem é jovem só o de vinte, mas não o de vinte e dois..."
(p.49)

(...) A idade é estar o homem sempre num certo pedaço de seu escasso tempo - é ser começo do tempo vital, ser ascensão à sua metade, ser centro dele, ser seu término ou, como se costuma dizer, ser criança, jovem, maduro ou ancião"... (p.46)

Essa colocação de Ortega y Gasset, acrescida da idéia de Kosik, 1976, de que *"existir é ser no tempo"...* (p.129) fazem-nos refletir sobre a relatividade de tempos instituídos para demarcação das diferentes "etapas" do desenvolvimento humano, ao relacionarmos com a significação correspondente em diferentes momentos e em distintas sociedades. Para sermos mais claras, isto implica que a noção de temporalidade vital e do significado a ela atribuído, vem-se modificando à medida que a duração da vida, em termos de sociedades ou de grupos sociais determinados, vem se alterando, no sentido de seu prolongamento, seja em função da melhoria da qualidade de vida, seja do avanço do conhecimento e desenvolvimento de tecnologias ou de outros mecanismos disponíveis para tal. Ao mesmo tempo, até dentro de tais sociedades, onde contingentes cada vez maiores conseguem prolongar sua existência, podem estar existindo grupos sociais que estão tendo suas vidas abreviadas, exatamente pela inacessibilidade aos bens/recursos logrados pelo avanço científico e tecnológico. Neste sentido, estar no começo, no meio ou no final da vida, assim como os significados sociais conferidos a cada situação e as condições que a sociedade cria a partir da valorização de todo o processo ou de partes dele, implica entender a existência humana em situações concretas - a sua realidade material e subjetiva/simbólica - e o imaginário social que existe em torno da questão. Isto quer dizer que, certamente em sociedades em que a expectativa de vida não ultrapassa(va) os cinquenta anos de idade (quer dizer, sociedades em que muitos não conseguem sequer nascer vivos ou chegar ao segundo ano de vida), estabelecer o começo, a ascensão à sua metade, o seu centro e o fim do ciclo vital e o significado atribuído a cada um dos seus pedaços/recortes, assim como as condições sociais correspondentes, foram/são muito diferentes do que se pode dizer/esperar de sociedades avançadas, do ponto de vista sócio-econômico, com a expectativa de vida em torno de oitenta anos, em que se conte com uma qualidade de vida digna, extensiva a toda a população, onde "desenvolver-se" ganha uma outra

dimensão, um outro significado em relação à anterior. Os espaços sociais para aqueles que se encontram em cada uma das "etapas" e a delimitação entre elas, comporta certamente outros critérios, no sentido de adequação ao tempo vital real e à significação conferida aos seus diferentes momentos, em contextos sócio-históricos específicos, com decorrências que poderiam implicar, por exemplo, no prolongamento das "fases" intermediárias - "adolescência/juventude", "maturidade", até a invenção de outras "fases", que hoje estão contidas na "velhice"/"terceira idade".

Ao contrário da primeira situação apresentada, em que um sujeito com cinquenta anos era/é considerado ancião/velho/idoso, no final de seu ciclo vital, aqui, com essa idade, seria considerado um adulto, com plena capacidade produtiva, situado mais para o centro do ciclo vital do que próximo de seu final.

Ao aplicarmos o mesmo raciocínio com os grupos mais jovens em tais tipos de situação, na primeira, provavelmente, aqueles que conseguissem sobreviver ao nascer, ultrapassando os primeiros anos de vida, tão cedo obtivessem a mínima condição física para exercerem uma atividade, teriam sido inseridos na força de trabalho, na condição de um sujeito produtivo, assumindo responsabilidades sociais (a época da revolução industrial é uma boa ilustração disso, assim como a nossa própria realidade, hoje, ainda que com outras características, é tanto ou mais gritante que aquela), sub-remunerados ou constituindo a força de trabalho familiar; em contrapartida, em sociedades avançadas, do tipo descrito (ou em classes/grupos sociais "privilegiados" de sociedades capitalistas, ainda que periféricas), aqueles mesmos, certamente seriam enquadrados na categoria de "crianças", destinadas a brincarem e a estudarem e a prolongarem a situação de proteção social, adiando-se, cada vez mais, o momento de assunção de responsabilidades sociais. Todas essas questões, que revelam a diversidade de situações possíveis, em que entram em consideração, desigualdades sociais, que geram possibilidades desiguais de viver/existir, diversidades culturais, diferenças sociais e que determinam os diferentes modos de encarar a vida/existência (por conseguinte a questão etária e o seu sentido) - impedem-nos de concordarmos com a afirmação de que a adolescência é um fenômeno universal, com um

quadro fenomênico "típico", conforme descrito na literatura e amplamente utilizado como "padrão" em práticas sociais, sobretudo no campo da saúde e da educação. Ao contrário, confirma-nos cada vez mais a idéia de que a faixa etária considerada, como constituindo a "adolescência" engloba um grupo heterogêneo de sujeitos, em diferentes condições existenciais, que impossibilitam generalizações que induzem a homogeneizá-lo, apesar deles, forjando, com isso, a idéia de uma *igualdade abstrata* entre eles, porque inexistente no real; e, ao serem classificados/ enquadrados/ rotulados/ homogeneizados/ uniformizados, a partir de um critério arbitrário, regido por regras da "ciência" moderna - classificatória e intervencionista - , em que os fenômenos sociais são abordados como objetos, equivalentes aos fenômenos da natureza, como exterioridade ao sujeito do conhecimento, incorre-se naquilo que já foi salientado anteriormente, de tornar a história social dos homens uma história natural, que não se aplica a homens concretos, com suas contradições, rupturas, descontinuidades.

Dentro ainda da primeira noção que está sendo analisada, há uma última idéia que desejamos abordar e que se refere ao entendimento da "adolescência" como "transição entre a infância e a idade adulta ("maturidade") "Ao delimitar o início e o fim dessa transição, segundo o critério cronológico, faz supor que nesse período de tempo demarcado - dos 10 aos 20 anos de idade - o processo de "amadurecimento" se complete como um todo, permitindo deduzir que existe uma equivalência/sincronia dos tempos - biológico, psicológico e social no tempo vital humano -, tempo este inscrito em realidades sociais e individuais/singulares específicas. Esta é uma afirmação contraditória no próprio desenvolvimento do discurso sobre a adolescência dentro do paradigma "médico-biológico", que atribui ao alargamento do tempo adolescente/juvenil, do ponto de vista social, como gerador de inúmeros problemas (sobre os quais desenvolveremos no decorrer deste trabalho), extrapolando esse tempo demarcatório; como os próprios adeptos desse paradigma reconhecem, as condições reais de existência em sociedades concretas, sobretudo em áreas urbanas de grandes cidades, vêm demonstrando a existência de diferenças/ disparidades entre os tempos biológico, psicológico e social, de forma cada vez mais acentuada, contrariando a suposição implícita no enunciado. Tais noções necessitam, no nosso entender, serem melhor elucidadas, de forma

articulada, num esforço inter-intradisciplinar, conectada com a realidade, em lugar de aprofundamento de conhecimentos fragmentados do biológico, do psicológico e do sócio-cultural, estes construídos, predominantemente, segundo as regras da ciência moderna positiva, e sem condições de responderem às questões a partir de suas áreas específicas.

Este é um dos problemas envolvidos no estudo da "Adolescência/adolescentes", que merece um trabalho específico de investigação, ficando apenas registrada a importância de que se reveste, a partir desta breve colocação. No nosso entender, não poderia passar despercebida, sobretudo pelas reflexões que vêm sendo desenvolvidas com alunos, em salas de aula, em grupos de estudo, sob a orientação do Mestre Cornélio Pedroso Rosenberg¹³, cujas contribuições estão presentes neste trabalho, não só em relação a esta questão, mas em toda a discussão sobre a "Adolescência", marcada por suas indagações impregnadas de sabedoria de um verdadeiro pensador.

O que fizemos até agora, em relação à discussão da noção de **temporalidade**, a partir da idéia presente na concepção paradigmática "biomédica" de "Adolescência/Adolescentes" foi revelar os elementos presentes em tal concepção que reduzem o tempo à cronologia, demarcação, destituída de suas significações, descaracterizando o viver/existir humano como fenômeno histórico-social, encobrindo as contradições, desigualdades sociais, como forma de reafirmar uma ordem natural, coerente com o discurso ideológico, conforme acentuou anteriormente Chauí, 1981.

Recorremos a Castoriadis, 1982, que apresenta, de forma aprofundada, clara e lúcida, como a **temporalidade** se manifesta socialmente, mostrando a relação entre a dimensão do tempo de demarcação instituído, que ele denomina de tempo *identitário* e a dimensão propriamente imaginária, o tempo da *significação*, e sua importância para cada sociedade, concluindo que *"existe, para cada sociedade, o que podemos denominar a qualidade do tempo como tal... e que 'essa qualidade do tempo como tal, mostra que o tempo instituído*

13 Rosenberg, Cornélio Pedroso - Professor Associado, em exercício em atividades de pós-graduação em Saúde Pública, junto ao Departamento de Saúde Materno-Infantil - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

jamais pode ser reduzido a seu aspecto identitário, calendário e mensurável" (p.248).

O autor desenvolve a idéia de que cada sociedade apresenta uma temporalidade efetiva, que se revela:

*"Como seu **modo de fazer**, que este é visto em sua profunda relação com a **significação** da do passado e do porvir, indissociável, por sua vez, da **significação da realidade** (o que já é, ou é adquirido, nada é em relação ao que está para ser ou por alcançar) ou, o que vem a ser o mesmo, com as fundações últimas do que **vale** e do que **não vale**", que pode, ou não, corresponder ao tempo explicitamente instituído. Prossegue, dizendo: "Se considerarmos agora o tempo **explicitamente instituído** por cada sociedade, impõe-se imediatamente a distinção entre duas dimensões diferentes e obrigatórias desta instituição, a dimensão **identitária** e a dimensão propriamente **imaginária**. O tempo instituído como identitário é o tempo de demarcação, ou tempo das medidas. O tempo instituído como imaginário (socialmente imaginário, entende-se) é o tempo da **significação**, ou tempo **significativo** (distinção que não implica de modo algum uma separação do que distinguimos). O tempo instituído como identitário, ou tempo de demarcação, é aquele relativo à medida do tempo ou à imposição ao tempo de uma medida, e como tal, inclui sua segmentação em partes **idênticas** ou idealmente (e impossivelmente) **congruentes**. É o tempo calendário, com suas divisões numéricas, em sua maioria apoiadas sobre os fenômenos periódicos do estrato natural (dia, mês, lunar, estações, ano), depois aprimoradas em função de uma elaboração lógico-científica, mas sempre por referência a fenômenos espaciais, mas também por razões que só dizem respeito à sociedade considerada. (p.246)*

*(...) O tempo instituído como tempo da significação, tempo significativo ou tempo imaginário (social), alerta o autor, mantém com o tempo identitário a relação de inerência recíproca ou de implicação circular que sempre existe entre as duas dimensões de toda instituição social: a dimensão conjuntista identitária e a dimensão da significação. O tempo identitário só é "tempo" porque é referido ao tempo imaginário, que lhe confere sua significação de "tempo"; e o tempo imaginário seria indefinível, irreferível, inapreensível - não seria **nada** fora do tempo identitário. Assim, por exemplo, as articulações do tempo imaginário dobram ou aumentam os marcos numéricos do tempo calendário. O que nele ocorre não é simples acontecimento repetido, mas manifestação essencial da ordem do mundo tal como é instituído pela sociedade considerada, das forças que a animam, dos momentos privilegiados da atividade social - quer diga respeito ao trabalho, aos ritos, às festas, à política..." (p. 247)*

Em função dessas colocações, o autor reafirma que, para cada sociedade existe a *qualidade* do tempo como tal, mostrando que o tempo instituído não pode jamais ser reduzido a seu aspecto puramente identitário, calendário e mensurável. Analisando o que vem ocorrendo nas sociedades ocidentais de capitalismo moderno, onde a tentativa desta redução foi levada mais longe, o autor constata que, aí não só subsiste, e de forma maciça, uma qualidade de fluxo temporal como tal - tempo de "progresso", da "acumulação"- mas que esta redução do tempo em tempo puramente e somente mensurável, é apenas uma manifestação, entre outras, do imaginário dessa sociedade e instrumento de sua *materialização*.

*"É preciso que o tempo só seja isso, puro **médium** homogêneo neutro, ou o parâmetro "t" de uma família de funções exponenciais, para que haja, como dizem os economistas, uma **taxa de atualização do futuro**, para que tudo pareça como mensurável e calculável, para que a significação imaginária central desta sociedade: a*

pseudo-racionalização possa parecer possuir um mínimo de coerência segundo suas próprias normas ..."
(p.248)

Com isso, conclui o pensamento, dizendo que *"esse exemplo só faz ilustrar, no caso do tempo, uma proposição geral: um tempo instituído como puramente identitário é impossível, porque a separação da organização conjuntista do mundo social e das significações imaginárias sociais é impossível ..."* (p.248).

À luz das sábias colocações de pensadores como Chauí, Ortega y Gasset, Kosik e Castoriadis, acreditamos ser desnecessário retomar a leitura efetuada da primeira parte da concepção de "adolescência/adolescentes" acerca das noções presentes na visão paradigmática **médico-biológica** ou **biomédica**, porém, para fins de nossa própria orientação, no sentido de prosseguirmos na caminhada proposta, sinteticamente vamos assinalar os principais pontos que julgamos importantes:

1. A noção de **temporalidade** que pudemos apreender corresponde à visão de tempo explicitamente instituído, reduzido à dimensão identitária, de mensuração, de tempo calendário/cronológico, que dissimula/encobre - através da idéia de "desenvolvimento", enquanto história natural/ universal/linear da existência humana, no sentido de evolução bio/psicogenética - a verdadeira história social da existência humana, construída segundo a lógica histórica (e não do natural), explicitando processos reais de homens concretos, contraditórios, com continuidades/descontinuidades/ rupturas, socializados desde seu nascimento;
2. Ao demarcar a faixa etária de dez aos vinte anos de idade, como o tempo da adolescência, cuja significação é amplamente discutível, concorre/corroborar, desta forma, a idéia de que tal tipo de abordagem ignora as especificidades de sociedades, grupos sociais distintos, encobrindo diferenças e desigualdades sociais de sujeitos reais em seu processo de desenvolvimento;

com isso, homogeniza as condições concretas de existência dos mesmos, dentro de uma concepção de "igualdade" abstrata e universal, enquanto possibilidades, para todos aqueles que se encontram na faixa etária dos dez aos vinte anos, não encontrando, portanto, sustentação na realidade que procura representar em seu enunciado.

2ª) Relacionada à anterior, está presente a noção de "Crise" - "A adolescência constitui um período "crítico", crucial na vida dos indivíduos.... "

Como vimos anteriormente, a concepção de desenvolvimento está pautada na idéia de *evolução natural* - de uma essência humana pré/acima do social - que pressupõe que cada indivíduo possui características que são universais, independentes da influência social, em forma de capacidades inerentes/inatas à natureza humana, que vão se expressando em uma seqüência cronológica contínua, que comporta níveis de complexidade crescente e com transições regulares de uma "fase" para outra.

Nesse sentido, o seu curso, na concepção da ciência moderna positiva, exclui a contradição, a tal ponto de se autodenominar de *ciência da não-contradição*, dada a natureza metafísica do pensar lógico-formal; este nega a contradição enquanto aspecto objetivo da realidade, e, ao assim raciocinar, ela (contradição), é vista como sinônimo de "inverdade", conforme Pinto, 1979. Chauí, 1987,¹⁴ acrescenta que isso se deve ao fato de a história ser entendida como:

"Continuidade e progresso, excluindo a idéia de ruptura e a diferença temporal - o que diferencia internamente presente, passado e futuro - substituindo-a pela diferença empírica dos tempos ou pela sucessão - temporalidade una, única, linear, sucessiva e contínua."
(p. 119)

Dessa maneira, segundo a lógica da ordem natural, ordena-se o espaço social, organiza-se a memória e administra-se o

14 CHAUI, Marilena. *Conformismo e resistência. op.cit.*

porvir, como mecanismo ideológico que, ao encobrir a história, constrói a idéia de que o real é racional; e que essa racionalidade consiste num conjunto de leis universais e necessárias ou de modelos fixos, tornando-se possível pensar a sociedade não como **constituída** pela divisão originária das classes, mas apenas como, **contendo** divisões, correspondentes às esferas das chamadas **instituições sociais**, compondo um todo harmonioso.

A sociedade é então vista como um sistema, com uma série de subsistemas, cada uma delas tendo sua racionalidade própria e, portanto, sua própria objetividade, sua própria transparência, suas próprias leis, sua própria harmonia; e o todo (sociedade) funcionaria graças a uma articulação harmoniosa desses vários subsistemas - é a concepção em que, ao invés do termo **CONTRADIÇÃO**, a ideologia utiliza a idéia de "**CRISE**", para os momentos em que aquelas racionalidades parciais não se articulam harmoniosamente umas com as outras e o todo começa a se mostrar problemático. Essa idéia de "crise", segundo Chauí, 1980¹⁵,

"É uma representação graças à qual aparentemente se admitirá o problema e, simultaneamente, poder-se-á dissimulá-lo, uma vez que ela é imaginada como um movimento de irracionalidade que invade a racionalidade, gera desordem e caos e precisa ser conjurada para que a racionalidade anterior, ou outra nova, seja restaurada". (p.36)

Nesse sentido, a noção de "crise", permite dar a idéia de um desarranjo, pois a "harmonia" é pressuposta como sendo de direito, reduzindo-a a uma desordem fatural, provocada por enganos, voluntários ou involuntários, dos agentes sociais, ou por mau funcionamento de certas partes do todo.

A "crise" serve, assim, para opor uma ordem ideal a uma desordem real, na qual a norma ou a lei é contrariada pelo acontecimento (portanto, a-historicidade), este encarado como um engano, um acidente, ou algo inadequado, ou seja, como um "desvio".

15 CHAUÍ, Marilena. *Cultura e democracia*. op.cit.

Em outras palavras, segundo a autora **crise** e **desvio** são noções que pressupõem um *dever ser* contrariado pelo acontecer, mas que poderá ser restaurado porque é um *dever ser*. Há exterioridade entre o acontecimento e o sistema, entre a conjuntura e a estrutura, entre a historicidade e a racionalidade. A noção de *crise*, assim, ao invés de se apresentar como algo que atesta os limites da representação supostamente objetiva e racional, ideologicamente confirma e reforça a representação, na medida em que nomeia os conflitos no interior da sociedade para melhor escondê-los, servindo de *explicação*, isto é, como um saber para justificar teoricamente a emergência de um suposto irracional no coração da racionalidade e, ao mesmo tempo, ocultar a crise verdadeira, resultado de contradição - que, na linguagem da *crise* passam a se chamar **perigo**.

A crise é usada para que surja diante dos agentes sociais e políticos "*o sentimento de um perigo que ameaça igualmente a todos, que dê a eles o sentimento de uma comunidade de interesses e de destino, levando-os a aceitarem a bandeira da salvação de uma sociedade supostamente homogênea, racional, cientificamente transparente*" (p.39) seja, através de técnicas racionalizadoras, tecnologias apresentadas como dotadas de "*fantástico poder reordenador e racionalizador para combater a irracionalidade, seja reprimindo manifestações das classes populares para fazer frente ao perigo*".

Enfim, essa forma de apresentar a noção de **crise**, faz parte de um discurso, no dizer de Chauí, 1987, "*essencialista, normativo, prescritivo e pedagógico*" (p.109).

Na concepção de adolescência, essa leitura faz sentido, na medida em que, dentro da evolução referida, a **crise** é apresentada como um **desvio** ou **perigo** do curso natural do desenvolvimento, que **deve ser cuidado** para a retomada da ordem natural (social). Nesse sentido, na óptica da saúde, a *crise* que caracteriza a "fase adolescente", em forma de sintomas típicos - *síndrome normal da*

adolescência/síndrome da adolescência normal - , na interpretação de Luz, 1988¹⁶, poderia ser assim entendida:

*"... essa manifestação maior ou menor de **sintomas** nada mais são que a expressão de **desvios** que se consideram **patológicos** (grifo nosso) e que estes supõem, portanto, um **estado padrão** normativo, uma **Ordem** reguladora. Nesse sentido, as categorias de Normal e Patológico, e sua identificação relativa contemporânea ancoram-se nas categorias de ORDEM (natural, social) e de EVOLUÇÃO (progresso)". (p.111)*

Do ponto de vista antropológico, Velho, 1985, estudando comportamentos **desviantes**, considera que a idéia de desvio, de um modo ou de outro, *"implica a existência de um comportamento **médio** ou **ideal**, que expressaria uma harmonia com as exigências do funcionamento do sistema social. Mesmo quando se encontram posições mais **relativistas**, permanece o problema ... "*(p.17)

Mais adiante, revela que:

*"É possível perceber como os estudos sobre comportamento desviante oscilam entre um **psicologismo** e um **sociologismo**. A dificuldade consiste numa visão estanque e fracionada do comportamento humano que transforma a realidade individual em algo, em princípio, **independente** da sociedade e da cultura - visão deformada e incompleta da atividade humana. Ou se cria uma individualidade **pura**, uma essência defrontando-se com o meio ambiente exterior, de outra qualidade, ou então, um fato social **puro**, também todo poderoso, que paira sobre as pessoas. O que se confirma é que posições*

16 Luz em seu estudo sobre as relações de mútuo suporte filosófico, político e conceitual entre Medicina e Sociologia Positiva, em seu desenvolvimento sobre a questão do Normal e Patológico, assinala que tanto a Medicina como a Sociologia positiva partem da noção de patológico para o Normal, a primeira tematizando o corpo individual e a segunda, o corpo social; ambas tendem a deduzir o estado "normal" (do indivíduo, da sociedade) em função da manifestação maior ou menor de "sintomas", que nada mais são que a expressão de "desvios", que se consideram patológicos e que estes supõem, portanto, um "estado-padrão" normativo, uma **Ordem** reguladora . [LUZ, Madel T., *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro, Campus, 1988]

*aparentemente divergentes apresentam premissas comuns que vão dirigir todo o encadeamento dos raciocínios posteriores. Basicamente, é a dicotomia **Indivíduo X Sociedade/Cultura** é que determina esses caminhos. (p.19)*

Velho, ao contrário dessas idéias dominantes, encara o "**desviante como o indivíduo que não está fora de sua cultura, mas que faz uma leitura divergente.**" (p.27)

Por essas colocações, a apresentação da "adolescência" no paradigma biomédico como uma **fase crítica, crucial**, traduzindo-se em forma de sintomas que compõem a *síndrome normal da adolescência/síndrome da adolescência normal*¹⁷, revela a ambigüidade do termo **crise** no contexto em análise por várias razões que ora apresentamos:

-
- 17 Procurando na literatura algo que revelasse o sentido de expressões similares, o que podemos apreender é que, segundo Duarte, 1993, a concepção de "síndrome normal da Adolescência", apresenta características que indicam seu parentesco com a medicina psiquiátrica norte-americana que, desde os anos 50 vinha apresentando uma disposição psiquiátrica classificatória típica, com interpretações relacionadas a padrões diferenciais de experiência infantil, no âmbito da tradição dos estudos da escola de Cultura e Personalidade.

Revitalizada na década dos 80, a constituição desse novo conjunto reflexivo passou pela utilização e teste de diversos conceitos próprios da Antropologia Médica norte-americana, espelhando desenvolvimentos mais amplos do pensamento dessa área no trato com os fenômenos humanos. A preocupação com a contextualização cultural é a tônica, sendo a concepção de cultura prevalecente a dos "padrões de comportamento", obedecendo a um forte componente funcionalista de atenção à integração e equilíbrio entre "indivíduo" e "sociedade", exacerbando o pragmatismo a que se encontra aliado, sob a forma de um "intervencionismo crítico", aplicado aos comportamentos.

O uso permanente de categorias como "queixa", "sintoma", ou "síndrome" revela, desde logo, o ponto de partida desses investimentos: uma questão "médica", frequentemente suscitada ou pesquisada em contextos médico, mediada pela cultura, constituindo a "*culture-bound syndrome*" (síndrome de fronteiras culturais delimitadas), a categoria-chave de toda essa escola de Antropologia Médica.

A locução "*culture-bound syndrome*" resume desde o início, a discussão sobre as fronteiras culturais dos distúrbios mentais. (DUARTE, Luiz Fernando Dias, Os "nervos" e a Antropologia Médica Norte-americana: uma revisão crítica, *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 3(2), 1993: 43-73). Serpa Jr., 1994 complementa a interpretação acima, ao dizer que: "Manifesta-se aqui a crença na existência de uma essência mórbida, que permite anular dessemelhanças em favor de um tipo ideal universal, que deve ser buscado por qualquer classificação que se queira efetivamente internacional. O pressuposto essencialista, segundo o qual, sinais e sintomas são estáveis no tempo e no espço, dota-os de uma fixidez trans-histórica e transcultural, em torno da idéia de existência de uma essência patológica, da qual, eles (sinais e sintomas) seriam a face constante e visível ...". (SERPA, JR, O. "Dando sentido ao mundo: classificar e delirar. In: COSTA, J.F. (org). *Redescrições da Psicanálise - ensaios programáticos*, Rio de Janeiro: Relume - Dumará, 1994: 211 - 234).

1ª) O autor dessa expressão - Maurício Knobel, 1981, utiliza como título do capítulo em que desenvolve a sua concepção, a expressão "*Síndrome da Adolescência Normal*" e no subtítulo específico em que descreve a síndrome, a denominação "*Síndrome Normal da Adolescência*".

A colocação do termo **normal**, ora adjetivando a síndrome, ora adjetivando a adolescência já suscita dúvidas quanto a **qué** se refere a normalidade, se à síndrome ou à adolescência.

Revelaria este fato uma dificuldade por parte do próprio autor na definição do objeto e suas implicações? Ou para ele a colocação seria indiferente, já que o sentido seria o mesmo? Ou seja, os termos *Síndrome* e *Adolescência* seriam termos equivalentes?

No nosso entender, isso significaria patologizar a Adolescência, de antemão. De qualquer forma, o próprio emprego dos termos **síndrome** e **normal**, juntos numa mesma expressão, revela a incoerência na própria denominação - contraditória, dado que a palavra **síndrome** já nos remete ao patológico, entendido no contexto médico como um *conjunto de sintomas/sintomatologia*, portanto associado à noção de doença, **desvio**; na concepção paradigmática **médico-biológica** ou **biomédica**; adjetivar um termo - cujo significado é essencialmente patologizante - com outro que lhe é contrário/antagônico - o de *normal* é, no mínimo, paradoxal.

Entretanto, o próprio autor explicita o fundamento dessa expressão, ao dizer: "*Penso que a estabilização da personalidade não se consegue sem passar por um certo grau de conduta "patológica" que, conforme o meu critério, devemos considerar inerente à evolução normal desta etapa da vida*". (p.27); e, mais adiante, reconhece:

*"Deliberadamente aceito a contradição que significa o associar **síndrome** que implica entidade clínica, com **normalidade**, que significaria estar fora da patologia. Entretanto, o convívio social e nossas estruturas institucionais fazem-nos ver que as normas de conduta estão estabelecidas, manejadas e regidas pelos indivíduos adultos da nossa sociedade. É sobre esta*

*intercorrelação de gerações, e desde o ponto de vista regente e diretivo, que podemos, creio eu que **devemos**, estar capacitados para observar a conduta juvenil como algo que aparentemente é **semi-normal e semi-patológico** (nossa ênfase), mas que, entretanto, frente a um estudo mais objetivo, desde o ponto de vista da psicologia evolutiva e da psicopatologia, aparece realmente como algo coerente, lógico e normal" (p.29).*

Essa forma de entendimento parte de um pressuposto que dissocia o indivíduo e sociedade; ao mesmo tempo, parte da noção de **natureza adolescente** que, por seu processo evolutivo **uno, único**, traz implícita a idéia contraditória de uma **pureza** imanente e, ao mesmo tempo, a de uma **natureza corruptível** do sujeito (adolescente). Este, ao tomar contato com o mundo adulto (sociedade), sob forma de **convívio social** (segundo o autor) - e esse mundo adulto (que representa uma outra geração), sob cuja responsabilidade está o estabelecimento/reprodução de normas de conduta - entraria em **crise** (conflito de gerações), podendo resultar em patologização de condutas/sujeitos. Em outras palavras, dentro dessa concepção, o **social** seria o **agente etiológico** da crise ?

Essa justificativa apresentada reforça a nossa leitura de que o autor parte da noção do **patológico** para tentar chegar à idéia do **normal**, porém sua referência permanece no primeiro, ao tomar como pressuposto que a passagem por um certo grau de conduta **patológica** é inerente à evolução **normal** para se alcançar a estabilização da personalidade. Com isso, fica explicitada a idéia de que a adolescência se caracteriza por um **certo grau** de conduta **patológica**, que, ao mesmo tempo, é considerada **normal** pelo citado autor, o qual, de antemão, procede a uma classificação do que considera normal e patológico, em termos de condutas.

Estamos nos detendo na análise da **Síndrome Normal da Adolescência/Síndrome da Adolescência Normal** pelo fato de que ela está presente em grande parte da literatura sobre a Adolescência e em propostas de intervenção em nível de América Latina, como o modo

de enxergar a adolescência como fase crítica, o que nos leva a tomá-la como **modelo exemplar**, segundo a lógica paradigmática de Kuhn.

Retomando o nosso raciocínio,

- 2ª) A primeira razão e os argumentos apresentados pelo autor da expressão permitem reforçar a ambigüidade do termo **crise**: se de um lado leva à interpretação de uma *fase normal*, dentro da seqüência evolutiva do desenvolvimento humano, em que os sujeitos considerados "adolescentes" (dos 10 aos 20 anos), enfrentariam/vivenciariam a **crise**, como inerente à "fase", por outro lado permite interpretar a própria "fase" como **patológica/desviante** da norma, ou seja, com isso opera-se a **patologização** da adolescência como tal.

Em outras palavras, não sabemos, ao certo, se o autor quis se referir à **irracionalidade** atingindo sujeitos dentro da **racionalidade** evolutiva, ou à idéia de a própria "fase" ser uma **irracionalidade** dentro da **racionalidade** evolutiva/natural do processo de desenvolvimento, que ameaçaria a restauração/retomada do curso *racional* da Ordem *natural* (social). Tudo nos leva a supor que ambas as idéias estão presentes na concepção de **síndrome**, que corresponde à **crise** - situada na área instituída como psicológica - operando-se, com isso, o binômio a que se refere Ayres, 1990, de **universalização fenomênica-individualização** (singularidade interpretativa do fenômeno), que conduz a estratégias de intervenção enfatizando indivíduos, em lugar de grupos sociais, para o reconhecimento (nos indivíduos), da intensidade dos sintomas que integrariam a **Síndrome** e que correspondem à área dos comportamentos humanos (território da Psicologia), nessa fase.

Knobel descreve a *sintomatologia* que integra essa síndrome:

- a) **Busca de si mesmo e da identidade**: dentro de uma linha de explicação do desenvolvimento intra-individual, do processo psicológico considerado como um **continuum**, o autor assinala que essa "fase" deve ser vista, não só como "*preparação para a maturidade, mas em termos de momento atual do desenvolvimento e do que significa o ser humano nesta etapa da vida*". Apresenta o

reconhecimento da **identidade** desse momento evolutivo, tentando observar "*quais são as características fundamentais que aparecem neste período vital*", como sua posição em relação a esse sintoma. Em seguida, numa linha de análise psicodinâmica - (instância intrapsíquica egóica) descreve a *evolução psicosssexual* até chegar a uma "*verdadeira cristalização do árduo processo de individualização, que seria uma das funções essenciais desta etapa da vida. A criança entra na adolescência com dificuldades, conflitos e incertezas que se magnificam neste momento vital, para sair em seguida à maturidade estabilizada com determinado caráter e personalidade adultos.* (nossa ênfase) *Consegue-se o que Erikson definiu como uma "entidade egóica", uma entidade pessoal, e o que Nixon denominou a "auto-cognição" (...) - é o conhecimento da individualidade biológica e social, do ser psicofísico em seu mundo circundante, que tem características especiais em cada idade evolutiva. A consequência final da adolescência seria um conhecimento de si mesmo como entidade biológica no mundo, o todo biopsicossocial de cada ser nesse momento da vida. Ao conceito do **self** como entidade psicológica, une-se o conhecimento do substrato físico e biológico da personalidade. O corpo e o esquema corporal são duas variáveis intimamente interrelacionadas que não devem desconhecer-se na equação do processo de definição de si mesmo é da identidade..."* (p.30).

O autor prossegue em relação ao processo de evolução em relação a **identidade adolescente**, em que "*dentro do **continuum** de sua identidade, os elementos biológicos introduzem uma modificação irreversível*" (p. 36) - origem dos **lutos** (perda do corpo infantil, do papel e identidade infantis e luto por esses pais da infância a quem tanto se necessitava e dos quais se podia depender).

Nesse desenvolvimento, o autor revela a tradição biológica da Psicologia, em que o indivíduo é considerado um organismo que interage no meio físico, sendo que os processos psicológicos (o que ocorre **dentro** dele) são assumidos como causa, ou uma das causas que explicam o seu comportamento. Ou seja, "para compreender o indivíduo, bastaria conhecer o que ocorre **dentro dele**, quando ele se defronta com estímulos do meio", parafraseando Lane, 1984. Esta autora, faz uma leitura crítica desse tipo de abordagem, argumentando que:

"...o homem fala, pensa, aprende e ensina, transforma a natureza; o homem é cultura, é história. Este homem biológico não sobrevive por si e nem é uma espécie que se reproduz tal e qual, com variações decorrentes de clima, alimentação, etc. O seu organismo é uma infraestrutura que permite o desenvolvimento de uma superestrutura que é social e, portanto, histórica. Esta desconsideração da Psicologia em geral, do ser humano como produto histórico-social, é que a torna, se não inócua, uma ciência que reproduziu a ideologia dominante de uma sociedade, quando descreve comportamento baseada em freqüências, tira conclusões sobre relações causais pela descrição pura e simples de comportamentos em situações dadas." (p.12)

A autora continua ainda: "Na medida em que o conhecimento positivista descrevia comportamentos restritos no espaço e no tempo, sem considerar a interrelação infra e superestrutural, estes comportamentos, mediados pelas instituições sociais, reproduziam a ideologia, em termos de freqüência observada, levando a considerá-los como "naturais" e, muitas vezes, "universais". A ideologia, como produto histórico que se cristaliza nas instituições, traz consigo uma concepção de homem necessária para reproduzir relações sociais, que por sua vez são fundamentais para a manutenção das relações de produção da vida material da sociedade como tal". (p.13)

Nesse contexto, a autora localiza a Psicologia, em sua origem biológica naturalista, que se ateve apenas na descrição, seja macro ou microsocial, das relações entre os homens e das instituições sociais, sem considerar a sociedade como produto histórico-dialético, não conseguindo, por conseguinte, captar a mediação ideológica. Com isso, limitou-se a reproduzi-las como fatos inerentes à "natureza" do homem. Nesse sentido, o comportamento humano é entendido como decorrente de um organismo fisiológico que responde a estímulos,

esquecendo-se de que o homem, junto com outros, ao transformar a natureza, se transforma ao longo da história. Ao finalizar sua análise em relação ao que nos interessa nesse momento, Lane assim se expressa:

"Se a Psicologia apenas descrever o que é observado ou focar o Indivíduo como causa e efeito de sua individualidade, ela terá uma ação conservadora, estatizante - ideológica -, quaisquer que sejam as práticas decorrentes. Se o homem não for visto como produto e produtor, não só de sua história pessoal, mas da história de sua sociedade, a Psicologia estará apenas reproduzindo as condições necessárias para impedir a emergência das contradições e a transformação social.

*(...) Se o positivismo, ao enfrentar a contradição entre objetividade e subjetividade, perdeu o ser humano, produto e produtor da História, se tornou necessário resgatar o **subjetivismo**, enquanto **materialidade psicológica**. A dualidade físico X psíquico implica uma concepção idealista do ser humano, na velha tradição animística da psicologia, ou então calmos num organicismo onde homem e computador são imagem e semelhança um do outro. Nenhuma das duas tendências dá conta de explicar o homem criativo e transformador. Tornou-se necessária uma nova dimensão espaço-temporal para se apreender o Indivíduo como um ser concreto, manifestação de uma totalidade histórico-social..." (p.15)*

Por essas análises de Lane, dá para perceber que tanto a psicologia como a biologia, no paradigma **biomédico**, estão presos a uma mesma concepção, a-histórica do processo humano de existência, podendo-se perceber, a partir dessa primeira categoria que Knobel utiliza, qual seja, a noção de IDENTIDADE. Controvertida em seu significado, é amplamente discutida entre aqueles que consideram o processo como movimento/transformação/contradição/desenvolvimento do concreto - que contrapõe à concepção de **identidade** no presente caso, que pressupõe, como referência, a **identidade** de adulto, como

permanência, como **estabilidade** - ponto de chegada do processo **identitário/identificatório** adolescente, com isso patologizando a **crise** (contradição), a mudança e a transformação, como se estancando o movimento, escamoteando a contradição e impedindo a superação dialética, conforme entende Clampa, 1984.

Complementando essa idéia, Castro e Araújo, 1994, integrando a vertente crítica da Psicanálise que se propõe a repensar/reinterpretar os seus conceitos básicos, referem-se ao fato de que as idéias de permanência, unidade e similaridade, denotadas pelo termo IDENTIDADE, foram abaladas pela Psicanálise, pois o conceito de inconsciente vem perturbar o caráter unitário do psiquismo. A noção de identificações múltiplas de Freud: "*não sabemos, no momento em que falamos, quem está falando e por que falamos dessa maneira, já que somos uma pluralidade de pessoas psíquicas ou que o eu é um terreno por onde transitam múltiplos visitantes*" abala esse conceito. Daí também, segundo os autores, "*o estilhaçamento da bela unidade do indivíduo, daí a ilusão da identidade pessoal.*" (p.17)

Prosseguindo ainda na análise dos sintomas que compõem o quadro da Síndrome normal da Adolescência, desenvolvida por Knobel, temos:

- b) **Tendência grupal** - é apresentado como um recurso a que o indivíduo, na busca da identidade adolescente, procura "*como comportamento defensivo à busca de UNIFORMIDADE, que pode proporcionar segurança e estima pessoal*" (p.36), daí a inclinação às regras do grupo em relação em relação as modas, vestimenta, costumes, preferências de todos os tipos, etc. Ao mesmo tempo, Knobel assinala que as atuações do grupo representam a **oposição** às *figuras parentais e uma maneira ativa de determinar uma identidade diferente da do meio familiar*", representando, nesse sentido, "*um reforço muito necessário para os aspectos mutáveis do ego que se produzem neste período da vida*".

Mais adiante, assinala que o fenômeno grupal facilita a **conduta psicopática normal** no adolescente. As razões apresentadas são da mesma natureza do anterior, ou seja o psicodinamismo do desenvolvimento individual, portanto, generalizando e universalizando a

tendência grupal no processo de evolução natural. Com isso, deixa de lado a interpretação histórico-social que explica que o ser humano se constroi nas e pelas relações sociais, as quais permitem, ao lado da reiteração/reprodução de valores dominantes, também a afirmação positiva de um novo modo de ser/viver/existir, que, segundo o olhar dominante na sociedade, pode transparecer como **transgressão/subversão** à ordem social, enfim, um comportamento **desviante**.

Coerentemente com sua linha de análise, Knobel assinala esse sintoma como **conduta psicopática normal** no adolescente, como aquela esperada na fase, porém que, em outra fase ou melhor, persistindo em fase posterior do desenvolvimento seria considerada uma conduta psicopática, segundo o que pudemos interpretar da ambigüidade já referida anteriormente.

c) **Necessidade de intelectualizar e fantasiar** - O autor, continuando na mesma linha, atribui essa necessidade como mecanismo de compensação frente às perdas que ocorrem dentro de si mesmo e, ao mesmo tempo, como mecanismos defensivos, enfatizados por Anna Freud, 1969 .

Prosseguindo sua análise psicodinâmica, o autor apresenta os outros sintomas que integram a **Síndrome Normal da Adolescência/Síndrome da Adolescência Normal**, sobre os quais não nos deteremos por caberem interpretações na mesma linha até aqui realizadas, o que tornaria a análise assaz repetitiva.

Assim, constam, ainda, como sintomas da referida **síndrome**:

d)**as crises religiosas**

e)**a deslocalização temporal**

f)**a evolução sexual desde o auto-erotismo até a heterossexualidade**

g)**atitude social reivindicatória**

h)**contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta**

i)**separação progressiva dos pais**

j)**constantes flutuações do humor e do estado de ânimo.**

Fundamentalmente, algumas noções básicas chamam atenção na concepção de **Síndrome Normal da Adolescência/Síndrome da Adolescência Normal**, razão pela qual as apresentamos abaixo:

- 1) A concepção psicodinâmica do processo de desenvolvimento, como processo natural, evolutivo;
- 2) A noção de "adolescência" como fase, ao mesmo tempo **natural/normal** e **patológica**, no sentido de contraditória/ambígua, decorrente da consideração de certos fenômenos evolutivos nela observados como característicos da fase e que, deslocados para/ou persistindo em outras posteriores, corresponderiam a um quadro patológico.
- 3) Explicação do comportamento adolescente, assim como de outras "fases" segundo leis internas do psicodinamismo - movimento de dentro para fora, como respostas a estímulos externos, isto é, determinação das manifestações fenomênicas localizada no nível intra-psíquico, anterior/acima ao/das processo das relações sociais.
- 4) Relacionada aos anteriores, verificamos a dissociação operada entre indivíduo e sociedade, como duas entidades distintas até o término da "adolescência", passando-nos a seguinte idéia: ao mesmo tempo que o desenvolvimento humano até a "adolescência" seria excluído/abstraído da sociedade, como se ocorresse ao largo do processo sócio-histórico, ao mesmo tempo apresenta a sociedade, na figura de **mundo adulto**, como um corpo estranho, um ambiente natural (social), separado, onde se localizaria o elemento patológico - irracional-, que se apresenta como ameaça à racionalidade do processo que seria, em si, pautado na regularidade, harmonia, coerência e continuidade.
- 5) Como resultado da relação dicotômica e oposta: "adolescente" x "mundo adulto" (sociedade) - os fenômenos observados na fase em estudo seriam considerados **semi-normais** ou **semi-patológicos**, como se estivessem localizados na intersecção do **normal** e do **patológico**, bastando, assim, um estímulo externo em maior ou menor intensidade para definir o seu desenlace em termos de um ou

de outro (patológico ou normal). De qualquer forma, fica evidente o raciocínio desenvolvido pelo autor na adoção da expressão da Síndrome - ele parte do **Patológico** para o **Normal**, coerentemente com a análise efetuada por Luz, 1992¹⁸, em que a autora assinala que as ciências "humanas", que emergiram no movimento de constituição da racionalidade da Ciência moderna positiva (em particular a medicina e sociologia, e aqui acrescentamos a psicologia), partem do **patológico** para o **normal**, portanto, desenvolvem análises, tendo como referência o patológico, seja tendo em vista a cura ou a prevenção de problemas (estes abstraídos/desvinculados de seu contexto).

Essa noção de **adolescência patológica** pode ser melhor visualizada nas palavras de Winnicott, 1965 que afirma: "*A cura para a Adolescência é a passagem do tempo, fato que tem muito pouco significado para o Adolescente*" (p.40).

Finalmente, o que temos a dizer é que a **crise (desvio)**, noção presente na concepção paradigmática **médico-biológica** ou **biomédica** de "Adolescência", foi analisada a partir do estudo da expressão **Síndrome Normal da Adolescência/Síndrome da Adolescência Normal** adotada por Knobel, 1981¹⁹, por nós tomada como modelo exemplar da presente concepção paradigmática, conforme já dissemos anteriormente, em função de sua ampla reprodução, tanto na literatura, como em propostas de intervenção na área da saúde, não só no Brasil, mas em nível de outros países da América Latina, juntamente com concepções de Aberastury, 1978²⁰ de quem Knobel foi estreito colaborador; ambos psicanalistas, representam uma mesma linha de

18 LUZ, T.M., 1992, op.cit.

19 KNOBEL, M. , 1981, op.cit.

20 As idéias de Aberastury, Arminda, podem ser melhor conhecidas a partir da leitura de suas obras, dentre as quais destacamos aquelas que se referem mais diretamente ao nosso objeto de estudo. (ABERASTURY, Arminda et al. *Adolescência*. 2ª ed. Trad. Ruth Cabral. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983; e Knobel, M. *Adolescência Normal: um enfoque psicanalítico*. 9ª ed. Trad. Suzana Maria Garagoray Ballve. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981).

pensamento, que ficou denominada como a **escola de Arminda Aberastury**²¹.

Após um estudo mais atento das noções presentes na expressão da referida **síndrome**, temos, para nós, que o objeto de estudo são os **comportamentos sociais**, que, no entanto, ficam velados/encobertos/ocultos, pela forma de desenvolvimento por parte do autor, que os abordou no nível de sua determinação (psicogenética), enfatizando um tipo de explicação psicologizante e biologizante, que conduz/leva à idéia de um processo natural que caminha, "*pari passu*", paralelo ao processo sócio-histórico; dá a idéia de que o processo de desenvolvimento infantil e "adolescente" se refere à preparação (socialização) de indivíduos para sua integração na sociedade, numa espécie de torná-los aptos ("prontos", na linguagem pedagógica no sentido de prontidão) para integrarem o mundo adulto (sociedade), como se, até então, todo o processo corresse ao largo da sociedade, a qual se manteria em compasso de espera, aguardando indivíduos com determinados *perfs*, "construídos"/"fabricados"/ "serializados"/ "uniformizados", segundo a **norma** (natural-social) para a sua inserção social no sentido de incorporação à força de trabalho, ou para sua **marginalização/exclusão**, no caso daqueles que fugissem/ diferenciasssem do padrão da ordem (natural-social) instituída.

Essa nossa leitura encontra apoio em Castoriadis, 1992 que afirma:

"Psique não é o indivíduo: a psique torna-se indivíduo unicamente na medida em que ela sofre um processo de socialização (sem o qual, aliás, nem ela, nem o corpo que ela anima poderiam sobreviver sequer por um instante).

(...) Esse próprio processo, sem dúvida alguma, é uma atividade social - e, como tal, é necessariamente também sempre mediatizado por indivíduos, nomeadamente identificáveis, como, por exemplo, a mãe - porém, não somente. Não somente esses indivíduos

21 Conforme consta no Prefácio de ABERASTURY, A. e KNOBEL. *Adolescência Normal: um enfoque psicanalítico*. 9ª ed. Trad. Suzana Maria Garagoray Ballve. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

*já são sempre socializados, mas o que **transmitem** ultrapassa-os de muito: sem entrar em detalhes, e para designar apenas um aspecto, digamos que tais indivíduos fornecem os meios e os modos de acesso à totalidade do mundo social a cada vez instituído, totalidade que não tem nenhuma necessidade de possuir efetivamente (e até de fato, **não poderiam** possuir 'efetivamente'). (p.57).*

*(..) Resumindo, digo que a **socialização** dos indivíduos - processo ele mesmo socialmente instituído, e a cada vez diferentemente - abre acesso a um **mundo** de significações imaginárias sociais.*

*(...) Essas significações existem efetivamente (social-historicamente) sendo **instituídas**. Não são redutíveis à transsubstanciação das pulsões psíquicas: a **sublimação** é a face **psíquica** do processo, cuja face **social** é a **fabricação do indivíduo** (grifo nosso). E essas significações não são evidentemente redutíveis à **racionalidade**, qualquer que seja a extensão dada ao sentido desse termo" (p.58).*

Reafirmada com a contribuição de Castoriadis, essa dissociação: indivíduo x sociedade, que corresponde à visão decorrente da racionalidade da Ciência moderna positiva, legítima, sob o manto da "ciência", um discurso ideológico sobre o processo de desenvolvimento humano, portanto, - da existência humana -, abstraindo-o de sua materialização em contextos sócio-históricos determinados, considerando-os como essência/natureza humana em si, que se realiza/atualiza/evolui, apesar e independente da realidade concreta. **Naturalizado e neutralizado** o conhecimento sobre o existir humano, este (conhecimento) dissimula a existência de indivíduos reificados/objetivados segundo a ordem capitalista - "formados"/"educados"/"desenvolvidos"/"socializados" em conformação a uma norma/padrão (social), visando sua "integração"/"submissão" às leis que regem a Ordem (natural-social) - hierarquizada - definidora das posições/lugares de seus membros, assim como dos comportamentos sociais correspondentes. Desta forma, reafirma-se a ilusão de um

processo igualitário, a que todos os homens estariam submetidos em idênticas condições (como se fossem intercambiáveis entre si), que dá como resultado seres humanos *diferentes, individualizados*, em posições sociais assimétricas, em função de suas *capacidades* inatas, próprias de cada indivíduo, ou seja, da capacidade de resposta de cada um aos estímulos provenientes do mundo *adulto* (sociedade). A explicação, então, estaria em cada indivíduo e não na sociedade em que nasce, já numa dada condição sócio-histórica, anterior à sua própria existência, e que define as possibilidades e dificuldades de seu processo de "desenvolvimento" numa dada direção.

A idéia de que a **crise adolescente** está nele (sujeito) ou na "fase", independentemente de considerar-se o mundo "adulto" (sociedade) como o agente patológico, segue o mesmo raciocínio da **história natural da doença**, que pressupõe um curso natural, com várias fases, inclusive a que antecede o processo mórbido no próprio homem (hospedeiro). Tal fase, anterior à manifestação do problema, apresenta uma condição natural existente - a presença do *agente etiológico* (agente mórbido - drogas, atividades sexuais sem proteção, cigarros, álcool, etc.), a presença de um *hospedeiro* (no caso o "adolescente"/jovem) e a presença de um *ambiente* (físico, social- periferia urbana, pobreza, ambiente familiar, grupo de pares, etc) em estado de interação e equilíbrio (*tríade ecológica*), até que, por uma ação de um estímulo externo, tem o seu equilíbrio rompido, face a condições favoráveis para a ocorrência da patologia no homem, seja em termos de fragilidade do *hospedeiro* ("adolescente"), seja pela pressão/força/potência do *agente mórbido* (drogas, atividade sexual precoce, sem os cuidados contraceptivos, comportamentos arriscados em geral), seja por condições *ambientais* desfavoráveis (famílias desestruturadas, pobreza, residência em periferias urbanas, falta de estudo, desemprego, ociosidade, etc.). Nesse sentido, o *agente mórbido*, com sua potência/força, aliado às condições *ambientais* favorecedoras, em face de uma situação de fragilidade do indivíduo/*hospedeiro*/"adolescente" - insegurança, problema agudo que esteja atravessando, necessidade de afirmação mediante assunção de comportamentos que contrariem a norma dos "adultos", conflitos familiares, etc. - portanto, *vulnerável/suscetível*, desencadeia o processo mórbido no próprio indivíduo, que pode se dar durante a adolescência ou em idades posteriores [gravidez

precoce, drogadição, acidentes, homicídios, suicídios - no próprio período da "adolescência" -, ou mais tarde, quando adulto, em forma de câncer nos pulmões (para os fumantes), cirroses hepáticas (para os consumidores de álcool), problemas da hipertensão, cardíacos, etc.] e que podem redundar em agravamento do processo em termos de morte (própria ou de terceiros), ou invalidez (idem), delinquência, prostituição, abortos, alcoolismo, dependência a drogas, maternidade precoce, filhos maltratados, etc.

Esse raciocínio, como já foi descrito anteriormente no paradigma **médico-biológico** ou **biomédico**, leva a circunscrever o problema no indivíduo (*hospedeiro*) portador do mesmo, e nele se fixar como causa e responsável pelo próprio problema, abstraindo-o do contexto em que se originou o processo, e nele aplicando as medidas terapêuticas, portanto, visualizando como um processo que se inicia e termina no indivíduo ("adolescente"). Logo, o alvo de todo o trabalho é o adolescente, enquanto indivíduo, seja em termos promocionais, preventivos ou curativos.

O importante nesse raciocínio é que, a partir da contabilidade que se faz sobre os problemas mais freqüentes em adolescentes, que a estatística possibilita em termos de coeficientes (números) e conhecendo-se a história/processo natural (social) de cada patologia (biológica-social), é possível, a partir das características, atributos mais freqüentes dos portadores de cada tipo de problema, estabelecer um perfil de indivíduos que passam a ser considerados *potencialmente doentes, desviantes*. Estes resultados passam a orientar práticas **promocionais, preventivas** junto àqueles que se enquadram no perfil descrito, para serem objetos prioritários de atenção por parte de agentes institucionais voltados à questão do adolescente - seja do ponto de vista da saúde, da educação e/ou de outros setores, que passam a considerá-los como parte do grupo de **risco** - a intervenção é centrada precipuamente em **ações educativas**, que enfatizam a informação sobre o problema em si - causas, características do problema, conseqüências - e, finalmente, cuidados para sua prevenção.

Ao abordar os cuidados a serem tomados, são prescritas normas de conduta, orientadas não só pelos aspectos técnicos que

envolve, mas sobretudo pelas normas sociais/morais, ditadas pela organização social (valores dominantes na sociedade) que norteia e define o que classifica como comportamentos **saudáveis** e, ao fazê-lo, explicita, também, os comportamentos **nocivos/desviantes/excludentes**. Dentro da liberalidade capitalista, a partir disso, na concepção do individualismo, dissimulado em forma de liberdades individuais, passa-se a responsabilizar cada indivíduo da escolha feita entre adotar um estilo de vida saudável, que supõe comportamentos sociais **adequados** à norma, ou um estilo de vida **nocivo**, de comportamentos **arriscados** à saúde (de quem?) que conduzem aos **desvios**.

Nessa visão, reconhecemos a presença de um projeto pedagógico²² (Projeto Social), que dá os contornos, o conteúdo moral, socialmente construído, que **disciplina/dociliza** os corpos para manter uma dada ordem no pensar e agir "adolescente" e prevenir os **desvios** durante o curso natural/social que rumo para uma dada concepção de **maturidade**, quer dizer, a um dado perfil de adulto necessário para a continuidade da ordem natural-social instituída. Aqui, parece estarmos diante da concepção durkheimiana, segundo a qual, a sociedade é a autora da moral que ela elabora na medida precisa do que lhe é necessário para sua própria existência e persistência. Assim, cada tipo de sociedade tem a moral que necessita, criando o tipo ideal de homem (tipo coletivo) que precisa, obrigando os indivíduos, que ela transforma em seus portadores, a realizá-lo. Neste sentido, a educação é entendida como o processo de inscrição do Outro (ser moral) na subjetividade, a moral, por sua vez, é feita *para* a sociedade e, mais ainda, é feita *pela* sociedade. Há um sujeito que é o *autor* da moral e ele não é nem o sujeito individual, nem o sujeito que possa ser constituído pelo conjunto de indivíduos associados, mas é o *sujeito por excelência* - pois sujeita todos -: a sociedade. (Fernandes, 1994: 62,63)

Para a realização de tal projeto, passam a assumir importância as formas de abordagem dos sujeitos em questão, em função das características **inerentes** a essa fase, **descritas** segundo **regras** do conhecimento "científico", portanto, um conhecimento racionalmente construído a respeito do real. Assim, práticas pedagógicas

22 Mais adiante, iremos desenvolver mais sobre o Projeto Pedagógico.

que atendam às **necessidades** peculiares da fase - fartamente estudadas e definidas por **especialistas** - devem ser cuidadosamente selecionadas e postas em prática, especialmente aquelas que propiciem, por exemplo, a participação dos sujeitos (adolescentes/jovens), a convivência com os pares de forma saudável, relações mais horizontalizadas entre adultos e jovens, atividades que valorizem a auto-estima, a afirmação, a intelectualização, a fantasia, a ação, a expressão de sentimentos, etc. A concretização deste tipo de trabalho, por sua vez, requer pessoal devidamente preparado (normalizado), com conhecimentos e habilidades especiais, a serem desenvolvidas mediante atividades de educação continuada - cursos, treinamentos, simpósios, congressos, etc.- porta-voz da sociedade, na concepção durkheimiana.

Acreditamos que, a essa altura, tenhamos fornecido elementos para se ter uma visão da concepção paradigmática **biomédica/médico-biológica** da adolescência, desde seus pressupostos básicos até as implicações no que se refere ao campo de intervenção na Saúde Pública.

É chegado o momento de tentarmos entender as razões que levaram a Saúde Pública brasileira a assumir a adolescência como questão de saúde, chegando a instituir uma prática, em forma de um Programa específico, ao final da década dos 80 - Programa Saúde do Adolescente (PROSAD/MINISTÉRIO DA SAÚDE), 1988²³. Pareceria estranho, do ponto de vista do paradigma "médico-biológico", a incorporação do grupo "adolescente" como objeto da Saúde Pública, ao levarmos em conta os critérios que regem usualmente a priorização de problemas, advindos de informações epidemiológicas - morbidade e mortalidade mais recorrentes (magnitude e causas), quer dizer, mais ligados a patologias "médicas".

No caso do grupo "adolescente", essa questão fica sem uma resposta aparentemente "lógica", dentro da concepção em análise na área da saúde, uma vez que se trata exatamente do grupo populacional que "menos adoece e morre", no conjunto da população, sendo tradicionalmente considerado o grupo "mais saudável", quer dizer, que menos adoece e morre por "doença", em relação aos demais grupos

23 O Ministério da Saúde oficializou o PROSAD em 5 de outubro de 1988, tendo sido elaboradas e publicadas as bases programáticas em novembro de 1989.

etários, fato este sobejamente descrito na literatura e reconhecido por órgãos oficiais nacionais e organismos internacionais²⁴. Não obstante este fato, os anos 80 foram marcados por crises do Estado capitalista - anos recessivos que redundaram em cortes de verbas principalmente e sobretudo para as áreas sociais, entre as quais a Saúde, de um lado; por outro lado, foram anos de questionamentos, de falência do sistema de saúde, tornando-se uma questão pública, objeto de mobilização de importantes atores sociais da Saúde no nível político, no bojo do movimento da reforma constitucional. Nesse sentido, estava em processo o "movimento sanitário" que, contrapondo-se ao modelo assistencial até então existente - propunha um outro - Sistema Único de Saúde, universalizado, regionalizado e hierarquizado por níveis de assistência, com descentralização do poder e com controle social, enfatizando-se os sistemas locais de saúde e organização da assistência, segundo a realidade epidemiológico-social local²⁵. É no interior desse processo que se dá a oficialização do Programa Saúde do Adolescente, num momento crucial de discussão sobre a questão da cidadania, em que, a partir da manifestação de movimentos sociais voltados à problemática de "meninos e meninas de rua", sobretudo, culminou com a inclusão na Constituição de 1988, de uma nova condição a crianças e adolescentes, regulamentada posteriormente em forma de "Estatuto da Criança e Adolescente". Segundo a Lei 8069, de 13.07.90, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências, "Adolescência é entendida como faixa etária compreendida entre 12 e 18 anos, excepcionalmente 18 e 21 anos de idade (Tit. I, artigo 2º parágrafo único), caracterizada como fase de desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social. (Tit. I, artigo 3º e 6º), em que as crianças e adolescentes são reconhecidas como "sujeitos de direitos civis, humanos e sociais". (Tit. II, cap. II, artigo 15º) e se encontram em fase de preparo da cidadania e qualificação para o trabalho". (Tit. II, cap. IV, artigo 53º).

24 Para se ter uma idéia mais clara, é suficiente examinar a representação do real por parte da Organização Mundial da Saúde, em suas publicações específicas sobre a saúde do adolescente, desde a década dos 60.

25 Esse período é exaustivamente discutido por TEIXEIRA, Sonia F. (org.) Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo, ed. Cortez/ABRASCO, 1989; números especiais da Revista Saúde em Debates, CEBES.

Desta forma, é reconhecida juridicamente, a condição de cidadania de crianças e adolescentes, como "sujeitos de direitos"²⁶.

No campo da Saúde Pública, a saúde do adolescente, em termos programáticos, nasceu e cresceu sob os veios registrados de Saúde Integral do Adolescente. O caráter de integralidade do Programa marca o tom exigido para: desenvolvimento das ações básicas, organização de serviços, relação intra e interpessoal: profissionais de saúde e adolescentes, relações entre campos ou setores - saúde, educação, trabalho, justiça, lazer, esporte, etc. -, enfim, relações entre Estado e Sociedade, exigindo, para tanto, uma "nova" maneira de se tratar a "saúde" do grupo de referência.

Entretanto, vale lembrar que a noção de integralidade (saúde integral) foi utilizada inicialmente para caracterizar uma educação médica orientada mais aos aspectos integrais ou "compreensivos" do indivíduo, sendo retomada a partir da década dos 60, para caracterizar modelos de programas de assistência da saúde - integração de vários serviços para atendimento às necessidades emocionais de um paciente, com supervisão contínua de todos os episódios da doença²⁷. O contexto em que emerge a discussão da Saúde Integral na década dos 80 é anterior à data de oficialização do Programa Saúde Integral do Adolescente²⁸.

26 A questão da cidadania será discutida mais adiante.

27 NOVAES, Humberto de Moraes. Contribuição ao Estudo de Ações Integradas em Serviços de Saúde: análise conceitual e apreciação em Programas selecionados na América Latina. Trabalho de Livre-Docência, São Paulo, Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1989. O autor faz um histórico da utilização do termo, com diferentes significados, em momentos distintos da história da formação médica.

28 É necessário ter presente que anteriormente à oficialização do Programa Saúde Integral do Adolescente, alguns Estados já vinham desenvolvendo o Programa através das Secretarias de Saúde, como decorrência da organização de profissionais médicos-pediatras e toco-ginecologistas e de saúde mental, que atuavam na área de Medicina do Adolescente, que chegaram a criar mecanismos dentro de suas próprias Associações corporativas, tipo, Sociedade Brasileira de Pediatria, onde criaram um Comitê de Adolescência, para, em 1987, chegar-se à fundação da Associação Brasileira de Adolescência, para congregar profissionais de várias áreas profissionais a partir de Congressos, Cursos, Seminários, Encontros, com vistas a debater o novo campo de atuação em construção, numa perspectiva interprofissional.

Aqui vale a pena fazermos um parêntese para contextualizarmos a abordagem da Adolescência/Adolescentes no campo da Saúde, e, em particular, na Saúde Pública, para o melhor entendimento da concepção de integralidade no Programa em referência.

4. DO AGENCIAMENTO INTERNACIONAL À SAÚDE INTEGRAL DO ADOLESCENTE

4.1. CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE INTEGRAL DO ADOLESCENTE

Resgatar historicamente a forma como a questão da Adolescência veio sendo tratada na área da Saúde é um meio para revelar que o percurso foi segundo a lógica do **paradigma médico-biológico** ou **biomédico**. Senão vejamos:

É no campo da Medicina nos Estados Unidos e Europa, que emergem as primeiras preocupações com as particularidades do grupo, a partir da abordagem individual por parte dos serviços de assistência médica, de "distúrbios" ligados à puberdade, de ordem biológica, com implicações psicológicas, na linha da evolução natural/ biológica, - destacadas por Luz, Lane e Chauí, quando da nossa análise da "síndrome normal da adolescência" - cujas características diferiam dos problemas médicos apresentados por crianças e também por adultos, gerando inclusive problemas de definição da área/especialidade responsável, pelo fato de que tal grupo não era considerado nem criança (objeto da Pediatria) e nem adulto (objeto da Clínica Geral Médica). O enfrentamento dessas particularidades do "crescimento" gerou, no interior, principalmente, da Pediatria, a necessidade de organização de uma prática específica voltada a esse grupo, com profissionais "especializados" - ou seja, com conhecimentos específicos da biologia "normal". Isso significou formar um núcleo de atendimento médico - incorporando especialistas no acompanhamento das transformações puberais - pediatras, endocrinologistas, psiquiatras, ginecologistas, assim como um corpo de outros profissionais para complementação da assistência - nutricionistas, psicólogos clínicos, assistentes sociais, enfermeiras. Aos poucos foi-se delineando uma nova "especialidade" dentro da medicina que chegou a ser reconhecida na segunda metade da década dos anos setenta - 1979 - pela Academia de Pediatria dos Estados Unidos²⁹.

