

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA**

**FERNANDO CESAR COELHO DA COSTA**

***A ADOLESCÊNCIA NA MEDICINA:***  
***um olhar antropológico***

**Niterói**

**2007**

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA**

**FERNANDO CESAR COELHO DA COSTA**

***A ADOLESCÊNCIA NA MEDICINA:***

***um olhar antropológico***

**Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor.**

**Vínculos Temáticos**

**Linha de pesquisa do orientador: Transmissão de Patrimônios Culturais**

**Projeto do orientador: Um Olhar (e uma ação) sobre o Corpo Adolescente: um estudo sobre concepções e intervenções da medicina hebiátrica**

Niterói

2007

## Banca Examinadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Orientadora Dr<sup>ª</sup>. Simoni Lahud Guedes  
Universidade Federal Fluminense

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Jaqueline Teresinha Ferreira  
Fundação Oswaldo Cruz

---

Prof. Dr. Luiz Fernando Duarte  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Delma Pessanha Neves  
Universidade Federal Fluminense

---

Prof. Dr. Paulo Carrano  
Universidade Federal Fluminense

*Em memória do médico amador Antônio José Coelho (1911-2006), de quem tive a sorte de ter sido neto.*

## AGRADECIMENTOS

Em primeiríssimo lugar, a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Simoni Lahud Guedes por tudo que fez por mim, tanto no ensinamento de antropologia quanto de vida, consagrada por uma cuidadosa e carinhosa orientação.

A Denise pelo amor que continuamos a partilhar... Além da compreensão não apenas nas horas difíceis dessa tese como também em outras, que (juntos) nos deparamos na vida.

A Carolina que chegará em breve, enchendo nossas vidas de mais felicidade.

Ao queridos amigos Gilda e Ronaldo pelo compartilhar de alegrias e tristezas, além do incentivo fundamental à realização desse trabalho.

Aos velhos companheiros de angústias e peraltices juvenis, Marcos e Anderson por nunca terem se ausentados de minha vida por razão de intensa amizade.

Aos colegas Wilson, Darcy (Davi), Genilson e Dilma, pelo apoio e paciência em momentos finais desta tese.

Ao meu pai Firmiano da Silva Costa pela compreensão e assistência em horas simples e muito complexas.

Aos meus sogros Nehemias e Delci pela confiança em muitos momentos.

A Prof.<sup>a</sup> Miriam Cléa Conte de Almeida Caíres pela revisão do abstract da presente tese.

Aos professores Paulo Gabriel Hilu da Rocha Pinto e Fabíola Rohden pelas valiosas contribuições no momento de qualificação dessa tese.

Aos professores do PPGA pelos ensinamentos diluídos em graduação, mestrado e doutorado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro, sem o qual não seria possível a realização deste trabalho.

A Ricardo, que não me indicou caminhos, mas possibilidades...

E, por fim, a todos os profissionais de saúde vistos, lidos ou ouvidos, que me receberam com paciência e simpatia.

A todos, e não apenas a esses, o meu muito obrigado!...



## RESUMO

A presente tese pretendeu interpretar o olhar dos novos responsáveis pelo saber e intervenção sobre os corpos dos indivíduos denominados adolescentes em sociedades contemporâneas – os médicos de adolescentes –, como percebem seu objeto de estudo e atuam em sua intervenção; como polemizam internamente sobre os melhores meios de criar condições para a existência de uma “adolescência saudável”. Sua premissa é a de que a instituição médica, bastante eficaz na “cura” de organismos humanos seria tributária do reconhecimento da maior parte dos indivíduos nas sociedades modernas, trabalhando também, senão principalmente (ao menos junto aos “adolescentes”), em uma esfera denominada físico-moral. Operando, através de um conhecimento que modela, consagra ou repele comportamentos tidos como próprios à sua saúde e idade nas sociedades contemporâneas, uma forma educativa, frente aos padrões contemporâneos. A medicina “científica” institucionalizaria, além da possibilidade de “cura” de corpos, um padrão de comportamento entendido como o mais adequado à vida humana, dentro da faixa etária em foco; o que pode excluir, por intermédio do convencimento, outros saberes sobre o organismo humano e tratamento de seus males. Utilizo o olhar antropológico para demonstrar o aspecto educativo, senão moral, e simbólico da intervenção médica sobre esses pacientes – fundamental, aliás, entre os que sentem, de forma direta ou indireta, o efeito da modernidade.

Palavras-chave: Antropologia; Medicina do Adolescente; Hebiatria; Adolescentes.

## **ABSTRACT**

The present thesis intended to analyse the looking of the new responsible for knowledge an intervention about the people's bodies called adolescents in contemporary societies – the physicians of adolescents – the way they become aware of their object of study and act in their intervention; how they polemize inside the better ways of creating conditions for the existence of a “healthy adolescence”. Its purpose is that medical institution, too much efficient in the “cure” of human organisms would contribute for recognition of the larger part of individuals in modern societies, also working, saving mainly (unless beside “adolescents”), in a sphere called physical moral. Executing its work throughout knowledge, which shapes, consecrates or repels behavior, which are characterized as peculiar to their health and age in contemporary societies, an educative way, in the presence of contemporary standard. “Scientific” medicine would institutionalize, beyond possibility of “cure” of bodies, a standard of behavior understood as the most fit for human life, in the age-bracket in focus; this can exclude, by means of convention, other knowledge about the human organism and treatment of its illnesses. I use the anthropological eyes to demonstrate the educative aspect, saving moral and symbolical of medical intervention about those fundamental patients, otherwise, between the ones who feel, in a direct or indirect manner, the effect of modernity.

Keywords: Antropology; Medicine of Adolescent; Hebiatrics; Adolescents.



## SUMÁRIO

Introdução .....	p. 1
Capítulo 1: Sobre Corpos, Educação e Medicina .....	p. 7
Capítulo 2: Biológico?!... Psicológico?!... Psicossocial?!.....	p. 44
Capítulo 3: Como (se) Adolesce um Corpo?.....	p. 91
Capítulo 4: Entre Polêmicas: de escolas, de categorias, de mercados.....	p. 120
Capítulo 5: Nas Trilhas da Lei.....	p. 152
Considerações Finais .....	p. 179
Referências.....	p. 183

## *Introdução*

Nunca é demais começar com poesia.

### *Divisamos Assim o Adolescente*

Mário Faustino

Divisamos assim o adolescente,  
A rir, desnudo, em praias impolutas.  
Amado por um fauno sem presente  
E sem passado, eternas prostitutas  
Velam por seu sono. Assim, pendente  
O rosto sobre o ombro, pelas grutas  
Do tempo o contemplamos, refulgente  
Segredo de uma concha sem volutas.  
Infância e madureza o cortejavam,  
Velhice vigilante o protegia.  
E loucos e ladrões acalentavam  
Seu sono suave, até que um deus fendia  
O céu, buscando arrebatá-lo, enquanto  
Durasse ainda aquele breve encanto.

O poema aborda o *adolescente*<sup>1</sup> pela via da possibilidade de iniciação sexual, dos conflitos e das incompreensões; como fase transitória e especial da vida. Momento em que as possibilidades só não são maiores do que as dúvidas individuais e o desconhecimento parcial das regras próprias à vida social. Assim, alguns de nós nos sentimos quando lembramos dela. E assim parece pensada pelo poeta. Ao menos de acordo com uma interpretação como essa – que não se pretende literária.

---

<sup>1</sup> Apesar das exceções inevitáveis, como o deparar com palavras estrangeiras, as palavras em itálico representarão termos que se constituem como categorias de meus entrevistados.

A *adolescência* seria, então, uma “fase da vida” que, pela poesia (tão dúbia quanto a “fase” que pretende registrar), estaria num meio andar entre a “infância e madureza [que] o corteja(va)m”... Um período aprendiz, portanto. A despeito de “loucos e ladrões” (que trazem a possibilidade de “insanidade” e “maus hábitos”), com o privilégio de ser protegido pelos “mais velhos”; aqueles que conhecem o “melhor” percurso, por uma sabedoria que afasta o *adolescente* do “caminho errado”, de uma forma ou de outra. Num momento feito francamente liminar.

É visível a necessidade (seria melhor reivindicação?...) de atenção de nossos *jovens*. A sociedade contemporânea os fez assim. Construiu, com dizeres específicos, de acordo com cada conjuntura social, algumas das “confusões” e “impasses” que vivem; muito embora parte deles seja notada em localidades diversas, como alertam as palavras de alguns profissionais de saúde entrevistados ou consultados pela bibliografia que oferecem. Se não por outro motivo, pelo impacto das transformações orgânicas, dificilmente poder-se-ia pensá-los fora da possibilidade da regulação; especialmente em sociedades que trazem em si parte da herança moderna<sup>2</sup>. Afinal, precisariam de assistência. E de várias... Porém, essa nem seria propriamente a questão antropológica fundamental, mas como diferentes sociedades, em tempos diversos, compreendem esta fase mais ainda do que suas necessidades curativas e pretensamente universais<sup>3</sup>. E o que fez com elas. Quais os sentidos de cada empreitada classificatória.

---

<sup>2</sup> No segundo capítulo, discuto, a partir das questões levantadas por um autor referendado na medicina do adolescente (BUCHIANERI, 2004) um pouco sobre a possibilidade de convivermos com elementos estranhos à ordem moderna típica, podendo significar que estaríamos fora de seu escopo originário. Pontos de discussão futura, que, enquanto não se cunha termo melhor, podem ser chamados pós-modernos (SANTOS, 1994).

<sup>3</sup> Independente do acompanhamento de ações similares em diversas sociedades, a questão que me ocupa, seguindo os passos de Geertz, está vinculada ao sentido específico que dão às suas ações (GEERTZ, 1989); questão de origem francamente weberiana (WEBER, 1994).

Trata-se, assim, de educá-los. Curar o físico e o mental/social, ajudar a descobrir ou controlar suas tendências, e, por fim, a adaptar-se às regras do mundo (social). Oferecer-lhes aquilo que possa aliviar as dores do “corpo” e da “alma”, não facilmente diferenciados, porque categorias do pensamento humano e não da natureza bruta.

Muitas palavras são utilizadas para definir *adolescentes*. E estão em todo lugar, por modos, dizeres, olhares e linguagens... Os meios de comunicação não cansam de prosar sobre eles, através de reportagens, filmes, programas especiais. Além disso, existem as manifestações próprias, advindas de livros, falares e reivindicações deles mesmos.

Necessitam de ajuda, oferecida por muitos meios. Inclusive os científicos.

Seguindo esse princípio, meu trabalho pretendeu interpretar o olhar dos novos responsáveis pelo saber e intervenção sobre os corpos desses indivíduos em sociedades contemporâneas – os médicos de adolescentes –, como percebem seu objeto de estudo e atuam em sua intervenção; como polemizam internamente sobre os melhores meios de criar condições para a existência de uma “adolescência saudável”.

Assim, pelo intermédio do instrumental teórico da antropologia social, busquei perceber até que ponto o saber médico (alvo de tantas discussões epistemológicas), o mesmo responsável nas sociedades modernas pela manutenção de corpos fisicamente saudáveis, é sustentado por um discurso sobre a *adolescência ideal*, admitindo variações sobre o mesmo tema, no interior de sua especialidade pediátrica, a que está formalmente ligada como área de atuação, instaurando uma pedagogia voltada a eles, adaptada, apesar das matizações, às demandas sociais de uma sociedade em possível transição.

Afinal, trazem mensagens de origem distante das físicas e curas de males de origem outra, embora seja o curar orgânico o seu conhecimento técnico mais destacado. Mensagens com visível cuidado educativo evitando que seus atendidos saiam das possibilidades previstas por seus ambientes sociais originários. Daí a abordagem de temas como gravidez na adolescência, uso e abuso de drogas, obesidade, violência doméstica e urbana, entre outros.

Estamos em momento delicado da “trajetória” ocidental. A mesma força que leva a filmes e objetos de consumo especificamente endereçados aos jovens, podendo embutir em si o germe do problema social, traz formas específicas de tratamento. Por isso o olhar desconfiado, muito embora compreensivo. Estariam em “fase” delicada, sem preparo; não completamente “prontos”.

Seguindo esse ponto de vista, resolvi elaborar um trabalho que, recorrendo ao instrumental teórico-metodológico disponível à antropologia cultural, contribuísse para uma maior reflexão sobre o saber médico voltado ao corpo *adolescente* e seus meandros micro-políticos na sociedade brasileira, a partir de frentes destacáveis.

Realizei 14 entrevistas com profissionais de saúde que trabalham com a questão *adolescente*. Além disso, visitei dois centros de atendimento específico, sem deixar de consultar livros por eles produzidos. Entre entrevistas, visitas e consulta bibliográfica, pude agregar os conhecimentos próprios da antropologia contemporânea. Nesse tempo, estive entre profissionais dos municípios de Vitória e do Rio de Janeiro. No último caso, especialmente os vinculados ao Ambulatório de Adolescentes da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e ao Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), que faz

parte dos serviços oferecidos no Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

Busquei entender como os médicos de adolescentes constroem suas interpretações sobre distúrbios que entendi como físico-morais (Duarte, 1986) dos integrantes dessa “fase da vida” e sobre através de que meios as tornam aplicáveis mediante consultas e iniciativas médicas gerais. Parti da idéia de que, diluído no processo clínico, encontra-se a tentativa de instaurar uma pedagogia sustentada no conhecimento médico, que interpreta cientificamente os corpos, em especial os voltados ao comportamento *adolescente* cotidiano e a resolução de seus principais problemas; logo, consoante com os discursos mais contemporâneos, como o que enfatiza a necessidade de atividades multiprofissionais. Daí a utilização de grupos interdisciplinares de estudo e atendimento, além da insistência na abordagem de aspectos “sociais” para o sucesso da intervenção que buscam realizar.

Nesse sentido, estive entre nativos iguais. Entre indivíduos que freqüentam a vida acadêmica. E que vivem algumas de nossas perspectivas metodológicas gerais e a influência de alguns modismos intelectuais. Como nós da antropologia. Só que por caminhos diferentes, por outra tradição; o que, inevitavelmente diferencia o olhar.

Procurei não desvincular o caráter orgânico das intervenções que realizam de suas expressões mais propriamente educativas – mesmo porque nem sempre encontram desmembramento nas falas e nos escritos dos médicos que ouvi e li. Afinal, estariam, segundo os seus próprios termos, simultaneamente dispostos à cura dos males físicos que chegam até eles como também à responsabilidade pedagógica de auxiliar na moldagem de futuros bons cidadãos; o que não é tarefa pouca.

A presente tese foi organizada em cinco capítulos. No primeiro, abro a discussão sobre os veículos pedagógicos das sociedades que possuem instituições modernas de organização da vida e suas formas de moldagem e regulação dos corpos humanos. Entre outros mecanismos, destaco a maneira pela qual a medicina realiza uma intervenção simultaneamente orgânica e pedagógica sobre os indivíduos que dela se servem. A partir desses parâmetros, disponho do arcabouço necessário para a apresentação dos dados construídos a partir da pesquisa de campo e da literatura médica consultada.

No segundo, atendo-me à interpretação das visões de uma medicina especificamente voltada para os adolescentes no que concerne a categorias largamente utilizadas por eles, como *biológico*, *psicológico* e *psicossocial*, buscando perceber a oscilação no interior desse ramo médico entre versões que enfatizam um ou outro desses pontos como mais determinante dos “males adolescentes” – o que permite a compreensão das várias correntes e discussões internas desse ascendente saber médico.

No terceiro, tenciono discutir as visões dominantes sobre a adolescência entre os médicos consultados, relacionando-os com as formas de compreensão que circulam no interior das sociedades contemporâneas (através, por exemplo, dos meios de comunicação) ao mesmo tempo em que ressalto o caráter de construção social da categoria e sua não completa aplicabilidade universal.

No quarto, detenho-me às muitas polêmicas presentes no interior da medicina do adolescente, acerca do papel do mercado, à sua conveniência ou não como área de atuação da pediatria (portanto, como ramo alocado no interior da Sociedade Brasileira de Pediatria) e aos embates políticos, ali representados, principalmente, pelo intermédio de dois grandes

serviços de adolescência existentes na cidade do Rio de Janeiro: o serviço de adolescência do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e o Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), vinculado ao Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Nesse caso, torna-se evidente como a medicina do adolescente, da mesma forma que outras instituições sociais, é um campo de disputa e como a construção de consensos provisórios e, certamente, mutáveis – a depender dos posicionamentos e locais de atuação – opera em seu interior.

No quinto, especifico o caráter pedagógico do trabalho realizado pela medicina do adolescente e suas muitas frentes de atuação sobre os jovens que pretendem curar do mal físico e moral. Nesse espaço, destaco a ênfase de resgate comportamental dos serviços, demonstrando como, no seu flanco adolescente, a medicina insere-se mais destacadamente que outros ramos médicos naquilo que chamam de *psicossocial*.



## *Capítulo 1: Sobre Corpos, Educação e Medicina*

A escola se constituiu como a instituição moderna mais responsabilizada pela manutenção ou reconstrução de valores norteadores, destinados, prioritariamente, às *crianças* e aos *jovens*<sup>4</sup>. Estaria, nesse caráter formador, o motivo de sua constante presença nos discursos políticos dos mais variados matizes.

Muitos discursos tomam os chamados “problemas sociais”, entendidos no quadro da desigualdade capitalista, como causas únicas ou centrais para o que se entende como “delinqüência juvenil”. Mesmo as *crianças* e *adolescentes* considerados em “situação de risco” (segundo a expressão atualmente correta) justificam seus “delitos” como resultado de “problemas sociais” vividos no âmbito familiar; onde se destacam as explicações sobre a pobreza da família (comumente expressa pela imagem da “fome”) e sobre a agressão sofrida por parte de pais ou padrastos. Nesses casos, a escola quase sempre é apresentada como instituição de resgate. No período das eleições, essa crença se destaca com a aparição de “candidatos da educação” que se propagam pela concordância de muitos a respeito de que o caminho para um país melhor seria aquele que levasse a um número maior de escolas de qualidade para todas as *crianças*. Alguns prometem realizar verdadeiras “revoluções” pela educação, como o candidato Cristovam Buarque, postulante à presidência no pleito de 2006. Da esquerda à direita, todos parecem indicar a educação como panacéia para a

---

<sup>4</sup> Este trabalho acompanha o entendimento de que a juventude é apenas uma palavra (BORDIEU, 1983; MEAD, 1981). E não somente ela. A construção social das categorias etárias já é uma premissa da antropologia, indicando variações culturais de noções usadas com naturalidade no cotidiano ocidental. Por enquanto, utilizo os termos “crianças” e “jovens” sem maiores contextualizações, apenas para significar o que têm de geral nas compreensões correntes. Mais adiante, passarei a especificar de que “crianças” ou “jovens” trato; ou sob que discursos são constituídos.

criação de indivíduos íntegros e politicamente participativos, além de competitivos em um cada vez mais complexo mercado de trabalho.

Eis um mandado da modernidade: assim que se completa a universalização do ensino, todos devem passar pela escola (ARIÈS, 1981)!... Por intermédio do ensino obrigatório, a quase ninguém é permitido ausentar-se de suas formas de conhecer e de seus modos de ser. Praticamente todos devem abdicar de desafios e deixar-se sujeitar pela inflexibilidade na aplicação de regras nem sempre levadas às últimas conseqüências nos círculos familiares, uma vez que agora se é um numa turma de muitos. Qualquer infante é chamado à imposição de cenários e contatos que o familiariza com a onipresença do olhar<sup>5</sup>... Logo, logo, as crianças “tomam conhecimento” de que não podem conversar em certas situações, nem concentrar atenção em qualquer atividade não instituída ou legitimada pelo professor. Na escola é ensinado o respeito a tempos e a espaços; o momento e o lugar de cada coisa, mais, ainda, que sua constituição; principalmente, por intermédio de atividades pré-determinadas e uniformizadoras. Ainda assim é perceptível o aumento de “pedagogias livres” que, no rastro de alterações sociais fundas, vêm incentivando a espontaneidade e liberdade dos estudantes.

Segundo princípios modernos típicos, quanto mais “organizada” uma escola, principalmente no que diz respeito à disciplina de seus alunos, maior o seu prestígio. Tanto assim, que, até pouco tempo<sup>6</sup>, ao menos no Brasil, um perfil de rigidez (inclusive moral)

---

<sup>5</sup> Michel Foucault argumentou que nas sociedades modernas, racionalizadas e disciplinadas, ao contrário do que ocorria em outros períodos, a mais destacada técnica de domesticação é exercida pela inculcação da idéia de constante vigia (FOUCAULT, 1991). Havia se tornado fundamental à formação, desde a mais tenra idade, de disposição temerosa e respeitosa diante do olhar, permeado em um sem número de instituições normalizadoras como a escola.

<sup>6</sup> Nos últimos anos, no rastro da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação promulgada em 20 de dezembro de 1996, houve significativa revisão de práticas na chamada escola tradicional. Em parte pela crítica construída, no cenário internacional e brasileiro (BOURDIEU E PASSERON, 1982; FREIRE, 1999), dentro e fora das especialidades pedagógicas ao longo das décadas de 60, 70 e 80; mas também pelas relações

era considerado sinônimo de eficácia quanto ao “controle” daqueles que deveriam se tornar adultos íntegros e responsáveis, além de competentes; e, portanto, distintivo de uma “boa escola”.

Candidatos políticos, pais, professores e membros de movimentos sociais não foram os únicos a atribuir à escola o papel de transmissora e guardiã de valores, prioritariamente, às “crianças” e aos “adolescentes” de uma sociedade<sup>7</sup>. Cedo a sociologia identificou a “tarefa” e perspectivas mais moleculares da questão não deixaram de ser formuladas por intermédio de constatação ou de crítica.

São antigas, fundadoras, as aventuras da reflexão sociológica pela instituição escolar – marcada em sua própria existência, pelo desenvolvimento da Escola Sociológica Francesa enquanto Durkheim, seu mestre maior, via-se vinculado academicamente à pedagogia. No final do século XIX, fiel à causa da justificação científica da sociologia e ao mapeamento de suas possibilidades, Durkheim, em sua aula inaugural como professor da Universidade de Sorbonne, realiza uma vigorosa exposição sobre as relações entre sociologia e pedagogia (DURKHEIM, 1967).

Para ele, toda educação, mediada ou não por um sistema escolar, visa a atender aos pressupostos entendidos como verdadeiros, corretos ou úteis por uma determinada sociedade humana. No caso moderno, os objetivos sociais da escola, unidade básica do

---

alteradas entre “jovens” e “adultos” pós-transformações comportamentais do período. Autoritarismos e falta de polifonia foram denunciados e condenados ao mesmo tempo em que foram impulsionados métodos alternativos de ensino-aprendizagem, como o chamado construtivismo, que busca maior “espontaneidade” de seus alunos, ou as orientações pedagógicas que se abrem a expressões de matrizes culturais não exatamente ligadas à tradição européia.

<sup>7</sup> Como já foi afirmado, são comuns os discursos salvacionistas em relação à escola, que geralmente lhe imputam a capacidade de impedir que “crianças” e “adolescentes” entrem para o chamado “mau caminho”. Tal entendimento é anualmente reforçado pela campanha *Criança Esperança* promovida pela Rede Globo de Televisão. Tanto pelo destino das doações telefônicas: instituições e programas sociais ligados à educação, quanto pelo testemunho de adultos resgatados pela ação educativa é enfatizado que, sem o auxílio da escola, as “crianças” não conseguiriam se livrar da delinquência, dos maus hábitos e da criminalidade.

sistema, se fazem visíveis (a) pela necessidade de difusão de conhecimentos ordenadores da realidade, como os saberes científicos, e do aprendizado do aparato técnico fundamental à realização econômica; (b) pela orquestração de padrões estéticos; como também (c) pela imposição dos valores considerados mais dignos, aceitáveis ou recomendáveis aos membros da sociedade. Desta forma, nela estariam presentes: conhecimento, estética e ética. Contudo, a dimensão ética, parece, no caso, a que mais o impressiona e interessa.

Sua compreensão de que nas sociedades modernas predomina o que chamou de solidariedade orgânica (DURKHEIM, 1972), caracterizada pela diversidade harmoniosa e complementar de tarefas (admitindo formas também diversas de comportamento), reforça dialeticamente a necessidade de existência da escola universal, uma vez que se tornaria responsável pelo anúncio do que a todos compete saber<sup>8</sup>, principalmente para o estabelecimento de comportamentos condignos. Para o serviço tranqüilo da lei e da ordem.

Inspirado nessa tradição, Pierre Clastres afirma que a Lei precisa de meios para que sua dureza seja lembrada. Entre vários, haveria predominado em nossas sociedades o sistema escolar; público e gratuito, muitas vezes integral, segundo padrões europeus, impedindo que alegações de desconhecimento de seus preceitos viessem à tona. Uma vez acessível a todos, sobre todos poderia ser aplicada (CLASTRES, 2003: p. 195).

Para Clastres, no que denomina “sociedades primitivas”, os ritos de passagem<sup>9</sup> se constituíram como uma outra forma de recordação da Lei mais direta do que a realizada

---

<sup>8</sup> A julgar pelo que nos têm dito sociólogos, geógrafos, economistas do trabalho (BELL, 1977; ANTUNES, 1995; OFFE, 1989; HARVEY, 1993; PASTORE, 1992), um sem número de jornalistas, administradores de empresas, empresários (SOROS, 1998) e escritores de disfarçada auto-ajuda (TOFFLER, 1994), estamos presenciando forte ênfase na informação e destacada reestruturação produtiva. Transformações gerenciais e tecnológicas fizeram mudar o perfil dos trabalhadores e de seus afazeres, pela exigência prioritária de pessoal “qualificado” em termos escolares (HARVEY, 1993).

<sup>9</sup> A exposição mais clássica dos ritos de passagem em antropologia encontra-se em VAN GENNEP (1978), sendo assim definidos: “(...) considero ritos de passagem todos os que têm por objetivo fazer a criança entrar no período liminar, que dura, segundo os povos, de 20 a 40 dias ou mais.” (VAN GENNEP, 1978: p. 61).

pela mediação escolar, posto que a expectativa social é sentida no corpo, ao invés de “pensada”. Nesse caso, o corpo seria a base de escrita da Lei. Marcel Mauss, antes de Clastres, havia salientado que “... o grande momento da educação do corpo [em sociedades entendidas como simples pela literatura antropológica] é o da iniciação” (MAUSS, 2003a: p. 413).

Se, como argumenta Clastres, há equivalência entre os ritos de passagem/iniciação das “sociedades primitivas” e as escolas de “nossas” sociedades quanto à tarefa de reconhecimento da força da Lei, fácil concluir que a base dessa escrita entre os tais “primitivos” seria o “corpo”, e entre os modernos, a “mente”.

Mas não precisamos ser cartesianos em demasia<sup>10</sup>. Tal conclusão não informa que todo processo educativo em sociedades simples se dê pelo corpo, nem, muito menos, que não haja “educação do corpo” em nossas complexas sociedades modernas. Aponta para predomínios. E também para “cegueiras epistemológicas” próprias do entendimento moderno da realidade. Voltarei ao ponto.

De todo jeito, nos ritos de passagem de sociedades chamadas “primitivas”, pelo caminho da dor, a Lei é marcada diretamente no corpo do neófito, moldando o distintivo necessário à condição de “adulto”. Dor sentida como um chamado à coletividade, que torna o separado, junto, posto que todos são igualmente marcados, “condecorados” pelo alcance da fase adulta, como também foram seus ancestrais. Dor que faz crescer, ascender socialmente.

---

<sup>10</sup> Acompanho a perspectiva de Dumont sobre o caráter classificador dos valores (DUMONT, 1985). Como ficará mais claro mais à frente, tento levar em consideração sua demonstração de que apenas os modernos separaram as dimensões epistemológica e ética, o “ser” do “deve ser”, cindindo “conhecimento” e “moral”. Acredito ser frutífero voltar a conectar analiticamente idéias e valores, como numa tentativa de “controle” da tendência cartesiana de nossos pensamentos modernos – certamente refletida também no texto que escrevo.

Por reclusões e torturas, o “jovem” acompanha (com os sentidos “aguçados” por um medo que pode ultrapassar a dor) a construção dos marcos físicos/sociais que trarão impressos no corpo pelo resto da vida. Onde estarão visíveis os acentos orgânicos esteticamente aprováveis ou considerados os mais bem equipados para atender os anseios de seu povo nas lutas coletivas pela vida; onde poderá manter ativa a lembrança da dor (e do horror) tida como necessária à compreensão de seu pertencimento a uma comunidade, entre outras, de seres humanos. Àquela que deve honrar e preservar até a morte do corpo que absorveu a dor-mensagem por torturas infringidas pelos seus e não por seus inimigos. E que deve ter seus valores repassados, na forma também de marca, ao corpo de um filho.

A constatação de que as atividades escolares são indolores em termos físicos, principalmente, quando comparadas à prática da escarificação, dos estiletos enfiados nas chagas, dos enforcamentos e das carnes rasgadas dos iniciantes Guayaki em processo de inserção no mundo adulto (CLASTRES, 2003), não chega a minimizar o fato de que a ação de seus agentes faça impelir dor, ainda que diversa; oriunda de outro tipo de golpe<sup>11</sup>. De uma agressividade que é mantida na medida do desconhecimento de quem a recebe; na surpresa advinda da crença na positividade que aparentemente evoca: a condição “universal”, logo “democrática”, da escola, estendida cada vez a mais sujeitos. Afinal, esperança não faltaria ao anúncio: todos teriam o direito (levado à (quase) toda criatura...) de “vencer na vida” – o que poderia representar a satisfação do desejo de reconhecimento social. Trata-se daquilo que BOURDIEU e PASSERON (1982) e BOURDIEU (1996) caracterizou de “violência simbólica”.

---

<sup>11</sup> O dicionário Aurélio apresenta os seguintes verbetes para a palavra golpe: “1. Movimento pelo qual um corpo se choca com outro; pancada. 2. Lesão, contusão. 3. Acontecimento súbito e inesperado. 4. Abalo, choque. 5. Manobra desonesta para lesar outrem” (FERREIRA, 1987: p. 241). Curiosamente, a dubiedade do vocábulo golpe no idioma português é perfeita para expressar o duplo sentido da noção de violência simbólica de BOURDIEU (1982 e 1996).

Sem a necessidade de qualquer castigo corporal, as escolas dão sentido universalizante a categorias do pensamento, afinadas com setores privilegiados da sociedade, a todo o conjunto de estudantes. Desse modo, organizações intelectuais de classes sociais não dominantes, acompanhadas de suas possibilidades simbólicas e materiais, são desconsideradas ou minimizadas pela e na escola, não sendo compatíveis com princípios lá instituídos como os naturalmente mais corretos e definitivos.

Por mecanismos não relevantes para os objetivos do presente trabalho, Bourdieu demonstra como o campo escolar, embora relativamente autônomo frente aos condicionantes mais gerais das sociedades modernas, torna-se elemento central da reprodução social, através do privilégio dos padrões cognitivo (e valorativo) dos grupos sociais hegemônicos, que, ao mesmo tempo em que distanciam os que deles não partilham, reforçam os laços de naturalização do arbitrário, dados, por vias próprias, em outros campos de trocas simbólicas (BOURDIEU e PASSERON, 1982).

A escola seria, sob essa ótica, reprodutora principalmente de categorias intelectuais<sup>12</sup>, mas também de valores e práticas sociais consagradas, violentando os sujeitos envolvidos com símbolos de outros matizes, que, por não dominantes, são abolidos dos espaços escolares. A imposição de estranhos quadros de referência e o desrespeito pelas construções coletivas mais familiares a estudantes de estratos menos favorecidos da população são vividos como uma violência não física, mas que abre chagas de difícil cicatrização na trajetória de vida de algumas pessoas; principalmente na dos “estudantes

---

<sup>12</sup> É preciso reforçar que Bourdieu critica Durkheim e seus seguidores por enfatizar o aspecto de integração moral da escola como o mais relevante por ela exercido. Para ele, a dimensão lógica, que fortaleceria a comunicação e os modos de apreensão de conhecimentos entre os indivíduos, é mais desenvolvida na escola do que a moral (BOURDIEU, 1992a).

que não deram certo” – muitos provenientes de setores economicamente carentes da população.

Clastres, levemente distante de Bourdieu, parece destacar a proeminência da escola como instituição de reprodução da Lei, tomada aqui em ampla significação. Posicionamento que, nos seus pontos de maior destaque, encontra-se cristalizado na compreensão formadora de Durkheim e sua explícita caracterização moral da escola: como via de realização de fins sociais; principalmente, relacionados às formas de comportamento de mulheres e homens de determinada época e cenário (DURKHEIM, 1967). Bourdieu enfatiza os elementos mais cognitivos fornecidos pela escola; mesmo sem discordar inteiramente dos princípios gerais dos demais autores.

De todo jeito, a pedagogia moral das sociedades modernas não poderia mesmo ser um monopólio do sistema escolar. A realização dessa “tarefa” estaria fracionada por tantas instâncias sociais não solidárias entre si, que seria mesmo impróprio que fosse a mesma, posto que não respondem ao comando de um todo social reconhecível e consciente. Afinal, BOURDIEU (1989) demonstra que, muito embora articuladas pelos ditames mais gerais das sociedades onde estão inseridas, essas diversas esferas particulares de interação simbólica possuem suas próprias regras e moedas. Esses campos, no dizer de Bourdieu, trariam recortes próprios, em relativa desarmonia com os dos demais, ainda que possam ser circulantes os indivíduos que deles se fazem partícipes; sem a percepção de suas multiplicidade e maleabilidade.

Da advertência gráfica do Ministério da Saúde à conversa sem propósito em uma fila de banco, um cardápio de recomendações morais não conciliáveis podem nos ser apresentadas. Todos querendo se apresentar como bons conselhos!...



Um dos mais populares discursos para a explicação de males comportamentais é o da “desestruturação da família”, que entendida como instituição molecular da moral – posto que “célula *mater* da sociedade” – não se encontraria nas mesmas condições de antes, provocando o desarranjo social vigente. Mas, concorrentes atribuídos não faltam!... Nem “restauradores” de vários calibres.

Além disso, é realidade registrada na fala dos professores dos mais diversos níveis do sistema educacional brasileiro, refletida exemplarmente em manuais sociológicos de educação (GOMES, 2005), o papel de protagonista demandado (e parcialmente conquistado) pelos alunos, através da reivindicação de falas e atendimentos diferenciados – quando não especiais. Os estudantes, aliados a setores pedagógicos, passaram a cobrar de seus professores relações estreitas entre os conhecimentos levados à sala de aula e elementos de sua realidade cotidiana, compelindo-os ao uso de recursos lúdicos de fontes variadas a fim de tornarem suas aulas mais empolgantes e significativas.

Parecem almejar mais do que o uso de uma “linguagem acessível”, que os fizessem compreender melhor, e de forma mais abrangente, os conhecimentos tipicamente oferecidos pelas disciplinas escolares, mas a utilização expressa, oficializada (não apenas como “recurso didático”), de “sua linguagem”. Sua hierarquização própria do mundo, portanto; nem sempre em harmonia com a de seus “pais e mestres” e, muito menos, com as consagradas nas (e pelas) tradições escolares. Portanto, a “mobilização juvenil” parece menos ligada à busca de suprimento de alguma necessidade de informação ou de orientação do que a intenção exigente de fazer da escola mais um de “seus” espaços.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Há um sem número de produtos voltados ao público jovem. E não apenas no campo geralmente denominado bens materiais. Também na esfera religiosa há espaço para a exclusividade ou preferência. “Há igrejas neopentecostais criadas especialmente para fiéis mais jovens. Uma delas, a Bola de Neve, usa uma prancha de surfê como altar” (VEJA, 08/2003: p. 29).

O quadro geral de referência dos “jovens” pode ser oriundo de instâncias sociais, senão adversárias, nem sempre compatíveis com a escola típica em relação aos temas, às dinâmicas de discussão e, principalmente, às regras gerais dominantes<sup>14</sup> – se considerados os conhecimentos e valores modernos, usualmente associados à noção de “esclarecimento” e a uma visão emancipadora.

Estamos muito distantes do período histórico em que contaria com franca sustentação empírica o entendimento durkheimiano da escola como instituição através da qual as gerações mais velhas moldariam o comportamento e os saberes das mais novas pelo intermédio de seus professores (DURKHEIM, 1967). Afinal, à disposição desses “mais novos” se encontra um sem número de produtos (materiais e ideais) especialmente a eles endereçados, com um grau de ressonância nada secundário em suas vidas, principalmente quando comparados à atenção dispensada às “matérias do colégio”. Mais fácil os elementos das chamadas “culturas jovens”<sup>15</sup> se agregarem às práticas da escola, ou, no mínimo, por ela não serem questionados, do que seus professores moldarem, explicitamente ao menos, sem qualquer negociação, as condutas morais dos “jovens” da atualidade (GOMES, 2005).

E cada vez mais. As chamadas “culturas jovens” se expandem de forma vertiginosa e diluída, delineando-se entre uma miríade de “tribos urbanas” (tão diversas e rotativas quanto a disposição de fidelidade de seus adeptos); entre variantes musicais juvenis

---

<sup>14</sup> Paul WILLIS (1991) desenvolveu de forma primorosa a questão a partir do trabalho de campo realizado em uma escola operária inglesa com “jovens” prestes a completar a idade máxima para o ensino obrigatório e a entrar no mercado de trabalho. Identificou a opção pelo trabalho manual de certos estudantes, considerados “rebeldes” por professores e demais agentes escolares, mesmo quando o acesso a dimensões do trabalho intelectual seria possível; principalmente em atividades ligadas a escritórios de profissionais liberais. Sua conclusão é a de que suas visões de mundo não seriam compatíveis com o conhecimento e valores escolares, uma vez que oriundas da valorização do saber prático, conforme os ditames de uma cultura de trabalhadores (GUEDES, 1991 e 1992). Dessa forma, demonstra a distância dos princípios escolares das realidades específicas de muitos jovens de nossas contemporâneas sociedades.

<sup>15</sup> Simoni GUEDES (1991) destaca a importância da atenção à classe social nas pesquisas sobre as construções “jovens” contemporâneas, a fim de evitar a naturalização da categoria juventude, apresentada muitas vezes como auto-definidora e, portanto, independentes do meio social em que foi representada.

renováveis, como o rock'n'rol, ou entre outras mais recentemente incluídas no escaninho “jovem”, como o hip hop e o funk; além de danças, festas, lugares da moda, reivindicações e literaturas moldadas, muitas vezes, por suas mãos, com o auxílio de gostos, interesses e fantasias<sup>16</sup> próprios.

Diante desse cenário, ao contrário do que já se pensou, os professores podem não estar adaptando seus estudantes à estrutura escolar, à “vida adulta” e, exemplarmente, aos comportamentos adequados, como os seus. Ou: na condição de educadores, aprendendo mais com seus educandos, como gostam de propagar as vertentes pedagógicas estimuladoras das modificações em curso.

Sem querer minimizar a capacidade de criação de modelos morais da escola, é preciso notar que outras instituições de inculcação de valores vêm expandindo seu contato com o “mundo jovem”, através de abordagens e de imagens consideradas mais “apropriadas” à “sua fase de vida”. Exercendo sua influência, inclusive, sobre a mesma base de aplicação dos ritos de passagem nas sociedades primitivas: o corpo. E também instituindo ou consagrando Leis.

De todo modo, paralela à generalização da escola como veículo de formação lógico-moral nos países ocidentais (e a despeito dos “questionamentos” contemporâneos), transformações em outros setores, com histórias (muitas histórias...) próprias, também auxiliaram na configuração ética geral do que identificamos como ordem moderna.

Norbert ELIAS (1993 e 1994), orientado por uma das muitas dimensões de pesquisa presentes ou possíveis na obra de WEBER (1992 e 1994), relaciona a trajetória de apaziguamento do Ocidente, parcialmente concluída com o controle satisfatório do uso da

---

<sup>16</sup> Há um número crescente de livros destinados aos jovens, produzidos por eles mesmos, sobre temas, experiências e fantasias particulares (VEJA, 2003).

violência nas mãos do Estado, à preocupação quanto às normas sociais de convívio cotidiano: as “regras de etiqueta”, que tão intimamente se ligam à noção de “civilização”.<sup>17</sup>

Seu argumento é que o monopólio da violência física só se tornou viável pela vagarosa transformação histórica da conduta social mais comezinha, ocorrida entre os séculos XVI e XIX nos principais países europeus, ainda que se possa encontrar origem e extensão menos precisa<sup>18</sup>, destacando seu caráter processual. Um denso processo civilizador que cristalizou o desarmamento concreto dos cidadãos e de seus espíritos, ajudando a formar seres humanos pacíficos ao mesmo tempo em que cordiais no trato interpessoal.

Em caso de necessidade de segurança – justamente em relação àqueles que, presumidamente, não são/estão suficientemente “civilizados” – seria preferível recorrer às instituições estatais de repressão do que empreender uma penosa, arriscada e desnecessária administração privada da violência, correndo o risco eventual de confusão de personagens. Por princípio, um homem suficientemente “civilizado” nunca se utilizaria, ele próprio, das armas da violência física. Para isso lhe servem as do Estado<sup>19</sup>.

As maneiras polidas, que confirmam a capacidade racional frente a uma sociedade com feições cada vez mais burguesas, tornaram-se preferíveis à rudeza necessária a um pronto revide em caso de ataque violento; antes, certamente, mais apropriado (ELIAS, 1993

---

<sup>17</sup> Para ELIAS (1994), a noção de civilização é uma espécie de “auto-consciência” do Ocidente; àquilo que o faz acusar outras sociedades de “primitivas” ou “bárbaras” – transmitindo-lhe segurança e orgulho. Isso não diz que o termo, e o que quer significar, ostente mesma importância entre as diversas nações da Europa. O vocábulo alemão “kultur”, muito mais presente entre eles, evoca o mesmo tipo de orgulho que a civilização entre franceses e ingleses, dando destaque à “qualidade” superior de alguns afazeres humanos mais do que à “superficialidade” distintiva de suas “maneiras” aparentes.

<sup>18</sup> É sempre tarefa menos importante que mapear processos buscar o marco zero, o ano fundante, de qualquer fenômeno social. Nesse caso, bem como sobre as origens da modernidade ou outras categorias sociologicamente correntes fundamental é analisar os elementos mais marcantes de seu desenvolvimento.

<sup>19</sup> Certa vertente da teoria política liberal do século XVII ajudou a construir uma dupla imagem moderna: a de um Estado funcionário (LOCKE, 1973), contratado para assegurar a paz, a tranquilidade e a propriedade dos cidadãos, e a de um indivíduo racional, respeitador das regras que lhes são impostas para a manutenção do bem comum.

e 1994). Por esse motivo, os atores sociais acabariam por depender expressamente do respeito dos demais membros da comunidade política para que pudesse concretizar seus objetivos, entre outros espaços, em um mercado competitivo. O que os leva a uma dupla preocupação: (a) com o apreço ou, ao menos, com o não despreço de seus conterrâneos e (b) com a eficácia do aparelho de segurança estatal.

Tal dinâmica tornou premente cuidados, antes desconhecidos ou ignorados, com o corpo. Higiene, boa educação e “traquejos sociais” básicos, como o uso de guardanapos e talheres, vão se generalizando; tomando formas civilizadas no fluxo dos anos, das décadas, dos séculos... Em solo europeu, a começar pelas camadas mais altas em status social, elevou-se a preocupação com as chamadas “boas maneiras”, tão somente possíveis por um persistente auto-controle de emoções e sentimentos, exercido cotidianamente (Elias, 1993 e 1994). Ao mesmo tempo em que decresceu o uso privado da violência até entre os de maior apelo aristocrático, como o duelo, desnecessários em uma configuração burguesa de vida.

Seria essa a relação entre a transformação de comportamentos que fizeram com que os mais “naturais” modos medievais, ligados até aos setores da elite econômica e política, como pôr a bota em cima da mesa de refeições, escarrar publicamente ou comer com as mãos; e o estancamento forçoso de iras repentinas, tocaias suscitadas por vingança ou pilhagens aleatórias; antes razoavelmente comuns ou generalizados (ELIAS, 1993 e 1994). Os deveres para com a “civilização” dos costumes foram transmitidos, entre outros meios, por manuais de boas maneiras e pela observação de pessoas consideradas de maior “educação” (normalmente oriundas de camadas sociais mais elevadas). Mais tarde, seriam transmitidos vivamente também por veículo mais eficaz e positivo: a medicina clínica.

A expansão do processo civilizador – nada “natural”, no sentido usual do termo (como oposto de “cultural”) – depende da lembrança exemplar dos benefícios pessoais

oriundos do cuidado com o corpo.<sup>20</sup> Portanto, de sua positividade subjetiva. E não mais, como no início do processo, para os outros<sup>21</sup>. Foi necessária uma legítima disposição de agir, naturalizando possibilidades, em busca de uma “vida saudável”.

A disciplina perpetrada diretamente sobre os corpos tornou-se imperativa para a sustentação dessa noção de “qualidade de vida”, que, ressaltando o olhar sobre ele, limpando suas sujeiras, endireitando suas posturas, curando-o de muitos males, pôde se apresentar frente a uma sociedade livre da violência não controlada de outros seres humanos, pela mediação do Estado. Uma leitura da conexão expressa acima indica significativamente a associação (com inúmeras representações discriminatórias) de dois “males modernos”: falta de civilização e violência<sup>22</sup>.

Poderia se alegar que a compreensão de Elias é refém de seu tempo<sup>23</sup>; da geração anterior à Segunda Guerra Mundial. Constituiria-se, assim, como reflexo da surpresa e credulidade de seus contemporâneos, por sofrerem mais diretamente os primeiros impulsos da modernidade, marcados por ascetismo e moralismo. Ou ainda que, na atualidade, diante

---

<sup>20</sup> FOUCAULT (1991) traz-nos a idéia de que após fins do século XVIII, com a chegada de novas estratégias de poder, muitas instituições passaram a fabricar corpos dóceis à disciplina necessária à sustentação da ordem moderna. Trata-se do estabelecimento de uma condição constante e cotidiana de sujeição, entendida, na maior parte das vezes, como positiva, necessária e saudável. Cabe ressaltar que enquanto o enfoque de ELIAS (1993 e 1994) é senão de louvor ao menos de fatalidade em relação ao processo civilizador, o de FOUCAULT (1991) parece bem mais crítico ou libertário, uma vez que enfatiza todos os duros mecanismos de instituição da disciplina.

<sup>21</sup> Antes da instituição da sociedade disciplinar, os meios de expressão de poder estavam ligados, no campo repressivo, ao suplício (FOUCAULT, 1991). Um modo de relação de poder que dependia do estabelecimento de intensa dor física e de penas espetaculares, exemplarmente exibidas à comunidade como uma forma de dissuadir seus membros de rebeliões e desordens.

<sup>22</sup> A “falta de civilização” é normalmente vinculada à violência em sociedades modernizadas. Talvez por isso sejam tão comuns expressões como “coisa de índio” ou de “vândalos” quando da constatação de estragos cometidos por estranhos em certo local, sem justa causa. Também o porquê de muitas pessoas preferirem pagar um pouco mais para estar em uma boate ou casa de espetáculos entendida como “mais bem freqüentada”, “civilizada” ou “de gente de bem”, longe de supostos “baderneiros” ou “favelados”. Elias e Scotson afirmam que a classe operária britânica era mencionada pelos aristocratas como “os grandes mal lavados” (ELIAS E SCOTSON, 2000), forma explícita de mencionar sua superioridade sobre eles. A “ausência de civilização” serviria, dessa maneira, como um dos principais instrumentos de discriminação e preconceitos em relação a condições de indivíduos considerados “inferiores” ou “subalternos”.