29 Coates, no momento da publicação de seu trabalho, atuava como Presidente da Associação Brasileira de Adolescência (ASBRA), historiou a evolução da Medicina do Adolescente no I Congresso Nacional - A Saúde do Adolescente, em junho de 1991.

Esse processo gerou, por sua vez, uma especialização - dentro da especialidade - HEBEATRIA - incluindo endocrinologia, biologia do crescimento/desenvolvimento físico, desenvolvimento psico-sexual, doenças sexualmente transmissíveis, toco-ginecologia, etc.

Moraes, 1990, expressou melhor o que tentamos assinalar com relação a emergência da questão da adolescência no contexto da Medicina:

"(...) desde o final do século XIX e início do século XX começa a se inscrever um novo capítulo, ou fragmento, nas idades da vida do ser humano. Desde então, é cada vez maior o número de profissionais que se dedicam ao estudo, em particular, dessa fase da vida e com a necessidade de se identificar e interpretar o comportamento 'especial' destes jovens (...). A partir da década de 50, e com especial referência aos anos 60, veremos que a necessidade de se conhecer a respeito do comportamento e pensamento desses jovens chega ao auge. São cada vez mais freqüentes as publicações e palestras com relação ao tema e da necessidade de reconhecimento por parte de todos, dos problemas que estes jovens trazem consigo; é o desenvolvimento de toda uma 'cultura do adolescente' com seu espaço próprio. A criação de escolas com uma orientação específica para lidar com adolescentes; o surgimento de serviços de saúde voltados para atender às suas necessidades, onde a medicina começa a caminhar para o seu "especial estudo" (...) A partir da década de 60, começam a abordar de modo mais destacado a adolescência, dão ênfase para os problemas mais freqüentes, a saber, doenças crônicas, acne, obesidade, acidentes, suicídio, homicídio, drogas, sexo, as DST, problemas obstétricos e problemas de ordem emocional e social (...)". (6)

Assim, até a década dos oitenta (início), no campo da adolescência, cada problema, considerado relevante, era, de modo geral, estudado em particular, por especialistas, os quais recomendavam

práticas específicas junto a portadores do mesmo. Desta forma, em termos de organização de serviços de saúde, para concretizar as medidas recomendadas, havia serviços para prevenir o consumo de drogas e/ou tratar de drogados, programas específicos de educação sexual para prevenir a gravidez e/ou doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes, serviços de pré-natal, serviços que controlavam distúrbios de crescimento/desenvolvimento, e assim por diante, caracterizando-se pela fragmentação e, quando muito, pela justaposição de profissionais "especialistas". Neste sentido, teve papel expressivo a Organização Mundial da Saúde, que, de tempos em tempos, reunia "experts" em cada tema - reprodução/doenças sexualmente transmissíveis, tabagismo, alcoolismo, drogas ilícitas (fármaco-dependência/consumo de substâncias psicoativas) para discussão da problemática em termos mundiais, em particular nos países do Terceiro Mundo, suas "causas" e formulação de recomendações para o enfrentamento do problema, que eram, posteriormente, difundidas junto aos governos dos países - membros da Organização das Nações Unidas (ONU), oferecendo apoio técnico e, muitas vezes financeiro, através de suas Organizações Regionais - no caso da América Latina e Caribe - Organização Panamericana da Saúde.

No campo da Saúde Pública, são conhecidos os estudos longitudinais sobre crescimento/desenvolvimento, abrangendo crianças e adolescentes, com vistas a caracterizar o processo em nível populacional (estudo da Inglaterra -Tanner³⁰; estudo de São Paulo-Marcondes e cols³¹), os quais enfatizavam as questões biológicas do crescimento - idade/estatura/peso - e as transformações puberais - menarca/desenvolvimento dos órgãos sexuais, etc, a partir dos quais se estabeleceram padrões considerados "normais" para indivíduos de cada idade em fase de crescimento. Em nível de intervenção, até a década dos oitenta, os adolescentes estavam incluídos, de forma diluída, no Programa de Assistência Materno-Infantil, tanto no sub-programa de

30 TANNER, J.M. *Growth at adolescence*. 2a. ed. Oxford, Inglaterra. Blackwell Scientific Publications, 1962.

31 MARCONDES, E. et alii. *Crescimento e desenvolvimento pubertário em crianças e adolescentes brasileiros*. I. Metodologia. São Paulo, Ed. Brasileira de Ciências, 1982; Marques, R.M. et alii. *Crescimento e desenvolvimento pubertário em crianças e adolescentes brasileiros*. II. Altura e peso. São Paulo, Ed. Brasileira de Ciências, 1982.

Assistência à Criança, mais caracterizadamente como Saúde Escolar, como no de Assistência à Saúde Materna, no caso de adolescentes grávidas, incluídas no acompanhamento pré-natal, onde recebiam tratamento tal e qual as demais mulheres grávidas de outras idades.

Estudando-se o Programa Materno-Infantil, vimos que o mesmo foi definido, segundo os critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade como programa prioritário na Política de Saúde Brasileira, por ocasião da V Conferência Nacional de Saúde, 1975, como forma de interferir/diminuir os elevados coeficientes de morbi-mortalidade infantil e materna, a partir de ações promocionais, preventivas e curativas a serem desenvolvidas junto a esse grupo-alvo, dentro da proposta de extensão de cobertura populacional por parte dos serviços públicos de saúde. Há necessidade de muita acuidade para identificar o lugar do adolescente no mesmo, visto que a prioridade, dentro do Programa, era dada a crianças no primeiro ano de vida, visando maior impacto na morbi-mortalidade infantil, mediante a sua redução, reeditando-se, com isso, a antiga "Puericultura" das décadas passadas.

O Programa foi idealizado enquanto medida racionalizadora da assistência, em termos de saúde coletiva, como um dos programas de extensão de cobertura (PEC). Utilizando-se das técnicas de planejamento, tentava-se eliminar a descoordenação das ações desenvolvidas por múltiplas Instituições de Saúde, nas diversas esferas de governo, e por diferentes setores governamentais, que redundava em duplicação e dispersão de recursos públicos, recursos estes que já se encontravam em situação de escassez crítica. Nesse contexto, seria muito improvável que adolescentes viessem a ser contemplados com uma assistência de qualidade mínima, principalmente levando-se em conta que, do ponto de vista de morbi-mortalidade, tratava-se do grupo populacional mais saudável, enquanto que crianças no primeiro ano de vida constituíam o grupo prioritário, face aos elevados coeficientes de morbi-mortalidade que apresentava, e, na maior parte, por causas preveníveis. Nessas condições, como já foi referido, pode-se tentar localizar o lugar do adolescente na Saúde Escolar ou melhor, Saúde do Escolar, em que o tratamento dispensado era mais dirigido na linha de apoio à Escola, no que se referisse ao aprendizado, isto é, intervenção em problemas que poderiam estar interferindo

negativamente (segundo o olhar dos técnicos) no processo de aprendizagem: problemas de acuidade visual, fono-auditivos, dentários e psicológicos, através de abordagens individuais e dentro de um enfoque clínico, portanto, de alcance limitado, frente à demanda crescente do alunado da rede pública de ensino. Na rede de Serviços Básicos de Saúde (Postos/Centros de Saúde), praticamente a assistência a este grupo era prestada em situações eventuais de doença, não havendo uma previsão/programação contínua e integrada dos/nos vários níveis de intervenção.

Dentro desse panorama apresentado de forma resumida, com risco de cairmos no reducionismo, caracterizado pela escassez de recursos e, ao mesmo tempo, pela necessidade de ampliar a cobertura populacional, é até compreensível que a assistência ao grupo adolescente fosse criada na forma de Saúde Integral do Adolescente, principalmente se forem considerados os altos custos de serviços "especializados", fragmentados, existentes em nível da assistência médica, que revelavam baixa eficácia na ocorrência de problemas apresentados pelo grupo. Com a utilização do Enfoque de Risco³², como recurso epidemiológico da Administração de Serviços de Saúde para racionalização da assistência, no sentido de canalizá-la prioritariamente aos grupos mais expostos aos riscos, caiu por terra a criação de serviços direcionados ao atendimento de apenas um problema, para dar lugar a outros - serviços gerais - que visassem, junto aos grupos mais expostos, uma atuação que abarcasse a abordagem dos problemas considerados mais relevantes, dentre aqueles apresentados pelo grupo, de forma integrada. Isso significou enfatizar serviços mais horizontalizados, tendo como alvo, adolescentes em risco, na tentativa de atendê-los de forma mais global, e, portanto, não dispensando a atuação interprofissional, interinstitucional e intersetorial, em função das limitações do trabalho da Saúde, em seu sentido restrito.

Esta poderia, à primeira vista, parecer uma medida técnica, científica, de abordar a questão, que, por si só, justificaria a mudança na forma de abordagem, como um avanço advindo puramente do acúmulo de conhecimentos. Porém, a questão nos parece muito mais

32 O enfoque de risco será detalhado no contexto da análise do tipo de abordagem dos "problemas" de Saúde de Adolescentes.

complexa, extrapolando o âmbito técnico, para cuja compreensão, a própria contextualização dessas mudanças em termos histórico-sociais poderia fornecer elementos importantes a serem considerados.

Nesse raciocínio, vale lembrar que, na década dos setenta, o Brasil presenciou, tanto a consolidação como a falência de uma política de saúde de cunho privatista, médico-assistencial, sob gerência estatal, calcado numa concepção de saúde-doença biologicista, com ênfase na abordagem médica individual, de caráter curativo-assistencial, em detrimento da saúde coletiva. Baseado fortemente na capitalização do setor privado (financiamento de investimentos desse setor operacionalizado através do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS), com o aporte e custeio através do Ministério da Previdência e Assistência Social e aliando-se a isto a expansão da assistência, através do Plano de Pronta Ação (PPA), o modelo de assistência médica, ao final dos anos setenta começa a dar sinais de crise, face ao montante de recursos dispendidos pelo governo, com tendência a crescer de forma desordenada, o que leva à necessidade de sua revisão, considerada a conjuntura econômica adversa pela qual passa o país, em particular a partir de 1979. Isso remete a um movimento de alteração do perfil privatista das políticas de corte social, sem que, no entanto, houvesse aumento da participação relativa do setor público, a qual tende também a retrair-se, conforme mostram numerosos estudos a respeito desse período³³.

A crise do setor Saúde gerou dois grandes movimentos conduzidos por profissionais da área da saúde que atuavam no setor público e por políticos envolvidos com o setor, na busca de um sistema nacional de saúde em novas bases.

O primeiro movimento estava direcionado à busca de uma concepção básica para o novo Sistema Nacional de Saúde, concepção esta entendida como um conjunto de políticas e diretrizes de estruturação institucional, acompanhadas por uma filosofia de oferta universalizada de

33 A esse respeito, podem-se consultar: Teixeira, S.M.F. *Evolução e Crise de uma Política Social. Cebes-Saúde em Debate*, no. 9, 1980:21-36; Mendes, E.V. *Reformulação do sistema nacional de Saúde*. Trabalho apresentado como contribuição aos debates da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1989; _____, *A Crônica de uma morte anunciada ou Nascimento, Paixão, Morte e Ressurreição do INAMPS*. Brasília, 1993.; Rocha, J.S.Y. O movimento da Reforma Sanitária no Brasil. *Previdência em Dados*. R. Janeiro, 3(12):5-11 abr/jun. 1988.

serviços de saúde no país. A concepção gerada por tal movimento é conhecida como Sistema Único de Saúde, consolidando uma proposição teórica, dentro de parâmetros ideais de organização do setor. Este movimento nasceu no bojo e sob influência de processos sócio-políticos mais abrangentes, tendo-se consolidado de forma definitiva na 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, e na formação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária.

O segundo movimento é o resultado de articulações políticas que, embora, em tese, procurasse convergir para a concepção básica de Sistema Nacional de Saúde, perseguida pelo primeiro movimento, caracterizava-se por construir soluções transitórias ou intermediárias em direção a essa concepção básica. Constituído por atores institucionais, a concepção assumiu um caráter diferenciado, pois que, para ser implementada, tinha que levar em conta contextos políticos e econômicos específicos, e por vezes, restritivos³⁴.

É exatamente pelo acima exposto, que Sousa Campos, 1994, ao analisar o processo da Reforma Sanitária Brasileira, assinala tratar-se de uma confederação de "movimentos sanitários", tal a heterogeneidade de opiniões existentes em seu interior quanto às táticas relativas à condução do mesmo, mas que, não obstante tal heterogeneidade, conseguiu-se um razoável monolitismo em relação a questões mais gerais ou estratégicas, do tipo: a defesa intransigente do Estado na prestação de serviços e na coordenação do Sistema Único de Saúde, a necessidade de controle popular sobre o sistema e o desenvolvimento de formas de gestão e planejamento que falassem da defesa da vida mais do que da defesa de interesses privados. (p.17)

É nesse contexto de crise que, em 1980, a 7ª Conferência Nacional de Saúde propõe o Prev-Saúde. Em síntese, o plano previa a universalização dos cuidados primários de saúde em todo o território nacional, através de uma articulação interinstitucional que abrangeria os serviços públicos e os privados, desde que estes atendessem a

34 É interessante notar que os atores envolvidos nem sempre atuaram de forma exclusiva em um dado movimento, ou seja, um mesmo ator podia ser encontrado defendendo a concepção básica de um Sistema Único de Saúde e, ao mesmo tempo, articulando-se em direção a uma solução transitória ou intermediária desse sistema, com uma convicção de que o resultado dessa solução conduziria às características desejáveis da concepção básica que defendia (FUNDAP, 1988).

determinados critérios, em consonância com as diretrizes da Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978³⁵. Pressupunha, ainda, a regionalização da assistência, a hierarquização dos serviços, a padronização dos procedimentos, visando a um maior controle administrativo e financeiro, e à participação comunitária. O Prev-Saúde, embora conceitualmente bem elaborado, terminou por ser rejeitado e não implantado. A subordinação que ele propunha, do setor privado ao setor público, gerou significativa reação dos grupos ligados ao modo de produção da assistência médica, marcadamente privatista. Os setores políticos progressistas também não lhe deram o apoio necessário, conforme análises de inúmeros autores.(Rocha, 1988)

Com a rejeição do Prev-Saúde, em 1981, é constituído o CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária), um órgão colegiado com representantes dos diversos ministérios e dos sindicatos patronais e trabalhistas, que teve por objetivo estabelecer diretrizes gerais para uma assistência médica mais eficiente e eficaz.(FUNDAP, 1986). No ano seguinte é aprovado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, elaborado pelo CONASP, que após a apresentação de um diagnóstico de uma série de distorções no quadro da assistência médica prestada pelo setor público como um todo, propunha a regionalização progressiva do sistema de saúde, planejado e coordenado por uma comissão paritária integrando o MPAS, o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde em cada estado; enfatizava a necessidade de planejamento em nível local, hierarquizando os serviços de saúde, públicos e privados, de acordo com sua complexidade, com mecanismos de referência e contra-referência; priorizava as ações básicas de saúde, com destaque para a assistência primária e ambulatorial. Na prática, o Plano assumiu características principalmente desconcentradoras e racionalizadoras, retomando diretrizes já contidas no Prev-Saúde, no sentido de reduzir o nível de gasto do complexo previdenciário, utilizando crescentemente a rede pública e propondo reorganizar a forma de prestação de serviços médicos, visando a uma maior cobertura populacional.

35 A Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, contou com o apoio de 134 países, que assumiram o compromisso de, através dos cuidados primários de saúde, como estratégia central, contribuir para a consecução da meta "saúde para todos no ano 2.000". Mais adiante voltaremos a discutir sobre a mesma.

O que se pode inferir desse movimento é que fortes pressões pela redemocratização do País e a crise do sistema previdenciário abriram espaço para várias das propostas de segmentos progressistas na área da saúde. Na década dos oitenta, o tema da descentralização é incorporado às agendas governamentais, constando em particular na plataforma política de partidos de oposição que, em 1982, disputavam cargos políticos nas primeiras eleições, após o período dos governos autoritários. A constatação da ineficiência da centralização excessiva do aparato estatal no período anterior e a necessidade de aproximação da sociedade civil das ações governamentais, possibilitando maior margem de controle daquela sobre essas ações, propicia que a relação: democracia-descentralização apareça como necessária, refletindo nas propostas de diferentes setores sociais com maior força, dentre as quais, a da Saúde.

No que tange à construção de um novo modelo assistencial, o Plano abria novos espaços para propostas de descentralização, integralidade (superação da dicotomia entre ações preventivas e curativas), universalização do atendimento e integração interinstitucional. Nesse sentido, inicia-se em 1983, a implantação de uma das principais propostas do CONASP - o programa das Ações Integradas de Saúde (AIS) - materializado através de convênios interinstitucionais entre INAMPS/MPAS e as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde. No ano seguinte, são incorporados ao PAIS, o Ministério da Saúde e da Educação. Como principais instâncias gestoras do programa são formados órgãos colegiados nos vários níveis do governo: CIPLAN-Comissão Interinstitucional de Planejamento (federal), CIS - Comissão Interinstitucional de Saúde (estadual), CRIS - Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (regional), CIMS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (municipal) e CLIS - Comissão Local Interinstitucional de Saúde (local). Em 1985, a estratégia das Ações Integradas de Saúde foi ratificada interministerialmente: MS/MPAS/MEC para reorganização do setor, destacando as diretrizes de integração interinstitucional, participação e controle social, descentralização e universalização do atendimento.

É no interior das Ações Integrais de Saúde (AIS), que surgem as propostas de Assistência Integral à Saúde da Mulher,

Assistência Integral à Saúde da Criança, à Saúde do Adulto, e, mais recentemente, em 1988, a Saúde Integral do Adolescente, como forma de superar a fragmentação da assistência em torno de problemas/grupos populacionais específicos, característica fundamental do modelo assistencial consolidado na década dos setenta.

Segundo a definição do Ministério da Saúde, 1990, *integralidade* foi considerada como um dos mais importantes princípios do modelo assistencial no sentido de *"assegurar aos indivíduos o direito à atenção à saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, bem como a compreensão do indivíduo em sua totalidade e dos indivíduos/coletividades em suas singularidades"*

Nesse ponto, entretanto, consideramos importante fazermos uma leitura, a partir da prática concreta dos serviços, em seus diferentes níveis de organização do trabalho assistencial, daquilo que se denominou assistência/saúde integral, em substituição aos "programas". Foi a avaliação destes últimos que revelou sua impropriedade em responder às necessidades de saúde de uma determinada população em seu conjunto, pelo fato de, ao eleger um grupo prioritário, sem levar em conta a sua inserção na realidade local, perder de vista as condições de saúde do conjunto da população, com risco de excluir grupos outros, que poderiam estar a exigir respostas na mesma proporção ou, ainda, com maior prioridade, que o eleito, dependendo do local. Além disso, ao lado de não ter conseguido interferir significativamente nas condições de saúde do grupo-alvo dos programas, a cobertura alcançada foi aquém do esperado. Isso considerado, ao se privilegiar a programação das ações de saúde dirigidas para uma determinada população em seu conjunto, foram definidas ações básicas de saúde, levando em conta as especificidades de cada grupo populacional - criança, mulher, adulto, trabalhador - que deveriam ser desenvolvidas pelos serviços básicos de saúde como o mínimo necessário para o controle de saúde dos mesmos.

Nessa linha, por exemplo, constituíam ações básicas de Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento/desenvolvimento, Controle das Diarréias (TRO), Controle das Doenças Imunopreveníveis (vacinação), Controle das Doenças Respiratórias Agudas (IRA), Avaliação Nutricional (PSA); em Saúde da Mulher (ampliação do conceito de assistência à mulher, que até então, era restrita à sua condição de

reprodutora e de mãe - daí a denominação anterior de Saúde Materna) as ações básicas consistiam em: assistência pré-natal, planejamento familiar, assistência ginecológica, prevenção do câncer de mamas e ginecológico; da mesma forma, foram definidas ações básicas para outros grupos. Pretendia-se, com isso, assegurar que os serviços de saúde passassem a dispensar aos diferentes grupos, uma assistência contínua e integral, porém o processo de trabalho característico dos serviços de saúde - fragmentado por "especialidade", e dentro de cada uma delas, com uma divisão técnica do trabalho entre profissionais de diferentes formações e, entre estes e pessoal auxiliar (de nível médio e elementar) - redundou numa concepção de assistência integral que se reduziu à somatória das ações básicas de saúde, resultando em uma atomização ainda maior, agora dentro de cada grupo-alvo, com pessoal específico especialmente treinado para cada ação básica e não para uma assistência que considerasse o indivíduo como um todo, em sua singularidade e particularidade. Isso tudo, dentro de uma concepção de planejamento normativo, só que agora, de forma desconcentrada, foi generalizado para todo o território brasileiro, sem levar em conta as especificidades de cada local. Na verdade, o que deveria ter levado a uma horizontalização da assistência, no nosso entender, fortaleceu a verticalização em sua operacionalização, reforçada (ou conduzida?) pelos mecanismos técnico-administrativos e políticos, de prestação de contas dos serviços prestados, até de financiamentos, todos calcados nos fragmentos, na produção de serviços, por ações básicas, em lugar de população assistida por área (crianças assistidas, adultos, mulheres, etc).

Em resumo: mudaram-se os objetos de trabalho para grupos populacionais - mulheres, crianças, adultos, trabalhadores, mas permaneceram as formas de trabalhar, contribuindo, não para alcançar a integralidade, mas para a maior atomização do objeto, quando considerado do ponto de vista da integralidade dos sujeitos.

De fato, se a assistência integral é entendida como o conjunto/agregado de ações básicas que os serviços de saúde podem oferecer de maneira mais racional a diferentes grupos populacionais, pode-se até dizer que melhorou em certo sentido, porém se a entendermos como assistência ao *sujeito integral*, pode-se afirmar que

está muito longe de ser alcançada por esse caminho, constituindo um grande equívoco pensar que a assistência integral seja sinônimo de assistência ao sujeito integral, como muitos acreditam³⁶.

Com essa tendência, ainda que no plano das intenções, à horizontalização de serviços de saúde para atendimento de grupos populacionais de uma determinada área, tendo a universalização como um dos princípios, os adolescentes passaram a ser reconhecidos como componentes da população e que necessitariam de ações de saúde voltadas às suas especificidades.

Nesse quadro, a assistência ao adolescente preconizava, desde seu início de sua implantação, 1989, a necessidade de oferecer uma assistência integral, enfatizando a ação multiprofissional, a interinstitucional e a intersetorial, com a participação dos adolescentes no desenvolvimento do Programa. Mas, em termos de conteúdo, constatamos que houve agrupamento das antigas práticas dirigidas a problemas específicos do grupo, só que agora com o estabelecimento da interdependência entre os mesmos, com uma roupagem diferente, com estratégias de ação inovadas. Além disso, ao nos inteirarmos da implementação e implantação das ações de saúde dirigidas a esse grupo, em vários locais, algumas indagações pairam no ar, do tipo: ao se estabelecer o grupo adolescente, como alvo das ações de saúde, formou-se pessoal especialmente treinado para esse atendimento, com normas e processos de trabalho, que se, de um lado, poderia estar representando pessoal melhor preparado para uma assistência integral ao grupo, por outro lado, por terem permanecido as formas de intervenção com características verticalizantes, o "programa" não se integrou de fato na programação de serviço de saúde voltada à população, em seu conjunto, mantendo-se como um trabalho com direção própria e não do serviço de saúde, como um todo. Na essência,

36 A distinção entre Assistência Integral e Sujeito Integral é importante, uma vez que a primeira- assistência integral - remete ao processo assistencial, que envolve integrar ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras, rompendo com a dissociação entre elas, que marcou o modelo assistencial da década anterior. Neste sentido, o processo em forma de assistência integral não garante, necessariamente, a consideração do sujeito integral, pois a integralidade do processo pode ter por referência o problema e não o sujeito portador do mesmo. Ao contrário, partir da concepção de Sujeito integral, por definição, a assistência não necessita ser adjetivada, pois que estará a serviço dos sujeitos em todas suas necessidades de saúde, em seu sentido amplo. Consideramos essa distinção necessária, dado o equívoco freqüente na área da saúde, fato este sempre ressaltado por Rosenberg (op.cit).

segundo nosso olhar, a lógica seguida na formulação da Assistência à Saúde Integral do Adolescente foi a mesma das demais, podendo-se dizer que as ações básicas de Saúde Integral do Adolescente estão constituídas por medidas que visam a prevenção de determinados problemas, à imagem do que ocorre em Saúde da Criança, por exemplo. Esta parte pode ser melhor entendida quando do desenvolvimento de como foi o processo de produção do discurso contido no Programa Saúde Integral do Adolescente.

A tentativa de contextualizar a emergência do Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), em nível de Brasil, com o que até aqui desenvolvemos, dá uma idéia aparente de que tudo que foi sucintamente apresentado, foi gerado e processado internamente, como respostas à realidade brasileira. Entretanto, isso representa apenas uma leitura parcial desse desenvolvimento, que, para ser compreendido em sua totalidade, requer situá-lo em suas articulações com as políticas internacionais e, em particular, com as políticas de Saúde, em que determinados organismos internacionais vêm desempenhando papel importante no sentido de estar orientando, dando diretrizes aos países que compõem o denominado Terceiro Mundo.

Para melhor entendermos o processo, consideramos necessário articulá-lo com a história do capitalismo em seu movimento de expansão, sobretudo após a 2^a Guerra Mundial, momento em que ocorre a constituição de organismos internacionais, inter-governamentais, como a Organização das Nações Unidas (1945); reconhecermos a posição que esta passa a ocupar no plano mundial, considerando as forças hegemônicas no campo econômico internacional; a utilização de sua estrutura em seus diversos níveis para irradiar uma determinada "visão de mundo" e todas suas implicações nas várias esferas da vida humana, sobretudo nos países periféricos, denominados de "Terceiro Mundo", para os quais se dirigem direta e especialmente o movimento de internacionalização do capitalismo mundial a partir dos países centrais, conforme já descrito em estudos na área de planejamento em saúde na América Latina, na de Puericultura, de endemias, na formação médica e de outras profissões de saúde. Isto não significa, entretanto, que este movimento de internacionalização seja orientado apenas e tão somente numa direção, isto é, do centro para a periferia, pois os países

periféricos, embora estejam "ao redor de", também têm seu movimento próprio, específico, enfim, sua história particular; o que estamos ressaltando aqui neste trabalho, é a hegemonia desta direção, internacionalizante, ou seja, do centro irradiando seus interesses econômicos, sua cultura "imperialista".

Para fins de nosso estudo, vamos considerar a Organização Mundial da Saúde-OMS/Organização Panamericana da Saúde-OPS como unidade, uma vez que, instituídas no plano internacional, como aquelas "autorizadas" a proferirem um "discurso competente" sobre a saúde dos povos, na condição de "coordenadora em assuntos de saúde internacionais", conforme a razão de ser de sua constituição pela Organização da Nações Unidas (criada por iniciativa do governo norte-americano e aderida pelos governos de países que passaram a dela fazer parte como Estados-Membros), através do Conselho Econômico e Social, como um de seus braços no trabalho de sua área de competência (Saúde).

Retomando Chauí, 1980³⁷, que define o **discurso competente** como *aquele que pode ser proferido, ouvido e aceito como verdadeiro ou autorizado (estes termos agora se equivalem), porque perdeu os laços com o lugar e o tempo de sua origem*("..."). *"O discurso competente é o discurso instituído. É aquele no qual a linguagem sofre uma restrição que poderia ser assim resumida: não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância. O discurso competente confunde-se, pois, com a linguagem intencionalmente permitida ou autorizada, isto é, com um discurso no qual os interlocutores já foram previamente reconhecidos como tendo o direito de falar e ouvir, no qual os lugares e as circunstâncias já foram pré-determinados, para que seja permitido falar e ouvir e, enfim, no qual o conteúdo e a forma já foram autorizados segundo os cânones da esfera de sua própria competência"* (p. 7).

Assim pelas condições de sua própria criação, que permite dar uma idéia consensual, não de uma "nação" em particular, mas de um conjunto de países - através de seus governos -, o discurso que a Organização passa a proferir sobre a saúde, é reconhecida como

37 CHAUÍ, Marilena. *Cultura e Democracia*, 1981 - op. cit.

legítima, por sua apresentação científica moderna, "racional", universalista, que se mostra como um discurso neutro, desinteressado de outros interesses, senão o de *"apoiar/ajudar os países em suas necessidades de saúde no sentido de alcançar para todos os povos o nível mais alto possível de saúde"* (OMS, 1948:). Discurso altruísta, encobre todo o movimento de expansão do capitalismo, no seio do qual se constrói sob a idéia de Organização, permitindo que formemos uma imagem a seu respeito como existência independente, com racionalidade própria, a serviço da saúde de todos os povos. Encarregando-se de difundir concepções, normas elaboradas - a partir de uma representação do real que corresponde à dos países centrais - para os demais, sobretudo, àqueles que integram o grupo denominado do Terceiro Mundo, apresenta-se como conhecimento científico, como se fôra o único discurso possível, verdadeiro e legítimo, porque dá a aparência de que ninguém exerce poder e, ao mesmo tempo, cada um se vê nele, no sentido de nele identificar a racionalidade imanente do mundo organizado. A respeito do papel da OPS/OMS existem vários estudos que a ele se reportam, como o de Marques, 1976³⁸; Loyola, 1983; Rivera, 1982; Freire, 1991.

Nesse sentido, a OPS, com existência anterior à OMS, sob a denominação de Oficina Sanitária Internacional, criada em 1902 por um grupo de representantes das repúblicas americanas, ligadas à União Panamericana (fundada em 1898, transformada depois em Organização dos Estados Americanos - O.E.A), com raio de ação em

38 MARQUES, Marília B. *Análise das limitações e possibilidades de atuação em um serviços de Puericultura*. [Tese de Doutorado. Campinas, UEC, 1976]; *Atenção Materno-Infantil como Prioridade Política*. "IN: GUIMARÃES, Reinaldo (org.) *Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro, Graal, 1978, procura resgatar a trajetória do projeto puericultor até chegar ao Brasil, evidenciando, dentro do movimento de expansão capitalista, o papel importante dos organismos internacionais (OMS/OPS) na irradiação das idéias, normas. Da mesma forma o faz LOYOLA, Andréa em seu estudo "A Cultura Pueril da Puericultura. *Novos Estudos CEBRAP*, Rio de Janeiro, 2(1): 40-6, abril de 1983. URIBE RIVERA, Francisco, J. *O Planejamento de Saúde na América Latina*, 1982. [Dissertação de Mestrado - Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública] ao estudar a trajetória do planejamento em saúde na América Latina nesse movimento internacional: centro-periferia, destaca o papel das agências internacionais, em especial o da OPS/OMS; FREIRE, Maria Martha L. *Vidas Desperdiçadas - a puericultura no discurso da OMS*. Rio de Janeiro, Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz do Ministério da Saúde, 1991. [Dissertação de Mestrado] retrata a trajetória de discurso puericultor da OMS, ressaltando a posição da Organização no movimento já aludido; há inúmeros outros autores, como FASSLER, C., do México, 1979 que também se refere ao assunto, numa concepção de transformação social e o planejamento da saúde na América Latina.

toda a Região do Hemisfério Ocidental, já mantinha um "centro de intercâmbio de informação sobre as condições sanitárias dos países, encarregando-se também de organizar e promover estudos científicos cuidadosos de qualquer surto de doenças infecciosas nas Américas, oferecendo assistência para promover e proteger a saúde dos países e fomentando o saneamento dos portos marítimos" (OPS,s.d.).

Com essa "delegação de poderes" por parte dos Países-Membros, a Organização esteve presente em surtos de doenças infecciosas, orientando o comando de ações de esquadramento do espaço social, ao interferir cientificamente através de práticas de controle de doenças infecciosas, no início do século. Após interrupção de suas atividades durante a Primeira Guerra Mundial, reiniciadas logo após o seu término, lança em 1922, a publicação mensal do "Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana", como "meio de prover informação técnica científica importante, válida e útil para a comunidade de saúde pública em toda a região das Américas (OPS, s.d.). Elaborou, sob encomenda dos países-membros, o Código Sanitário Panamericano, que foi aprovado por delegados de 18 países (normas a serem seguidas); como decorrência a Organização teve seu nome mudado para a Oficina Sanitária Panamericana, ampliando suas funções e responsabilidades. Na década dos 30, a Oficina uniu seus esforços à Fundação Rockefeller numa exitosa campanha para erradicar a febre amarela urbana, um dos primeiros triunfos internacionais conseguidos em matéria de Saúde Pública (OPS ,s.d.).

Ferreira, 1984, analisando as atividades desenvolvidas pela OPS, em sua história, assinala que inicialmente elas se caracterizaram pelo paternalismo e filantropia, passando posteriormente para outra fase, qual seja, de "apoio ou assistência técnica", de "transferência de tecnologias" do centro para a periferia, tendo implícito o pressuposto de que a tecnologia ocidental do século XX seria o melhor modelo para todos os povos em desenvolvimento", estabelecendo-se, com isso, relações de dependência destes em relação àqueles e assim, reforçando as desigualdades entre "desenvolvido" e "subdesenvolvido".

Essa atuação parece coincidir com os propósitos da internacionalização da economia capitalista, em que Fundações

privadas, sob a aparência de filantropia³⁹, começam a agir em parceria com organismos internacionais intergovernamentais, como estratégia de penetração nos países "subdesenvolvidos", apoiando atividades sanitárias⁴⁰. Essa característica veio se mantendo, segundo Ferreira, 1984, até meados dos anos sessenta.

Vale lembrar que somente após a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), como agência especializada das Nações Unidas, (1948), como já dissemos, ocorre, em 1949, um acordo entre as duas Organizações (OMS) e Oficina Panamericana da Saúde, hoje, Organização Panamericana de Saúde (OPS), em que coube à OPS desempenhar a função de Oficina Regional da OMS para as Américas. A partir daí, é importante frisar que esta, integrante da Organização dos Estados Americanos - OEA - correlato Regional da ONU para as Américas, passa a fazer parte do conjunto de agências especializadas - também como extensão de outras em nível regional, ligadas à CEPAL - correlata regional do Conselho Econômico e Social da ONU. No nível da ONU, ligada ao Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social, a OMS, enquanto agência especializada em assuntos internacionais de saúde, tem a seu lado outras, como o Fundo das Nações Unidas para Atividades de População (FNUAP), Organização de Alimentação e Agricultura das Nações Unidas (FAO), Organização Educativa, Científica e Cultural das Nações Unidas (UNESCO), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Organização Internacional do Trabalho (OIT), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Internacional de Reconstrução de Desenvolvimento (BIRD) e outras, as quais também têm suas ramificações em nível regional. A OPS, embora tenha existência própria, que antecede à da própria OMS, com o acordo, passa a ser reconhecida no plano regional das Américas como uma extensão daquela em termos

39 Para se ter uma idéia dessa parceria, a Fundação Rockefeller, na figura de John Davison Rockefeller, foi quem doou o terreno para a construção da sede da Assembléia-Geral da ONU, ao mesmo tempo que o Governo dos E.U.A. fez um empréstimo de 65 milhões de dólares para construção do edifício. [ENCICLOPEDIA BARSA. Encyclopaedia Britannica Editores Ltda., Rio de Janeiro/São Paulo, 1969, vol. 10: 133].

40 Interessante notar, que segundo José Renan Esquivel, em seu artigo "Apuntaciones Críticas a la Estructura de la Oficina Sanitaria Panamericana y Propuestas de Trabajo para su Renovación", publicado na revista Centro Americana de Ciencias de la Salud, desde sua fundação em 1902, até 1936, os diretores da Oficina Panamericana da Saúde foram médicos do Serviço de Saúde Pública Norte-Americana.

de diretrizes de trabalho, motivo pelo qual estamos tratando como unidade (OMS/OPS). Isso quer dizer que, embora essa unidade crie uma imagem de um Organismo com independência de atuação, com racionalidade própria, nem por isso se desvincula de orientações maiores, cujas definições se dão ao nível hierárquico superior da Organização da qual faz parte. Desta forma, quando se define a questão, por exemplo, da Adolescência/Juventude como problema que atinge o mundo inteiro ou um grupo de países, não é apenas uma agência que irá cuidar do seu encaminhamento, mas várias delas, cada uma em sua área de competência, ou conjuntamente, seja em parceria, seja multi-agencialmente, dentro de um contexto de políticas internacionais, inter-governamentais. Nesse sentido, a CEPAL foi quem, em nível da América Latina e Caribe, desencadeou estudos econômico-sociais sobre a situação dos jovens nos países, para subsidiar a 42^a Assembléia Mundial da Saúde, realizado em 1989, cujo temário foi a Saúde do Jovem, assim como outras agências especializadas e Comissões especialmente formadas o fizeram em suas áreas de competência .

Feito isso, resta-nos situar como essas agências especializadas vieram definindo as diretrizes/orientações gerais para as políticas de saúde dos países da América Latina e do Caribe, em particular, do Brasil. Um dos mecanismos utilizados, a partir de um determinado momento diz respeito a Reuniões de Ministros de Saúde das Américas, que acontece após cada Reunião de Ministros de Estados, instância que define as orientações gerais a serem seguidas pelos Estados/Governos/Membros das Regiões. Assim é que em 1961, ocorre a 1^a Reunião Especial de Ministros de Estado, em Punta del Este, em que os governos se comprometem a programar o desenvolvimento social e econômico, dentro da idéia de mudança racional⁴¹. No campo sanitário, fica firmado o compromisso de os governos elaborarem verdadeiros planos de saúde e de criarem unidades de planejamento, que colaborassem na elaboração e promoção de procedimentos de planejamento de saúde. A primeira reunião de Ministros de Saúde das Américas, realizada em 1963, reafirma e amplia esses compromissos. Para cumprí-los, os governos outorgam à OPS a função de assessoria.

41 O contexto político-econômico em que se deu essa Reunião é apresentado e discutido por Uribe-Rivera, em sua dissertação de mestrado, assim como por Fassler em seus trabalhos sobre o planejamento em saúde na América Latina.

É preciso lembrar que essa Reunião de Ministros dos países das Américas foi promovida pelo governo norteamericano, através da organização dos Estados Americanos - OEA -, para lançar o "Programa Aliança para o Progresso", como parte da política norteamericana do período Kennedy, que colocava ênfase nos obstáculos internos do desenvolvimento.(Cardoso, 1980)

Em função disso, a exigência política era que os planos de saúde estivessem integrados nos planos de desenvolvimento nacional. Trata-se de uma fase de preparação/implementação de infra-estrutura "necessária" para o desenvolvimento de um trabalho de extensão de cobertura. Para a obtenção de tal racionalidade, foi criado, em nível de países, o setor de planejamento como forma de adequar os serviços à demanda, ao mesmo tempo que se cuidava da ampliação e formação de recursos humanos. É nesse sentido que, no Brasil, verificamos nesse período, o aumento de escolas médicas e de outras profissões de saúde, a reestruturação do Ministério da Saúde e das Secretarias de Estado da Saúde, ao mesmo tempo que alguns profissionais de saúde (médicos sanitaristas) foram selecionados para se submeterem ao treinamento nas técnicas de planejamento em cursos especialmente organizados pela OPS, com vistas a formar a "tecnocracia do setor saúde", dentro de uma concepção de planejamento normativo, que ficou conhecido como CENDES/OPS, para funcionarem em estruturas centralizadas, separando o planejamento da execução, ou seja operando a divisão social do trabalho, distinguindo aqueles que planejam daqueles que simplesmente executam, conforme o modelo capitalista. Corresponde ao aprofundamento da acumulação capitalista, na qual o desenvolvimento industrial caracteriza-se pela Internacionalização do Capital, em um processo de associação de capitais de origem nacional e internacional, amalgamado pela presença de um Estado autoritário-burocrático e empresarial, militarizado e tecnocrático, e que implicou a exclusão dos setores da classe trabalhadora. Com relação à política social, assiste-se nesta etapa a um intenso processo de reorientação das práticas e mecanismos institucionais que passam a responder aos interesses da acumulação capitalista, caracterizando uma etapa de privatização e incorporação de tecnologia aos setores sociais (Fleury 1992: 33).

Em 1972, ocorre a III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, em Santiago do Chile, onde se enfatiza a necessidade de operacionalizar mecanismos de racionalização de recursos para estender a cobertura a grupos populacionais prioritários: grupo materno infantil, coordenando recursos dispersos em vários órgãos governamentais e ações programáticas, visando reduzir os altos coeficientes de morbi-mortalidade infantil e materna, com estabelecimento de metas. Estabelece-se nessa reunião, o Plano Decenal de Saúde para as Américas, que recomendava aos Países-Membros a importância de que os países "em desenvolvimento" assumissem a responsabilidade por seus programas de saúde, de forma organizada, ou seja, em definindo competências, referentes às várias esferas de governo, estabelecessem seus próprios sistemas para a promoção da saúde e cooperassem entre si.

No Brasil, essa fase correspondeu a dos Programas Especiais, voltados a grupos populacionais considerados prioritários, com a aplicação das técnicas de planejamento que afetaram o processo de trabalho em saúde e sua organização no sentido vertical e horizontal (divisão técnica do trabalho dentro da concepção capitalista de trabalhador coletivo), dentro da estrutura hierarquizada do serviço de saúde. No Brasil, 1975, na V Conferência Nacional de Saúde é institucionalizada a Saúde Materno-Infantil como alvo do Programa Prioritário dentro da estrutura de saúde reestruturada, de uma Política de Saúde que contemplou a criação do Sistema Nacional de Saúde, com definição de áreas de competência entre os vários Ministérios envolvidos, cabendo ao Ministério da Saúde as ações preventivas, de alcance coletivo e ao Ministério da Previdência Social a Assistência Médica, individual, de caráter curativo. É a fase em que se cristaliza o modelo médico assistencial de cunho privativista, sob gerência estatal, conforme referido anteriormente. Essa nova configuração da saúde, disseminada em nível de América Latina, logo mostrou a sua inadequação, não produzindo os efeitos esperados.

A 28ª Assembléia Mundial da Saúde, realizado em 1975, a partir da avaliação dos resultados dos Programas, reforça a idéia de ampliar a cobertura de saúde a outros setores da população até atingir a totalidade, aprovando uma resolução que estabelecia que o principal

objetivo social para os governos e para a OMS deve ser que todos os cidadãos do mundo alcancem para o ano 2000 um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Com esse espírito, em 1978, na Conferência Internacional sobre Assistência Primária de Saúde, realizada em Alma-Ata, URSS, a atenção primária de saúde (APS) foi exposta como a assistência à saúde, essencial e universalmente acessível, baseada em métodos bem formulados, oferecida a um custo que se possa pagar. A plena participação dos indivíduos e de suas famílias em seu próprio cuidado de saúde, é de vital importância para esse conceito. Tanto a OPS como os Governos-Membros estão comprometidos em alcançar esta meta (OPS, s.d.).

Nessa Reunião⁴², com 134 países representados, discutiu-se uma filosofia de trabalho e uma estratégia para levar os benefícios da medicina moderna a grandes massas de população, principalmente em países do "terceiro mundo", as quais até então, permaneciam sem acesso ao sistema de saúde"... (...) ... Como "justificativa" para um programa amplo de "cuidados primários de saúde" em nível de cada país, foi reconhecido que a saúde é um direito fundamental do ser humano que só pode ser alcançado com a participação de setores sociais e econômicos, além do setor saúde; que a grande desigualdade hoje existente no estado de saúde da população dos países em desenvolvimento e dos países desenvolvidos, e das classes mais ricas e mais pobres dentro de um mesmo país, é política, econômica e socialmente aceitável; que há necessidade de uma Nova Ordem Econômica Internacional que facilite o desenvolvimento sócio-econômico de todos os países; que a redução nos gastos de armamentos poderia liberar recursos para os programas de cuidados primários de saúde.

Quanto às "características" desses programas, elas são apresentadas como refletindo as condições sociais, econômicas e políticas, sendo delas resultantes; são dirigidas aos principais problemas, visando à promoção da saúde, prevenção da doença, cura e reabilitação, querendo-se:

42 O Brasil não se fez representar na Reunião Alma-Ata. Seu engajamento foi posterior.

- 1) o envolvimento de setores correlatos, como a educação, agricultura, habilitação, alimentação, indústria, transportes, comunicações;

- 2) a participação do indivíduo e da comunidade.

São apoiados por sistemas de referência aos demais níveis; dependem de um trabalho em equipe, envolvendo profissionais, auxiliares e mesmo pessoal "empírico".

Quanto ao "conteúdo", os cuidados primários incluem, como mínimo:

- 1) a educação sobre a prevenção e o controle de problemas de saúde;

- 2) a promoção da nutrição adequada;

- 3) atendimento das necessidades de água e saneamento;

- 4) os cuidados de saúde materno-infantil, incluindo o planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle das grandes endemias, tratamentos apropriados das doenças mais comuns, a promoção da saúde mental e a provisão de medicamentos essenciais.

A "implementação" dos programas de cuidados primários de saúde requer esforços articulados dos governos, universidades e institutos de pesquisa, dos indivíduos, e a colaboração de organizações internacionais.

Em nível central, **os governos** terão a seu cargo a formulação de estratégias nacionais, a coordenação ministerial e intersetorial, a manutenção de um compromisso nacional de apoio ao programa traduzida por uma alocação aumentada de recursos para o mesmo, a integração de programas monovalentes e transferência de recursos a níveis intermediários e locais, a orientação do programa para **grupos de alto risco**, o desenvolvimento de sistemas gerenciais, de informação, de referência, de provisão de medicamentos, de construção ou melhoria de instalações e de logística de suprimentos, o fomento do desenvolvimento e uso pelas comunidades de tecnologias apropriadas.

De Universidades e Instituições de Pesquisa, espera-se o desenvolvimento de pesquisas e desenvolvimento de Serviços de Saúde, a criação de "Áreas de Estudo" em paralelo com a implementação de programas, assim como o treinamento de pesquisadores.

A participação dos indivíduos, das famílias e das comunidades é considerada fundamental no planejamento e na implementação dos programas de cuidados primários de saúde.

A colaboração internacional deve envolver:

- apoio da OMS e da UNICEF na coordenação em nível regional e mundial;
- o auxílio técnico e financeiro de organizações internacionais, bilaterais e de outras instituições que cooperam no campo da saúde internacional;
- a cooperação técnica dos países em desenvolvimento entre si.

Analizando a Declaração de Alma-Ata ela acrescentou, instituiu e deu prioridade a dois níveis do sistema de saúde: o do **agente de saúde** ou **auxiliar de saúde** e do **indivíduo**, através da participação comunitária, enfatizando o agente de saúde.

Pelas colocações, visa à correção de situações de carências de pessoal profissional, atribuindo-se ao médico e enfermeira novas funções, a de apoiar e fortalecer o trabalho dos agentes de saúde, orientá-los e supervisioná-los, estes destinados a trabalharem em áreas rurais, com populações dispersas e nas periferias urbanas.

O nível básico do sistema é o "indivíduo/cidadão, que deve assumir responsabilidade crescente por sua própria saúde, incentivando o auto-cuidado (adoção de estilos de vida saudáveis e prevenção de riscos auto-impostos)."

O segundo nível é o do agente de saúde, o auxiliar de saúde - significa pessoal local sem preparo técnico.

O terceiro nível é o vértice de cuidados primários e é constituído por profissionais, de nível universitário.

"Alma-Ata" preconiza o **enfoque de risco** para, com base epidemiológica e atenção especial aos grupos de alto risco, obter melhor relação: custo-eficácia dos recursos disponíveis, sempre reduzidos. Enfatiza os programas materno-infantis, prioritários no "terceiro mundo", quanto ao aspecto tecnológico recomenda o uso de "tecnologia apropriada".

Muito se veio discutindo sobre a Declaração de Alma-Ata, um discurso construído sobre as bases da **universalização igualitária**, reconhecendo a saúde como um **direito** fundamental do ser humano e como uma questão social que atinge a toda a sociedade, não apenas o Setor Saúde, explicitando que a desigualdade existente entre classes, "mais ricas" e "mais pobres", tanto em países "em desenvolvimento", como em países "desenvolvidos", é política, econômica e socialmente inaceitável". Refere-se a uma Nova Ordem Econômica Internacional que facilite o desenvolvimento sócio-econômico de todos os países.

Quando examinamos apenas essa parte da Justificativa não restam dúvidas de que se trata de um novo referencial, que defende a ruptura da Ordem Econômica Internacional instituída para substituí-la por outra, que propicie o desenvolvimento de todos os países, ou seja, que as relações de dominação, de dependência, entre países centrais e periféricos se transformem em relações "igualitárias", de "cooperação inter-países", respeitando-se a autodeterminação e soberania de cada um deles, como se um sonho se transformasse em realidade a um toque de magia, como uma "utopia realizada".

Entretanto, quando avançamos na análise da Declaração Alma-Ata, verificamos que a importância atribuída aos cuidados primários, como porta de entrada ao sistema de saúde, dirigida sobretudo aos grupos sociais excluídos, em condições de pobreza, mediante à ênfase no **indivíduo e comunidade** - com responsabilidade crescente pelo cuidado de sua saúde (no 1º nível), a ser conseguido mediante a sua participação em ações educativas sobre a prevenção e o controle de problemas de saúde (conteúdo), atividades realizadas por agentes de saúde locais para que eles (indivíduos e comunidades)

assumam o auto-cuidado -, leva-nos a uma dupla leitura: de um lado é louvável que cada cidadão tenha acesso a informações que dizem respeito à sua saúde e, com isso, consuma-se um direito de cidadania; por outro lado, em se tratando de grupos sociais em condições de pobreza, localizados em zonas rurais e periféricas urbanas, ao se colocar o "auto-cuidado", como o nível básico dos "cuidados primários", não se estaria devolvendo a cada indivíduo e comunidade a responsabilidade pelos problemas de saúde que viesse a apresentar, ou seja, não se estaria devolvendo aos próprios (indivíduos/comunidades) a responsabilidade pela solução dos mesmos?

Não seria isso a "re-edição da medicina comunitária" dos anos 60? É preciso recordar que naqueles anos, "medicina comunitária" representou a única saída do capitalismo para o caso dos problemas da saúde popular, como a maneira de conseguir melhorias básicas para a produtividade de certos setores, sem alterar as relações de produção (formas de propriedade), nem diminuir significativamente a quantidade de recursos que entram para fazer parte do capital, ou dos gastos que estimulam seu crescimento; é necessário lembrar ainda que, dentro de sua estratégia, "na década de 50, a OPS começa a se interessar por uma reformulação do ensino da "Medicina Preventiva e Social" (García, 1985: 22). Esse ensino envolvia uma prática de utilizar "laboratórios de comunidade", constituídos por grupos pequenos da população, que os Departamentos de Medicina Preventiva e Social empregavam como áreas de demonstração" (Ferreira, 1984).

Apesar de o documento em análise afirmar no propósito da APS que:

"está fundamentalmente inspirado en la reducción de las desigualdades entre países y grupos humanos; esta estrategia debe ser válida y aplicable a toda la población y no quedar restringida a grupos postergados y marginados, aún cuando la satisfacción de las necesidades básicas de éstos constituye un objetivo principal"(OPS/OMS, 1980)

Entretanto, a forma concreta em que se presta a APS, depende do contexto sócio-econômico em que se desenvolve para que

seja garantido que não fique restrita aos grupos sociais, até então excluídos, em função da escassez de recursos alocados nas políticas sociais na maioria dos países latino-americanos, que já nesse período (e até o momento atual) enfrentavam uma política recessiva, que implicava na exclusão cada vez maior de contingentes sociais. Assim, a universalização que se pretendia igualitária, no plano concreto se torna uma abstração, pois que as contradições sociais continuam presentes, impedindo que essa igualdade se materialize no plano das relações sociais.

Essa questão anterior - o risco de limitar-se aos grupos excluídos - pode, no nosso entender, ser esclarecida quando nos detemos no instrumental técnico-epidemiológico proposto para a APS, que é o "enfoque de risco". O que queremos dizer com isso é que, se o pressuposto que a APS traz implícito é a existência de iniquidade na saúde, ou seja, que segmentos sociais de baixo nível sócio-econômico estão em situação de desvantagem em relação à população geral, por constituírem o grupo de maior exposição aos riscos e, paradoxalmente, serem os que têm menor acesso aos serviços de saúde - problema esse que pretende ser enfrentado através da proposta da universalização -, é certo que estes, mediante a utilização do enfoque de risco, serão o grupo-alvo ou, pelo menos, de maior prioridade. Considerando a realidade de saúde de grande parte da população, de um lado, e as condições dos serviços de saúde em nível de América Latina e Caribe, por outro, muito provavelmente, dificilmente (a não ser que ocorram modificações profundas) os países conseguirão dar conta dessa cobertura que se pretende universal e igualitária. O enfoque de risco, muito utilizado como meio de racionalizar a assistência, no sentido de canalizá-la àqueles que mais dela necessitam e no nível em que demandarem as suas condições de saúde, em situação principalmente de escassez de recursos de saúde, está a indicar que a população destinatária será constituída pelas camadas de baixa renda, localizadas em zonas rurais ou periféricas urbanas, em "bolsões" de miséria/pobreza.

A discussão da equidade não fica completa, segundo Soberón, 1988; *"se não inclui o compromisso da boa qualidade. O tratamento igualitário aos cidadãos não se limita a um acesso universal aos serviços de assistência, mas implica também oferecer a melhor*

assistência possível segundo o estágio do conhecimento e da capacidade do sistema para colocá-lo à disposição da sociedade, com uma relação custo-benefício aceitável" (p. 800).

Consideramos muito oportuna essa colocação de Soberón, uma vez que toca na questão da cidadania⁴³, qual seja se esta vai ser considerada para todos igualmente ou vai estar diferenciando cidadãos de primeira classe, de segunda e assim por diante, dispensando-se, a cada grupo, tratamentos desiguais, conforme sua posição na sociedade.

As diretrizes da Conferência de Alma-Ata estão muito presentes no Plano de Ação sobre Saúde do Adolescente, em seus princípios e estratégias, conforme veremos quando da apresentação e análise específica proposta.

É necessário lembrar, ainda, que, paralelamente a essas Conferências, a OMS/OPS vêm mantendo outros mecanismos como parte da estratégia mundial, ora interferindo na formação médica, sobretudo da área de medicina preventiva e social, ora privilegiando a formação em saúde pública⁴⁴, assim como na formação de cientistas sociais, através de seminários, assessorias, fornecimento de bolsas de estudo para estágios, treinamentos em países centrais, principalmente nos EUA, além de realizar Reuniões com Especialistas em problemas de saúde, julgados relevantes, para subsidiar conferências, divulgar relatório com orientações/recomendações a respeito, servindo-se de conhecimentos considerados científicos para legitimar sua posição de "competência" em assuntos de saúde internacional; irradia, com isso, um determinado modo de proceder à leitura da realidade e de direcionar a intervenção, consolidando a produção/reprodução de uma dada situação.

No Brasil, apenas em 1980 é realizada a 7^a Conferência Nacional de Saúde, com a presença do Diretor-Geral da OMS, no sentido

43 A questão da cidadania será discutida mais adiante quando da análise da Saúde Integral do Adolescente.

44 Nessa linha, a criação do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo, pode estar sendo colocada nesse contexto, no sentido de que o grupo materno-infantil constava da agenda internacional, como assunto prioritário, na década dos anos setenta, havendo todo o interesse da parte dos organismos internacionais em favorecer as possibilidades de contar com um órgão formador de pessoal capacitado na área.

de engajar o governo brasileiro no esforço de caráter mundial, já que o Brasil não se fêz representar na Conferência de Alma-Ata e só, então, assumiu o compromisso.

Essa conferência se dá em momento de crise econômica do capitalismo mundial, refletida nos países periféricos com endividamento externo ameaçante, acompanhado de uma dívida social interna, agravando a situação de desigualdade entre países credores e devedores e internamente, entre as classes sociais, devido à política recessiva de ajuste que os primeiros países impõem aos segundos.

Logo após a Conferência Internacional de Alma-Ata, a primeira tentativa de adequar o Sistema de Saúde no Brasil às diretrizes de Alma-Ata foi frustrada (proposta elaborada por sanitaristas do Ministério da Saúde e da Previdência Social, que ficou conhecida como PREV-SAÚDE, conforme referido anteriormente). Assim é que, em 1982, como forma encontrada para enfrentar a crise e dar conta da demanda, foi criada uma versão conciliatória do PREV-SAÚDE - o Plano CONASP (Conselho de Administração de Saúde Pública), que institucionalizou a participação do Ministério da Saúde, da Fazenda, do Trabalho e das entidades da "Sociedade Civil", como as confederações de trabalhadores e empresários (por onde entrou a Federação Brasileira de Hospitais) e o Conselho Federal de Medicina, como fórum político deliberativo, para levar avante um novo sistema de contas hospitalares e as chamadas Ações Integradas de Saúde (AIS). As AIS retomavam a proposta do PREV-SAÚDE, sem ferir os interesses privados.

É nesse contexto das AIS, que surge a discussão da "integralidade" e em seu interior, a definição das ações básicas dirigidas aos grupos populacionais específicos - criança, mulher, adulto, e, posteriormente, a questão do adolescente. Dentro dessa linha, são os princípios básicos marcados na Conferência de Alma-Ata - universalização da assistência, equidade, hierarquização, descentralização - acompanhada das discussões sobre "Saúde como direito de todos os cidadãos" - que se transformam em palavra de ordem no processo da elaboração da Nova Constituição, tendo a VIII Conferência Nacional de Saúde como um marco - é que, no nosso entender, o grupo "adolescente" passa a ser reconhecido, como um segmento da sociedade e, portanto, com direitos à assistência, levando

em conta as suas especificidades. Essa é uma leitura na óptica da saúde, porém o reconhecimento social desse segmento enquanto particularidade, que passa a requerer uma atenção especial remete a uma discussão mais ampla que inclui, obviamente, a sua colocação na área da saúde, como "questão" de Saúde Pública.

Esse apanhado sucinto teve apenas a intenção de mostrar que cada mudança no enfoque dado às políticas nacionais, foi precedida de discussões anteriores e definições no âmbito internacional, através da condução da OMS/OPS, cujas marcas aparecem na configuração daquelas. Isso revela que é necessário fazer uma leitura em sua dupla face para podermos entender o caminhar articulado entre os rumos da Saúde Internacional e o acontecer interno do país.

Nessa medida, a Saúde Integral do Adolescente, longe de partir apenas de uma motivação interna, como resposta a uma questão reconhecida e prioritária, revela-se, ao mesmo tempo, em sua emergência, como uma iniciativa da OPS/OMS, que desencadeia, em nível continental, junto aos governos dos países, um "programa" a ser irradiado, através de financiamento e assistência técnica de/a atividades de capacitação de pessoal para trabalhar nessa área, em forma de cursos específicos, em parceria com a Fundação Kellogg. Esse "programa", para sua concretização, faz parte de um projeto da OPS/OMS, que, além de cursos, inclui outras atividades complementares, como poderemos mostrar mais adiante.

Aqui, vale lembrar que a formulação e implementação de políticas de saúde não se dão de forma descolada da intervenção social do Estado, ou seja, ela é uma política social setorizada, que, por sua vez, apresenta-se, caracteristicamente, de forma segmentada (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adulto, saúde do adolescente, etc), ainda, que no plano processual se encontre em fase de construção do Sistema Único de Saúde, calcado em novas bases.

Para entendermos como se dá essa articulação entre políticas internacionais e políticas nacionais, no interior dos países periféricos da América Latina e Caribe, em particular, no Brasil, é necessário termos presentes as relações entre Estado e sociedade civil

(entendidas como totalidade social) e sua posição no âmbito do desenvolvimento capitalista mundial.

Sem pretendemos adentrar no aprofundamento da questão do Estado, o que demandaria um capítulo especial, apenas assinalamos alguns pontos que consideramos essenciais para termos uma idéia do contexto em que desenrolam as discussões sobre políticas sociais, e, em especial, aquelas voltadas para Adolescentes/jovens, no sentido de apreendermos a lógica que rege a inserção de determinadas temáticas num dado momento histórico, assim como sua direcionalidade.

Neste sentido, partimos de uma concepção de Estado capitalista, que funda a sua existência nas sociedades modernas em função da sua divisão em classes sociais, cujos objetivos antagônicos levam a uma luta contraditória entre os agentes sociais, expressando o modo pelo qual estes agentes se inserem no processo produtivo. Nesse sentido, o Estado capitalista é um Estado burguês, que expressa os interesses das classes hegemônicas, mas o importante, segundo Kowarík, 1985, é que expressa a dominação dos interesses de classe contraditoriamente, correspondendo a uma condensação de uma relação de forças sociais e, nesse sentido, expressa as contradições das classes. Isso quer dizer que: 1) o Estado não é um bloco monolítico, ao contrário, é o resultado da aliança de várias frações de classe, que têm interesses conflitantes e que variam com a marcha do processo histórico: 2) a dominação é também, fundamentalmente, contraditória porque, se o Estado exclui as chamadas classes dominadas, tem, em certa medida, que incluir alguns de seus interesses, em vista da luta de classes, de alguma necessidade do processo de acumulação, em que o interesse dos dominados tem que ser introduzido dentro do aparato decisório do Estado e, com isso, ele (Estado) mantém a ambigüidade de seu caráter universal perante a sociedade.

De forma resumida, o autor apresenta a idéia de que, face ao movimento das forças sociais, o Estado, em primeiro lugar, mantém as normas de exclusão econômica e política, que constituem a essência do "pacto de dominação"- a defesa de interesses básicos e fundamentais das frações dominantes, dentro da dinâmica de oposições e conflitos entre elas. Em segundo lugar, deve assegurar uma distribuição de benefícios para as classes e frações, sobre as quais está

contraditoriamente estruturado o “pacto de dominação”. E, por último, deve atender a certas demandas das classes subalternas, mesmo que essas demandas se contraponham a certos interesses de frações dominantes.

Em suma, com isso, estamos assumindo que o Estado não é neutro, e nem é o autor autônomo e “independente” de políticas sociais, ou seja, capaz de decidir unicamente baseado em nível do poder do próprio Estado. Assim sendo, estamos considerando que as políticas sociais são o fruto da contradição de interesses numa dada sociedade e que visam, ao mesmo tempo, sob a ótica do Estado, a sua legitimação, a manutenção da hegemonia das frações dominantes, assim como a neutralização de conflitos sociais; sob a ótica do capital, elas representam a condição de reprodução do capital e da força de trabalho, no entender de Oliveira, 1988, lembrando, aqui, que nesta ótica do capital, entram em jogo, tanto os interesses econômicos locais, como aqueles internacionais, com os quais estão articulados; da perspectiva das pressões populares, elas podem representar, conquistas sobre o Estado.

Ao abordarmos a questão das políticas sociais, é importante ressaltar a existência de diferentes teorias que estão embasando o estudo das mesmas e que, dependendo da perspectiva adotada, diferentes leituras são realizadas e, como decorrência, diferentes formas de intervenção social do Estado. Nesta linha, Coimbra, 1987, ao organizar as abordagens teóricas no estudo das Políticas Sociais na literatura, refere-se a sete perspectivas, quais sejam: a “perspectiva do serviço social”, a “teoria da cidadania”, o “marxismo”, o “funcionalismo”, a “teoria da convergência”, o “pluralismo” e as “teorias econômicas da política social”; ao fazê-lo, destaca problemas teórico-metodológicos em todas elas, sobretudo a insuficiência no campo explicativo, a começar do problema definicional (o que é política social?). De qualquer forma, apesar disso, fica implícita a idéia de que quando falamos de políticas e, em particular, de política social, no interior de um Estado capitalista contraditório, estamos nos referindo à noção de articulação de diferentes interesses conflituosos.

Com tudo isso, estamos chamando atenção para o fato que, embora relatada de forma resumida, e com riscos à simplificação, a

articulação de interesses internacionais e nacionais, no contexto das políticas sociais, não ocorre de forma mecânica, linear, unidirecional, mas resulta do jogo de interesses de ambas as partes envolvidas, assim como no interior delas, em seus diferentes níveis, desde o nível macro-estrutural até o nível micropolítico da realidade concreta, envolvendo os diferentes atores sociais e culturais dentro e fora do Estado, incluindo partidos políticos, associações, movimentos sociais, sociedades científicas, sindicatos, universidades, enfim, o complexo de forças sociais e políticas.

O Estado elabora políticas sociais sobre os problemas que estão em demanda. Ocorre que essas políticas tentam, também, dar um caráter universal, não contemplam as diferenças, apela para o “comunitário” e são elaboradas, tendo como parâmetro, homogeneizar as demandas e escamotear as diferenciações de classe que essas demandas contemplam. As políticas sociais estatais tentam, portanto, neutralizar os conflitos que os movimentos populares carregam e normatizá-los, através de processos burocráticos. Mas, como se trata de um processo de luta, e não de cooperação mútua - como se apresentam nos discursos oficiais - a presença dos subordinados, nas relações diretas com órgãos e instituições de poder, cria espaços de confronto, cujos resultados não são pré-determinados, mas dependem da correlação de forças presentes. Trata-se, portanto, de discutir o processo de **hegemonia**, na qual temos, de um lado, os subordinados e suas lutas - ainda fragmentadas em termos de Brasil - e, de outro, principalmente, os aparelhos estatais, respondendo, atuando, e até mesmo induzindo os movimentos populares, mas também se transformando internamente.

Retornando à nossa questão - Política de Saúde, voltada ao adolescente, no interior da política Social -, no contexto de sua emergência, fica patente a articulação de diferentes interesses de inúmeros atores, de seus movimentos. Reconhecemos, entre eles, a Sociedade Brasileira de Pediatria (a partir do final da década dos 70), os Comitês de Adolescência, em vários Estados, a Associação Brasileira de Adolescência (ASBRA), 1989, o Ministério da Saúde, Universidades, que tomaram a frente na implantação do Programa de Saúde Integral do Adolescente, quer em nível nacional, estadual ou municipal, na realização de Cursos de Sensibilização e Capacitação de

Multiplicadores, na criação de serviços locais de saúde, na realização de congressos nacionais, assim como na produção de conhecimentos nesta área; assinalamos, enfim, a presença desses atores, em suas articulações de interesses, em suas lutas e conflitos, com seus mecanismos de exclusão e de cooptação de interesses privados/públicos, em um processo de convergências/divergências de idéias (alianças, debates, negociações, arranjos políticos), definindo/(re)definindo o jogo político entre os interesses articulados nesta área de intervenção setorial, onde esses atores, organizados ou não, atuaram no sentido de expressar um projeto político de construção da política social voltada ao adolescente (nos diferentes matizes ideológicos). Ao mesmo tempo que reconhecemos a presença desses atores na cena política, reconhecemos a grande ausência de sujeitos adolescentes, em nome dos quais, aqueles se colocaram.

É preciso lembrar, ainda, que, no âmbito mais amplo, nesse período, adquirem visibilidade social a questão dos “meninos” e “meninas” de/na rua, nas grandes cidades brasileiras, a partir do que, fora do setor saúde, aqueles passam a constituir motivo de mobilização de outros setores sociais, governamentais e não governamentais, como demandantes de políticas específicas.

Finalmente, o que acabamos de pincelar, de forma rápida e superficial, é a história da emergência da política social voltada a adolescentes, que se deu às custas dos atores sociais, onde vencedores e vencidos aparecem na cena conflituosa da realidade brasileira, em suas articulações de interesses, também conflituosas.

4.2. RECONHECENDO A CONCEPÇÃO DE ADOLESCÊNCIA PRESENTE NO PLANO DE AÇÃO SOBRE SAÚDE DO ADOLESCENTE NAS AMÉRICAS

Diversos estudos⁴⁵ mostram a importância que teve o projeto de puericultura, a partir da divulgação de normas de como cuidar de crianças, através da medicina, sob justificativa de proteger a sua saúde, constituindo-se em "instrumento privilegiado de reprodução de uma ideologia" (Freire, 1991)⁴⁶, parte de um projeto maior de integração do capitalismo mundial. Marques, 1979, refere-se ao período posterior à 2ª Guerra Mundial, em que se acentua a difusão de normas dos países centrais, onde nasceu a puericultura, para os países da América Latina, dando-se de forma mais sistemática através de organismos internacionais, como a recém criada Organização Mundial da Saúde (OMS, 1948), com a finalidade de "alcançar para todos os povos o grau mais elevado possível de saúde" (OMS, 1948: 2). A OMS, criada pelo Conselho Econômico e Social da Organização das Nações Unidas, como agência especializada para promover a cooperação internacional no sentido da melhoria das condições de saúde em todo o mundo, age como autoridade diretora e coordenadora dos trabalhos de saúde no campo internacional, como já foi referido. Nesse sentido, o grupo infantil, constituiu-se em prioridade logo em seu início de atividades, face às condições de morbi-mortalidade apresentadas pelo grupo no período pós-guerra a partir do que, utilizando inúmeros mecanismos - publicações contendo relatórios de comitês especializados sobre saúde

45 Dentre os estudos sobre essa questão, destacamos os desenvolvidos por LOYOLA, Andréa. A cultura da Puericultura. Opção. *Novos Estudos CEBRAP*. Rio de Janeiro, 2(1): 40-6, abr. 1983; BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Trad. Regina A. Machado. 3ª ed. Rio de Janeiro, Graal, 1989; _____ *Puericultura y Moral de Clase*. Trad. José Colomé. Barcelona, Laia, 1969; DONZELOT, Jacques. *A Polícia das Famílias*. Trad. M. T. da Costa Albuquerque. 2ª ed. Rio de Janeiro, Graal, 1986; MARQUES, Marília B. *Análise das Limitações e Possibilidades de Atuação em um Serviço de Puericultura*. op. cit. "Atenção Materno-Infantil como Prioridade Política" op. cit.

46 NOVAES, Maria H. Dutilh. *A Puericultura como Questão*. Dissertação de Mestrado - Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 1979; FREIRE, Maria Martha L.. *Vidas Desperdiçadas - A puericultura no discurso da OMS*. Dissertação de Mestrado - Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz do M. da Saúde, 1991.

materno-infantil, em que normas "técnicas" eram difundidas, financiamento de projetos, treinamento de médicos, sobretudo no estrangeiro, em particular nos países centrais, com bolsas de estudo, assistência técnica a faculdades de medicina para reformulação de "currícula", sobretudo na área de medicina preventiva e social - tornou-se um centro de irradiação de idéias e normas de conduta. Boltanski, 1989, referindo-se ao real propósito da puericultura, assinala:

"A difusão da puericultura não se fez, em efeito, espontaneamente nem por acaso: é o resultado de um empreendimento sistemático que, iniciado no final do século passado, prossegue até a atualidade e não constitui mais que um elemento de um projeto mais amplo, mais ambicioso: regular a vida, particularmente a dos membros das classes baixas, regular todos os atos da vida, incluídos os mais íntimos e os mais privados, os que se realizam no seio do lar".

O fato de estarmos referindo-nos ao projeto da puericultura, como instrumento socializador por excelência, no sentido de formar/modelizar/uniformizar/padronizar/universalizar comportamentos sociais, segundo uma determinada Ordem Social, teve como propósito estarmos expondo uma de nossas hipóteses, qual seja, a de que o Programa de Saúde Integral do Adolescente, na forma em que é apresentado - e levando em conta as estratégias utilizadas pelos organismos internacionais (OPS/OMS) para incorporação de suas idéias, normas, por parte dos países latino-americanos e do Caribe - é a retomada daquele como sua **continuidade**, segundo os mesmos objetivos.

Quer dizer, da mesma forma que a Puericultura, a nossa hipótese é a de que Saúde do Adolescente traz subjacente um projeto pedagógico, que se traduz, como **"forma-ação contínua, enquadradora e adaptadora, vale dizer, uma conformação incessante"**, no dizer de Japiassu, 1983, (p. 65), ratificando/reiterando ou recuperando possíveis "desvios" do trabalho que teve início com a Puericultura. Ou em outras palavras, poder-se-ia entendê-la como uma re-edição da Puericultura junto ao grupo adolescente.

Outra hipótese, como desdobramento da anterior, e com base nas concepções paradigmáticas biomédicas é que a "Adolescência" - tida como fase "crítica"/"encruzilhada" no processo de desenvolvimento - definidora de uma fase "adulta" "saudável", ou não, de um lado; e de outro, reconhecida a condição de alta vulnerabilidade do grupo jovem às influências "externas" -, durante a "travessia" (da infância para a fase adulta) o adolescente requer a "vigilância" e "orientação" dos adultos (sociedade) no processo de cumprimento das "tarefas evolutivas", visando a sua integração/adaptação social. Em outras palavras, para que o processo evolutivo caminhe segundo os padrões/normas naturais/sociais, é necessário que os adolescentes sejam "cuidados pelos adultos (sociedade)", prevenindo com isso, o desvio do curso "natural"/social. Com essa justificativa, ocorre a fabricação/modelização/socialização de indivíduos, conformados aos requerimentos da Ordem instituída.

E finalmente, como consequência das anteriores esse processo de normalização/disciplinarização dá, como resultado, sujeitos "sujeitados", em sua maioria, obstaculizando/dificultando processos singulares de subjetivação que contrariem a lógica do processo instituído, que levem a uma autonomização, à criatividade, à solidariedade, à realização, enfim à constituição de sujeitos sociais, transformadores de realidades concretas. Com isso, os sujeitos que fogem aos "padrões", muitas vezes, são rotulados como "desviantes", "patológicos", segundo o olhar e leitura hegemônicos da sociedade, quando, de outro ângulo, poderiam ter o sentido de afirmação de novos "modos de andar a vida", instituintes/anunciadores de uma nova Ordem. Nesse sentido, é um discurso reiterativo, que tende a levar a práticas reprodutoras de normas padronizadas/uniformizadas, mantenedoras de uma Ordem Social instituída.

Entretanto, essas são hipóteses preliminares, que foram surgindo do diálogo com as evidências e foram direcionando o trabalho de investigação, porém não se apresentando de forma fechada, ao contrário, abrindo novas possibilidades, dentro de uma concepção de Pesquisa em História Social, cujo instrumental procuramos utilizar, em que as hipóteses são entendidas como fazendo parte da problematização contínua (formulação de hipóteses sucessivas) no próprio processo de

pesquisa, fruto do "diálogo" entre teoria e evidência, que é entendido como método.

Em se tratando de um estudo que envolve fundamentalmente uma análise conceitual, temos como pressuposto que todo conceito é histórico, construído em determinado momento do processo histórico, por homens reais, concretos, com interesses, valores também reais, concretos. Nesse sentido, buscamos captar a produção desses conceitos em função de processos constitutivos desse real, não nos prendendo à priorização de categorias fixas, abstratas, instituídas, puramente analíticas. Nesse particular, a posição de Araújo Vieira et al., 1989, é esclarecedora:

"Reordenar todo o conjunto de conceitos implica uma noção de totalidade em que prevaleça o movimento contraditório se fazendo, desfazendo, refazendo. Recuperar a totalidade é fazer com que o objeto apareça no emaranhado de suas mediações e contradições; é recuperar como este objeto foi constituído, tentando reconstituir sua razão de ser ou aparecer a nós, segundo seu movimento de constituição, do qual fazem parte o pesquisador e sua experiência social, em vez de determiná-lo em classificações e compartimentos fragmentados..." (p. 10).

Nesse sentido, o instrumental de Pesquisa em História Social abriu-nos possibilidades para um caminhar no sentido de não identificar a produção do conhecimento com um real que nos é externo, mas percebendo-nos como parte dele, produzido segundo determinados interesses e valores, ou seja, assumindo a concepção de história como *"um campo de possibilidades no qual os sujeitos são atuantes portadores de projetos diferenciados"* (Araújo Vieira, op. cit. p. 43).

Essa escolha metodológica se deu em função da possibilidade de apreendemos a intencionalidade dos sujeitos históricos, de incorporarmos o processo por eles vivido, em dadas situações e relações sociais determinadas, com necessidades e interesses.

Nessa busca da compreensão do real é necessário ressaltar que estão presentes, tanto a nossa reflexão em que estão presentes reflexões de outros campos disciplinares, quanto o próprio objeto, entendendo o processo da investigação como aquilo que Araújo Vieira explicita, ou seja:

"O caminho percorrido, trazendo à tona luz as evidências, o pesquisador está trazendo, ao mesmo tempo, o lugar de onde fala e as implicações metodológicas de seus procedimentos. Nesse caso, apresenta um conhecimento sobre o objeto e não o conhecimento" (Araújo Vieira, op. cit. p. 50)

Nesse sentido, trabalhar com fontes documentais, é entender de forma distinta da concepção objetivista da história que concebe o documento escrito, sobretudo o oficial, como prova histórica, que fala por si mesmo; na perspectiva da história social, a relação do investigador com o documento também se modifica. Segundo a autora citada, *"o documento já não fala por si mesmo, mas necessita de perguntas adequadas. A intencionalidade já passa a ser alvo de preocupação por parte do historiador (investigador), num duplo sentido; a intenção do agente histórico presente no documento e a intenção do pesquisador ao se acercar do documento"* (Araújo Vieira, op. cit. p. 15).

Desta forma, foi a partir do diálogo iniciado, que fomos verificando que outros agentes deveríamos abordar e, como consequência, que registros buscar no passado para "desvendar as injunções de uma problemática vencida no passado, mas ainda presente hoje, como questão não resolvida" (Araújo Vieira, op. cit. p. 43). Com isso, o resgate de referências das referências até o nível de chegarmos a uma compreensão do movimento de constituição da fala do presente sobre o objeto, teve como objetivo, que "a compreensão do passado possa questionar, modificar a compreensão do presente, que, por sua vez, pode também modificar a compreensão do passado" (Araújo Vieira, op. cit. p. 69).

Com essa visão propusemo-nos a desvelar o discurso contido na "Saúde Integral dos Adolescentes", elaborada pelo Programa Regional de Saúde e Materno-Infantil da Organização Panamericana da

Saúde/Organização Mundial da Saúde e oficialmente aprovada na XXXVI Reunião do Conselho Diretivo da OPS/XLIV Reunião do Comitê Regional da OMS/Oitava Sessão Plenária, celebrada em 25 de junho de 1992, tomando-a como matriz discursiva sobre Adolescência/Adolescentes na área da saúde e que foi reproduzida em países da América Latina e Caribe sob forma de "Saúde Integral do Adolescente", com o apoio da Fundação Kellogg, organização não-governamental; recorreremos não só à publicação da OPS/OMS, referente à "Saúde Integral dos Adolescentes" - Plano de Ação sobre a Saúde do Adolescente nas Américas, conforme a oficialização na reunião acima referida, mas também às suas publicações anteriores referentes ao tema, buscando desvendar o seu processo de produção, assim como a outras posteriores para entender a sua operacionalização, ou seja, suas estratégias de irradiação do discurso; além disso, recorreremos, também, a publicações de relatórios de reuniões/eventos referidos nas anteriores, mesmo que ligadas a outras agências especializadas do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, ou a suas correlatas em nível de América Latina e Caribe, sempre que foi necessário para o nosso intento.

Isso quer dizer que estamos reconhecendo as falas da OMS/OPS⁴⁷ como falas "oficiais" sobre a adolescência na área da saúde. Assim, estamos considerando que os documentos, por elas produzidos, formam um conjunto de interpretações e conceitos definidores do que é **a adolescência**, representam falas "oficiais" e "científicas" sobre o tema, construídas dentro de um espaço de lutas hegemônicas de grupos. Isso remeteu à necessidade de abordar outras falas desse processo, isto é, de dialogar com outros atores que também estão fazendo parte dessa construção, os interlocutores da OPS/OMS, e o próprio "adolescente", sujeito que vive essa fase da vida e sobre os quais (adolescente e

47 Embora aprovado em 1992, a OPS, através de sua representação junto a cada país da América Latina e Caribe, desde 1990 já vinha estimulando/cooperando na implementação do Programa, tanto que, por ocasião de sua aprovação, 20 países já se encontravam em pleno processo de implementação/implantação, com o Doc. Oficial da OPS - CD 36/16 (Est.), 31 de julho de 1992 - "Salud Integral de los Adolescentes". O processo, no Brasil, por exemplo, teve como marco, em junho de 1990, o "Encontro para elaboração de um Programa Modular de Sensibilização e Capacitação para Multiplicadores das Áreas Docentes-Assistenciais em Saúde Integral do Adolescente", promovido pelo Programa Regional de Saúde Materno-Infantil da OPS-Washington, com a coordenação local da representação da OPS-Brasília e o Programa de Atendimento Integral à Saúde do Adolescente do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde-SUDS e realizado em Itapeceira da Serra-SP de 11 a 13 de junho de 1990, com participação de profissionais brasileiros de diversos Estados, representantes da OPS e consultores internacionais da OPS e consultores internacionais da OPS/OMS e UNICEF.

adolescência) aqueles falam. E, nesse sentido, buscamos reconhecer, no discurso, o lugar, o espaço ocupado por eles, assim como o que se vem pretendendo com eles, a partir da prática social que os envolve diretamente, lembrando, aqui, que tomamos, como premissa, a existência de um campo conceitual mediando a relação OPS/OMS - saúde e, em particular: OPS/OMS - adolescência/adolescentes.

Com esse intuito, ao examinarmos o Plano de Ação sobre a Saúde do Adolescente nas Américas - aprovado na Oitava Sessão Plenária do Conselho Diretivo da Organização Panamericana da Saúde (OPS), celebrada em 25 de junho de 1992 -, visando reconhecer a concepção de adolescência/adolescente presente no mesmo, constatamos que ele não apresenta uma concepção nova, ao contrário, reitera a adotada em eventos anteriormente organizados pela OMS/OPS, cujos relatórios encontram-se devidamente documentados em publicações para divulgação. Essa interpretação se fundamenta no fato de que, no referido Plano, há a explicitação de que suas bases encontram-se em concordância com a Resolução WHA 42.41.(1989), resultado da 42ª Assembléia Mundial de Saúde, em cujo interior foram adotadas concepções de adolescência/adolescente, assumidas em eventos anteriores, ligados ao tema, promovidos pela OMS.

Em poucas palavras, podemos dizer que a concepção de adolescência adotada na Quadragésima Segunda Assembléia Mundial de Saúde e presente no Plano de Ação sobre Saúde do Adolescente para as Américas, encerra as seguintes idéias:

1. idéia de adolescência como fase de transição, que se pode apreender no que segue:

"Adolescência é sempre um período de transição, no qual os jovens desenvolvem suas capacidades, experimentando novos tipos de comportamento" (OMS, 1989 : 3)

*"A adolescência é um **período de transição**, no qual as opções corretas influenciam sua vida física e mental, presente e futura". (idem, p.21)*

*"... anos cruciais de **transição** entre a infância e a idade adulta" (ibidem, p. 1)*

2. idéia de crise/encruzilhada:

A idéia de transição é acompanhada da de crise/encruzilhada, ou seja, a adolescência é entendida como fase crucial de definições, para a adoção de comportamentos "saudáveis" ou "nocivos", "corretos" ou "incorretos", enfim, o momento da escolha de um caminho para o "bem" ou para o "mal", como dá a entender a forma como é apresentada:

*" Ela (adolescência) representa uma **encruzilhada na vida**, em que um caminho saudável para a fase adulta poderá ser alcançado se suas necessidades de desenvolvimento e segurança forem atendidas, caso contrário um padrão de comportamento nocivo poderá desenvolver-se com conseqüências negativas para a saúde e sobrevivência a curto ou longo prazo." (idem, p.3)*

*"Nos tempos modernos, entretanto, essa **fase crucial** de desenvolvimento da adolescência...." (idem, p.3)*

*"A adolescência é um **período de transição**, no qual as opções corretas influenciam sua vida física e mental, presente e futura. É um período em que os padrões de comportamento são particularmente importantes para a saúde." (idem, p. 21)*

3. idéia de temporalidade enquanto "**tempo identitário**"/ **tempo calendário/cronológico**:

A definição da adolescência enquanto o período que transcorre entre os 10 e os 20 anos da vida (segunda década da vida) consta da Introdução do relatório da OMS, 1989 (idem, p.1)

Conforme menção anterior, tais idéias já estavam presentes em publicações passadas, podendo-se dizer que, desde 1964, quando da primeira reunião do Comitê de Experts da OMS em Problemas de Saúde da Adolescência, realizada em Genebra, de 3 a 9 de novembro daquele ano, cujo Informe foi publicado em 1965⁴⁸, senão vejamos: logo à Introdução, temos que

*"La adolescencia es a la vez un periodo de la vida y una serie de transformaciones amplias, rápidas y variadas, que se registran **entre los 10 y los 20 años**.(...) Entre esos dos momentos (10-14 e 16-20 años) un adolescente puede tropezar con diversas dificultades transitorias que apenas se consideran anormales pero que pueden influir sobre su salud, su comportamiento y su capacidad de trabajo." (...) La adolescencia se caracteriza por una serie de modificaciones bioquímicas, anatómicas y mentales que no se observan en otros grupos de edad."* (OMS, 1965: 3).

A idéia de adolescência como uma fase de crise, turbulência pode ser observada na seguinte colocação:

*"Un gran parte de los problemas psíquicos más frecuentes, pero no por ello menos significativos, de la adolescencia (rebelión, crisis de la personalidad, dificultades sexuales pasajeras, estados de ansiedad y depresiones ligeras), son **el resultado de la evolución emocional normal en esa edad**, que se caracteriza por el afán de independencia, de afirmación de la personalidad y de madurez psicosexual."* (OMS, 1965: 25)

48 OMS, Problemas de salud de la adolescencia. Ser.Inf. técn., 1965, 308.

Em outro lugar, refere-se à adolescência como a fase em que se presencia a **busca de sua própria personalidade** por parte do adolescente (que **deixou de ser uma criança mas não é ainda um adulto**), o qual se preocupa em **precisar** sua escala de valores, suas crenças, seu futuro e sua função na sociedade (OMS,1965:10), momento em que a família e grupos sociais assumem uma grande importância para seu desenvolvimento. Nesse sentido, dá uma idéia dessa fase como **encruzilhada** ao assim se referir ao papel dos grupos sociais:

"Los grupos sociales constructivos contribuyen a fortalecer la propia estimación, elemento muy importante del desarrollo; si esos grupos canalizan las energías del adolescente hacia una actividad creadora, el resultado probable es que llegue a ser un miembro útil de la colectividad. Por el contrario, si el grupo es una banda de delincuentes, con una escala de valores totalmente opuestos a los de la sociedad, es de prever la aparición ulterior de unas actividades y de un comportamiento antisociales.

Nunca se insistirá demasiado en que la adquisición de ciertas competencias en la adolescencia constituye la base psicológica sobre la que se establece la conciencia de dignidad individual del adulto" (OMS,1965: 10).

Em 1976, de 28 a 4 de setembro, realizou-se a primeira reunião de um **Comité de "Experts" da OMS em Necessidades de Saúde dos Adolescentes**, relatada em forma de Informe (OMS, 1977), em que podemos reconhecer essas mesmas idéias, conforme segue:

"O começo da adolescência é um período crítico de evolução biológica e psicológica para o indivíduo. (...) Durante esses anos adquirem-se formas de comportamento e atitudes de grande importância para a saúde. (...) Faz falta idealizar tipos de orientação que permitam responder às exigências que se apresentam durante a complicada passagem da infância à idade

adulta no seio das sociedades modernas" (OMS, 1977: 7)

*" Para fins do presente informe, será preferível ater-se a uma **definição cronológica** da adolescência, o bastante ampla, para que se possa aplicar em diversos contextos sócio-culturais e da saúde. Os limites propostos por um Comitê de Experts da OMS (1965), **dos 10 aos 20 anos**, parecem abarcar a maioria dos acontecimentos mencionados e serão empregados como definição básica neste informe. Entretanto, deve-se ter presente a principal característica da adolescência, isto é, o fato de que se trata de um período de **transição gradual da infância à idade adulta**." (OMS, 1977: 10)*

A idéia de **período crucial** de definições e de sua importância está presente, quando se explicita que:

*"A adolescência é uma etapa de comportamento variável que se caracteriza por uma exploração ativa de possíveis orientações antes da aceitação de compromissos a longo prazo. É, pois, **um dos períodos mais formativos da vida**, comparável à primeira infância." (idem: 31)*

*"A adolescência ocupa um **lugar estratégico na vida**: não é demasiado cedo para adotar uma atitude responsável, nem é demasiado tarde para superar a maioria das dificuldades anteriores". (idem: 32)*

Em 1984, antecedendo à 42ª Assembléia Mundial da Saúde, cujo tema foi A Saúde dos Jovens, um Grupo de Estudo da OMS sobre "Os Jovens e a Saúde para Todos no ano 2000" reuniu-se em Genebra, no período de 4 a 8 de junho (OMS, 1986) e retoma/reitera o conceito de adolescência anteriormente assumido e agrega a ele um outro, o de juventude. Assim, referem-se à **adolescência** como *uma etapa durante a qual tem lugar a maturação biológica, psicológica e social (dos 10 aos 20 anos de idade)* e à **juventude** como *um período de transição da adolescência à idade adulta (15 aos 24 anos)*. Não obstante essa agregação, o grupo manteve a concepção da **adolescência** como

o período de transição da infância à idade adulta, marcada pelo desenvolvimento biológico do começo da puberdade até a completa maturidade sexual e reprodutiva, pelo desenvolvimento psicológico dos padrões cognitivos e emocionais da infância para os padrões da idade adulta e pela transição do estado de total dependência sócio-econômica para outro de independência relativa (OMS, 1986 : 11 e 12).

Vale observar que o teor deste Informe foge às características dos outros anteriores, na medida em que explicita uma análise crítica em relação a conceitos que até então vinham sendo tacitamente aceitos, tais como: a) a arbitrariedade e a relatividade das delimitações etárias, por estas *não reconhecerem as discrepâncias entre a idade biológica e as etapas psico-sociais do desenvolvimento, nem tampouco as grandes variações devidas a fatores pessoais e ambientais;* b) o questionamento decorrente sobre a possibilidade de uma categorização universalmente válida, assim como sobre afirmações do tipo: crise de identidade na adolescência (p.28); c) a concepção do desenvolvimento em seu sentido linear, contínuo/seqüencial, explicitando que se trata de um processo, *ao mesmo tempo contínuo e intermitente (p.18)*. Apesar dessas colocações, do ponto de vista conceitual, não parece ter tido maiores repercussões, uma vez que as publicações posteriores continuaram a apresentar os primeiros conceitos, de forma reiterativa, dando a entender uma possível indiferença a tais ponderações, que partiram de um Grupo de Estudo, e não de um Comitê de Experts (caso dos anteriores).

Outras publicações da OMS que tratam de problemas específicos, tais como os ligados à reprodução na adolescência - fecundidade, gravidez e aborto -, consumo de substâncias psicoativas e outros poderiam estar sendo aqui mencionadas para atestar a aceitação das idéias até agora apresentadas, porém consideramos desnecessário fazê-lo, uma vez que elas, ao se referirem aos aspectos conceituais, reportam-se às definições anteriormente adotadas pela Organização, como algo já dado.

Passando para o exame das publicações da Organização Panamericana da Saúde - OPS -, em forma de Publicações Científicas ou Relatos de Reuniões ligadas ao tema, reconhecemos as mesmas

concepções de adolescência até aqui descritas, conforme pode ser constatado nas seguintes passagens:

Na Publicação Científica nº 489, 1985, que trata de "La salud de los adolescentes y jóvenes en las Américas: un compromiso con el futuro" (OPS, 1985), ao se conceituarem **adolescência** e **juventude**, consta que:

*"(...) de acordo com os preceitos estabelecidos por experts da OMS (1977), aceita-se que a adolescência é a etapa que transcorre **entre os 10 e os 20 anos de idade**, coincidindo seu começo com as mudanças puberais (10-15 anos) e finalizando ao se cumprir grande parte do crescimento e desenvolvimento morfológicos".(OPS, 1985: 3)*

*"(...) Para evitar divergências conceituais, pode-se assinalar que a **adolescência** aparece ligada fundamentalmente a **mudanças físicas e psicológicas**, enquanto que a juventude está ligada aos processos de interação social das pessoas". (Vicuña, 1983, apud OPS, 1985: 3)*

*"(...) A adolescência é uma etapa **crucial** para a formação de hábitos de conduta e comportamentos sociais". (Hamburg & Hamburg, 1976, apud OPS, 1985: 4)*

*"(...) Os hábitos que se adquirem nessa idade podem ter uma **importância-chave** na vida futura dos adolescentes e permitir-lhes, ou impedi-los, um pleno aproveitamento de seu potencial." (OPS, 1985: 4)*

*"(...) A adolescência é o **período crucial** do desenvolvimento do ser humano, que inclui mudanças físicas e psicológicas que determinam a transformação da criança em adulto". (OPS, 1985: 11)*

Mais adiante, ao abordar o desenvolvimento psico-social dos adolescentes, assim se expressa:

*"Na evolução psico-social e emocional dos adolescentes tem-se descrito uma 'síndrome da adolescência normal', integrado por uma série de **sintomas** ou características presentes em maior ou menor grau durante esta etapa da vida. Após descrever os sintomas (Aberastury & Knobel, 1976), acrescenta: "A utilidade deste agrupamento de características é que não só engloba as manifestações mais freqüentes nos adolescentes, mas assinala a normalidade de ditas manifestações e indica a falácia de considerá-las como condutas patológicas." (OPS, 1985: 12)*

Em 1989, de 9 a 13 de janeiro, portanto meses antes da realização da 42ª Assembléia Mundial da Saúde, a OPS promoveu uma Reunião das Coordenações dos Programas Regionais de Saúde Materno-Infantil e de Saúde do Adulto, em Washington - Reunião de Consulta sobre prioridades relacionadas com a Saúde do Adolescente (OPS, 1989). Nesta, a adolescência foi conceituada como " **etapa evolutiva** específica do crescimento e desenvolvimento do ser humano, da qual é necessário destacar os aspectos **conflitivos** mais comuns e as variações em forma de períodos de **crises bio-psico-sociais**, que são preparatórios para o **progresso** em direção à juventude e à etapa adulta (...) O período da adolescência se define como a **segunda década da vida**, compreendida **entre os 10 e os 19 anos**. (OPS, 1989: 80). Faz referência à "síndrome da adolescência normal", não sob essa denominação, mas como "Características mais destacáveis da personalidade dos adolescentes", sob o título de "O adolescente sem problemas" (OPS, 1989: 79), pressupondo, portanto, a adolescência "normal" como uma fase de crises bio-psico-sociais.

As produções da OPS em termos de adolescência em sentido amplo, não restritas a problemas específicos que atingem o grupo adolescente, aparecem apenas na década dos 80, em sua segunda metade, prosseguindo na presente década, como decorrência de sua priorização programática junto à Região das Américas. Dado esse

fato, restringimo-nos até o momento, ao exame dos dois documentos acima, para reconhecimento da concepção de adolescência adotada pela OPS em seu Plano de Ação e em publicações elaboradas em diferentes momentos, suficientes para revelarem a afinidade com as idéias presentes nos documentos da OMS, anteriormente apresentadas.

Além das Resoluções da OMS/OPS, o Plano de Ação sobre Saúde do Adolescente nas Américas, respalda-se também no Acordo firmado pelos governos da Região por ocasião do Encontro Mundial de Cúpula pela Criança (La Cumbre Mundial en Favor de la Infancia), realizado em setembro de 1990, por iniciativa das Nações Unidas e sob a condução da UNICEF. Como resultado desse Encontro, todos os países da América Latina e do Caribe, com exceção do Haiti, assinaram a *Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança*⁴⁹ e o *Plano de Ação da Cúpula Mundial pela Criança*⁵⁰, assumindo o compromisso de *atribuir alta prioridade aos direitos da criança* (menores de dezoito anos), *a sua sobrevivência, sua proteção e seu desenvolvimento*. Por se tratar de um documento em que a adolescência e adolescentes são englobados pela categoria adotada de infância/crianças (menores de dezoito anos de idade) e pelo fato de conter uma declaração de intenções de ações dirigidas ao grupo populacional da América Latina e do Caribe, optamos por sua utilização quando da análise referente a adolescentes, que é apresentada logo depois.

Feito isso, podemos apreender alguns pontos que nos ajudam a melhor entender o Plano de Ação da Saúde do Adolescente, voltado para a Região da América Latina e do Caribe, a partir da concepção da adolescência que o embasa, quais sejam:

1. As idéias presentes revelam claramente a concepção de adolescência segundo o paradigma médico-biológico/biomédico, analisado em capítulo anterior, ressaltando-se a noção de uma fase do processo evolutivo do desenvolvimento humano, universal, portanto, natural; a adolescência é vista como uma fase crucial de transição,

49 Nações Unidas: *Declaração Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño*. Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. Nueva York, Septiembre, 1990

50 UNICEF: *As crianças das Américas: sobrevivência, proteção e desenvolvimento integral da infância, na década de 1990*. Santafé de Bogotá, Colômbia, 1992.

marcada por crises fundamentalmente de ordem biológica e psicológica, reforçada pela diferenciação adotada entre adolescência (processos físicos e psicológicos) e juventude (processos de interação social das pessoas), dando idéia de que o "social" é apenas um pano de fundo, um "meio" que irá favorecer ou dificultar o desenvolvimento de potencialidades que os indivíduos já trazem consigo, ou que interfere apenas no ritmo das mudanças e não um elemento essencial no processo de constituição, de construção dos sujeitos.

2. A concepção presente no Plano é uma reiteração daquela adotada na década dos sessenta, não havendo modificações substantivas, no que diz respeito à sua essência, conforme nos permite perceber os diferentes documentos, elaborados em vários momentos, exceção feita ao elaborado pelo Grupo de Estudo da OMS, 1986, que propõe a revisão de categorias/conceitos utilizados em estudos da Organização sobre adolescência, porém que não produziu os efeitos esperados. Assim, o que verificamos é apenas uma reafirmação de um quadro conceitual que ao longo do tempo veio se firmando em tais publicações, ou seja, a visão paradigmática biomédica da adolescência.

3. Chama atenção a ênfase dada à adolescência como a fase de definição de comportamentos e como tal, a metáfora de encruzilhada é esclarecedora para dar a dimensão das possibilidades de "escolha" de comportamentos, categorizados como "saudáveis" ou "nocivos" para a saúde. No documento "Marco Conceptual", anexado ao Plano de Ação de Saúde do Adolescente (OPS/OMS,1992), versão reduzida e revisada do "Marco Conceptual de Saúde Integral do Adolescente e de seu cuidado" (OPS,1990), essa idéia está presente na seguinte colocação:

" Desde una perspectiva biológica, el periodo de la adolescencia y juventud es determinante de la salud del adulto, influyendo en la aparición y curso de las enfermedades y discapacidades. En esta etapa se afirman actitudes, creencias y estilos de vida que a su vez serán determinantes de la salud, bienestar y ajuste social en los periodos siguientes, en otras palabras, de la calidad de la vida. (...) conviene resaltar la trascendencia de la etapa de la adolescencia, en la

*que la **elección** de opciones saludables tendrá efectos positivos en la calidad de vida presente e futura."*
(OPS/OMS, 1992: 26)

4. A idéia de **transição** é a de momento em que "**se afirmam atitudes, crenças e estilos de vida**" ("período formativo que se equipara ao da primeira infância") permite perceber a importância atribuída à fase em função do vir-a-ser/devir daqueles que a vivenciam, ou seja, a adolescência ganha relevância em função da etapa subsequente de desenvolvimento humano, a "idade adulta". Seria, no dizer de Heller, 1985, a fase de *construção do ser em função do dever-ser*.

Feito o reconhecimento da concepção de Adolescência adotada no Plano de Ação sobre Saúde do Adolescente nas Américas, mais precisamente, aquela que vem sendo assumida pela OPS/OMS, cabe-nos indagarmos sobre o lugar ocupado pelos adolescentes nesse Plano, quer dizer, como os adolescentes são considerados na proposta, o quê deles fala e pretende o Plano?

Essa indagação significa reportarmos ao título de nosso trabalho: ***Adolescência: em busca dos sujeitos sociais.***

**5. EM BUSCA DOS SUJEITOS SOCIAIS: O
LUGAR DO ADOLESCENTE NO PLANO DE
AÇÃO SOBRE SAÚDE DO ADOLESCENTE
NAS AMÉRICAS**

A começar pelo título deste trabalho: **Adolescência: em busca dos sujeitos sociais**, requer-se explicitar o que estamos buscando e o que estamos entendendo por **adolescência e sujeitos sociais**.

Partimos do pressuposto de que Adolescência é um conceito socialmente construído, que se refere à uma etapa do ciclo vital humano, portanto, parte do desenvolvimento por que passam os homens concretos, localizada entre a infância e a fase adulta. Neste sentido, a adolescência, como tal, ganha visibilidade e significado social somente na medida em que seja vista dentro do processo de desenvolvimento humano - processo unitário e totalizante, que comporta todas as dimensões do existir humano: biológica/psicológica/sócio-cultural -, cujas características (ou até mesmo a sua existência) se apresentam de distintas formas, como expressões das condições concretas de vida em cada contexto sócio-cultural. Em poucas palavras, a adolescência corresponde à *travessia*⁵¹ de uma dada condição de criança para uma dada condição de adulto. Assim, trata-se de processo que não ocorre no vazio, de forma universal/uniforme e natural, ao contrário, é sempre situado e datado, ou seja, está sempre imerso em contextos sócio-históricos, cuja compreensão é fundamental para entendermos como essa travessia se dá entre indivíduos concretos, que ocupam distintos lugares/posições na sociedade - definidores de possibilidades e dificuldades do existir humano. Desta forma, o processo de desenvolvimento humano e, dentro dele, a noção de "etapas" - infância, adolescência/juventude, adulez, velhice - varia e se diferencia, por depender, para sua própria ocorrência, das condições materiais e subjetivas de existência de seres concretos (datados e situados em dadas sociedades).

Nesse sentido, as concepções de adolescência, que partem do pressuposto de uma universalização, naturalização - uniformização/padronização -, predominantes na literatura, especialmente da área da saúde, perdem de vista/encobrem/dissimulam singularidades, ou mais precisamente, processos desiguais e diferentes

⁵¹ O termo "travessia" é entendido não no sentido de linearidade/progresso/evolução, mas como um processo vivido por homens reais, enquanto experiência humana, portanto como movimento, que implica a noção de continuidade e descontinuidades/rupturas; tratando-se de experiência humana, pressupomos um processo contraditório, que não tem um sentido único, homogêneo, linear, nem um único significado.

de "adolescer" em sociedades de classes, que discriminam, excluem grupos sociais, na medida em que elegem aqueles que têm acesso ao "direito a terem direitos"; ou seja, referem-se a um processo social, expressão de uma realidade concreta, apoiando-se numa noção de adolescência ideal, padrão, que traz implícita a idéia de uma pseudo igualdade de todos os indivíduos (intercambiáveis) frente ao processo do viver, ao mesmo tempo que a adolescência é, em si, problematizada, "psicologizada" e estigmatizada como uma fase "crítica", atribuindo-se-lhe problemas que são tidos como "próprios" (imanentes) a ela, demandando, por isso, cuidados especiais, tendo em vista tratar-se de momento "crucial" para a formação de "cidadãos", adultos "produtivos" e "integrados" socialmente. Aparentemente contraditória em sua formulação, tais concepções são regidas por uma lógica interna, que confere coerência entre seus elementos, ao mesmo tempo que carregam uma intencionalidade, ao serem produzidas, reveláveis mediante o estudo das condições do processo de sua construção e das propostas/mensagens que elas veiculam em termos de intervenção, por vezes a partir das formas/técnicas operacionais selecionadas, cujos fundamentos (na maior parte não explicitados) trazem à tona muitos elementos para a compreensão de seus reais propósitos, finalidades, enfim, a sua direção.

As duas visões referem-se aparentemente ao mesmo objeto, porém, partem de pressupostos completamente distintos, permitindo-nos compartilhar com a posição que defende a não-neutralidade do conhecimento tido como "científico", assumindo que o sujeito cognoscente se relaciona com o seu objeto de estudo, como parte dele.

Ao pretendermos ir à busca de Sujeitos Sociais, no contexto da adolescência, é necessário tecermos algumas considerações preliminares, de ordem teórica, a respeito desta categoria, uma vez que vem sendo interpretada de distintas formas, por vezes com sentidos opostos, acarretando dificuldades na compreensão do seu significado em diferentes situações. Neste sentido, só temos que concordar com CECILIO, 1994, que assim se expressa ao trabalhar com essa categoria:

*"Quando se trata de trabalhar com a categoria **sujeito**, só existe um ponto que é, pode-se dizer, consensual*

*entre os vários autores que se ocupam do tema: usar o conceito **sujeito** é mais um problema do que uma solução. Isto porque, o conjunto das teorias que enfrentam essas discussões não conseguem integrar, em um mesmo corpo teórico, as contribuições que se acumularam, ou seja, outras teorias e outros percursos..."*

Eder Sader, 1988, já dissera que "poucas noções são tão ambíguas, carregadas de sutilezas e mal-entendidos como essa. Se num enunciado ela pressupõe a soberania do ator, num outro pressupõe sua sujeição. Em suma, da filosofia à lingüística, passando pela psicanálise, pisamos num terreno minado, palco das mais acesas polêmicas. Não se trata aqui, evidentemente, de trilhar toda a história polêmica do conceito, o que nos levaria pelo menos até Descartes".

A questão levantada por Sader encontra apoio em vários autores, dos quais vale ressaltar Haroche, 1992, em cuja leitura as diversas interpretações encontradas devem-se ao fato de que numerosos trabalhos abordam a questão do "sujeito" pelo viés das modalidades (disciplinas), não oferecendo as mesmas possibilidades de análise. Iniciando a partir do que oferece a etimologia, pela qual o sentido primeiro de "sujeito" (surgido no século XII) significa: "submetido à autoridade soberana", acrescenta que o termo "sujeição" aparece igualmente na mesma época; posteriormente, no século XV, são derivadas as palavras "assujeitar" e depois "assujeitamento". Entretanto, Bloch e Wartburg, no *Dictionnaire étymologique de la langue française*, segundo a autora, revelam também que o termo "sujeito", significando, no início, "que é subordinado", toma, a partir do século XVI, o sentido de "matéria, causa, motivo" e, enfim, de "pessoa que é motivativa de algo, pessoa considerada em suas aptidões"... Percorrendo da lingüística, da psicanálise, da política à filosofia, a autora mostra a complexidade da questão, revelando a variação das interpretações, ora entendendo-se o sujeito como ser submisso/assujeitado/passivo, inicialmente à determinação religiosa, em seguida à determinação jurídica - como efeito da ideologia, que, ao interpelar o indivíduo como sujeito, despersonaliza-o, dessubjetiva-o -, ora como ser autônomo, ou seja, capaz de controlar, pela sua vontade, seus atos e pensamentos. Diante desse quadro,

Haroche conclui que: *é um mesmo fato político que se encontra sempre sob diferentes formas: o do desconhecimento deliberado da marginalidade, da alteridade, do heterogêneo. Certamente, a resolução das contradições reveste formas diferentes. Mas, na realidade, trata-se sempre de um fato: ultrapassar as contradições para responder ao imperativo do assujeitamento do sujeito ao poder, qualquer que seja este.* (Haroche, 1992: 215)

De fato, essa ambigüidade do termo está presente na literatura, sobretudo quando é utilizado de forma intercambiável com outros - o de **indivíduo**, o de **pessoa** -, ou quando os termos - sujeito e indivíduo - aparecem adjetivados (sujeito as/sujeitado, sujeito para a liberdade, sujeito social, sujeito empírico, sujeito moral, sujeito falante, indivíduo individualizado, indivíduo indiferente, os sem sujeito)⁵², revelando, neste caso, possivelmente a necessidade de recorrer a artifícios de linguagem para tornar clara a idéia que se quis dar ao mesmo, justamente em função de não serem unívocos.

Ademais, em vários estudos, os termos **sujeito**, **ator social** e, algumas vezes, **protagonista**, são empregados como sinônimos. A este respeito, Wanderley (1992), reconhecendo a dificuldade na definição do referidos termos, refere-se ao surgimento de distintas tentativas de uma conceituação a partir de teorias e/ou de sua constituição pela prática, em decorrência das críticas formuladas às análises teóricas conhecidas nos campos do funcionalismo e do marxismo. Ele próprio manifesta sua preferência pelo emprego do termo **sujeito**, em lugar de **ator**, para designar *"aquele que faz a ação ou a dirige, ou, num sentido mais filosófico, o homem como sujeito livre e igual, dono de si mesmo e da natureza, construtor de seu mundo, defensor de*

52 As noções de "sujeito sujeitado" e de "sujeito para a liberdade" são utilizadas por COVRE, M.L., 1994, em *Cidadania, cultura e sujeitos*. In: SPINK, M.J.P. (org) *A Cidadania em Construção-uma reflexão transdisciplinar*. São Paulo: Cortez Editora, 1994: 123-145; "sujeito empírico" e "sujeito moral" são termos utilizados por DUMONT, L. *O Individualismo - Uma Perspectiva Antropológica da Ideologia Moderna*. Rio de Janeiro: Ed. Rocco, 1985; "sujeito falante" é referido por RICOEUR, P. *O Si-mesmo como um Outro*. Campinas, S.P.: Papirus, 1991; indivíduo individualizado é termo empregado por HENRIQUEZ, E. O papel do sujeito humano na dinâmica social. In: Lévy, A. et al (orgs), *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994:24-40; os "sem sujeito" é expressão usada por ADORNO, T.W. *Scritti sociologici*. Turim: Einaudi, 1967; "indivíduo indiferente" é expressão usada por MARX, K. no texto de 44, cit. em SILVEIRA, P. *Da Alienação ao Fetichismo - Formas de Subjetivação e de Objetivação*. In: SILVEIRA, P e DORAY, B.(ORGS) *Elementos para uma Teoria Marxista da Subjetividade*. São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais, 1989

*direitos e da subjetividade". Descarta o emprego do termo **ator**, por considerar que o mesmo permite dar idéia de alguém que *desempenha um papel dentro de um texto, no palco ou na tela*. Desta forma, quando a intenção é *(re)conhecer os **velhos** e os **novos** agentes de transformação e conservação social, os interesses em jogo, as relações de conflito e de consenso*, o autor expressa sua opção pelo uso do termo **sujeito**, conforme a definição de Oliveira, 1990, ou seja, *o ser individual, real, que se considera como tendo qualidades ou praticado ações (...) titular de um **direito** (no significado lingüístico), ao contrário da concepção moderna, na qual "a assimilação ou a elevação de **ator** a um conceito/categoria analítica corre os riscos de teatro moderno ou do cinema: os atores mudam de papel, improvisam dentro de um script ou o elaboram na própria representação"*.*

Em nosso trabalho poderíamos estar assumindo a categoria **sujeito**, no sentido assinalado por Oliveira e Wanderley, porém resta, ainda, desenvolvermos um pouco mais a questão, para explicitarmos, com maior clareza, o seu significado e as razões que nos levariam à não utilização de outras, tais como a de **indivíduo**, por exemplo.

Essa preocupação se reforça na medida em que vários autores procuram distinguir as diferenças dos significados dos termos **indivíduo individualizado** e **sujeito**, para evitar possíveis equívocos, quando de seu emprego. Dentre eles, temos Henriquez, 1994, que apresenta a seguinte distinção:

*O indivíduo **individualizado** (e não **individuado**, a individuação estando do lado da constituição do sujeito), o indivíduo singular, preso na massificação obtida pelo apego às identidades coletivas, não pode ser considerado como sujeito humano. Tal indivíduo só sabe repetir, reproduzir, recriar o funcionamento social tal como ele é (salvo a reserva de que um tal indivíduo, totalmente pré-formado e definido pela sociedade, sempre tem em si mesmo os recursos para se libertar das malhas do social).*

*A essa figura do **indivíduo individualizado** opõe-se seu inverso: a figura de **sujeito**. O **sujeito** humano é aquele que tenta sair, tanto da clausura social, quanto da clausura psíquica, bem como da tranquilidade narcísica, para se abrir ao mundo e tentar transformá-lo. Quando digo que o **sujeito** transforma o mundo, as relações sociais, as significações das ações, não quero identificá-lo ao grande homem que tem uma visão globalizante, que visa à transformação da totalidade enquanto tal. Quero simplesmente dizer que cada um, aceitando as determinações que o fizeram tal como é, tem, como projeto voluntário, nos lugares da vida cotidiana, em sua vida de trabalho, em suas relações sociais de todos os dias, tentar introduzir uma mudança em si mesmo e nos outros, por mínima que seja, a respeito de qualquer tipo de problema. (...) O **sujeito** é um ser criativo (p. 31 e 32).*

Para Henriquez, não existe um indivíduo totalmente heterônomo (no sentido de completamente conformado aos imperativos sociais, ou religiosos), assim como não existe um sujeito totalmente autônomo. Esta distinção que o autor faz, parece-nos muito importante, quando nos reportamos ao objeto de nosso estudo e nos propomos a reconhecer o direcionamento de propostas de intervenção junto a adolescentes concretos: estão elas mais direcionadas à constituição de sujeitos, tal como entende HENRIQUEZ, ou estarão, ao contrário, favorecendo a individualização dos indivíduos, conformando-os à ordem instituída?

A discussão dessas categorias ganhou espaço na contemporaneidade com o tema "direitos humanos" e "cidadania", dando-se a "redescoberta dos sujeitos/subjetividade", conforme aludem vários autores, dentro de um contexto de lutas pela democracia, relacionada a um momento de crises paradigmáticas nas ciências sociais, muito bem

apontado por Morin⁵³, 1993, como crise na estrutura do pensamento, mais do que nas ciências sociais em particular.

Wanderley, 1994, faz uma síntese do estágio em que se encontra a produção de conhecimento para dar conta das questões levantadas, assinalando que :

"Das concepções que enfatizavam o primado das determinações estruturais às concepções que enfatizam o primado do sujeito, há uma oscilação de análises que refletem as mudanças profundas nos modelos e paradigmas teóricos e os obstáculos para uma compreensão da realidade social latinoamericana. De uma parte, a entrada em cena de sujeitos internacionais, a recomposição dos sujeitos da burguesia, a importância social e política dos sujeitos das classes médias, a heterogeneidade e diversidade de lutas propiciadas pelos movimentos sociais em sentido amplo e os populares em sentido particular, e de outra parte proposições antigas e outras atuais trazidas pelos defensores da pós-modernidade no sentido de revalorizar os sujeitos individuais, a subjetividade, a ética, o cotidiano, estão questionando os estudiosos na busca de novas sínteses e caminhos políticos alternativos".

Diante do quadro apresentado, para o nosso estudo proposto, recorreremos a autores que têm-se preocupado mais especificamente com o processo contraditório de individualização por que vem passando o homem concreto no desenvolvimento histórico-cultural da humanidade, tais como Elias (1987), Heller (1985), além de outros, que, mais recentemente, têm-se debruçado sobre a temática, face às práticas sociais da atualidade, como Sader (1988), Covre (1994), Chauí (1987), Campos (1992), por acreditarmos que, a partir deles seria possível ir clareando o nosso caminhar.

53 Morin, Edgar. Entrevista dada quando de sua visita ao Brasil, em 1993. Cit. Covre, M.L.M. Cidadania, cultura e sujeitos. In: SPINK, M.J.P. (org) *A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar*. São Paulo, Cortez Ed., 1994: 123-146.

Elias (1994) e Heller (1985;1987) apresentam valiosa contribuição para a compreensão dessa questão, ao colocar, como discussão de base, a leitura da relação: indivíduo-sociedade nos diferentes momentos histórico-sociais, para o entendimento do que sucede nas sociedades atuais. Ambos preocupados com o processo de hominização, dentro de uma abordagem histórica - cada qual com sua forma peculiar no tratamento da questão - fornecem elementos importantes para entendermos como se dão os fenômenos de heteronomia/autonomia em indivíduos concretos, ou seja, entendermos o processo pelo qual o homem veio construindo sua individualidade em sociedade, mais concretamente, no seu contexto de vida - a vida cotidiana. Porém, é preciso lembrar que não há nenhum homem, por mais "insubstanciável" que seja, que viva tão somente na cotidianidade, embora essa o absorva preponderantemente". (Heller, 1985:17)⁵⁴

Ambos partem do pressuposto de que o indivíduo não é só produto social, assim como a sociedade não se reduz a uma simples coleção deles (embora não exista sem indivíduos). Entendem que indivíduo e sociedade são a negação um do outro, embora o indivíduo tenha uma essência objetiva social e a sociedade tenha uma essência subjetiva humana. Ou seja, indivíduo e sociedade se equivalem e se distinguem, concomitantemente, numa relação de contradição ou dupla negação, usando as palavras de Codo, 1993 (p.46). Assim concebido, o indivíduo é sempre, **simultaneamente, ser particular e ser genérico** (Heller, 1985), isto é, o indivíduo (individualidade) contém **tanto a particularidade quanto o humano genérico, que funciona consciente e inconscientemente no homem. Mas o indivíduo é um ser singular que se encontra em relação com sua própria individualidade particular e com sua própria genericidade humana; e nele, tomam-se conscientes ambos os elementos. (...) O grau de individualidade pode variar. O homem singular não é simplesmente indivíduo no sentido aludido; nas condições da manipulação social e da alienação, ele vai se fragmentando cada vez mais "em seus papéis". O desenvolvimento do indivíduo é antes de**

54 Segundo Heller, 1985, a vida cotidiana é a vida de todo homem. Todos a vivem, sem nenhuma exceção, qualquer que seja seu posto na divisão do trabalho intelectual e físico. Ninguém consegue identificar-se com sua atividade humano-genérica a ponto de desligar-se inteiramente da cotidianidade. E, ao contrário, não há nenhum homem, por mais "insubstanciável" que seja, que viva tão somente na cotidianidade, embora essa o absorva preponderantemente (p.17).

mais nada - mas de nenhum modo exclusivamente - função de sua liberdade fática ou de suas possibilidades de liberdade.

A esse respeito, Elias, 1994, coloca que:

“O modo como uma pessoa decide e age, desenvolve-se nas relações com outras pessoas, numa modificação de sua natureza pela sociedade. Mas o que assim se molda não é algo simplesmente passivo, não é uma moeda sem vida, cunhada como milhares de moedas idênticas, e sim o centro ativo do indivíduo, a direção pessoal de seus instintos e de sua vontade; numa palavra, seu verdadeiro Eu. O que é moldado pela sociedade também molda, por sua vez. (...) Dito em outras palavras, o indivíduo é, ao mesmo tempo, moeda e matriz. Uma pessoa pode ter mais funções de matriz do que outra, mas é sempre também moeda. Até o membro mais fraco da sociedade tem sua parcela na cunhagem e na limitação dos outros membros, por menor seja”. (p.52)

Isso pressuposto, os autores reconhecem que, historicamente, o desenvolvimento humano-genérico e as possibilidades de desenvolvimento dos indivíduos não se deram uniformemente em todas as épocas e em todas as classes sociais, em função da existência de discrepância, maior ou menor, entre possibilidade e realidade. Na maior parte da história humana, a dissensão constituiu-se num grande abismo, mas há exceções, onde a cesura praticamente desapareceu: Atenas nos séculos VI e V a.C. e Florença nos séculos XIII e XIV d.C.(Heller, 1989; 1991). Chamam atenção para as sociedades capitalistas modernas, que enfatizam o individualismo, a competição, apregoam a liberdade individual, a mobilidade social, a cidadania, dentro de uma visão de direitos universais, abstratos, constituídos juridicamente e não aplicados à totalidade dos indivíduos. Concretamente, tal situação, que parte do pressuposto de que "querer é poder", encobre/esconde que a escolha, o exercício de liberdade de/para decorre de condições concretas de inserção do homem no mundo, ignorando que os indivíduos não escolhem as condições em que nascem. *"O homem nasce já inserido em sua cotidianidade (p.18) (...) O fato de se nascer já lançado na*

cotidianidade continua significando que os homens assumem como dadas as funções da vida cotidiana e as exercem paralelamente".(p.23) Heller, 1985

Nessa linha de raciocínio, Ferreira, 1993, destaca que o ser social do homem não é um dado estável, com que cada geração conta ao nascer. É um processo que alicerça e acompanha a vida de cada nova geração, em uma dada estrutura social. Quando busca satisfazer suas necessidades, o homem não está em um vazio. Ao contrário, a vontade dos indivíduos, que se materializa por meio de suas opções, forma-se sempre sob determinadas condições, vinculadas à realidade objetiva de suas vidas. Nesse sentido, é no espaço de suas possibilidades objetivas que o homem pode tentar realizar seus objetivos: é neste espaço que ele é livre. A sua liberdade, assim, está ligada ao conhecimento de suas necessidades e às condições de satisfazê-las. Da dialética liberdade/necessidade surgem valores que nortearão a conduta humana: valores constituintes do ser social, conceito este que engloba, tanto no nível material como no subjetivo, o cotidiano da vida do homem em sociedade.

É na explicitação dessas possibilidades de liberdade que, segundo Heller, 1985, origina-se, em maior ou menor medida, a **unidade** do indivíduo, a *aliança de particularidade e genericidade para produzir uma individualidade unitária* (essa unidade é apenas **tendência/possibilidade** mais ou menos forte, mais ou menos consciente). A condição ontológico-social da maior unidade da individualidade é resultado de um relaxamento da relação entre a comunidade portadora do humano-genérico e o próprio indivíduo, o qual - já enquanto indivíduo - dispõe de um certo **âmbito de movimento** no qual pode escolher **sua própria comunidade e seu próprio modo de vida** nas possibilidades dadas (p.22). (...) Entretanto, na vida cotidiana, a esmagadora maioria da humanidade jamais deixa de ser, ainda que nem sempre na mesma proporção, nem tampouco com a mesma extensão, **muda unidade vital de particularidade e genericidade**. Os dois elementos funcionam em si e não são levados à consciência. (...) Na moderna estrutura da vida cotidiana, aumentam as possibilidades que tem a particularidade de submeter a si o humano-genérico e de colocar as necessidades e interesses da integração social em questão a serviço dos afetos, dos

desejos, do egoísmo do indivíduo (...), suscitando a ética (o que chamamos de moral - exigências e normas que, em nome da integração específica determinada são dirigidas ao indivíduo, a fim de que esse submeta sua particularidade ao genérico e converta essa intimação em motivação interior)) como uma necessidade da comunidade social. (p.23)

Elias, 1994, por sua vez, expressa que:

*"Somente através de um processo social de moldagem, no contexto de características sociais específicas, é que a pessoa desenvolve as características e estilos comportamentais que a distinguem de todos os demais membros de sua sociedade. **A sociedade não apenas produz o semelhante e o típico, mas também o individual.** O grau variável de individuação entre os membros de grupos e camadas diferentes mostra isso com bastante clareza. Quanto mais diferenciada a estrutura funcional de uma sociedade ou de uma classe dentro dela, mais nitidamente divergem as configurações psíquicas de cada uma das pessoas que nela crescem. No entanto, por diferente que seja o grau dessa individuação, certamente não existe nenhum ponto zero de individuação entre as pessoas que crescem e vivem numa sociedade. Em maior ou menor grau, as pessoas de todas as sociedades que nos são conhecidas são individuais e diferentes umas das outras até o último detalhe de sua configuração e comportamento, e são específicas de cada sociedade, ou seja, são formadas e ligadas, na natureza de sua auto-regulação psíquica, por uma rede particular de vida comunitária, que também forma e liga todos os seus outros membros. Aquilo que muitas vezes é conceitualmente separado como duas substâncias diferentes, ou duas camadas diferentes dentro do ser humano - sua "individualidade" e seu "condicionamento social" -, não passa, na verdade, de duas funções diferentes das pessoas em suas relações recíprocas, nenhuma das quais pode existir sem a outra. (...) Assim,*

não se pode compreender em termos de indivíduos singulares, como se cada qual formasse, antes de mais nada, um cosmo natural e autônomo. Ao contrário, o indivíduo só pode ser entendido em termos de sua vida em comum com os outros. A estrutura e a configuração do controle comportamental de um indivíduo dependem da estrutura das relações entre os indivíduos". (p. 56).

Em síntese, a idéia que pretendemos marcar é a de que o indivíduo concretamente histórico não é apenas produto da sociedade, reduzindo a consciência às condições dadas, mas a de que, ao longo do processo, o indivíduo concreto produz e reproduz a realidade social, ao mesmo tempo que, ele próprio, é nela produzido e reproduzido. Em outras palavras, na concepção marxista, os fundamentos da concepção do indivíduo humano são: o indivíduo como parte da natureza, como objeto; o indivíduo como parte da sociedade, no sentido da explicação das suas concepções, opiniões e juízos de valor, e, finalmente, o indivíduo como fruto da autocriação. (Schaff, 1967 : 78-9)

Outro ponto importante destacado é que, ao contrário da situação das "comunidades naturais" (Heller, 1985) (em que, por sua organização social, a "aliança" de particularidade e genericidade para produzir uma individualidade unitária constituía uma tendência marcante), em sociedades com estrutura moderna da vida cotidiana, o aumento da possibilidade de vitória espontânea da particularidade fez com que a moral se apresentasse como necessidade social, para que, com suas exigências e normas, formassem a **intimação** que a integração específica determinada (e a tradição do desenvolvimento humano) dirige ao indivíduo, a fim de que esse submeta sua particularidade ao genérico e passe a converter essa intimação em motivação interior. Nesse sentido, a moral como motivação é algo individual, mas não uma motivação particular: é individual, enquanto atitude livremente adotada (com liberdade relativa) por nós diante da vida, da sociedade e dos homens, porém sua constituição e instituição se dão no âmbito do genérico-humano, materializado sempre em uma estrutura social concreta - é uma motivação genérico-moral⁵⁵

⁵⁵ Heller estabelece uma importante distinção entre a moral e o conceito de ideologia, precisando que a moral possui inerentemente um "momento" ideológico em sua

A moral, definida como "uma atitude prática que se expressa em ações e decisões que concernem às ações" (Heller, 1987:132) tem duas funções, das quais, uma é a da **inibição** e do **veto**, e a outra, a da **transformação** - a culturalização das aspirações da particularidade individual. A autora assinala que, na estrutura da vida cotidiana, caracterizada basicamente pela muda coexistência de particularidade e genericidade, a função inibidora se impõe, por mais intenso que seja o esforço "transformador" e culturalizador da moral (Heller, 1985:23). Desta forma, podemos entender a moral enquanto um meio regulador de nossas motivações particulares, tendo como característica preponderante, a subordinação das necessidades, desejos, aspirações particulares às exigências sociais, mais no sentido reprodutor de valores instituídos, do que no sentido transformador/instituinte de outros. Referindo-se à subordinação mencionada, a autora (1987), apresenta a idéia de que ela pode ocorrer de diversas maneiras, sendo as mais típicas: a subordinação através dos costumes - mediante a simples repressão das motivações e dos afetos particulares, onde o conteúdo e o sentido desta repressão vêm guiados pelo sistema de exigências sociais aceitas "espontaneamente" -, ou aquela por uma relação de distanciamento refletida conscientemente pelo indivíduo frente à sua própria particularidade - o indivíduo realiza tal repressão sobre uma base de valores que elegeu autonomamente, plasmando neles suas próprias motivações e características particulares, de maneira a reprimir algumas e reservando a outras um campo de ação que não impeça a realização de valores genéricos, isto é, uma atitude moral que caracteriza a "individualidade". É neste último caso que o homem se torna indivíduo, na medida em que produz uma síntese em seu Eu, em que transforma conscientemente os objetivos e aspirações sociais em objetivos e aspirações particulares de si mesmo e em que, desse modo, "socializa" sua particularidade, como resultado de uma atitude livre com relação a essa integração. (Heller, 1985:80)

constituição, e, também, possui um aspecto ideológico enquanto tal; porém, os dois conceitos não se reduzem um ao outro. Tanto as teorias que proporcionam um entendimento coerente da moral (as éticas), como os sistemas que recapitulam as exigências morais de uma determinada época (os códigos morais) exercem uma importante influência na organização da vida cotidiana dos indivíduos. Porém, moral e ideologia não se tornam conceitos similares. Heller, *A Sociologia de la vida cotidiana*. Barcelona, Península, 1987.

Não obstante a maior ênfase da função inibidora da moral, é preciso lembrar que a vida cotidiana comporta diferentes possibilidades de escolha, que podem ser indiferentes, do ponto de vista moral, ou moralmente motivadas. Nesta linha, quanto mais intensa for a motivação do indivíduo pela moral, isto é, pelo humano-genérico, tanto mais facilmente sua particularidade se elevará (através da moral) à esfera da genericidade - é quando o homem se eleva acima da cotidianidade, não significando, entretanto, uma abolição da particularidade, mas apenas uma tendência. A maioria das ações e escolhas, no entender de Heller, tem motivação heterogênea: as motivações particulares e genérico-morais encontram-se e se unem, de modo que a elevação acima do particular-individual jamais se produz de maneira completa, nem jamais deixa de existir inteiramente, mas ocorre geralmente **em maior ou menor medida**. Não há "muralha chinesa" entre as esferas da cotidianidade e da moral, diz a autora.