<sup>23</sup> O Copyright de *O Processo Civilizador* é de 1939.

de seres e cenários que se “pós-modernizam”, seria estranho ouvir sobre “boas maneiras” e, muito mais, sobre “auto-controle”.

Contudo, parece-me ingenuidade imaginar que o processo civilizador tenha se estancado, dado margem à prática de irrestrita “liberdade” de tratamentos corporais, preferências, atitudes, gestos e desejos, como fizeram crer aos desavisados<sup>24</sup>. Continuou a se relacionar, sob forma mais diluída, com o comportamento de seres que, ávidos de controle sobre os outros, tornaram-se controladores de si mesmos, pela “causa” da “civilização”.

Muitos reflexos desse processo continuam à mostra nos dias de hoje, dando visibilidade a ações francamente ousadas em relação à manipulação do corpo, à intervenção em seu “funcionamento”, ao molde de suas formas, e, por fim, à recordação de seus deveres. Vividos na individualidade da vergonha, da angústia, da sensação de impotência, da competitividade...

A obsessão pelo “corpo em forma”, por uma aparência que evoque perfeição e domínio de si, tem sido regra para crescentes setores de nossas sociedades. Reproduz-se nos controles alimentares (de suas qualidades, porções, funções e horários) e na expansão da prática de atividades físicas (fazendo maior o desafio da conciliação dos “deveres” urbanos), que mantêm viva a esperança de um “corpo dos desejos” – sempre no horizonte. Um padrão que se aproxima do ascetismo em vários aspectos; notado nos graus assimétricos de esforço e relaxamento. Sem mencionar a ironia do uso de esteróides

---

<sup>24</sup> FREUD (1974), dez anos antes de *O Processo Civilizador*, parecia pessimista quanto à possibilidade de conciliação entre felicidade (e certa concepção de liberdade) e “civilização”.

anabolizantes (SABINO, 2002): tanto mais destrutivos quanto maior a exacerbação deste tipo de “cuidado” com o corpo.<sup>25</sup>

Alguns se destacam pela hiperbolização dessa tendência, transformando-se em verdadeiros modos de ser da “cultura do músculo”. São mostras vivas de como o corpo pode ser transformado em fonte concomitante de espetáculo e controle; ou, como seria mais preciso: transformado em espetáculo quando controlado (COURTINE, 1995). Há mensagem em suas atitudes. Não tão sutis.

Nada há de festa, de hedonismo pós-hippie, de consagração do prazer; muito menos de descuido, de obscuridade e de relaxamento nesses comportamentos; coisa nenhuma de explosão dionisíaca. Teriam mais lugar entre Apolo<sup>26</sup>. Entre imagens de “força moral”, como obstinação, luminosidade, perfeição. Um corpo domesticado; que evoca dor, esforços e riscos espetaculares,<sup>27</sup> e formas que são uma caricatura do belo. Como uma armadura de museu: ajeitado para o olhar e não para qualquer realização.

Jean-Jacques COURTINE (1995) destaca que a disciplina necessária à construção e à manutenção de corpos hiper-atrofiados teria entre seu cabedal de raízes a mesma ética protestante que, segundo Weber, contribuiu para o desenvolvimento do “espírito do capitalismo” (WEBER, 1992). Haveria densidade histórica nas origens puritanas do *body building*. E também em atitudes caras ao capitalista moderno, fundamentalmente no início

---

<sup>25</sup> O uso de estrogênios anabolizantes é percebido como um problema diretamente ligado os seres humanos entendidos como *adolescentes*, ávidos por uma estrutura corporal viril e musculosa (VEJA, 06/2004). Há, inclusive, uma enfermidade similar à anorexia que tem dado assunto aos médicos de adolescente. Trata-se da vigorexia. A diferença é que, em vez de se ver “gordo” frente ao espelho, suas representações levam a crer que esteja fraco, franzino e flácido, fazendo com que aumentem os exercícios físicos de forma absurda, além da ingestão de anabolizantes.

<sup>26</sup> A série de interpretações sobre as imagens dos deuses gregos Apolo e Dionísio e suas utilizações como conceitos aplicáveis a tipos e estruturas “comportamentais” modernas derivaram-se de NIETZSCHE (1993). Ver também SABINO (2002).

<sup>27</sup> Um dos maiores deles é o uso de esteróides anabolizantes (SABINO, 2002) – drogas de Apolo; do autodomínio, disciplina e racionalidade.



de seu percurso, como o dinamismo combinado à contenção. No século XIX, muitas denominações protestantes estimularam a prática de exercícios físicos regulares ao mesmo tempo em que popularizaram uma imagem atlética de Cristo, condizente com o trabalho de salvação (COURTINE, 1995).

No espaço de ação do *body builder*, o prazer sensual não encontra muito espaço; bem como qualquer atividade que, por assim dizer, amarrote o seu corpo. Afinal, como informa COURTINE (1995: p. 86), têm amor pelo liso, polido, fresco, esbelto e... jovem. A aparência juvenil torna-se canto de sereia aos dispostos a pagar,<sup>28</sup> através dos “viciantes” esforços da malhação, pelo “corpo atlético”.

A preocupação maior dos amantes da “perfeição corporal” é a exibição do resultado de seus esforços em competições de fisioculturismo ou em espaços onde sua forma física desperte alto grau de admiração, como entre alguns, mas não entre todos, frequentadores de academia. Assim, causa surpresa identificar o prêmio pela abdicção do prazer e convivência com a dor, conseguidos em horas de malhação; pelas abstinências e uso de suplementos alimentares, e pelos os riscos orgânicos do uso de anabolizantes. Trata-se apenas do olhar admirado. Como se presos estivessem em si.

Mas os *body builders* não são mais do que exemplos, extremos, é verdade, da corpolatria<sup>29</sup> crescente nas sociedades contemporâneas. Um entre outro “projeto de ser humano”, simultaneamente “belos e bons”, segundo as vistas de seus arquitetos. São resultados possíveis da administração humana; frutos de tempos e espaços próprios; e de saberes. Além de técnicas. De poder, especificamente.

---

<sup>28</sup> A associação, especialmente em instituições militares, entre *pagamento* e execução de tarefas físicas como castigo por conduta considerada fora da regra ou inapropriada sempre me pareceu curiosa. Remete a idéia de que todo mal deve ser reparado; portanto, pago. Ou, por outro lado, que todo benefício – como a conquista de um “corpo bonito” – possui o “seu” preço.

<sup>29</sup> Uso aqui o termo na acepção que tomou com MALYSSE (2003).

Exemplos de outro tipo de arquitetura seriam os que convivem com o “distúrbio” da anorexia ou da bulimia; condicionados que estão pela exacerbação dos padrões de magreza, também dominantes. Como uma caricatura de outro acento, outro valor social, incorporado em forma de peso reduzido e forma enxuta. No outro extremo do pólo, como rebeldes da “boa forma” (pela negação do princípio da preservação e da reconstrução, pela malhação e/ou contenção, programação, alimentar), estariam os obesos<sup>30</sup>. Mas há os menos extremados.

Uma série de pessoas sem preocupação com exercícios de alto impacto, concursos de fiosioculturismo e uso de anabolizantes pegaram a onda do “cuidado com o corpo”, freqüentando academias (esporadicamente ou com relativa constância) ou matinais/verpertinas caminhadas regulares – realizadas onde forem possíveis: calçadões de praias, parques, “ruas perigosas”.<sup>31</sup> Recomendados por pessoas diversas, de médicos a apresentadores de TV, chegando ao grupo de amigos, um extenso cardápio de receitas de “saúde e beleza<sup>32</sup>” é proposto a toda criatura. Mas nem sempre os indivíduos, escolhendo alguns de seus tópicos, conseguem ser inteiramente fies às doutrinas da “boa forma” no almoço do final de semana ou na cerveja pós-expediente de trabalho. Compensam a vida sedentária e o farto consumo de alimentos, típicos das organizações urbanas, com idas à academia de ginástica e uma ou outra forma de diminuir calorias da alimentação. Mas

---

<sup>30</sup> Por não conformarem, por motivos variados, sua aparência física ao padrão de magreza tomado como ideal, os obesos compensam compulsoriamente a forma de seu corpo com força, espetáculo ou zombaria (FISCHLER, 1995) – podendo também se destacar por uma simpatia de tipo humorístico, muito característica.

<sup>31</sup> Uma das entrevistadas ilustrou perfeitamente a associação entre a prática de exercícios físicos, freqüentemente recomendados por médicos, e condições “ideais” de vida, nem sempre possíveis entre setores da população do país. Segundo ela, um paciente ironizou a prescrição médica de caminhada rotineira, afirmando que se a cumprisse morreria, provavelmente de bala perdida, uma vez que seu bairro registra alto índice de violência.

<sup>32</sup> As categorias *saúde* e *beleza* são geralmente fundidas nesses discursos. Demonstrando a confiança no caráter de índice de saúde da “boa aparência” – uma das características da contemporaneidade. Quiçá, um entendimento que faz ligeira fusão entre ética e estética!...

distantes, muito distantes até, do rigor dos *body builders*; embora também cobrados (pelos outros e por si) pelos “excessos corporais” entendidos como frutos de “pecadinhos”.

Além dos exercícios físicos, um sem número de cosméticos para tratamentos faciais e corporais de mulheres e homens se encontra disponível no mercado (SANT’ANA, 1995). Ampliam consideravelmente os alcances civilizatórios, uma vez que aumentam a cada dia as preocupações com uma “pele boa”; expandidos após a formulação de regras de “bons modos” fundamentais e da necessidade de “boa aparência”, instaurados nos primeiros momentos modernos. Portanto, em grande medida, estamos a viver uma hiperbolização do processo civilizador que, de tão expandido, pôde ter “desviado” do caminho típico ou encontrado surpresas no seu “percorrer”.

Com o passar do tempo tem aumentado a capacidade heurística do inspirador artigo de Marcel Mauss acerca das “técnicas corporais” (MAUSS, 2003a).<sup>33</sup> Especialmente quando aplicado às sociedades contemporâneas. E não apenas pela presença de práticas excêntricas como a dos *body builders*, mas principalmente, pelo desfile de corpos “trabalhados” ou modificados por cirurgias estéticas, em profusão pelas ruas das cidades; sem que deles se possa com facilidade distinguir classe social, faixa etária ou localidade.

Se, por um lado, nossas “técnicas (civilizatórias) de cuidado com corpo” (MAUSS, 2003a) estão ancoradas na trajetória moderna e em seus construtos racionalizadores; por outro, podem manifestar, se bem que não exclusivamente, uma espécie nova de adestramento humano<sup>34</sup>; menos visível ou possível, por exemplo, na década de 30 do século

---

<sup>33</sup> Mauss a define da seguinte forma: “Entendo por essa expressão as maneiras pelas quais os homens, de sociedade a sociedade, de uma forma tradicional, sabem servir-se de seu corpo”. (MAUSS, 2003a: p. 401).

<sup>34</sup> Em outros capítulos, deixo mais clara minha dívida com a noção de sociedade de controle cunhada, sucintamente, por DELEUZE (1992). Apesar da brevidade de sua exposição, parece-me uma boa contribuição às relações de poder no mundo contemporâneo, muitas vezes denominado pós-moderno.

XX – momento, aliás, em que a noção foi desenhada por Mauss<sup>35</sup>. E também das reflexões de Elias e de Freud sobre a civilização.

Em resumo, quero dizer que especificidades do cenário contemporâneo<sup>36</sup> podem indicar mudanças também qualitativas nos “cuidados corporais”. E não apenas a sua expansão, notados em sua visibilidade e intensidade.

São muitas as pistas sociológicas!... Abundantes os resultados de intervenção cultural em nossas sociedades (em lojas, salões de beleza, *shoppings*, praias e parques), que se torna quase impossível não dar olhos ao que está acontecendo; passando... Acredito que, pela onipresença da temática: nos meios de comunicação, nas divisões domésticas, na partilha do tempo diário – da alimentação ao lazer –, Mauss não deixaria as anotações sobre o uso social (especialmente em sua dimensão de “cuidado”) do corpo preencher a categoria “diversos” por muito tempo; principalmente se em questão estivesse o Ocidente de hoje.<sup>37</sup> Relevância ainda maior seria notada no caso da sociedade brasileira, e ainda mais no da carioca.<sup>38</sup>

---

<sup>35</sup> As Técnicas do Corpo foi uma comunicação originalmente apresentada à Sociedade de Psicologia em 17 de maio de 1934.

<sup>36</sup> Em andamento se encontra um debate sobre as características paradigmáticas da contemporaneidade. Fala-se em pós-modernidade (HARVEY, 1993; LYOTARD, 1996; ANDERSON, 1999; SANTOS, 1994), em supermodernidade (AUGÉ, 1994) ou, mais “modestamente” em crise da modernidade (GIDDENS, 1991). Meu entendimento é que, modismos e falta de cautelas à parte, estamos frente a elementos desconhecidos da modernidade típica, caracterizada por ênfase “racional” destacada e pela crença declarada, estendida por instituições como a escola, em “grandes narrativas” (LYOTARD, 1996), fossem liberais, socialistas ou de outras roupagens, que dão suporte a uma inerente noção de progresso.

<sup>37</sup> Afirmara Mauss sobre a classificação instituída por seu seminal artigo: “Imediatamente, toda a imensa categoria daquilo que, em sociologia descritiva, eu classificava como ‘diversos’ desaparece dessa rubrica e ganha forma e corpo: sabemos onde colocá-la”. (MAUSS, 2003a: p. 406).

<sup>38</sup> MALYSSE (2002) parece entender o Rio de Janeiro como o lugar de esplendor do que chama corpolatria. Por seu artigo, compara formas de embelezamento e cuidados corporais na cidade do Rio de Janeiro e em partes da França. Por outro lado, GONTIJO (2002) lembra a generalização freqüente e errônea, realizada entre produções e disposição cariocas e características gerais da cultura brasileira. Apropriadamente, rascunha elementos de uma realidade prenhe de reflexões, a carioquidade.

No começo deste milênio, os discursos sobre os “cuidados com o corpo” e as práticas de “correção” se encontram bastante popularizados<sup>39</sup>; principalmente, na cadência da corpolatria. Fizeram-se mais visíveis, estendendo-se por toda à parte, de camadas sociais e gêneros diferentes... Suscitando alterações nas aparências e nos status. “Melhoras”. Mas, embora presentes em quase todos os grupos, são significados de maneira diferente, de acordo com cada espaço social; cada forma específica de interação simbólica. Pois as “modas” não podem ser as mesmas no baile *funk* e na ilha de Caras. Nem, necessariamente, nas muitas variantes do mundo gay e entre heterossexuais masculinos de pequenas cidades.

Mas o interesse, a atenção sobre o corpo, pode falsear o tamanho de sua importância. Para David Le Breton, tem sido local de tantas interferências que dificilmente continuará a ser visto como um destino (LE BRETON, 2003). É facilmente tonificado, tranqüilizado, espetacularizado. Mas não apenas isso. Por tantas vezes modificado, trocado, ainda que em parte, quase nada parece faltar para seu abandono definitivo; redundando na busca de suportes mais eficazes para estruturar fantasias humanas<sup>40</sup>. Portanto, segundo LE BRETON (2003), estaríamos presenciando a transformação de características inatas de um indivíduo em mero detalhe orgânico; tal o andamento das intervenções sobre sua estrutura biológica.

Remodelam-se as mais diversas partes do corpo, corrigindo suas “imperfeições”; alteram-se sexos; propagam-se, principalmente para o emagrecimento, dietas milagrosas; faz-se enxertos ou retirada de excessos inadequados; regula-se o humor por psicotrópicos; escolhe-se as características de um filho (LE BRETON, 2003). A modificação,

---

<sup>39</sup> O Brasil é o país com o maior número de cirurgias plásticas per capita do mundo (EDMONDS, 2002: p. 193).

<sup>40</sup> Le Breton faz referência ao acúmulo de projetos de substituição do corpo físico em futuro próximo (LE BRETON, 2003).

remodelagem ou completa transformação física quase não encontram limites, chegando à reconstrução total do fenótipo dado pela base genética do sujeito, a compor indivíduos irreconhecíveis.<sup>41</sup> Sem mencionar as propostas de gravidez masculina, levadas a sério.

Tamanha intervenção corporal só pôde tornar-se viável pela concordância da medicina, ainda que sob “posicionamentos fracionados” pelas tendências de suas especialidades e mercados próprios, posto que é a instituição moderna tipicamente responsabilizada pela “cura” em nossas sociedades, e participa diretamente do processo de alteração do corpo não somente através da medicina estética como também pela ação farmacológica de algumas linhas da psiquiatria (LE BRETON, 2003). Mas podem ser silenciosas suas ações, precisamente as mais interventoras; identificadas, muitas vezes e de várias formas, pela literatura ligada à filosofia e às ciências humanas contemporâneas.

Seguindo a forma de uso da clássica afirmação de Max Weber por BOURDIEU (1989), poderia se entender a medicina como a instituição que detém o monopólio sobre a manutenção da *saúde legítima*<sup>42</sup> nas sociedades ocidentais. Como se sabe, no Brasil, apenas os formados em alguma faculdade reconhecida pelo Ministério da Educação, devidamente autorizada pelas entidades médicas reguladoras, podem exercer a medicina, desde que integrados às normas de conduta também reguladas; qualquer outro é considerado charlatão e sofre os rigores da lei<sup>43</sup>.

---

<sup>41</sup> Uma das mais caricatas personagens desse tipo de alteração corporal é o cantor Micheal Jackson.

<sup>42</sup> Saúde legítima também porque “comprovada pela ciência” e pela racionalidade própria aos entendimentos modernos (WEBER, 1992).

<sup>43</sup> Sampaio demonstra o quanto o monopólio médico não era respeitado ao final do século XIX, havendo um número sem fim de curandeiros, práticos e religiosos de todas as espécies (SAMPAIO, 2001) propagando curas de tipos variados; para muitos “males”. Ressalta ainda o quão feroz era a concorrência entre os próprios médicos, que trocavam acusações de ineficácia nos jornais de grande circulação do Rio de Janeiro, a fim de desacreditar suas competências e ganhar clientelas.

Mas é bom lembrar que a cura (entendida como restabelecimento de saúde<sup>44</sup>) ao menos a que se propõe a oferecer, ultrapassa os limites do “físico”; dos “males” usualmente reconhecidos como orgânicos, chegando a uma esfera denominada *psicossocial*<sup>45</sup> - onde fenômenos de características não biológicas são alocados. Mas associações da cura com o restabelecimento de uma ordem entendida como ideal podem ser mais do que metafóricas.

Muito embora sua tarefa de solucionar “enfermidades orgânicas”, atestada por sua habilidade técnica, seja o que mais a caracteriza frente à sociedade, sua intervenção pretende ser mais do que “física”, não se limitando à realização de “cura” de “doenças” geralmente identificadas como orgânicas. Talvez exatamente por induzirem que uma habilidade (a “cura” daquilo que eles mesmos identificam como de ordem “biológica”) leva a outra (intervenção em esferas mais claramente ligadas aos ordenamentos psíquico-sociais).

A recomendação de uma perspectiva mais “integrada” de atendimento médico é feita por suas próprias instituições internacionais. E não apenas identificadas pela interpretação de pesquisadores das ciências sociais ou da filosofia. É explicitada no próprio discurso médico. Categorizada, portanto. Aceita como mais um “dever” da profissão<sup>46</sup>.

---

<sup>44</sup> É preciso estar a par do que alerta Georges Canguilhem: “A saúde perfeita não passa de um conceito normativo, de um tipo ideal. Raciocinando com todo o rigor, uma norma não existe, apenas desempenha seu papel que é de desvalorizar a existência para permitir a correção dessa mesma existência. Dizer que a saúde perfeita não existe é apenas dizer que o conceito de saúde não é o de uma existência, mas sim o de uma norma cuja função e cujo valor é relacionar esta norma com a existência a fim de provocar a modificação desta. Isto não significa que saúde seja um conceito vazio.” (CANGUILHEM, 2002: p. 54). Para ele, a saúde não é propriamente “restabelecida”, o corpo encontra um novo equilíbrio frente ao seu funcionamento.

<sup>45</sup> A categoria *psicossocial* é amplamente utilizada pelos médicos de adolescentes. No próximo capítulo abordarei a questão de forma mais cuidadosa, tentando entender o significado da categoria entre eles como também o que pode representar em termos pedagógicos.

<sup>46</sup> Um médico de adolescentes, em entrevista concedida a Buchianeri e anexada à sua dissertação de mestrado, chega a dizer que o bom profissional da área “não deve ter medo de se meter na vida do adolescente” (BUCHIANERI, 2004: anexos).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) é precisa em sua definição: “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social” (LAPLANTINE, 1991: p. 243) de um indivíduo.

Poderia sempre haver à espreita um freudiano proclamando inviável a “plena satisfação” anexada à definição; especialmente quando concomitante, para o gozo “completo” de saúde. Ainda não faltaria quem argumentasse que sua completude tornaria ainda mais distante do horizonte a sonhada “vida saudável”, que tantos esforços continua a nos “pedir” no presente. E implicaria admitir que existe um número maior de doentes do que geralmente se supõe. Além, claro, de uma maior necessidade da medicina. Logo, entre outros sentidos, acaba por servir como demonstrativo de uma compreensão medicalizada de sociedade. Uma justificativa para a amplitude da regulação médica.

Contudo, há outra indicação interessante em questão: a de que a tarefa da medicina seria tratar dos corpos não somente na “dimensão” geralmente entendida como “física”, mas também adentrar em searas “psicológicas” e “sociais”, o que remete a um papel de regulação sobre o que pode ou não ser considerado diagnóstico legítimo de doentio em quaisquer dessas “esferas”.

Assim, torna-se clara a dimensão da intervenção médica; sua abrangência maior do que a normalmente pensada pela maior parte dos indivíduos. Além da esfera estrita, da cura dos males reconhecidos como físicos, no quadro de representações típicas da ordem moderna, atua como reguladora de outras “saúdes”<sup>47</sup>.

---

<sup>47</sup> A atuação autoritária dos higienistas no Brasil do século XIX ilustra bem a exacerbação dessa visão totalizante de saúde que, por conseguinte, acaba por pretender uma intervenção ainda mais abrangente dos médicos. Pretendia definir formas arquitetônicas e de vida para as pessoas, entre outros campos. Sobre o assunto ver SAMPAIO (2001) e COSTA (1989).



Mas o que pode ser compreendido como bem-estar “físico”, “psíquico” ou, mais ainda, “social”? Como saber o que deve ser restabelecido ou mesmo curado nesses “outros” campos? Por que os “demais aspectos” devem ser também entendidos (e, por isso: atendidos...) por profissionais<sup>48</sup> de formação basicamente biológica?...

Nas sociedades modernas, muitos esforços foram dispensados para o desenvolvimento da pesquisa médica e de suas mais diversas aplicações, redundando em formas de alívio do que, segundo cada tempo e espaço, constituíram-se como enfermidades. Não há dúvida de que, pelo empenho oriundo de muitas fontes sociais, os saberes médicos propiciaram a manutenção da vida ou aumento de suas possibilidades, tanto pelo estancamento de doenças antes fatais como pelo tratamento, senão convivência, de uma miríade de males sem correção atual, e o aumento da longevidade humana, resultantes de “curas” e prevenções de doenças (ADAM e HERLICH, 2001).