Consideramos importante a chamada que Heller, 1987, nos faz ao fato de que toda relação de conteúdo moral possui dois aspectos: um subjetivo, no sentido de pertencer ao indivíduo - moralidade -, e outro, objetivo - legalidade. Embora esses dois aspectos constituam as relações de caráter moral, isto é, a relação das ações do particular com as exigências genérico-sociais, na medida em que os homens extraem seus valores, suas normas, seus conceitos morais do mundo onde nasceram, para o indivíduo particular, a exigência da moralidade aparece como uma exigência interna - em forma de "dever" -, e a exigência de legalidade, como externa - "obrigação"-, podendo haver um predomínio de um sobre o outro no comportamento moral. Desta forma, como a moralidade implica na interiorização de exigências genérico-humanas e contém um momento de adequação às exigências já interiorizadas (momento normativo), Heller destaca a **consciência** como uma de suas categorias centrais.

Outra distinção importante refere-se às normas abstratas e concretas. As primeiras - normas abstratas - representam sempre a genericidade universal, fixando-se acima das formas de prescrições, correspondem aos contínuos ganhos ocorridos durante o desenvolvimento histórico dos valores humanos e que surgiram no cenário histórico como exigências concretas de uma determinada

sociedade, passando ao seu caráter abstrato devido à continuidade. As normas concretas representam os sistemas determinados de exigências sociais, implicando no sistema dos usos que se apresenta diante do particular. É preciso ressaltar que elas, também, apresentam-se sob a forma de sistema de usos e costumes adotados pelo indivíduo numa sociedade, porém estes sistemas não as esgotam, não existindo sociedade em que esses (sistemas) realizem tais prescrições de forma plena. Entre as normas concretas e abstratas pode haver, não apenas contradições, como costuma ocorrer, mas inclusive, antagonismos insuperáveis, de tal forma que *"algumas exigências genéricas na sociedade de classe não são respeitadas por nenhum estrato, classe ou sociedade; existe, inclusive, uma exigência precisa (derivada do costume) de não respeitá-las"* (Heller, 1987:146).

Na vida cotidiana prevalecem as normas concretas, havendo a apropriação das abstratas, apenas na medida em que estas façam parte do sistema normativo concreto, como tendência geral. E, nesse aspecto, o fato de a moral abstrata ser realizada, apenas parcialmente ou não realizada, em sociedades concretas, caracteriza o que a autora denomina por **alienação da moral**, revelável, enquanto tal, nas sociedades classistas de forma geral, onde os valores genéricos conquistados historicamente ainda não podem concretizar-se plenamente, e, assim, as exigências da moral abstrata permanecem como possibilidades ou realizáveis apenas parcialmente, contrastando com as normas concretas e suas possibilidades frente ao particular. Além disso, nas diferentes esferas da vida cotidiana - organização do trabalho e da vida privada, os lazeres e o descanso, a atividade social sistematizada, o intercâmbio e a purificação - expressa-se, de forma particular, o fenômeno da alienação humana, relacionando-se, também, de forma alienada, umas com as outras.

No que diz respeito ao indivíduo particular, a alienação moral quer dizer que ele interioriza sistemas de valores, por vezes, radicalmente distintos, sem se aperceber, ou seja, os indivíduos não escolhem, conscientemente, sua hierarquia valorativa e não refletem sobre as contradições existentes entre as normas abstratas e os costumes e exigências que tenham interiorizado.

É neste sentido que Vásquez, 1992, interpretando as idéias de Marx, assinala que :

"A moral não é conhecimento ou teoria de algo real, mas ideologia, ou seja, um conjunto de idéias, normas e juízos de valor, juntamente com os atos humanos respectivos, que servem aos interesses de um grupo social. (p. 87)

A moral, como toda forma de superestrutura ideológica, cumpre uma função social; no caso específico (sociedade capitalista), a de sancionar as relações e condições de existência de acordo com os interesses da classe dominante. Nas sociedades divididas em classes antagônicas, por conseguinte, a moral tem um caráter de classe.(p.258)

Até hoje existiram diferentes morais de classe, e inclusive numa mesma sociedade podem coexistir várias morais, já que a cada classe corresponde uma moral particular. Por isto, enquanto não se verificarem as condições reais de uma moral universal, válida para toda a sociedade, não pode existir um sistema moral válido para todos os tempos e para todas as sociedades. Assim, a moral de cada sociedade, ou de cada classe, tem um caráter relativo, mas na medida em que nele ocorrem, junto com os seus elementos caducos, elementos vivos, as morais particulares se integram num processo de conquista de uma moral verdadeiramente humana (...) Uma nova moral, que deixe de ser a expressão das relações sociais alienadas - torna-se necessária para regular a vida dos indivíduos, tanto em vista da transformação da velha sociedade, como em vista de garantir a unidade e a harmonia entre os membros da nova sociedade. Dado que, tanto a transformação da antiga ordem social, como a construção e a conservação da nova, exigem a participação consciente dos homens: a moral - com as

suas novas virtudes - se transforma numa necessidade"
(p.259)

Desta forma, podemos dizer que nem toda e qualquer estrutura social concreta encarna os valores genérico-morais (moral concreta e moral abstrata), como se toda e qualquer estrutura social representasse o genérico humano. Este esclarecimento se faz necessário, no sentido de evitar possíveis equívocos, do tipo de que, indivíduos inseridos em sociedades de classes, elevar-se-iam à condição genérico-humana - acima da cotidianidade, na medida em que assumissem como seus, particulares individuais, os valores, as normas, as exigências sociais daquela sociedade, como se, com isso, atingissem a capacidade de uma atitude moralmente positiva. Para isso, consideramos importante abordar a questão do conteúdo axiológico, que é trabalhada por Heller, 1985, recorrendo ao uso do conceito de **valor**, que é assim colocado:

*"Consideramos **valor objetivo**, ou seja, independentemente da avaliação humana, o conjunto de todas as relações, produtos, ações, idéias sociais que promovem o desenvolvimento da essência humana no estágio histórico tomado em consideração. (p.78)*

Explicitando o que entende por **essência humana**, a autora toma a interpretação de György Márkus, jovem filósofo húngaro, iluminada por uma idéia de Marx, que considera que "a **essência humana** consta de atividade de trabalho (objetivação), socialidade, universalidade, autoconsciência, liberdade" e acrescenta que essas qualidades essenciais já estão dadas na própria hominização, enquanto meras possibilidades: tornam-se realidade no processo indefinido do desenvolvimento humano. A partir disso, considera **valores positivos** as relações, os produtos, as ações, as idéias sociais que fornecem aos homens maiores possibilidades de objetivação, que integram sua socialidade, que configuram mais universalmente sua consciência e que aumentam sua liberdade social. Tudo aquilo que impede ou obstaculiza esses processos, é considerado como **valor negativo**, ainda que a maior parte da sociedade empreste-lhe valor positivo. (p.78)

Com essas colocações, faz-nos ver que o fato de que uma "comunidade"⁵⁶ seja relativamente favorável à explicitação da essência humana, não significa, de nenhum modo, que também explicita - **inequívoca e uniformemente** - as capacidades dos indivíduos, pois não há paralelismo necessário entre o desenvolvimento humano-genérico e o desenvolvimento individual; na maioria das épocas históricas, ao contrário, verifica-se uma discrepância, que se torna possível, precisamente quando a participação do indivíduo numa comunidade baseia-se na escolha autônoma. Dá, como exemplo, comunidades organizadas tendo em vista determinados fins históricos que solicitam sobretudo determinadas capacidades dos indivíduos, onde os indivíduos portadores de tais capacidades têm maiores possibilidades de desenvolverem sua individualidade do que outros que estejam fora dessa tendência.

Diante disso, dois motivos podem estar na base da escolha da comunidade: o valor axiológico objetivo da comunidade, seus momentos favoráveis à essência humana e a intenção de explicitar nela e, através dela, a própria individualidade; o primeiro motivo sempre tem primazia em relação ao outro, porque provém da essência da própria individualidade. (p.79)

Continuando, a autora apresenta que, por ser a atitude livre com relação à comunidade (a escolha da comunidade), parte da

56 Heller conceitua "comunidade" como a mais alta integração social. Assim, a vinculação do indivíduo com a sociedade coincide com a vinculação do indivíduo com a comunidade, quando a mais alta integração assume ela mesma um caráter comunitário, esclarecendo que as últimas integrações desse tipo foram a família clânica e as tribos. Acrescenta, ainda, que, quanto mais diferenciada e estruturada é uma sociedade concreta, tanto menos poder-se-á constituir-se ela própria em comunidade do homem, porém que é possível uma integração dentro da diferenciação ou a construção de uma sociedade constituída de comunidades orgânicas. Esclarece, também, que o problema indivíduo-comunidade não pode se identificar com a relação entre o indivíduo e o grupo, já que esta relação pode perfeitamente basear-se numa casualidade, por exemplo, o bairro em que vivo, a profissão, a fábrica em que encontro trabalho, etc.; somente na medida em que esses fatores deixam de ser casuais, na medida em que minha individualidade "constrói" o grupo a que pertenço, "meus grupos" convertem-se paulatinamente em comunidades; assim, nem todo grupo pode ser considerado como uma comunidade, embora qualquer grupo possa **chegar a ser comunidade**, desde que disponha de um sistema de normas relativamente concreto e válido para todos os seus membros, como uma necessidade interna de cada indivíduo, ou seja decidido conscientemente. **A comunidade é uma unidade estruturada, organizada, de grupos, dispondo de uma hierarquia homogênea de valores e à qual o indivíduo pertence necessariamente.** Essa necessidade pode decorrer do fato de se "estar lançado" nela ao nascer (comunidades naturais), ou de uma escolha relativamente autônoma do indivíduo já desenvolvido. (1985: 65-85)

essencialidade do indivíduo, o próprio conteúdo axiológico desse indivíduo manifestar-se-á, **antes de mais nada**, no conteúdo axiológico da comunidade por ele escolhida: *o primado do conteúdo axiológico objetivo da comunidade ganha legitimidade através da própria individualidade. (p.80)*

Com isso, outro ponto torna-se evidente: uma comunidade, cujo conteúdo axiológico seja basicamente negativo, jamais desenvolverá a individualidade, visto que tampouco desenvolve o valor no indivíduo, nem mesmo quando esse se sente bem em tal comunidade, quando acredita ter encontrado nela o espaço adequado para a explicitação de suas capacidades. Quando muito, o que se pode configurar numa comunidade de conteúdo axiológico negativo é a **particularidade pessoal**, não a capacidade de tornar-se autêntico indivíduo. Em situação como esta, a autora (que não acredita haver em sua forma pura) coloca que, por ser a história humana a substância portadora dos valores, ela não se objetiva apenas em comunidades. Ao supor (não afirmar) que uma sociedade não permitisse o desenvolvimento de nenhuma comunidade, poder-se-iam realizar valores em outras inúmeras objetivações: na arte, na ciência, na produção, etc. ou, na impossibilidade dessas, poder-se-ia encontrar e escolher possibilidades positivas nas objetivações, no mundo intelectual e nas normas de épocas passadas, podendo escolher os valores aí contidos, convertê-los em valores próprios, hipostasiá-los no futuro, etc. Concluindo esse pensamento, Heller nos ensina que: *O fato de que o indivíduo, com uma tal escolha, entre em contraposição com as comunidades de seu tempo, não anula um dado efetivo: o de que ele está escolhendo uma comunidade, ainda que apenas idealmente. O indivíduo decide-se por uma comunidade com aqueles que, em épocas passadas, produziram aqueles valores; decide-se em favor da integração que venha a defendê-los no futuro. Sem uma comunidade ideal não existe indivíduo realmente livre, dotado de conteúdo axiológico positivo.(...) Quem escolhe um valor e aspira à sua realização (e as duas coisas são inseparáveis) escolhe, também, no mais amplo sentido da palavra, uma comunidade.* Desta forma, a resistência do homem a uma comunidade de conteúdo axiológico negativo não é simplesmente resistência do "indivíduo" à comunidade, mas oposição do indivíduo a uma determinada comunidade, e precisamente em nome dos valores

encarnados por *outra* comunidade (mesmo que só relativamente), ou dos valores ideais de uma comunidade que existiu no passado e que talvez seja agora postulada para o futuro. (p.84)

Os elementos fornecidos por Elias e Heller, fundamentalmente, são por nós considerados preciosos para o entendimento da vida social e do processo histórico, com as possibilidades que foram sendo criadas para o desenvolvimento dos indivíduos e perspectivas que se podem vislumbrar em termos de sua realização, não obstante as limitações que cada época apresenta para cada situação concreta.

Afinal, qual foi o nosso propósito de termos recorrido a Heller e Elias nesse momento? A que nos interessa estar discorrendo sobre o indivíduo concreto, em sua cotidianidade, ressaltando a sua condição simultânea de ser particular e ser genérico?

Essa questão emergiu de nossa constatação, a partir da observação de agentes que trabalham direta ou indiretamente com adolescentes, das representações presentes na literatura e até no contato direto com adolescentes concretos, em cujas atividades expressa-se, em maior tendência, uma imagem de adolescentes nos aspectos que os identificam como grupo homogêneo, ressaltando a genericidade - o lado modelado socialmente e que os torna semelhantes -, silenciando o ser particular - aquilo que os diferencia entre si (seu lado individual). O particular, quando referido, na maioria das vezes, só o é por se tratar de indivíduos que fogem ao "padrão" em que se enquadra a maioria, como se nesta (maioria), a particularidade correspondesse à genericidade e vice-versa, numa convivência harmônica, sem conflitos, como uma relação de identidade entre elas.

Dáí, uma primeira questão: se o indivíduo é, simultaneamente, um ser genérico e um ser particular, a forma como é retratado, poder-nos-ia levar a concluirmos que o adolescente concreto aceita espontaneamente as exigências sociais, a elas subordinando suas necessidades, desejos, aspirações particulares, como resultado de uma opção, autônoma e consciente, portanto como resultado de uma atitude moralmente motivada.

Essa mesma constatação pode, entretanto, levar-nos a uma leitura que se contrapõe à anterior, qual seja: enfatizar apenas a genericidade (ou pseudo-genericidade humana) dos adolescentes, pode estar significando que o condicionamento social e os mecanismos de controle social atuam transversalmente e de maneira eficaz em todo o tecido social, a tal ponto de abafar/dificultar o desenvolvimento das particularidades individuais, de forma a uniformizar/configurar um "padrão" único de adolescente, ao qual os indivíduos concretos são levados a se conformar passivamente, como que espontaneamente, internalizando como seu (individual), o que é socialmente dado. Em função disso, tendemos a classificar a particularidade como traço "semipatológico", passível de um trabalho integrativo/terapêutico, quando na presença de indivíduos que se diferenciam da maioria, ou seja, que fogem à "média" dos indivíduos.

Essa visão encontra-se tão impregnada na sociedade, que as instituições sociais - família, escola, igreja, associações e outras - tendem a estabelecer relações com adolescentes, tratando-os como um grupo homogêneo, valorizando/privilegiando os pontos "comuns" e minimizando/desprezando ou, até ignorando, os aspectos que os diferenciam entre si, tendo como pressuposto que "todos os adolescentes são iguais, porém há aqueles adolescentes que são mais iguais". Assim, os menos iguais tendem a serem tratados como sendo (ou potencialmente) "semipatológicos"/"desviantes" e, portanto, justificando medidas "integradoras", ou "repressivas"/de exclusão.

A constatação de uma aparente identidade entre o ser particular e o ser genérico do indivíduo (no caso, o adolescente) poderia ser um falso problema se estivéssemos desenvolvendo o presente estudo em uma sociedade, em que as relações sociais fossem movidas por valores ético-morais de solidariedade recíproca, justiça social, autonomia (no sentido de liberdade de escolha de alternativas), liberdade como necessidade reconhecida, de escolha consciente e responsável), enfim, que enfatizassem possibilidades de uma coexistência/convivência dos diferentes em situação de igualdade social, possibilitadora do desenvolvimento histórico da essência humana - genericidade universal. Neste caso, estaríamos pressupondo a existência de possibilidade concreta para a construção de uma relação consciente do

indivíduo/adolescente com sua própria comunidade, bem como com sua própria particularidade vivida, enquanto "dado" relativo, usando as palavras de Heller, estaríamos, possivelmente, diante de um processo histórico-social de explicitação da essência humana, ou, pelo menos, de realização gradual e contínua das possibilidades imanentes à humanidade (trabalho/objetivação, socialidade, universalidade, consciência e liberdade). Mesmo nesse caso, não necessariamente o desenvolvimento humano genérico estaria significando que o desenvolvimento individual particular estivesse ocorrendo automaticamente e uniformemente em todos os indivíduos.

Entretanto, ao aterrizarmos em nossa realidade concreta, uma sociedade de classes, que pressupõe a divisão social, ou seja, a divisão do trabalho, da política e da sociedade, das instituições e do saber, em que o poder é exercido por uma classe social sobre outras e que, ao subsumir os indivíduos sob sua classe, ao submetê-lo às leis econômicas como se essas fossem leis naturais, fez dos indivíduos livres nada mais do que escravos da alienação, com particular fortalecimento do conformismo; o indivíduo, fragmentado em seus "papéis sociais" (perda de si mesmo na sucessão dos papéis desempenhados), informatizado, manipulado, perde sua autonomia, na medida em que sua vida passa a ser movida pela "lei" do capital - o produtivismo -, que conduz à instauração de um único modelo de vida cotidiana; a produção justifica, ou mais exatamente, comanda o modelo de vida e, neste sentido, igualdade é reduzida ao igualitarismo, à uniformização, à ausência de escolha, quer dizer, faz com que o ponto de vista particular da classe que exerce a dominação apareça, para todos os indivíduos, como universal e não como interesse particular de uma classe determinada. Numa sociedade com essas características, que através da ideologia, oferece uma imagem capaz de anular a divisão e a contradição interna, apresentando-a (sociedade) como idêntica, homogênea e harmoniosa, a genericidade, reduzida aos valores (negativos) instituídos nessa sociedade concreta, é exaustivamente trabalhada através de suas instituições sociais, no sentido de que a particularidade se subordine a ela, ou, mais precisamente, que o indivíduo internalize as exigências sociais como suas, particulares/individuais. Neste sentido, não podemos aceitar a idéia de que o indivíduo, enquanto ser particular, por uma relação consciente com o genérico-social, tenha escolhido tais

exigências como valores individuais; pelo contrário, reconhecemos tratar-se de situação que abafa/dificulta o florescimento da particularidades que não coincidam com a "genericidade" instituída, se assim pode ser chamada.

A partir dessas observações, propusemo-nos a estar refletindo mais profundamente sobre a questão, objeto de nosso presente trabalho, e nessa linha Elias e Heller nos fornecem elementos básicos para o nosso propósito.

Com efeito, qualquer que tivesse sido a categoria central/unidade de análise eleita para o nosso trabalho, as concepções de Elias e Heller, fundamentalmente, não poderiam deixar de serem desenvolvidas para um entendimento contextualizado do campo conceitual que envolve, esclarecendo o que estamos entendendo quando nos referimos a homens concretos, sejam eles denominados indivíduos, sujeitos sociais ou com outra denominação.

Termos clareza da categoria "vida cotidiana/cotidianidade" - a vida de todo homem concreto - e, a partir daí, vislumbrar as possibilidades de desenvolvimento de indivíduos, acima da cotidianidade, tornou-se um elemento importante, visto que nossa preocupação está voltada a adolescentes concretos, que vivem sua cotidianidade, em suas diversas e desiguais condições de existência. Adolescentes em sua cotidianidade, em nosso entender, constituem o ponto de partida para qualquer trabalho que se pretenda contribuir para que eles (adolescentes), constituam-se/construam-se, contempladas a sua particularidade e genericidade, enquanto sujeitos, ou seja, enquanto indivíduos (na concepção helleriana/eliana), com possibilidades de concretizar o seu desenvolvimento integral, porquanto, enquanto ser particular e ser genérico-humano - quer dizer, enquanto consciência social e sujeito atuante, no sentido de "abrir caminhos" para a transformação de si e de seus iguais/diferentes, à medida que escolhem/anunciam/inauguram valores e práticas que conduzam à realização histórica das qualidades humanas essenciais.

A grande contribuição desses autores, para o nosso trabalho, foi revelar que, por trás da discussão das categorias citadas no início deste sub-capítulo, está a relação: indivíduo-sociedade, o caráter

indissociável de ambos, em suas relações contraditórias no processo de constituição de um e de outro, auxiliando-nos a evitar cair em dualidades/bipolaridades, como se tratassem de duas substâncias distintas, independentes e dicotômicas, do tipo: "ou...ou", portanto, excludentes, como caminho de mão única e unívoca: da sociedade para o indivíduo, ou do indivíduo para a sociedade. Neste aspecto, ambos relativizam a posição, tanto daqueles que partem do pressuposto de que o indivíduo é mero produto da sociedade - efeito -, portanto, passivamente subordinado às suas exigências, em forma de adaptação ao instituído socialmente - donde a primazia da sociedade em relação aos indivíduos, no sentido de estes (indivíduos) são considerados como meio para a realização dos objetivos da sociedade -, quanto daqueles que conferem soberania ao indivíduo, entendendo-o como fim e, a sociedade, como um meio para a realização individual, o que faz com que a imagem da importância do indivíduo pare sobre a da sociedade, a qual passa a ser vista como simples meio para o bem-estar daquele, o que nos faria cair na armadilha de ver o indivíduo reduzir-se ao ser particular individual, que deixa suas marcas, apesar da sociedade em que vive.

Ao considerarmos que nem um (indivíduo), nem outro (sociedade) tem a primazia ou subordinação entre si, mas que ambos se relacionam necessária e dialéticamente para a constituição de um e de outro - ao mesmo tempo, produto e produtor -, passamos a enxergar a questão sob outro ângulo, ultrapassando a visão linear/unívoca, dentro de uma concepção de totalidade, em que a relação contraditória entre os indivíduos e sociedade é uma coisa singular, que não encontra analogia em nenhuma outra esfera da existência, como assinala Elias. Ao assumirmos como totalidade - um todo estruturado em curso de desenvolvimento e de autocriação - temos presente que a sociedade não é um todo já pronto, que recheia com um conteúdo, no caso, indivíduos, com a qualidade das partes ou com suas relações; ao contrário, é a própria totalidade é que se concretiza e esta concretização não é apenas criação do conteúdo, mas também, criação do todo, que corresponde à totalidade histórica, como diria Kosik, 1976 (p.49). Assim, é o homem/indivíduo como sujeito histórico real que, no processo social de produção e reprodução a realidade, como totalidade das relações sociais, instituições e idéias; nesta criação da realidade social objetiva,

cria, ao mesmo tempo, a si próprio, como ser histórico e social, dotado de sentidos e potencialidades humanas e realiza o infinito processo de "humanização do homem".

Disso decorre que, quando nos referimos a adolescentes concretos, temos em mente que, tanto a particularidade individual, quanto a genericidade social/humana estão neles presentes e que, ambos, em maior ou menor medida, contribuem para a constituição de sua individualidade, na dependência das possibilidades histórico-sociais de sua existência concreta para o seu desenvolvimento.

Esse aspecto é essencial para tentarmos trabalhar a questão de adolescentes concretos, no sentido de apreendê-los em seu movimento contraditório, entendendo-os, ao mesmo tempo como indivíduos passivos, conformados às exigências sociais e ao mesmo tempo, como seres ativos, resistentes às/negadores das instituições, valores, idéias socialmente instituídos, baseados sobre outros valores, instituições e idéias, os quais defendem para sua concretização. Nesse aspecto, consideramos os adolescentes concretos, ao mesmo tempo, conservadores e transformadores, revolucionários.

Assim, fazer afirmações tais como: "O adolescente é....." pode constituir-se em armadilha, quando nos deparamos com realidades concretas - heterogêneas, diferenciadas, do ponto de vista de hierarquia de valores, costumes, com suas desigualdades sociais -, dado que tais tipos de afirmativa trazem implícitas, como pressuposto, a idéia de homogeneidade e universalidade dos adolescentes, a imagem de um ser transcendental/abstrato, a idéia de regularidade fenomênica e estática; enfim, uma visão naturalizada da história, negando o seu movimento e contradições, ou, em outras palavras, congelando/petrificando o real, dentro de uma concepção imobilista frente à realidade, centrada na reificação do indivíduo abstrato.

Com tudo isso, quando assumimos, como instrumento conceitual, a categoria "sujeito social" com vistas a abarcar um nível teórico que desse conta de nosso objeto de estudo, em lugar de adotar outras categorias, como a de indivíduo, por exemplo, fizemo-lo levando em conta vários pontos analisados:

1. qualquer categoria que fosse selecionada - sujeito, indivíduo, ator, protagonista - apresentava, em comum, o problema da ambigüidade conceitual, como procuramos mostrar no início do sub-capítulo;

2. interessava-nos estar trabalhando com uma categoria que não fosse "privativa" de apenas uma área do conhecimento e que enfatizasse uma dimensão determinada, em detrimento de outras, prejudicando/dificultando a apreensão do homem concreto em sua totalidade;

3. constituía nosso interesse estar reconhecendo a marca de adolescentes concretos nas concepções a seu respeito em discursos oficiais e propostas de intervenção. Nesse sentido, uma categoria, que contivesse a idéia de "autoria" de projeto e de agente de práticas sociais correspondentes, fazia-se necessária;

4. na área da história, da educação e da saúde (ainda que de forma incipiente), o termo "sujeito" já vinha sendo utilizado dentro da concepção acima, sendo focado de forma interdisciplinar, reconhecendo-se esse fato na literatura correspondente.

Em função dessas análises, optamos pela adoção da categoria "sujeito social", como instrumento conceitual, estratégico, para reconhecer o lugar ocupado pelos adolescentes nos referidos discursos sobre a Saúde Integral do Adolescente e proceder à leitura de seu direcionamento. Em suma, interessa-nos estar reconhecendo a tendência predominante no sentido de que as concepções, estratégias e técnicas de intervenção estejam, ou não, favorecendo o desenvolvimento de possibilidades a adolescentes concretos, no que diz respeito à condução da sua própria vida (emprestando a expressão de Heller, 1985), em que a particularidade deixe de funcionar "independentemente" do humano-genérico.

Nesse ponto, para a tarefa que nos propusemos realizar, consideramos necessário apresentar em linhas gerais, o contexto discursivo em que buscamos apreender o lugar ocupado pelo adolescente no Plano de Ação sobre a Saúde do Adolescente nas

Américas, para em seguida desenvolvermos o seu conteúdo acerca de nosso objeto de estudo.

Conforme nos referimos no início deste capítulo, reconhecemos tratar-se de um discurso competente, porém julgamos importante acrescentar que, em nossa leitura, por mais que se tenha tentado apresentar-se como um discurso do conhecimento (e aí, mais uma vez recorremos a Chauí, 1981), como sendo proferido por especialista, de um ponto determinado da hierarquia da OPS/OMS, reconhecemo-lo muito mais como sendo fortemente um discurso legislador, ético e pedagógico. Por que assim o consideramos?

1º) Enquanto discurso do conhecimento (de especialista), ele traz a idéia inicial de se inspirar na suposta realidade dos fatos, na medida em que apresenta dados quantitativos da situação de adolescentes na América Latina e no Caribe, segundo o modelo tradicional utilizado na Área de Saúde Pública - aspectos demográficos (população jovem nas Américas, a proporção que se situa na América Latina e Caribe, projeção para o final do século; ritmo de urbanização, a tendência quanto à procedência de adolescentes - rural/urbano, etc.); aspectos educacionais (nível de escolaridade, taxa de analfabetismo, deserção escolar, etc.); aspectos legais (questão etária - adolescente/adulto); emprego (número de trabalhadores adolescentes, capacitação para o trabalho, subemprego e desemprego situação previdenciária, trabalho-escola); condições sócio-econômicas (proporção da população em condições de pobreza, gastos públicos por habitante/ano, disponibilidade de alimentos, situação dos equipamentos sociais, etc.); processo saúde-doença e natureza da assistência ao adolescente (necessidades de saúde do adolescente, número de profissionais capacitados para trabalhar nesta área, esportes e recreação, trabalho e proteção de saúde dos menores trabalhadores, etc.); morbi-mortalidade geral (mortalidade geral, mortalidade proporcional, causas, mortalidade de adolescentes relacionadas com o processo reprodutivo, morbidade, etc.); problemas específicos (problemas relacionados com o crescimento/desenvolvimento e nutrição - problemas nutricionais) e problemas associados a deficiência específicas; saúde reprodutiva (fecundidade, nascimentos, gravidez, aborto, mortalidade materna, anticoncepção); doenças de transmissão

sexual; acidentes e demais causas externas; consumo de substâncias psicoativas (álcool, tabaco e drogas).(OMS/OPS,1992)

Apresentados de forma genérica, os dados, ao mesmo tempo que não permitem diferenciar a realidade de cada país, ao mesmo tempo fazem com que os leitores neles identifiquem a sua realidade, justificando uma intervenção e sem questionar a eficácia dos meios de ação apresentados. Está presente a idéia de incompetência dos profissionais de saúde e adolescentes enquanto sujeitos sociais e políticos, na medida em que o discurso já traz pronto todo o projeto, sem que aqueles tivessem participado de sua construção, sendo tomados como simples receptores e operacionalizadores da proposta, mas passa a idéia de que se transformarão em sujeitos na medida em que dele irão derivar outros discursos para serem repassados, segundo as regras dadas.

2º) Chama atenção o caráter legislador, ético-moral e pedagógico do discurso em análise, pela nomeação do real, por que estabelece a distinção entre o necessário e o contingente, entre a natureza e a cultura, entre o normal e o patológico, entre o lícito e o proibido, entre o bem e o mal, entre o correto e incorreto, entre o verdadeiro e o falso, onde o adolescente aparece (nem aparece) na figura de subordinado, alvo das atenções, enquanto que as instituições - família, escola, igreja, associações, Estado (serviços de saúde), são conclamados a serem, através de seus representantes (pais, professores, religiosos, diretores e profissionais de saúde), os detentores legítimos da autoridade junto aos adolescentes, unificados pela tarefa coletiva herdada.

Sua tarefa? Reafirmar valores morais fixados no passado, tendo clareza de onde se quer chegar, através de um processo pedagógico moralizante, como veremos em seguida.

A esta altura, é esperado que o adolescente seja o grande ausente, e ao mesmo tempo, muito presente enquanto sujeito abstrato, objeto social a ser trabalhado. O discurso se apresenta como um discurso sobre o que o adolescente deverá vir-a-ser, a partir de um suposto conhecimento do que ele está sendo, com base em esteriótipos construídos - adolescente toxicômano, adolescente grávida, adolescente

alcoólatra, adolescente fumante, adolescente delinqüente, e assim por diante.

Para construirmos ou nos aproximarmos da imagem de adolescente presente no discurso, uma vez que em nenhum lugar há a explicitação de que o adolescente está sendo isso ou aquilo, foi necessário buscá-la (imagem) a partir dos problemas enfatizados, do reconhecimento das "explicações" dos mesmos, assim como da análise das estratégias e técnicas propostas (meios de ação), considerando-as como "teoria em ação", e não como instrumentos neutros, desprovidos de fundamentos teórico-metodológicos.

Para preenchermos as lacunas, recorremos a documentos referenciados no próprio Plano de Ação, publicados pela OMS, OPS e outras agências da ONU ou correlatas em nível da América Latina e Caribe, assim como a documentos produzidos no processo de implementação e implantação do Programa de Saúde Integral do Adolescente nos países da Região.

Poderíamos percorrer vários caminhos à busca do sujeito adolescente, uma vez que qualquer que fosse o escolhido, teríamos que "garimpar" todo o discurso, buscar respostas às nossas perguntas em outras fontes, enfim, ir juntando pedra sobre pedra para irmos compondo a imagem do adolescente concreto "ocultado" entre os escombros ... Vislumbrar os possíveis caminhos e optar por um deles, demandou de nossa parte, muito diálogo, uma vez que estávamos interessadas por um que permitisse puxar o fio da meada de forma mais profícua. Enfim, preferimos partir da estratégia, em particular do "enfoque integrador de risco", por considerá-lo que, pela função estratégica em que havia sido colocado, por se tratar de instrumental de processo, ocupando um papel central no campo da epidemiologia, dentro do paradigma biomédico - poder-nos-a permitir apreender, com maior propriedade, a própria lógica do discurso. E assim o fizemos.

5.1. O ENFOQUE DE RISCO COMO INSTRUMENTAL JUSTIFICADOR/LEGITIMADOR DO DISCURSO COMPETENTE

O enfoque de risco, utilizado na estratégia, como enfoque integrador, foi por nós considerado o melhor indicativo para mostrar o caráter normativo/prescritivo do Programa Saúde Integral do Adolescente, senão vejamos.

Conforme Larrosa, 1994, baseado nas idéias de Foucault, a norma, diferentemente da lei, pretende ser um conceito descritivo: média estatística, regularidade, hábito. Pretende objetividade: justificação racional. O "normal" se converte em um critério que julga e que valoriza negativa ou positivamente, princípio de um conjunto de práticas de normalização, cujo objetivo é a produção do normal. Daí o caráter produtivo da norma, do qual as noções foucaultianas de disciplina e biopolítica dão exemplos principais. Assim, da divisão simples e binária da inclusão-exclusão, do lícito e do ilícito, se passa às complexas formas de categorização do normal e do patológico, do anormal e do desviado, do normal ou do que excede ou não chega à norma. O normal se converte, assim, em um critério complexo de discernimento: sobre o louco, sobre o enfermo, o criminoso, o perverso, a criança escolar. É um critério sustentado por um conjunto de saberes e encarnado nas regras de funcionamento de um conjunto de instituições. Por isso a norma está ancorada no saber, na medida em que fixa critérios racionais, que aparecem como objetivos e, ao mesmo tempo, está ancorada no poder, na medida em que constitui os princípios de regulação da conduta, segundo os quais funcionam as práticas de disciplina⁵⁷.

É dentro desse entendimento que passamos a apresentar o enfoque de risco, que é utilizado como estratégico no Programa Saúde Integral do Adolescente.

Para compreensão do que queremos dizer, achamos oportuno reportarmo-nos aos conceitos que envolve o "enfoque de risco", os seus pressupostos, sua construção e sua aplicação na área de Saúde do Adolescente.

57 É a lógica da proibição e da transgressão à lógica da normalização e da disciplina.

Trata-se de um instrumental epidemiológico, construído sobre o conceito fundamental nessa área, qual seja, o RISCO.

O risco é entendido como "a probabilidade da ocorrência de eventos ou fenômenos ligados à saúde". Segundo Almeida Filho, 1992:130, o conceito repousa sobre três pressupostos básicos:

1º) O primeiro é a identidade entre o possível e o provável (possibilidade de um evento pode ser reconhecida na sua probabilidade de ocorrência), constituída como unidimensional, variável e, por extensão, quantificável. Desta forma, o conceito de risco traz na raiz uma proposta de quantificação dos eventos da saúde/doença;

2º) O segundo pressuposto consiste na introdução de um princípio de homogeneidade na natureza da morbidade, ou seja, as particularidades dos eventos se retraem perante uma dimensão unificadora, resultando em uma unidade dos elementos de análise propiciada pelo conceito de risco - as diferenças expressas pela singularidade dos processos concretos saúde/doença desaparecem no conceito unidimensional de risco e suas propriedades, permitindo a aproximação e apropriação próprias do discurso científico epidemiológico;

3º) Em terceiro lugar, destaca-se o postulado da recorrência dos eventos em série, implicando a expectativa de estabilidade aos padrões de ocorrência seriada dos fatos epidemiológicos (predição). Através deste pressuposto, pode-se então justificar a aplicação do conceito de risco em modelos de prevenção, propondo-se o conhecimento dos seus "determinantes" para intervir no seu processo, buscando-se a prevenção do risco. (Macmahon & Pugh, 1970)

Como pressuposto geral, tem-se que "As pessoas, famílias e grupos têm diferentes graus de probabilidade de 'desvio' de saúde e bem-estar". (OPS, 1991).

Para tornarmos mais claros esses pressupostos, transcrevemos o raciocínio epidemiológico que o enfoque de risco realiza e que é explicitado com muita propriedade por Almeida Filho, 1993, com base em Susser (1987) e em Pearce e Crawford-Brown, (1989): "o

raciocínio epidemiológico parte da observação de casos ocorridos em uma dada população, agrupa-os segundo séries de variáveis (individuais, temporais, geográficas, sócio-econômicas, culturais), analisa o que eles têm em comum, estabelece associações (potencialmente, fatores de risco), buscando explicações, tipo causalidade, para a ocorrência da patologia. Desta forma, a partir da observação de casos particulares de um determinado evento de saúde-doença, os epidemiologistas derivam inferências sobre o que terá ocorrido em outras amostras, grupos ou populações e que eventos futuros provavelmente ocorrerão naquelas populações, caso as características e condições observadas sejam mantidas. Portanto, o conhecimento epidemiológico é produzido através de um método predominantemente indutivo (Susser, 1987).

Isso quer dizer, então, que, a partir de um "padrão" de exposição encontrado numa certa quantidade (amostra considerada representativa de uma determinada população-alvo), desloca-se o estatuto de "fator de risco" para o indivíduo, caso haja uma exposição similar. Alvarenga⁵⁸, 1987, acrescenta elementos importantes quanto à construção de instrumentos (tabelas de risco) que passam a ser utilizados no plano operacional e que permitem classificar os indivíduos nas diferentes categorias que são criadas, a partir do conceito de "probabilidade". Assim,

1º) A probabilidade é medida numa escala que varia de 0 a 1, mas cujos graus (que vão do baixo ao alto risco) encontram-se exatamente nos valores intermediários;

2º) Como decorrência, a variação de probabilidade define uma gradação do risco, capaz de determinar **graus de risco** como medida de probabilidade, que permite categorizar, por sua vez, os níveis de risco (baixo risco, médio risco e alto risco);

3º) A probabilidade é função dos Fatores de Risco, que são definidos como características ou circunstâncias pessoais,

⁵⁸ ALVARENGA, A. T., 1984, em sua Tese de Doutorado (Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo), sob o título "O conceito de Risco na área materno-infantil - considerações teóricas, metodológicas e de aplicação", faz um estudo exaustivo sobre a emergência desse enfoque, sua trajetória na área da saúde, revelando seus fundamentos e suas aplicações como instrumentos de aperfeiçoamento dos processos administrativos para estabelecer prioridades.

ambientais ou sociais, dos indivíduos ou grupos, associados à ocorrência de determinado(s) dano(s) (evento/s).

Como critérios para determinação da relação causal dos fatores de risco e o evento em consideração, a autora apresenta aqueles tomados por Plaut, 1984 e Bertoni et al, 1984:

- a) precedência do fator com respeito ao dano (ou seja, a causa deve preceder, no tempo, o efeito);
- b) existência de uma forte associação do fator com o dano (dado pela estatística);
- c) consistência da associação em estudos repetidos;
- d) coerência dos resultados com o conhecimento existente;
- e) redução do dano (ocorrência), quando uma intervenção permite diminuir a exposição ao fator de causalidade.

Esse enfoque, como já nos referimos no contexto das políticas internacionais de saúde, foi enfatizado nos "Cuidados Primários de Saúde", 1978, na Conferência Internacional de Alma-Ata, como chave para a obtenção da "Saúde para todos no ano 2.000" e tem encontrado, nos últimos anos, ao lado de adeptos incondicionais, estudiosos que tem apresentado reflexões teórico-metodológicas a respeito.

Assim é que Almeida Filho, 1993, assinala que o comportamento preditivo quebra os limites do tempo e do espaço, retirando a historicidade do conceito, dotando-o de uma dimensão generalizante que denuncia um entendimento empobrecido a respeito do social, não contemplando as diferenças, a singularidade dos processos concretos de saúde e doença. O risco, no discurso epidemiológico, situar-se-ia fora do sujeito - seria uma propriedade das populações e sua referência seria coletiva. No entanto, a perspectiva individualizante das práticas de saúde tenderia a torná-lo preferencialmente um conceito auxiliar da clínica.

Esse desenvolvimento conceitual produz práticas sociais com orientações éticas muito distantes da pretensa neutralidade do discurso que fala em nome da "verdade científica". (Czeresnia, 1993).

Chauvenet, 1991, explicita bem o sentido de tal enfoque, ao dizer "Na nossa sociedade, a eventualidade é a inclusão em uma determinada classe estatística de risco dependente de uma intervenção particular.

De fato, a estatística não diz nada "sobre os casos individuais". Ela dá a lei geral, mas não a lei do determinismo em particular. Segundo os casos, a simples inclusão em uma classe de risco legitimará a intervenção social. Por exemplo, a de uma puericultura no domicílio de uma família de risco, para verificar, em nome de um programa preventivo e de necessidades bem compreendidas, que os comportamentos dos pais são normais. As mulheres grávidas, enquanto grupo de risco, serão convocadas em grupos para serem educadas: aprender o que se deve ou não fazer com uma criança, antes de serem novamente convocadas para as visitas obrigatórias pós-natais. A eventualidade é também a ausência de um comportamento voluntário e intencional, tal como o exige a lei penal para imputar a infração penal ao autor de um delito; é a premeditação, em função da origem de um destino desviante em relação à origem normal (pela hereditariedade biológica, pelo trauma ou simplesmente pela origem social), que justifica uma intervenção social. (p.45).

Apresentados, de forma resumida, os fundamentos do enfoque de risco e o seu significado, vejamos como se dá a sua aplicação no Programa Saúde Integral do Adolescente, que permite, mais concretamente, ter noção da abrangência desse instrumental e suas

implicações, dentro de um projeto de normalização/moralização de sujeitos.

Em Informe de uma Reunião Regional sobre Saúde do Adolescente⁵⁹, realizado em Montevideu, 1991, pela OPS/Programa de Saúde Materno-Infantil (OPS, 1991), o enfoque de risco é apresentado como uma "tecnologia complexa de processo", que se baseia nas seguintes premissas:

- a) *As pessoas, famílias e grupos têm diferentes graus de probabilidade de desvio de saúde e bem-estar. Isto significa que a distribuição de esforços e recursos deve ser proporcional às necessidades (equidade).*
- b) *Os fatores que determinam os níveis de saúde, bem-estar e desenvolvimento de crianças e adolescentes são numerosos e, amiúde, inter-relacionados. Seu controle (fatores de risco) ou promoção (fatores protetores) requerem o esforço participativo de setores, disciplinas, profissões e das próprias pessoas.*
- c) *O enfoque de risco, se é aplicado de forma apropriada, constitui uma metodologia efetiva para adequar os requerimentos organizacionais e administrativos e o uso ótimo e apropriado de tecnologias às necessidades de saúde e bem-estar dos adolescentes. (p.11).*

Na ausência de um documento oficial da OMS/OPS, acerca do Enfoque de Risco, na área da Adolescência, recorremos a publicações que foram divulgadas, através de sua distribuição, pela OPS, em cursos de capacitação de multiplicadores docente-assistenciais em Saúde Integral do Adolescente, realizados na Faculdade de Saúde Pública da USP, em São Paulo, e que podem ser consideradas produtos do processo de implementação e implantação do Programa em diferentes locais.

⁵⁹ No plano de Ação sobre a Saúde do Adolescente nas Américas, o enfoque de risco é apenas referido como um dos enfoques integradores a serem utilizados, ao lado do enfoque familiar, enfoque comunitário e ecológico, sem maiores detalhamentos.

Uma dessas publicações, coordenada por Eisenstein e Souza, 1993: "Situações de Risco à Saúde de Crianças e Adolescentes", que contou com o apoio de integrantes da coordenação do Programa de Saúde Materno-Infantil da OPS e da UNICEF, entre outros, traz, como primeiro capítulo, a conceituação de risco, fatores de risco, comportamento de risco, situação de risco, fatores de proteção e avaliação e intervenções.

Por essas razões e pelo exame efetuado de seu conteúdo, reconhecemos como material conceitual que se identifica com a orientação do Programa e, assim, dele extraímos os conceitos presentes, relacionados ao risco. Inicialmente, o *risco* é conceituado como **"probabilidade da ocorrência de algum evento indesejável"** (p.18), no que já se diferencia daquele colocado pela epidemiologia, que a considera **"probabilidade da ocorrência de eventos ou fenômenos ligados à saúde"**. Ao colocarem o evento **"indesejável"**, já supõe uma categoria valorativa, de negatividade. Em seguida, conceituam **"fatores de risco"** como **"elementos com grande probabilidade de desencadear ou associar-se ao desencadeamento de um determinado evento indesejado, ou maior chance de adoecer ou morrer"**. Fazem uma chamada ao fato de que **"usualmente, não existe uma relação direta e fechada entre um fator de risco e um determinado evento, existe sim, uma associação de causas e efeitos múltiplos que interagem no aumento da probabilidade ou desencadeamento do evento"** (p.18), o que indica teoricamente um avanço em relação aos conceitos inicialmente adotados pela Epidemiologia clássica que praticamente procedia a uma leitura linear de causa-efeito.

Aqui, é interessante um novo conceito que surge na área da adolescência que se refere a **"comportamento de risco"**. Este é conceituado como **"qualquer alteração da conduta, ou atuação repetida e fora de determinados limites, que possa comprometer ou desviar o desenvolvimento psicossocial normal, durante a infância e a adolescência, com repercussões danosas à vida atual e futura"**. Novamente se faz presente nesse conceito o seu teor valorativo, a ponto de indagarmos: o que seria conduta fora de determinados limites? que limites seriam esses e quem os estabeleceria? **"Desviar o**

desenvolvimento psicossocial normal" pressupõe-se, aqui, a idéia de um processo evolutivo dentro de um padrão, uma direção, que foi por nós bastante comentada quando da análise da visão paradigmática biomédica da adolescência, poupando-nos de repeti-la novamente.

Esse último conceito - **"comportamento de risco"** - é marcante para o Programa de Saúde Integral do Adolescente, uma vez que os problemas ressaltados como problemas específicos de Adolescentes na América Latina e Caribe são constituídos por aqueles decorrentes de comportamentos dos sujeitos, ligados à Saúde Reprodutiva - gravidez, aborto, maternidade, doenças de transmissão sexual -, a acidentes e demais causas externas relacionadas à violência - acidentes de trânsito, homicídios, suicídios - e os ligados ao consumo de substâncias - drogas ilícitas, álcool, tabaco. Essa relação: **comportamentos - saúde** não é explicitada no Plano, mas é sugerida em todo o seu desenvolvimento, quando da referência a cada problema específico e às respostas que caberiam a cada um deles, conforme pudemos apreender em frases/passagens, no decorrer do discurso. Assim, na página 6 (OPS, 1992), ao se referirem aos problemas relacionados com o processo reprodutivo, apontam, além da necessidade de estabelecer adequados programas de controle da gravidez, assistência ao parto e puerpério (...) **"considerar a prevenção da gravidez não desejada através de atividades de educação sexual e de planejamento familiar e do controle de doenças transmitidas sexualmente"**.

Mais adiante, aparece: "O adiantamento da menarca observado na Região é um fator biológico, acompanhado de atitudes e comportamentos em relação ao sexo oposto, que podem conduzir a um exercício precoce da sexualidade..." (p.8) (que pode dar, como consequência, as gravidezes, abortos e nascimentos de crianças, assim como a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis).

Além disso, três dentre as quatro metas colocadas para o Programa - a) incremento da capacidade de auto-cuidado; b) promoção da ajuda mútua; c) promoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis - mostram o quanto a proposta está centrada em trabalhar **comportamentos** de adolescentes.

A relação: **comportamento - saúde** é destacada no Relatório da 42ª Assembléia Mundial de Saúde - A Saúde dos Jovens, (OMS, 1989), sobre cujas bases se sustenta o Programa de Saúde Integral do Adolescente. Nos Debates Técnicos, aparece: **"A saúde como resultado do comportamento foi amplamente debatida" ... (...) "A saúde é uma função da relação: saúde - comportamentos - afins"**⁶⁰ ... (...) *A maioria dos comportamentos comprometidos com a saúde preenchem funções importantes para uma pessoa jovem; e isso compreende manifestação de oposição à autoridade do adulto e à sociedade convencional. A lição dessa consideração foi a de que as informações, por si só, não são capazes de mudar determinados comportamentos" ... (...) os comportamentos de risco para a saúde estão inter-relacionados, constituem uma síndrome. O necessário, portanto, é promover estilos de vida especialmente saudáveis*" OMS, 1989 (p.15).

No que diz respeito a Temas e Conclusões da Assembléia, uma das conclusões foi que (...) *"Os comportamentos - problema estão freqüentemente inter-relacionados. Exemplo: uso do tabaco, que aumenta excessivamente o risco de doença em uma vida futura, e do álcool e outras drogas, os quais estão freqüentemente associados a acidentes e lesões, bem como a doenças graves, a longo prazo".* (p.22). (...) *"o comportamento suicida e a violência parece, também, estar-se elevando entre os jovens".* (p.22).

Quanto às ações necessárias para promover a saúde dos jovens, que, ao parecer dos participantes da referida Assembléia, são aparentemente simples - *"desenvolver boa alimentação, capacidade de relações sadias com seus pares, com o sexo oposto, com seus familiares e outros adultos, afastar-se dos riscos de uma gravidez precoce e de uma paternidade antes da idade adulta, livre de infecções, desenvolver bons hábitos de higiene, capacidade de explorar e conhecer seus mundos, sem se exporem em demasia aos riscos e lesões, isentos do uso abusivo*

⁶⁰ O Comitê de Expertos de la OMS en Necesidades de Salud de los Adolescentes, reunido em 1976 (OMS, Série de Informes Técnicos 609/1977), contemplou um capítulo na abordagem dos "Problemas do comportamento relacionados com a saúde" - P.20-22 -, anunciando nesse momento as características que deveriam apresentar um Programa para Adolescentes, na linha dos princípios de Alma-Ata. Recomenda, ainda, a intensificação de investigações sobre "os modos de comportamento que constituem o denominador comum dessas causas (dos problemas específicos).

de tabaco, álcool e outras drogas e contribuir ao bem-estar dos demais e da comunidade" (OMS, 1989:24) - só isso dá a dimensão do projeto normalizador, que é colocado como **"monitoramento contínuo voltado para o desenvolvimento saudável dos jovens, inseridos no contexto sócio-cultural"** (p.30).

Os pontos assinalados em **Ações Necessárias**, da 42ª Assembléia Mundial de Saúde, permitem-nos traçar o "perfil" do adolescente/jovem desejado/normal tomado como padrão no Programa de Saúde Integral do Adolescente, qual seja:

- adolescente bem nutrido;
- com boa capacidade de relacionamento com seus pares, com o sexo oposto, com seus familiares e com outros adultos;
- que faça uso seguro da sexualidade, evitando uma gravidez e paternidade precoces; mediante o uso de medidas necessárias, também para evitar infecções (sobretudo as transmitidas sexualmente);
- que tenha bons hábitos de higiene;
- que não se exponha a riscos;
- que não abuse do tabaco, do álcool e outras drogas;
- que contribua para o bem-estar dos demais e da comunidade.

Finalmente, nas **Recomendações** para o Setor Saúde, consta:

1) superar a inércia e a falta de ação (...), chamando a atenção para conscientizar o pessoal de saúde acerca da **"associação da saúde com os comportamentos de risco"**.

2) **"relativamente a essas deficiências e condições associadas ao que se denominou estilo de vida, há a necessidade de criar uma conscientização entre os profissionais e legisladores da área da saúde, sobre a importância e a relevância das mudanças**

de comportamento na infância e na adolescência para a subsequente saúde do adulto..." (OMS, 1989:41).

A recomendação para o Setor **Educação** é que, dentro das escolas a **"educação para a vida familiar"** seja integrada através de todo um curriculum (...) envolvendo ativamente os jovens ..." (p.46). Além disso, recomendam um trabalho junto a locais que congregam jovens (clubes, locais de trabalho, centros religiosos ou até mesmo na rua), considerando a parcela da população jovem que não frequenta a escola (p. 47).

Que exemplo mais concreto para assumir o Programa de Saúde Integral do Adolescente como um projeto pedagógico, ético e legislador? De fato, isso quer dizer, assumir com todas as letras, o que o próprio Relatório da 42ª Assembléia apresenta como **"monitoramento contínuo voltado para o desenvolvimento saudável (para quem?) dos jovens, inseridos no contexto sócio-cultural"** - é controlar, disciplinar a vida dos adolescentes segundo os valores ali colocados. E essa conclusão se reforça diante da explicitação no Plano de Ação sobre Saúde Integral do Adolescente nas Américas, de que **"Uma tarefa central dessas instituições (família, escola, serviço de saúde, igreja, grupo de pares, centros recreativos, desportivos, etc.) em relação com o processo de socialização é transmitir às novas gerações as normas ou valores sociais sancionados pelo grupo humano a que pertence. Na adolescência se inicia a consolidação de desenvolvimento espiritual, conformado pelo sistema de critérios e crenças, com base nos quais, as pessoas percebem, avaliam e enfrentam situações de conflito psicológico ou com implicações éticas, condicionado, também, pela crescente capacidade de apreciar a natureza humana em suas várias dimensões, a natureza em geral e a beleza das diferentes manifestações"**. (OPS/OMS, 1992).

A esta altura, há que se perguntar: O Programa de Saúde Integral do Adolescente se propõe a dar cobertura universal aos adolescentes/jovens da América Latina e do Caribe? Ou existem destinatários determinados para os quais se direciona o trabalho proposto? E o que isso tem a ver com o Enfoque de Risco?

Comecemos por esta última pergunta. O enfoque de risco só tem sua aplicação em relação a algum problema determinado, seja uma doença, um "problema" psicossocial, como tentamos mostrar através de seus fundamentos, seu raciocínio.

Nesse sentido, quando nos referimos a um grupo de risco, temos que nos indagar: em relação a quê? Quando dizemos que tais e quais adolescentes constituem um grupo de risco, ele o é em relação a alguma coisa.

No entanto, no que diz respeito a adolescentes/jovens, o Plano não o explicita e, assim, recorremos ao Informe da 42^a Assembléia Mundial de Saúde, que nos forneceu uma pista, a qual levamos em conta para entender o processo de construção do discurso sobre adolescentes de/em risco, qual seja: **"... os comportamentos de risco para a saúde estão inter-relacionados, constituem uma síndrome"** (OMS, 1989:15). A partir daí, recorremos à produção da OMS - documentos anteriores que se relacionassem a Adolescentes/ Adolescência. Chamou-nos atenção o fato de a maioria dos documentos, referenciados no Plano de Ação sobre Saúde do Adolescente para as Américas - Saúde Integral do Adolescente, referirem-se a problemas específicos - das 59 referências, 30 dizem respeito a estes problemas: 16 referem ao processo reprodutivo (gravidez, parto, fecundidade, planejamento familiar); 11 tratam do abuso de substâncias psicoativas (álcool, tabaco, substâncias psicotrópicas) e 3 a acidentes/maltratos. Isso não quer dizer que os demais, que aparentemente tratam de temas mais gerais em relação a Saúde dos adolescentes/jovens, deixem de enfatizar problemas, mas de qualquer forma, esse fato ajudou-nos a fazer o percurso inverso em relação às publicações da OMS/OPS. De fato, ao nos reportarmos aos Informes de "Comitês de Expertos", ou grupos de estudos, Assembléias Mundiais e Publicações Científicas, visualizamos que em torno dos problemas selecionados - tabaco, álcool, substâncias psicotrópicas, fecundidade, gravidez e outros temas, ligados a Adolescentes tinha havido um caminhar solitário, já utilizando o enfoque de risco, ou seja, a determinação do grupo de risco em relação a cada um deles.

A título de exemplos,

a) em relação à **gravidez em adolescentes**, constam como fatores de risco que aumentam as probabilidades: *“nível sócio-econômico baixo, instabilidade familiar, gravidez de uma irmã adolescente, mãe com história de gravidez adolescente, situação social carente de oportunidades reais de progresso e evolução, ignorância de sua própria fisiologia e do uso correto de contraceptivos”*. (OPS, 1985)

b) em relação ao **suicídio**, constam como fatores de risco: *“adolescentes com problemas psiquiátricos sérios, consumo de drogas ou de álcool, tentativas anteriores, situações familiares traumáticas, antecedentes de suicídio na família, incremento das demandas impostas pela sociedade, etc.”* (OPS, 1985, op.cit.:19)

c) a **delinqüência juvenil** é apresentada como tendo por fatores de risco:

1. Fatores pessoais e familiares:

- *lares destruídos onde a atitude dos pais para com seus filhos é de crueldade, descuido, ridicularização, de hostilidade mútua e de manifestação de rejeição.*

2. Fatores sociais:

- *vida em ambiente de extrema pobreza, a grande mobilidade geográfica e social, carência de laços afetivos com outras pessoas ou instituições, a pertinência a minorias étnicas ou raciais, a vida em bairros que oferecem facilidade para desenvolver contatos com bandos de delinqüentes e finalmente, o desemprego.*

Da mesma forma, estudos de outros problemas foram identificando os fatores de risco correspondentes. De fato, posteriormente à Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde - Alma Ata, 1978, já na década dos 80, reconhecemos as repercussões também no encaminhamento das questões relacionadas à Adolescência, no sentido de visualização de estratégias diferentes para

atender aos princípios ali adotados - universalização da assistência a custos que os países fossem capazes de arcar, valorizando a utilização do enfoque de risco como instrumento estratégico. Assim é que o Grupo de Estudo da OMS acerca dos jovens e a "Saúde para todos no ano 2000", reunido em 1984, (OMS, 1986), apresenta uma proposta de definição do grupo de alto risco entre adolescentes, que sugere, no nosso modo de entender, que os fatores de risco anteriormente identificados para cada problema específico passaram a ser considerados em conjunto, a partir do reconhecimento dos pontos comuns entre eles e de suas inter-relações, não implicando, entretanto, o desaparecimento daqueles específicos de cada problema. O grupo de **alto risco** proposto seria constituído por aqueles que *"pertencem a minorias sociais, religiosas ou étnicas, que sofreram perdas significativas, incluindo dor pela morte de um parente, um lar destruído ou a rejeição por seus pais; as pessoas institucionalizadas; as que sofrem algum impedimento físico ou intelectual devido a doenças crônicas, as que têm pais que sofrem de doenças físicas ou mentais crônicas, as vítimas de abuso físico, emocional ou sexual; as que carecem de lar ou emprego, ou são muito pobres; as adolescentes grávidas ou as adolescentes com filhos"*. (OMS, 1986: 59)

É ainda esse Grupo de Estudo que alerta que o *"enfoque que se limite a efetuar advertências sobre fatores de risco e sobre modelos específicos de mudança de comportamento, não é adequado para promover estilos de vida mais saudáveis"*. (p.116) (...), salientando a importância da participação ativa dos jovens no processo.

Essa tendência já é notada em 1985, quando a OPS, na publicação "La salud de los adolescentes y jóvenes en las Américas - un compromiso con el futuro", considera que *"as políticas e os programas para a juventude devem ter um caráter global e integral e estarem em acordo com aquelas (políticas) dirigidas às crianças e suas famílias. A efetividade dos mesmos aumentará, quanto maior seja a participação dos jovens em seu desenho e sua implementação"*. Essa definição teve por base a consideração de que *"os problemas da juventude não se produzem isoladamente, mas são uma manifestação dos problemas que atingem a sociedade em que estão inseridos"*. (OPS, 1985:33). Explicita, ainda, o propósito de que *"estas ações devem promover o ótimo estado*

de saúde dos jovens, facilitar a integração nas sociedades nacionais dos segmentos populacionais excluídos, para tornar menos traumática a inserção sem discriminação da mulher nos setores educacionais e de trabalho e promover o processo de desenvolvimento das sociedades em uma sociedade panamericana de cooperação, paz e progresso. (p.35)

A partir dessas definições, que posteriormente foram consubstanciadas na 42^a Assembléia Mundial de Saúde, 1989, no sentido de abordar de forma global e integral a Saúde dos Adolescentes, temos a confirmação de que os "comportamentos-problemas" passaram a ser vistos em suas inter-relações, assim como o foi a idéia de "grupo de alto risco", não sob esta denominação, mas na forma que segue. *"Ainda que todos os jovens necessitem de orientação adequada, apoio e oportunidades de desenvolvimento, alguns grupos requerem auxílio especial: mulheres jovens, particularmente nas áreas rurais, os despossuídos, os oriundos de grupos minoritários em suas sociedades, os imigrantes, os violentados sexualmente, aqueles empregados como mão-de-obra bem antes de estarem preparados para tal e aqueles sem lares ou famílias que vivem nas ruas de nossas sociedades". (OMS, 1989:22)*

Concluiu, ainda que, *"no auxílio aos jovens com dificuldades, uma abordagem holística, que vise o indivíduo e não particularize os problemas, parece ser o modo mais eficaz de amparar a saúde". (idem:23)*

Estas definições da 42^a Assembléia Mundial da Saúde, indicam o direcionamento da Saúde Integral do Adolescente voltada prioritariamente a **adolescentes que vivem em condições de pobreza**, tomando isso como forma de responder ao desafio, qual seja *"a redução da desigualdade de oportunidades das crianças, adolescentes e jovens e suas famílias, assim como a desigualdade em oportunidades por gênero". (OPS, 1992:12)*

Essa nossa interpretação é reforçada, quando nos reportamos a um dos marcos políticos, sob o qual se orienta o Programa de Saúde Integral do Adolescente, qual seja, *La Cumbre Mundial en*

*Favor de la Infancia*⁶¹, realizada em setembro de 1990, onde representantes de governos elaboraram a Declaração Mundial e Plano de Ação da Cúpula Mundial pela Criança.

A UNICEF explicita que *"fala em nome da maioria que designa o seu mandato - os menores de 18 anos e as mulheres em idade fértil"*.

Além disso, concede prioridade aos mais desprotegidos, *"motivado tanto por critérios éticos em defesa dos mais fracos, como por razões práticas para a promoção de melhor qualidade de vida: as mães e as crianças são recursos humanos- chave para a transmissão intergeracional do desenvolvimento sustentável. E acrescenta: "a saúde, a educação e o desenvolvimento integral da infância são elos da mesma cadeia, sem cuja engrenagem não funciona o mecanismo geral do desenvolvimento humano. A ruptura de qualquer desses elos, seja devido à doença, à desnutrição, fracasso escolar ou marginalização social, detém a ação deste mecanismo e gera um processo regressivo de transmissão intergeracional de pobreza"*. (UNICEF, 1992:4)

Assim, mais adiante, em termos de políticas a curto prazo, *"confere prioridade aos grupos de população com maiores déficits sociais, que são também os que reproduzem a transmissão intergeracional da pobreza. As famílias mais pobres são as que registram taxas mais altas de fecundidade, índices mais altos de morbidade e mortalidade materno-infantil associados, maiores níveis de desnutrição e taxas mais altas de fracasso escolar. Entende que esta seqüência de nascimento demasiadamente prematuros, numerosos, pouco espaçados ou demasiadamente tardios, saúde debilitada, desnutrição crônica e baixo rendimento escolar, significa, comumente, desemprego ou atividades informais de baixa produtividade e, conseqüentemente, marginalização econômica, desagregação familiar e exclusão social"*. Com esse quadro, *"ao lado de aplicação de políticas estruturais para erradicar a pobreza, coloca que a forma mais eficaz de quebrar este círculo vicioso, é concentrar inicialmente os esforços e os recursos do núcleo original: à assistência materno-infantil. (...) Os principais destinatários das metas*

61 Esse evento ocorreu por iniciativa das Nações Unidas e coordenada pela UNICEF, com a adesão de 114 países. A UNICEF considera crianças todos os menores de 18 anos, razão pela qual os adolescentes estão aí incluídos.

não são apenas os mais pobres, são também os menos influentes".
(p.15).

Com isso, parece ficar claro quem são os reais destinatários do Programa de Saúde Integral do Adolescente - **Adolescentes que vivem em condições de pobreza, assim como suas famílias**. Os adolescentes, apresentados, à primeira vista, como seres genéricos, abstratos, na verdade, ocultavam, sob essa aparência, sujeitos concretos, bem definidos. A recorrência do argumento de que os recursos para a Saúde são escassos havendo necessidade de seu uso racional em serviços, programas, presente em praticamente todos os documentos, apenas fortalece esse direcionamento.

Feito esse reconhecimento, o "enfoque de risco", pela sua operacionalização, permite/induz a pensar e enquadrar os adolescentes, que vivem em condições de pobreza, na categoria de grupo social **"sob suspeita"**, na medida em que passa a estabelecer a relação: **pobreza-comportamento de risco**, que equivale a dizer, "desviantes" ou potencialmente "desviantes" da norma.

Passetti, 1994, retrata bem o que isso significa, ao dizer que a nossa tradição intervencionista na questão do atendimento a crianças e adolescentes, funda-se constantemente em teses econômicas como justificativa para a atuação, visando à integração social dos futuros cidadãos. "Miséria" ou "pobreza" são termos designativos para legitimar a atuação do Estado (e suas instituições) neste campo, tanto no que tange às ações relativas ao abandono, quanto, por decorrência, à infração. (Nesse caso, vamos tomar infração, não em seu sentido jurídico, mas no seu sentido correlato de sócio-penal).

Revela-se, aqui, aquilo que Foucault, 1975, tão bem soube expressar: *"A arte de punir, num regime de poder disciplinar, não visa nem à expiação, nem mesmo exatamente à repressão. Ela coloca em ação cinco operações bem distintas: referir os atos, as realizações, as condutas singulares a um conjunto que seja, ao mesmo tempo, campo de comparação, espaço de diferenciação e princípio de uma regra a seguir. Diferenciar os indivíduos, uns com relação aos outros e, em função desta norma, de conjunto - quer se a faça funcionar como um limiar mínimo, como uma média a respeitar ou como um **optimum** do qual deve-se estar*

próximo. Medir em termos quantitativos e hierarquizar em termos de valor as capacidades, o nível, a 'natureza' dos indivíduos. Pôr em jogo, através dessa medida 'valorizante', uma coação em direção a uma conformidade a ser realizada. Traçar, enfim, o limite que definirá a diferença com relação a todas as diferenças, a fronteira exterior do anormal (...). A penalidade perpétua que atravessa todos os pontos e controla todos os instantes das instituições disciplinares compara, diferencia, hierarquiza, homogeniza, exclui. Numa só palavra: normaliza". (p.185)

Nesse sentido, estamos entendendo os Serviços de Saúde como **"serviço de controle"**, tal como define Singer, 1981:

"Serviços, cuja finalidade é evitar que contradições, seja no plano econômico, social ou mesmo natural, venham a perturbar a produção ou o consumo de bens (materiais e imateriais) dentro da ordem constituída. Tais contradições podem provir do contato com o meio natural (como se originam muitas das enfermidades) ou do relacionamento dos homens entre si (que originam choques sociais, transgressões dos códigos de conduta, enfermidades mentais). Os serviços de controle atuam sobre essas contradições preventivamente - alterando o meio natural hostil ao homem, ajustando o indivíduo às normas do grupo - ou corretivamente - curando, punindo, reprimindo." (p.13)

Na saúde, esse aspecto é bastante analisado na literatura, sendo sabido que esse poder de controle veio sendo, historicamente, exercido pelos Serviços de Saúde, em especial pela Medicina, sendo conhecida a sua intervenção, como tal, sobretudo no século passado: primeiro, em nome da higiene pública e depois, em nome da higiene moral⁶², quando profissionais da saúde (médicos), dentro de um projeto que fazia parte de uma tecnologia de gestão do espaço social e da vida dos indivíduos, invadiram o interior das famílias, até então, do âmbito da esfera privada, para intervir nos costumes e hábitos familiares, em suas relações internas, baseando o controle familiar no assessoramento da infância e no controle da mortalidade e natalidade, atribuindo à mulher o

⁶² A respeito desse assunto, ver Machado, R. *Danação da norma*, Rio de Janeiro, Graal, 1978 e Costa, J.F. *Ordem médica e norma familiar*, Rio de Janeiro, Graal, 1983.

papel de agente familiar do projeto médico de proteção à infância, num primeiro momento, construindo, com isso, um discurso sobre a condição feminina, reduzida aos papéis de mãe e esposa; num segundo momento, dentro do projeto político de organização da sociedade (sociedade capitalista), passa a intervir diretamente sobre a formação de individualidades, de adestramento e socialização dos corpos para aumento da produtividade; é quando a psiquiatria se constitui em uma nova modalidade de higiene - a moral -, intervindo no nível dos sentimentos, emoções e paixões. (Birman, 1979)

Singer, 1981, explica que as contradições às quais os serviços de controle são chamados a controlar, no sentido de as prevenir, suprimir ou manipular, são produzidas pela dinâmica social, sendo reconhecidas como "problemas" pelo consenso dos grupos dominantes da sociedade e que se transformam em demanda pela atividade de um ou outro serviço de controle, mediante a atuação de especialistas que integram tais serviços.

Desta forma, nesse projeto normalizador, os serviços de saúde constituem um serviço de controle, que se insere entre o indivíduo e o Estado, entre o indivíduo e a natureza e entre o Estado e a natureza, como assinala Singer. Para o Estado, diz o autor, *"os serviços de saúde exercem atividades de controle sobre o indivíduo enquanto cidadão e enquanto membro da força de trabalho, fundamentalmente, porém estão sendo solicitados cada vez mais pelo Estado para julgar e reprimir condutas individuais desviantes do que é considerado norma, como é o caso do consumo de tóxicos ou dos comportamentos contrários à moral sexual vigente. Finalmente, essas múltiplas atividades dos serviços de saúde são consideradas congruentes, na medida em que contribui para a preservação da ordem social, inclusive ao propor alterações adaptativas da mesma. Nessa medida, ao produzir saúde, os serviços de saúde produzem condições materiais e psicológicas indispensáveis ao desenrolar da vida política, social e econômica em determinados moldes"*. (Singer, 1981:37)

É nesse sentido que a problemática de adolescentes, apesar de reconhecida na literatura, como caracteristicamente psicossocial, mais do que uma questão médica, no raciocínio paradigmático biomédico, ela é medicalizada (entendida em sentido

amplo, como questão de saúde), sendo transformada em demanda para os serviços de saúde, atribuindo-se-lhes o controle social daqueles (adolescentes).

Coincidentemente, hoje, parece estarmos revisitando o final do século passado, início deste, quando, tomando a criança como alvo de proteção, a vida privada foi invadida, em nome da higiene e posteriormente, em nome da eugenia, determinando/ditando normas de existência e coexistência, atribuindo, em última análise, à mulher, o papel de “agente” do poder disciplinar em sua unidade familiar; não bastasse isso, a mulher foi sendo conformada a determinadas funções, adscritas ao âmbito doméstico, como mãe, esposa e “rainha do lar”, como se fossem “naturalmente” determinadas, em função de sua constituição biológica, apenas. Graças a isso, legitimou-se, em nome do conhecimento “científico”, no caso a medicina, a intervenção sobre a mulher (e a família) no uso do seu corpo - a sexualidade - que passa a ser moldada pelo poder -, seja reprimindo, seja estimulando para controlar, através de uma série de práticas sociais/religiosas que vão se instalando como refinamento das técnicas de dominação, como é o caso dos “rituais confessionais”, a que se refere Foucault em sua obra ***“História da Sexualidade”***, 1993.

De fato, o discurso de Saúde Integral do Adolescente, no que diz respeito aos problemas ligados à sexualidade - atividade sexual precoce e sem proteção, gravidez, aborto, maternidade precoce, - um dos mais, senão, o mais enfatizado conjunto de problemas, dentre aqueles que *“decorrem”* do comportamento, sugere encobrir um projeto para regular seu exercício (sexualidade), utilizando-se do argumento médico sobre os prejuízos que uma atividade sexual sem proteção pode acarretar à saúde da adolescente e, (no caso de chegar à maternidade), à saúde de seu filho. Em ***“tabelas de risco”***, utilizadas por profissionais da saúde para incluir, ou não, uma mulher grávida no grupo de alto risco, a idade (menores de 18 anos) é um dos fatores de risco que delas constam. A justificativa que anteriormente era taxativa, entre os médicos toco-ginecologistas, era a de que, por estar em fase de formação, do ponto de vista, de *“crescimento”* e desenvolvimento, o risco de as adolescentes virem a ter problemas, seja antes ou durante o parto, era maior em relação às mulheres das faixas etárias acima; nesse sentido,

dados estatísticos eram apresentados como a comprovação de que a mortalidade materna era maior nessa faixa etária, assim como a perinatal, estabelecendo-se associações entre baixa idade da mãe e baixo peso ao nascer de seus filhos, por exemplo. Hoje, entretanto, com o adiantamento da menarca, como tendência mundial, em que a adolescente passa a adquirir, cada vez mais cedo, a condição de “*maturidade ginecológica*” e, portanto, condições para gerar um filho, aquela discussão passa a estar presente na literatura, sugerindo-se a revisão do critério biológico, a tal ponto que, as análises referentes a esse aspecto, revelam estar caminhando no sentido de antecipar o limite, ou seja, dos 18 anos para os 15 anos de idade. Nos estudos da área reprodutiva em adolescentes, verificamos que, grande parte deles apresentam a divisão dessa faixa etária em dois grupos: um de menores de 15 anos e outro de 15 a 19 anos. É interessante notar que os argumentos que hoje são apresentados tendem a ser mais de ordem psicossocial, do que biológica, havendo aqueles que, a partir de dados empíricos, vêm demonstrando que, mais do que o fato de serem adolescentes, o peso maior na morbi-mortalidade do grupo deve-se às condições de assistência médica (qualidade) ou às condições de acesso aos serviços e ao tipo de assistência necessários⁶³.

Nesse sentido, também na área de demografia, vem-se verificando a necessidade de revisão de determinados critérios que orientam estudos nessa direção.

Os argumentos psico-sociais, principalmente ligados a adolescentes que vivem em condições de pobreza, estão presentes no discurso de Saúde Integral do Adolescente e nos documento de outras agências da Nações Unidas, sob cujas políticas está inscrito oficialmente (caso UNICEF) ou tacitamente (caso da FNUAP - Fundo das Nações Unidas para Assuntos de População). Apresentamos alguns desses argumentos:

⁶³ Vários trabalhos têm sido apresentados nos últimos Congressos Brasileiros sobre Adolescência relatando os achados e análises efetuadas; além disso, trabalhos acadêmicos (dissertações de mestrado, teses de doutorado). Indicamos a leitura dos Anais dos últimos Congressos e Trabalhos Acadêmicos, dentre eles, o de Moura, J.V.C. *Gravidez na adolescência*. São Paulo, 1991 [Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

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

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

A OMS, 1985, através de sua resolução WHA 38.22 - “Embarazo adolescente”, trata da questão quanto aos “desastrosos efeitos globais e as conseqüências sanitárias, educacionais, econômicas e sociais das gravidezes em adolescentes”. (OPS, 1991:5)

Em muitos momentos, o discurso sobre a sexualidade parece se confundir com o discurso presente nas políticas populacionais, no que se relaciona à necessssidade de regular a fecundidade de mulheres em países “pobres” e que, na Saúde transparece, em parte, através das ações de “planejamento familiar”. Isso pode ser percebido, quando a OMS/OPS, ao apresentar o “diagnóstico” sobre as condições de adolescentes na América Latina e Caribe, inclui os aspectos demográficos como um de seus elementos e reitera a importância da magnitude da população adolescente na Região, seguida de sua preocupação/apreensão frente às projeções que se fazem, relacionadas ao seu incremento para o ano 2000. Mais do que isso, quando a UNICEF explicita a sua preocupação com a “transmissão intergeracional da pobreza”, como obstáculo ao desenvolvimento sustentado dos países da América Latina, conforme já colocamos anteriormente, propondo que ações de planejamento familiar sejam desenvolvidas na assistência materno-infantil, essa idéia de controle da natalidade (regulação da fecundidade visando à diminuição) parece estar presente. A reprodução social da pobreza aparece como preocupação central, à qual se subordina a reprodução biológica (social) de adolescentes que vivem naquela condição. Isso pode ser melhor apreendido em publicação da OPS, 1985, em que são apresentados resultados de um estudo de Silber, 1984, seguidos de análises do autor segundo as quais, “a gravidez adolescente tem sido chamada **“Porta de entrada do ciclo da pobreza”**,

a partir da constatação de que: a) diversos estudos demonstram que as possibilidades de pobreza para as adolescentes que têm um filho são sete vezes maiores do que para adolescentes não grávidas; b) as possibilidades de divórcio ou separação de seu companheiro são três vezes maiores para as adolescentes que tiveram um filho e os salários que receberão até o final de suas vidas serão consideravelmente inferiores aos das adolescentes não-grávidas". Selando o destino de adolescentes que vivem em condições de pobreza que venham a se engravidar, esse tipo de argumento tende a se generalizar como uma "verdade científica", baseada em dados empíricos (coletados em uma determinada realidade).

Essa idéia de relacionar **pobreza - planejamento familiar/redução da fecundidade** aparece também em outras publicações da OPS, dentre as quais, em "*Salud Maternoinfantil y atención primaria en las Américas*" (OPS - 1984), em especial no texto de SOLIS, que afirma: "A alta fecundidade, a gravidez em idades extremas da vida, sobretudo em adolescentes, e os problemas sócio-econômicos, tais como o desemprego e os baixos níveis educacionais, continuam impedindo o completo desenvolvimento do potencial das mesmas.

"(...) Esse fenômeno demanda, por sua vez, medidas e atividades especiais para tratar com eficácia os problemas de saúde das crianças e das mulheres nos setores urbano-periféricos (p. 181) (...) "Paradoxalmente a cobertura e a prevalência de uso dos métodos de planejamento familiar, como dos outros serviços, é amiúde baixa nas zonas urbanas e periféricas, onde radicam os núcleos de população mais necessitados de tais serviços". (p. 182)

Essa ênfase da OPS em saúde reprodutiva, relacionada com a questão populacional assume maior visibilidade, com o esclarecimento que o autor, acima referido, propicia, ao dizer que, "*(...) desde 1969, a OPS e o Fundo das Nações Unidas para Atividades em Matéria de População (FNUAP) têm levado a cabo atividades conjuntas de desenvolvimento de Programas em nível inter-regional, regional e de países e, desde 1971, a OPS tem atuado como o organismo executor dos projetos de saúde materno-infantil e de planejamento familiar,*

patrocinados pelo FNUAP e posto em prática em 23 países da Região pelas autoridades nacionais". Acrescenta que, "na atualidade o enfoque de planejamento familiar, como um serviço de saúde e um direito, tem substituído o enfoque puramente demográfico da década 1970-79, e a cooperação entre ambas as organizações tem refletido essas mudanças". Entretanto, diz o autor, "não se deve passar por alto, de nenhuma maneira, o efeito demográfico que as atividades de planejamento familiar e as mudanças no comportamento reprodutivo determinam na dinâmica demográfica" (p. 189). Tal explicitação apenas vem confirmar a nossa hipótese de que a parceria interagencial representa a confluência de interesses/intenções, dentro de um projeto maior, no âmbito de políticas internacionais, a que já nos referimos em outros lugares desse trabalho.

E o interessante, dentro disso tudo, é que o planejamento familiar se faz em nome da Saúde Pública, estabelecendo-se, aparentemente, dentro de um princípio neutro e universal, como se as famílias decidissem e o sistema (público ou privado, mas sempre autorizado pelo Estado) fornecesse os instrumentos e prestasse os serviços requeridos, no dizer de Pena, 1991. Esta prossegue, dizendo que *"o planejamento da reprodução, estranha mistura de sexo com boas maneiras, deve ser encarado como locus de encontro de duas ordens: a do Estado e sua vontade, de definição das mulheres que estão destinadas a perpetuar o cidadão, e de seleção dos que devem nascer e merecer o gozo do patrimônio público; e a da Família e sua economia interna de recursos - materiais e simbólicos - que tem no uso de anticoncepcionais o rosto mais evidente"* (p. 101). Quanto às adolescentes, com atividade sexual, a proteção com métodos contraceptivos que tais serviços passam a lhes estender permite controlar, tanto a concepção, quanto os abortos (duplo crime: legal e moral) e a transmissão de doenças através de relações sexuais desprotegidas.

Com isso, os serviços de saúde cumprem com o seu duplo papel, aparentemente contraditório, o de prestar serviços de saúde (como um direito) e o de assegurar o poder disciplinar de um serviço de controle social, nos moldes da higiene moral, agora de forma mais refinada, mais sutil, nem por isso, menos invasiva (menos eficaz); ao contrário, naturalizando ("cientificizando") as relações de dominação,

mediante vários discursos competentes que foram se agregando ao discurso médico: o do psicólogo, do assistente social, do sociólogo, do pedagogo, do nutricionista, ampliam com isso, aquele sentido inicial de “medicalização” da sociedade e passam a mediar a relação não só dos adolescentes mas dos indivíduos, de modo geral, com as várias esferas da vida social.

O enfoque de risco permitiu, ainda, como já fizemos referência anteriormente, abordar a problemática do fumo, álcool e drogas, acidentes e doenças graves (a longo prazo), de forma inter-relacionada, dando a justificação para uma intervenção por parte dos serviços de saúde como serviço de controle para prevenir comportamentos de risco, ao mesmo tempo que o aparato policial continuou atuando como serviço de controle repressivo.

Nesse sentido, a intervenção sobre adolescentes dentro do projeto disciplinar, moralizante, marcada historicamente pela adoção de condutas específicas em relação a cada um dos problemas envolvidos - estabelecendo relações entre eles e a saúde dos indivíduos, a curto e a longo prazo e atuando preventiva ou terapeuticamente junto aos adolescentes, a partir da utilização do enfoque de risco foram-se delineando “perfis” de adolescentes potencialmente “drogaditos” ou potencialmente portadores de doenças na fase adulta, ou mesmo durante a adolescência.

Assim, no Plano de Ação sobre a Saúde do Adolescente o consumo de drogas, álcool e tabaco aparecem sob o título de “Consumo de substâncias”, e o argumento que aparece para a intervenção por parte da saúde é assim colocado: “O consumo de substâncias psicoativas na Região entre adolescentes e jovens tem adquirido proporções consideráveis”. Ainda que este consumo seja menor nos países da América Latina, sua prevalência **tende a aumentar, particularmente (grifo nosso) em alguns grupos, como os que provêm de famílias desintegradas, os desertores escolares, os desempregados, os pertencentes aos estratos mais pobre e postergados da população e os que apresentam certas patologias**” (OPS, 1992:11). O aumento do consumo de álcool, tabaco e drogas entre jovens nas últimas décadas é ressaltado como preocupação.

Esta preocupação pode ser observada também na produção de conhecimento sobre adolescência/adolescente, onde a temática - drogas, abuso de drogas, é referido, como pode ser visto na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição do número e porcentagem de publicações sobre o tema “*drogas*” em relação às publicações sobre adolescência/adolescente, segundo ano de publicação.

ANO	“DROGAS”		ADOLESCÊNCIA/ ADOLESCENTE	
	Nº	%	Nº	%
1959	-	0.0	8	100.0
1969	5	15.2	33	100.0
1979	33	33.0	100	100.0
1989	61	19.7	309	100.0
TOTAL	99	22.0	450	100.0

FONTE: EXCERPTA MÉDICA, SEÇÃO XVII, PUBLIC HEALTH, SOCIAL MEDICINE AND HYGIENE

Como podemos notar, em 1959, não se observou nenhuma indicação sobre drogas, mas nos anos subseqüentes 1969, 1979 e 1989, a porcentagem sobre adolescência/adolescente constatada variou de 15% a 33% sobre o total das publicações referidas no catálogo da Seção XVII da *Excerpta Médica*.

Buscando no interior do discurso da 42ª Assembléia Mundial de Saúde (OMS, 1989) a forma como essa questão é apresentada, encontramos o que segue:

*“Concluiu-se que os **comportamentos-problema** estão freqüentemente inter-relacionados - exemplo: o uso do tabaco, que aumenta excessivamente o risco de doença em uma vida futura, e do álcool e outras drogas, os*

quais estão freqüentemente associados a acidentes e lesões, bem como a doenças graves a longo prazo” (p. 22)

Em outra publicação - “La salud de los adolescentes y jóvenes en las Américas”, OPS, 1985, esses comportamentos são analisados enquanto parte das *“situações que predispõem em alguns casos ou provocam em outros, o aparecimento de quadros patológicos ou condutas anti-sociais e destrutivas”* (p. 21). Ressaltando a apreensão frente ao aumento no consumo de álcool, fumo e drogas entre adolescentes, chamam atenção para as relações que observam entre eles, e a tendência ao consumo de múltiplas drogas por uma mesma pessoa (p. 21).

A concepção presente no discurso de Saúde Integral do Adolescente revela a percepção patológica da problemática, que segundo Menendez, 1982, é a característica que unifica a dimensão biomédica (o que corresponde ao que denominamos paradigma biomédico/médico-biológico), que, por outra parte reúne ou, talvez, soma tendências, enfoques e teorias irreconciliáveis em outras dimensões. Este autor, dedicando-se à análise crítica da produção de conhecimento sobre processo de alcoolização na América Latina, no período de 1970 a 1981, fornece elementos interessantes para o nosso propósito, elucidando a lógica da construção do pensamento biomédico. Nessa linha, explicita que a etiologia constitui uma mescla e/ou síntese de concepções de elementos biológicos, psicológicos e sócio-antropológicos colocados ecleticamente, porém que, em última instância, são os fatores biológicos os determinantes do problema. Em tais estudos, os indicadores e variáveis mais freqüentemente utilizados são as taxas de mortalidade para algumas doenças ou eventos, basicamente cirrose, câncer e outras e a determinadas formas de “violência” e “acidentes”, ao lado de variáveis, sócio-econômicas tais como: ocupação, renda, estrato social, nível de escolaridade, loclização urbano-rural, grupo religioso, grupo racial, estado civil, tamanho da família.

Segundo o enfoque de risco, são considerados grupo de risco, aquelas *“pessoas oriundas de famílias ‘desestruturadas’ (separação, divórcios, ausência do pai, desentendimentos, etc), com tendência na ingestão de medicação e alcoolismo; pessoas com história*

de angústia e sofrimento que carregam desde a infância (doenças psicossomáticas, distúrbios de caráter, dificuldades escolares, tentativas de suicídio, etc.); a utilização regular de importante quantidade de drogas ilícitas". (Ministério da Saúde, Brasil, 1993)

Focalizando apenas as conseqüências negativas, patologizando não só os dados de mortalidade e de morbidade, senão todas as instâncias sociais e culturais em que ocorre o consumo de tais substâncias, e o discurso da saúde em seu projeto normalizador, a partir de uma concepção moral apriorística, atribui a "culpa" e a responsabilidade à família e aos próprios indivíduos a existência de tais problemas, como justificativa para a intervenção junto a eles, no sentido de reconduzí-los à norma, seja preventiva ou corretivamente⁶⁴.

O que é importante ressaltar é que, ao problematizar a questão dos adolescentes a partir de seus problemas, o Plano sobre a Saúde do Adolescente - Saúde Integral do Adolescente - apresenta o raciocínio explicitado na 42ª Assembléia Mundial de Saúde, como já foi explicado, de que a eficácia do programa depende de uma abordagem "holística", que leve em consideração o conjunto desses problemas decorrentes do comportamento, atuando junto a adolescentes, sem particularizar os problemas, no contexto dos estilos de vida individuais.

Lembramos, dentre as concepções de adolescência presentes no discurso em análise, apresentadas em outra parte do trabalho, a noção de "encruzilhada", de escolha de um estilo de vida saudável ou nocivo à saúde, tem a ver com meta proposta no Plano, qual seja, a *"promoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis"*, assim como tem a ver com as outras metas propostas - incremento da capacidade de auto-cuidado, promoção de ajuda mútua e desenvolvimento de micro-ambientes saudáveis (OPS, 1992:12)

Dentre as publicações da OMS/OPS consultadas, a que explicita a relação dos estilos de vida e condutas com risco para a saúde é o Informe *"La salud de los jóvenes: um desafio para la sociedad"*, OMS, 1986, em que aparece a seguinte definição:

⁶⁴ Deliberadamente não continuamos a desenvolver a análise de outros problemas pelo fato de nosso objetivo não ter sido aprofundar cada problema em si, mas revelar como o enfoque de risco é utilizado estrategicamente dentro de um projeto normalizador.

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

Dentro desse raciocínio, segue que:

“Ainda que um indivíduo possa mudar um tipo de conduta, é menos fácil para ele ou para ela mudar seu grupo de referência e a influência deste é sempre muito importante. Daí que os programas de mudança de conduta que não levem em conta o grupo de referência, costumam fracassar. Como os estilos de vida tendem a ser duradouros, para conseguir uma mudança é necessário aplicar um enfoque a longo prazo”

A relação que passa a estabelecer entre saúde e estilo de vida pode ser vista no que segue:

“A saúde é tanto uma consequência do estilo de vida de um indivíduo quanto um fator que a determina, porém não pode isolar-se de outros aspectos da vida”.

No que se refere aos jovens, expressam que os estilos de vida dos jovens, em geral, supõem comportamentos com mais riscos que os de outros grupos da população. Assim, o hábito de fumar, o abuso do álcool e das drogas, e a falta de respeito às regras do trânsito, são apresentados como exemplos dos padrões de comportamento que, amiúde, colocam em perigo a saúde dos jovens. A mudança desses padrões constitui-se, portanto, em objetivo principal de experiências que estão sendo desenvolvidas, tanto em países “em desenvolvimento”, como nos desenvolvidos, tendo como premissa que *“as oportunidades de adotar condutas de risco parecem ser mais numerosas entre os jovens”*.

Mais adiante, alerta para a necessidade de mudanças em estratégias de ação, face à insuficiência reconhecida das medidas

educativas destinadas a estimular os jovens a abandonar os padrões de comportamento que envolvem à saúde, ou melhor, a “imunizá-los” contra eles, que tendem a produzir efeitos moderados e de curto alcance, sem muito êxito a longo prazo. É nesse sentido que, *“um enfoque que se limite a efetuar advertência sobre fatores de risco e sobre modelos específicos de mudança de comportamento não é adequado para promover estilos de vida mais saudáveis”*. (OMS, 1986:116)

É nessa linha que alertam: *“Um enfoque que se limite a efetuar advertência sobre fatores de risco e sobre modelos específicos de mudança de comportamento não é adequado para promover estilos de vida mais saudáveis. Mais do que isso, a promoção da saúde deve buscar formas amplas de apoiar os jovens em seus esforços para encarar as tarefas de desenvolvimento e as questões sociais concernentes ao trabalho, à recreação e à paz, que sejam de especial interesse para eles”* (p. 116)

Como vimos anteriormente, de grande instrumento da reforma social, a partir do final do século passado, a saúde pública, através de seus médicos, em nome da higiene, teve papel expressivo no controle social sobre indivíduos e famílias, intervindo diretamente na vida das famílias e nas relações sociais. Após esse período, a prevenção e a promoção de mudanças no ambiente e no comportamento foram secundarizadas em relação à implantação e consolidação de um sistema de saúde que privilegiava as ações curativas, centradas na assistência médica, de cunho privatizante. Entretanto, já em meados dos anos 70 e ao longo da década dos 1980, a atenção foi-se voltando outra vez para a saúde pública, em decorrência da crítica radical à assistência médica, que se desenvolveu nesse período, de custos elevados e de alcance limitado que concentrava a atenção nos indivíduos, em detrimento do coletivo e das condições sociais; a saúde pública apresentou-se, então, como alternativa para a extensão de cobertura a custos mais baixos, através de intervenções sociais voltadas prioritariamente para as ações preventivas e promocionais e, com isso, diminuir a utilização de tratamentos hospitalares muito dispendiosos. É nesse contexto que documentos de grande influência foram elaborados, como o relatório Lalonde, que acentuava a promoção da saúde voltada para a mudança de escolha de estilos de vida. Uma espantosa quantidade de doenças foi

atribuída a “riscos auto-infligidos”, tais como o uso do álcool e de drogas, alimentação deficiente, falta de exercícios, maus hábitos de motoristas, e a *“promiscuidade e negligência que causam a sífilis e a gonorréia”* (Lalonde, 1974). Com isso, segundo Sears, 1993, manteve-se a ênfase no *“ensiná-los a viver”* da nova higiene, embora com algumas modificações.

A principal modificação, segundo o autor acima citado, era que *“a ênfase anterior na transformação da vida familiar através da regulação, era suplantada pela convocação à população como consumidores atomizados. Em vez de tentar reformar as relações familiares através da intervenção direta (que, nos anos 70 era terreno exclusivo do serviço social), a nova saúde pública podia ser considerada um esforço para mudar as escolhas dos consumidores por meio de vultuosas campanhas publicitárias (por exemplo, contra o fumo, a favor da prática de exercícios e contra dirigir alcoolizado)”* (p. 29)

Tendo como premissa de que a doença ou evento é “auto-infligida” em virtude de más escolhas, as campanhas têm sempre um tom de vitimização e culpa, assim como dá a aparência de liberdade individual de escolha. Nesse sentido, a crítica fundamental ao enfoque de estilos de vida foi a de retornar ao indivíduo as responsabilidades da saúde e da doença. A sociedade, no entender de Goldbaum, 1990, atua como um espectador mais ou menos ativo, porém sempre corresponde ao indivíduo toda a culpa ou a inocência do que acontece com sua saúde. Quer dizer, os estilos de vida não são um produto da contingência social, mas um capricho individual, atribuindo-se os “maus costumes” à responsabilidade individual (...). Nestes termos, o fumo, o álcool, as drogas, o controle de peso, a dieta, o exercício físico, o stress, o uso de equipamentos de segurança (...) são tratados de tal forma a transformá-los, de modo geral, em elementos nocivos e os conhecimentos são incorporados enquanto elementos para promover uma intervenção em nível exclusivamente individual, recoberta de suposta atuação coletiva.

O ponto crítico apontado nessa abordagem, é o tipo de recorte que faz dos problemas, sem levar em conta a sua estruturação social (fragmentação), justamente porque o interesse específico desses estudos é identificar e transformar o estilo de vida em variáveis quantificáveis e bem isoladas para facilitar a promoção e o

estabelecimento de programas de controle, tomando por base a intervenção em nível individual. (Goldbaum, 1990:250)

A abordagem, tendo como referência o estado de vida, mostra seu próximo parentesco com o enfoque de risco, no que diz respeito à sua operacionalização. Embora aparentemente, em sua concepção ela pareça avançar no sentido de contextualização do processo saúde-doença, transcendendo a “explicação” no âmbito dos indivíduos, porém, ao se operacionalizar, revela o seu real direcionamento, isto é, de circunscrever o processo saúde-doença nos indivíduos, como algo que começa e termina no indivíduo.

O discurso de Saúde Integral do Adolescente, em seu marco conceitual, quando dissociado das estratégias e técnicas operacionais, expressa bem a impressão inicial que dá ao leitor - de avanço nas considerações referentes a adolescentes, porém, ao exame de seu conjunto, incluindo as estratégias e técnicas, vai desvelando o seu afunilamento e suas contradições internas, produzindo uma imagem mais próxima da sua realidade.

A concepção de estilos de vida, aplicada à área da adolescência, dá a primeira imagem de um trabalho que possibilita ao adolescente concreto, a escolha de alternativas, mediante o uso da “liberdade”, tão cara para ele, porém, ao agregar a “responsabilidade” (“liberdade” com “responsabilidade”) como adjetivo da liberdade, esta se desvela, enquanto tal, quando a relacionamos com as outras metas propostas no Plano, quais sejam, o “incremento da capacidade de autocuidado” e a “promoção da ajuda mútua. Isso não estaria correspondendo à devolução aos adolescentes da responsabilidade pela gênese e solução de seus problemas?

Nesse sentido, à impressão inicial de que o adolescente estaria sendo respeitado em seu direito, enquanto cidadão, participando e decidindo sobre alternativas, que dizem respeito à sua vida, não estaria, ao contrário, representando a isenção dos serviços de saúde, enquanto instituição do Estado, em relação ao dever de zelar pela saúde do cidadão?

Ao colocar, como meta, “a promoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis”, vale ainda a indagação sobre o sentido do que se considera “saudável” e, ainda, “saudável” para quem? Essa indagação já o fizemos anteriormente, porém a reiteramos aqui, na medida em que estamos abordando diretamente a questão das metas propostas pelo Programa. Finalmente, em relação à outra meta proposta - “Alcance de micro-ambientes saudáveis”, isso não estaria re-significando a invasão dos profissionais de saúde e de outros setores, como agentes do poder disciplinar, à imagem do projeto da higiene moral?

A partir daí, torna-se mais compreensível entender o Programa de Saúde Integral do Adolescente como um projeto pedagógico, mediador de um projeto social global, qual seja, um projeto que traduz fins sociais em fins pedagógicos, e, nesse sentido, instrumento de legitimação das normas sociais dominantes. No dizer de Charlot, 1979, é a viabilização de “como a sociedade socializa os seus membros à semelhança dela”.

Enquanto projeto pedagógico, a seleção dos meios, de uma forma modernizante, mais eficiente e eficaz, torna-se uma questão importante para os objetivos que se propõe atingir. Nessa linha, após o reconhecimento de que a informação, em si, não é suficiente para mudar comportamentos de adolescentes, dar a idéia de uma reorganização pedagógica que parta das condições concretas de vida dos sujeitos, torna-se fundamental. Pensar em estratégias, em ação pedagógica/ processo educativo que não se limite a transmitir informações, dentro de uma relação assimétrica: agentes sociais - adolescentes (que já demonstrou, em práticas anteriores a sua ineficácia), significa estar desenvolvendo práticas em que o conceito de “participação”⁶⁵ ganha um espaço privilegiado. Assim, no Plano de ação sobre Saúde do Adolescente nas Américas/Programa Saúde Integral do Adolescente, a “participação” é utilizada como categoria central e analítica dentro do discurso ali contido.

65 CARDELLI, G. e ROSENFELD, M. em seu trabalho intitulado “La participación al borde de um ataque de nervios”, publicado pela UNICEF - Argentina, 1991 analisa exaustivamente o “mito” da **participação** no Programas Integrales da área social. Embora considerado um conceito fundamental dentro do Programa, julgamos que merece um trabalho específico, mais aprofundado, que poderá ser objeto de nossas investigações futuras.

Entretanto, todo o trabalho de desvelamento até aqui desenvolvido, em que procuramos reconhecer a racionalidade do Programa de Saúde Integral do Adolescente, a partir da desconstrução de seus conceitos principais, levou-nos a refletir sobre a necessidade de prosseguirmos a tarefa, no nível de detalhamento com que o fizemos até aqui. Considerando que, para o propósito de nosso trabalho, o que conseguimos era suficiente para uma análise final, decidimos apenas ir levantando questões a respeito de outros elementos que fazem parte do Programa em análise, que poderão vir a constituir temas para outras investigações.

Assumindo isso, quanto aos vários níveis de trabalho abrangidos pelo Programa, segundo a denominação de “A cadeia de prevenção”, que segue a lógica da “história natural da doença”, descrita nas partes iniciais do presente trabalho, confirma-se a lógica do paradigma biomédico e também a lógica da racionalidade instrumental capitalista, qual seja, a de privilegiar os níveis de trabalho que pouco demandem em relação a tecnologias, equipamentos e demais recursos; - promoção e prevenção -, além disso, o grupo alvo (sujeito?) é considerado o recurso humano fundamental dentro do Programa, considerando os princípios dos cuidados primários de saúde, em que os adolescentes são apresentados como “recursos”, em lugar de problemas, conforme exposto na 42ª Assembléia Mundial da Saúde, tendo lugar privilegiado de “agente de saúde” junto a seus pares, família e comunidade, no que diz respeito aos cuidados básicos de saúde, não seria isso a re-edição da medicina simplificada de décadas anteriores, sob a denominação de Medicina Comunitária? Qual seria o conceito de participação entendida em tal contexto, em que as regras já foram dadas previamente, sem a escolha/decisão voluntária por parte de adolescentes? Para onde é conduzida tal “participação”? Não seria a confirmação de que ele (adolescente) é responsável pela sua saúde e, não bastasse isso, também pela de seus pares “excluídos”, por cuja incorporação se torna responsável?

Outro “enfoque integrador” presente no Programa é o enfoque “antecipatório”. Apresentado como *“possibilidade de programação de ações de saúde, adiantando-se à seqüência dos eventos próprios do processo de crescimento e desenvolvimento,*

permitindo intervenções antecipadamente, nas quais se interatua com os adolescentes e jovens, com suas famílias, as escolas e outros organismos comunitários adiantando-se ao aparecimento de tais eventos". (OPS, 1992:24). Não seria esse enfoque o processo de "monitorar" o processo de desenvolvimento do Adolescente, conforme explicitado na 42ª Assembléia Mundial de Saúde, que em outros termos, corresponderia à "vigilância" do agente disciplinar sobre os sujeitos, no sentido de salvaguardar "a direção 'linear', 'evolutiva', 'natural'/social do desenvolvimento, como apresentada no paradigma biomédico, previamente dada socialmente, ou seja, segundo a idéia de "cada um em seu lugar social"? Ou seja, socializar para a cotidianidade de classe? E ainda, considerando que o enfoque de risco, a partir do seu procedimento classificatório, já permitiu descrever quais as idades em que mais ocorrem os problemas descritos, não seria o trabalho direcionado aos **problemas**, embora insistindo na categoria sujeito?

Esses enfoques "integradores", dos quais o enfoque de risco faz parte, apesar de procurarem salientar o papel ativo do adolescente no processo, ao mesmo tempo trazem a imagem de um ser frágil que necessita de "proteção", de vigilância para que não se desviem do caminho e direção que já foram previamente definidos, não por eles, mas pela instituições sociais que contribuem (cada qual em sua área) para a conformação de indivíduos serializados, modelados.

Certamente, esse trabalho incessante requer "agentes competentes" para sua efetivação, no sentido de dar conta dessa tarefa. O trabalho multiprofissional, inter-institucional e inter-setorial e em parceria com instituições não-governamentais são colocados como a forma de trabalho, necessária para conferir a integralidade⁶⁶ da "assistência" proposta, para responder à integralidade dos sujeitos adolescentes.

Preparar profissionais para esse tipo de trabalho significa reportarmos ao processo pedagógico que requer, ao lado do domínio de

66 As instituições não-governamentais, a partir da análise do programa e das referências na literatura, parecem servir a duplo propósito, como mecanismo complementar de irradiar o poder disciplinar mais amplamente e, no caso de organizações internacionais, a conciliação de interesses leva a que eles co-patrocinem projetos desta natureza, viabilizando processos que atendem a ambas as partes. Nesse sentido, consultar Scherer-Warren, I. Organizações não-Governamentais na América Latina: seu papel na construção da sociedade civil, São Paulo, 1994.

conhecimentos específicos também o domínio da arte de trabalhar as desigualdades sociais, que são ideologicamente, materializadas em adolescentes “pobres”, como portadores de negatividades - “carentes”, “desfavorecidos”, potencialmente “desviantes”. Horizontalizar as relações: profissionais - adolescentes “pobres” requer naturalizar “as condições de classes”, ou seja, encobrir as relações de dominação, mediante técnicas pedagógicas pertinentes. Nesse sentido há que se trabalhar essas questões, primeiro entre os próprios agentes (profissionais), apagar/amenizar as relações de poder existentes entre eles, juntar os conhecimentos fragmentados de cada um, com o propósito de enfrentarem a tarefa coletiva que lhes cabe.

Nessa tarefa de preparo dos agentes institucionais, os cursos de capacitação de multiplicadores docente-assistenciais têm sido a forma privilegiada para tal, na Região da América Latina e Caribe. Apesar das contradições internas quanto ao seu desenvolvimento, avaliação realizada em campo, junto a ex-alunos dos referidos cursos, após um período de tempo, mostrou que os objetivos reais propostos pelo Plano foram plenamente alcançados. Dito de outra forma, concluiu que o curso contribuiu, predominantemente, para o processo de reprodução/homogeneização do pensar/agir daqueles participantes, segundo as concepções ditadas pelo Programa de Saúde Integral do Adolescente, com raras exceções ⁶⁷.

Seguindo as diretrizes formuladas na Conferência Internacional de Alma-Ata, 1978 (OMS/UNICEF, 1979), o Programa contemplou o trabalho inter-institucional e inter-setorial como necessários para atender às necessidades de Adolescentes em sua integralidade. Essa noção de integralidade tem (para nosso entendimento) como pressuposto que a somatória de partes resulta no todo (o todo é igual à soma das partes), seguindo a mesma lógica no trabalho multiprofissional, como se equipe fosse sinônimo de presença de profissionais de diferentes áreas do conhecimento. Esta lógica já foi por nós analisada na questão da Integralidade, em outra parte do trabalho quando nos referimos às Ações Integradas de Saúde.

⁶⁷ Maiores informações acerca dessa Avaliação podem ser encontradas nos Relatórios de avaliação de cada curso, bem como no Relatório do Projeto Retorno, patrocinado pela OPS/Fundação W.K. Kellogg, 1994.

Diante de tudo isso, acreditamos ter montado/ "desmontado" o projeto pedagógico, em sua estrutura interna e seu lugar dentro do Projeto Social global, que busca a manutenção da ordem social, mediante a reprodução de suas normas/valores dominantes na sociedade, através dos serviços de controle - entre eles, os serviços de Saúde. Com isso, reconhecemos no Plano de Ação sobre Saúde do Adolescente nas Américas um discurso competente, fortemente legislador, ético, moral e pedagógico sobre determinados adolescentes concretos (pobres, com famílias "disfuncionais", que vivem nas periferias urbanas, em ambiente nocivo, que não freqüentam a escola, "ociosos", propensos a apresentar comportamentos de risco).

***6. DA INCONCLUÍDA PROBLEMATIZAÇÃO AO
PROSSEGUIMENTO DE SUA CONSTRUÇÃO***

Todo trabalho produzido traz a marca de seu autor, porém a autoria, por sua vez, está marcada por tantas outras - co-autorias - co-autores que compartilham uma mesma visão de mundo, preocupações comuns com o que vivenciam em suas práticas sociais. Assim, do lugar a partir do qual nos propusemos a (re)conhecer o objeto de nosso estudo, muito do que poderia estar sendo atribuído a um "EU", necessita ser (re)considerado como se referindo a um "NÓS". É assim que, ao tecermos as nossas "considerações finais" (apenas para formalizar o término desta tese), se assim podemos dizer, muito do que pudemos estar apreendendo e aprendendo, não são conclusões, mas antes outras indagações, dentro de um processo incessante de problematização - talvez num nível qualitativo diferenciado com relação à situação inicial do trabalho - constitui, certamente, um ponto de um processo inacabado, em construção.

Com efeito, ao nos indagarmos sobre o quê consideramos importante estar marcando do que até aqui desenvolvemos, poderíamos assim sintetizar:

- O reconhecimento da lógica do discurso hegemônico na área da adolescência/adolescentes, dentro do paradigma biomédico/médico-biológico - que tem como sua expressão paradigmática o Programa de Saúde Integral do Adolescente/Plano de Ação sobre Saúde do Adolescente nas Américas - representou estar entendendo as razões que levam uma área temática, de natureza iminentemente interdisciplinar (ou melhor, transdisciplinar), a se transformar em um projeto de saúde, onde a lógica biologicista passa a ditar/dominar as regras no modo de olhar, ler, interpretar e intervir sobre a realidade, transmutando-se em um problema privilegiadamente "médico".

O propósito intervencionista marca a produção científica na área da saúde, o que nos leva a reafirmar o quanto determinadas teorias e práticas sustentam-se entre si, com vistas a ambas (teoria e prática) se realimentarem reciprocamente, numa determinada perspectiva teórico-prática.

O descolamento das concepções predominantes na área da saúde - de adolescência e adolescentes - das realidades concretas, vem direcionando à homogeneização das mesmas (realidades) - tanto objetiva, quanto subjetiva - redundando em concepções universalizantes, abstratas, genéricas e, por consequência, a práticas modeladas/modeladoras, padronizadas/padronizadoras, como se fossem "receitas"/padrões a serem seguidos em qualquer realidade.

No que diz respeito a adolescentes concretos, o processo de serialização que se passa a operar, de forma marcante na área do consumo, tanto material quanto simbólico, revela o poder das classes hegemônicas, dentro de uma sociedade de classes, em que o projeto de dominação se irradia por todo o tecido social, que nos leva a pensar, decidir e agir como se fôra o projeto social (possível/idealizado), único a ser reproduzido. Essa tendência, dominante em todas as esferas da existência humana concreta, ofusca, opacifica o processo que, por ser histórico e referente a homens concretos, reais, faz emergir contradições na vida social. Nesse sentido, mesmo quando nos consideramos elevados ao nível acima da cotidianidade (não-cotidianidade), enquanto portadores de atitudes morais conscientes, no dizer de Heller, muitas vezes, esquecemo-nos de que somos seres também produzidos (produtores) por esta sociedade e que, por essa razão, também somos contraditórios, ao mesmo tempo sujeitos constituídos, ao mesmo tempo, instituintes/transformadores, sujeitos sociais. Desta forma, ao analisarmos processos sociais, fazemos transparecer nossas contradições, direcionando-nos, por vezes, à posição de enfatizar apenas o processo em sua dimensão de dominação, ora àquela de sujeição, de obediência, não apresentando ambas em suas relações dialéticas, em que dominação/sujeição/resistência são faces de uma mesma moeda.

Para entendermos como se dá esse processo, que leva a naturalizar as relações sociais de dominação/submissão no nível das condições materiais e subjetivas numa sociedade de classes, contamos, hoje, com autores, muitos deles já citados no decorrer deste trabalho, que apresentam valiosas contribuições; destacamos, levando em conta o nosso propósito, as reflexões de Félix Guattari e Michel Foucault que, ultrapassando as fronteiras disciplinares de várias áreas do conhecimento, tentam romper com conceitos cristalizados, definidores de

áreas, respondendo, de forma mais em concordância com nossas preocupações, apesar de cada qual utilizar categorias analíticas distintas, para explicar o processo, enquanto muitos de nós somos capazes, apenas, de reconhecer os efeitos visíveis do mesmo: indivíduos serializados, modelados, sujeitados, disciplinados.

Desta forma, quando nos deparamos com esses indivíduos, apoiadas nas idéias de Guattari⁶⁸, e retomando a nossa preocupação com a força do processo de constituição de indivíduos serializados em nossa sociedade, passamos a melhor entender o processo a partir da idéia central de que o que caracteriza os modos de produção capitalista (capitalístico, no dizer de Guattari, para incluir todos os países que são atingidos pelo raio de ação capitalista, países centrais e periféricos, assim como outros que apresentam modos de produção da subjetividade nos mesmos moldes) é que eles não funcionam unicamente no registro dos valores de troca, valores da ordem do capital, das semióticas monetárias ou dos modos de financiamento, mas funcionam, também, através de um modo de controle da subjetivação, denominada "cultura de equivalência" ou "sistemas de equivalência na esfera da cultura". Isso significa que, enquanto o capital se ocupa da sujeição econômica, a cultura se ocupa da sujeição subjetiva, não apenas no sentido da publicidade para a produção e o consumo de bens, mas como tomada de poder da subjetividade. Assim, explica Guattari que se trata de sistemas de conexão direta entre as grandes máquinas produtivas, as grandes máquinas de controle social e as instâncias psíquicas que definem a maneira de perceber o mundo. Nesse sentido, o autor se refere a uma produção de subjetividade de natureza industrial,

⁶⁸ Guattari, 1993, faz a distinção entre os conceitos de indivíduo (o indivíduo é serializado, registrado, modelado) e subjetividade (a subjetividade não é passível de totalização ou centralização no indivíduo, ela é essencialmente fabricada e modelada no registro do social), o autor revela a existência da multiplicidade de agenciamentos nos processos de subjetivação (toda a produção de sentido, de eficiência semiótica), que são duplamente descentrados. Implicam o funcionamento de máquinas de expressão que podem ser, tanto de natureza extra-pessoal, extra-individual (sistemas maquínicos, econômicos, sociais, tecnológicos, icônicos, ecológicos, etológicos, de mídia, enfim, sistemas que não são mais imediatamente antropológicos), quanto de natureza infra-humana, infra-psíquica, infra-pessoal (sistemas de percepção, de sensibilidade, de afeto, de desejo, de representação, de imagem de valor, modos de memorização e de produção idéica, sistemas de inibição e de automatismos, sistemas corporais, orgânicos, biológicos, fisiológicos, etc.) O autor utiliza a categoria "subjetivação", em lugar de ideologia, por considerar que a ideologia se mantém apenas em nível das representações sociais, o termo "subjetivação" pressupõe o processo de produção de subjetividades que se dá conectado diretamente com as grandes máquinas de produção econômica.

maquínica, essencialmente fabricada, modelada, recebida e consumida no registro do social, que explicaria a existência de indivíduos serializados, modelados, dando-se em escala internacional.

É nessa linha que a cultura de massa produz exatamente indivíduos: normalizados, articulados uns aos outros, segundo sistemas hierárquicos, sistemas de valores, sistemas de submissão muito mais dissimulados - uma produção de subjetividade. Não uma produção de subjetividade dos indivíduos, mas uma produção de subjetividade social, encontrável em todos os níveis de produção e consumo e, mais do que isso, uma produção de subjetividade inconsciente, que produz, inclusive aquilo que acontece conosco quando sonhamos, fantasiemos ou nos apaixonamos. Em todo caso, ela pretende garantir uma função hegemônica em todos os campos. Por essa razão, a produção de subjetividade é considerada como matéria-prima de toda e qualquer produção, sendo-lhe fundamental a geração de uma cultura com vocação universal - dimensão essencial na confecção da força coletiva de trabalho e na confecção de força coletiva de controle social. Não obstante esses dois objetivos, a cultura de massa aparentemente cria uma margem de tolerância para setores de cultura minoritária - subjetividades em que as pessoas possam se reconhecer, se recuperar entre eles numa orientação alheia à do capitalismo mundial integrado. Entretanto, essa atitude não é apenas tolerância, tem seus interesses a tal ponto que essa produção capitalística, nas últimas décadas, produziu, ela própria, suas margens, de algum modo, equipou novos territórios subjetivos: os indivíduos, as famílias, os grupos sociais, as minorias, etc. como se tratara de uma democracia da cultura, porém, por trás disso continuou a instaurar, de modo subjacente, os mesmos sistemas de segregação, a partir de uma categoria geral de cultura. "A segregação é uma função da economia subjetiva capitalística diretamente vinculada à culpabilização". (Guattari, 1993)

Dentro desse raciocínio de agenciamento coletivo de subjetividade, esta se encontra em circulação em todos os conjuntos sociais (por ser essencialmente social), sendo assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares. O modo pelo qual os indivíduos vivem essa subjetividade oscila, tende entre dois extremos: uma relação de alienação e opressão, na qual o indivíduo se submete à

subjetividade tal como a recebe, ou uma relação de expressão e criação, na qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade, produzindo um processo de singularização.

Assim, apesar desse quadro que nos pareceria sombrio, à essa máquina de produção de subjetividade, Guattari vislumbra a possibilidade de desenvolver modos de subjetivação singulares, "processos de singularização", uma maneira de recusar todos esses modos de manipulação e de telecomando, recusá-los para construir, de certa forma, modos de sensibilidade, modos de relação com o outro, modos de produção, modos de criatividade que produzam uma subjetividade singular - uma singularização existencial que coincida com um desejo, com um gosto de viver, com uma vontade de construir o mundo no qual possamos nos encontrar, com a instauração de dispositivos para mudar os tipos de sociedades, os tipos de valores que não sejam os nossos. É nesse sentido que fala de uma "micropolítica processual", aquela que constrói novos modos de subjetividade, que singulariza e que pode - e deve - ser encontrada a cada passo, a partir dos agenciamentos que a constituem, na invenção de novos modos de referência, de novos modos de práxis.

A razão que nos levou a apresentar as idéias de Guattari, 1993, justamente nesse momento de tentativa de síntese, foi no sentido de, ao apresentar um horizonte aparentemente sombrio, quando do reconhecimento do discurso sobre adolescência/adolescentes no Programa de Saúde Integral do Adolescente, como que imobilizante, do ponto de vista de um real processo de transformação da realidade, possibilitar uma melhor compreensão do processo de produção de subjetividade em sociedades capitalistas; ao mesmo tempo, vislumbrar possibilidades de intervir a partir de outros pressupostos, visando à criação de processos outros, no sentido de práxis transformadora.

Tudo isso nos leva a refletir que, se até o momento, a atuação junto a adolescentes privilegiou uma práxis reiterativa, conformadora de adolescentes serializados, de forma predominante, dentro de um projeto normalizador/disciplinarizador, cuja lógica é a da conservação e reprodução social, em que tanto profissionais de saúde, quanto docentes responsáveis por seu preparo e mesmo, pais, adolescentes se limitaram, predominantemente, a serem os agentes do

referido projeto; por outro lado, não significa isso que a tendência reconhecida represente uma "culpabilização" e "responsabilização" individual dos agentes sociais por seu encaminhamento.

Ao contrário, nossa intenção foi a de estar contribuindo para uma reflexão coletiva que levasse em conta que, embora a lógica direcionasse para um dado tipo de caminhar, houve, por certo, práticas contraditórias, que ora privilegiaram o reforço à serialização, ora à criação de espaços favorecedores de processos de singularização.

Relacionado ao anterior, temos que relembrar que os adolescentes concretos também não estão sendo considerados sujeitos totalmente passivos ou completamente ativos. E, nesse sentido, estamos refletindo sobre a necessidade de sermos capazes de trabalhar com adolescentes concretos, contemplando o reconhecimento da possibilidade de estarmos construindo com eles, espaços públicos (num trabalho coletivo) para processos singulares de subjetivação, no sentido de práxis transformadora. E isso requer: partir de suas condições concretas de existência, em sua cotidianidade, sem que naturalizemos as desigualdades sociais como diferenças individuais, "culturais", mas que nos capacitemos a trabalhar, por contradição, as contradições dos processos sociais, evitando-se, com isso, que venhamos a cair num otimismo ingênuo e muito menos num pessimismo imobilista frente às dificuldades. Quer dizer, aprender a trabalhar, a partir das possibilidades histórico-sociais do nosso tempo e de nossas circunstâncias, num processo de construção coletiva de um projeto de mudança.

Finalmente, o que representou para nós termos caminhado nesse processo?

Diante de todo o desenvolvimento realizado, torna-se mais claro o nosso compromisso no sentido de prosseguir nessa construção, tendo pela frente, enquanto docente, a necessidade de estarmos aprofundando, em nível de investigação, aspectos teóricos-metodológicos e técnicos envolvidos com o tipo de Projeto Social que queremos construir.

Enquanto ensino, estar revendo a nossa prática pedagógica junto a agentes sociais, representa uma tarefa/desafio a ser

enfrentado, a partir da perspectiva transformadora, de constituição de sujeitos sociais.

Enquanto mãe de adolescentes, a própria tese desencadeou um processo de revisão de nossa relação e de nossas contradições.

Com isso, uma coisa é certa: temos muito a caminhar ...

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. & KNOBEL, M. ***La adolescencia normal***. Buenos Aires, Paidós, 1971.
- ALMEIDA FILHO, N. ***A clínica e a epidemiologia***, Salvador, APCE/ABRASCO, 1992.
- ALVARENGA, A.T. O enfoque de risco. In: 2º Seminário Estadual de Saúde da Criança, São Paulo, 1986. São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde, 1987.p. 19-24.
- ARAÚJO VIEIRA, M. P. et al. ***A pesquisa em história***. São Paulo, Ática, 1989. (Série Princípios).
- AYRES, J.R.C.M. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: Schraiber, L.B. ***Programação em saúde hoje***. São Paulo, HUCITEC, 1990. p.129-82.
- BERTONI, N. et al., 1984. apud Alvarenga, A.T. ***O enfoque de risco***. In: 2º Seminário Estadual de Saúde da Criança, São Paulo, 1986. São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde, 1987.p. 19-24.
- BIRMAN, J. ***A psiquiatria como discurso da moralidade***. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
- BLOCH, O. & WARTBURG, W von. Dictionnaire étymologique de la langue française apud Haroche, C. ***Fazer dizer, querer dizer***. São Paulo, HUCITEC, 1992. p.158.
- BLUM, H. L., 1974 apud CASTELLANOS, P. L. (coord). Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud segun condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar. OPS/OMS, Washington D.C., s.d. (borrador de trabajo).
- BOLTANSKI, L. ***As classes sociais e o corpo***. 3a. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1989.
- BOLTANSKI, L. ***Puericultura y moral de clase***. Barcelona, Laia, 1969.

- CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e a reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio, L.C.O., org. ***Inventando a mudança na saúde***. São Paulo, HUCITEC, 1994. p. 29-87.
- CAMPOS, G.W.S. Sobre a peleja dos sujeitos da reforma, ou da reforma dos sujeitos em peleja. ***Saúde Soc***, 1(2): 79-96, 1992.
- CANEVACCI, M., org. ***Dialética do indivíduo: o indivíduo na natureza, história e cultura***. 3a.ed. São Paulo, Brasiliense, 1981.
- CARDARELLI, G. & ROSENFELD, M. ***La participación al borde de un ataque de nervios..*** Buenos Aires, UNICEF, 1991. (Documento de Trabajo, 9)
- CARDOSO, F.H. ***As idéias e seu lugar: ensaios sobre as teorias de desenvolvimento***. Petrópolis, Vozes, 1980.
- CASTELLANOS, P. L. (coord). Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud segun condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar. OPS/OMS, Washington D.C., s.d. (borrador de trabajo).
- CASTELLAR, C. Psicanálise e adolescência: considerações teórico-técnicas. In: Castellar, C. & Freitas, L.A. ***Crise da adolescência: visão psicanalítica***. Rio de Janeiro, Rocco, 1989.
- CASTORIADIS, C. ***A instituição imaginária da sociedade***. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1982.
- CASTORIADIS, C. ***As encruzilhadas do labirinto, III: o mundo fragmentado***. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987-1992.
- CASTRO, E.M. & ARAUJO, J.N.G. Análise social e subjetividade. In: Lévy, A. et al. ***Psicossociologia: análise social e intervenção***. Petrópolis, Vozes, 1994. p. 15-23.
- CAVALCANTI, R.C. Adolescência. In: Vitiello, N. et al. ***Adolescência hoje***. São Paulo, Roca, 1988. p. 5-27.

- CECILIO, L.C.O., org. ***Inventando a mudança na saúde***. São Paulo, HUCITEC, 1994.
- CHARLOT, B. ***A mistificação pedagógica: realidades sociais e processos ideológicos na teoria da educação***. 2ª. ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1986.
- CHAUÍ, M. ***Conformismo e resistência***.. 2ª. ed. São Paulo, Brasiliense, 1987.
- CHAUÍ, M. ***Cultura e democracia - o discurso competente e outras falas***. 2ª. ed. São Paulo, Moderna, 1981.
- CHAUVENET, A. A lei e o corpo. ***Physis*** , 1(1): 13-48, 1991.
- CIAMPA, A.C. Identidade. In: Lane, S.T.M. & Codo, W., org. ***Psicologia social: o homem em movimento***. 9ª. ed., São Paulo, Brasiliense, 1991. p. 58-75.
- COATES, M.V.G. Evolução histórica da medicina do adolescente. In: Congresso Nacional - ***A saúde do adolescente***, 1º, Rio de Janeiro.[Curso Pré-Congresso - 22 e 24/06/1991.]
- CODO, W. et al. ***Indivíduo - trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar***. Petrópolis, Vozes, 1993.
- COIMBRA, M. A. Abordagens teóricas ao estudo das políticas sociais. In: Abranches, S.H. et al. ***Política social e combate à pobreza***. Rio de Janeiro, Zahar, 1987: 65-104.
- COSTA, J.F. ***Ordem médica e norma familiar***. Rio de Janeiro, Graal, 1983.
- COVRE, M.L.M. Cidadania, cultura e sujeitos. In: Spink, M.J.; org. ***Cidadania em construção - uma reflexão interdisciplinar***. São Paulo, Cortez, 1994.
- CZERESNIA, D. Construção científica e inovação teórica: um desafio para a Epidemiologia. ***Physis*** , 3(1): 77-106, 1993.

- DEVER, G. E. A., 1980 apud CASTELLANOS, P. L. (coord). Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud segun condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar. OPS/OMS, Washington D.C., s.d. (borrador de trabajo).
- DONZELOT, J. ***A polícia das famílias***. 2a. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1986.
- DUARTE, L.F.D. Os "nervos" e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica. ***Physis***, 3 (2): 43 - 73, 1993.
- EISENSTEIN, E. & SOUZA, R.P. coord. ***Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes***. Petrópolis, Vozes/CECIP/CENESPA, 1993.
- ELIAS, N. ***A sociedade dos indivíduos***. Rio de Janeiro, Zahar, 1994
- ERIKSON, E. H. ***Identidade, juventude e crise***. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.
- FERNANDES, H.R. ***Sintoma social dominante e moralização infantil - um estudo sobre a Educação Moral em Émile Durkheim***. São Paulo, EDUSP/ESCUTA, 1994.
- FERREIRA, J.R. A cooperação científico-técnica universitária na América Latina e a resposta dos organismos internacionais.[Editorial] ***Educ.Méd.Salud***, 18 (1): 1 - 8, 1983.
- FLEURY, S. Estado, poder e democratização da saúde. In: Fleury, S., org. ***Saúde Coletiva ? : questionando a onipotência do social***. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992, p.13 - 44.
- FOUCAULT, M. ***Surveiller et punir - naissance de la prison***. Paris, Gallimard, 1975.
- FREIRE, M.M.L. Vidas desperdiçadas : a puericultura no discurso da OMS. Rio de Janeiro, 1991. [Dissertação de Mestrado, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz]

- FREUD, A., 1969. apud Knobel, M. Síndrome Normal da Adolescência. In: Aberastury, A. & Knobel, M. ***La adolescencia normal***. Buenos Aires, Paidós, 1971.
- FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO - (FUNDAP) - ***Perspectivas institucionais de descentralização na saúde***. São Paulo, 1988.[Documento de Trabalho].
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - (UNICEF). ***As crianças das Américas: sobrevivência, proteção e desenvolvimento integral da infância, na década de 1990***. Santafé de Bogotá, 1992.
- GARCÍA, J.C. Juan César García entrevista Juan César García. In: Nunes, E. D., org. ***As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas***. Brasília, Organização Sanitária Panamericana, 1985. p.34.
- GOHN, M.G.M. Movimentos populares urbanos e democracia. São Paulo, Editora Cortez, ***Serv. Social e Soc.***, 5(17), 1985.
- GOLDBAUM, M. Novas perspectivas temáticas para a Epidemiologia. In: Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 1º, Campinas, 1990. ***Anais***. p. 247-53.
- GUATTARI, F. & ROLNIK, S. ***Micropolítica: cartografias do desejo***. Petrópolis, Vozes, 1986.
- HAMBURG, D. & HAMBURG, B. 1976 apud OPS. ***La salud de los adolescentes - un compromiso con el futuro***. Washington, D.C., 1985. (OPS - Publicación Científica, 489).
- HAROCHE, C. ***Fazer dizer, querer dizer***. São Paulo, HUCITEC, 1992.
- HELLER, A. ***O cotidiano e a história***. 2a. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1985.
- HELLER, A. ***Sociologia de la vida cotidiana***. Barcelona, Península, 1987.

- HENRIQUEZ, E. O papel do sujeito humano na dinâmica social. In: Machado, M.N.M. et al., org. ***Psicossociologia : análise social e intervenção***. Petrópolis, Vozes, 1994. p. 24-55.
- KNOBEL, M. Síndrome da adolescência normal. In: Aberastury, A. & Knobel, M. ***Adolescência normal***. 9ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981. p. 24- 62.
- KOSIK, K. ***Dialética do concreto***. 5ª. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.
- KOWARICK, L. Processo de desenvolvimento do Estado na América Latina e políticas sociais. ***Serv. Social & Soc.***, 17(6):5-14, 1985.
- KUHN, T.S. ***Estrutura das revoluções científicas***. 3ª. ed. São Paulo, Perspectiva, 1992.
- KULINA, E. ***Psicoterapia de adolescentes - teoria, técnica e casos clínicos***. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1976.
- LALONDE, M. ***A new perspective on the health of Canadians***. Ottawa, Government Of Canada, 1974 apud Sears, A. "Ensiná-los a viver: a política de saúde pública, da tuberculose à AIDS. ***Physis*** , 3(1):7-34, 1993.
- LANE, S.T.M. A psicologia social e uma nova concepção do homem para a Psicologia. In: Lane, S.T.M. & Codo, W. ***Psicologia social: o homem em movimento***. 9ª ed. Brasiliense, 1991. p.10-9.
- LARROSA, J. Tecnologias do Eu e educação. In: Silva, T.T. ***O sujeito da educação: -estudos foucaultianos***. Petrópolis, Vozes, 1994. p. 35-86.
- LEAVELL, H.R. & CLARK, E.G., ***Medicina preventiva***. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil/FENAME, 1976. p. 14-36.
- LOYOLA, A. A cultura pueril da puericultura. ***Novos Estudos CEBRAP***, 2 (1): 40 - 6, 1983.