A medicina teve que fazer da saúde, primeiro, uma urgência, e depois, um problema passível de resolução. Apresentou resultados concomitantes na manutenção da saúde e no seu discurso, obtendo sucesso nos dois campos. Contudo, nem sempre foi assim: por exemplo, instituições que hoje lhe são associadas, residências de seu domínio, antes tinham servido, como o clássico exemplo do Hospital Geral da França do século XVII, de local de confinamento de personagens sociais díspares como mendigos, loucos, libertinos, homossexuais; sem qualquer ênfase de cura (FOUCAULT, 1999). Esses “males” pertenceram há um tempo em que era ainda fraca a dissociação entre perturbações físicas e morais (DUARTE, 1986). Por isso parte da medicina de então estar mais preocupada com as características da doença do que com as formas de cura. O foco era menos sobre o corpo

---

<sup>48</sup> A autoridade médica está presente em muitos campos de atuação social. É usada para justificar muitas “causas” e “interesses”, desvinculados de consultórios, clínicas e hospitais. Por exemplo, como forma de credenciamento junto a um eleitorado.

do doente do que sobre o corpo da doença. Era a chamada medicina das espécies (FOUCAULT, 1994), baseada em classificações das doenças por suas principais características, com pouca eficácia no tratamento de males particulares.

A ordem moderna consagrou o cuidado com o corpo e a busca de cura de seus “males”, não apenas desenvolvendo pesquisas médicas, como também inculcando promoções e prevenções, “deveres com o corpo” (em relação à higiene ou ao controle, programação, alimentar, entre outros), a servir como anteparos às doenças; sem mencionar as campanhas de vacinação, acompanhamentos neonatais e ginecológicos – todas essas atividades articuladas de acordo com o modelo médico.

Foi, portanto, dupla sua intervenção: (a) no atendimento realizado em caso de “enfermidade” (fosse “física”, “psicológica” ou “social”) e (b) na construção de um discurso sobre a normalidade corporal em todos os seus aspectos; que podem ser vinculados pelos muitos meios de comunicação disponíveis e reproduzido em escolas e consultórios.

Quando vamos a um médico de qualquer especialidade para consultas periódicas ou eventuais, pela vivência de algum mal-estar físico, compramos a versão de que, no mundo, estamos constantemente expostos ao ataque de seres danosos à nossa saúde ou a disfunções geralmente oriundas da falta de empenho em evitá-las, por formas inadequadas de hábitos alimentares e corporais. Viveríamos, sob a versão alopata da medicina, como numa guerra sem fim contra a doença (LAPLANTINE, 1991). Teríamos que fortalecer constantemente

nossas defesas para melhor combater “o” inimigo. Numa batalha diária (LUZ, 1988). Pelas armas da medicina<sup>49</sup>.

François Laplantine nos recorda:

“Um dos principais valores, na verdade o valor supremo característico da cultura ocidental contemporânea, é certamente a saúde, considerada como ausência total da doença. Esta idéia-força, que exprime ao mesmo tempo sob a forma de um direito (...) e de um dever (...), mobiliza (...) parte tão grande de nossa energia e é objeto de uma tal convicção, que convém, em nossa opinião, qualificá-la de mitológica.” (LAPLANTINE, 1991: p. 120)

A exacerbação do cuidado com uma doença sempre disposta a fazer com que o “mal” vença o “bem”; continuamente à espreita, pelas condições de um corpo que tende à degeneração (MINER, 1993), leva-nos a uma expressão moral da atividade médica e de seu entendimento dominante – que, aliás, em nada invalida seus saberes propriamente técnicos. Afinal, a afirmação de que a medicina, como outros saberes, participa da moldagem de comportamentos, tornando dóceis os corpos modernos à moda de FOUCAULT (1991 e 1994), não redundaria necessariamente na desqualificação de seus princípios e de seus profissionais; nem, como a entendo, na negação de sua serventia no tratamento do que é vivido como “desordem” e do que pode ser “curado” pelos saberes por ela constituídos. Minimizar tais saberes seria o mesmo que advogar que todo ensinamento concretizado na escola é apenas moral (ou “ideológico”...) por reconhecer a moralidade presente nas salas de aula. A meu ver, dois equívocos sociológicos graves porque desconsideram a validade significativa desses saberes e instituições junto aos que deles afirmam se beneficiar<sup>50</sup>.

---

<sup>49</sup> Curiosamente, a perspectiva alopatá sofre críticas de campos adversários entendidos como “vitalistas”, entre os quais se destaca a homeopatia, por não ser hipocrática (LUZ, 1988).

<sup>50</sup> Como lembrou certa vez Foucault: a noção de ideologia sempre carrega consigo uma certa pretensão de Verdade (FOUCAULT, 1979a).

Isso não significa, certamente, que a pedagogia do “bem viver” se concentre tão somente na medicina ou, mais amplamente, sob a forma de educação pelo corpo; assim como em nenhuma instituição isolada ou sob um único meio. Ainda mais hoje, quando a fala ascendente é a fragmentação... Não é meu intento substituir a interpretação que atribui à escola o papel de ordenamento moral da realidade, por outra que coloque o saber médico em seu lugar. Existem muitos espaços (e palavras) para muitas coisas. Quanto mais em nossos dias. Mas é preciso pensar detidamente sobre formas que podem processar ensinamentos necessários ao estabelecimento de limites e marcas sociais. Realizados, concomitantemente, por muitas instituições da modernidade. A medicina impetra em parte tal educação. Tanto visível quanto mais admitido o seu caráter *biopsicossocial* (SETIAN, 1979), sempre diluído na carne de seu discurso. Ele pode se apresentar típico e fresco entre frentes novas, como a medicina do adolescente. E é esse o lugar dessa tese.

Por perspectivas diversas, muitos trabalhos trouxeram à reflexão as alterações sociais que tiveram lugar pelo advento da medicina anátomo-clínica em princípios do século XIX e suas conexões com entendimentos “epistemológicos” e políticas ascendentes na Europa (FOUCAULT, 1979b e 1979c; LUZ, 1988) ou no Brasil (COSTA, 1989 e ROHDEN, 2001). Outros estariam mais interessados em destacar o papel e a forma de funcionamento da medicina nas sociedades modernas (PARSONS, 1965a) ou em sua crítica explícita ou presumida; no último caso, destacando imposições de classe ou de gênero (LUZ, 1979 e VIEIRA, 2002).

Entre os que relacionam modificações “estruturais”, ocorridas nas formas de compreensão ocidental e características gerais da medicina moderna, destaca-se Michel Foucault.

---

Na cadência das especificidades de temas e momentos, esse autor acabou nos legando uma arqueologia dos saberes que, somada à sua genealogia dos poderes, demonstrou, através de vários casos, a descontinuidade entre dois tempos históricos: (a) o moderno, assumido a partir do século XIX, com a conclusão de marcos sócio-políticos centrais, onde, para ele, destaca-se o novo quadro de aplicação de saberes, ascendente no final do século XVIII e aplicável nas revoluções de vários setores da vida social, ligadas às formas, também novas, de relação de poder; e (b) o clássico, caracterizado pela confluência do suplício como forma de expressão de aplicação de penas dolorosas e espetaculares, exercido através de torturas e execuções públicas (FOUCAULT, 1991), com uma expressão de saber distante das dimensões mais práticas da existência, como a medicina das espécies (FOUCAULT, 1994 e 1999), no espaço dos séculos XVII e XVIII.

Até o período moderno, os seres humanos nunca tinham ouvido falar seriamente de “ciências do Homem” (FOUCAULT, 1992). Não eram possíveis sob os alicerces aristotélicos do pensamento ocidental.

Por exemplo, a medicina clínica erguida no final do século XVIII, bem dramatizada pelo “mito” da libertação dos loucos por parte de Pinel<sup>51</sup>, inauguraria um novo entendimento sobre a “loucura”. De onde viriam novas justificativas e práticas para o seu internamento.

No campo do “mal agir”, a oposição típica do período clássico era entre Razão e Desatino e não, como veio a se constituir depois, entre o normal e o patológico. Portanto, os sujeitos em débito com a sociedade por uma vida considerada não ajuizada eram vistos

---

<sup>51</sup> Trata-se da lenda, segundo ROUDINESCO (1994), inventada por Étienne Esquirol durante a restauração, de que no período jacobino da Revolução Francesa, Pinel teria mandado retirar as correntes dos loucos do hospital de Bicêtre. Seria uma demonstração de que aqueles, antes misturados com desatinados, deveriam agora receber outro tratamento, simultaneamente mais científico e humano: como “doentes mentais” (FOUCAULT, 1999).

como desatinados; independente se loucos, homossexuais, mendigos ou blasfemos. A “doença mental” ainda não se destacava entre eles, e menos ainda o entendimento de normalidade que lhe esteia. Um outro tipo de visão sobre os comportamentos “atípicos”, imorais ou simplesmente impróprios e desviantes (FOUCAULT, 1999) tinha vez entre os europeus dos séculos XVII e XVIII.

Com a reforma que culminaria no nascimento da psiquiatria moderna, ergue-se a idéia de “doença mental”, como um estado de anormalidade e, portanto, de inocente (muito embora nocivo) proceder. Dessa forma, mesmo excluído, o louco passa a ocupar escaninho diferente de seus antigos companheiros de confinamento. Afinal, não “sabe” o que faz; refém que está de sua loucura. No que deve, portanto, ser curado; trazido à normalidade; através da intervenção médica e de instituições restauradoras (da ordem “interna” e externa) como o moderno hospital psiquiátrico (FOUCAULT, 1999).

Em *O Nascimento da Clínica*, Foucault desloca os olhos da psiquiatria e da idade clássica para as imagens modernas de compreensão da medicina como um todo; suas falas e afazeres na nova configuração de saber/poder.

Ele constatou que houve no século XIX o rasgo de um véu: a derrubada da interdição de Aristóteles sobre a possibilidade de uma ciência do Homem (FOUCAULT, 1992 e 1994; PORTOCARRERO, 2000). Além disso, a medicina das espécies, tão somente possível pela estrutura aristotélica de classificação orgânica (FOUCAULT, 1994), perde sustentação, sendo substituída pela investigação direta do corpo.

Também o caráter especulativo dos discursos sobre o corpo humano cede lugar a um outro, mais objetivo e preciso, justamente pela “verdade” conseguida através da iluminação da intimidade das entranhas. Trata-se de um conhecimento empírico, realizado pela pesquisa sobre o material que quer tornar visível e transparente para o molde, para a

disciplina... Que almeja um corpo humano submetido às suas verdades e não à das moléstias que o pode acometer. O olhar muda de direção; chega ao “espírito” dos seres humanos. Pela invasão de seus corpos (FOUCAULT, 1994).

A mais básica das características da medicina anátomo-clínica, ascendente no século XIX, é sua visibilidade. Sua dependência do olhar. Olhar voltado à morte, pela anatomia, e à vida, pela clínica; direcionado de toda a forma ao corpo; elegendo-o como alvo, morto ou vivo. Transformando um paciente único em um ser iluminado, como espécie e particularidade; pela comparação das observações anatômicas com a visualização de seus sintomas – com auxílio de ausculta e de exames laboratoriais (FOUCAULT, 1994). Pela perseguição do olhar, enfim; aqui e ali; no distante e no muito próximo. Investigação que leva à cura; que preserva, mantém, reconstrói... Todo e parte.

Por essas indicações, Foucault demonstra sua antipatia pela medicina. Por exemplo, em mesma época, era clara a sua preferência pela literatura (MACHADO, 2000).<sup>52</sup> Contudo, não parece decidido a atacar as qualidades técnicas de seus profissionais. Seria contrário aos seus argumentos mais preciosos. Afinal, quer lembrar que a garantia da eficácia da relação de poder estabelecida entre médico e paciente é dada exatamente pelo grau de sucesso na resolução de alguns “problemas” a eles encaminhados. Na capacidade que a medicina teria de “salvar (convencendo que “pode salvar”<sup>53</sup>) vidas”. E de que deve

---

<sup>52</sup> Foucault dava grande importância à literatura exatamente pelo caráter desinteressado do empreendimento; por não pretender estabelecer ou “apreender” nenhuma Verdade objetiva (MACHADO, 2000).

<sup>53</sup> Laplantine associa as palavras saúde e salvação, que, em idioma francês, possuem mesma origem. Isso, para ele, seria como uma pista de que a dimensão de cura (“salvação física”), realizada através de muitas formas disponíveis, inclusive a medicina moderna, tem ligação direta com a dimensão religiosa (LAPLANTINE, 1991).

ser usada para diminuir a dor física, com auxílio da farmacologia<sup>54</sup>; ou tão somente a “falta de explicação” sobre os males que “descreve”; servindo de amparo à outra espécie de dor.

No entanto, intérpretes de sua obra, inspirados, talvez, nessa mesma antipatia ou nas posições defendidas por movimentos sociais de contestação moderna que usam o seu nome (ERIBON, 1990), parecem ceder à idéia de que a atuação médica sobre os corpos e sua maneira de reforçar laços disciplinares exigidos pela sociedade burguesa, principalmente pela especialidade psiquiátrica, encontra a resistência de atores sociais que priorizam manipulações simbólicas com base em manifestações geralmente diagnosticadas como “doenças” – a “loucura”, por exemplo – através de interpretações místicas solidificadas em seus próprios saberes (LOYOLA, 1984). No que correm o risco de não oferecer lugar sociologicamente adequado à especificidade do saber médico.

Outros autores (NEVES, 1984 e CANESQUI, 1994) são enfáticos em ressaltar o equívoco da “perspectiva da resistência”; principalmente, pela rapidez do olhar; que se distancia da prática de pesquisados que não parecem pretender fazer de seus sistemas religiosos e práticas particulares de cura substitutos completos da medicina oficial e suas dinâmicas de tratamento<sup>55</sup>. O “mundo” parece menos dividido do que plural. Pois as instituições religiosas, ao menos no Ocidente, convivem pacificamente, sem conflitos articulados por parte de seus atores, com os saberes médicos ou com os a eles integrados. Suas clientelas podem servir a muitos senhores<sup>56</sup>.

---

<sup>54</sup> PINTO (1999) lembra que a medicina é, ao mesmo tempo, uma atividade socialmente dominante, muito embora cientificamente dominada por saberes como a Genética e a Farmacologia.

<sup>55</sup> Um dos exemplos mais vivos dessa perspectiva é o trabalho de LOYOLA (1984). Mas pode ser visto em muitos outros (LUZ, 1979; VIEIRA, 2002).

<sup>56</sup> ALVES (1994) estuda o caso de uma senhora que busca tratamento para as perturbações “mentais” de sua filha em várias agências diferentes de cura, pelos conselhos de parentes e vizinhos, do centro espírita à medicina oficial.



Concordo inteiramente com as considerações de Sérgio Carrara a respeito da inadequação presente no “menosprezo” de alguns estudiosos das ciências sociais pela dimensão propriamente técnica do saber médico (CARRARA, 1994)<sup>57</sup>. Afinal, reconheço a capacidade da medicina em “restabelecer”, nos limites das observações realizadas por CANGUILHEM (2002), àquilo geralmente denominado como “saúde física”, através de saberes que, nós antropólogos, não dispomos como “especialistas”, mas partilhamos como membros de sociedades que, mesmo possuindo outras formas de resolução de “perturbações” diversas, dão ainda forte valor à ciência<sup>58</sup> e, principalmente, às suas aplicações no campo médico.

No entanto, CARRARA (1994) parece atribuir a todos os que se propõem a estudar a medicina por um prisma antropológico, a atitude de desconsideração frente aos seus resultados clínicos. Como se apenas a arrogância pudesse justificar o “excesso sociológico” de fazer dela um objeto de estudo.

Ao contrário, penso que a medicina deve ser estudada sociologicamente exatamente pela centralidade que ocupa nas sociedades contemporâneas. Podendo servir à compreensão de algumas de suas características mais marcantes, uma vez que entranhada nos valores-ideias nelas disponíveis. Reflexão que deve se ater à observação das dinâmicas de cada especialidade, além das conseqüências políticas e éticas de seus empreendimentos<sup>59</sup>.

---

<sup>57</sup> Segundo ele, esse entendimento é fruto de um movimento sociológico conhecido como construcionismo (CARRARA, 1994). Tal formulação questionaria o próprio trabalho médico, reduzindo-o a expressão de relações de poder e veículo ideológico, responsável pela manutenção do quadro de referência cultural para as sociedades ocidentais.

<sup>58</sup> Boaventura de Souza SANTOS (2000) advoga o nascimento de uma ciência pós-moderna que, ao contrário da moderna, permitiria uma aproximação maior entre as elaborações acadêmicas e as formulações e necessidades do chamado senso comum. Também a objetividade e neutralidade científicas, tidas como básicas na era moderna, seriam abandonadas, uma vez que admitidos os parâmetros interpretativos do fazer humano. Mesmo o científico.

<sup>59</sup> Seria possível, por analogia, perceber o quanto a ação médica, visando à “cura física” dos corpos de seus pacientes poderia ter como conseqüência não esperada um quadro comportamental disponível às instituições modernas, inclusive ao capitalismo; assim como os puritanos de Weber passando a entender o trabalho como

Minha atitude só pode ser de respeito pelos profissionais médicos, que com muita seriedade e generosidade me receberam quando com eles estive para a realização da pesquisa que deu base a essa tese, e de reconhecimento da importância de seus pensares e afazeres no quadro dos conhecimentos ocidentais, de que, obviamente, também me sirvo quando necessário. Caso não fossem fundamentais, sequer se justificaria a realização de pesquisa antropológica.

Não me cabe, como pesquisador, questionar ou mesmo traçar, “sem qualquer controle” de meus pontos de vista, juízos que impossibilitassem, diálogo e compreensão fundamentais à pesquisa antropológica. O que não significa que, mesmo assim, não escorram de meu texto.

Trata-se apenas, sem querer desconhecer os *bias* inevitáveis ao trabalho de campo, fazer com que não impeçam o questionamento constante dos dados construídos, ou o olho no olho do outro. Pois ainda acredito que a boa interpretação antropológica surja da relação do pesquisador com os sujeitos com quem conviveu até redigido o texto apresentado aos seus pares (GEERTZ, 2002); como um anúncio daqueles. O foco, o objetivo, é a compreensão antropológica – parcial, relacional, fragmentada etc –, apenas possível pelo intermédio de uma etnografia, limitada em seu alcance e intenção, mas fundamental para indicar a intensidade de símbolos vividos por mulheres e homens no quadro de uma cultura específica (GEERTZ, 1989).

Meus “nativos” (e não me parece desrespeitoso tratá-los assim!...) foram os profissionais de uma nova área de atuação da medicina, às vezes, chamada de hebiatria. Médicos de adolescentes, geralmente ligados à especialidade pediátrica, que só puderam ser

---

uma vocação acabou por ajudar a construir as bases éticas do capitalismo e mesmo da modernidade (WEBER, 1992). Ainda assim, deve ser considerado que os médicos, especialmente os de adolescentes, reconhecem, ainda que sob outras nomenclaturas, a intervenção social que realizam.

alvos de minha pesquisa porque antes foram também pesquisadores de um outro objeto: o corpo adolescente.

No Brasil, desde a década de 1970, muitas especialidades médicas discutem como deve ser realizado o atendimento de indivíduos de idade entre 10 e 20 anos incompletos. Principalmente pediatras, mas também médicos ligados à clínica médica, à dermatologia, à ginecologia e à endocrinologia, iniciaram a construção de uma medicina específica para adolescentes, através de grandes serviços a eles destinados. E assumiram também suas especificidades em seus próprios consultórios particulares.

Na década de 90, após o desfecho de muitas discussões e lutas políticas, a medicina do adolescente foi reconhecida no Brasil como área de atuação da pediatria<sup>60</sup>.

Este trabalho pretende compreender o aspecto pedagógico da regulação médica, explicitada na medicina do adolescente pela admissão de seu caráter *biopsicossocial*. Entende-se que sua concepção de corpo, reunida em pesquisas e intervenções clínicas, pode estar ligada também a uma pedagogia claramente moralizante do corpo. Associada ao seu tratamento e a técnicas para evitar “disfunções” e “riscos” (especialmente sociais). Aplicáveis na resolução de uma série de “problemas” típicos de nossa sociedade, como violência urbana, tráfico e consumo de drogas ilícitas, gravidez precoce, difusão de doenças sexualmente transmitidas, obesidade...

Como já sugerido (BUCHIANERI, 2004), pode ter se tornado possível tão somente pela urgência de sua causa pelos momentos de indecisão e perplexidade em que vivemos, vinculados a ventos novos.

---

<sup>60</sup> A partir de 1998, a Sociedade Brasileira de Pediatria passou a conceder o título de médico de adolescentes a todos que prestassem uma prova sobre conhecimentos básicos e formas de atendimentos destinados aos pacientes dessa faixa etária.

Considerando que o pensamento moderno foi o único a separar, em seus esquemas mentais mais do que em suas pesquisas empíricas, “ser” e “dever ser”, a dimensão epistemológica da ética (DUMONT, 1985), tem-se a impressão de que os que acreditam tratar “objetivamente” dos “males físicos” dos seres humanos, estão, igualmente, dando resolução aos seus “males morais” – sob mesmo princípio: o científico; isto é, de forma tida como objetiva e neutra; pretensamente desinteressada, portanto. De mesma maneira, organizando e dando sentido a um mundo. E estabelecendo normas cotidianas.

Esse seria o elemento chave da pedagogia do corpo desenvolvida pela medicina. Perpetrada nos adolescentes através, agora, de uma medicina específica. Que pode legitimamente falar de seu corpo; de suas doenças, de seus distúrbios e normalidades. Para assim poder encaminhar à sua cura. Poder juntar palavras sobre o seu funcionamento. Construir discursos. Tanto para os consultórios médicos quanto para os meios de comunicação. E difundi-los pedagogicamente. Por informações e conselhos. Mas também pelo corpo. Pelo tratamento.

## ***Capítulo 2: Biológico?!... Psicológico?!... Psicossocial?!...***

A fim de uma interpretação da educação do corpo (explícita, como tento demonstrar, mais, ainda, do que em outras frentes médicas) realizada pela medicina do adolescente no espaço aqui entendido como físico-moral<sup>61</sup>, neste capítulo pretendo discutir seus alvos predominantes. Busco compreender a que conjunto de problemas se quer dar “solução” ou “reparo” e o que é apresentado como passível de “cura” ou o que é concebido como “são”. De que tipo seriam as “perturbações” que se encarregaria em dar fim; e, por conseguinte, em que campo estaria suas necessidades de promoção, prevenção e restabelecimento de saúde<sup>62</sup>.

Há certo predomínio de análises críticas advindas da filosofia, das ciências humanas e de setores dos movimentos sociais acerca do papel da psiquiatria na regulação social. Mesmo sem condições de analisar o alcance e o desenvolvimento de cada pesquisa, sempre me pareceu que, a despeito da riqueza argumentativa de algumas delas, mais acentuaram as polarizações vigentes do que as discutiram. De todo modo, a intervenção médica inicial, entre adolescentes, construtora de um dizer que pretende abarcar todas as dimensões do atendimento de saúde por profissionais vinculados ao campo “biológico”, permite observar as sutilezas da regulação social e sua convivência com a “eficácia técnica” – desmembráveis

---

<sup>61</sup> A análise sociológica de “perturbações” físico-morais presentes em setores da sociedade brasileira foi desenvolvida por Luís Fernando DUARTE (1986) por intermédio do estudo da categoria “nervoso” e suas variantes, entre frações das classes trabalhadoras urbanas. São assim localizadas: “... compreendem um núcleo mais ou menos constante de sintomas ‘físicos’, embora possam eventualmente, e num sentido que se espera vir a explicitar, abarcar quase toda a ágama de problemas, dores ou doenças que acomete o organismo humano” (DUARTE, 1986: p. 29). Dentro desse quadro, pretendo compreender os “problemas” nomeados pela medicina do adolescente.

<sup>62</sup> Madel Luz relaciona criticamente a concepção médica alopática dominante no Ocidente à regulação tentada pela sociologia (LUZ, 1988). Para ela, os dois saberes teriam destacados papéis reguladores. Em ambos, a questão central seria exatamente o estabelecimento do normal e do patológico; do permitido e do proibido.

apenas analiticamente. Com a vantagem de ilustrar a tendência moderna de polarização de elementos e de patologização dos problemas humanos.