- MAAKAROUN, M.F. Considerações gerais sobre a adolescência. In: Maakaroun, M.F. et al. **Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar**. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1991.
- MACHADO, R. **Danação da norma**. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- MACMAHON, B. & PUGH, T., 1970 apud Almeida Filho, N. **A clínica e a epidemiologia**, Salvador, APCE/ABRASCO, 1992.
- MARCONDES, E. et al. **Crescimento e desenvolvimento pubertário em crianças e adolescentes brasileiros, I. Metodologia**. São Paulo, Editora Brasileira de Ciências, 1982.
- MARQUES, M.B. Análise das limitações e possibilidades de atuação em serviços de puericultura. Campinas, 1976. [Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP]
- MARQUES, M.B. Atenção materno-infantil como prioridade política. In: Guimarães, R. org. **Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate**. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- MARQUES, R.M. et al. **Crescimento e desenvolvimento pubertário em crianças e adolescentes brasileiros. II. Altura e peso**. São Paulo, Editora Brasileira de Ciências, 1982.
- MENENDEZ, E.L. El proceso de alcoholización - revisión crítica de la producción socioantropológica, histórica y biomédica en América Latina. **Rev. Centroam. Cienc. Salud**, 8(23): 61-94, 1982.
- MIETTINEN, O., 1985 apud Almeida Filho, N. **A clínica e a epidemiologia**, Salvador, APCE/ABRASCO, 1992.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde - Coordenação Materno-Infantil - Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente. **Normas de atenção à saúde integral do adolescente**. Brasília, 1993. V.2.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde - Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. **Programa Saúde do Adolescente : bases programáticas**. Brasília, 1989.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/SG/SESUS. **Modelo assistencial no SUS - concepção e fundamentos, diretrizes e estratégias de implementação**. Brasília, 1990.

MORAES, C.A.P. Médicos e adolescentes: uma questão da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro, 1990. [Dissertação de Mestrado, Instituto Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz]

MUUSS, R. **Teorias da adolescência**. 5º ed. Belo Horizonte, Interlivros, 1976.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaración mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño** . N. York, Cumbre Mundial en Favor de la Infancia., 1990.

NOVAES, H.M. Contribuição ao estudo das ações integradas em serviços de saúde: análise conceitual e apreciação em programas selecionados na América Latina. São Paulo, 1989. [Tese de Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP].

NOVAES, M.H.D. A puericultura como questão. São Paulo, 1979 [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da USP]

OLIVEIRA, F. O surgimento do antivalor - capital, força de trabalho e fundo público. São Paulo, CEBRAP, **Novos Estudos**, 22:8-28, 1988.

OLIVEIRA, F., 1988 apud Wanderley, L.E.W. Os sujeitos sociais em questão. São Paulo, Cortez, **Serv. Social e Soc.** 13(40): 141-56, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE / FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma Ata, URSS, 6-12, setembro de 1978. **Relatório**. UNICEF-Brasil , 1979.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Expertos de la OMS en Problemas de Salud de la Adolescencia. Ginebra, 1964. **Informe.** Ginebra, 1965 (OMS -Serie de Informes Técnicos, 308).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Expertos de la OMS en Necesidades de salud de los adolescentes. Ginebra, 1976. **Informe.** Ginebra, 1977. (OMS - Serie de Informes Técnicos, 609)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Conclusiones y recomendaciones de las discusiones técnicas sobre la salud de los jóvenes** - Asamblea Mundial de la Salud, 42, 1989.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.**Constitución de la Organización Mundial de la Salud.** Ginebra, 1948.p. 1- 17.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Documento básico para las discusiones técnicas sobre la salud de los jóvenes.** Asamblea Mundial de la Salud, 42, Ginebra, 1989.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Grupo de Estudio de la OMS acerca de los Jóvenes y la "Salud para Todos en el año 2000", Ginebra, 1984. **Informe: La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad.** Ginebra, 1986. (OMS- Série de Informes Técnicos, 731)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Glosario de términos.**(OMS - Série Salud para todos, Números 1-8), Ginebra, 1984.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La salud de los adolescentes y jóvenes en las Américas: un compromiso con el futuro.** Washington, D.C., 1985. (OPS - Publicación Científica, 489)
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.**Organización Panamericana de la Salud: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.** Washington, D.C., s.d. (Publicación OPS - Oficina de Información y Asuntos Públicos de la OPS).

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - **Plan de Acción sobre la Salud del Adolescente en las Américas**. Washington D.C., 1992 (Documento CD36/16)
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - Reunión Regional sobre Salud del Adolescente, Montevideo, 1991. **Informe final**. Washington, D.C., OPS/Programa Maternoinfantil, 1991.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud del adolescente: prioridades y estrategias nacionales y regionales. Washington, D.C. **Bol.Oficina Sanit. Panam**, **107** :78-82, 1989.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud integral del adolescente - Taller/Reunión de Información y Programación. Montevideo, 9-13 de marzo de 1992 (relatório).
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ OMS/ FUNDACIÓN W.K. KELLOGG - **El marco conceptual de salud integral del Adolescente y su cuidado**. Washington, D.C., 1990.
- ORTEGA, G. **Em torno a Galileu: esquema das crises**. Petrópolis, Vozes, 1989.
- OSÓRIO, L.C. **Adolescente hoje**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991, p.12.
- PASSETTI, E. Os novos miseráveis. **São Paulo em Perspec.** **8**(3): 48-55, 1994.
- PEARCE, N. & CRAWFORD-BROWN, D., 1989 apud Almeida Filho, N. **A clínica e a epidemiologia**. Salvador, APCE/ABRASCO, 1992.
- PFROMM NETO, S. **Psicologia da adolescência**. São Paulo, Pioneira, 1979.
- PINTO, Á.V. **Ciência e existência: problemas filosóficos da pesquisa científica**. 2ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979, p. 188.
- PLAUT, R. Análisis de riesgo, alcance y limitaciones para el administrador de salud. **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, **96**: 296-306, 1984.

- ROCHA, J.S.Y. O movimento da reforma sanitária no Brasil. *Previdência em Dados*. Rio de Janeiro, 3(12): 5-11abr/jun., 1988.
- ROCHEBLAVE-SPENLÉ, A.M.O **Adolescente e seu mundo**. São Paulo, Duas Cidades, 1975.
- SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo 1970-80**. 2ª. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988. p. 50.
- SALTALAMACCHIA, H.R. La juventud en la época moderna: un análisis conceptual. Puerto Rico, *Cuadernos CIJUP*, 1990 (Coleccion Ensayos).
- SCHAFF, A. **O marxismo e o indivíduo**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1967.
- SEARS, A. Ensiná-los a viver: a política da saúde pública, da tuberculose à AIDS. *Physis*, 3(1):7-34, 1993.
- SERPA JR., O. Dando sentido ao mundo: classificar e delirar. In: Costa, J.F. org. **Redescrições da psicanálise: ensaios programáticos**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994, p. 211- 34.
- SHERER-WARREN, I. Organizações não-governamentais na América Latina: seu papel na construção civil. *São Paulo Perspec.* 8(3): 6-14, 1994.
- SINGER, P.et al. **Prevenir e curar: o controle social através do serviços de saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1985.
- SUSSER, M, 1987 apud Almeida Filho, N. **A clínica e a epidemiologia**. Salvador, APCE/ABRASCO, 1992.
- TANNER, J.M. **Growth at adolescence**. 2a. ed. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1962.
- TERRIS, M. Concepts of health promotion: dualities in public health theory. *J. Public Health Policy*, 267-75, 1992 .

- TORRES - RIVAS, E. Introducción al análisis comparativo de la juventud. In: Torres-Rivas, E. et al. **Escépticos, narcisos, rebeldes - 6 estudios sobre la juventud**. San Jose, FLACSO/CEPAL, VARITEC, 1989.
- URIBE RIVERA, F.J. O planejamento de saúde na América Latina. Rio de Janeiro, 1982 [Dissertação de Mestrado- Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz]
- URZÚA, R.F. El desarrollo psicológico y los problemas de salud mental del adolescente. In: Organización Panamericana de la Salud. **Crecimiento y desarrollo: hechos y tendencias**. Washington, D.C., 1988. (OPS - Publicación Científica , 510) .
- USCÁTEGUI, R.G. Desarrollo psicosocial: perspectivas vigentes. In: Organización Panamericana de la Salud, **Crecimiento y desarrollo: hechos y tendencias**. Washington, D.C., 1988. p. 351-65. (OPS - Publicación Científica, 510)
- VÁSQUEZ, A.S. **Ética**. 13a. ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1992 .
- VELHO, G. O estudo do comportamento desviante: a contribuição da Antropologia Social. In: Velho, G.,org. **Desvio e divergência: uma crítica da patologia social**. 5ª ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1985. p. 11-28.
- VICUÑA, J.R. La salud del adolescente y del joven en América Latina y el Caribe. **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, **83**: 295-309, 1977.
- WANDERLEY, L.E. Massas e sociedade civil: notas para um estudo. **São Paulo Perspec.**, **8** (2): 33 - 40, 1994.
- WANDERLEY, L.E. Os sujeitos sociais em questão. **Serv. Social e Soc.**, **13** (40):141-56, 1992.
- WINNICOTT, D. W., 1965 apud Aberastury, A. et al. 2a. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

ANEXOS

ANEXO 1.

***PLANO DE AÇÃO SOBRE SAÚDE
DO ADOLESCENTE NAS AMÉRICAS
1992***

ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XXXVI Reunión

Washington, D.C.
Septiembre 1992

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

XLIV Reunión

Tema 5.6 del programa provisional

CD36/16 (Esp.)
31 julio 1992
ORIGINAL: ESPAÑOL

SALUD INTEGRAL DE LOS ADOLESCENTES

El Comité Ejecutivo en su Reunión 109a revisó el documento presentado por el Director sobre las bases, objetivos y Plan de Acción de la nueva línea de trabajo en el tema de Adolescencia y Juventud que está siendo desarrollada por el Programa Regional de Salud Maternoinfantil.

Entre los acuerdos relevantes al tema, se encuentra la declaración de políticas sobre el niño y el adolescente suscrita por los Jefes de Estado de los Países en ocasión de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia^(a/110) y las resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, en relación con la formulación de políticas, planes y programas en favor de la salud integral de los adolescentes y jóvenes a nivel global, regional y de los países.

Se describe en el documento sucintamente la situación demográfica, educacional y legal; se hace un análisis del proceso salud-enfermedad y de la naturaleza de la atención integral, y se señalan los problemas específicos relacionados con crecimiento y desarrollo, salud reproductiva, conductas de riesgo y sus consecuencias.

El Comité reconoció la trascendencia de la salud integral del grupo de población involucrado y la importancia de abrir espacios a las respuestas de las necesidades de salud y desarrollo de presentes y futuros adolescentes y jóvenes. Asimismo, concordó con las consecuencias de los comportamientos de salud y nutrición durante estas fases sobre la salud en etapas posteriores. El vínculo de salud y educación, así como el papel de la mujer y la familia fueron resaltados por el Comité como de gran importancia. El Comité también solicitó aclaraciones en relación a ciertos aspectos operacionales y de estructura del Plan de Acción y sobre el papel de OPS en la ejecución del Plan y las posibles repercusiones presupuestarias.

La Secretaría agregó que el Plan de Acción no pretende ser un programa exhaustivo, sino que constituye parte de un proceso inicial que está siendo financiado con fondos catalíticos y que necesitará ser complementado en un futuro cercano con fondos extrapresupuestarios. Dicho proceso está siendo recibido con entusiasmo por los países de la Región. De hecho por lo menos 20 países de la Región ya han formulado políticas de salud en esta área con enfoque multisectorial.

El Comité Ejecutivo aprobó la Resolución IX, la que contiene una propuesta de resolución para ser considerada por el Consejo Directivo, y que se incluye a continuación:

RESOLUCION IX

SALUD INTEGRAL DE LOS ADOLESCENTES

LA 109a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO,

Visto el informe del Director (Documento CE109/14) sobre la salud del adolescente en las Américas,

RESUELVE:

Proponer a la XXXVI Reunión del Consejo Directivo que apruebe una resolución dentro de los lineamientos que se proponen a continuación:

LA XXXVI REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el informe del Director sobre la salud del adolescente en las Américas y el plan de acción para el fortalecimiento y el desarrollo de los programas (Documento CD36/16);

Considerando las decisiones sobre el tema de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, las Discusiones Técnicas sobre salud de los jóvenes y las resoluciones de la Organización Mundial de la Salud, derivadas de las Discusiones Técnicas en la 42a Asamblea Mundial (WHA42.41), y en especial la Resolución XVI de la XXXV Reunión del Consejo Directivo de la OPS (1991);

Reconociendo la importancia que la salud integral del adolescente tiene para los países de la Región;

Valorando la enorme contribución que los adolescentes pueden hacer al futuro de las Américas, y

Reconociendo que la salud del adolescente tiene profundas consecuencias en la vida adulta y en las generaciones posteriores,

RESUELVE:

1. Aprobar el Plan de Acción sobre la Salud del Adolescente en las Américas presentado en Documento CD36/16, revisado de acuerdo con las observaciones del Comité Ejecutivo.

2. Instar a los Gobiernos Miembros a que:

- a) Desarrollen o fortalezcan las iniciativas nacionales para promover la salud integral del adolescente;*
- b) Creen y estrechen los vínculos de colaboración entre las entidades responsables de la salud del adolescente, de tal manera que los programas utilicen los recursos eficientemente y eviten la duplicación de esfuerzos;*
- c) Establezcan y fortalezcan los vínculos de colaboración con las organizaciones no gubernamentales, universidades y centros de investigación que trabajan con y para los adolescentes con el propósito de formular y llevar a cabo proyectos conjuntos;*
- d) Promuevan la participación activa de los adolescentes en la promoción de la salud desde las comunidades, centros educativos, deportivos y lugares de trabajo;*
- e) Establezcan y fortalezcan la colaboración para programas específicos entre los Ministerios de Salud y Educación.*

3. Recomendar al Director que:

- a) Continúe los esfuerzos para encontrar y apoyar estrategias de financiamiento y movilización de recursos nacionales e internacionales para que pueda llevar a cabo el Plan de Acción;*
- b) Determine la fecha apropiada para evaluar el progreso del Plan de Acción e informe del mismo al Consejo Directivo.*

4. Pedir además al Director que apoye, dentro de los recursos disponibles:

- a) El desarrollo y difusión del Marco Teórico-Conceptual del Programa de Salud Integral del Adolescente en las Américas;*

- b) La validación y reajuste, en base a la experiencia, de indicadores para el diagnóstico de situación, programación, vigilancia y evaluación de la atención integral del adolescente;*
- c) El desarrollo de instrumentos de evaluación de servicios, de guías normativas para la programación y organización de servicios, y de normas y pautas para la prestación de servicios;*
- d) La colaboración para el desarrollo de recursos humanos mediante el apoyo técnico y material a seminarios, cursos, talleres y la promoción de acciones intersectoriales;*
- e) El refuerzo y activación de las redes nacionales que trabajan con adolescentes;*
- f) La promoción de investigaciones operativas incluyendo la evaluación de modelos alternativos para la asistencia integral del adolescente;*
- g) La producción, selección y distribución de material científico y de experiencias en el desarrollo de programas locales de servicios y de actividades de docencia y capacitación.*

*(Aprobada en la octava sesión plenaria,
celebrada el 25 de junio de 1992)*

SALUD INTEGRAL DE LOS ADOLESCENTES

CONTENIDO

Página

I.	MARCO POLITICO Y ANTECEDENTES EN LA REGION	1
II.	EXPERIENCIAS EN LOS PAISES DE LA REGION	3
III.	PLAN DE ACCION SOBRE SALUD INTEGRAL DE LOS ADOLESCENTES Y JOVENES	14
ANEXO I:	Marco conceptual	21
ANEXO II	Resoluciones de los Cuerpos Directivos	27
ANEXO III:	Cuadros y figuras	29
ANEXO IV:	Referencias y bibliografía	43

SALUD INTEGRAL DE LOS ADOLESCENTES

I. MARCO POLITICO Y ANTECEDENTES EN LA REGION

1. La Cumbre Mundial en Favor de la Infancia

En la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño¹, en la parte introductoria, los Jefes de Estado manifiestan la decisión de esforzarse en favorecer el crecimiento y desarrollo del niño, prestando apoyo a los padres de familia para cuidar y atender a los niños desde su nacimiento hasta el final de la adolescencia, permitiendo a los niños llegar a la vida adulta en un medio cultural y social que les dé apoyo y sea enriquecedor, y esforzándose por lograr la protección especial de los niños que trabajan y la abolición del trabajo ilegal de menores y evitar que los niños se conviertan en víctimas del flagelo de las drogas ilícitas. La misma Declaración resalta los factores de mortalidad excesiva de madres jóvenes (500.000 muertes por año en el mundo). A fin de evitar esta tragedia debería prestarse particular atención a la salud, nutrición y la educación de la mujer. El documento enfatiza la importancia del ambiente cultural comunitario y la familia, así como del medio ambiente, para el crecimiento y desarrollo del niño (hasta el final de la adolescencia).

Entre las metas propuestas resaltan las siguientes:

- Mejoramiento de la protección de los niños en circunstancias especialmente difíciles;
- Atención especial a la salud y nutrición de las niñas, las mujeres embarazadas y las madres lactantes, y
- Acceso de todas las parejas a información y servicios para impedir embarazos demasiados tempranos, poco espaciados, demasiado tardíos o demasiado numerosos.

¹ Naciones Unidas: Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño. Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. Nueva York, Septiembre, 1990.

2. Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud ha reconocido reiteradamente, en los últimos 20 años, la singular importancia de la salud y bienestar del adolescente y del joven, señalando la necesidad de asignar alta prioridad a los programas dirigidos a su fomento y restitución y a la prevención de las enfermedades que los afectan. Numerosas resoluciones aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud han destacado el tema, con mención especial de los problemas relacionados con las enfermedades de transmisión sexual, la conducta reproductiva, el tabaquismo y el abuso del alcohol y otras sustancias psicoactivas (ver Referencias: 1-10). La última de ellas (WHA42.41) toma como base la integralidad de la salud de los jóvenes y de su atención (ver Anexo II).

El informe final de las Discusiones Técnicas sobre la Salud de los Jóvenes, celebradas en mayo de 1989 en ocasión de la 42^a Asamblea Mundial de la Salud (11, 12) recomienda que la OMS debe colaborar con los Estados Miembros en el fortalecimiento de las instituciones nacionales para que emprendan investigaciones para mejorar el conocimiento de la situación de los jóvenes. Los gobiernos deben tener una política de salud explícita, traducida en planes de acción que las lleven a la práctica, se debe auspiciar la participación de la juventud y se deben fortalecer los esfuerzos colaborativos entre agencias e instituciones.

3. Organización Panamericana de la Salud

Los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud han abordado el problema en diversas ocasiones, entre ellas en las reuniones del Consejo Directivo de 1984, 1988 y 1991, y en la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en 1990. En la XXXV reunión del Consejo Directivo se analizó al efecto el estado de los programas de salud maternoinfantil y planificación familiar (13, 14), los avances realizados en la ejecución de las estrategias recomendadas por la Conferencia Sanitaria Panamericana (15) y el compromiso adquirido por los Presidentes y Jefes de Estado de las Américas, compendiado en la Declaración de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia (16). La Resolución XVI de la XXXV Reunión del Consejo Directivo (octubre, 1991) solicitó al Director (17) que incluya en el programa del Consejo Directivo de 1992 el tema sobre salud integral del adolescente y del joven.

En los últimos años la OPS ha dado mayor relevancia a las actividades de cooperación en el campo de la salud de los adolescentes y jóvenes, expresión de lo cual es un conjunto de publicaciones que han contribuido al apoyo de iniciativas en este campo en los países (18-24).

II. EXPERIENCIAS EN LOS PAISES DE LA REGION

Las actividades de atención de la salud de los jóvenes en la Región han adquirido cierta importancia en los últimos quince años. Recientemente se le ha dado más relevancia al enfoque psicosocial, al ponerse de manifiesto los problemas de la salud reproductiva, la violencia y el consumo de sustancias psicoactivas.

Los esfuerzos señalados, sin embargo, no han tenido un impacto detectable, habida cuenta de su limitada cobertura, su orientación a la solución de problemas específicos y sobre todo, por no estar respaldados por políticas explícitas que le den permanencia, coherencia e integralidad a las acciones.

1. Análisis epidemiológico de la salud de los adolescentes y los jóvenes: Hechos y tendencias

1.1 Aspectos demográficos

De los aproximadamente 196 millones de personas consideradas como adolescentes (10-19 años) o como jóvenes (15-24 años) en la Región de las Américas, 137 millones o sea 69 % corresponden a la América Latina y el Caribe. Para el final del Siglo, esta cifra se elevará a 172 millones (25) (Cuadros 1 y 2).

En los países de la Región ha habido un aumento tanto en la proporción como en el número absoluto de adolescentes y jóvenes, producto de los fenómenos de transición demográfica. Este crecimiento representa demandas crecientes a los sistemas educacional, de salud, de trabajo y otros.

El acelerado ritmo de urbanización de los países de la Región, que en 1990 concentra 72 % de la población total en zonas urbanas, es más marcado en adolescentes y jóvenes. Se estima que para el año 2.000 alrededor del 80 % de ellos vivirán en zonas urbanas, en comparación con 75 % para la población total que vivirá en las mismas zonas (26).

La rápida urbanización en la Región se ha dado principalmente en los sectores marginales, con condiciones socioeconómicas precarias, lo que, unido a la gran concentración urbana de este grupo poblacional, contribuye a conformar un ambiente psicosocial en el que predominan la violencia y la delincuencia juvenil.

1.2 Educación

En todos los países de la Región, se observa una mejoría evidente en el nivel de educación de los adolescentes y jóvenes, grupo en el que ha declinado en forma importante la tasa de analfabetismo. (27-31). (Cuadro 3).

Sin embargo, a pesar de los progresos globales constatados, existen grandes disparidades en la Región (29), donde al lado de países con tasas de analfabetismo inferiores a 5 %, existen otros con tasas superiores al 40 %. En algunos países con mayor analfabetismo, se ha comprobado un menor número de años de escolaridad en mujeres. En esos mismos casos la tasa de analfabetismo es tres veces más alta en las zonas rurales que en las urbanas.

1.3 Aspectos legales

El término "adolescente" (10-19 años) no está sancionado por el uso en los textos legales, utilizándose en su lugar expresiones tales como "menor", "menor de edad", "joven" y "juvenil".

La "adulthood legal", esto es, la edad en que la persona pasa a ser "competente" ante la ley y adquiere la llamada "mayoría de edad", es seleccionada arbitrariamente (32), siendo en la mayor parte de los casos los 21 años, con una tendencia a rebajarla a los 18.

Desde la perspectiva de la salud, estas disposiciones constituyen en muchos casos una barrera que limita las opciones de la gente joven, especialmente los menores de 20 años, o coartan su acceso a los servicios. Esto es particularmente válido en el caso de tratamientos médicos y medidas de regulación de fecundidad, entre otras.

1.4 Empleo

Los problemas de desempleo y subempleo derivados de la crisis económica latinoamericana afectan especialmente a los grupos socioeconómicos mas débiles y han tenido grandes repercusiones en los jóvenes, las mujeres y los grupos étnicos minoritarios.

Se estima que hay unos 10 millones de niños trabajadores en América Latina, muchos de ellos en situación ilegal, ajenos a los beneficios de la seguridad social, subremunerados y realizando tareas de alto riesgo para su salud (26). En el Cuadro 4 se muestra la variación en la participación en la actividad económica de adolescentes y jóvenes en un período de 15 años (1970-1985); observándose una disminución en el grupo de 10 a 14 años.

Existen países en que niños y adolescentes empiezan a trabajar cuando biológica, psicológica y legalmente no están en plena capacidad de hacerlo. Muchos de estos niños y jóvenes se encuentran doblemente expuestos a la fatiga, al tratar de mantener simultáneamente la asistencia al trabajo y a la escuela y alcanzar el rendimiento escolar requerido, lo que raramente consiguen. Esto trae como consecuencia el abandono de la escuela y la limitación de posibilidades futuras de mejorar su nivel de vida. (27, 31, 32).

1.5 Condiciones socioeconómicas

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la proporción de población de estos países que vive en condiciones de pobreza varía entre el 19% y el 85%. Lo señalado se refleja en el gasto público por habitante, habiendo países que disponen de menos de US\$10 al año per cápita (Cuadro 5).

El impacto de la adversidad económica en los adolescentes y jóvenes de América Latina es enorme y se traduce en una menor disponibilidad cualitativa y cuantitativa de alimentos; servicios de salud inadecuados en cantidad, calidad y oportunidad; sistemas educacionales inadecuados; escasa o inexistente accesibilidad a actividades recreativas y deportivas; insuficiente o nula capacitación laboral, subempleo y desempleo.

2. El proceso de salud-enfermedad y de la naturaleza de la atención

Las fuentes de información para el análisis del proceso de salud-enfermedad en adolescentes y jóvenes de la Región son las mismas que se utilizan para otros grupos de edad, compartiendo sus fortalezas y debilidades. Diversos organismos internacionales publican periódicamente información relevante, pero su utilidad depende de la calidad y oportunidad de los datos, generados en los países.

Las necesidades de salud del adolescente y joven no han sido evaluadas con exactitud. Entre los factores que contribuyen a esa situación están los relativos a la naturaleza de la información disponible y la escasez de profesionales capacitados para detectar sus problemas.

La salud del adolescente y joven, mas que en otras edades, requiere de un enfoque multisectorial y transdisciplinario, tanto en el terreno diagnóstico como en el de tratamiento y prevención. La información sobre alfabetismo y escolaridad, deserción escolar, deportes y recreación, trabajo y protección de la salud de los trabajadores menores, etc., constituyen por sí mismos indicadores de salud, algunos de ellos con la ventaja de representar aproximaciones "positivas" a la medición de salud.

3. Morbimortalidad general

La Mortalidad general en el grupo de 10 a 24 años es baja (26), como lo ilustra la Figura 1. Este hecho explica probablemente la baja prioridad asignada a la atención de este grupo.

La información disponible en varios países de América Latina indica que entre 1979 y 1988 la mortalidad de adolescentes de 10 a 19 años bajó de 1,09 a 0,74 por 1.000 lo que se muestra en la Figura 2 (27).

Las tasas desglosadas por países para adolescentes de 10 a 14 años, alrededor de 1985, se presentan en el Cuadro 6, observándose variaciones entre 138 y 18,9 por 100.000. Las diferencias por sexo confirman el mayor riesgo de los varones, especialmente en el grupo de 15 a 24 años (Cuadros 7 y 8).

Entre las causas de muerte en adolescentes en todos los países de la Región, el conjunto de accidentes, envenenamientos y violencias ocupa el primer lugar, seguido de tumores malignos, (mayoritariamente leucemias y linfomas). La mortalidad por problemas asociados a la función reproductiva ocupa también un lugar destacado en mujeres de este grupo de edad.

Los accidentes y violencias son responsables de una gran cantidad de años de vida potencial perdidos y de un impacto económico negativo, lo que justifica ampliamente la implementación de programas de prevención en este campo. Las altas tasas de mortalidad de adolescentes relacionadas con el proceso reproductivo apuntan, asimismo, a las necesidad de establecer adecuados programas de control de embarazo, asistencia del parto y del puerperio, sin dejar de considerar la prevención del embarazo no deseado a través de actividades de educación sexual y de planificación familiar y el control de enfermedades transmitidas sexualmente.

La información disponible en relación con la morbilidad proviene de encuestas esporádicas y de los datos suministrados por los consultorios externos, servicios de hospitalización y servicios de urgencia. Su utilidad es relativa por cuanto los registros adolecen de las debilidades señaladas antes y la información sólo representa la fracción de la población que recibió atención.

Las encuestas de morbilidad son escasas en los países de la Región. En una de ellas (34) se encontró que los adolescentes perciben 0,96 episodios de enfermedad aguda/persona/año, de los cuales 0,26 llega a recibir asistencia por parte del sistema, frente a un promedio de 5 episodios persona/año en población total, de los cuales la mitad recibe atención.

Cuando la atención es realizada por personal especialmente entrenado, se revela la especificidad de los problemas de salud del adolescente, tanto los biológicos como los de la esfera psicosocial: variaciones normales del proceso de crecimiento y desarrollo, acné, trastornos ortopédicos, problemas sensoriales, trastornos menstruales y relacionados con la salud reproductiva, angustia, consumo de sustancias y otras conductas riesgosas. (33-35).

4. Problemas Específicos

4.1 Problemas relacionados con el crecimiento, el desarrollo, y la nutrición

Los problemas nutricionales en el adolescente y joven se conocen en forma parcial, mediante los hallazgos de las escasas investigaciones dirigidas al respecto.

4.2. Problemas asociados a deficiencias específicas

La anemia por deficiencia de hierro tiene significación en los países de la Región. (Cuadro 9). Los trastornos por carencia de yodo, entre ellos el bocio endémico, continúan siendo un problema, especialmente en los países andinos (Cuadro 10).

Si bien los problemas relacionados con la salud oral incluyen otras patologías, la caries dental es la más importante por la frecuencia y precocidad de su aparición. Su prevalencia se acerca al 50% en los menores de 5 años y es alrededor de 90% en los de 15 años. Al impacto de los problemas dentales en la salud física, se agrega su repercusión en la salud mental de adolescentes y jóvenes, dado su efecto negativo en la estética, en un período de la vida en que la gente joven está muy concentrada en la imagen corporal y el logro de autoestima.

4.3 Salud reproductiva

● Tendencias en fecundidad de adolescentes

La tasa de fecundidad específica en el grupo de 15 a 19 años fluctúa en el período 1985-1990 entre 61 y 133 por 1.000. En general, las tasas de fecundidad en adolescentes tienden a ser más elevadas en los países de fecundidad alta (5,5 o más), que en los de baja (menos de 3). Entre 1950-55 y 1985-90 la tasa ha disminuido en la mayoría de los países en cifras entre 10% y 52%. Sin embargo, el descenso de la tasa de fecundidad específica en edades mayores hace que la proporción de embarazos e hijos en menores de 20 años aumente (25).

- Nacimientos en adolescentes

Aunque la tasa de fecundidad en adolescentes tiende a declinar, el número absoluto de hijos de adolescentes aumenta por el aumento del número de población en esa edad (25).

En los países de la Región como un todo, los nacimientos en madres menores de 20 son el 14,5 %, habiendo cinco países que superan el 18 %.

- Determinantes de la fecundidad en la adolescencia.

El adelanto de la menarquia observado en la Región es un factor biológico que se acompaña de actitudes y comportamientos hacia el sexo opuesto, que pueden conducir a un ejercicio precoz de la sexualidad. Se producen en este campo grandes contradicciones: por una parte las características biológicas permiten la reproducción más temprana, por otra, la sociedad retarda la edad en que el individuo es considerado adulto con todos los derechos y deberes.

En América Latina, la edad media al contraer matrimonio es de 20,5 años. La edad mínima legal es de 12 años en 5 países y de 14 en otros 9. No siempre existe correlación entre la edad legal y la realidad. En todo caso, entre los factores determinantes del matrimonio, más que la edad legal, influye la posibilidad de acceso a la educación media y superior y al empleo y el sitio de residencia. De acuerdo con una encuesta reciente sobre demografía y salud realizada en ocho países latinoamericanos, aproximadamente la mitad de las mujeres se ha casado o iniciado una relación sexual antes de los 20 y un tercio antes de los 17 años.

- Evolución del embarazo en adolescentes

Existen en la Región, numerosas publicaciones que documentan el impacto negativo del embarazo precoz. El hijo de madre adolescente tiene, en general, mayores riesgos que el de madre de más de 20 años, (38-43) que se traducen en mayor frecuencia de bajo peso al nacer, mayor morbilidad perinatal y posteriormente, riesgo de negligencia y maltrato.

En los aspectos psicosociales el embarazo de la adolescente afecta a su proyecto de vida, pues favorece la interrupción o término de su escolaridad, disminuye sus expectativas laborales y configura un futuro incierto. (44-48).

- Aborto y mortalidad materna

Las tasas más altas de mortalidad materna entre jóvenes y adolescentes, la presenta un país de la Región con 17,8 muertes por cada 100.000 mujeres de 15 a 24 años. El mismo país tiene la mortalidad por aborto más elevada, con 4,8 por 100.000 mujeres de 15-24 años.

En general, un 30% de la mortalidad por aborto en América Latina se produce en mujeres de 24 años o menos.

- Anticoncepción

El uso de anticonceptivos en adolescentes es inferior que el de las personas adultas. Aun entre adolescentes casadas, se observan tasas tan bajas como 9% en Guatemala, aunque puede alcanzar cifras importantes como 50% en Brasil y 30% en Colombia. Las cifras son más bajas en las áreas rurales (49).

Es necesario estudiar las circunstancias y factores relacionados con los problemas de la salud reproductiva de los adolescentes de ambos géneros para promover niveles de responsabilidad, educación y protección del grupo como un todo. De esto se desprende incluir al adolescente masculino en los programas de promoción y protección con un enfoque integral de la atención de la salud.

4.4. Enfermedades de transmisión sexual

La incidencia de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes se conoce muy poco en la Región. Probablemente tiene alguna significación, de acuerdo a estudios parciales (50, 51).

Los casos de SIDA entre adolescentes representan el 4% de todos los casos notificados en todos los países, con excepción de Honduras con 8,3% y Estados Unidos con 9,8%

De acuerdo a un informe de la OMS, por lo menos la mitad de los infectados con el virus tienen menos de 25 años. Esto hace del SIDA un problema de máxima importancia en la población joven, sobre todo si se considera que los casos notificados subestiman la magnitud del problema al no representar al total de infectados.

4.5. Accidentes y las demás causas externas

Diversa información de la Región muestra un preocupante incremento del complejo problema de la violencia y el consiguiente impacto negativo en la calidad de

vida, pérdidas de vidas de población joven y adulta joven y un alto costo económico-social. Los problemas de salud relacionados con la violencia constituyen la principal causa de utilización de servicios asistenciales en estas edades.

Además de los accidentes, homicidios y suicidios, a las muertes violentas del adolescente y joven contribuyen, en ocasiones en gran medida, los conflictos armados, internos e internacionales.

Las tasas de mortalidad por causas externas--accidentes y violencias--son altas en la mayoría de los países. En general, la mortalidad por estas causas ha disminuido en los últimos años en el grupo de 10 a 14 años de edad, pero se mantiene alta o tiende a aumentar en el de 15 a 24 con grandes variaciones en la Región.

Los accidentes están entre las 5 primeras causas de muerte en la población general de América (52), siendo la primera en el grupo de 15 a 24 (Cuadro 11). Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (25) indican que por cada adolescente que muere en un accidente de tránsito, 10 a 15 sobrevivientes de edad semejante, quedan con secuelas graves y de 30 a 40 presentan daños menos severos pero que requieren de cuidados médicos, psicológicos o de rehabilitación, cifras coincidentes con los resultados de investigaciones norteamericanas (53).

La accidentabilidad, atributo de algunas personas que tienden a sufrir un número excesivo de accidentes en comparación con sus pares (54), se observa con mucha frecuencia en esta etapa de la vida. Analizando los accidentes por vehículos a motor, se observa que ellos dan cuenta de algo más del 20% de las muertes por causas externas en este grupo (Figura 3).

Los homicidios, la más explícita expresión de violencia, son la segunda causa de muerte en adolescentes y jóvenes en la mitad de los países de la región y se encuentran entre la tercera y la quinta en la otra mitad (Cuadro 12). Se concentran en la población masculina de 15 a 24 años, habiendo un país en que la tasa en este grupo alcanza a 144 por 100.000.

El suicidio es una causa importante de muerte en la Región, con tasas globales que varían entre 22,6 y 0,2 muertes por 100.000 habitantes. En 19 países de la Región el suicidio está entre las primeras cinco causas de muerte en el grupo de 15 a 44 años. En la actualidad tiende a ocurrir a edades más bajas, llamando la atención que ya se encuentra entre las cinco primeras causas de muerte en niños de 5 a 14 años en cinco países de la Región.

4.6. Consumo de sustancias

El consumo de sustancias psicoactivas en la Región entre adolescentes y jóvenes ha adquirido proporciones considerables. Si bien este consumo es menor en los países de América Latina, su prevalencia tiende a aumentar, particularmente en algunos grupos, como los que provienen de familias desintegradas, los desertores escolares, los desempleados, los pertenecientes a los estratos más pobres y postergados de la población y los que presentan ciertas patologías (55).

Se estima que del 10 al 30% de los adolescentes han tenido experiencias de consumo de sustancias ilegales, dependiendo la frecuencia del uso, de la oferta y la capacidad de adquisición (25).

La frecuencia del hábito de fumar y el consumo de bebidas alcohólicas por parte de la población joven es de alta magnitud, observándose una tendencia al aumento.

- Alcohol

El consumo de bebidas alcohólicas en el mundo ha aumentado en las últimas décadas (56), particularmente entre los jóvenes. En Chile (57) se encontró que más del 12% de los estudiantes de la capital consumían alcohol en forma excesiva. En México (58) una encuesta reveló que entre los entrevistados de 12 a 17 años de edad el 17.3% consumían alcohol cuando menos una vez al mes; 5.9% lo hacían de una a tres veces al mes y el 4.4% ingería licor una o más veces por semana. El 5.2% de la población de 18 a 29 años cumplía con los criterios de dependencia alcohólica.

- Tabaco

El consumo de tabaco en Latinoamérica y el mundo en desarrollo, en contraste con su sostenida disminución en la mayoría de los países desarrollados, está aumentando, especialmente entre las mujeres jóvenes.

La Encuesta Nacional de Adicciones realizada en México en 1988 (59) demostró que el 42,4% de los fumadores tenían una edad que variaba entre los 18 y los 29 años, y el 6,6% era de 12 a 17 años. El 52,1% había iniciado el hábito antes de los 17 años; solamente el 5,5% había empezado después de los 30 años.

- Drogas

En la actualidad, el abuso de sustancias psicoactivas por la población joven de la Región ha adquirido una magnitud importante y en algunos países constituye un importante problema de salud pública, llegando a alcanzar una prevalencia hasta el 80% en menores de 25 años.

Se ha encontrado que el consumo de tabaco, así como el de alcohol, se encuentran vinculados al consumo de sustancias químicas en general, entre los padres de los jóvenes estudiados.

Hay fuertes indicios de un incremento en el uso de ciertas sustancias, especialmente marihuana, cocaína, tranquilizantes y estimulantes del sistema nervioso central.

5. Respuestas sugeridas

Para dar respuesta a la problemática esbozada es necesario desarrollar políticas, planes y programas que se ajusten a un marco conceptual que permita entender las relaciones íntimas que existen entre la salud integral, la calidad de vida asociada al bienestar y el desarrollo psicoafectivo y social. Para ello, es necesario enfrentar grandes desafíos, entre ellos los relacionados con:

- a) La reducción de la desigualdad de oportunidades de los niños, adolescentes y jóvenes y sus familias, así como la desigualdad en oportunidades por género.
- b) El incremento de los niveles de promoción y protección de la salud mediante la aplicación de la cadena de prevención, y
- c) El reforzamiento de la satisfacción de las necesidades biológicas y psicosociales del grupo.

El alcance de cuatro metas básicas pueden ser claves para enfrentar los desafíos mencionados:

- a) Incremento de la capacidad de autocuidado;
- b) Promoción de la ayuda mutua;
- c) Logro de microambientes saludables y;
- d) Promoción de estilos de vida y comportamientos sanos.

Lo anterior requiere la consolidación de las siguientes estrategias:

- a) Refuerzo de la participación social y del grupo;
- b) Refuerzo de los sectores de beneficio social (salud, educación, trabajo, legislación, promoción social y recreación y otros);

- c) Coordinación de políticas, planes y programas de manera intersectorial, y
- d) Aplicación de enfoques integradores y participativos, tales como: enfoque de riesgo que considera el control de factores de riesgo y la promoción de factores protectores, los enfoques familiar, comunitario y ecológico (microambientes), y el énfasis en las acciones de nivel local y primario.

A pesar de los avances logrados en las últimas décadas en relación a diferenciales asociados a género, aún hay mucho por lograr en términos de igualdad de oportunidades, acceso a educación y empleo, participación efectiva y grado de responsabilidad exigida en relación al género, a fin de proveer oportunidades iguales para el bienestar y desarrollo.

La Organización inició, desde hace alrededor de tres años, acciones que han llevado al desarrollo de un Plan de Acción propuesto para el quadrienio 92-95 basado en un Marco Conceptual que se detalla en el Anexo I.

Dicho plan consta básicamente de tres categorías de actividades: La primera categoría constituida por actividades regionales, subregionales y de país, financiados por fondos regulares complementados con fondos extrapresupuestarios provenientes de agencias del sistema de Naciones Unidas (UNFPA, UNICEF) y no gubernamentales (Kellogg, Carnegie Corp., Pew Charitable Trusts y otras). La segunda constituida por un proyecto multipaís con financiamiento proporcionado en su mayor parte por la Fundación W.K. Kellogg, con una duración de 4 años a partir de enero 1, 1992. La tercera está constituida por actividades conjuntas con el Programa Regional de Promoción de Salud, relacionadas con el desarrollo de modelos de atención con énfasis en Promoción de Salud y prevención de daños y de conductas asociadas a alto riesgo de daños. Estos modelos tomarán como grupos objetivos los adolescentes y jóvenes y contarán con financiamiento regular adicional del Programa de Prevención de Salud, complementado con contribuciones catalíticas de los presupuestos de las dos primeras categorías.

Este Plan de Acción propuesto no pretende dar respuestas a todas las necesidades prioritarias. Se trata de un comienzo de un proceso orientado a facilitar las fases iniciales de programas locales, intermedios, nacionales, subregionales y regionales, cubriendo los requisitos básicos para un gradual desarrollo de la atención de la salud integral de los adolescentes y jóvenes de la América Latina y El Caribe.

A continuación se hace una presentación resumida de dicho plan:

III. PLAN DE ACCION SOBRE SALUD INTEGRAL DE LOS ADOLESCENTES Y JOVENES

A. PROPOSITO GENERAL

Contribuir a mejorar la capacidad de los países de la Región para la satisfacción de las necesidades biológicas y psicosociales de los procesos de salud, bienestar y desarrollo de adolescentes y jóvenes.

B. COMPONENTES DEL PLAN DE ACCION

B.1. COMPONENTE 1. ACTIVIDADES DE LA ORGANIZACION A TRAVES DEL PROGRAMA DE SALUD MATERNOINFANTIL

Las actividades en el área de adolescencia del Programa Regional de Salud Maternoinfantil están básicamente a cargo de las unidades de adolescencia, salud del niño y salud de la mujer.

Las principales actividades se están ejecutando en las siguientes líneas:

- 1) Movilización de recursos especialmente de agencias de las Naciones Unidas como UNFPA, organizaciones no gubernamentales (Kellogg, Carnegie Corporation, charitable trusts, sociedades científicas) para el desarrollo de actividades tales como reuniones técnicas de consulta, talleres, cursos, investigaciones, encuestas sobre educación sexual, publicaciones y otras.

La movilización de sociedades científicas de los países, subregiones y de la Región puede ser un valioso instrumento o mecanismo estratégico para la implantación de nuevas iniciativas y para reforzar las programaciones correspondientes a nivel de países, subregiones o Región. La motivación a través de los congresos científicos y otras actividades de las sociedades profesionales y la diseminación de información oral y escrita es promovida por el programa.

- 2) La distribución de material científico y educacional a nivel de instituciones de los países, también ocupará un lugar destacado. Esta labor se está llevando a cabo desde 1985, a través de publicaciones de OPS, OMS y organismos no gubernamentales.
- 3) La asistencia técnica directa a los países, especialmente relacionada con formulación de planes y programas a través de los recursos de OPS/OMS y de consultores de corto plazo continuará dándose en la medida de las posibilidades.

Algunos recursos técnicos ubicados en los países continuarán siendo movilizados para apoyar a otros países. Numerosas visitas del personal de OPS y de consultores a la mayor parte de los países, reuniones técnicas interpaíses, regionales y subregionales han sido efectuadas y continuarán siendo.

- 4) Se continuará también con el apoyo a investigaciones de servicios de salud, incluyendo los aspectos operacionales, epidemiológicos y evaluativos, en áreas de conductas y factores de riesgo, encuestas colaborativas en salud reproductiva y otras.
- 5) La inclusión de temas de adolescencia serán gradualmente incorporados en los cursos de salud maternoinfantil y gerencia, internacionales y nacionales, auspiciados por el Programa. Los seminarios intersectoriales intra e inter países, así como la capacitación de personal del sistema educacional tendrán una especial prioridad para la promoción de salud.

B.2. COMPONENTE 2. PROYECTO MULTIPAIS DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE (Y JOVEN) OPS/KELLOGG

1. OBJETIVOS GENERALES:

- a) Desarrollar mecanismos de apoyo para optimizar la participación y desempeño de las redes nacionales, subregionales y regionales de programas de salud integral del adolescente y para aplicar metodologías alternas de participación, especialmente del adolescente para promover y recuperar la salud integral en el nivel local.
- b) Desarrollar medios para adecuar los servicios de salud a la atención de la salud integral del adolescente.
- c) Diseñar y ejecutar un plan de desarrollo de recursos humanos para la enseñanza y prestación de Servicios de Salud Integral del Adolescente.

2. ESTRATEGIAS

El proyecto propuesto es, en sí, un mecanismo estratégico para fortalecer, acelerar y ordenar el proceso gradual de desarrollo de la salud de los adolescentes en la Región. A su vez estará encuadrado dentro del siguiente marco estratégico.

- a) Desde el punto de vista de los procesos, basado en los principios de la atención

a) Desde el punto de vista de los procesos, basado en los principios de la atención primaria de salud (APS):

Dar énfasis a la prevención primordial (Promoción de Salud) y primaria para la protección a través de la promoción de factores protectores y el control de factores de riesgo y la disminución de la morbi-mortalidad.

Aplicar enfoques integradores:

- Enfoque de riesgo;
 - Base comunitaria en planeación y promoción de participación social e intersectorial;
 - Enfoque familiar para prevención e intervención reparadora, y
 - Trabajo de equipo interdisciplinario e intersectorial.
- Dar énfasis a la participación de organizaciones juveniles y del adolescente/joven en las diferentes etapas de la programación.

Aplicar el enfoque contextual para interpretación del origen y valor de los factores determinantes, de los estilos de vida/comportamientos de salud, y de los niveles de salud y desarrollo de los adolescentes en el:

- Contexto político y económico (macro);
- Contexto cultural y sus cambios (intermedio);
- Contexto local (micro):
 - . Familia;
 - . Escuelas;
 - . Lugar de trabajo;
 - . Lugar de recreación;
 - . Calle;
 - . Otros.

b) Desde el punto de vista operacional cinco estrategias serán prioritarias:

Aplicar los recursos locales, regionales y nacionales a través de sociedades científicas; instituciones técnico-científicas; convenios subregionales; líderes en salud materno-infantil y del adolescente programas y proyectos locales

como los proyectos Kellogg y UNFPA para el desarrollo de actividades de difusión científica, capacitación, evaluación y demostración metodológica. Los recursos técnicos, tecnológicos y logísticos de carácter regional (OPS) y global (OMS) serán utilizados.

- Reforzar y activar las redes de líderes de proyectos de base comunitaria, programas e instituciones dentro y entre países seleccionados.
- Aplicar el enfoque subregional para la selección de países y para ciertas actividades, aprovechando la vecindad y cierto grado de similitud en las necesidades, recursos, cultura, etc. Se busca la optimización de recursos y eventualmente el intercambio de cooperación y experiencias. De este nivel puede pasarse al nivel nacional y al nivel local aprovechando la formación de multiplicadores (fenómeno de cascada).
- Seleccionar once países localizados en América Latina y el Caribe que constituyan una red a través de la cual se desarrollan actividades apoyadas por centros de referencia localizados en todos o gran parte de los países. Los países seleccionados han sido: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Paraguay, República Dominicana. Dos países del Caribe, Trinidad y Tobago, y Antigua y Barbuda están en el proceso de consultas.

Como puede observarse, los países de esta red están localizados en las varias subregiones de América Latina y el Caribe. Esto es importante porque eventualmente, en aquellas actividades de desarrollo tales como la capacitación, diseminación de información, visitas de observación y otras pueden extenderse a la participación de países vecinos. En todos los países incluidos habrá especial interés en los niveles centrales, regionales y locales, en iniciar actividades en atención de la salud integral del adolescente. Hay también recursos locales, regionales (caso del Estado de São Paulo, Brasil) y aún nacionales (Costa Rica) con experiencias valiosas que pueden servir de ilustración a otras áreas de los propios países y a otros países. También debe recalcarse que se espera una interacción dentro de cada una de las redes subregionales y entre ellas mismas. En realidad, por lo menos los siguientes tipos de actividades pueden llevarse a cabo:

- Actividades con énfasis en enfoques participativos a nivel local.
- Actividades a nivel de país con apoyo de sus centros de referencia.
- Actividades que involucren redes subregionales o la red entera de países con el apoyo de los centros de referencia de los países.

- Identificar, en los países seleccionados, centros de atención del adolescente que tengan liderazgo en el contexto nacional. Ejemplos de estos puntos centrales pueden ser una universidad que tenga relaciones con servicios de salud y con comunidades, u otra entidad nacional, regional o local de reconocido prestigio, tal como una comisión o comité de salud del adolescente de una sociedad de pediatría. El plan de acción en cada país focal debe, sin embargo, beneficiar una red cada vez más extendida de centros y programas que gradualmente se constituya en un recurso importante para iniciativas o programas nacionales de salud integral del adolescente.

3. ACTIVIDADES

Para fines de facilitar al desarrollo del Plan de Acción del Proyecto OPS/Kellogg se están desarrollando tres grupos básicos de actividades relacionadas con los objetivos generales propuestos:

- a) Fortalecimiento de la red regional de instituciones que trabajan con adolescentes;
- b) Desarrollo de medios para adecuar los servicios de salud a la atención de la salud integral de los adolescentes;
- c) Diseño y ejecución de un plan de recursos humanos de servicios y enseñanza de salud integral de los adolescentes;

A continuación se enumeran las actividades según los componentes anteriores:

Grupo 1

Refuerzo de las dos redes de países involucrados en el proyecto.

Actividades

- 1.1 Promoción y difusión de publicaciones, normas y programas de atención de salud integral del adolescente.
- 1.2 Fortalecimiento y apoyo a cinco centros de información a nivel de los países.
- 1.3 Realización de tres seminarios itinerantes para líderes de proyectos locales y nacionales.

Grupo 2

Desarrollo de medios para adecuar los servicios de salud a la atención de la salud integral de los adolescentes.

Actividades

- 2.1 Desarrollo de instrumentos de evaluación de servicios en los niveles primario, secundario y terciario de atención.
- 2.2 Desarrollo de guías normativas de programación.
- 2.3 Apoyo a los procesos nacionales de normatización de la atención de la salud integral del adolescente.
- 2.4 Desarrollo de un modelo de historia clínica para adolescentes que incluya el instrumento, el instructivo, el manejo computarizado de la información y de su análisis.
- 2.5 Desarrollo de un instrumento para la identificación de familias disfuncionales.

Grupo 3

Diseño y ejecución de un plan de desarrollo de recursos humanos para la enseñanza y prestación de servicios de salud integral del adolescente.

Actividades

- 3.1 Capacitación de capacitadores para personal docente y de servicios (siete cursos de tres semanas).
- 3.2 Promoción de la acción intersectorial en el trabajo de atención de la salud integral del adolescente en los países (siete seminarios multisectoriales).
- 3.3 Desarrollo de técnicas participativas para el trabajo con adolescentes.
- 3.4 Desarrollo de un módulo de capacitación sobre la atención del adolescente para trabajadores del nivel primario.

Como puede apreciarse, este proyecto, ya en marcha, está diseñado para llenar vacíos importantes en áreas de infraestructura tales como: recursos humanos en varios niveles del sector salud y otros sectores sociales, producción, selección y diseminación de información en salud integral de los adolescencia, tecnología educacional y de

atención de salud, procesos de coordinación intra e intersectorial con énfasis en educación y aprovechamiento de recursos locales especializados, para crear modelos válidos con base comunitaria que sustenten el desarrollo de iniciativas nacionales de salud integral del grupo.

B.3. COMPONENTE 3. ACCIONES CONJUNTAS PARA EL DESARROLLO DE MODELOS DE PROMOCION DE SALUD CON ENFASIS EN ADOLESCENTES Y JOVENES

Los Programas Regionales de Promoción de Salud (HPA) y de Salud Maternoinfantil - Unidad de Salud Integral del Adolescente están elaborando un proyecto de desarrollo de la promoción de salud tomando como grupo objetivo los adolescentes y jóvenes y como estrategia nueva el concepto de ciudades saludables.

El énfasis estará dado a los siguientes aspectos:

- La participación efectiva del grupo (adolescentes/jóvenes), organizaciones juveniles y otras organizaciones de la comunidad.
- Utilización de la comunicación social para promoción de estilos de vida apropiados y comportamientos sanos en salud y para prevención de riesgos y daños evitables.
- Fuerte coordinación entre los sistemas de salud y educación.
- Prevención de los riesgos a través de aplicación de factores protectores centrados en la comunidad, gente joven y sus familias.
- Refuerzo de los aspectos preventivos a nivel de la mujer, los niños y de los adolescentes y jóvenes de ambos sexos para los problemas derivados de la reproducción muy temprana, muy frecuente y sin protección.
- Un enfoque intersectorial, inter-institucional para promover las mejores condiciones de vida de los adolescentes y jóvenes.

Como puede entenderse, el Plan de Acción en desarrollo pretende llenar vacíos prioritarios con medidas al alcance de los recursos y experiencias disponibles, para la salud de los adolescentes y jóvenes. Se cuenta con un presupuesto catalítico que requerirá a corto plazo complementación a través de fondos regulares y acción interprogramática y generación de nuevos proyectos que permitan cubrir las demandas de cooperación técnica de los países.

ANEXO I

MARCO CONCEPTUAL

1. Salud, bienestar, calidad de vida y desarrollo

La salud y el bienestar de adolescentes y jóvenes constituye un elemento básico para el desarrollo de los países. El papel que juegan los componentes psicosociales en la conservación y restitución de la salud, el fomento del bienestar y la prevención de enfermedades son mas evidentes y probablemente mas críticas en este grupo de edad.

El bienestar y calidad de vida están condicionados por la salvaguarda de los derechos humanos, entre los que se distinguen el derecho a la educación, vivienda, nutrición y buena salud física y mental, así como el derecho al trabajo, a la recreación y a la participación. Del mismo modo el bienestar social no se logra si no se garantiza el acceso de los jóvenes a los servicios y se facilitan las oportunidades para su desarrollo integral (1).

Conviene así destacar que es la responsabilidad de los programas y servicios de salud dar una respuesta adecuada a las necesidades básicas de salud del adolescente, incorporándolo como co-responsable de su atención.

Es oportuno señalar, que a pesar de la magnitud de los problemas del adolescente y de la trascendencia sociopolítica de este grupo, solo parte de los países de la Región no disponen de políticas, planes ni programas de atención integral del adolescente y joven.

De otra parte, la imagen que el mundo adulto tiene del adolescente y el joven corresponde a estereotipos que resaltan su energía, soberbia y conflictividad, al tiempo que subrayan los problemas que afligen una proporción del grupo en relación con la delincuencia, consumo de drogas y embarazos extemporáneos. Esta imagen dificulta la creación de un clima apropiado para promover e implementar políticas, legislaciones y programas dirigidos a la satisfacción de sus necesidades, entre ellas las de salud.

La modernización de los países en desarrollo, además de sus aspectos positivos, produce efectos colaterales, entre los que destaca la llamada "crisis de la familia", (2) que afecta de un modo particular a adolescentes y jóvenes. La relación entre disfunción familiar, síntomas emocionales y conductas dañinas para la salud del adolescente ha sido ampliamente documentada (3,4).

2. Salud integral

2.1 Integralidad biopsicosocial

A pesar de la reiterada aseveración de que el ser humano es una unidad biopsicosocial, en la práctica, los programas de salud concentran los esfuerzos en la esfera biológica. Este sesgo, presente en la atención de todos los grupos de población, tiene un efecto muy definido en la salud y bienestar de la adolescencia y juventud.

Los procesos de crecimiento, desarrollo, maduración, diferenciación y adaptación se nutren con los aportes que los microambientes de familia, escuela y otras instituciones (iglesia, grupos de pares, centros recreativos, actividades deportivas, etc.), ofrecen al niño y al adolescente. Una tarea central de esas instituciones en relación con el proceso de socialización es transmitir a las nuevas generaciones las normas o valores sociales sancionadas por el grupo humano de pertenencia. En la adolescencia se inicia la consolidación del desarrollo espiritual, conformado por el sistema de criterios y creencias en base a los cuales las personas perciben, evalúan y hacen frente a situaciones de conflicto psicológico o con implicaciones éticas, condicionado también por la creciente capacidad de apreciar la naturaleza humana en sus varias dimensiones, la naturaleza en general y la belleza en las diferentes manifestaciones (1). Al igual que otras expresiones del proceso de crecimiento y desarrollo, sigue una secuencia de etapas al cabo de las cuales el adulto joven estará en capacidad de resolver los problemas que se le presenten (3). Las connotaciones del desarrollo para la salud espiritual, mental y equilibrio social del adolescente son evidentes. En consecuencia deben ser tenidas en cuenta por los programas de atención de la salud integral, que necesariamente deben desplegarse en un continuum que abarque todas las etapas del desarrollo.

A pesar de lo señalado, el desarrollo de estos factores y atributos está siendo postergado a nivel familiar y social, siendo reprimido en los niños, adolescentes y jóvenes por obra del comportamiento de los adultos como individuos, familias y sociedad (1).

2.2 Integralidad del sistema de atención

Al considerar los diferentes niveles de complejidad y de cobertura de los sistemas de atención, se pone de manifiesto que deben estar adecuadamente integrados para facilitar la fluidez del sistema y favorecer la relación con el joven en procura de servicios.

La experiencia con adolescentes muestra que su puerta de entrada al sistema es con mayor frecuencia la unidad de emergencias del hospital. Con todo, es importante entender que el sistema debe ir y hacerse presente en los varios nichos ecológicos en donde los adolescentes se encuentran.

El éxito del sistema dependerá en gran medida de las características del personal, que debe estar capacitado para la atención de adolescentes y jóvenes, tanto en relación con sus problemas somáticos como en el manejo de los aspectos psicosociales. El mecanismo más efectivo para ampliar la cobertura, detectar las necesidades y reforzar el éxito y la calidad del Servicio es el propio adolescente incorporado como agente de promoción y recuperación.

2.3 La cadena de prevención

La incorporación del enfoque de integralidad en la cadena de actividades en que se desarrolla la atención de salud, permite asignar a la prevención la jerarquía que le corresponde, articulándola con las diversas instancias en que se desenvuelve la prestación de servicios. De esta manera, sin descuidar las acciones de recuperación de la salud, se propician acciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida.

La prevención primordial (promoción de la salud) implica el fortalecimiento de los factores protectores para evitar o controlar los riesgos, así como la capacidad y ejercicio del auto-cuidado y de la ayuda mutua (1).

Mediante el fortalecimiento de los factores protectores en la adolescencia y adultez temprana se puede mejorar el estado de salud y bienestar en etapas posteriores de la existencia. El hecho de que los factores de riesgo no están necesariamente asociados a daños en la etapa de la vida en que los factores protectores actúan más eficazmente, dan a la promoción mayor sentido y fuerza de prevención de la enfermedad, y mayor atractivo para la juventud hacer el mejor uso de ella.

Las intervenciones en este campo, dirigidas en especial a los jóvenes, pueden ser de naturaleza poblacional, grupal o individual. Su trascendencia es grande, tanto por su efectividad en prevenir enfermedades como en su aspecto positivo, reforzador de la calidad de la vida. El logro de la Prevención Primordial requiere no solo de intervenciones promotoras de salud sino, especialmente, de la incorporación del sentido de responsabilidad y de compromiso de los individuos, familias y grupos de adoptar estilos de vida saludables y comportamientos de autocuidado y ayuda mutua. Requiere, además que los sistemas de servicios permitan la participación amplia de los adolescentes y jóvenes tanto en el diseño y operación de los servicios de salud y bienestar, y en cuanto a los proyectos de ingeniería social que les atañe.

La prevención primaria al evitar la aparición o el efecto de factores contribuyentes y/o agentes causales específicos, tiene un impacto decisivo en la salud colectiva. Es el caso de las vacunas para las enfermedades inmunoprevenibles; la educación sexual para prevenir los problemas derivados del ejercicio precoz de la sexualidad; las medidas

legislativas que hacen obligatorio el uso de cinturones de seguridad para reducir los efectos de los accidentes de tránsito, o las que retardan la edad para autorizar la conducción de vehículos motorizados o para consumir bebidas alcohólicas.

La gestión efectiva y oportuna de los sistemas asistenciales, especialmente en el caso de accidentes y traumas, así como la participación de redes de apoyo comunitarias en el manejo de problemas psicosociales, son ejemplos de prevención secundaria. El enlace intersectorial es efectivo en la prevención secundaria. Tal es el caso del trabajo con las escuelas, que permite la detección precoz de problemas de salud, especialmente los que primeramente repercuten en el rendimiento, como defectos en los órganos de los sentidos, los problemas cognoscitivos y de la atención, los desajustes emocionales y otros.

La prevención terciaria, al intervenir con el fin de disminuir los efectos residuales o secuelas y prevenir la cronicidad, representa el recurso de uso obligado cuando las otras formas de prevención han sido insuficientes o inefectivas. La reintegración a la sociedad del adolescente o joven que ha abusado del alcohol o las drogas, la rehabilitación física en el caso de los que han sufrido accidentes, y la rehabilitación psicológica, social, laboral, etc. son otros tantos ejemplos de prevención terciaria de amplia aplicación en la población adolescente.

2.4 Abordajes integradores

El enfoque participativo implica la ingerencia de los adolescentes y jóvenes en el diagnóstico, diseño, ejecución y evaluación de los programas. La participación de los jóvenes es crucial para la determinación de sus necesidades sentidas e ideales en salud y bienestar. Su incorporación, en forma individual y como grupo permite ampliar los recursos y acceder a los más desprotegidos, que no acuden espontáneamente, ni prestan atención a la invitación de un adulto. La introducción de técnicas efectivas de comunicación y la promoción de redes comunitarias e institucionales que amplíen el alcance de los programas puede tener gran impacto en las actividades de promoción y prevención y en el progreso hacia la salud integral de adolescentes y jóvenes.

El enfoque anticipatorio utiliza la posibilidad de programar acciones de salud adelantándose a la secuencia de los eventos propios del proceso del crecimiento y desarrollo. Permite plantear intervenciones anticipadamente, en las que se interactúa con los adolescentes y jóvenes, sus familias, las escuelas y otros organismos comunitarios en antelación a la aparición de tales eventos.

El enfoque de riesgo en la atención de la salud de jóvenes y adolescentes tiene en cuenta el grado de vulnerabilidad de este grupo en función de la experiencia de su ciclo vital. Considera las debilidades o fortalezas inducidos por los cambios biopsicosociales

de la etapa, influenciadas por los elementos del ambiente físico y humano. Esto incluye los microambientes de la familia, la escuela, el grupo de pares, las características culturales y los elementos de la macro estructura política, social y económica.

La investigación psicosocial está aportando cada vez mayor información acerca de las conductas de riesgo y los momentos en que se inician, posibilitando la definición, no sólo de la mejor estrategia de intervención sino de su oportunidad, idealmente previa a la aparición de dichas conductas.

La intersectorialidad, consustancial con el enfoque integral, implica la aceptación de la multidimensionalidad de la salud y su íntima relación con el bienestar y el desarrollo individual, grupal y social.

La efectividad de la vinculación intersectorial es esencial en el nivel local o comunitario, con organismos gubernamentales o no gubernamentales y con grupos juveniles. Su efectiva articulación permite la optimización del uso de recursos. El sector educativo, las organizaciones que contribuyen al buen uso del tiempo libre, especialmente en el plano deportivo y recreacional, y los movimientos comunitarios y de solidaridad, sobresalen entre las áreas con las que el sector salud debe fortalecer sus enlaces en relación con la salud y el bienestar del joven y del adolescente.

El ambiente, tanto en sus aspectos físicos como psicosociales, juega un papel singular en la salud, desarrollo y bienestar del adolescente. El ambiente puede, en ocasiones, distinguirse por la falta de oportunidades para la educación y la capacitación laboral, por la carencia de empleo, la falta de seguridad personal y la presencia de relaciones familiares insatisfactorias, factores todos que inciden negativamente sobre la salud y el bienestar del joven. El medio social en que éste se desenvuelve puede ser propicio a la asunción de riesgos tales como el consumo del tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la actividad sexual desordenada y la exposición a situaciones de violencia.

De otro lado, el ambiente puede proveer oportunidades para el desarrollo saludable en los aspectos social, emocional, intelectual, físico, sexual y moral. Puede contribuir al reforzamiento de la confianza del adolescente en sí mismo y al desarrollo de la capacidad de enfrentar situaciones adversas y resistir a las presiones negativas de grupos.

3. Impacto y trascendencia actual y futura

Al considerar a los adolescentes y jóvenes como "grupo objetivo", se establece un eje de categorización referido a una etapa del ciclo vital, en contraposición con programas centrados alrededor de problemas específicos.

Desde una perspectiva biológica, el período de la adolescencia y juventud es determinante de la situación de salud del adulto; influyendo en la aparición y curso de las enfermedades y discapacidades. En esta etapa se afirman actitudes, creencias y estilos de vida que a su vez serán determinantes de la salud, bienestar y ajuste social en los períodos siguientes, en otras palabras, de la calidad de la vida.

En este contexto se reafirma la validez de los conceptos de crecimiento y desarrollo como proceso biográfico que no se circunscribe a determinadas etapas del ciclo vital. No obstante conviene resaltar la trascendencia de la etapa de la adolescencia, en la que la elección de opciones saludables tendrá efectos positivos en la calidad de vida presente y futura.

Existen innumerables estudios acerca de las enfermedades crónicas no transmisibles, de alta frecuencia en el adulto y anciano, que demuestran que los factores de riesgo de daño ya estaban presentes en los afectados varias décadas antes. Las intervenciones de prevención primordial y primaria pueden tener su impacto máximo cuando se realizan en etapas tempranas de la vida, como la infancia, adolescencia y juventud.

La adolescencia y juventud constituyen el período de la vida en que, de acuerdo a los indicadores clásicos de salud y enfermedad, se es más saludable. Presentan las tasas de mortalidad mas bajas y la menor frecuencia de episodios percibidos de enfermedad. Es una etapa en que las demandas por servicios curativos son relativamente inferiores a las de otros períodos de la vida. Esta circunstancia debería en teoría facilitar la reorientación de los servicios, dándoles el debido énfasis a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

ANEXO II

RESOLUCIONES DE LOS CUERPOS DIRECTIVOS

Organización Mundial de la Salud

La Resolución WHA42.41 (1989) urge a los Estados Miembros a:

- Dar prioridad apropiada a las necesidades de salud de los adolescentes.
- Proveer los recursos y facilidades necesarias para valorar críticamente la situación y necesidades de adolescentes y jóvenes e identificar los factores mayores que pueden influenciar su salud actual y futura, incluyendo políticas y programas de salud en otros sectores.
- Desarrollar programas y servicios social y culturalmente adecuados para dar respuesta a las necesidades de salud y desarrollo de todos los adolescentes y jóvenes, asegurando el involucramiento de las familias, el público en general, el sector salud y otros sectores relevantes y a los propios jóvenes.
- Identificar y proveer apoyo para dar respuesta a los requerimientos de salud y desarrollo de los grupos de jóvenes particularmente vulnerables, discapacitados o con necesidades especiales tales como los que pertenecen a grupos minoritarios, los marginados; recomendándose que tal atención no sea aislada pero hasta donde sea posible se configure como una parte integral de los programas que benefician a la juventud.
- Capacitar trabajadores de la salud y a los de otros sectores afines para que aprecien las bases del desarrollo de la juventud... y tener la habilidad de comunicación necesaria para relacionarse con ellos.
- Colaborar cercanamente con las organizaciones no gubernamentales, particularmente con las juveniles, en el desarrollo, implantación y evaluación de programas para responder a las necesidades de los jóvenes e involucrarlos en las estrategias nacionales de salud para todos.
- Atraer la atención de quienes trabajan en el sector salud, otros sectores y entre el público en general a las acciones requeridas para dar respuesta a la salud de la gente joven y a las importantes contribuciones de los jóvenes para la salud de todos a través de diferentes foros, los medios de comunicación y eventos tales como conferencias nacionales y la designación de días de la juventud.

La Resolución WHA42.41 (1989) asimismo, solicita al Director General:

- Apoyar a los Estados Miembros en el desarrollo e implantación de políticas y programas nacionales multisectoriales de promoción de la salud y en la definición de necesidades de ella, así como fortalecer la investigación, la capacitación y los servicios para responder a las necesidades de la gente joven.
- Avanzar en el desarrollo, adaptar metodologías y enfoques innovadores en la promoción de la salud de la juventud, desarrollar indicadores para la evaluación de experiencias de los países, agencias y organizaciones que están dando respuesta a las necesidades de salud de la gente joven.
- Dar los pasos necesarios para fortalecer los programas de OMS trabajando con adolescentes y jóvenes en todos los niveles, incluyendo redes de instituciones y centros que trabajan en relación a la salud de los adolescentes, capacitándoles, si es necesario, en áreas de consejería y técnicas de comunicación e investigación.
- Movilizar financiamiento adicional y recursos humanos para reforzar la capacidad de OMS para responder, sobre pedido, a las necesidades de los Estados Miembros en esta área.
- Extender la colaboración de OMS dentro del sistema de Naciones Unidas y con las organizaciones bilaterales y organizaciones no gubernamentales para responder a la participación en el movimiento de salud para todos, Reportar a las futuras Asambleas de Salud el progreso logrado en relación a la salud de los adolescentes y jóvenes.

Organización Panamericana de la Salud

- La Resolución CD30.R8 del Consejo Directivo, septiembre - octubre de 1984, insta a los gobiernos miembros a que otorguen especial atención al problema del embarazo de las adolescentes y promuevan la enseñanza de la educación para la vida en familia de los jóvenes.
- La Resolución CD33.R13 del Consejo Directivo, septiembre de 1988, insta a los gobiernos miembros a que inicien acciones intersectoriales y sectoriales dirigidas a la comunidad, los maestros, y los padres, destinadas a que los adolescentes desarrollen estilos de vida saludables y eviten las conductas de riesgo que determinan drogadicción, accidentes, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.
- La Resolución CD35.R16 del Consejo Directivo septiembre de 1991, solicita al Director que incluya en el programa del próximo Consejo Directivo el tema de "Salud Integral del Adolescente".

ANEXO 2.

MARCO CONCEITUAL DE SAÚDE INTEGRAL DO ADOLESCENTE

1990

***- DOCUMENTO UTILIZADO NA
IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA NOS
PAÍSES DA AMÉRICA LATINA - 1990 -1992***

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
PROGRAMA DE SALUD MATERNOINFANTIL

EL MARCO CONCEPTUAL DE LA SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE
Y DE SU CUIDADO

WASHINGTON D.C., 1990

EL MARCO CONCEPTUAL DE LA SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE Y DE SU CUIDADO

Este tema se desarrollará en los tres aspectos siguientes:

- A. El significado de la salud integral del adolescente.
- B. El marco de referencia para la promoción de la salud integral del adolescente.
- C. Dimensiones de la atención de la salud integral del adolescente.

A. EL SIGNIFICADO DE LA SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE debe ser visto, desde el punto de su transcendencia, como un elemento básico para el desarrollo social de los países y del mundo en general. Así fue visto por los voceros de los países durante las Discusiones Técnicas llevadas a cabo durante la Asamblea Mundial 42 de la Organización Mundial de la Salud, 1989⁽¹⁻²⁾. En manos del adolescente y el joven está no sólo el futuro inmediato de una sociedad sino también el presente. Para millones de ellos, especialmente en los países en desarrollo, el asumir roles de adultos y un alto grado de responsabilidad es la realidad.

Es en este grupo en donde las exigencias y manifestaciones psicosociales de la salud integral son quizá más evidentes y en donde el individuo y el conjunto necesitan de niveles críticos de bienestar y respuesta social para poder cumplir con sus aspiraciones de contribuir al desarrollo. También, para contribuir al mejoramiento de todo lo que perciben con gran necesidad de cambio. Ese bienestar no se logra si no existen también niveles críticos de calidad de vida, en términos de derechos elementales para el ser humano tales como la educación, nutrición, vivienda, y buena salud física y mental; derecho también al trabajo, recreación, y a oportunidad para el uso del tiempo; derecho a participar. Ellos perciben la necesidad de paz, buenos ejemplos y escalas de valores en sus mayores; y muchos carecen de familias bien constituidas y de una visión viable de futuro para poder desempeñarse adecuadamente desde el punto de vista social.

Todos los países de la Región necesitan adoptar una posición definida y tomar medidas efectivas y permanentes para promover y preservar la salud integral de niños, adolescentes y jóvenes de presentes y futuras generaciones y no esperar a que los daños y el desperdicio psicosocial, en incremento, lleguen a proporciones difíciles de controlar.

B. EL MARCO DE REFERENCIA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE.

Dentro de un programa con énfasis en la atención de la salud integral del adolescente en América Latina, un propósito válido debe ser contribuir al alcance de la salud integral para todos los adolescentes, y del bienestar y desarrollo de ellos. (Ver gráfico 1) (3).

Entre los desafíos principales a vencer para el alcance del propósito mencionado los siguientes deben reconocerse:

1. La reducción de desigualdades en las condiciones de los varios grupos de adolescentes dentro de cada país;
2. El aumento de los niveles de prevención, con énfasis en la prevención primordial y primaria.
3. El fortalecimiento de los mecanismos para lograr una progresiva satisfacción de las necesidades biológicas y psicosociales.

Los mecanismos de promoción de la salud, bienestar y desarrollo de los adolescentes pueden resumirse en cuatro grupos:

1. Los que se orientan a lograr progresivamente la capacidad de autocuidado.
2. La ayuda mútua dentro del grupo.
3. La actuación sobre los microambientes en donde permanece el adolescente para hacerlos cada vez más saludables.
4. Promoción de estilos de vida saludables.

Finalmente, las estrategias que deben consolidarse en forma gradual y sostenida son:

1. El refuerzo de la participación social, de las organizaciones, especialmente aquellas que funcionan con adolescentes y la

Gráfico I.
Marco de referencia para promoción de salud integral del Adolescente

Fuente: Adaptado de *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion, Health and Wellfare.* (Canada, 1986) (3).

participación efectiva del grupo;

2. El refuerzo cuantitativo y especialmente el cualitativo de los servicios de salud y de otros sectores;
3. La coordinación de políticas y acciones intersectoriales; y
4. La aplicación de enfoques integradores como el concepto de riesgo, el familiar, el comunitario y el intersectorial, en las programaciones de salud, bienestar y desarrollo.

C. **DIMENSIONES DE LA ATENCION DE LA SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE**

Por lo menos cinco dimensiones pueden considerarse en relación a la atención integral del grupo. La primera de ellas hace relación al concepto de integralidad de la salud en general y del adolescente en particular. Las tres siguientes hacen referencia a estrategias de programación y la última se refiere a estrategias y requisitos operacionales de los servicios de salud y bienestar del adolescente.⁽⁴⁾

PRIMERA DIMENSION: LA INTEGRALIDAD DEL CONCEPTO DE SALUD INTEGRAL

A pesar de la reiterada aseveración de que el ser humano es una unidad biológica y psicosocial íntimamente relacionada con los ambientes, para los efectos de definir necesidades y atención de salud y bienestar, no siempre se le trata como tal. La salud (y bienestar) del adolescente puede concebirse y caracterizarse dentro del contexto de interrelaciones muy dinámicas de esos tres sistemas básicos: biológico, psicosocial y medio ambiente, tomando como ejes integradores procesos básicos que para el adolescente. Son ejemplos:

a) el crecimiento/maduración y diferenciación; b) el desarrollo integral basado en los aportes que los microambientes de familia, escuela, recreación institucionalizada, etc., le ofrecen al niño y al adolescente en las esferas educacional, social, psicológica, cultural, económica y afectiva; y c) el ejercicio de la sexualidad y sus implicaciones en el proceso reproductivo y en la salud bio-psicosocial del adolescente de ambos sexos.

Si las acciones de salud y otros sectores de la familia, y sociedad en el control de estos procesos, consideran la influencia de factores favorables y desfavorables que se derivan de las interrelaciones e implicaciones de estos procesos, pueden contribuir más eficazmente a promover y proteger la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas y grupos que atraviesan fases e interfases críticas como la adolescencia.

Estos procesos colocan al personal que trabaja con el adolescente, ante la imperiosa necesidad de concebir el estado de salud del adolescente como resultante, en buena parte, de las etapas anteriores y de los efectos de circunstancias (factores) presentes durante la fase de adolescencia.⁽⁵⁾ Al mismo tiempo, debe hacer pensar en la influencia de su salud física, mental y social en las etapas posteriores y dentro de una perspectiva transgeneracional. La implicación práctica, para fines de la atención de la salud integral del adolescente, es la necesidad de que los programas, de salud y de los otros sectores, sean congruentes con el carácter de continuum de las varias etapas. Es la necesidad de cuidar de la salud de la madre y del niño haciendo énfasis en la prevención primordial para asegurar una buena salud

integral del adolescente. Esta noción de continuidad debe ser enfatizada en las acciones de programación, educación en salud a nivel de las familias y en el sistema de educación desde etapas tempranas.(6)

Es esta una oportunidad para mencionar, aunque sea en forma muy breve, la importancia de un atributo fundamental del ser humano, que marca de manera profunda la personalidad, la manera de sentirse, de pensar, de actuar y de verse asimismo y ver a sus semejantes. Se trata de la espiritualidad. Este aspecto esencial está siendo cada vez más postergado a nivel social, familiar e individual. Para el niño preescolar y escolar y para el adolescente y el joven, el desarrollo de este atributo está siendo reprimido por el comportamiento de los adultos como individuos, como componentes del núcleo familiar y en la sociedad. La enorme confusión en escalas de valores; el proceso de aculturación; las conductas incongruentes con el aspecto formativo educacional; la pérdida de foco, interés y cuidado por lo cualitativo, hacen que los niños, adolescentes y jóvenes se sientan carentes de orientación. Es probable que este aspecto pueda ser objeto de mejor y mayor atención, pues hace mucho a la estructura de la personalidad y a la salud espiritual y mental de seres sensibles y vulnerables como los niños y adolescentes.

En resumen, incorporación en los programas del concepto de la salud integral dentro de un continuum y vinculada a los aspectos de bienestar y desarrollo, facilita el éxito de los procesos de socialización, adaptación, espiritualidad, desarrollo integral y desempeño óptimo durante y después del período de adolescencia. (Ver Esquema 1.)

Esquema 1

DIMENSION I. CONCEPTO E IMPLICACIONES DE LA SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTES

A. TRASCENDENCIA

B. INCORPORACION DE ASPECTOS DERIVADOS DE INTER E INTRARRELACIONES DE LOS SISTEMAS BIOLOGICO, PSICO-SOCIAL Y ECOLOGICO PARA LA CARACTERIZACION Y ATENCION DE LA SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

C. TOMANDO COMO EJES INTEGRADORES LOS PROCESOS DE:

1. CRECIMIENTO/MADURACION/DIFERENCIACION

**2. DESARROLLO INTEGRAL DEL ADOLESCENTE EN
LAS ESFERAS: EDUCACIONAL - SOCIAL - PSICOLOGICA
CULTURAL - ECONOMICA - AFECTIVA**

D. PARA PROMOVER Y PROTEGER: SALUD - BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA

E. FACILITAR LOS PROCESOS

- 1. SOCIALIZACION**
 - 2. ADAPTACION**
 - 3. ESPIRITUALIDAD E INTELECTUALIDAD**
 - 4. DESEMPEÑO OPTIMO COMO SER SOCIAL**
-

★ ★ ★

SEGUNDA DIMENSION: INCORPORACION DEL CONCEPTO DE CONTEXTOS

Es importante entender que lo que ocurre en las poblaciones, familias e individuos no es el resultado del azar o de la decisión propia únicamente. De hecho, lo que un país decide en términos de modelos de desarrollo global, político y económico, puede tener fuerte impacto en la capacidad de alcanzar objetivos por parte de los grupos, familias e individuos.⁽⁷⁾ En este nivel macro, de toma de decisiones centrales, podría darse cabida para asegurar mejores oportunidades a los jóvenes de hoy y del mañana de tal manera que no ocurra lo que en el presente es común en los países. De hecho, es frecuente que, aún en el caso de los jóvenes que tienen el privilegio de cursar una educación superior, al lograr terminarla las condiciones para ejercerla no existen. No basta el alcance de un potencial en individuos o grupos si no se dan las condiciones para utilizarlo.

En el nivel intermedio puede situarse el componente cultural, determinante de costumbres y comportamientos en salud y bienestar transmitidos de generación en generación.⁽⁷⁾ La intensa migración de áreas rurales a urbanas y de poblaciones urbanas pequeñas a las más grandes, da lugar al fenómeno de heterogeneidad de culturas que puede terminar en aculturación, en parte debida a la fuerte influencia de las comunicaciones. La readaptación a nuevos patrones de comportamiento puede determinar riesgos de variadas consecuencias, aunque debe reconocerse que puede haber aspectos positivos también.

A los niveles de familia y de individuo ejercen más influencia los factores locales de acción más directa dentro de los microambientes en donde los miembros de la familia se desarrollan. La influencia de estos microambientes en el estado de salud de los adolescentes y jóvenes es muy importante y puede ejercerse en ambos sentidos: en favor o en contra de la salud integral. Desde el punto de vista de la salud psicosocial, pueden ocurrir muchos problemas por la acción de factores negativos que surgen, con frecuencia, intensidad y variedad crecientes, en ambientes tradicionalmente protectores tales como la familia, el lugar de trabajo, la escuela, los lugares de recreación, algunas instituciones como el ejército, y otras.

Es importante que se reconozca que muchos niños, adolescentes y jóvenes están expuestos a más de un ambiente dentro del mismo día y que por lo tanto los riesgos pueden sumarse y potenciarse. El otro aspecto que debe considerarse es que la calle constituye un ámbito de base para millones de niños y adolescentes en la Región.⁽⁸⁾ Este es un ambiente inclemente no sólo desde el punto ecológico sino también por el desamparo y desprotección; la ausencia de normas, de entidades o instancias responsables de cualquier tipo de orden. En él, todos los riesgos y grados de peligro existen. Lo más grave, sin embargo, es que es un ambiente que marca a las personas con el sello de desprestigio, de delincuencia y ésta condición prácticamente legaliza el abuso y el maltrato.

Por otra parte, debe tenerse en cuenta que cada uno de los ámbitos mencionados puede ser objeto de acciones para promover salud y desarrollo y para prevenir daños biológicos y psicosociales. Para conocer y contar con el apoyo social e intersectorial, es necesario actuar en donde los adolescentes se encuentran para identificar los factores de riesgo a los que están expuestos y qué actividades y estrategias pueden ser desarrolladas con mayor éxito de acuerdo a cada situación. De hecho, las coberturas de las diversas

actividades no pueden ampliarse esperando a la llegada espontánea de los adolescentes y jóvenes a las instituciones que desarrollan los programas. (Ver Esquema 2.)

Esquema 2

DIMENSION II. INCORPORACION DEL CONCEPTO DE CONTEXTOS

1. CONSIDERACION DE LAS DIMENSIONES

MACRO : POLITICO-ECONOMICO - MODELO DE DESARROLLO
INTERMEDIA : CULTURA
MICRO : FAMILIA - INDIVIDUO

2. PARA ENTENDER LAS RELACIONES ENTRE LA SALUD Y LAS CONDICIONES QUE OFRECEN LOS AMBITOS ECOLOGICOS EN LOS SERES HUMANOS.

★ FAMILIA ★ LUGAR DE TRABAJO ★ CALLE ★ OTRAS
★ ESCUELA ★ LUGAR DE RECREACION ★ INSTITUCIONES

3. PARA DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCION PARTICIPATIVA EN LOS NIVELES NACIONAL - INTERMEDIO Y LOCAL

★ ★ ★

TERCERA DIMENSION: APLICACION DE ENFOQUES INTEGRADORES EN LA PLANIFICACION DE PROGRAMAS DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES

A. El enfoque de riesgo. Esta es una tecnología compleja de proceso que se basa en las siguientes premisas:

1. Las personas, familias y grupos tienen diferentes grados de probabilidad de desvío de salud y bienestar. Esto significa que la distribución de esfuerzos y recursos deben ser proporcional a las necesidades (equidad).
2. Los factores que determinan los niveles de salud, bienestar y desarrollo de niños y adolescentes son numerosos y a menudo interrelacionados. Su control (factores de riesgo) o promoción (factores protectores) requieren el esfuerzo participativo de sectores, disciplinas, profesiones y de las mismas personas.
3. El enfoque de riesgo, si es aplicado en forma apropiada, constituye una metodología efectiva para adecuar los requerimientos organizacionales y administrativos y el uso óptimo y apropiado de tecnologías a las necesidades de salud y bienestar de los adolescentes.

El enfoque surgió cuando las nociones de vulnerabilidad y de factor de riesgo fueron relacionadas entre sí. Tiene una base probabilística y un carácter eminentemente preventivo en el sentido de que la probabilidad de un resultado no deseado aumenta cuando la persona, familia o grupo son expuestos a uno o más factores de riesgo o la probabilidad de que la salud mejore cuando ellos son expuestos a uno o más factores protectores.⁽⁶⁾ El control del factor de riesgo (por supresión o compensación) disminuye la probabilidad de daño (prevención primaria) o cuando los factores protectores se resfuerzan se aumenta la probabilidad de mejor salud (prevención primordial).

Aplicado a la salud integral de adolescentes y jóvenes, el enfoque también es útil para entender e incorporar la importancia de una asistencia continua de la salud y bienestar a lo largo de las varias fases (e interfases) del ciclo vital. La salud mental, social y física del adolescente es el resultado de las experiencias en el pasado y en el presente, y al mismo tiempo, la salud y las experiencias durante la adolescencia son importantes determinantes de la salud en etapas posteriores.

En forma esquemática el grado de vulnerabilidad del adolescente es una función de su historia anterior sumada a la susceptibilidad y/o fortaleza inducidas por los cambios profundos (biológicos y psicosociales) que son propios de la fase.

A ese grado de vulnerabilidad se agregan los efectos (negativos o positivos) de los factores que los microambientes, la cultura y las políticas socioeconómicas proporcionan al adolescente y joven para completar la genesis de riesgos, problemas y protección dentro de la dinámica del proceso salud-enfermedad. (Ver Gráfico 2.)

Gráfico 2.

B. El enfoque familiar es de particular importancia en salud, bienestar y desarrollo del adolescente debido a la fuerte influencia positiva que una familia funcional y la fuerte influencia negativa que una familia disfuncional tienen sobre la salud integral pasada, presente y futura del adolescente. La aplicación del enfoque muestra ambos lados a las combinaciones de circunstancias (positivas y negativas) y ayuda a definir intervenciones necesarias. De hecho, las interrelaciones e interdependencias de los varios miembros de la familia y el papel social de esta estructura en la preservación y transmisión de valores e identidad cultural son de gran valor para la salud, bienestar y desarrollo de niños y adolescentes.

El concepto de familia sana o funcional vista desde el punto de vista de su dimensión social, tiene implicaciones en el adolescente y sus pares. Una familia sana es aquella en la cual cada uno de sus miembros funciona bien en lo biológico, psicológico y social; es además la familia en la cual cada uno de sus miembros funciona bien en relación a los otros; y finalmente, es además la familia que funciona bien en relación a otras familias. Una familia con uno o más adolescentes problema representa un riesgo para otros adolescentes dentro de una comunidad.

Desde el punto de vista de políticas y normas, las medidas orientadas a fortalecer la funcionabilidad de las familias son de gran valor para la sociedad y para los grupos vulnerables.

C. El enfoque comunitario es crítico para la salud, el bienestar y el desarrollo del adolescente porque es en la comunidad, en sus valores culturales y morales; en sus estructuras institucionales y organizacionales y en la operación de los varios sectores públicos y privadas y en su participación, donde los recursos para la promoción y protección de la salud integral y donde gran número de soluciones para los problemas existen.

La efectividad de la participación social e intersectorial es esencial en el nivel local o comunitario y es en donde puede darse ya que es en donde existen, o pueden crearse, las redes de apoyo.⁽⁹⁾

El enfoque comunitario es indispensable para adecuar todo el potencial de la comunidad y los recursos de los varios sectores a las necesidades de salud, bienestar y desarrollo de los adolescentes y jóvenes. El papel de las personas, especialmente de los mismos jóvenes en la identificación, priorización y satisfacción de necesidades es valioso. Parece existir un alto grado de consenso alrededor de la contribución que los adolescentes y jóvenes pueden hacer para el logro de la salud integral del grupo y de todos.⁽¹⁻²⁾ Esto lleva implícita la necesidad de introducir técnicas efectivas de comunicación y participación así como el debido control y uso de los medios de comunicación masiva, para alcanzar los objetivos educacionales. También hay acuerdo para este logro, es necesaria la participación de la gente joven en el diseño de métodos y mensajes efectivos para la salud de sus pares.⁽¹⁰⁾

Los recursos de la comunidad ubicados en los ámbitos en donde los adolescentes y jóvenes se encuentran deben ser identificados, apoyados y utilizados para trabajo en red en el área de promoción de salud y bienestar. Estos recursos en los ambientes comunitarios e institucionales deben hacerse accesibles a los adolescentes desprotegidos y no afiliados institucionalmente. (Ver Esquema 3.)

Los tres enfoques ejemplificados pueden ser muy valiosos si se incorporan en el diseño de: a) investigación diagnóstica, epidemiológica y operacional; b) programas de enseñanza-aprendizaje y capacitación; y c) en educación y entrega de servicios de salud en los varios niveles, con énfasis en el nivel primario. Estas tres estrategias, íntimamente relacionadas, deben orientarse al conocimiento y satisfacción de las necesidades de salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes. (Ver Gráfico 3.)

Esquema 3

Gráfico 3

DIMENSION III. INTEGRACION DE ENFOQUES Y ESTRATEGIAS

A. APLICACION DE ENFOQUES INTEGRADORES:

1. ENFOQUE DE RIESGO PARA ADECUAR:
 - A) LA APLICACION OPTIMA DE TECNOLOGIAS Y
 - B) LOS REQUERIMIENTOS ORGANIZACIONALES Y ADMINISTRATIVOS A
 - C) LAS CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS (NECESIDADES)
2. ENFOQUE FAMILIAR PARA INTEGRAR INTERDEPENDENCIAS E INTERRELACIONES
3. ENFOQUE COMUNITARIO PARTICIPATIVO PARA ADECUAR:
 - A) POTENCIAL Y PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD Y LA
 - B) PARTICIPACION MULTISECTORIAL A
 - C) LAS NECESIDADES DE SALUD Y BIENESTAR

Y ASI OBTENER:

- D) EXITO EN LA PREVENCION PRIMORDIAL Y PRIMARIA Y PARA LOGRAR UNA DISTRIBUCION JUSTA DE RECURSOS PARA LA SALUD PARA TODA LA POBLACION

B. LOS ENFOQUES MENCIONADOS DEBEN SER INCORPORADOS EN EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS INTERRELACIONADAS Y COMPLEMENTARIAS, TALES COMO:

★ ★ ★

CUARTA DIMENSION: INCORPORACION DEL CONCEPTO DE PREVENCION CONTINUA (CADENA DE PREVENCION) EN PROGRAMACION DE LA SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

El concepto de la cadena de prevención es muy importante pues permite entender:

Primero, que previniendo ciertos factores, es posible mejorar la salud en etapas posteriores de la vida ya que esos factores no necesariamente están asociados a daños en la etapa de la vida en que la exposición ocurre. Este aspecto es muy importante en relación a hábitos o estilos de vida sanos o insanos, tales como el consumo de sustancias como alcohol, tabaco, grasas saturadas, etc. en relación a enfermedades crónicas y aspectos psicosociales.

Segundo, que aún en cualquier momento, en estado de "buena salud" o con daños, es posible: a) prevenir un daño a través de prevención de causas o factores causales específicos; b) evitar que un daño existente se agrave o se

complicue; c) evitar el estado grave termine en defunción; d) evitar secuelas y discapacidad.

En el caso primero tendremos la llamada PREVENCIÓN PRIMORDIAL, objetivo importante de la Atención Primaria de Salud. El fundamento de este tipo de prevención es el fortalecimiento de los factores protectores para evitar o controlar los riesgos, no necesariamente los factores causales o causas específicas. La promoción de varios factores protectores, en forma simultánea, complementaria y continuada, producen un gradual cambio positivo del estado de salud, bienestar y desarrollo de las poblaciones. Ejemplos de estos factores protectores son:

- un satisfactorio nivel educacional general y en salud en particular;
- buen estado nutricional y buenos hábitos nutricionales;
- buen saneamiento ambiental;
- empleo;
- acceso a servicios de salud, y otros, de buena calidad;
- políticas normativas y legislación favorables al desarrollo óptimo de niños y adolescentes;
- buenas estructura y dinámica familiares;
- acceso a recreación sana y a oportunidades de emplear el tiempo libre en forma positiva;
- escalas de valores congruentes con el ejercicio y alcance de niveles óptimos de desarrollo espiritual;
- prevención de vulnerabilidad evitable en lo biológico y psicosocial desde etapas tempranas de la vida;
- promoción de redes sociales de apoyo efectivas; y
- otros.

En el segundo caso, tenemos una secuencia de oportunidades de intervención para:

- a) Evitar la aparición o el efecto de factores o agentes causales específicos en cuyo caso estaremos hablando de PREVENCIÓN PRIMARIA. Ejemplos de este tipo de prevención es la aplicación de vacunas para evitar las enfermedades inmunoprevenibles. En el adolescente, los accidentes pueden reducirse con medidas de seguridad (mejor señalización, uso de cinturones y bolsas de aire, etc.) o por medidas de legislación (posponer la edad para consumo de alcohol, o para conducir automóviles, etc.). En todas las edades, son necesarias una o más acciones por parte de uno o más sectores y el beneficiario es relativamente pasivo. Cuando a las medidas de prevención primaria se agregan las acciones de prevención primordial (promoción de factores protectores) tales como la educación con énfasis en adquisición de disciplina, responsabilidad y buen ejemplo, el resultado es más efectivo y hay más oportunidad para la participación de los jóvenes;
- b) Evitar que un daño ya iniciado se agrave o se complique con otros problemas subreagregados, es el objetivo de la prevención secundaria. El conocimiento de los problemas prevalentes en los jóvenes y adolescentes, así como sobre los factores de riesgo y el reconocimiento precoz de individuos con problemas, se hacen necesario para reforzar la cadena de intervenciones y evitar el

agravamiento mediante el diagnóstico y tratamiento oportunos en el primer nivel de atención. En relación a las conductas de riesgo, es necesario conocer los factores de riesgo asociados a su aparición. La identificación de casos iniciales y la intervención temprana con participación de pares y otras redes de apoyo son indispensables para evitar que los problemas avancen y se compliquen con otras formas más serias de conductas riesgosas.

- c) Finalmente, si las varias formas de prevención están ausentes o son insuficientes en su eficacia, la muerte o las secuelas graves pueden ser el resultado final de la cadena "causal". Para evitar estos resultados se hace necesario contar con los niveles de complejidad alta de servicios y con todo el apoyo social e intersectorial. Esta es la forma de prevención terciaria.

La separación entre los varios niveles o tipos de prevención debe entenderse como algo relativamente artificial. Todas las formas de prevención deben estar presentes en frente a personas y grupos "sanos" y "enfermos" y en todas las fases del proceso salud-enfermedad. Frente a una persona muy enferma hay cabida para prevención primordial, primaria y secundaria, así como de la prevención de muerte. Asimismo, cuando se programa la prevención primordial, deben tenerse en cuenta todos los grados de exposición a factores de riesgo y de estados de salud. La prevención de enfermedad, secuelas y muerte deben comenzar con la educación, la capacitación para el autocuidado, el uso óptimo de factores protectores y en la programación de salud y bienestar. En ese sentido es importante considerar la cadena de prevención como un continuum. Su fragmentación es muy inconveniente tanto para salud física como para la psicosocial. (Ver Esquema 4.)

Esquema 4

DIMENSION IV. INTEGRACION DEL CONCEPTO DE PREVENCIÓN CONTINUA EN LA ATENCIÓN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.

1. PREVENCIÓN PRIMORDIAL: PROMOCIÓN DE BUENA SALUD A TRAVÉS DEL FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES. EJEMPLOS:

- A) EDUCACIÓN EN GENERAL Y DE SALUD EN PARTICULAR;
- B) SANEAMIENTO AMBIENTAL;
- C) BUENOS ESTILOS DE VIDA Y HABITOS ALIMENTARIOS;
- D) EMPLEO SIN RIESGOS Y CON POSIBILIDAD DE DESARROLLO;
- E) ACCESO Y CALIDAD DE SERVICIOS (SALUD, EDUCACIÓN, OTROS);
- F) PREVENCIÓN DE VULNERABILIDAD EVITABLE;
- G) BUEN FUNCIONAMIENTO FAMILIAR;
- H) ESCALAS DE VALORES Y HABITOS CONGRUENTES CON DESARROLLO ESPIRITUAL;
- I) OPORTUNIDADES PARA EMPLEO POSITIVO DE TIEMPO LIBRE.
- J) PROMOCIÓN DE REDES SOCIALES DE APOYO, CONCEPTO DE PATRIMONIO SOCIAL

2. PREVENCIÓN PRIMARIA: PARA EVITAR ENFERMEDADES, LESIONES O PROBLEMAS

- EJEMPLOS: A) PREVENCIÓN DE ACCIDENTES
B) MEDIDAS PARA PREVENIR EMBARAZOS PRECOCES,
ETS, CONSUMO DE SUSTANCIAS

3. PREVENCIÓN SECUNDARIA: PARA PREVENIR EL AGRAVAMIENTO DE PROBLEMAS EXISTENTES Y SECUELAS

4. PREVENCIÓN TERCARIA: PARA EVITAR MUERTE Y SECUELAS GRAVES

LA CADENA DE PREVENCIÓN DEBE INTEGRARSE AL PROCESO DE PROGRAMACIÓN Y REQUIERE DE ENFOQUE PARTICIPATIVO (SECTOR SALUD - OTROS SECTORES COMUNIDAD)

QUINTA DIMENSION: INTEGRALIDAD DE LA ESTRUCTURA Y FUNCION DE LOS SISTEMAS DE SERVICIOS

A. En relación a la estructura es necesario considerar por lo menos cuatro aspectos:

1. El recurso humano debe ser multidisciplinario; capacitado para el trabajo con adolescentes y jóvenes; y preparado para funcionar como equipo.

Cualquiera que sea la profesión de origen, quien trabaja con grupos de adolescentes y jóvenes debe conocer las características básicas del grupo, tener una clara disposición hacia el trabajo participativo y estar consciente de su función dentro de un contexto doctrinario de programa y de misión.

2. Los recursos materiales y las tecnologías de estructura deben estar disponibles para el trabajo participativo. En el aspecto metodológico, debe haber amplia cabida para la creatividad que conlleve a la participación y a la conquista del interés creciente de los jóvenes en su trabajo y aprendizaje para sí y para todos.
3. Los recursos físicos deben estar bien ubicados y tener características adecuadas a su función.
4. Los servicios no deben tener muros. Ellos deben alcanzar a la gente joven en donde ella esté, y además, hacer uso óptimo de las facilidades y organizaciones de la comunidad y de los jóvenes como elementos básicos del sistema.

B. En relación a procesos, los siguientes aspectos deben resaltarse:

1. El conocimiento existente debe ser bien administrado para la clara definición de necesidades, prioridades, respuestas de los sistemas de servicios (salud y otros), de la sociedad y del grupo. La administración del conocimiento hace referencia a su renovación; el acceso en las varias formas; la diseminación aún a las personas analfabetas; y la investigación.

El comportamiento y las actitudes del personal que administran y ejecutan los programas deben adecuarse a las características de comprensión y a las necesidades de una comunicación fácil con el grupo y a una disponibilidad para escuchar y guardar la confidencialidad.

2. Los componentes de una programación de salud, educación y bienestar del adolescente (y el joven) deben tener congruencia de contenidos, metodologías y espacio entre lo que se intenta dar y conseguir en las varias etapas del ciclo vital (antes, durante y después de las edades pertinentes al grupo). Esto es cierto en todas las fases de diagnóstico, definición de políticas, programación de planes de trabajo, ejecución, evaluación y reformulación.

Lo que se programa y cómo se desarrolla para el niño tiene que estar de acuerdo con sus futuras necesidades como adolescente, joven y adulto. Lo mismo es cierto en relación a lo que se programa en edades posteriores, con relación a adulto y anciano.

3. El enfoque de regionalización funcional (con énfasis en el nivel local) y la coordinación entre niveles de complejidad son necesarios así como la participación social e intersectorial. Una estrecha relación existe entre estas estrategias y la aplicación de enfoques integradores (familiar, grupal, comunitario e intersectorial) descritos en la DIMENSION III. (Ver Esquema 5.)

Dentro de esta misma dimensión, es necesario reiterar la importancia que debe darse a la participación social y del grupo en la programación, ejecución y evaluación así como la intersectorialidad incorporada efectivamente en el proceso de programación.

Esquema 5

DIMENSION V. INTEGRALIDAD A NIVEL DE LA ESTRUCTURA Y LA FUNCION DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

A. ESTRUCTURA

1. DISPONIBILIDAD, PREPARACION E INTEGRACION DEL EQUIPO DE SALUD PARA EL TRABAJO INTEGRADO.
2. RECURSOS MATERIALES Y TECNOLOGIA DE ESTRUCTURA (OBJETO) DISPONIBLES Y ADECUADOS A LAS NECESIDADES.
3. RECURSOS FISICOS - UBICACION Y CARACTERISTICAS ADECUADAS A LA FUNCION.
4. LA COMUNIDAD Y SUS ORGANIZACIONES COMO COMPONENTE BASICO DEL SISTEMA DE SERVICIO.

B. PROCESOS

1. INTEGRACION DE LA ADMINISTRACION DEL CONOCIMIENTO PARA PODER DEFINIR NECESIDADES, PRIORIDADES Y RESPUESTAS DEL SISTEMA, LA SOCIEDAD Y DE OTROS SECTORES.

B. PROCESOS (cont.)

2. INTEGRACION Y ARTICULACION DE LOS COMPONENTES DE LOS PROGRAMAS DENTRO DEL PROCESO DE PLANIFICACION VARIAS ETAPAS DE DIAGNOSTICO, DEFINICION DE POLITICA Y TOMA DE DECISIONES, PROGRAMACION, EJECUCION, EVALUACION Y CONGRUENCIA DE CONTENIDOS Y METCLOGIAS ENTRE LA PROGRAMACION DE ATENCION DE SALUD EN LAS VARIAS ETAPAS DEL CICLO.
3. COORDINACION (INTEGRACION) DE LOS VARIOS NIVELES DE COMPLEJIDAD DENTRO DE UN ENFOQUE DE REGIONALIZACION.
4. PARTICIPACION SOCIAL INTEGRADA EN FORMA EFECTIVA EN LA PROGRAMACION, EJECUCION Y EVALUACION.
5. ACCION INTERSECTORIAL TAMBIEN INCORPORADA EFECTIVAMENTE EN LA PROGRAMACION, EJECUCION Y EVALUACION.

A + B

SALUD COMO OBJETIVO NACIONAL NO MERAMENTE SECTORIAL

★ ★ ★

El enfoque general dado al desarrollo del tema puede parecer muy exigente e idealista pero no por eso es irrealista ya que, en suma, pretende promover la aplicación de los principios básicos de la estrategia/filosofía de Atención Primaria de Salud. Se desea:

- 1) Aprovechar el entusiasmo creciente de todos los países en desarrollar iniciativas locales y nacionales y ofrecerles un marco de referencia para programar las actividades que contribuyan a satisfacer las necesidades de salud, bienestar y desarrollo del adolescente;
- 2) Contribuir a conscientizar a las varias instancias de decisión sobre la necesidad de mejorar los programas de salud materno-infantil, en los cuales el concepto de integralidad también se debe aplicar para garantizar la protección de la salud de la adolescencia y etapas posteriores;
- 3) Promover el reconocimiento de que es necesario introducir cambios importantes en las actitudes y comportamientos de los adultos en general (comenzando por los padres, maestros, etc.) y del personal encargado de planear y ejecutar programas que tengan que ver con la promoción de salud y desarrollo de los adolescentes;
- 4) Sentar bases objetivas de motivación y fundamentación para propuestas de políticas que den espacios reales a los programas relacionados con la salud, bienestar y desarrollo de los adolescentes;
- 5) Motivar a las instancias de decisión y a la sociedad en general, para promover medidas de compensación frente a los cambios profundos que se están operando en los estilos de vida, estructura y dinámica familiares, dinámica poblacional (especialmente las migraciones); situaciones sociopolíticas y económicas de los países y sobretodo, para que se proteja el derecho de presentes y futuras generaciones de jóvenes a niveles de calidad de vida condicentes con su desarrollo y capacidad de desempeño; y,
- 6) Promover la idea fuerza de que la salud integral vista como un elemento inseparable del bienestar y como componente sine qua non para el desarrollo, debe ser un objetivo del país y no solo un objetivo del sector salud.

★ ★ ★

REFERENCIAS

1. WHO. Documento básico para las Discusiones Técnicas sobre la Salud de los Jóvenes. Asamblea Mundial de la Salud - Ginebra, mayo, 1989.
2. Conclusiones y recomendaciones de las Discusiones Técnicas sobre la Salud de los Jóvenes - Asamblea Mundial de la Salud, 42, mayo, 1989.
3. Adaptado de "Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion", Health and Welfare. Canadá, 1986.
4. Serrano, C.V., Conferencia introductoria en Taller de planeación de un curso sobre Salud del Adolescente para Multiplicadores en Docencia y Servicio sobre el tema - Sao Paulo - mayo, 1990.
5. OPS - Informe de la Reunión para definir prioridades en Salud del Adolescente en los países de la Región y estrategias para satisfacerlas.
6. Serrano, C.V., "Infant, Childhood and Adolescent Mortality in Developing Countries", Chapter in the book "Health Care of Mothers and Children in Developing Countries (in press). Helen M. Wallace and Kanti Giri, editors.
7. OPS - "Lifestyle, Health and Medical Technology" Documento preparado por Bibeau, G, Pedersen, D y Puentes, C., Washington, D.C. 1985.
8. OPS - "La Situación de Salud del Adolescente en América Latina - Base para un Plan de Acción Regional" - Un documento preparado con la colaboración del Dr. Ramón Florenzano, 1987.
9. OPS - Programa de Desarrollo de Servicios de Salud "La Participación Social en los Servicios Locales de Salud". Documento preparado con el apoyo de un Grupo de Consulta; Washington, D.C., 1989.
10. OPS - Fecundidad en la Adolescencia - Causas, Riesgos y Opciones. Cuaderno Técnico No. 2, escrito por Anameli Monroy de V., Profesora Martha Nelda Morales C; Lic. Leticia Velasco Monroy - Washington, D.C. 1988.
11. World Health Organization. Alma-Ata, 1978. Primary Health Care, Geneva, 1978 ("Health for All" Series, No. 1).

Doc. 5141s
Agosto, 1990

ANEXO IV

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFIA

Referencias

- 1 Organización Mundial de la Salud: Resolución WHA 27.28, 1974. (Abuso de sustancias).
- 2 Organización Mundial de la Salud: Resolución WHA 29.57, 1976. (Salud ocupacional).
- 3 Organización Mundial de la Salud: Resolución WHA 33.35, 1980. (Tabaco).
- 4 Organización Mundial de la Salud: Resolución WHA 38.22, 1985. (Embarazo Adolescente).
- 5 Organización Mundial de la Salud: Resolución WHA 32.40, 1979. (Alcohol).
- 6 Organización Mundial de la Salud: Resolución WHA 33.27, 1980. (Substancias psicotrópicas).
- 7 Organización Mundial de la Salud: Resolución WHA 37.23, 1984. (Substancias psicotrópicas).
- 8 Organización Mundial de la Salud: Resolución WHA 29.55, 1976. (Tabaco).
- 9 Organización Mundial de la Salud: Resolución WHA 31.56, 1978. (Tabaco).
- 10 Organización Mundial de la Salud: Resolución WHA 33.35, 1980. (Tabaco).
- 11 Organización Mundial de la Salud: The Health of Youth, Documento de trabajo para las Discusiones Técnicas. Documento A42/Technical Discussions/2; Ginebra, Mayo, 1989.
- 12 Organización Mundial de la Salud: The Health of Youth. Informe final de las Discusiones Técnicas. Documento A42/Technical Discussions/13 Rev.1, Enero, 1990.

- 13 Organización Panamericana de la Salud: Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas. Documento E 105/17, Rev. 1, Junio, 1990
- 14 Organización Panamericana de la Salud: Programas de Salud Maternoinfantil y Planificación Familiar. Tercer Informe de Avance. Plan de Acción sobre Asuntos de Población. Documento CD 35/17. Washington, D.C.
15. Organización Panamericana de la Salud. XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Septiembre, 1990.
- 16 Declaración de la Cumbre Mundial en Favor de La Infancia. Nueva York, Septiembre 1990 - Informe UNICEF, 1991.
- 17 Organización Panamericana de la Salud: Resolución XVI de la XXXV Reunión del Consejo Directivo. Washington, D.C., Septiembre 1991.
- 18 Organización Panamericana de la Salud: La Salud de los Adolescentes y Jóvenes en las Américas. Publicación Científica 489. Washington, DC., 1985.
- 19 Organización Mundial de la Salud: Guidelines for Facilitators of the "Grid" Workshops on Reproductive Health in Adolescence. Maternal and Child Health Unit, Division of Family Health. Ginebra, Noviembre, 1986.
- 20 Organización Panamericana de la Salud: Informe Seminario Taller Itinerante sobre Servicios de Salud para Adolescentes. Washington, D.C., 1987.
- 21 Organización Panamericana de la Salud / UNFPA / Fundación Kellogg: Informe Final del Taller Subregional de Servicios de Salud para Adolescentes. Campinas, São Paulo, 4 a 8 de Abril de 1988.
- 22 Organización Panamericana de la Salud: Fecundidad en la Adolescencia: Causas, Riesgos y Opciones. Cuadernos Técnicos #12. Washington, 1988.
- 23 Organización Panamericana de la Salud: Informe de la Reunión de Consulta sobre Prioridades, Estrategias y Planes relacionados con la Salud del Adolescente. Washington, D.C., Enero, 1989
- 24 Organización Panamericana de la Salud: Informe de la Reunión Regional sobre Salud del Adolescente. Montevideo, Abril, 1991.
- 25 Organización Panamericana de la Salud: Las Condiciones de Salud de Las Américas. Publicación Científica 524. Washington, D.C., 1990.

- 26 Centro Latinoamericano de Demografía CELADE: Boletín Demográfico. América Latina: Proyecciones de Población 1950-2025. Año XXIII # 45. Santiago, Chile. Enero, 1990.
- 27 Maddaleno M.: The Adolescents in the Americas: Are they Healthy? Special Project Report. MPH Program, G. Washington University, 1990
- 28 Comisión Económica para América Latina y El Caribe: Anuario Estadístico de América Latina y El Caribe Edición 1990.
- 29 Moreno E.: Diagnóstico y Estrategias para la Atención del Joven en las Américas. Documento de trabajo del Seminario "Desarrollo de Alternativas para la Atención Integral del Adolescente". Fundación Kellogg / Universidad de Chile. Santiago, Chile, Mayo, 1991.
- 30 Sadik M.: Estado de la Población Mundial. Fondo de Población de las Naciones Unidas. FNUAP, 1990.
- 31 Fondo de Población de las Naciones Unidas: Hacia una solución de los problemas de población. Nueva York, 1990.
- 32 Paxman J.M., Zuckerman R.J.: Laws and Policies Affecting Adolescent Health Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1987.
- 33 Zubarew T.: Perfil de Morbilidad de Adolescentes en el Nivel Primario. Congreso Chileno de Atención Primaria, 1988.
- 34 Girard G., Bottini Z., Massa M. et als.: Atención médica primaria en adolescentes. Arch Arg Pediatr 80(1): 38-48, 1982.
- 35 Bianculli C., Andrada T. et als.: Importancia del enfoque médico clínico integral en adolescentes que solicitan orientación vocacional. Arch Arg Pediatr 80(5/6):573-577, 1982.
- 36 Estevez PA.: La relación médico paciente en adolescentes: Características y requisitos básicos. Arch Arg Pediatr 80(2): 255-257, 1982
- 37 Bianculli C., Andrada T. et als.: Perfil Sanitario de la Población concurrente a la sección adolescencia de un hospital general. Arch Arg Pediatr 82(2): 152-160, 1984.

- 38 Yunes J., Primo E.: Características da Mortalidade em adolescentes brasileiros das capitais das Unidades Federadas.
Rev. Saúde Pública. Vol 17(4): 263-278, 1983.
- 39 Warman R., Coll A., Giorgio E., Méndez-Ribas J.: Evaluación de embarazo y parto en adolescentes de temprana edad ginecológica. Obst. Ginecol Latinoamericana Vol 41 (11/12): 499-505, 1983
- 40 Mateluna A., Rebolledo A., Molina R., Atalah E.: Características Nutricionales de adolescentes embarazadas controladas en Consultorio de Adolescencia. Santiago, Chile. Cuadernos Médico Sociales. Vol 25 #3: 106-111, 1984.
- 41 Arechavaleta H., Uzcátegui O., Miranda M., et als.: Embarazo de Adolescentes. Rev. Obstet. Ginecol. Venezuela. Vol 45(2): 89-91, 1985.
- 42 Romero MI., Vargas S., Abara S., et als.: Embarazo, parto y recién nacido en madres adolescentes. Rev Chil. Pediatría Vol 54 (2): 123-130, 1983.
- 43 Aspectos del Embarazo, parto y recién nacido de madres adolescentes. An. Fac. Ciencias Médicas, Univ. Nac. Paraguay. Vol 19(1/2): 287-300, 1987.
- 44 Romero MI., Yentzen G., et al.: Características del primer año de vida de hijos de madres adolescentes: un estudio descriptivo de seguimiento. Cuad Médico Sociales. Vol 25 #3: 124-129, 1984, Santiago, Chile.
- 45 Silva J.: Fertilidade na adolescencia. J. Bras. Ginecol. Vol 91(2): 119-123, 1981
- 46 Molina R., Alarcón G., Luengo X. et al.: Estudio prospectivo de factores de riesgo en adolescentes embarazadas. Rev Chil Obst Ginecol Vol 53(1): 27-34, 1988.
- 47 Ruzany MH., Eisenstein E., et al.: Atencao multidisciplinar a adolescentes gestantes no Hospital Univ. Pedro Ernesto, Rio de Janeiro. Coletanea sobre Saúde Reprodutiva do adolescente brasileiro: 193-207. Brasilia, Brasil, 1988.
- 48 Palma I.: Embarazo en Adolescentes: Daño Psicosocial y Proyecto de Vida. Primer Congreso Chileno de Epidemiología. Libro de Contribuciones: 259-301. Santiago, Chile, 1990.
- 49 Maine D.: Family Planning: its impact in the health of women and children. Center for Population and Family Health, Columbia University, New York, 1981. Op. cit. en Las Condiciones de Salud de las Américas.

- 50 Bruno Z., Bruno Z.: Inquérito serológico da sífilis em adolescentes gestantes. Congresso Brasileiro de Adolescencia. 6 - 10 de junio, 1987.
- 51 Bernal J., Martínez MA., Triantafilo V., Suárez M., et al.: Diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes embarazadas chilenas. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. Vol 54(2): 66-70, 1989
- 52 Organización Mundial de la Salud: Accidentes en la adolescencia y Juventud. Data Base System. 1992.
- 53 Centers for Disease Control: Childhood Injuries in the United States. Am. J Dis. Children, Vol 144: 627-646, June 1990.
- 54 Anzola E.: Accidentes en la adolescencia. Documento Preliminar. Programa de Promoción de la Salud, HPA. Organización Panamericana de la Salud. 1992.
- 55 Florenzano R.: Bases Conceptuales Acerca de la Salud del Adolescente. Seminario Fundación Kellogg / Universidad de Chile sobre Desarrollo de Alternativas para la Atención Integral de Salud del Adolescente. Documento de Trabajo #58/91: 15-29. Corporación Promoción Universitaria, Santiago, Chile, 1991.
- 56 Organización Mundial de la Salud: The Health of Youth: Facts on alcohol. Ginebra, 1990.
- 57 Florenzano R., Medina A.: Alcoholismo juvenil: La experiencia chilena. En: La Salud del Adolescente y joven en las Américas. Publicación Científica 489. OPS, 1985.
- 58 Secretaría de Salud: Encuesta Nacional de Adicciones: Alcohol. Sistema Nacional de Encuestas de Salud. México, 1990
- 59 Secretaría de Salud: Encuesta Nacional de Adicciones: Tabaco. Sistema Nacional de Encuestas de Salud. México, 1990.

Bibliografía

- Covarrubias P., Reyes C., Muñoz M. Crisis en la Familia? Ediciones Universidad Católica de Chile, 1984.
- Florenzano R.L., Ringeling I. Salud Familiar, Edic. Corporación Universitaria, Santiago, Chile, 1986.

Inkeles A. Individual Change in Six Developing Countries. *Ethos* (3(2): 323-342, 1975.

Programa Regional de Salud Maternoinfantil. Marco de Referencia y Conceptual del Programa de Salud Integral del Adolescente. Documento de Trabajo. Organización Mundial de la Salud.

Serrano C.V. Un Marco de Trabajo Conceptual para Comprender los Problemas de Adolescentes y Jóvenes. Documento de trabajo. Conferencia sobre Salud y Desarrollo del Adolescente. Organización Panamericana de la Salud, 1992.

ANEXO 3.

***OMS - 42^a ASSEMBLÉIA
MUNDIAL DE SAÚDE-
RELATÓRIO DOS DEBATES
TÉCNICOS - MAIO DE 1989***

RELATÓRIO DOS DEBATES TÉCNICOS

MAIO 1989

A SAÚDE DOS JOVENS

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
42ª ASSEMBLEIA MUNDIAL DE SAÚDE

TRADUÇÃO PROMOVIDA PELA FUNDAÇÃO EMÍLIO ODEBRECHT

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. QUADRAGÉSIMA SEGUNDA
ASSEMBLÉIA MUNDIAL DE SAÚDE. RELATÓRIO DOS DEBATES
TÉCNICOS SOBRE A SAÚDE DOS JOVENS. A42/Debates Téc
nicos/13. 12 de maio de 1989. - - - - -

<u>CONTEÚDO</u>	<u>Página</u>
1. INTRODUÇÃO	2
2. ANTECEDENTES	3
3. DEBATES TÉCNICOS	4
4. TEMAS E CONCLUSÕES PRINCIPAIS	7
I. As Deficiências e Problemas de Saúde dos Jovens	7
II. Ações Necessárias para Promover a Saúde dos Jovens	10
III. Os Jovens e a Saúde de Todos	17
5. RECOMENDAÇÕES	

ANEXO 1 - Pessoal de Campo (Para ser apresentado jun-
tamente com o Relatório Final):

- . Modelo de Grupos de Trabalho compostos
por Co-Moderadores, Pessoal de Campo e
de Secretaria;
- . Relação de Participantes;
- . Relação do Pessoal de Campo; e
- . Relação dos Colaboradores Voluntários.

ANEXO 2 - Relação de Documentos (Para ser apresentada
juntamente com o Relatório Final).

1. INTRODUÇÃO.

1. A saúde dos jovens⁽¹⁾ é de importância fundamental para a saúde de todas as sociedades, em virtude de serem eles que determinam o futuro. Entretanto, ainda que o jovem sirva como um grande recurso para o progresso, contribuindo com sua energia e idealismos para o bem-estar de todos, ou não, é extremamente influenciado pelas condições do meio em que vive, bem como pelo seu padrão de vida durante os anos cruciais de transição entre a infância e a idade adulta.
 2. Ainda que os jovens estejam entre os grupos mais saudáveis da sociedade em que viveram a sua infância e sejam relativamente menos vulneráveis às inúmeras doenças do que as crianças e as pessoas mais idosas, eles, não obstante, têm necessidades específicas as quais, quando não atendidas, prejudicam sua saúde e desenvolvimento e, com certeza, põem em risco a sua própria sobrevivência. Alguns dentre eles sofrem os efeitos provocados por doenças graves ou debilitantes, como também, desnutrição, enfermidades resultantes de lesões e necessidade de atenção especial. Porém todos precisam de um misto de apoio e oportunidade para desenvolver física, mental e socialmente seu pleno potencial.
 3. A adolescência é sempre um período de transição na qual os jovens desenvolvem suas capacidades experi
- (1) O termo "jovens" é empregado no sentido de abranger as classes sobrepostas de adolescentes (de 10 a 19 anos) e jovens (de 15 a 24 anos).

mentando novos tipos de comportamento. Ela representa uma encruzilhada na vida em que um caminho saudável para a fase adulta poderá ser alcançado se as suas necessidades de desenvolvimento e segurança forem atendidas, caso contrário um padrão de comportamento nocivo poderá desenvolver-se com consequências negativas para a saúde e sobrevivência a curto ou longo prazo.

4. Nos tempos modernos, entretanto, essa fase crucial de desenvolvimento da adolescência ocorre em sociedades, as quais estão passando por uma das maiores mudanças radicais jamais vistas e que têm profundas implicações para a Saúde dos Jovens.
5. Simultaneamente, nos países em desenvolvimento, tem havido um aumento tanto no número absoluto de jovens quanto na sua proporção em relação ao restante da população, enquanto tem aumentado o distanciamento econômico relativamente aos países industrializados. O nível de alfabetização entre os jovens cresce rapidamente, no entanto o desemprego é excessivamente elevado nos locais onde o treinamento para uma vida moderna é inadequado e as oportunidades de emprego escassas. Acima de tudo, a guerra continua a produzir seus efeitos nocivos aos jovens.
6. Contudo, a maioria dos jovens em todo o mundo, não obstante essas condições, estudam, preparam-se pa-

ra o futuro, satisfazem suas aspirações educacionais e vocacionais e levam uma vida responsável. Eles contribuem para o sustento econômico de suas famílias; alguma das vezes com grande custo para eles próprios, os jovens cuidam de seus irmãos, auxiliam na educação de suas famílias em assuntos ligados à saúde, e muitos trabalham para suas comunidades individualmente ou como membros de organizações de jovens e comunitárias.

7. Os Debates Técnicos sobre a Saúde dos Jovens proporciona uma oportunidade de examinar esses problemas e de tratar questões como: Quais as necessidades atuais de saúde dos jovens? Qual a função e a responsabilidade do setor de saúde? Que políticas, legislação e programas precisam ser intensificados ou criados? Como pode ser estimulada a cooperação entre todos os grupos que tenham um impacto direto na saúde dos jovens? Como pode o jovem tornar-se mais envolvido tanto com o cuidado pessoal quanto no planejamento e implementação de serviços para jovens?, incluindo a saúde de todos...
8. Esses debates foram realizados nos dias 11 e 13 de maio de 1989 sob a presidência do Professor Olikoye Ransome-Kuti, Ministro da Saúde da Nigéria.

2. ANTECEDENTES

9. A Organização Mundial de Saúde tem tido um intereg se ativo na saúde dos adolescentes há muitos anos, particularmente no que se refere a sua saúde repro dutiva. Nos últimos anos a Assembléia Mundial de Saúde aprovou uma série de resoluções concernentes aos adolescentes e jovens em matérias sobre educação de saúde (Assembléia Mundial de Saúde 27.28), saúde no local de trabalho (Assembléia Mundial de Saúde 29.57), doenças sexualmente transmissíveis (Assembléia Mundial de Saúde 31.57), consumo de be bidas alcoólicas (Assembléia Mundial de Saúde 32.40), uso abusivo de drogas e dependência de narcó ticos (Assembléia Mundial de Saúde 33.27, e Assem bléia Mundial de Saúde 38.23), tabagismo (Assemblé ia Mundial de Saúde 29.55, Assembléia Mundial de Saúde 31.56 e Assembléia Mundial de Saúde 33.35) e sobre a necessidade de atingir uma maturidade soci al, bem como biológica, perante os pais (Assembléi a Mundial de Saúde 39.27).
10. O primeiro Comitê de Especialistas da Organização Mundial de Saúde para as Deficiências de Saúde dos Adolescentes, realizado em 1976, concluiu que a adolescência é um período de formação dos padrões de comportamento e de atividades importantes para

a saúde. Muitos problemas que afetam a saúde e o bem-estar dos adolescentes foram examinados, entre eles o uso abusivo de tabaco, acidentes, gravidez, parto e doenças sexualmente transmissíveis.

11. A importância da saúde reprodutiva dos adolescentes tem sido reconhecida em outros foruns internacionais importantes, incluindo a Conferência Internacional sobre a População na Cidade do México em 1984, que constatou os efeitos prejudiciais da gravidez e do parto precoces para a saúde da mãe e da criança, bem como, sobre a condição da mulher, em geral. Chamou a atenção para a criação de educação e serviços de planejamento familiar adequados culturalmente; a Conferência Mundial para Revisão e Avaliação dos Resultados da Década das Nações Unidas para a Mulher (1985); Fórum Europeu de Parlamentares sobre a Sobrevivência da Criança, Mulher e População (1986). Uma declaração conjunta enfatizando a importância da ação visando retardar o parto até a maturidade foi emitida pelo Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), Fundo das Nações Unidas para a Criança (UNICEF) e pela Organização Mundial de Saúde (WHO) em 1989.
12. O ano de 1985 foi escolhido pelas Nações Unidas como o Ano Internacional da Juventude, juntamente com o tema "Paz, Participação e Desenvolvimento".

Um estudo da Organização Mundial de Saúde sobre os Jovens e a Saúde para Todos no Ano 2000 foi realizado e concluiu que o desafio para a sociedade era o de habilitar os jovens de forma que contribuíssem ativamente, não apenas em benefício de sua saúde própria mas para o de suas sociedades como um todo, através de cuidados básicos com a saúde.

13. A Assembléia Mundial de Saúde de 1987 escolheu "A Saúde dos Jovens" como tema dos Debates Técnicos da Assembléia Mundial de Saúde de 1989, e aprovou a criação de um Programa de Saúde para Adolescentes que entrará em vigor em 1990, como parte do Oitavo Programa Geral de Trabalho.
14. A saúde dos adolescentes e jovens, aqueles com idade entre 10 e 24 anos, é um assunto que ganhou importância na última década, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, entretanto esse é um assunto ao qual, tradicionalmente, tem sido dada pouca prioridade nos programas e políticas de saúde. Conquanto as medidas de saúde pública, como por exemplo, melhoria do saneamento, fornecimento de água pura e programas de imunização tenham obtido sucesso até determinado grau no controle de doenças, a atenção tem sido voltada para aqueles problemas de saúde que surgem mais frequentemente do comportamento do que de infecções involuntárias.

Muitos dos problemas de saúde da adolescência como, por exemplo, gravidez e parto precoces, aborto provocado, doenças sexualmente transmissíveis, uso abusivo de drogas e bebidas alcoólicas, o impacto do uso do tabaco, problemas de nutrição e saúde oral, STD incluindo infecção por vírus HIV que conduzem à AIDS, suicídio, e aqueles acidentes e lesões que resultam em decorrência de exposição excessiva ao risco - são predominantemente dessa natureza. A prevenção desses problemas é possível através de ação adequada, não apenas por parte dos jovens mas também por aqueles responsáveis pelas condições em que eles vivem, como também pela reorientação da natureza dos recursos de saúde a eles disponíveis e acessíveis.