Desse modo, tentarei pensar nos elementos chaves do saber nomeado, por alguns, como *hebiátrico*<sup>63</sup>; no que o justificaria socialmente e em como é utilizado dentro do mercado médico, oferecendo “respostas” clínicas em instituições de saúde e discursos que apontam características, tendências e limitações “naturais” – noutros espaços sociais de “adolescimento” de corpos.

Por exemplo, muitos veículos de comunicação encaminham tais respostas, vistas, ouvidas e sentidas<sup>64</sup> em programas radiofônicos ou televisivos; matérias e artigos de revistas, direcionados aos “adolescentes” e aos seus pais<sup>65</sup>; e em uma miríade de *sites* voltados à sexualidade, aos cuidados com o corpo e às formas de prevenção de “riscos sociais”; patrocinados, muitas vezes, por instituições de proteção da criança e do adolescente; internacionais ou nacionais; públicas e privadas.

No primeiro capítulo, tive a oportunidade de reforçar o destaque dado por LAPLANTINE (1991) à abrangência do conceito de saúde propagado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Através dele, os profissionais da medicina não apenas transformam-se em guardiães e promotores do bem-estar físico (dimensão mais diretamente “lembrada” pelos membros das sociedades que utilizam a regulação médica), como

---

<sup>63</sup> Nem todos os profissionais ligados à medicina do adolescente aceitam, sem ressalvas, a denominação *hebiatria* para designar o conjunto de tarefas de que se tornaram partícipes. Apenas os adeptos da autonomia da medicina do adolescente em relação à pediatria utilizam o termo; mesmo assim, alguns deles ao menos, sequer se preocupam com a questão terminológica em si. Na medida do possível, indicarei a posição dos atores mencionados quanto à conveniência ou não de autonomia para a medicina do adolescente. Trato melhor destas questões no capítulo 4.

<sup>64</sup> Renato Ortiz entende a expansão dos meios de comunicação como a peça chave para o desenvolvimento do que denomina mundialização; e, por conseguinte, para a difusão dos conhecimentos e instituições modernos (ORTIZ, 2000).

<sup>65</sup> Por exemplo, duas das edições especiais Veja Jovens (VEJA, 08/2003; VEJA, 06/2004) são, de acordo com suas próprias apresentações, simultaneamente, endereçada aos jovens e aos seus pais.

reforçam seus outros lugares, que contemplam também o tratamento de mal-estares psíquicos e sociais.

Compêndios médicos consultados são unânimes em enfatizar a necessidade do atendimento *biopsicossocial* do adolescente; de abordagens que sejam “holistas”, polifônicas e humanistas<sup>66</sup> (SETIAN, 1979; COATES, 1993), como no texto que segue.

“Com as alterações aceleradas das últimas décadas, especialmente sociais, o adolescente passou a ser mais vulnerável (...) É o adulto de amanhã que irá assumir a responsabilidade de decidir os destinos do mundo. A defesa de sua saúde orgânica, psicoemocional e social é um dever, uma obrigação da sociedade e, naturalmente, da medicina. Tem de ser (sic) protegido como uma unidade indissolúvel, biopsicossocial.”(COATES, 1993: introdução).

Curioso perceber como mesmo na superfície do discurso encontram-se mostras da obrigação (do dever...) de proteção “naturalmente” delegada à medicina, que reforça a possibilidade de identificá-la analiticamente como a instituição que detém o monopólio da saúde legítima em nossas sociedades, amparado no próprio ponto de vista dos pesquisadores – elemento fundamental do fazer antropológico.

E também como a “constatação” da vulnerabilidade dos adolescentes contemporâneos serve de justificativa e incentivo ao aumento da proteção médica nos campos “psíquicos” e “sociais”. Afinal, a mesma medicina que zelou pela manutenção física da criança<sup>67</sup>, diante dos principais “problemas da adolescência”, continuará a lhe

---

<sup>66</sup> Como veremos a seguir, Buchianeri insiste no caráter pós-moderno dos conhecimentos e das práticas da medicina do adolescente. E, por isso, em sua suposta tendência umbilical de aproximação aos saberes produzidos pelas ciências humanas (BUCHIANERI, 2004).

<sup>67</sup> Isso certamente não quer significar que, no caso da infância, a medicina não exerça regulação no campo comportamental; assim como que os adolescentes não possam ser tratados, de acordo com os recursos técnicos disponíveis, de males compreendidos como físicos. A questão é a ênfase no atendimento integral dos adolescentes; como um ser indissolúvel, *biopsicossocial*. Não me parece a forma de intervenção típica da pediatria sobre a criança; ou, ao menos, sua ênfase primordial.

oferecer “amparo” para o cultivo do comportamento condizente com um “corpo saudável”; que deve alcançá-lo bem disposto na fase adulta.

Há muito se ressalta a importância do componente *psicossocial*<sup>68</sup> na medicina do adolescente. Pode se dizer que esteve presente desde o nascimento do movimento que gerou a futura subespecialidade. De acordo com a pediatra Verônica Coates, artigos e livros médicos da primeira década do século passado já discorriam sobre a amplitude do tratamento de saúde dos adolescentes, dando ênfase à multiplicidade de suas “perturbações”; quase nunca “restritas” ao orgânico (COATES, 1993: p. 3).

Publicações médicas informativas, destinadas ao público geral (SOUZA, 1999), ilustram como a medicina do adolescente, na condição de área de atuação médica<sup>69</sup>, transcende a esfera entendida como biológica, sem dela se ausentar completamente, como se verá adiante. Versam sobre as “descobertas corporais” da adolescência; os “problemas” de aprendizagem ou de relacionamento escolar; os grupos de amigos e seus “perigos”; a alimentação e prática de exercícios físicos; entre outros assuntos, com especial acento nos aspectos emocionais das transformações em curso e na melhor forma de “administrá-los”. Nesse tipo de literatura, nota-se a proximidade de temas oriundos da psicologia e sociologia; sob roupagem e legitimidade médicas; reproduzindo a concepção de saúde propagada por instituições como a OMS.

---

<sup>68</sup> A categoria *psicossocial* é utilizada como oposto de biológico. Ou seja, a fusão do aspecto psíquico e social não pareceu seguir a qualquer outro critério se não para a discriminação dos componentes que não possuem origem orgânica.

<sup>69</sup> No capítulo 4, torna-se claro que até o momento a medicina do adolescente (assumida por grande parte dos entrevistados como *hebiatria*) é reconhecida oficialmente como uma área de atuação da pediatria, não se constituindo como especialidade médica destacada, com sociedade e instituições próprias. Embora qualquer médico possa atendê-lo, apenas pediatras contam com condições suficientes para a obtenção do título de médico de adolescente. Nesse sentido, é mais uma das muitas áreas de atuação presentes na pediatria, como são também a neonatologia, a gastrologia pediátrica, a cardiologia pediátrica etc. A tendência da Sociedade Brasileira de Pediatria em abarcar funções de outras especialidades faz com que irrompam acusações de que a pediatria tenta monopolizar subáreas “compartilhadas” com outras especialidades. Isso ocorre quando a Sociedade exige, por exemplo, que uma criança hiper-tensa seja tratada por um pediatra subespecializado em cardiologia pediátrica. Nesse ponto está também uma questão de mercado.



A medicina do adolescente trouxe luz à extensão das práticas médicas – nem sempre restritas aos recursos clássicos da clínica (ausculta, toques, iluminação de cores e volumes...) ou da etiologia (exames laboratoriais, radiografias, biópsias...). Ao seu agir sobre “males” não redundantes da ação de parasita ou de disfunção orgânica; ou seja, nem frutos de lesão física nem da insuficiência de órgãos internos, como sempre se discorreu, entre polêmicas, nos tratados de história da medicina (ADAM e HERLICH, 2001). Uma forma de intervenção mais comum a assistentes sociais e administradores públicos<sup>70</sup>. Exercida por profissionais de saúde, fundamentados em saberes anatômicos, fisiológicos e patológicos. Legitimados pela natureza, portanto. Pela própria biologia humana.

O foco integral do atendimento acabou por se sobressair nessa medicina.<sup>71</sup> Tanto que as vantagens da clínica ampliada e da interface com os “problemas sociais” costumam ser os elementos mais destacados pelos adeptos da “adolescente” subespecialidade<sup>72</sup>; logo nos minutos iniciais das entrevistas e no prefácio ou introdução dos livros consultados (SETIAN, 1979; COATES, 1993) como a demonstrar a importância, a distinção, de seus conhecimentos. Indicando uma conquista; um passo à frente em relação às práticas médicas consagradas.

---

<sup>70</sup> Muitos (SAMPAIO, 2001; COSTA, 1989; RODHEN, 2001) abordam a atuação dos médicos higienistas que ajudaram a estabelecer um sem número de modificações nas práticas e conhecimentos urbanos, definindo padrões entendidos como corretos de comportamento e convivência no Império nascente. A Junta Central de Higiene foi criada em 1850 e tinha como objetivo auxiliar na superação do “atraso colonial” (SAMPAIO, 2001). Assim, é reflexão sobre os limites da intervenção médica não é nem recente e nem tão pouco despropositada.

<sup>71</sup> É importante ressaltar o fenômeno mais precocemente visualizado na intervenção sobre idosos, gerada pela geriatria, e, mais amplamente, por um campo interdisciplinar de estudos e tratamento chamado gerontologia (GUEDES, 2000). Essa “frente de saúde” também dá ênfase a um tratamento holista e integrado a seus pacientes; muito embora, dependente da (e direcionados pela) orientação médica (GUEDES, 2000). À frente volto à questão.

<sup>72</sup> A despeito das polêmicas, a medicina do adolescente, ou *hebiatria*, foi reconhecida como uma área de atuação da pediatria pelo Conselho Federal de Medicina. Através da resolução n. 1654/2002 o Conselho definiu o que poderia ou não ser considerado área de atuação e que normas estariam a elas ligadas (BUCHIANERI, 2004). Assim pode ser definida: “ (...) modalidade de organização do trabalho médico, exercida por profissionais capacitados para exercer ações médicas específicas, sendo derivada e relacionada com (sic) uma ou mais especialidades.” (BUCHIANERI, 2004).

A “clínica médica de adolescentes” é apresentada como uma forma mais humana de exercício da medicina, posto que aberta a outras perspectivas – da área de saúde ou fora dela – ao mesmo tempo em que compromissada com múltiplos aspectos da atenção à saúde. Como me informou uma das entrevistadas, não por acaso, os clínicos gerais foram um dos segmentos médicos a se queixar do que consideram a tentativa de monopólio da pediatria sobre a medicina do adolescente. É importante ressaltar que, no Rio de Janeiro, ela teria nascido nas enfermarias do Hospital Universitário Pedro Ernesto vinculado à UERJ. Nasceu então pela clínica médica; pela compreensão de necessidade de enfermarias especiais para o atendimento de adolescentes, uma vez que naquele período se postulava que poderia trazer melhores resultados para o internamento dos indivíduos pertencentes a essa faixa etária.

Alguns acreditam que os afazeres alternativos aos modos médicos típicos estariam a minar os pilares da tradição alopata ocidental, ligados a concepções modernas; além de indicar caminhos futuros para a prática médica como um todo.

Sem desconsiderar os índices orgânicos relacionados<sup>73</sup>, cabe pensar no porquê sociológico de crianças, (agora) adolescentes, mulheres<sup>74</sup> e idosos merecerem especialidades ou áreas de atuação próprias no interior da medicina alopata. Uma vez que os demais ramos médicos se valeram da concepção geopolítica do corpo (condizente com o espírito de batalha característico) ou da busca de solução para enfermidades específicas,

---

<sup>73</sup> Afinal, é reconhecida a predominância, por exemplo, de enfermidades típicas na infância; o que sugere uma intervenção específica pela pediatria. Isso não significa que não sirva como intermediadora educativa das mães; ensinando-lhes hábitos, posturas e valores. Promovendo saúde.

<sup>74</sup> Fabíola RODHEN (2001) analisou as formas do olhar médico sobre o corpo feminino presentes no século XIX a partir do conteúdo das teses então necessárias à obtenção do título de graduado em medicina e do caso, muito debatido e difundido em jornais da época, de Abel Parente. Esse médico italiano havia criado e difundido métodos contraceptivos, utilizados por senhoras “da sociedade”. De posse desses elementos de época demonstra como tais teses justificavam posições sociais dominantes, especialmente em relação à sexualidade feminina.

porém potencialmente graves como o câncer; ou coletivas e inesperadas como as epidemias. De todo modo, a maior parte das especialidades permaneceu a tratar do setor do corpo humano sob sua alçada (LAPLANTINTE, 1991; LUZ, 1988), tencionando combater “seus inimigos” ou realizar restaurações pontuais que lhes assegurem senão a vida ao menos a eficaz continuidade de suas tarefas cotidianas.

Por isso a validade de pensar até que ponto especialidades etárias ou de gênero, como a pediatria, a medicina do adolescente, a geriatria e a ginecologia servem também, mas não exclusivamente, à regulação social de seus respectivos pacientes; possivelmente vistos como mais necessitados de cuidados, tanto físicos quanto sociais.

Talvez a estranheza causada por pesquisas sociológicas que tomem a medicina como objeto de estudo advenha justamente da compreensão corrente de que existiria certa contradição entre o tratamento físico (e seus fundamentos) e a possibilidade de regulação social – a oprimir cérebro e coração dos modernos. Tal compreensão torna qualquer investida sociológica potencialmente suspeita de tentar deslegitimar os conhecimentos médicos; técnicos, por assim dizer (CARRARA, 1994). Minha posição é a de que não há como estabelecer limite claro entre “causas” biológicas, psíquicas ou sociais para os males humanos; ou entre a “realidade orgânica das doenças” e os símbolos a ela vinculados. Entretanto, vale menos minha posição sobre o tema do que leitura rigorosa da que me parece mais próxima da feita pelos estudados. Mesmo porque são sujeitos de forte autoridade em nossas sociedades; para nós mesmos. Portanto, fornecem valioso testemunho sobre nossas instituições e entendimentos-valores. E, ao contrário de chefes e pajés, que, em certo nível, são apreciados e respeitados somente pelos “outros” estudados, não se constituíram como alvos prioritários da tradição antropológica. A indicação médica de caminhos para a vida social pode não impedir o sucesso de suas poções e performances.

Enfim, não invalida a “cura”; ou, como expresso na língua de LAPLANTINE (1991), a “salvação” dos pacientes. Nesse sentido, não apresento qualquer versão crítica da medicina como um todo; nem pretensão de negar sua intervenção sobre os adolescentes. Considero, inclusive, a “eterna suspeita” refém, em outro nível, dos valores-idéias modernos (solidificados fortemente nos meios acadêmicos e científicos), que sustentam a versão de que a dimensão do conhecimento é absolutamente distinta da vinculada aos valores (DUMONT, 1985), em natureza e vontade. Dessa forma, qualquer discurso que se pretenda “sério”, “verdadeiro” ou “comprovado” deveria, para assim continuar, estar isento de valores.

A leitura da integralidade de suas características e necessidades (especiais quando comparados aos que recorrem à clínica de um especialista por alguma ocorrência pontual, na ocasião de qualquer enfermidade ou mal-estar considerado físico) pode não estar dissociada dos tratamentos técnicos da medicina moderna<sup>75</sup> ou equivalente à dos que a eles recorrem.

As próprias palavras dos pesquisados demonstram que há um cesto de razões para relacionar essas especialidades ao “risco (de desvio) social” de seus pacientes e suas necessidades de socialização mesclado ao sucesso em minorar dimensões do sofrimento humano. Mulheres, crianças, adolescentes e idosos/velhos<sup>76</sup> – cada um ao seu modo –

---

<sup>75</sup> Já foi mencionada a impossibilidade de limites claros entre a cura de doenças consideradas físicas e a regulação social; sua própria imprecisão e a de suas causas atribuídas. De mesma forma, é conhecida a tendência, etnocêntrica não há dúvida, de cada profissional eleger os elementos com que trabalha como os determinantes de uma enfermidade ou comportamento. São comuns disputas entre psicólogos, médicos e enfermeiros sobre a “dimensão” mais determinante dos comportamentos típicos de cada faixa etária ou tipo de doença. O “ser” da doença pode receber várias características; segundo a imagem e a semelhança das inclinações discursivas dos profissionais em jogo e suas tradições.

<sup>76</sup> Na dúvida sobre que termo escolher para figurar na frase, optei pelas duas. Muito embora assemelhadas e reconhecíveis no cotidiano brasileiro, representam sentido levemente diferente, a depender do contexto de uso e das motivações embutidas. Sobretudo por que há distinções referentes à “correção” de um e outro termo em termos “políticos”; sendo a categoria *velho* entendida como pejorativa na maior parte das situações.

podem ser vistos como mais estranhados do que os demais no que diz respeito às alterações sociais em curso; ou especialmente precisados de auxílio frente a muitos “outros” – pais, maridos, filhos, netos, “comunidade” etc. Por isso, priorizados pelo olhar médico. Para que se tornem *velhos, mulheres, adolescentes e crianças saudáveis*, em muitos sentidos. E defendidos, quando necessário.

Na medicina do adolescente, a ação moral é relativamente manifesta; pronta a evitar que jovens se exponham a “riscos sociais” considerados crescentes, como gravidez precoce, tráfico e uso de substâncias tóxicas, violência urbana, “distúrbios psíquicos” e alimentares etc. A idéia de missão, de defesa, é inerente ao discurso – sobretudo em situações que envolvem atos de violência (não apenas físicos) contra *adolescente*, por seus iguais ou próximos que podem se configurar como aliados em outras ocorrências. Esta questão pode ser percebida nas orientações do Ministério da Saúde endereçadas aos profissionais dos serviços existentes<sup>77</sup>.

“Empenhado na construção de uma agenda nacional para a saúde e desenvolvimento da juventude, ao lado de outros setores do Governo e da sociedade civil, o Ministério da Saúde vem realizando, em parceria com estados e municípios, ações voltadas para a educação em saúde e prevenção e assistência a doenças e agravos que mais afligem adolescentes e jovens brasileiros – gravidez não desejada, uso de drogas, contaminação por DST/AIDS, acidentes, violência”. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Muitos entrevistados afirmam que antes do surgimento da medicina do adolescente, ou *hebiatria*, os *adolescentes* estavam órfãos.

---

<sup>77</sup> Este material específico, realizado pelo Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), que abordarei à frente, é direcionado ao treinamento de profissionais de saúde que trabalham com *adolescentes* (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Doutora Maria<sup>78</sup>: É, na verdade, a pediatria atendia até o início da puberdade. A criança ficava púbere, adolescente, então era abandonada. Aí ficava ali entre o pediatra e o clínico geral. Coisa aí de mais ou menos... vinte anos... tem que ver aqui [aponta para um livro que tem as mãos]. Então o pediatra começou a perceber que esse menino estava abandonado né?! E começaram a surgir por conta da modernidade, da... você sabe melhor do que eu que estudou isso aí... o pessoal da sociologia... mudanças sociais e tudo. Os adolescentes começaram a ter problemas: problemas como a gravidez, problemas com doenças sexualmente transmissíveis, a violência... Então... é... contra... gravidez... DST... é... o uso de drogas da década de 70 pra cá, que começou... Então a gente começou a perceber que esse adolescente ele tinha que ter um atendimento. Não, claro, um atendimento... Ele adoece também; com certeza, o adolescente adoece também; tem pneumonia, tem gripe, tem tudo<sup>79</sup>.

A declaração acima pode indicar a urgência da intervenção de “especialistas” dispostos a apoiar os pais na tarefa de educação de seus filhos; ajudando-o a entender “sua linguagem” e a inseri-los mais adequadamente no mundo adulto, principalmente diante de “novos problemas”. A ajuda educacional “extra” viabiliza a conquista, por parte desses profissionais, de uma nova fatia do mercado médico.

É preciso notar que a médica acima citada afirma que “o pediatra começou a perceber que esse menino estava abandonado”, enfatizando o papel da pediatria no atendimento do adolescente. Contudo, como ficará mais claro em outros locais desta tese, há quem defenda uma independência da medicina do adolescente da pediatria; isto é, sua desvinculação do campo pediátrico e a formação de uma nova especialidade.

De todo modo, por enquanto, importante é destacar a necessidade de um atendimento médico voltado ao adolescente, como também é enfatizado no trecho de entrevista que segue.

---

<sup>78</sup> O nome de todos os entrevistados foram alterados no intuito de preservar o sigilo de suas identidades.

<sup>79</sup> Muitos entrevistados fizeram a mesma menção. Literalmente, afirmam que antes da criação da medicina do adolescente ou *hebiatria*, os *adolescentes* estavam órfãos. No que parecem revelar a compreensão de que os adolescentes necessitam de um “auxílio paterno” para além de suas residências.

Doutor Marcelo: (...) O adolescente hoje é completamente órfão. E o adolescente hoje já é uma força de consumo, já é uma forma com vontade própria. Quer dizer, na verdade, a hebiatria está demorando... a medicina está demorando pra perceber o que já aconteceu no consumo há dez anos. Há dez anos que a gente já tem revista pro adolescente; consumo voltado pro adolescente... Tudo... E o adolescente sente falta disso. Você fala com um garoto de 14 anos que ele vai no pediatra, ele tem um treco. Se você... E claro porque ele quer... porque ele quer ser reconhecido como um adolescente.

Mais uma vez, a necessidade da medicina “olhar” de forma particular para o adolescente é enfatizada, uma vez que uma série de outras instituições já fez isso – o que remete a um atraso em relação a outras instituições sociais, tal a urgência atribuída ao atendimento médico dessa faixa etária. Contudo, na declaração acima, o termo utilizado para o ramo médico que lidará com o adolescente é a hebiatria, demonstrando diferença de entendimento em relação à exposição de Dra. Maria.

Para o pediatra e psicólogo social Luís Guilherme Buchianeri<sup>80</sup>, as “novidades” clínicas e ambulatoriais da medicina do adolescente refletem as transformações paradigmáticas em andamento (BUCHIANERI, 2004); seriam epifenômenos da transição pós-moderna – erguidos, de mesma forma geral, em outros campos da ciência ou em suas aplicações. A posição de BUCHIANERI (2004) sobre os “novos paradigmas da ciência” é tributária da obra recente de Boaventura de Souza SANTOS (1994 e 2000), logo, receptora de suas versões sobre o que poderia ou não ser considerado pós-moderno.

Santos reuniu bom número de argumentos e indicadores empíricos para defender que o paradigma moderno tem sido substituído por outro que, na ausência de termo melhor,

---

<sup>80</sup> Para que o discurso possa ser entendido no interior de seu quadro de referências, torna-se necessário registrar que Buchianeri é médico pediatra, com mais de vinte anos de atuação na subespecialidade, e mestre em psicologia social. Sua dissertação (BUCHIANERI, 2004) me foi muito útil não apenas por atualizar a visão dos médicos de adolescentes sobre o seu próprio fazer (categorizando sobre ele; sobre seu nascimento, papel e características), como também por trazer, em seu anexo, a transcrição de quatro entrevistas com médicos pioneiros e consagrados do campo, amplamente utilizadas na presente análise.

não seria demais chamá-lo pós-moderno<sup>81</sup> (SANTOS, 1994). Mais precisamente, afirma que conviveríamos, no olho do furacão, com elementos tradicionais, modernos e pós-modernos, combinados num processo de transição paradigmática; na direção dos últimos. Nele, formas fragmentadas de “apreensão/construção” da realidade seguiriam a mesma cadência, sem ser por eles estritamente determinados como já se pensou, das alterações produtivas decorridas da reestruturação do quadro operacional capitalista dos últimos 30 anos (HARVEY, 1993; OFFE, 1989). Transformações que deslocariam problemáticas e práticas nos campos epistemológico, valorativo e estético – seccionados na versão moderna do mundo –, que questionam a razoabilidade de posições filosóficas e políticas totalizadoras, como o marxismo. Dúvidas acerca das promessas modernas chaves (como igualdade, liberdade, democracia...) – verossímeis somente pela idéia-crença de universalização constante de um padrão de “Razão” e de progresso, entendido no sentido econômico e moral (SANTOS, 1994).