15. Conquanto exista uma larga variedade de atividades dirigidas para a melhoria da saúde dos jovens, elas frequentemente são ad hoc, em uma pequena escala, e raramente integradas no planejamento global de saúde. Existem diversas fontes das quais a promoção da saúde, prevenção de problemas relacionados com a saúde, tratamento e atividades de reabilitação podem e de fato emanam. Elas abrangem os setores de saúde, educação, bem-estar social e de jovens, organizações governamentais e não governamentais,

comunidade, personalidades religiosas, esportivas e artísticas, e talvez mais decisivamente, as famílias e os próprios jovens. Tendo em vista o caráter multisetorial das deficiências de saúde dos jovens, uma série de atividades preparatórias foi realizada anteriormente aos Debates Técnicos com o objetivo de reunir pessoas, informações e idéias-chave que estimulariam a ação conjunta.

Processo Preparatório.

16. Com a finalidade de estimular o interesse pelos temas principais dos Debates Técnicos de 1989, uma publicação indicando os objetivos, assuntos principais e questões chave para a reflexão foi distribuída pela Organização Mundial de Saúde no mundo inteiro, em outubro de 1988.
17. Uma base de dados da Organização Mundial de Saúde foi desenvolvida sobre a saúde reprodutiva do adolescente. Ela foi sistematizada e coordenada através de programas de forma a conter informações sobre todos os assuntos de saúde de especial importância para os jovens, incluindo nutrição, tabagismo, álcool, drogas, doenças sexualmente transmissíveis, síndrome de imunodeficiência adquirida, acidentes e lesões, suicídio, saúde oral e aspectos

demográficos bem como, saúde sexual e reprodutiva. Está em expansão.

18. Uma série denominada "Fatores de Ação" foi publicada sobre esses assuntos, resumindo as informações extraídas da base de dados, juntamente com uma bibliografia da Organização Mundial de Saúde sobre publicações e documentos pertinentes.
19. Um documento de apoio, A Saúde dos Jovens, foi preparado por meio de uma série de consultas, inclusive uma solicitação de caráter mundial com referência a informações e pareceres de órgãos filiados às Nações Unidas, organizações chave não governamentais, especialmente de jovens, constatações fornecidas por oficinas e membros do quadro de especialistas da Organização Mundial de Saúde.
20. Com a cooperação de organizações não governamentais de jovens em todas as regiões, foi realizado um certame para jovens, solicitando a eles que redigissem artigos baseados em entrevistas com seus pais e avós sobre questões de saúde através das gerações. Os ensaios vencedores, juntamente com outros artigos sobre o assunto constam da publicação de abril de 1989 da revista Saúde Mundial dedicada à Saúde dos Jovens.
21. Um artigo sobre cuidados pessoais dos jovens foi escrito como base para os debates de uma mesa re-

donda, com comentários de diversos setores, a ser editado nas próximas publicações (Forum Mundial de Saúde).

22. Uma série de oficinas e consultas especiais nacionais e sub-regionais foi realizada envolvendo 46 países em todas as regiões, reunindo jovens, governo e profissionais de saúde e setores afins, em alguns casos pela primeira vez. Eles trocaram opiniões a respeito das deficiências e problemas de saúde dos jovens e adolescentes, suas contribuições para uma ação efetiva para fazer face a essas necessidades e sobre aquilo que acham que devem fazer como um próximo passo. Suas descobertas foram sumarizadas no documento da Organização Mundial de Saúde: A Saúde dos Jovens: Jovens e Adultos Enca-ram Juntos os Problemas.

3. DEBATES TÉCNICOS

Cenário.

23. Os Debates Técnicos foram abertos pelo Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde, Dr. Hiroshi Nakajima, o qual deu as boas-vindas ao júri e aos participantes, abordou os temas principais dos Debates e apresentou o Presidente Geral, Professor Olikoye Ransome-Kuti, Ministro da Saúde da Nigéria.
24. O Diretor Geral em sua declaração de abertura enfa

tizou o ávido interesse da Organização Mundial de Saúde pela saúde dos jovens, o que foi intensificado em resposta a diversas resoluções da Assembléia Mundial de Saúde. Ele considera especiais as atividades dos Debates Técnicos desse ano, em vista da oportunidade de ouvir os jovens e de com eles participar. A saúde atual dos jovens, disse ele, determina as condições futuras de saúde e a maneira pela qual podem contribuir para a saúde de todos. Em seguida ele falou sobre o comportamento positivo da saúde e as diversas razões para enfatizá-lo.

25. As pessoas jovens, disse o Diretor Geral, representam uma grande promessa e esperança a todos nós; e proporcionar-lhes uma oportunidade estruturada de auxiliar os demais é, sem dúvida, o modo mais seguro de atingir-se a saúde social. Para vencer esse desafio, concluiu, requer-se articulações precisas e ação coordenada entre todos os setores - organizações governamentais e não governamentais, e sobre tudo dos próprios jovens.
26. Havia cerca de 400 participantes de todos os setores mais significativos ligados à saúde, provenientes do governo, organizações internacionais, órgãos, instituições e organizações não governamentais. Mais notáveis, entretanto, foram os jovens

do quadro de funcionários, juntamente com o pessoal de campo, como também os participantes.

27. O Professor Ransome-Kuti apresentou os oradores que, além dele próprio e do Diretor Geral, estavam representados pelo Prof. Richard Jessor - Diretor do Instituto de Ciência Comportamental da Universidade do Colorado: E.U.A.; Dona Patrícia Strecker, de 19 anos, membro da delegação francesa; Sr. Pazlul Maque - Presidente do Jatio Tarun Sangha: Conselho Nacional de Jovens de Bangladesh; e Dra. Anameli Monroy, fundadora e Diretora Geral do Centro para a Orientação de Adolescentes do México; e o Relator-Geral - Professor N. Kodagoda, Reitor da Faculdade de Medicina em Colombo, Sri-Lanka.
28. O Professor Ransome-Kuti em seu pronunciamento referiu-se à transformação da criança em adulto que tem um potencial para ser tanto turbulenta quanto ordenada; e ao meio-ambiente interno e externo como sendo o fator responsável. Ele afirmou que a forte influência de pressões de seus pares poderia ser enfrentada com o apoio familiar adequado. As práticas que resultam do desejo de adquirir riqueza torna os adultos modelos negativos para os jovens. As expectativas dos adultos, de elevados níveis de realização por parte dos jovens, disse ele, juntamente com a falta de diálogo entre eles, impõem um grave esgotamento. Ele afirmou ainda que

- se o jovem tiver de ser poupado de um conflito de valor, uma reestruturação dos sistemas sociais terá de ser efetuada por meio de uma fusão dos elementos nativos e estrangeiros. Concluindo, o Professor Ransome-Kuti solicitou à Organização Mundial de Saúde que lançasse uma cruzada de âmbito mundial com a finalidade de poupar os jovens das agressões e disparidades sócio-econômicas que os cercam.
29. O Presidente, a seguir, informou que além dos oradores haveria uma série especial de representações de papéis interpretados por jovens originários de regiões na Arábia, Inglaterra, França e Espanha, enfatizando os problemas principais de saúde, conforme foram percebidos pelos jovens, e apresentou os jovens atores.
30. Os oradores que se seguiram levantaram questões chave que abrangem as mudanças que têm ocorrido em inúmeras sociedades nos últimos anos, invertendo os costumes tradicionais e deixando os jovens sem orientação e apoio adequados, particularmente em condições de pobreza existentes nos países em desenvolvimento; a importância do comportamento no que se refere à saúde atual e futura; os paradoxos da promoção de saúde na visão dos jovens, bem como as áreas de divergência entre adultos e jovens; e a participação ampla e vital dos jovens na promoção da saúde de todos, inclusive da deles mesmos. A saúde como um resultado do comportamento foi amplamente debatida.

31. O Professor Jessor ressaltou que os jovens são recursos fundamentais com os quais as nações podem contar, e que é adotando-se uma perspectiva científica do comportamento que se pode aprimorar a nossa compreensão sobre eles. A saúde, ele disse, é uma função da relação saúde-comportamentos afins. Ele concluiu, pois, que os esforços para proteger, estimular e ampliar a saúde deverá abranger as ciências sociais. Ele salientou que a maioria dos comportamentos comprometidos com a saúde preenchem funções importantes para uma pessoa jovem; e isso compreende manifestação de oposição à autoridade do adulto e à sociedade convencional. A lição depreendida dessa consideração foi a de que as informações, por si só, não são capazes de mudar determinados comportamentos. Ele ainda fez a afirmação de que os comportamentos de risco para a saúde estão interrelacionados, e constituem uma síndrome. O necessário, portanto, é promover estilos de vida especialmente saudáveis. A saúde, basicamente um assunto social, aliada a condições como a pobreza, acesso limitado às oportunidades e erosão dos costumes tradicionais constituem influências importantes.
32. Dona Patrícia Strecker, uma jovem oradora da Saúde dos Jovens, estando de acordo com a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde quis ademais

citar o exemplo de alguém que, embora fisicamente deficiente, permaneceu como um "símbolo de saúde." Ela fez a ressalva de que o comportamento relacionado com a saúde do adulto era remoto do ponto de vista que eles transmitem-se aos jovens. Ela também fez referência às disparidades entre os princípios educacionais de saúde disseminados pelos países e a tolerância para com a publicidade que põem em risco a saúde. Ela manifestou seu desapontamento com relação ao fato de que aos jovens não é dada responsabilidade, e pediu que eles participassem e que fossem consultados quanto ao planejamento, e que todos, jovens e velhos, devem trabalhar em conjunto. Ela ainda fez menção às dificuldades encontradas pelos jovens na escola, no emprego, no fornecimento de cuidados com a saúde e etc. e declarou que deve existir um meio de ouvi-los. Falando sobre os programas preventivos, ressaltou o fato de que eles nem sempre correspondem aos valores dos jovens. Inovações, ela disse, são necessárias; os profissionais de saúde devem aprimorar a sua capacidade de comunicação; as pessoas jovens devem receber mais calor humano nos locais de prestação de cuidados com a saúde, bem como das mãos do pessoal de saúde e dos demais serviços. Ela salientou que o presente esforço da Organização Mundial de Saúde era oportuno e bem proposto.

33. Sr. Fazlul Haque pronunciou-se e declarou que em quase todos os países os jovens haviam se organizado de modo a servir a sua pátria. A força motriz que une essas pessoas é sem dúvida diferente, todavia existe um ideal que os impele à ação que poderia ser, em sua essência, político, religioso ou moral. Alguns movimentos de jovens já ultrapassaram as fronteiras nacionais e tornaram-se globais. A força e a energia que os jovens possuem são, por vezes, ignoradas por aqueles que lideram e o que, frequentemente, é enfatizado são os comportamentos destrutivos e anti-sociais de jovens desocupados e alienados. Nessa assembléia eu gostaria de falar aos jovens. A maioria dos aqui presentes, como sabemos, já não são jovens, mas esperamos que vocês tenham energias juvenis e um interesse pelos jovens. Pelo fato de vocês ocuparem cargos de responsabilidade em seus países e terem participação importante a desempenhar na defesa da saúde e bem-estar de seu povo, um sentimento positivo com relação aos jovens é de importância vital. Esta é a razão pela qual eu quero expor a vocês a questão dos jovens e de seu potencial para serem parceiros na consecução das metas de saúde e desenvolvimento.
34. Dra. A. Monroy apresentou a representação das peças, declarando que se quisermos compreender os jovens, precisaremos interagir e nos comunicar com

elas. Ela em seguida solicitou que a representação de peças fosse usada no ensino, pesquisa e terapia. Elas descrevem as interações dos jovens e seus pares, possibilitam manifestações autênticas, percepções aguçadas e modelos representativos de comunicação. Ela descreveu os grupos como provenientes de diferentes países e de culturas diversas e as peças como sendo sobre pessoas que tinham tido experiências que ultrapassavam as barreiras culturais.

35. Ela qualificou as apresentações como sendo a ponta de um "iceberg"; pois muito mais seria trazido à tona nos seus três dias de formação. Na sua descrição dos jovens participantes ela empregou termos como, criativos, diligentes, entusiastas, comunicativos e capazes de transpor barreiras culturais e linguísticas.
36. A primeira apresentação, feita em inglês, intitulou-se "A quem devo me dirigir agora?" que retratou a falta de amparo e as frustrações de uma jovem que havia sido rejeitada desde os pais até os professores e em seguida pelo médico, e até aquele momento não havia encontrado uma resposta; a segunda, em francês, representava a luta incessante entre o certo e o oportuno, ocorrida em uma mente jovem. A representação da peça espanhola que se seguiu, apresentava as frustrações provocadas pela proibição de questões delicadas na escola. A quarta peça, representada em árabe, enfocou o tema da prática do casamento precoce com relação às mulheres e a impaci

ência dos pais não obstante a imaturidade, e outras consequências do casamento entre parentes próximos. A encenação final incluía 13 idiomas diferentes no mesmo palco e simbolizava as barreiras encontradas pelos jovens através dos países, bem como mitos habituais acerca da sexualidade que têm resistido à transmissão através de gerações.

37. Dra. Monroy propôs as seguintes questões: "Vamos permitir que essa situação continue?" "Fizemos-nos compreender?". Concluindo ela declarou: "Agora é muito importante agir".
38. O Presidente então resumiu os pontos de especial interesse da sessão do plenário, em seguida ao que os co-secretários dos Debates Técnicos, Dr. Mark Belsey e Dr. Herbert Friedman, esclareceram os métodos de procedimento aos grupos de trabalho.
39. Havia oito grupos de trabalho, os quais dirigiram os três temas principais dos Debates: As Deficiências e Problemas de Saúde dos Jovens, A Promoção da Saúde dos Jovens, e Jovens e Saúde de Todos. Não obstante, solicitou-se aos grupos que focalizassem em particular um dos temas: dois no primeiro tema, quatro no segundo e dois no terceiro. Cada grupo compunha-se de dois co-moderadores, um dos quais oriundo do setor de saúde e um outro jovem proveniente de organizações de jovens ou do governo. Havia, também, especialistas nos temas e membros da Secretaria. Deu-se ênfase à ação necessária e às

recomendações. Os relatórios sumários dos grupos de trabalho foram redigidos por grupos de delineamento designados. Esses oito relatórios foram utilizados como base de um relatório geral de delineamento inicial, preparado pela Secretaria juntamente com o pessoal de campo.

40. O dia seguinte (Sexta-feira 12 de maio) foi dedicado ao preparo do relatório a ser apresentado à próxima sessão do plenário. Toda a equipe de pessoal de campo, nessa ocasião, reuniu-se para revisar e modificar o esboço inicial, o qual, em seguida, foi re-escrito como um relatório consolidado, destinado à distribuição à sessão do plenário em 13 de maio.

4. TEMAS E CONCLUSÕES PRINCIPAIS

I. As Deficiências e Problemas de Saúde dos Jovens.

41. Reconheceu-se que para compreender as deficiências e problemas de saúde dos jovens precisamos entender que os jovens são heterogêneos e diferem um dos outros de formas significativas. Essas características abrangem os adolescentes mais novos e mais velhos, os homens e mulheres jovens, aqueles que frequentam ou não uma escola, os casados e solteiros, aqueles que possuem distúrbios mentais ou físicos ou doenças crônicas. Os jovens vivem em uma ampla variedade de diferentes ambientes culturais, sociais, religiosos e econômicos e distinguem-se na medida em que vivem nas áreas rurais, urbanas ou da periferia.

42. A concepção de saúde deve abranger o desenvolvimento físico, mental e social e ser encarada de um modo que abranja medidas funcionais, bem como as percepções subjetivas dos jovens e de suas famílias e as contribuições daqueles que trabalham na saúde e disciplinas afins.
43. As deficiências de saúde não podem ser consideradas isoladamente, pelo contrário, estão estreitamente relacionadas com o contexto em que vivem as pessoas jovens. Os problemas com frequência surgem em condições de pobreza, privações, habitações deficientes, falta de educação, treinamento inadequado, desemprego, violência e guerra.
44. Para um desenvolvimento saudável é necessária uma família para satisfazer as necessidades básicas da vida, incluindo amor, bem como condições de vida saudáveis. Todos os jovens necessitam de oportunidade de educação e treinamento até o limite máximo de suas aptidões e de vazão de atividades espirituais e recreativas sadias, incluindo esportes, como também a experiência em fornecer cuidados a outras pessoas.
45. A adolescência é um período de transição no qual as opções corretas influenciam sua vida física e mental, presente e futura. É um período em que os padrões de comportamento são particularmente importantes para a saúde.
46. Conquanto muitos jovens levem uma vida saudável e responsável, sejam criativos, construtivos e deem

uma grande contribuição vital para suas famílias e sociedades, alguns jovens passam por problemas que têm suas origens em fatores sociais e pessoais.

Alguns Problemas de Saúde.

47. Observou-se a importância da saúde sexual e reprodutiva, incluindo a necessidade de evitar o casamento, a gravidez, o parto e a paternidade precoces tanto para os casados quanto para os solteiros; os riscos das doenças sexualmente transmissíveis e a infecção por vírus HIV que conduzem à AIDS.
48. Concluiu-se que os comportamentos problema estão frequentemente interrelacionados, como por exemplo o uso do tabaco que aumenta excessivamente o risco de doença em uma vida futura, e do álcool e outras drogas, os quais estão frequentemente associados a acidentes e lesões, bem como doenças graves a longo prazo.
49. Muitos jovens são desnutridos e alguns sofrem de doenças e deficiências crônicas. O comportamento suicida e a violência parecem, também, estar-se elevando entre os jovens, muito embora exista, em diversos países, uma escassez de dados precisos sobre esses assuntos chave relacionados com a saúde dos jovens.
50. Ainda que todos os jovens necessitem de orientação adequada, apoio e oportunidades de desenvolvimento, alguns grupos requerem auxílio especial. As mulheres jovens, particularmente nas áreas rurais, estão frequentemente em desvantagem e não recebem oportunidade adequada para educação, treinamento e

amadurecimento antes do casamento e da maternidade. Os despossuídos, aqueles oriundos de grupos minoritários em suas sociedades, os imigrantes, os violentados sexualmente, aqueles empregados como mão-de-obra muito antes de estarem preparados para tal e aqueles sem lares ou famílias que vivem nas ruas de nossas cidades, necessitam de auxílio todo especial.

51. Concluiu-se que no auxílio aos jovens com dificuldades, uma abordagem holística que vise o indivíduo e não particularize os problemas parece ser o modo mais eficaz de amparar a saúde.
52. As deficiências e problemas de saúde dos jovens são raramente solucionados com programas e serviços no setor de saúde que sejam designados tendo em mente as carências dos jovens. As equipes frequentemente não possuem conhecimento nem treinamento adequado para atender as necessidades dos jovens e, conseqüentemente, muitos jovens não fazem uso dos serviços que na verdade existem, ou procuram ajuda bem mais tarde do que deviam.
53. Ainda que, no geral, existam diferenças entre os países em desenvolvimento e os industrializados, no que diz respeito aos problemas de saúde dos jovens, essas diferenças estão se reduzindo. Muitos desses jovens estão tornando-se duplamente desfavorecidos em consequência dos problemas resultantes da miséria, bem como daqueles mais predominantes nas sociedades industrializadas. Ao lado disso, o desenvolvimento nem sempre acompanha a mesma marcha e os jovens, ainda que economicamente desfavorecidos, frequentemente são bem sucedidos na obtenção de uma saúde positiva a despeito das dificuldades que enfrentam.

54. Os jovens frequentemente sofrem a escassez de informações e educação adequadas e apropriadas, particularmente no que diz respeito as suas próprias necessidades conscientes. As informações incorretas e mitos são comuns e não dispersados muitas vezes em virtude de uma relutância em lidar com problemas delicados. Todavia, as informações não são suficientes para encorajar uma conduta sadia. Os jovens necessitam de orientação, apoio e oportunidade para adquirir espírito de luta e capacidade de rápida recuperação.
55. A comunicação interpessoal frequentemente apresenta dificuldades específicas no relacionamento entre jovens e adultos. Muitos adultos são relutantes em conversar com os jovens, particularmente sobre assuntos delicados com relação aos quais não tenham o conhecimento adequado e facilidade de comunicação. Existe uma grande necessidade de enfatizar a arte de ouvir em uma atmosfera de respeito mútuo.
56. Os meios de comunicação de massa, incluindo o rádio, a televisão, videos, cinemas, jornais, revistas e etc., frequentemente fornecem informações e propagandas perigosas e mal conduzidas e, desse modo, estimulam o uso de substâncias nocivas, exibem modelos de estilo de vida não saudáveis, e portanto podem ter uma influência negativa poderosa na saúde e comportamento dos jovens. No entanto, as

personalidades populares e dos meios de comunicação podem ser, e algumas vezes o são, uma influência para a saúde se forem realizados esforços nesse sentido.

Expansão de nossa Base de Conhecimento.

57. Primeiramente é necessário reconhecer que os jovens têm o direito ao conhecimento, treinamento e orientação destinados ao desenvolvimento da capacidade rápida de recuperação e espírito de luta. Eles possuem, igualmente, o direito de fornecer informações particularmente sobre os problemas que afetam a sua saúde. Aqueles que possuem influência na saúde dos jovens devem estar inteirados de tais conhecimentos e habilitados, caso desejem interagir perfeitamente com os jovens.
58. Para melhor atender as carências de saúde dos jovens é essencial uma base de dados tecnicamente bem estruturada. Conquanto existam informações suficientes sobre a saúde dos jovens que nos possibilitam tomar medidas de diversas naturezas, existe uma grande quantidade a ser descoberta. Isso ocorre especialmente nos países em desenvolvimento, muito embora exista em toda a parte uma escassez de dados particularmente no que se refere ao comportamento e suas determinantes, conscientizações e aspectos subjetivos sobre os jovens, como também sobre a saúde, não apenas com relação aos próprios jovens, mas também sobre grupos chave que influenciam direta-

mente a saúde. Um conhecimento mais profundo é necessário com relação a grupos, especialmente os de risco e de jovens que se encontram em circunstâncias especiais, e sobre outros assuntos de crescente preocupação e interesse como o comportamento suicida e lesões intencionais. Igualmente, precisamos de melhores informações sobre modelos bem sucedidos de promoção de saúde e de pesquisa e avaliação de sistemas de saúde.

59. A capacidade de promover a saúde dos jovens beneficiaria desde o desenvolvimento de indicadores de saúde e não apenas de doenças, bem como a ampliação de nossa compreensão acerca das distinções existentes entre eles.
60. Há uma necessidade de maior compreensão dos efeitos das políticas e legislações relativas à saúde dos jovens, como também o conhecimento do que os jovens e aqueles que os influenciam dela depreendem. Frequentemente, existem legislações que promovem a saúde, mas que no entanto não são eficazmente implementadas.

A Aplicação do Conhecimento às Deficiências e Problemas de Saúde.

61. A participação dos jovens na pesquisa e avaliação é de essencial importância na obtenção de um melhor conhecimento dos valores, atitudes, perspectivas e

comportamento dos jovens. Eles podem ser proveitosamente empregados no desenvolvimento e teste dos materiais, questionários e utilização de outras técnicas científicas. Os jovens empregados nessas atividades e no planejamento e implementação dos programas de promoção de saúde ganharão, eles mesmos, mais conhecimento, tornar-se-ão mais inteirados dos problemas de saúde, bem como estarão melhor capacitados a comunicá-los aos demais.

62. Ainda que as informações e mensagens persuasivas sejam, com frequência, vedadas aos jovens, existe uma divergência de credibilidade entre aquilo que lhes é mandado fazer e aquilo que eles vêem sendo anunciado, vendido, estimulado e modelado pela sociedade em geral.
63. Um sistema de ensino mais compreensivo e flexível nas escolas deveria ser incentivado com a utilização de técnicas experimentais e um elevado nível de participação ativa dos jovens no processo de aprendizagem.
64. É igualmente de grande importância atingir os jovens em idade escolar com abordagens inovadoras com o intuito de desenvolver a sua educação e promover a sua saúde. Os próprios jovens serão de particular ajuda na execução do mesmo.

65. A aplicação daquilo que é conhecido acerca das deficiências e problemas de saúde dos jovens requer a ação conjunta de todos os setores, a adesão de legisladores, de organizações governamentais e não governamentais e a utilização de abordagens holísticas e multidisciplinares.
66. Igualmente essencial é o recrutamento e a preparação adequada daqueles que têm as interações mais importantes com os jovens: suas famílias, amigos da mesma idade, outros adultos chave como, por exemplo, as personalidades religiosas e professores, bem como personalidades populares do mundo do esporte e das artes.
67. Seminários e outros foruns sobre os jovens, bem como aqueles da área de saúde e setores afins podem ser utilizados para facilitar uma maior compreensão mútua e ampliar a interação espontânea.
68. É muito importante que todos aqueles que têm influência direta na saúde dos jovens, e não apenas os próprios jovens, recebam treinamento adequado de forma a garantir uma capacidade maior de comunicação, participação e liderança apropriadas, como também para ampliar a sua capacidade de promover a saúde através dos cuidados básicos com a saúde.

II. Ações Necessárias para Promover a Saúde dos Jovens.

69. As ações necessárias para promover a saúde dos jovens são aparentemente simples. Se as pessoas jovens: alimentam-se bem, são capazes de desenvolver relações sadias com seus pares, com o sexo oposto, com seus familiares e outros adultos; se eles estão livres dos riscos de uma gravidez precoce e de uma paternidade antes da idade adulta; livre de infecções e possuem hábitos de boa higiene; são capazes de explorar e conhecer seus mundos sem exporem-se em demasia aos riscos e lesões; permanecem isentos do uso abusivo de tabaco, álcool e outras drogas; e têm oportunidade de contribuir para o bem-estar dos demais e de suas comunidades - eles terão vidas fecundas e produtivas. Levarão a herança de uma vida sadia para os anos posteriores.
70. Da mesma forma que as medidas que visam garantir uma juventude e uma vida futura sadias, os princípios para por em prática essas medidas são, também, razoavelmente claros. Esses princípios abrangem:
- um ambiente de apoio extensivo dividido em níveis voltados para uma autonomia que aumente a auto-estima e promova estilos de vida saudáveis;
 - interação mútua positiva entre os jovens e adultos chave e seus pares, que façam parte de suas vidas;

- um monitoramento contínuo voltado para o desenvolvimento saudável dos jovens inserido no contexto sócio-cultural;
- o desenvolvimento de programas baseados em uma sólida compreensão das crenças e comportamentos dos jovens de uma determinada cultura;
- a utilização de jovens na implementação de programas que estejam relacionados com os jovens, que tenham profundo conhecimento de suas necessidades e estejam treinados nas técnicas de comunicação de forma a captar e manter uma interação positiva com os jovens;
- a utilização nos programas de princípios de aprendizagem determinados, de comportamento e desenvolvimento;
- a proibição de programas a grupos de comportamentos interrelacionados mais do que a grupos únicos;
- a utilização de uma abordagem sistemática nos programas nos quais os grupos chave, que interagem com os jovens, sejam melhor empregados, inclusive a escola, a família, o sistema de saúde, líderes religiosos e comunitários, bem como as organizações comunitárias;
- uma articulação estreita dos programas que têm por base a comunidade compostos por: programas baseados na escola complementar, programas dirigidos à população que não frequenta uma escola,

bem como ao sistema encarregado dos cuidados com a saúde;

- a participação dos próprios jovens, tanto quanto possível, no planejamento e implementação dos programas. É exatamente a aplicação desses princípios que representam um desafio para todas as sociedades.

Defesa e Participação dos Jovens.

71. O termo "saúde" é empregado nesse relatório no contexto de sua definição dada pela Organização Mundial de Saúde. Do modo que é empregado com relação aos jovens esse conceito abrangeria não apenas o bem-estar físico e psicológico dos jovens, mas também o seu desenvolvimento educacional, a participação adequada nas atividades comunitárias e a sua capacidade para contribuir no desenvolvimento sócio-econômico de seus países. Nesse sentido a saúde, portanto, não é de responsabilidade única de um profissional apenas, mas um assunto de interesse para os diversos setores e instituições sociais. Ressaltou-se que a falta de participação efetiva dos jovens torna os planos e intervenções de saúde menos aceitáveis por eles e perde-se uma enorme fonte inexplorada para o desenvolvimento da saúde.
72. A defesa efetiva de uma sensibilidade com relação às carências dos jovens requer uma compreensão e uma

comunicação com os jovens. Isso significa, um diálogo e um senso de mútua compreensão entre adultos, em particular os profissionais da área de saúde, e os adolescentes.

73. Existe o risco de que em face de um conflito de valores e política sociais, as respostas para algumas das deficiências de saúde dos jovens seja encontrada puramente no campo da medicina ao invés de adotar-se um tratamento promocional e social. Alguns países, por exemplo, tendem mais para a construção de hospitais destinados ao tratamento de cancer, doenças cardiovasculares e doenças crônicas dos pulmões, do que para a organização e arrecadação de fundos destinados a campanhas contra o fumo visando os jovens.
74. Há, portanto, uma necessidade de novas respostas e abordagens para contra-atacar a atual falta de ação, não apenas por parte dos especialistas das áreas de saúde, mas também da parte dos educadores, bem como dos pais. Para garantir que os adultos tornem-se pesquisadores de soluções, eles deverão ser compreendidos na definição dos problemas dos jovens e na pesquisa de respostas criativas.
75. A concentração unicamente nos aspectos primários de saúde seria incompleta uma vez que a juventude é um período de intensas mudanças fisiológicas e

psicológicas, onde a influência das disparidades sócio-econômicas, desemprego, e outros fatores de esgotamento conduziriam à deterioração da saúde. É portanto, necessário ver a saúde dos jovens e os programas a ela relacionados dentro de um contexto o mais amplo possível e juntamente com a integração dos diversos fatores envolvidos.

76. Há uma necessidade dos jovens de serem apoiados na consecução dos objetivos da adolescência e na obtenção de auto-confiança e estima, que é o seu direito humano básico. Esse apoio pode vir dos pais, outras pessoas mais idosas, seja do círculo familiar ou próximas, professores, líderes religiosos e profissionais do setor de saúde. Para que esses adultos possam dar o referido apoio, eles devem compreender os processos e as carências dos jovens.
77. As pessoas jovens têm o direito de serem ouvidas e de participar na tomada de decisões, sobretudo acerca de assuntos de sua própria saúde. Em muitos a ordem política e os mecanismos que possibilitam a eles a prática desse direito são inadequadas; em alguns países são inexistentes. As oportunidades, por conseguinte, precisam ser criadas para permitir que as pessoas jovens falem e expressem as suas opiniões e recebam o respeito que lhes é devido.

78. O setor de saúde pode representar um papel decisivo nesse caso, quer independentemente ou em colaboração com outros, através da organização de consultas aos jovens e outros tipos de assembléias, como também pela orientação a partir das sugestões que surgirem. Isso requer profissionais da área de saúde melhor informados e habilitados. Isso ajudará, também, na promoção de uma melhor imagem dos jovens.
79. Da mesma forma, existem outros meios de ampliar a participação dos jovens no processo de desenvolvimento das políticas. Sem o apoio governamental contínuo, esses esforços não serão bem sucedidos. A saúde dos jovens precisa ser mantida em elevada consideração na agenda política.

Compromisso Político.

80. O planejamento da saúde dos jovens sofre frequentemente da falta de convicção por parte dos legisladores de que as pessoas jovens representam um grupo que, em verdade, têm problemas especiais de saúde, que requerem atenção toda especial. Essa falta de convicção deriva de três circunstâncias: (1) as pessoas jovens, tradicionalmente, têm tido uma das mais baixas taxas de mortalidade e incidência de enfermidades em muitos países; (2) existe uma falta geral de compreensão das bases de desenvolvimento e

dos problemas-resultantes enfrentados pelos jovens; e (3) a falta de apreciação, por parte dos jovens, das implicações de saúde a longo prazo e dos comportamentos relacionados com a saúde.

81. Somente agora estamos nos conscientizando dos custos humano, social e econômico, da falta em reconhecer as deficiências de saúde atuais e a longo prazo relacionadas com a saúde dos jovens. Esses custos são avaliados em função das conseqüências decorrentes da experiência de jovens imprudentes; ou ainda, em função da imposição de costumes tradicionais nocivos, tais como o casamento e o parto precoces, antes de atingida uma maturidade física e social. Está estampado na fisionomia apática de um jovem paralítico, que momentos antes dirigia em alta velocidade. É vista nas taxas desproporcionalmente elevadas de mortalidade materna suportadas por muitas mulheres jovens em todas as partes do mundo civilizado.

Participação e Diálogo.

82. Os jovens devem ser apoiados na consecução dos objetivos da adolescência e na obtenção de auto-confiança e estima, que é o seu direito humano básico. Esse apoio pode vir dos pais, outras pessoas mais idosas, seja do círculo familiar ou próximas, professores, líderes religiosos e profissionais do se

tor de saúde. Para que todos dessas classes de adultos sejam capazes de dar o apoio adequado, eles têm, também, necessidade de compreender os problemas e as carências dos jovens.

83. Outro obstáculo importante ao desenvolvimento dos programas para a promoção da saúde dos jovens é a falta geral de comunicação e compreensão entre os jovens e os diversos sistemas sociais que, tradicionalmente, têm sido responsáveis pela sua socialização adequada. Esses sistemas abrangem a família, escolas e órgãos de saúde. Essa falta de comunicação gerou diversos obstáculos ao uso dos serviços existentes por parte dos jovens. É importante que a remoção desses obstáculos à comunicação e à compreensão esteja incluída entre as proibições básicas a qualquer intervenção relativa à promoção da saúde dos jovens.

Políticas e Legislação.

84. As políticas e legislações precisam ser examinadas e avaliadas com relação aos meios através dos quais promove a saúde e o desenvolvimento dos jovens. As políticas de inúmeros setores afetam diretamente a saúde e o desenvolvimento dos jovens, entre eles a educação, emprego, comércio, agricultura, etc. Contudo, raramente ocorre uma tentativa de examinar ou

criar políticas coerentes para a saúde dos jovens através dos diferentes setores.

85. Conquanto uma superabundância de legislação, em que se todos os países digam respeito à vida dos jovens - por exemplo: idade mínima para o casamento, consumo de álcool, aquisição de cigarros, licença para dirigir, idade para a prestação de serviço militar, condições para a obtenção de anticoncepcionais e idade escolar mínima, essas legislações raramente são coordenadas visando à saúde do adolescente e podem até mesmo tornar-se uma fonte de conflito entre os jovens e as autoridades.
86. Ainda que atestem o papel bem-sucedido das organizações voluntárias no desenvolvimento de programas para os jovens a um nível reduzido, a proteção à saúde dos jovens deve ser feita através de medidas legislativas.
87. As legislações e normas relacionadas com a adolescência parecem ser de dois tipos: promotora e protetora. Um exemplo de legislação protetora é aquela que abrange a proibição de propaganda e a livre distribuição, ou seja, comercialização de fumo. A legislação promotora poria à disposição serviços contraceptivos e facilitaria o acesso dos jovens aos serviços de saúde.

88. Ainda que inúmeros países tenham promulgado algumas políticas e legislações satisfatórias, o fracasso reside na prática e nos meios para a implementação. Uma análise e uma revisão dos obstáculos à aplicação da legislação em vigor constitui uma etapa muito relevante para garantir que uma legislação futura sobre a saúde dos jovens não sofra semelhante destino.

Meios de Comunicação de Massa.

89. Em todo o mundo, tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, os meios de comunicação de massa exercem uma influência poderosa cada vez maior nas atitudes e comportamentos das pessoas. Com os recentes avanços nas telecomunicações os meios de comunicação tornaram-se cada vez mais difundidos, de tal forma que existe raramente um lugar no mundo que tenha permanecido intocado. A influência dos meios de comunicação de massa é provavelmente maior nos locais onde a audiência é mais vulnerável. Sendo assim, os meios de comunicação podem influenciar os jovens tanto positiva quanto negativamente.
90. A publicidade é um dos aspectos mais importantes dos meios de comunicação. Existe uma abundância de exemplos de interesses comerciais promovendo

produtos prejudiciais à saúde, particularmente o ta baco e o álcool, por vezes através de propagandas contestáveis que mostram estilos de vida atrativos falsamente estereotipados. Além disso, esses mesmos produtos nocivos à saúde são frequentemente pro movidos por patrocinadores de eventos esportivos e culturais. Os meios de comunicação podem igualmente tornar atraentes comportamentos de risco e prejudiciais à saúde, explorando os sonhos dos jovens e glorificando a violência e o sexo irresponsável.

91. Para que os jovens sejam capazes de enfrentar as mensagens dissimuladas dos poderosos gigantes dos meios de comunicação, ávidos por influenciá-los nesse caminho, eles precisam ter a capacidade de a nalisar criticamente as propagandas e a programação dos meios de comunicação. Nesse sentido, eles podem trabalhar em conjunto com os pais, professores e grupos de pressão na comunidade. Ao mesmo tempo, há uma necessidade urgente de se tomar medi das legislativas e outras que restrinjam a publici dade desonesta e mal conduzida e que protejam o jo vem contra a exploração.
92. Os meios de comunicação de massa podem, igualmente, ser uma fonte de influência positiva. Através de programas educacionais apresentados de forma atra-

tiva como, por exemplo, novelas, e através de criação de uma participação real e efetiva entre os profissionais dos meios de comunicação e da saúde, muito pode ser conseguido. Contudo, são necessários recursos adequados, não para a comercialização de doenças e estilos de vida nocivos à saúde, mas para a promoção da saúde.

93. Os jovens, frequentemente no ponto mais elevado dos valores ideológicos e sociais, necessitam desesperadamente de modelos de funções saudáveis. As personalidades públicas de destaque, sejam do mundo dos esportes, política, religião ou das artes, têm uma influência significativa sobre as atitudes e comportamentos dos jovens. Meios de comunicação convenientes e responsáveis podem reforçar a imagem positiva de tais indivíduos.

Participação dos Jovens na Promoção da Própria Saúde.

94. Existem diversos exemplos de como organizações governamentais e não governamentais estão facilitando a participação dos jovens na definição de seus próprios problemas e na formulação das políticas e programas nacionais. Os exemplos abrangem: realização de foruns para os jovens e debates sobre assuntos de elevada importância; designação de conselhos nacionais de jovens articulados com outros ór

gãos de desenvolvimento; realização de debates parlamentares simulados sobre tópicos como a AIDS; e mais presentemente, o envolvimento de jovens na formulação dos planos de desenvolvimento nacional que estejam relacionados com os seus problemas.

95. Dentre as medidas mais suscetíveis de implementação está o envolvimento dos jovens no desenvolvimento de currículos relacionados com a saúde e o comportamento, incluindo educação da vida familiar, educação sobre nutrição, segurança nas estradas e no trânsito, etc.
96. Os semelhantes e grupos de semelhantes são, entre os jovens, uma das influências mais poderosas. Assim sendo, uma vez que estes indivíduos e grupos recebam treinamento adequado e conheçam os limites dessas abordagens, eles poderão e, na verdade, estão capacitados a dar aconselhamento efetivo e apoio social a outros jovens.

Pais/Parentes.

97. Os pais, sobretudo hoje em dia, não têm o conhecimento e a habilidade necessários para lidar e preparar o jovem para as complexidades da vida em sociedades em rápida mutação. Isso pode ser obtido auxiliando-se as famílias e os pais a compreenderem e responderem adequadamente às necessidades do de-

envolvimento e de lidarem com as dificuldades e problemas que surgirem.

98. Muitos dos modelos de comportamento relativos a um estilo de vida surgem, em princípio, nas crianças em idade pré-escolar, baseados nos padrões alimentares e costumes gerais dos pais. Prover os pais com técnicas de comunicação e conhecimentos sociais necessários para a arte de ouvir sadiamente as crianças representa, pois, um dos desafios mais importantes imposto aos legisladores e autoridades de saúde e bem-estar, em geral. Na maioria dos casos, essa habilidade dos pais deve começar antes que os jovens tornem-se pais, e então ser reforçadas e apoiadas socialmente uma vez que eles constituam suas próprias famílias.
99. Os próprios adolescentes têm uma função a desempenhar no auxílio a seus pais de modo a obter a empatia e o conhecimento que eles necessitam para participar nesse processo de aprendizagem mútua. Mas os pais podem, também, espelhar-se fora da família, particularmente em grupos de apoio da comunidade, de modo a fortalecer a sua própria capacidade em fornecer respostas positivas que conduzirão a resultados mais satisfatórios.

Setor de Saúde.

100. Em todo o sistema de saúde, como também nos demais setores e entre os próprios jovens é necessário superar a inércia e a falta de ação baseada na falsa noção de que os jovens estão livres dos riscos de saúde e têm menos prioridade no atendimento de suas carências de saúde. Entre os jovens, a noção de saúde é percebida de modo diferente, ou tem uma valor menor ou nulo. A associação da saúde com os comportamentos de risco é inexistente, frequentemente com pouco interesse pelos perigos imediatos e a longo prazo para a saúde.
101. Relativamente a essas deficiências e condições associadas ao que denominou-se estilo de vida, há a ne-cessidade de criar uma conscientização entre os profissionais e legisladores da área de saúde, sobre a importância e a relevância das mudanças de comportamento na infância e na adolescência para a subsequente saúde do adulto. Por exemplo, a relação entre padrões alimentares, obesidade, sedentarismo e a consequente hipertensão, doenças cardiovasculares e diabetes foi muito bem estabelecida epidemiologicamente, e tem sido tratada com sucesso nos projetos de inúmeros países.
102. O desenvolvimento da saúde requer a disponibilidade e a acessibilidade dos cuidados com a saúde a níveis primário, secundário e terciário. Esses

serviços devem procurar promover a saúde através do fornecimento de informações sadias diretamente aos jovens com os quais estejam em contato e indiretamente a outros que com eles interajam. Esses serviços deveriam prover um certo grau de selecionamento de modo a detectar os problemas em sua fase inicial, tratamento eficaz de lesões e doenças, monitorar e apoiar aqueles que possuem doenças crônicas e prover a reabilitação.

103. Em muitos países no mundo, os serviços de saúde não possuem recursos para atender a todos esses objetivos, além do que, frequentemente, não estão ajustados às necessidades especiais dos adolescentes e jovens. Os jovens possuem, ainda, sensibilidade e necessidades especiais como, por exemplo, confiança, o que requer treinamento especial dos profissionais de saúde caso pretenda-se que os serviços existentes sejam melhor utilizados por eles.
104. Muitas das funções e cuidados com a saúde podem ser melhor providos pelos próprios jovens, alguns com o apoio das áreas de saúde e outros setores e outros para os quais os jovens podem contribuir diretamente. A formulação de determinados programas a serem fornecidos pelos jovens não requerem controle ou supervisão por parte das autoridades,

muito embora recebam informações técnicas e apoio moral. Preferentemente, deve haver uma sensação de domínio por parte do jovem com relação a esses programas e não uma sensação de exploração e manipulação.

105. Uma grande variedade de abordagens inovadoras visando o envolvimento dos jovens nos cuidados com a saúde tem sido demonstrada em inúmeros países, particularmente pelas próprias organizações de jovens. Fez-se referência à provisão de serviços de saúde pelos adolescentes, incluindo caravanas da saúde e "visitantes" da saúde no Egito; a promoção da imunização pelas crianças na Índia; e a participação dos jovens na promoção do planejamento familiar e na distribuição de anticoncepcionais em diversos países.
106. Vários países desenvolveram investigações especiais e exames com a finalidade de determinar a noção que os jovens têm sobre os problemas de saúde ou para identificar como os jovens empregam o seu tempo. Estudos adicionais foram considerados necessários para identificar a população de adolescentes em risco, que, de um modo geral, não estão em contato com os serviços e organizações comunitárias.
107. Diversas categorias de profissionais estão recebendo treinamento e orientação especiais com a fi

nalidade de aprimorar a qualidade de seu trabalho junto aos adolescentes, incluindo professores, particularmente no que diz respeito à educação sexual, farmacêuticos, médicos e pessoal de enfermagem. Eles estão se tornando mais conscientes das deficiências dos adolescentes e dos meios para melhor servi-los.

108. Considerando que os adolescentes, frequentemente, não são bem atendidos nos serviços normais de saúde do governo e de particulares, os países estão em busca de oportunidades para estabelecer um contato tanto clínico quanto consultivo com este grupo da população. Um exemplo é a intensificação de clínicas nas escolas com a finalidade de fornecer ambos os serviços, clínico e consultivo, tendo em vista que muitos alunos não possuem outra fonte de serviços.

Setor de Educação.

109. No contexto das escolas, há uma enorme oportunidade para prover informações positivas e relevantes. Algumas vezes, obstáculos como, por exemplo, indisplicação para enfrentar questões delicadas impedem que essas oportunidades sejam ampliadas. De fato, a educação da vida familiar pode ser integrada através de todo um currículo, não restringido a um assunto em particular, ao qual, na maioria das vezes, dá-se pouca prioridade. Simplesmente

fornecer informações não é suficiente. A educação deve ser uma experiência dinâmica, envolvendo ativamente os jovens. Isso quer dizer, dar ao jovem voz independente, não apenas do ponto de vista de fornecer as mensagens, mas também no planejamento dos currículos.

110. Muitos jovens não frequentam uma escola e por essa razão pode-se acreditar que as necessidades desses que estão fora da escola sejam até maiores. Mas os obstáculos são igualmente maiores, uma vez que quanto menos estruturado o meio-ambiente mais difícil atrair o interesse dos jovens. É muito importante fazer isso nos grupos, onde quer que se encontrem, e procurar possíveis áreas para a promoção da saúde nos clubes para jovens, nos locais de trabalho, nos centros religiosos ou até mesmo nas próprias ruas. Há, igualmente, uma necessidade de se explorar abordagens alternativas como, por exemplo, revistas em quadrinhos, que falem sobre a saúde, e contar com as pessoas da própria comunidade, por exemplo, trabalhadores do povoado, mais do que esperar que os especialistas de fora tenham as soluções.
111. Tanto dentro quanto fora da escola, as duas características mais importantes são a inovação e a sensibilidade cultural. Da mesma forma que os jovens

podem prover educação para os seus pares na escola, podem igualmente agir como profissionais de extensão na comunidade.

112. Uma grande variedade de esforços inovadores na educação foi citada, incluindo o treinamento de adolescentes para fornecer educação de um grupo de semelhantes; realização de treinamento para capacitação de jovens e oficinas para a educação sobre a saúde; prover educação contra o fumo nas escolas em benefício dos pais; permitir aos alunos que visitem clínicas e recebam a visita de pacientes portadores de HIV; possibilitar o uso de representação de peças e debates em grupo com a finalidade de definir e aprender sobre os problemas dos adolescentes; e mudar a ênfase da educação sexual para a biologia humana, tanto nas escolas primárias quanto nas secundárias.
113. A promoção da saúde é um elemento essencial na proteção e ampliação da saúde dos jovens. Conforme o observado anteriormente no setor de saúde, os fatores de risco para doenças na fase adulta ocorrem ainda na infância e prolongam-se até a fase adulta e resultam de estilos de vida. Consequentemente, o grupo compeliu os Estados Membro a reconhecerem a necessidade de se iniciar a promoção da saúde já nas escolas primárias; a compreensiva

natureza da promoção da saúde das crianças; e a necessidade dos mecanismos em adotarem programas aprovados para a promoção da saúde de forma que eles estejam em conformidade com as culturas e ambientes e que estimulem a sua implementação e avaliação. Sugeriu-se, também, que a colaboração entre a Organização Mundial de Saúde (WHO) e a UNESCO fosse reforçada no que diz respeito à educação sobre a saúde nas escolas.

114. Enfatizou-se que o nível de educação geral é decisivo. No plano global, o sistema formal de educação deveria aproveitar muitas das idéias anteriormente citadas e incorporar os resultados avaliados de pesquisas já realizadas. No plano micro - ou local, aprender fazendo parece ser a chave, e o papel dos vários movimentos de jovens é essencial.

Outros Setores.

115. A participação em esportes e em atividades artísticas pode ser vista como um veículo chave para o desenvolvimento sadio dos jovens. Ambos constroem sobre o desenvolvimento tanto das capacidades individuais quanto da dedicação em grupo, envolvem tanto o compromisso quanto o trabalho sério, e contribuem significativamente para o desenvolvimento do caráter, honestidade e de uma sólida personalidade sadia. Algumas autoridades tiveram em

consideração o estabelecimento de normas e padrões de adaptação física juntamente com padrões acadêmicos para os alunos que deixam a escola. Essas sugestões precisam ser avaliadas em termos de sua eficácia.

116. A imagem de personalidades do mundo dos esportes e das artes representa um elemento crítico para a criação de modelos sadios. Um meio de comunicação responsivo pode tanto fortalecer quanto arruinar os modelos de saúde dos jovens. A liderança dos adultos em todos os setores, mas particularmente no setor político, devem demonstrar modelos semelhantes de comportamento socialmente responsivo mais do que exortações vazias. Quando o comportamento dos adultos, tanto entre líderes quanto nas imagens promovidas pelos meios de comunicação, contradiz as suas palavras e aquilo que eles pedem dos jovens, são os próprios jovens que primeiro percebem as contradições, e tornam-se desencorajados, desanimados e procuram apenas a gratificação pessoal e a sua própria sobrevivência. O ponto culminante dos valores sociais e idealismos encontra-se frequentemente na juventude. Os líderes adultos deveriam se questionar, se através de suas contribuições e ações, realmente comandam o respeito dos jovens aos quais eles devem passar o bastão do progresso e o consequente desenvolvimento de nossas sociedades?

Participação - Alcance além dos Alinhamentos Tradicionais da Saúde.

117. Diversos países criaram órgãos nacionais para o desenvolvimento dos jovens, incorporados às estruturas governamentais. Outros estimularam a criação de conselhos, comissões ou organismos de coordenação não governamentais, que tratam dos problemas dos adolescentes. Diversos países nórdicos estão criando instituições "ombudaman" para o tratamento dos problemas dos adolescentes.
118. Os esforços visando garantir uma eficiência, participação, coordenação e cooperação inter-setoriais e entrosamentos máximos foram considerados indispensáveis ao desenvolvimento apropriado da saúde dos jovens em determinados países. Consequentemente, o setor de saúde deveria interagir com: (a) serviços governamentais, inclusive judicial, educacional e etc.; e (b) organizações não governamentais e de jovens, grupos de interesse formados por jovens ou não. Ficaria a cargo de cada país, juntamente com o parecer e o apoio adequados da Organização Mundial de Saúde, descobrir os meios mais práticos para efetuar esse entrosamento/integração.
119. Em inúmeros países, os serviços de saúde destinados aos jovens não existiam no plano comunitário. Não obstante existissem outros serviços organiza-

dos. Recomendou-se, então, que fosse aproveitado tudo que estivesse presente na comunidade como, por exemplo, professores e serviços religiosos, para promover e cuidar da saúde dos jovens. Da mesma forma, organizações não governamentais poderiam ser convidadas a participar, particularmente para iniciar um trabalho preventivo usando métodos que despertassem o interesse dos jovens; Nesse ponto, a Organização Mundial de Saúde poderia ser bastante eficiente na orientação dos Estados Membros sobre o uso apropriado das organizações de jovens voltadas para essa finalidade.

III. Os Jovens e a Saúde de Todos.

120. Uma estratégia para a melhoria da saúde dos jovens e de suas comunidades que está ganhando um reconhecimento cada vez maior é aquela dos cuidados básicos com a saúde executada com a participação dos jovens. Em muitos países, mais da metade da população tem idade inferior a 25 anos, e eles constituem uma força de trabalho formidável, que pode ser aproveitada na ação de saúde. A adoção largamente difundida dos cuidados básicos com a saúde por parte dos países de todo o mundo tem estimulado a criação de serviços relacionados com a saúde em sectores não institucionais por parte de pesso-

as que não pertencem à área médica. Fato que tem aberto as portas para organizações que não estão ligadas à área de saúde, inclusive aquelas com uma larga participação de jovens, para que explorem um novo campo. A filosofia dos cuidados básicos com a saúde, a qual enfatiza a auto-confiança, a divisão de responsabilidades entre os participantes, a comunidade e os profissionais da área de saúde e de outros setores, é simplesmente semelhante àquela promovida por inúmeras organizações de jovens.

121. Por ocasião do debate desse assunto, os participantes dos Debates Técnicos concordaram que os jovens representam um recurso valioso para a saúde, bem como para o desenvolvimento da comunidade em virtude de sua energia, disponibilidade, idealismo, honestidade e desempenho.
122. Não obstante, eles constituem um grupo heterogêneo com diferenças significativas no que diz respeito a suas aptidões individuais e ao modo pelo qual podem contribuir para a saúde de todos.
123. Um determinante decisivo da participação dos jovens na saúde é a sua própria condição de boa saúde física e psico-social. Tal depende diretamente do meio-ambiente físico e social em que vivem, incluindo o seu acesso aos serviços de educação e saúde.

124. Na mesma ocasião, os participantes dos Debates Técnicos salientaram, também, que o envolvimento dos jovens no desenvolvimento da comunidade e da saúde é benéfico para a sua própria saúde. Sendo valiosos pelas contribuições significativas, reforçam a auto-estima e a confiança além de criar um senso de responsabilidade cívica. A oportunidade de estimular o entusiasmo e a energia dos jovens e de melhorar a comunidade em que vivem cria um meio de lidar com os problemas e conflitos da vida de uma forma mais construtiva. O jovem sadio é aquele que é capaz de compreender o seu potencial no que diz respeito ao crescimento pessoal à medida que contribui para a comunidade.
125. A noção que os jovens têm sobre as questões de saúde tendem a ser holísticas, ou seja, não separadas dos interesses sociais e econômicos mais amplos. Isso contrasta com as abordagens frequentemente limitadas empregadas pela área de saúde e outros setores, que pouco fazem para atrair o interesse dos jovens em tomarem parte nas atividades, cuja importância dificilmente é compreendida. De fato, ao considerar-se a saúde de todos, um tratamento integrado é mais importante - aquela em que o jovem não seja considerado isoladamente de outros aspectos do desenvolvimento da saúde.

elementos e tecnologias pertinentes aos cuidados básicos com a saúde. A ampliação da competência técnica pode estimular as aspirações dos jovens com relação ao futuro, como também contribuir para a aceitação dos jovens por suas comunidades, passando a serem tratados como adultos.

129. Na mesma ocasião, salientou-se que os jovens devem ser orientados no sentido de como utilizar melhor as suas energias e idealismos para aumentar suas capacidades física, intelectual e moral. A obtenção e a manutenção da liderança e o respeito pelos seus semelhantes dependem em muito de seu próprio esforço, desempenho e senso de responsabilidade, bem como do interesse pela saúde e bem-estar dos demais.
130. As políticas relacionadas com a participação dos jovens nas várias etapas do planejamento dos programas sociais e de saúde são essenciais e deveriam ser combinadas com o apoio adequado (político, humano e financeiro) de modo a torná-las viáveis e bem-sucedidas. Por outro lado, tem de haver um clima social e institucional de aceitação e encorajamento da participação dos jovens, divisão de responsabilidades e saber ouvi-los como parceiros em um empreendimento conjunto para o desenvolvimento social.

131. Uma sociedade empenhada na igualdade de direitos, oportunidades e equidade na aplicação dos recursos para a satisfação das necessidades, requer a distribuição de responsabilidades e a participação adequada. O envolvimento dos jovens nas atividades de saúde torna-se cada vez mais um mecanismo necessário, espontâneo e altamente eficiente. As organizações governamentais e não governamentais de jovens devidamente mantidas e com reconhecimento político adequado constituem uma ajuda de valor incalculável no esforço para se alcançar a saúde de todos.

RECOMENDAÇÕES.

1. Os mecanismos nacionais centrados nas atividades que dizem respeito aos jovens, deveriam ser criados nos países de modo a garantir a inclusão, envolvimento e a participação dos jovens em todos os níveis de atividade.
2. Os países deveriam adotar uma política de saúde mais evidente, que expusesse claramente as atitudes e responsabilidades do governo nos assuntos relacionados com a saúde e com os jovens, incluindo linhas de transferência de responsabilidades relativas a esses assuntos, e planos de ação estruturados.
3. As autoridades governamentais e locais deveriam coo-
perar, bem como auxiliar os grupos de jovens nas ati-
vidades voltadas para a melhoria da saúde dos jovens,

através do fornecimento de recursos financeiros e humanos, materiais, experiências e incentivos. Deveriam, também, adotar medidas no sentido de induzir e estimular as organizações não governamentais, as organizações particulares, bem como os indivíduos a agirem de mesmo modo; como também deveria solicitar, mobilizar e canalizar os recursos financeiros internacionais para esse fim.

4. Os países deveriam criar um código para os meios de comunicação, com atenção especial para o material que fosse destinado aos jovens ou que a ele dissessem respeito, cujo objetivo seria o de garantir a produção de material de comunicação com influência positiva para os jovens, como também deveriam utilizar ao máximo os meios de comunicação de modo a aprimorar a qualidade de vida dos jovens.
5. As personalidades populares, públicas, do mundo dos esportes e das artes, que fossem modelos gerais e/ou tivessem poder de influência na modificação dos valores, costumes e comportamentos dos jovens deveriam ser sensibilizadas quanto aos assuntos a eles relacionados, como também deveriam ser proveitosamente utilizadas.
6. Deveria ser criado, tanto a nível nacional quanto internacional, o dia da juventude, no qual os problemas dos jovens seriam efetivamente debatidos e enfatizados.

tizados; deveriam, também, ser criados serviços por e para os jovens homenageados.

7. As pessoas/grupos/setores/organizações que tivessem influência na saúde dos jovens deveriam ser identificadas, sensibilizadas, e quando fosse o caso, munidas de conhecimento e técnicas, às quais fossem igualmente fornecidos meios e incentivos úteis, para que se unissem umas às outras, ao governo, e aos jovens com a finalidade de melhorar a saúde desses últimos; e para estimular que os jovens agissem em função da melhoria da saúde dos demais.
8. A provisão de treinamento destinado a dar as habilidades necessárias, utilizando técnicas já praticadas e experimentais de comunicação, liderança, participação, promoção da saúde e prestação de cuidados com a saúde, deve ser colocada à disposição dos jovens tanto quanto dos adultos envolvidos no cuidado dos jovens.
9. Os recursos humanos dos diversos setores envolvidos com a saúde dos jovens, por exemplo, os pais e os próprios jovens, devem ter acesso à educação em geral, como também à educação voltada para determinados aspectos específicos que digam respeito às necessidades dos jovens e à solução de seus problemas.
10. Os jovens deveriam ser efetivamente chamados a participar do processo de decisão sobre as políticas go-

- vernamentais e não governamentais, especialmente nos assuntos relacionados com a sua saúde a níveis local, nacional e internacional.
11. A participação dos jovens deveria ser considerada como um recurso valioso na promoção e proteção da saúde, particularmente naquelas áreas mais delicadas e difíceis como, por exemplo, da educação sexual e de prevenção de comportamentos de risco. Os governos deveriam dar apoio maior para os esforços educacionais e de estímulo dos jovens.
 12. A noção que os jovens e os demais grupos têm sobre a saúde dos jovens e sobre os fatores que a determinam, deveria ser estudada pelos diversos setores de forma que pudesse ser melhor compreendida e que pudessem ser desenvolvidas soluções adequadas para elas.
 13. A estratégia de cuidados básicos com a saúde a nível local e nacional deveria ser intensificada de maneira a acolher as soluções inter-setoriais para os problemas dos jovens, juntamente com a sua participação plena e efetiva.
 14. As experiências existentes nos países que contam com a participação efetiva dos jovens nas atividades de saúde e desenvolvimento deveriam ser avaliadas e os resultados amplamente disseminados como forma de estimular essa participação.

15. Os jovens deveriam ser orientados no sentido de como melhor empregar suas energias e idealismos para aumentar suas capacidades física, intelectual e moral no contexto dos diversos setores sócio-culturais. É muito importante que compreendam que a sua posição na sociedade tem de ser alcançada através de seu próprio esforço.
16. Todos os países deveriam realizar uma conferência nacional sobre o envolvimento dos jovens para a Saúde de Todos.
17. O volume de participação de jovens nas políticas nacionais de saúde deveria ser incluído como parte dos indicadores globais para a saúde de todos.
18. A Organização Mundial de Saúde, juntamente com os Estados Membro, deveriam apoiar, estimular e promover a criação, a nível nacional e internacional, de organizações de jovens que agissem em defesa da Saúde de Todos.
19. A Organização Mundial de Saúde, juntamente com os Estados Membro, deveria facilitar o esclarecimento da função dos jovens para a realização da Saúde de Todos, e essas estratégias e propostas deveriam ser amplamente disseminadas.
20. A divulgação de informações sobre os "Fatores para a Vida" deveria ser intensificada como um dos meios mais importantes de participação dos jovens na saúde de suas comunidades.

21. Os países deveriam rever suas bases legais, instrumentos e mecanismos de execução das leis que estejam relacionados com o bem-estar dos jovens, e deveriam ser tomadas medidas imediatas para aprimorá-los, ampliá-los e fortalecê-los, com a finalidade de oferecer melhores condições e circunstâncias para o desenvolvimento e uma vida mais saudáveis para os jovens.
22. Os sistemas e processos educacionais destinados aos jovens deveriam tornar-se não constritivos, e deviam ser adaptados às necessidades encontradas, ambos tendo em consideração os componentes do conhecimento e das capacidades. Aqueles que fossem destinados aos adultos conteriam componentes apropriados que dissessem respeito aos jovens. As atividades educacionais deveriam fazer esforços especiais para atingir os jovens de dentro e de fora da escola, como também os jovens dos setores não organizados.
23. A Organização Mundial de Saúde deveria considerar a saúde dos jovens um assunto prioritário, influenciar organizações irmãs participantes das Nações Unidas a fazerem o mesmo, procurar obter a colaboração delas nas atividades relacionadas com os jovens, e catalizar e promover atividades similares iniciadas por países membro.

24. A Organização Mundial de Saúde deveria criar indicadores da saúde dos jovens e colocá-los à disposição dos Estados Membro, organizações e indivíduos que deles necessitassem.
25. A Organização Mundial de Saúde deveriar instituir um mecanismo cuja função seria semelhante a de uma "carteira de compensação" para impressos e materiais audio-visuais que dissessem respeito à saúde dos jovens.
26. A Organização Mundial de Saúde, em colaboração com os Estados Membro, deveria tomar a iniciativa de esclarecer a função dos jovens para a consecução das metas de saúde para todos, e os resultados documentados de tais atividades deveriam ser amplamente divulgados. Da mesma forma, deveriam ser realizados estudos sobre os esforços bem-sucedidos nesse sentido, que tivessem obtido resultados positivos, bem como relatórios desses estudos deveriam ser adequadamente postos à disposição.
27. Os Estados Membro deveriam:
 - (a) reconhecer a Saúde dos Jovens como uma das questões fundamentais para o desenvolvimento futuro e, por conseguinte, incluir programas concernentes à saúde nos seus planos de desenvolvimento.
 - (b) proteger a saúde dos jovens através de medidas legislativas como, por exemplo, idade para o casamento, uso abusivo de drogas e álcool e publicidade.

- (c) efetuar investigações especiais de modo a determinar que idéia fazem os jovens sobre os problemas de saúde ou ainda identificar como os jovens empregam o seu tempo. São necessários estudos para determinar a população de adolescentes "em risco" que não estejam em contato com as organizações de serviço e comunitárias.
28. O pessoal da área de saúde e de outros setores, incluindo pessoal de enfermagem, médicos e professores deveriam receber treinamento e orientação especiais com a finalidade de melhorar os seus serviços e de poder apoiar os adolescentes, particularmente no que diz respeito à educação da vida familiar.
29. Todos aqueles que interagem intimamente com os jovens, como os professores, pais e profissionais de saúde, deveriam receber informações adequadas de modo para lhes permitir atender às necessidades de saúde dos jovens.
30. A legislação e outras medidas deveriam ser utilizadas para tratar de alguns problemas dos adolescentes como, por exemplo, a proibição da distribuição de produtos de tabaco aos jovens em idade escolar, e que proovessem incentivos para medidas de segurança como, cintos de segurança entre outras normas de segurança.
31. A Organização Mundial de Saúde deveria colaborar com a UNESCO em apoio aos Estados Membro nos seus esforços para a promoção da saúde através das escolas, como também a melhoria da saúde escolar.