Novos ares paradigmáticos propiciariam o aumento da crítica às formas clássicas do fazer científico e aos seus dogmas mais inabaláveis. Sobretudo, ao autoritarismo implícito nos modos de compreensão da racionalidade e da universalidade. Mas também aos mecanismos “neutralizadores”, de legitimação de modelos políticos e econômicos; formas de vida; visões de mundo. Sem mencionar sua história de desconsideração pelo “meio ambiente” e, mais ainda, por saberes provenientes do chamado senso comum

---

<sup>81</sup> Boaventura de Souza Santos admite o uso provisório do termo pós-modernidade até que se encontre definição mais precisa para os múltiplos movimentos sintetizados em seu nome (SANTOS, 1994); ainda que possa admitir que é expressivo em sua tentativa de classificação das novidades contemporâneas – apresentadas muitas vezes de forma pouco refletida e caricata. Se nenhum outro problema perturbasse sua manifestação, a própria condição de “pós”, implicaria numa dependência estrutural dos parâmetros anteriores; modernos, obviamente; como, aliás, alerta Renato ORTIZ (2000). Mas o grande problema da discussão continua sendo o seu modismo inerente, o que pode fazer ceder à falta de crítica e ao uso indiscriminado de interpretações.



(SANTOS, 2000) – entendido como o espaço da expressividade cotidiana, oposto ao da ciência – ou de estruturas sociais tradicionais.

Cúmplice desse quadro de referências, Buchianeri percebe o desenvolvimento da hebiatria (termo encampado por ele) como um reflexo das mudanças paradigmáticas de larga escala; mesmo processo que atingiria todas as instâncias de aplicação científicas. O diferencial da medicina do adolescente seria sua conformação, desde o nascimento, às condições evocadas como fundamentais à ciência pós-moderna (SANTOS, 2000; BUCHIANERI, 2004). Como os Estados Unidos da América nasceram modernos de forma silenciosa, a medicina do adolescente teria nascido pós-moderna, a despeito da expressão oficial de suas instituições.

Buchianeri elencou características dos primeiros momentos da medicina do adolescente, supostamente derivadas das transformações pós-modernas (BUCHIANERI, 2004) ou com elas afinadas.

Em primeiro lugar, a questão *biopsicossocial*; o tratamento integrado. A medicina moderna, predominantemente alopata, tendeu a parcelar o corpo por setores e especialidades respectivas, para melhor atendê-lo. Seus críticos centraram fogo em sua concepção mecanicista e na desconsideração dos aspectos emocionais e coletivos de seus pacientes (no campo clínico típico); mas também no descompromisso (freqüentemente debatido) com o atendimento físico integral (LUZ, 1988). Ou seja, falta de “visão de totalidade” em duas dimensões. Uma vez que a medicina do adolescente estaria, ao mesmo tempo, a considerar os aspectos básicos da atenção à saúde simultaneamente à intervenção na totalidade física de seus pacientes.

Em segundo (na qualidade de extensão do ponto anterior, da ênfase holista das críticas pós-modernas), o tratamento multidisciplinar ou interdisciplinar<sup>82</sup>; capaz de agregar um número suficiente de conhecimentos em torno dos serviços de adolescentes que existem. Médicos pediatras e de outras especialidades, em intercâmbio com profissionais de outras categorias (nutricionistas, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais), partilhariam, em graus variados, técnicas e concepções em serviços de atendimento integral de *adolescentes*.<sup>83</sup>

Em terceiro, a aproximação com os saberes humanísticos; provenientes mais particularmente da psicologia, do serviço social e da pedagogia; com ecos indiretos da sociologia e da antropologia<sup>84</sup>. Supostamente a revelar a tendência de intercâmbio entre ciências naturais e humanas; característica do que é entendido por Santos de “nova realidade acadêmica” (SANTOS, 2000).

Em quarto, a utilização de saberes do chamado senso comum (prova de abertura epistemológica?...); construídos sob linguagem não reconhecida como científica<sup>85</sup>. Por exemplo, pela experiência clínica de longos anos. Apenas condizente com a crença-ideia de que estamos, ou deveríamos estar, na direção de uma sociedade onde seriam maiores as

---

<sup>82</sup> BUCHIANERI (2004) afirma ser o termo transdisciplinaridade mais apropriado para o caso, posto que, segundo ele, uma quebra de barreiras disciplinares, e não mera junção de abordagens, estaria sendo construída nos serviços conhecidos de atendimento à adolescência. Com essa afirmação, aproxima ainda mais seu objeto de pesquisa da posição defendida por Boaventura de Sousa Santos e dos reflexos das mudanças paradigmáticas sobre a ciência.

<sup>83</sup> Por exemplo, no serviço de adolescentes do Hospital das Clínicas da USP e no Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) do Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ. A equipe de ambos conta com especialistas médicos de diversas áreas, além de profissionais da nutrição, do serviço social, da enfermagem e da psicologia.

<sup>84</sup> Curiosamente, o Dr. José Ottoni Outerital, uma referência da medicina do adolescente, cursou, simultaneamente, a graduação de medicina e de ciências sociais, na Universidade do Rio Grande do Sul (BUCHANERI, 2004).

<sup>85</sup> SOUZA (1999), por exemplo, afirma que parte de seus livros foi escrita pelas observações conseguidas em sua experiência clínica mais do que por estudos sistemáticos, característicos da ciência.

possibilidades de troca entre as instâncias escolares e populares (SANTOMÉ, 2003)<sup>86</sup>.  
Reino do multiculturalismo.

Os limites do presente trabalho não permitem uma discussão alongada acerca do surgimento dos debates sobre o geralmente denominado pós-moderno<sup>87</sup> ou quaisquer de suas causas primeiras. Contudo, parece aceitável que começaram a ganhar força no Ocidente entre o final da década de 60 e o início da década de 70 do século passado (HARVEY, 1992; LYOTARD, 1996; SANTOS, 1994; ANDERSON, 1999); exatamente no momento de expansão e institucionalização da medicina do adolescente<sup>88</sup>.

Nos capítulos seguintes, tentarei tornar mais claro o funcionamento dos serviços de adolescentes visitados ou informados por literatura própria e a estrutura organizativa dessa modalidade médica. Cabe ressaltar a coincidência, relativa se considerada em perspectiva abrangente, do advento simultâneo ou próximo dos dois mais referenciados centros de atendimento de adolescentes: no ano de 1974: no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP) e nas dependências do Hospital Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; que, hoje<sup>89</sup>, dá suporte às três áreas de atenção à saúde da regulação médica brasileira<sup>90</sup>. Entretanto, é possível que atendimentos específicos tenham surgido

---

<sup>86</sup> Versões ibéricas dos ideais pós-modernos são curiosamente otimistas quanto à possibilidade de construção de uma nova sociedade – não apenas socialista – mas, sobretudo, multicultural (SANTOMÉ, 2003).

<sup>87</sup> As formulações sobre a existência de um processo diferente do irradiado pela modernidade em curso na contemporaneidade têm encontrado muitos adeptos e críticos. Além de autores que aproveitam a discussão para elaborar novas perspectivas analíticas para sua disciplina; no caso da antropologia, isso ocorreu com Marc AUGÉ (1994) e sua caracterização do que denomina super-modernidade.

<sup>88</sup> Nem o funcionamento regular desde os anos 50 adiantou o reconhecimento oficial como especialidade médica, conseguida em 1977 pelos profissionais norte-americanos (BUCHIANERI, 2004).

<sup>89</sup> O caminho tomado pelo atendimento de adolescentes, atualizado na ação do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), foi curioso. Começou na enfermaria (na atenção terciária, portanto) para só mais tarde ganhar lugar no atendimento ambulatorial.

<sup>90</sup> A forma de partilha do trabalho médico brasileiro, instituída pelo o Sistema Único de Saúde (SUS), é a de que a chamada atenção primária seria responsável pela promoção e prevenção de saúde; a atenção secundária estaria ligada ao atendimento ambulatorial; ou seja, as instâncias responsáveis pelo atendimento clínico de pacientes diante alguma ocorrência em que haja necessidade de intervenção médica pontual; enquanto a

antes das instituições mencionadas; sobretudo em consultórios particulares<sup>91</sup>. Além do mais, não há garantias suficientes de que foram mesmo os primeiros serviços por mera carência de registro oficial.

De todo modo, não identifiquei consenso absoluto a respeito do objeto prioritário do tratamento de *adolescentes* no Brasil entre os médicos consultados, apesar da unificação do discurso em torno da abordagem integral. A concordância absoluta dependeria de um rígido acordo entre os diferentes grupos médicos conectados ao mercado e as entidades de representação e regulação dessa medicina<sup>92</sup>, impossibilitado, ao que parece, entre outros motivos, pelas disputas políticas internas.

O atendimento pode dar mais ênfase ao aspecto *bio* do que ao *psicossocial* das perturbações físico-morais (DUARTE, 1986) de que são vítimas os adolescentes e vice-versa, a depender das opções metodológicas e mercadológicas de muitos matizes. Defensores de um ou outro aspecto da questão foram unânimes em reafirmar o caráter *biopsicossocial* do atendimento oficialmente instituído. Mas garantido, pelo que se vê, por limites diferentes.

Há, por exemplo, médicos e instituições inclinados a priorizar as “ocorrências biológicas” da saúde do adolescente, por defenderem que elas apresentam tratamento mais regular, além de maior demanda dos pacientes. Ou seja, propensos a pensá-las como alvos

---

atenção terciária seria a responsável pelo internamento de pacientes que precisariam de um cuidado mais detido e, por isso, realizado em enfermarias dos diversos hospitais da rede pública ou privada do país.

<sup>91</sup> É relativamente comum na sociedade brasileira a constatação de que pediatras desde muito tempo ocuparam o lugar de médicos regulares de pacientes adolescentes que atenderam quando criança, o que os levavam a intervir, portanto, na saúde de pessoas com mais de 12 anos de idade. Isso ocorre bem antes da recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria, conhecida apenas em 1998. Talvez a gênese da necessidade que redundou futuramente na criação da medicina do adolescente como área de atuação da pediatria e mesmo por sua reivindicação pelo ramo.

<sup>92</sup> Já foi mencionado o quanto posições sobre a melhor forma de atendimento de um paciente adolescente passam também pelas articulações políticas assumidas no campo. O que está longe da mera constatação de que se constituiriam como reflexos simples de questões políticas. Afinal, não são apenas contaminadas por elas, são o seu centro. Voltarei ao ponto.

prioritários dos procedimentos médicos e da reivindicação primária de qualquer atendido<sup>93</sup>. Segundo essa vertente, os problemas não orgânicos do atendimento à saúde seriam encaminhados, uma vez identificados na triagem, a algum dos profissionais da equipe multiprofissional (freqüentemente mencionada como ideal para esse tipo de atendimento) – aos psicólogos, enfermeiros ou nutricionistas – tão somente mediante necessidade identificada pelos médicos.

No serviço de adolescência do Hospital Universitário da UFRJ, apesar da possibilidade de interconsulta<sup>94</sup>, são os médicos, especialmente seus coordenadores, que indicam os adolescentes que serão ou não encaminhados para o tratamento psicológico, ou qualquer outro, com membros da equipe multiprofissional.

Foram os primeiros a questionar a afirmação de que “adolescente não adoecer”, no sentido de não serem “facilmente” acometidos por distúrbios orgânicos característicos, que redundem em dor física, risco de morte ou degeneração das funções orgânicas. A depender do enfoque, essa compreensão diverge da dominante em setores do chamado senso comum ou em frentes menos biologizantes da atual subespecialidade, que costumam não priorizar as recorrências clínicas de “base” orgânica, especiais ou habituais, acentuadas nesse “período da vida”, mas sua potencial *rebeldia* ou *falta de capacidade de adaptação* ao meio social.

Vejamos o que afirmam os defensores de uma ênfase mais orgânica do atendimento do adolescente nessas passagens de entrevista.

---

<sup>93</sup> Certamente, isso não significa que não se atenham aos aspectos psicológicos do atendimento que formulam. Apenas não supõem que os problemas advindos dos adolescentes sejam essencialmente de origem não orgânica, como, aliás, ficará claro nas palavras de um médico defensor desses princípios.

<sup>94</sup> Consulta realizada por mais de um profissional da saúde.

Dr. Pedro: A Maria já deve ter falado, mas eu gosto sempre de frisar. Nós frisamos sempre isso. Você vem da área da antropologia... Quer dizer... tem (...)... o mesmo raciocínio: que [no caso dos] (...) adolescentes, grande parte dos problemas, são psicológicos. Nada disso. (...) Nós temos problemas clínicos; nós temos gastrite; nós temos hipertensão, obesidade, colesterol alto, todos os problemas clínicos normais, tanto de criança quanto de adultos... E alguns problemas realmente que são da esfera psicossocial. Mas não venha... Não é... Há uma idéia generalizada de que adolescente é atendido por psicólogo. Não. Fernando Costa: (...) há uma idéia de que o adolescente não adoce; ou adoce tão pouco que é residual.

Dr. P: Não.

FC: Estou dizendo porque de fato é uma coisa que...

Dra. Helena: Essa visão errônea de achar que o adolescente só tem problema emocional faz com que muitas vezes a própria situação que o adolescente traz seja rotulada como uma situação psicossocial e deixa de... de diagnosticar patologias orgânicas importantes.

Dra. Helena: Até pra gente não psicopatologizar demais. Às vezes a gente percebe que o adolescente traz... Aquilo que ele traz não é uma queixa; não é uma doença. É uma etapa normal do desenvolvimento daquele ser humano. Que a família com dificuldades de lidar às vezes tende a querer patologizar. E se a gente também manda direto pra psicologia (...) reafirma essa condição. Então passa pela gente pra gente ver se é um adolescente normal ou se (...) realmente precisa do encaminhamento para a psicologia.

### Sobre as principais queixas trazidas aos consultórios:

Dra. Helena: Nós somos um hospital de referência. Então a população que a gente atende aqui... As patologias que a gente atende aqui... A gente vê muita patologia que todo mundo vê em cada unidade de saúde. Mas (...) vê patologias que a gente não vê em outras unidades. (...) Então se a gente for ver em termos de diagnóstico... É uma questão assim meio perigosa de cara descobrir quais os diagnósticos mais comuns porque o nosso... quadro de diagnóstico é como eu falei um pouco viciado. Porque a gente tem muita doença crônica. Porque também são poucos hospitais no Rio de Janeiro que (inaudível) o tratamento de doenças crônicas. Agora a gente tem como queixa mais freqüente é a cefaléia; dor de cabeça. Como queixa é a cefaléia. (inaudível) doenças respiratórias. As rinites... Os narizes escorrendo e as tosses... As dores abdominais são relativamente freqüentes. Mas agora: a gente tem um número muito grande de dores articulares; de quadros mais severos, porque nós somos referência. Então tudo que é mais grave acaba parando aqui também.

Dr. Pedro: Isso da parte orgânica. Se você for perguntar uma parte mais emocional, o que a gente vê muito é a rebeldia. Quer dizer, as mães não sabendo lidar com a rebeldia dos filhos... E problemas escolares. Ou seja, os problemas escolares que é um erro da medicina brasileira... Passa em um posto de saúde ou um ambulatório geral e eles encaminham para o psicólogo ou pro neurologista. Como aqui não vai pro psicólogo; primeiro passa pela gente; nós muitas vezes verificamos que o problema foi uma história mal verificada no... no... no local de

origem. Ou seja, o pessoal pensou “ah, tá mal na escola; está mal na escola vai pra psicologia...” Não; vai ver que o mal é na escola. O professor falta; é área de risco e tem que fechar a escola; os pais não sabem ler... Têm outros fatores que influenciam. (...).

Fernando Costa: E quadros de... (...) obesidade?...

DR. P.: Lotado; lotado. Inclusive... (inaudível) praticamente... Eu não sei o que aconteceu nas últimas... quatro semanas... A gente só está atendendo obesidade e pressão alta. Não sei drenou sem querer...

FC: Que é comum na obesidade. Pressão alta é mais comum na obesidade.

Dr. P.: Muito, muito.

FC: E há casos?... Quer dizer, casos devem ter... Mas assim... há frequência de hipertensão sem obesidade?

Dr. P.: Tem, mas é menor. É menor; é menor...

Dra. Helena: É menor; bem menor; muito menor... A principal causa é a obesidade. Sedentarismo. Associação da obesidade com o sedentarismo também...<sup>95</sup>

Essa é a versão predominante no ambulatório de adolescentes do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro, reproduzida, como se vê, nas entrevistas dos médicos que chefiam o serviço, mas também dos residentes integrados ao Programa de Educação Continuada (PEC) da instituição. Endossada até mesmo pelos demais membros da equipe – que, além dos pediatras e seus alunos, conta com duas psicólogas e uma enfermeira (também orientadora de estagiários em sua área) – não exatamente por concordância absoluta ou inocência em relação aos inevitáveis conflitos internos; mas por conformação com a versão oficial, como também ocorre em outras esferas sociais.

Cabe demonstrar o antagonismo entre o elemento orgânico e o emocional à amostra no conjunto de palavras acima. Por consequência de seu posicionamento a favor da determinação orgânica da maior parte das enfermidades, os médicos que dirigem o serviço de adolescentes da UFRJ questionam a decisão de encaminhamento para a psicologia tomada em postos de saúde ou outros locais de atendimento imediato; muitas vezes sem a

---

<sup>95</sup> Muitas citações de entrevistas serão longas para que delas se aproveite o fio discursivo desenvolvido pelos atores sociais, fundamentais a contextualização necessária ao aumento da densidade do dado que se quis construir; da questão a que me propus debater.

consulta prévia de um profissional da medicina<sup>96</sup>. Segundo o entendimento desses médicos, primeiro deveria se averiguar a possibilidade de existência de causas orgânicas para só depois, se fosse o caso, realizar o encaminhamento para o tratamento psicológico.

Por exemplo, podem interpretar que os problemas de aprendizagem estariam mais relacionados aos fenômenos que contam com “causas” sociais (falta de professores, condições da escola...) do que aos psicológicos. O que possivelmente reflete os conflitos político-organizativos entre emissores desses discursos e seus inimigos<sup>97</sup> mais destacados: exatamente os médicos que dialogam com conhecimentos oriundos do campo psi, geralmente dissidentes da orientação de anexação da adolescência pela pediatria.

Há certa afinidade entre os profissionais mais abertamente “biologizantes” da medicina do adolescente, em oposição aos posicionamentos provenientes do flanco psicológico, e os que pretendem mantê-la como área de atuação da pediatria. Esses, além de denunciarem o exagero das concepções que priorizam a esfera emocional do tratamento do adolescente, acabam por considerá-lo potencialmente prejudicial, pelo atraso dos diagnósticos mais precisos, posto que orgânicos. E tentam provar a existência de doenças típicas ou predominantes na adolescência, justificadoras de sua ênfase biológica.

---

<sup>96</sup> Essa discussão reproduz em pequena escala a pertinência ou não da regulação do chamado Ato Médico, alvo de intensas discussões por vários setores dos profissionais de saúde. Segundo esse princípio, haveria severa limitação dos serviços de profissionais do campo da saúde (como fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas etc), uma vez que precisariam, para realizar seus atendimentos, da autorização de um médico a comprovar sua “necessidade”.

<sup>97</sup> O uso do vocábulo inimigo deriva da compreensão partilhada com Carl Schmitt sobre a definição da política (SCHIMITT, 1992). Afirma ele: “O político precisa (...) situar-se em algumas distinções últimas, às quais pode reportar-se toda ação especificamente política. Admitamos que as distinções últimas no âmbito moral sejam bom e mau; no estético, belo e feio; no econômico, útil e prejudicial ou, por exemplo, rentável e não rentável. A questão, então, é se também existe uma distinção peculiar não semelhante ou análogo às demais, porém independente delas, auto-suficiente, e como tal evidente, como critério simples do político, e em que ela consiste.

A distinção especificamente política a que podem reportar-se as ações e os motivos políticos é a discriminação entre amigo e inimigo (SCHIMITT, 1992: p. 51).



Esse tipo de ênfase encontra bases internacionais. Um informe da OMS de 1977 faz a seguinte classificação de doenças em adolescentes: (1) doenças que se iniciam em fases anteriores da vida; (2) doenças específicas da adolescência; (3) doenças que prevalecem na comunidade geral e são freqüentes na adolescência; (4) doenças que permanecem ocultas ou inativas que começam a se manifestar na adolescência; (5) doenças que aumentam ou diminuem durante a adolescência (COLLI, 1979b: p. 110). Com base nessa classificação, a Dra. Anita Colli argumenta que a suposição da ausência de doenças orgânicas nesse período da vida acaba por afastar muitos médicos que poderiam estar realizando atendimento de adolescentes, uma vez que existiriam doenças específicas da adolescência<sup>98</sup>.

Outros médicos e instituições se inclinam a ênfases, projetos e ações voltados à esfera reconhecida como *psicossocial*, nunca inteiramente negligenciada por nenhum dos setores do atendimento do adolescente. Nem mesmo os membros mais “biologizantes” entre os profissionais dessa medicina parecem dispostos a negar publicamente sua importância, ainda que a pretendam minimizar; ponto atestado em falas e indicadores próprios. “E alguns problemas que são da esfera psicossocial...”, reconhecem os defensores mais aguerridos da ênfase mais biologizante. Problemas não resultantes de “causa” orgânica direta; mas das modas desses tempos que não se cansam de tão novos. Mas a questão é de ênfase; de recorte. E também de micropolítica.

De uma forma ou de outra, podemos confirmar os desmentidos acerca da ausência do elemento *bio* nas consultas de adolescentes, da suposição de que todo médico dessa área se preocupe exclusivamente com o aspecto *psicossocial* de suas “perturbações”. O destaque dependerá do modelo erguido, entre outras razões, por questões institucionais e políticas

---

<sup>98</sup> As doenças mencionadas são: problemas dentários, problemas nutricionais, corrimento vaginal, problemas menstruais, gravidez, infecções, acidentes, problemas ortopédicos, epilepsia, neoplasias e problemas oculares.

(resolvidos parcialmente nos jogos regionais, inclusive) em diferentes graus. Contudo, o campo pede respeito à definição de adolescência, não equivalente à de puberdade, ligada a questões não propriamente orgânicas.

Mesmo sem condições de assegurar generalidade suficiente às palavras proferidas por médicos de serviços e matizes diferentes, em minha pesquisa, o que ouvi, vi e li freqüentemente se ligava, mesmo indiretamente, como na demanda por resolução de problemas de crescimento e desenvolvimento físico, a temas *psicossociais* pensados pelo intermédio de interpretações calcadas na dimensão biológica do saber médico. A “fórmula” se mostrou abundante no campo de pesquisa e nas produções textuais consultadas.

Dessa maneira, a devoção por assuntos psíquicos e sociais se combina à cura das doenças consideradas físicas pelos que os procuram, reforçando a autoridade médica na área (sempre legitimada no seio das sociedades que passaram pelas transformações modernas exatamente pela capacidade curativa), que conferem a palavras parecidas, efeitos diferenciados e especiais pelo fato de advirem de pessoas reconhecidas como capazes de “salvar” vidas, posto que ligadas às “verdades” do corpo físico e, portanto, mais referendados para indicar preceitos de comportamento. Na maior parte das vezes, seu domínio técnico dita a preferência diante de outros agentes sociais e domínios, pois suas recomendações são consideradas mais respeitadas e confiáveis. E não por acaso. Por estarem fiados em saberes biológicos; sempre considerados fundamentais<sup>99</sup>.

---

<sup>99</sup> Curiosamente, os modernos tenderam a dar pouca importância a elementos considerados menos concretos da vida, como os de ordem simbólica. Pois vejam que incrível contradição: exatamente a sociedade que se pretende mais “avançada” que as demais, ignora a sofisticação das criações dos humanos como seres não condicionados diretamente pelo estômago ou pelos genes. Ver SAHLINS (2003).

Nunca existiu uma medicina do púbere ou da puberdade. Ficaria restrita, caso fosse criada, ao tratamento de problemas relacionados à maturação sexual e à formação das capacidades físicas, questões vinculadas às modificações corporais dos indivíduos humanos em processo de desenvolvimento, geralmente encaminhadas aos profissionais da endocrinologia<sup>100</sup>. Não foi o pretendido. A intenção era criar uma genuína medicina do adolescente, que abarcasse o tratamento orgânico em eventualidades clínicas, mas também o esclarecimento de “dúvidas” sobre as transformações típicas da faixa etária, nesse caso, em todos os aspectos, mesmo finalizado o período da puberdade e sua série de questões vinculadas ao crescimento e desenvolvimento dos órgãos humanos.

Mas o ponto central consiste na constatação de inexistência de uma medicina da puberdade ou dos púberes; de que essa não seria a problemática obrigatória (BOURDIEU, 1992a) dos profissionais que ouvi e li – mesmo entre os mais dispostos a defender a origem orgânica de seus problemas mais urgentes. Os primeiros serviços dão prova do fenômeno. Como insiste Buchianeri, muitos eventos de origem não orgânica foram neles debatidos desde os momentos iniciais (BUCHIANERI, 2004), chegando a serem considerados os mais dignos de atenção, em alguns casos pelos movimentos próprios de seus alvos: os membros da faixa etária atendida – por sua constante capacidade de mutação social e diversidade<sup>101</sup> – que tornaria inócua qualquer perspectiva não atenta à mutabilidade inerente aos seres humanos; em especial os que se encontram em transição.

Esse é o motivo da definição de adolescência estar geralmente vinculada à dimensão *psicossocial*. Em parte um reconhecimento das mutações comportamentais ligeiramente

---

<sup>100</sup> Nos compêndios de medicina do adolescente consultados (SETIAN, 1979; COATES, 1993), eram os endocrinologistas os responsáveis pela apresentação dos problemas de desenvolvimento precoce ou adiantado etc., estando, por isso, mais ligados a explicações sobre os eventos relacionados à puberdade.

<sup>101</sup> São tantas as chamadas tribos urbanas existentes que se torna tarefa difícil sua atual classificação.

concomitantes com o período de transformações orgânicas mais significativas como os processos de crescimento e desenvolvimento, ou os de completude da maturação sexual. “Marcas” que os levariam, em sociedades ditas “primitivas”, às deixadas pelos ritos de passagem; onde ficam evidentes os mecanismos de construção de seres humanos para o meio social.

Portanto, não falta quem entenda a tarefa prioritária dessa nova frente médica como a de intervenção nas manifestações desviantes dos adolescentes, uma vez que mínimas sua necessidade de tratamento de saúde física. Como disse um médico entrevistado por Buchianeri, “o profissional tem que ter a ‘coragem de se meter na vida do adolescente’ e ‘disponibilidade real de aceitar as dificuldades do adolescente’” (BUCHIANERI, 2004: p. 84). Nesse caso, esse “se meter” só teria lugar na área *psicossocial*, no campo comportamental e valorativo.

Uma médica entrevistada discorda da possibilidade da *hebiatria* ter sucesso fora do serviço ampliado, multiprofissional; desacreditando em sua aplicação regular e exclusiva de atendimentos médicos isolados<sup>102</sup>. Para ela, ao contrário do que sugerem as palavras acima, o adolescente não adoeceria com facilidade; inexistindo doenças específicas dessa faixa etária que justificassem o tratamento médico em larga escala, como no caso da pediatria. Afinal, não seria razoável imaginar que conte com a mesma demanda que as crianças em relação ao atendimento em consultórios privados, e também porque vários "problemas" dos adolescentes estariam associados às questões psicológicas e sociais. Por isso, defende o aberto caráter educativo e, em certa medida, restaurador dessa medicina argumentando que

---

<sup>102</sup> A instituição privada que visitei algumas vezes, onde fiz duas de minhas entrevistas, está voltada ao atendimento de adolescentes. Mas também atendiam crianças, uma vez que muitos dos profissionais filiados a essa clínica eram pediatras, o que indica certa dificuldade mercadológica em atender o público originalmente pretendido.

ela deveria se ater mais diretamente ao sentido promocional e preventivo de sua intervenção, em campos não propriamente orgânicos.

Pode ser que esse discurso advenha da própria especificidade do trabalho da doutora, ligado à atenção primária. Analisemos de forma mais ampla algumas de suas declarações.

Dra. Alice: Hoje em dia o que dá visibilidade à adolescência certamente não são as doenças dos adolescentes. São questões mais relacionadas à sexualidade, à violência, ao uso de drogas. Que tem uma... parte... desses problemas que dizem respeito à área da saúde, que desembocam na área da saúde, mas que não são problemas de saúde-doença, vamos dizer assim, que seja do nosso campo médico só. E... Então daí a questão da especialidade médica de adolescente não ter uma aceitação ou um conhecimento maior por parte da população, porque os adolescentes não ficam doentes; a adolescência é uma etapa da vida saudável. Então você não procura médico quando está na adolescência. E quando você tem uma doença, geralmente, é uma doença grave. Que não é uma doença da adolescência; é uma doença que está acontecendo na adolescência. E aí você geralmente procura o especialista naquela doença. Então você tem, por exemplo, um problema renal. Você tem uma doença que é mais prevalente na adolescência do que em outras faixas etárias. Você tem (inaudível), (inaudível), febre reumática; alguns (inaudível); alguns problemas relacionados a crescimento e desenvolvimento. E que, de forma geral, você vai procurar o especialista naquilo e não em adolescência. (...) O médico que é especialista em adolescência na realidade ele não trabalha sozinho. Não consegue trabalhar sozinho. Porque ele não lida com as questões sozinho. Porque está envolvido em questões sociais, psicológicas, culturais... Então o nosso trabalho... pra você oferecer uma... uma... uma boa saúde ao adolescente você precisa de uma equipe. Então eu não considero... que... é... a hebiatria como uma especialidade médica que o cara pode sozinho, abrir um consultório e viver disso. Enquanto você... como pediatra pode fazer porque existe volume de crianças doentes que justificam a procura de um médico. No caso da adolescência não. Então qual é a importância de um profissional de saúde, médico, dentro dessa área de adolescência?!... É mais a questão da promoção de saúde, a prevenção de doenças... do que propriamente do tratamento. Agora, nosso serviço aqui [NESA - Hospital Pedro Ernesto], ele se organizou de uma forma totalmente diferente disso que eu estou te falando. O serviço surgiu dentro de uma enfermaria.

Ou em outro momento:

Dra. Helena: Eu costumo perguntar pros meus alunos: me fala uma doença da adolescência, que seja da adolescência? Aí eles pensam, pensam, pensam e não conseguem responder. Aí eu falo: é, vocês não sabem porque não tem. Acho que a única que eu conheço é acne!... (risos).

Fernando Costa: E que pode não ser grave, mas que perturba bastante o adolescente... (risos)

Dra. Helena: Mas, enfim, é uma doença própria da adolescência. As outras são de outras faixas etárias às vezes mais prevalentes na adolescência.

### Ou pelas palavras de outro médico:

Dr. Marcelo: (...) O adolescente, ele está numa fase em que ele fica pouco doente. A verdade é assim. A gente tem picos de doença: a criança fica muito doente; doenças orgânicas... É resfriado, dor de garganta, dor de barriga, cólica, otite... Quem já teve filho sabe... Toda pessoa que tem uma lembrança boa da infância sabe, que na infância você fica muito doente. Na adolescência você passa um período com poucas recorrências clínicas!... E tanto a adolescência quanto o adulto jovem... E depois é que você vai voltar a ter outros problemas. Então é uma fase que as doenças orgânicas... Não que uma doença psiquiátrica, ainda mais eu que sai da psiquiatria, da psicologia, não seja uma doença. Você tem uma quantidade menor de doenças. Você fica doente muito menos vezes. Principalmente doenças agudas (inaudível). Você tem pouco. E o que (...) vai aparecer?!... A grande sacada do adolescente... É uma fase de transição, ao meu ver, (inaudível) a gente perdeu os grandes marcos de transição... Hoje existe adolescência socialmente falando, antigamente não existia. Existia... É uma coisa interessante. Antigamente existia puberdade e não adolescência. Hoje a gente tem puberdade em conjunto com a adolescência, com a síndrome da adolescência. Essa é uma visão que eu tenho. E o que acontece?!... Hoje a gente tem isso. Então, uma grande parte das queixas: é queixa de socialização, é queixa psiquiátrica... Entendeu?!... Então assim... Não é que o adolescente [seja] (...) tudo doido, é tudo (inaudível) mental; não é!... Mas existe uma grande parcela. Outra parcela dos adolescentes doentes... é... tem uma grande parcela de adolescentes doentes cronicamente. Que tem febre reumática, que tem um problema renal. Por isso que eu falo é melhor um clínico geral atender o... do que... que o pediatra. O clínico geral, ele está com mais... a pessoa que fez a residência de clínica médica tem mais visão de doença crônica do que o pediatra no geral.

Fernando Costa: Que está muito mais vinculado (inaudível) aquelas doenças típicas da infância.

Dr. Marcelo: Mais típicas... Tem doenças crônicas, mas é muito diferente. É muito... Uma coisa é você trabalhar uma criança com HIV, outra coisa é você tratar um adolescente com HIV. A dinâmica e as demandas do adolescente são muito mais compatíveis com um cara de trinta anos com HIV: (inaudível) sexual, adesão ao tratamento. Muito mais parecido. Por exemplo... Na prática, o pediatra não tem que se preocupar muito com a adesão ao tratamento. É uma preocupação, é. Mas não é uma preocupação final. Se ele pega gente com mais recursos, ele sabe que há grande probabilidade da criança aderir ao tratamento porque a mãe quer, a mãe que faz o tratamento. Agora, o adolescente não; o

adolescente está no limbo. Por isso que ele tem um... vamos dizer assim... um funcionamento de vida como adulto nessa partes, mas (inaudível) vai ter que ser adulto. Então assim funciona muito mais pro adulto que pra criança.

Segundo essas palavras, os maiores problemas do período de vida adolescente estariam no campo social, como na ênfase da doutora, ou no psíquico<sup>103</sup>, como destacado pelo doutor. De todo jeito, registrados em dimensões não *biológicas* dos males. Não por acaso, os dois estavam integrados, no momento das entrevistas, ao quadro de profissionais do Núcleo de Estudos da Adolescência (NESA) do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. A primeira como coordenadora de um dos setores e o segundo como residente.

Esse serviço é bem mais amplo do que o que está em funcionamento na UFRJ (entre outros motivos pela existência de atenção terciária<sup>104</sup> e de um quadro maior de categorias profissionais envolvidas<sup>105</sup>), além de claramente mais interessado no atendimento de questões *psicossociais* e no desenvolvimento de pesquisa acadêmica na área. Nesse espaço, críticas à Sociedade Brasileira de Pediatria, especialmente, à suposta tentativa de monopólio da medicina do adolescente, podem ser expressas sem constrangimentos. Enquanto no serviço da UFRJ, a tônica é de absoluto respeito pela Sociedade e suas diretrizes.

Para os profissionais do NESA, suas preocupações de promoção e prevenção da saúde em amplo sentido podem ser observadas nos programas de forte ênfase educativa,

---

<sup>103</sup> É preciso destacar que o médico em questão afirmou ter vivido parte de sua graduação em medicina, interessado em questões ligadas à psiquiatria, o que poderia, em parte, explicar sua preocupação ligada ao campo psíquico.

<sup>104</sup> O serviço de adolescência da UFRJ não possui enfermaria separada para o internamento de adolescentes.

<sup>105</sup> “A estrutura do NESA compreende três níveis de atenção: primário, secundário e terciário. A equipe fixa conta com 83 profissionais, dos quais 45 são de nível superior – das áreas de Medicina (10 especialidades), enfermagem, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social, fisioterapia, fonoaudiologia, biblioteconomia, comunicação e programação de sistemas de informática – e 38 de níveis médio e elementar. Na área docente o seu principal compromisso é a formação de profissionais críticos, competentes, capazes de intervir e transformar a realidade.” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002: Apresentação).

especialmente voltados à discussão da sexualidade adolescente, em três deles citados pela entrevistada: o Clinisex, o Elos e o Pros.

O Clinisex procura atender a qualquer demanda de informação ou tratamento relacionado à sexualidade, da busca de subsídios para o reconhecimento de dificuldades em relação ao desempenho sexual ao tratamento de doenças sexualmente transmissíveis. Mas além dos atendimentos clínicos e das informações provenientes de suas pesquisas, os profissionais envolvidos participam de atividades de promoção de saúde em escolas, feiras de saúde ou qualquer outro espaço onde possam desenvolver palestras sobre a sexualidade adolescente. Dessa maneira, é um programa que pode ir além dos muros onde o Núcleo se organiza administrativamente e realiza os atendimentos ambulatoriais dos adolescentes.

Elos é a abreviatura de Espaço de Livros de Orientação em Sexualidade; que funciona simultaneamente como biblioteca e videoteca, contendo material educativo diverso, à disposição, por empréstimo, de qualquer pessoa. De estudante de nível secundário de escolas próximas<sup>106</sup> a professores a procura de material para trabalhar com seus alunos e pesquisadores em antropologia, como eu, todos podem ter acesso aos livros e fitas sobre vários aspectos da adolescência<sup>107</sup>. É freqüentemente chamado de sala três, por ser esse o seu lugar nas dependências do NESA. Nesse caso, o Elos é um espaço de consulta e não propriamente um programa de ação que pode ser móvel.

A sala dois é o Pros (Programa de Orientação em Sexualidade), onde adolescentes são atendidos individualmente ou em grupos, a escolha deles, para receber orientações, principalmente, sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e métodos

---

<sup>106</sup> Curiosamente, próximo ao Hospital Pedro Ernesto e ao anexo que abriga o NESA, há duas escolas ligadas ao Governo do Estado do Rio de Janeiro.

<sup>107</sup> Vários livros e documentos por mim consultados foram conseguidos nesse local; entre outros, os ligados ao Ministério da Saúde. Tanto os que versam sobre o treinamento de profissionais que atendem adolescentes quanto os documentos relacionados particularmente à sua sexualidade.



contraceptivos. Ali, são distribuídos gratuitamente preservativos femininos<sup>108</sup> e masculinos. Ao contrário do Clinisex, a ênfase recai mais sobre a orientação do que sobre o atendimento.

Cabe ressaltar que todos esses programas contam com a colaboração de estudantes de diferentes cursos da universidade, como matemática, ciências sociais, comunicação social, odontologia etc; incentivados por bolsa de iniciação científica<sup>109</sup>. Afinal, o realizar desses programas não depende de formação médica uma vez que quase não abordam o tratamento de perturbações de destaque orgânico, o que deixa ainda mais claro o aspecto educativo dessas ações.

Ainda sobre as dimensões mais marcantes das “perturbações” adolescentes, é preciso considerar a dificuldade de desmembramento dos elementos biológicos, psicológicos ou sociais diante de queixas recorrentes como a cefaléia – a famosa “dor de cabeça”. Mesmo porque, segundo uma das enfermeiras entrevistadas no serviço da UFRJ, “adolescente adora sentir dor de cabeça”. Qual seria então “a” sua causa predominante?

Ao mesmo tempo em que sentida pelo jovem como dor física, de origem orgânica (podendo ser, por exemplo, originária de um distúrbio ocular), nunca é totalmente desvinculada de algum evento de ordem psicológica (CHIOZZA, 1987). Como também, pela regularidade (constância) na faixa etária, há razões para que seja imputada ao aprendizado inconsciente dos seres classificados como adolescentes de uns para os outros; na condição de grupo. Quiçá uma forma de alertar que não se sente bem em aspectos que podem ser diferentes!...

---

<sup>108</sup> Segundo a entrevistada, o NESA é o único lugar do Rio de Janeiro que distribui preservativos femininos para adolescentes. A iniciativa é fruto de convênio com o Ministério da Saúde.

<sup>109</sup> Curiosamente, segundo a entrevistada, não há alunos de medicina ligados a esses programas como bolsistas. A justificativa é a carga horária dita “puxada” do curso.

Portanto, a cefaléia é exemplar em sua confusão. Em sua capacidade de negar tranqüilidade aos classificadores. Como ilustração das dificuldades em generalizar sobre as perturbações humanas. Muito embora sob amparo de suas próprias palavras; ou, ao menos, sob o relato médico do que foi extraído diretamente do dizer dos membros dessa faixa etária.

À guisa de síntese, interessa destacar, de um lado, a existência de médicos que reconhecem a presença de doenças típicas da adolescência, minimizando o alcance dos problemas *psicossociais* ao mesmo tempo em que defendem a direção da medicina frente aos serviços de saúde de adolescentes; e, de outro, os que insistem na predominância dos “males” vinculados ao campo psíquico e social, propondo a criação de grandes projetos multi ou interdisciplinares de intervenção, quase sempre tendentes à crítica quanto à permanência da medicina do adolescente como área de atuação da pediatria.

Pode-se vincular a ênfase mais orgânica aos defensores mais aguerridos da permanência da medicina do adolescente como área de atuação da pediatria, o que, de forma não manifesta, traz a mensagem de que a adolescência teria vinculações diretas com elementos construídos pelos indivíduos que por ela passam e o meio social que os incentivam ou não a certas práticas. Afinal, sem mencionar questões de ordem política, quanto maior a ligação com as instituições de atendimento de crianças, mais destacada a ênfase biológica dos médicos envolvidos no atendimento de adolescentes. Considerando o alto índice de doenças orgânicas entre crianças (faixa etária de clássica intervenção pediátrica), supõe-se que quanto mais distante dela, mais afastado se estaria também das perturbações orgânicas. O que foi lido nos discursos e na prática dos profissionais observados.

Informações sobre gostos, modas e hábitos dessa faixa etária são difundidas por veículos comunicantes diversos, como mercadorias<sup>110</sup>, canais e programas de TV, revistas e *sites* próprios<sup>111</sup> – prontos a serem manipulados por interessados na compreensão dos condicionantes da explosão contemporânea da adolescência assim como dos significados presentes nas instituições que falam em seu nome (VIANNA, 2003), ponto sobre o qual, parcialmente, me atenho no próximo capítulo.

A acusação, que em superfície irrompe como piada, de que todo adolescente é, na verdade, um *aborrescente* figura entre os temas mais populares que gravitam em torno da faixa etária, apontando para o entendimento social, razoavelmente generalizado, de que a disposição para o trabalho, a paciência e a resignação diante de “chateações”<sup>112</sup> são os requisitos básicos para lidar com eles. Tal destaque pode ser visto em matérias de revistas veiculadas nacionalmente.

Por exemplo, a Revista Veja abordou esse e outros assuntos típicos nas três edições especialmente direcionadas aos adolescentes e aos seus pais lançadas neste século. A primeira chegou às bancas em setembro de 2001; a segunda, em agosto de 2003; por fim, em agosto de 2004, a terceira. Na apresentação de cada uma delas, somos informados sobre a consulta, dentro do possível, de especialistas para a fundamentação das matérias. Há, de mesma maneira, indicações sobre o farto uso de palavras dos próprios *adolescentes*, pela

---

<sup>110</sup> Octávio Ianni tem razão em destacar que a mercadoria carrega consigo valor e significado – e não apenas valor de uso ou de troca (IANNI, 1995). Marshal Sahlins dedica-se a demonstrar o caráter simbólico das escolhas realizadas pelos seres humanos no que diz respeito à alimentação e ao vestuário (SAHLINS, 2003). Assim, entendo que há neles também capacidade comunicativa.

<sup>111</sup> Por exemplo, os seguintes *sites* abordam particularmente questões relacionadas à adolescência: [www.adolescencia.org.br](http://www.adolescencia.org.br); [www.adolesc.br](http://www.adolesc.br); [www.asbrabr.com.br](http://www.asbrabr.com.br); [www.fia.rj.gov.br](http://www.fia.rj.gov.br); [www.therapon.org.br](http://www.therapon.org.br).

<sup>112</sup> A idéia de que o adolescente aborrece é encontrada na própria literatura hebiátrica. Defendendo o atendimento de adolescentes por pediatras, Marcondes afirma que eles teriam um dos quesitos fundamentais ao atendimento do adolescente: a paciência (MARCONDES, 1979). No que reforça a idéia de que é preciso uma disposição diferente do médico em relação ao adolescente, de “desconto” (como no dizer popular), que clínicos, por exemplo, estariam pouco dispostos a ter.

formação de uma linguagem própria e diferenciadora. O que, contudo, não impediu a manutenção da linguagem jornalística em suas sínteses.

Há curiosa oscilação interpretativa entre momentos *biologizantes* e *psicossociais* percebida nas matérias que tentam “desvendar” as causas dos “comportamentos característicos” dos adolescentes. Em uma mesma edição, hormônios eleitos por uma matéria como os responsáveis pela atitude de qualquer indivíduo cuja idade varie entre 10 e 20 anos incompletos (período da adolescência de acordo com a Organização Mundial de Saúde) podem ser, em matéria seguinte, por situação ligeiramente diversa, destronados de seu papel determinante em detrimento de fatores psicológicos ou sociais, se em pauta se encontrarem os reflexos culturais da globalização da economia ou do descentramento das relações sociais. Ainda sem desconsiderar os aspectos propriamente psíquicos e sociais da adolescência, cuja ênfase é procurada em alguns dos especialistas consultados, nunca perdem de vista a possibilidade de explicação orgânica; preferindo-a na medida do possível<sup>113</sup>.

Nesses casos, o tema que mais chamou atenção, por exemplar quanto às guinadas que favorecem a explicação através da biologia humana, foi o dedicado às diferenças comportamentais dos adolescentes como reflexo da falta de desenvolvimento de áreas específicas do cérebro; ou seja, que identifica a raiz cerebral da “estranha” normalidade *aborrescente*, abordada por matérias específicas em pelo menos duas das revistas especiais.

Entretanto, a matéria que está mais diretamente conectada à abordagem tipicamente biologizante ganhou espaço apenas na última edição da série, exatamente na seção Saúde, sendo intitulada *A Ciência Explica o Aborrescente*. Nela, condições cerebrais são

---

<sup>113</sup> É possível que tal preferência corresponda ao próprio pensar-valorar moderno, que tende a imaginar os elementos orgânicos como os mais facilmente apreensíveis pela mente humana – se não pela de todos, ao menos pela mente dos cientistas a eles vinculados.

relacionadas diretamente às causas das “chateações características” dos adolescentes, como falta de atenção, mudança de humor e explosões emocionais – sem nenhuma ponderação sobre quaisquer outros condicionantes (VEJA, 06/2004: p. 35).

De acordo com ela, certas regiões do cérebro só se tornariam maduras a partir dos 16 anos; enquanto outras, apenas aos 20. O que traria atrasos ao estabelecimento do comportamento maduro, definitivamente adulto; estimulando a atitude típica dos adolescentes (pós?-)modernos. Pela responsabilidade de cérebros incompletos; não plenamente “otimizados”. Sem que nada pudesse ser feito... Sem que eles próprios ou seus pais tenham qualquer coisa com isso!... Toda responsabilidade recairia sobre a “sábia” natureza.

Ao lado do mapeamento do cérebro, um quadro demonstrativo do que poderia ou não ser considerado normal entre adolescentes. Como uma síntese possível somente pela suposição de que o percebido como distúrbio na fase adulta deve ser tolerável nessa faixa etária ou deliberadamente esperado<sup>114</sup>. Entre os comportamentos *adolescentes* considerados normais foram listados: "matar" aulas, ouvir som no último volume, arrumar confusões com colegas... Entre os patológicos: quebrar a mobília, tirar dinheiro da carteira dos pais sem permissão, usar drogas e álcool, ameaçar se matar diante de contrariedades...

Interessante imaginar como "matar aulas" pode ser considerado "natural" pela carência de algum elemento em qualquer região do cérebro, uma vez que a escola e a ida regular de seres como nós a instituições como ela precisaram ser sentidos como necessidades em certos arranjos sociais e não pela ação mecânica de gen humano ou área desocupada nas profundezas de nossas cabeças. Uma vez que a escola, suas determinações

---

<sup>114</sup> Aí estaria o cerne da construção social da adolescência. A profecia que se auto-cumpre: a suposição de que o adolescente, até mesmo pela sua condição orgânica, disporia de certos álibis diante de atitudes vedadas aos seres considerados adultos nas sociedades contemporâneas.

e regras, conta com cambiantes, porém históricas, certidões de nascimento social (ARIÈS, 1976).

Mas a questão se torna menos curiosa e mais alarmante quando pensamos na forma despreocupada com que fronteiras entre normalidade/anormalidade são apresentadas nos meios de comunicação, desprovidas de critérios mínimos para qualquer classificação razoável, supostas como pacíficas tão somente porque relacionadas à dimensão que mais incita o convencimento sobre a interpretação acerca dos seres humanos em sociedades que passaram por construções modernas: a *biológica*.

Mesmo especialistas competentes, que obtivessem êxito, através de exames e medicamentos, na cura de males que agem sobre o organismo humano, não teriam como explicar, sem qualquer matização, por classificação universal, à variedade de comportamentos de seres que dispõem de modelos cognitivo e valorativo diversos, como os humanos.

É preciso frisar que atitudes adolescentes estão sendo reduzidas, de maneira apressada, ao plano *biológico* pela suposição do que diriam seus especialistas. Nas ondas (e nos cabos) dos meios de comunicação de massa... Atitude contrária a dos médicos consultados para a realização dessa pesquisa, mesmo os que dispõem de discursos biologizantes, posto que estariam de acordo quanto ao fato de ser a *adolescência* um fenômeno fundamentalmente *psicossocial*<sup>115</sup> ou, no mínimo, por reconhecerem a não exclusividade das necessidades orgânicas de sua clientela típica. Não obstante, profissionais da medicina proferem depoimentos em contrário, fornecendo seus nomes e títulos à

---

<sup>115</sup> Poderia se argumentar, pressupondo inocência, que eles apenas reproduziram o esperado por um entrevistador antropólogo. Muito embora, tal suposição se mostre parcialmente correta, uma vez que já é de conhecimento antropológico que a posição do pesquisador altera o colorido das informações recebidas dos entrevistados em um campo de pesquisa (BERREMAN, 1990), dados construídos a partir da própria literatura médica assegurariam a não contradição dessas palavras; validando sua ênfase no *psicossocial*.

legitimação jornalística... Tais “vulgarizações” podem advir do uso, comum em jornalismo, de especialistas para conferir autoridade às suposições presentes no esboço da matéria, sem que suas palavras ganhem espaço condizente com o tempo disponível ao jornalista no resultado final do trabalho informativo.

Trago a discussão à amostra apenas para ressaltar o quanto ensinamentos que arrogam legitimação orgânica, supostamente médica inclusive, independem, muitas vezes, da aprovação explícita de seus profissionais, como no caso acima; o que facilita o estabelecimento de verdades cuja validade é imposta como universal sem sequer passar pelo crivo do corpo médico.

O caso acima prevê a determinação cerebral dos comportamentos entendidos como típicos na *adolescência*. Mas o que aconteceria com os que não apresentam tais “sintomas naturais”? Seriam anômalos por sua “normalidade” (sob padrões *adultos*)? Teriam o cérebro deficiente pela própria “inexistência” de “deficiências”? Seriam responsáveis (esses sim!...) por sua maturidade?... Ou estariam ultrapassando os limites esperados dos adolescentes, passando de desaforado (desatinado?!...) à doente, à anormal?

Se, por um lado, tais explicações isentam o adolescente de qualquer responsabilidade, no sentido de torná-lo “vítima” de seu “despreparo” orgânico; por outro, dizem ser um “inadaptável por natureza”; direcionando-o a um papel de passividade social (BOURDIEU, 1983). Assim, podem ser entendidos sem serem respeitados; tolerados, sem que se precise “levá-los a sério”... Como *aborrescentes*... Se não “conseguem” se comportar condignamente, que então se contentem com o comando dos pais e de outros adultos através da naturalização de suas práticas e da formulação de classificações sobre seu comportamento anômalo, mecanismos que sempre possibilitaram boas imposições. A isso pode levar o argumento cerebral acima.

Na última revista da série, as causas da *aborrescência*, pretensamente identificadas no mapeamento cerebral do adolescente, contam com um número maior de ingredientes. Argumenta-se, por exemplo, que o não desenvolvimento do córtex pré-frontal, encarregado pelo senso de responsabilidade<sup>116</sup> seria a fonte das atitudes "intempestivas e irrefletidas" dos adolescentes.

A “natureza” seria taxativa:

"Do sexo sem preservativo à imprudência na direção, os adolescentes assumem comportamentos irresponsáveis em parte porque as estruturas mentais que inibem respostas intempestivas ainda não se consolidaram" (VEJA, 06/2004: p. 35).

Diante de tal argumento, só a explicação biológica ocupa lugar de destaque entre as que pretendem entender a saúde do *adolescente*; de revelação conectada à “verdade verdadeira” (como no dizer reproduzido/induzido às/das crianças) de seus comportamentos. Dimensões culturais não encontrariam discussão. Aliás, daí deriva uma nova curiosidade.

Vi<sup>117</sup> no universo jornalístico uma tendência a cindir o âmbito de exposição dos diversos especialistas: quando as questões discutidas são interpretadas como “sociais”, chamam-se profissionais do campo sociológico; frente a considerações pretensamente universais sobre o comportamento adolescente, procuram-se neurologistas e outros profissionais, ligados ao grande campo da biologia ou com ele afinado – como no caso das

---

<sup>116</sup> Curiosamente, nunca é posta em questão o extremo cuidado com que o mesmo jovem que parece limpar os pés nas etiquetas sociais pode cuidar com afincos de sua coleção de discos ou com o rigor de sua aparência descuidada; afinal, pode demonstrar extrema responsabilidade em relação aos ensaios e à aparelhagem sonora de sua banda de *trash metal*.

<sup>117</sup> Estou entre os que, pensando o fazer antropológico como uma forma de interpretação de elementos particulares conectados no interior de sistemas simbólicos (GEERTZ, 1989 e 2001a), procura ler construções culturais como produções textuais.



psicólogas abaixo. Tal cisão beneficia, claramente, a explicação biologizante dos males; como se solo firme se constituísse para as alterações “meramente” culturais.

A matéria *Além da "aborrescência"*, publicada pela Veja em 16 de agosto de 2006, volta ao tema desta vez ressaltando a ocorrência de estresse na adolescência<sup>118</sup>. Duas psicólogas dão depoimento sobre as principais causas do mal. Por encomenda da revista, uma delas constrói uma escala com vinte itens, cuja aferição poderia indicar se o adolescente estaria estressado, podendo servir de guia para sua avaliação, desde que não entendido como diagnóstico, de acordo com o alerta da própria reportagem, ao mesmo tempo em que trata a encomendada criação da doutora como uma forma de atestar se um adolescente está ou não estressado. Testes típicos de revistas populares, tomados como índice de estresse juvenil. Se dos vinte itens listados, onze forem marcados, é sinal de que há índices de estresse no adolescente. Assim... A matéria descreve, em detalhes, o caso vivido por um adolescente estressado.

Abaixo, analiso algumas questões salientes apresentadas.

Em primeiro lugar, a idéia de que todo *adolescente* é, por natureza, um *aborrescente*. Um ser estruturalmente necessitado de compreensão especial, dentro de limites seguros ainda que mascarado por discursos pouco mais maleáveis, posto que por trás de permissão deliberada pode se esconder estratégias de mando e conservação ainda mais severas. Dizeres sustentados na suposição de fronteira entre o normal e o patológico. A despeito da justificação das "diferenças" e do reconhecimento de formas alternativas de comportamento (de maneira geral, aceitas nessa faixa etária mais do que em outras), das

---

<sup>118</sup> Trata de demonstrar que o estresse adolescente não se apresenta de acordo com as mesmas características do estresse adulto, possuindo causas e manifestações próprias.

múltiplas identidades. Pois apontam para uma irresponsabilidade passiva. Um descompromisso imaturo e dependente.

Em segundo, o curioso sustentáculo da matéria, erguida por psicólogas. Ainda que o campo "psi" seja demasiado vasto para permitir qualquer avaliação de conjunto, e que métodos mais complexos e menos imediatos, como a psicanálise, não sejam vistos, geralmente, como a "melhor escolha" profissional para atendimentos pontuais<sup>119</sup>, confesso, não esperava ler argumentos tão biologicamente endossados por profissionais inseridos no campo "psicólogo". Mas, “pré-noções” antropológicas de lado: segundo elas, os componentes tidos como fundamentais à vida adolescente seriam impedidos em sua manifestação pelo estresse específico que o acomete, podendo trazer potenciais conseqüências futuras.

Em terceiro, a quantificação dos comportamentos que oferece “certeza” talvez demasiada aos pais; como a da ausência de parâmetros claros para separar uma tristeza intensa de um quadro depressivo. Afinal, pontos de vista diferentes podem fazer com que pareçam "normais" possíveis "estressados" (a seguir as categorias oferecidas) e vice-versa. Dependerá, por exemplo, de se estar mais interessado em "ver problemas extras" em seus filhos; ou, ao contrário, em observar a extravagância de atos "alternativos" (dentro dos “critérios estabelecidos” pela lista "normais") sem que nada os faça pensar.

Em quarto, a ausência de consideração sobre diferenças entre classes sociais ou qualquer outro agrupamento de natureza social. Todos os adolescentes seriam iguais;

---

<sup>119</sup> Por exemplo, na entrevista a mim concedida, as psicólogas do serviço de adolescentes da UFRJ afirmam não ser possível, o que é facilmente explicável pelo tempo e a forma de trabalho de que dispõem, a utilização de métodos como a psicanálise com os grupos de adolescentes que chegam até elas. Muito embora, admitam que trazê-lo como “pano de fundo” de suas análises.

independente de onde vieram; de que símbolos os norteiam, e de como se comportam como membros de grupos específicos. Agindo por pura “natureza”.

De forma geral, a explicação psiquiátrica e psicológica sobre a adolescência (muitas vezes complementar ao discurso apresentado pela *hebiatria*; senão em sua integridade, ao menos, em flancos fundamentais de seu fazer em território brasileiro) tende a universalizar a categoria adolescente. Não propriamente como um reflexo das transformações corporais em si, como descrito acima, mas pelo impacto dessas modificações orgânicas sob a psique humana. Adolescentes de todo mundo estariam unidos pelo império de lutos (ou perdas) vistos como provenientes das alterações corporais e dos novos papéis assumidos; para os quais estariam despreparados tanto quanto os seus pais.

“a adolescência é uma verdadeira e autêntica fase evolutiva do ser humano e (...) deve ser considerada desde os vértice biológico, social e psicológico, aprofundando cada área para integrá-los na compreensão da personalidade adolescente de nossa época. Entretanto, deve-se marcar claramente que a adolescência não é simples produto de um tipo de sociedade ou sistema sócio-político, nem situação ligada a determinado nível sócio-econômico da população e sim uma parte – o período – fundamental de todo o processo de desenvolvimento humano, no qual os fatores sócio-político-econômicos participam de forma intensa” (KNOBEL, 1993: p. 30).

O trecho do artigo citado reforça a visão de que, a despeito da “participação intensa” de fatores sociais, a adolescência seria mesmo um processo evolutivo vivido de forma universal; com angústias e realizações próprias.

Dra. Gisela: É... Eu diria assim: a fase inicial do adolescente, da adolescência, eu diria assim: ela traz uma dificuldade maior de manejo. E de adequação daquele adolescente. Por quê?...

Fernando Costa: Em relação ao mundo?!...

Dra. Gisela: Porque aquela história que a gente fala dos lutos; dos lutos do corpo infantil, do pai infantil. Quer dizer, é onde o adolescente, ele está meio fora de linha, ele não sabe direito o que está fazendo ali, ele não é criança, ele não é

adolescente. O corpo muda. As (inaudível) mudam; os interesses mudam; os pais também mudam. Quer dizer, eles também estão perdendo o filho infantil, estão tendo que dar mais autonomia pra aquele filho. Isso cria uma série de conflitos às vezes na família. O adolescente querendo; os pais não deixando; o pai não sabendo se é o momento ou não; aquela dificuldade: é o momento de dar orientação ou não?... Os medos, as aflições. Então, esse início de adolescência, a gente pode situar assim, como uma coisa assim, por ser mais aflito e mais tumultuado essa relação, porque é uma coisa nova pra essa família, da gente ter uma procura maior até dos pais a (...) receber orientação. Nós aqui no Instituto, nós trabalhamos com uma clientela, daqui das mediações, que tem uma carga e uma experiência de vida diferente daquele adolescente que vai pro consultório. Quer dizer, ontem mesmo você... A gente falou naquela reunião, que ela falou assim: “menina prostituta na maré com quinze anos já está velha!”. Nós temos, o nosso adolescente aqui ele tem uma vivência... A gente tem muito... tem casos de abusos. Nós temos caso...

O discurso reproduzido acima é típico entre interpretações do campo psi voltadas à adolescência. Em seus fundamentos, a noção de que, na adolescência, teriam lugar três perdas fundamentais: (a) a do corpo infantil; (b) a dos pais da infância, e (c) a da identidade e papel sócio-familiar infantil (KNOBEL, 1993); também chamados lutos, como na entrevista com a psicóloga referida. Levisky acrescenta um outro (sob sua linguagem) luto: (d) o da bissexualidade infantil (LEVISKY, 1979).

Interessante perceber que no prosseguimento do trecho selecionado, depois de assumido o discurso típico<sup>120</sup> sobre a *adolescência* (o que revela a tendência generalizante), uma perspectiva particularista é assumida ao diferenciar, não apenas por hábitos, mas também por formas visíveis do corpo, as adolescentes prostitutas da Maré (que com quinze anos já estariam velhas!...) das *meninas* atendidas em consultórios psicológicos direcionados à classe média. Em certa medida, essa passagem faz com que sejam reconhecidas diferenciações sociais ausentes em outros momentos dos discursos proferidos.

---

<sup>120</sup> Como disse anteriormente, o campo psi é vasto demais para que seja possível a generalização de tais afirmações. Por isso, uso o termo “discurso típico”. Porque encontrado na fala de muitos profissionais e reproduzido na maior parte dos livros dedicados à medicina do adolescente.

Outra interpretação freqüente ao campo psi é a de que, apesar das contestações e rebeldias, o adolescente estaria tentando garantir atenção, e até mesmo “repressão”, de forma inconsciente, com as atitudes que tomam frente aos seus pais. Estaria, simultaneamente, se afirmando, pedindo limites e testando a seriedade das normas impostas. Ou seja, essa percepção tende a ler nas expressões dos adolescentes um chamado ao controle, à educação e, por fim, à própria repressão dos atos considerados hostis ou inapropriados.

“... o jovem para auto-afirmar-se agride e desvaloriza seus pais. Isto não significa que o jovem não goste deles, pelo contrário, necessita deles com sua presença e supervisão à distância.” (LEVISKY, 1979: p. 81)

Contudo, outros especialistas em adolescente reconhecem que nem todos apresentam quadros destacados de rebeldia e comportamentos considerados possivelmente desviantes para a maior parte dos adultos. Essa “maioria silenciosa” não se encaixa nas caricaturas sobre a faixa etária e, talvez por isso, é pouco mencionada nos meios de comunicação e setores da própria medicina.

“... nem todos os adolescentes passam irremediavelmente por um período de turbulência neste período de vida” (SOUZA, 1999: p. 18).

Ou:

“Apesar de haver ainda muitos preconceitos e alguns tabus cercando a consulta do adolescente, é importante lembrar que em muitos casos, senão na maioria deles, o jovem atravessa a adolescência sem qualquer problema que chame, por demais, a atenção. Bem adaptados na família, na escola, no trabalho e na sociedade como um todo, esses adolescentes preparam o dia de amanhã com calma, equilíbrio e amadurecimento, desmentindo assim o mito de que todo adolescente seria problemático” (SANTANA, 1993: p. 11)

Toma vulto entre profissionais de saúde e meios de comunicação (A GAZETA, 11/03/2007) a identificação do *bullying*, que consiste na intimidação ou constrangimento causados por *implicâncias* e agressões verbais ou físicas, principalmente nas escolas, mas também em outros locais de agrupamento de adolescentes, sem mencionar as cobranças abusivas e depreciativas advindas dos próprios pais. Esse “mal” tem sido percebido como causa de fortes distúrbios psicológicos, podendo implicar em comportamentos agressivos na fase adulta. O indivíduo que sofre escárnio nessa faixa etária tenderia à violência e à dificuldade de relacionamentos presentes e futuros. Dessa forma, as interações adolescente-adolescente e adolescente-pais podem causar danos irreparáveis à saúde mental de alguém.

Dra. Gisela: A outra dificuldade escolar... E que ontem, até nessa reunião foi abordada ali, que é o pior caso, que eu acho, não vi a criança que foi colocada ali, mas que é muito freqüente, é a questão do *bullying* – daquele adolescente que sofre as deprecições e, com isso, ele começa a apresentar uma queda escolar; ele rejeita ir à escola porque ele não consegue esse enfrentamento com os colegas... pra ele é uma coisa muito sofrida... Então o *bullying*, hoje, é uma coisa que está sendo muito vista... A nível das... das escolas, a nível do... De como o adolescente... O que ele sofre. E o *bullying* pode vir através de um professor, pode vir através de um grupo, pode vir através de um colega, isso é uma coisa que a gente percebe muito aqui. E existe a questão também do adolescente que sofre abuso psicológico até por parte da família. Que é aquele adolescente que desde criança apresenta uma dificuldade escolar e ele é comparado o tempo todo. E ele: “ah, você é burro! Você é isso!” E o pai e a mãe cobram: “Você é um imbecil! Você está na escola...” E aquele adolescente não consegue realmente melhorar essa performance dele porque é o sentimento de “menos valia” dele, a auto-estima está muito... Está muito depreciada.

Nessa abordagem – por fim – os pais foram vistos como responsáveis pelas dificuldades fundamentais do *adolescente* (principalmente por seu “não saber lidar”), o que remeteria à necessidade de ajuda informativa extra (de especialistas); ou, inversamente, por taxar como problema o que é comum a todos os *adolescentes*. Ou seja, tanto por não saber dar limites claros aos filhos quanto por cobrar demais deles, a depender dos casos. Porém, destacadamente, o acento recaiu sobre a ausência de responsabilidades em relação ao

comportamento dos filhos, atribuindo a outrem o que seria tarefa sua; como se professores, babás e especialistas (como os psicólogos) pudessem desempenhar “sozinhos” o papel de educadores<sup>121</sup>.

Dra. Gisela: (...) até pela condição do momento histórico que a gente está vivendo, pelas dificuldades de vida, de trabalho, de permanência em casa; de vida. Então os pais delegam a outras pessoas a questão da educação daquele filho. Estou falando de maneira geral, de uma maneira geral... Classe média, classe alta, não sei quê... A gente vê muito na classe média alta, a questão do papel da babá. É... Babá que leva filho pro médico; é a babá (inaudível); babá que (inaudível) os horários; a mãe da criança (inaudível) determinada roupa. Então você começa a perceber esse tipo de coisa, e aqui também isso acontece... Então existem alguns casos aqui que a gente percebe claramente o seguinte: “tá na psicóloga!!...” “Está na psicóloga!” Entendeu?!... “Gasto meu tempo pra ir lá; vou lá toda a semana; gasto dinheiro de passagem!... Está na psicóloga!” Então aí você fica repetindo aquela orientação pra aquela mãe, que vê de repente assim (afina a voz): “A menina não melhora!”

Dra. Joana: “Ela não emagrece!...”

Dra. G: “Ela não melhora!” Aí você vira e olha só: “Como é a sua compra de supermercado? Como é o seu hábito alimentar?” Por exemplo, seu hábito alimentar...

Fernando Costa: Mesma questão (inaudível)...

Dra. Gisela: Aí você dá o xeque mate. “Não, eu faço. A senhora falou. O que a senhora falou, a senhora me orientou, eu faço! Mas aí fica com minha mãe, minha mãe ó... dá o biscoito, dá três horas da tarde o que ele quiser”. Aí você dá o xeque mate. Você fala assim: “mas aí não adianta nada; eu estou te dando uma orientação e você tem que chegar lá pra sua mãe e dizer que isso aí vai ser ruim pra ele. Você não gosta dele, você não quer o melhor pra ele... Bá, ba, ba, ba...” Quer dizer, o que a gente percebe hoje, de uma certa maneira, é o seguinte: está na psicóloga, está bom. Está na escola: professora maravilhosa vai educar, vai dizer que ele não tem que tirar meleca do nariz; que a menina tem que sentar de pernas fechadas. E ainda cobra da professora determinados tipos de comportamentos que não é papel da professora. Então hoje a gente está vendo muito isso, os pais estão delegando a coisa do social e a coisa do profissional à educação dos seus filhos.

Contudo, o entendimento psicológico do adolescente não invalida as considerações sociais; podendo preferi-las, inclusive, às mais claramente biologizantes. Em especial, no que tange ao impacto de alterações culturais sobre os conflitos psíquicos concomitantes às

---

<sup>121</sup> Jurandir Freire Costa pensa até que ponto os especialistas não seriam responsáveis pela criação de problemas familiares ao questionar a estabilidade da família contemporânea; criando direções para a sua resolução que sequer seriam possíveis ou desejáveis (COSTA, 1989). Em outras palavras, idealizando demasiadamente a própria família como entidade social.

modificações corporais características. Por exemplo, pelo anúncio precoce de temas ligados à sexualidade por muitos meios, percebe-se, no decorrer dos anos, uma diminuição do *período de latência*<sup>122</sup>, que levaria, concomitantemente, a um encurtamento da infância e a uma chegada mais rápida tanto da puberdade quanto de todos os demais aspectos da *adolescência*. Tal fenômeno demonstraria a interferência de características sociais sobre o biológico; de informações recebidas como membros de um grupo social, portanto; e não apenas sobre a área de organização emocional, que tornam precoces as alterações físicas que possivelmente só ocorreriam mais tarde.

Muitos médicos de adolescente expandiram seus conhecimentos na direção do campo psi, especialmente da psicanálise, como os doutores José Ottoni Outeiral. Também Luís Guilherme Buchianeri realizou tal caminhada, uma vez que esse último defendeu sua dissertação de mestrado em psicologia social. Além desses, uma de minhas entrevistadas também afirmou está cada vez mais próxima da psicanálise. Contudo, é importante destacar que isso não os afasta, por seus próprios pontos de vista, da medicina do adolescente; mas ao contrário. Como a entrevistada que aborda as questões levantadas pelo intermédio de uma óptica psicanalítica, no trecho que segue.

Fernando Costa: Por exemplo, quais os problemas que eles apresentam?

Dra. Paula: Por exemplo, a rebeldia; a própria... uma coisa como... o próprio uso de drogas que é uma coisa que atinge muito. A gravidez na adolescência. São todos problemas muito sérios dos adolescentes e que, na verdade, a gente estudando psicanálise a gente vê que não são problemas dos adolescentes, são problemas da família dele, pai e mãe e do contexto que ele viveu até aquele momento e que desemboca num problema desse. E que o pai vem tratar o adolescente quando, na verdade, a gente precisava estar tratando, principalmente, aquela família.

---

<sup>122</sup> O período de latência é um conceito cunhado no interior da tradição psicanalítica. Trata-se de uma etapa da vida humana compreendida entre os 6-7 anos até as primeiras manifestações da puberdade. Nele, haveria uma pausa na evolução da sexualidade, o que não significa que a criança não despertaria nenhum interesse sexual até o momento da puberdade.



Disse acima que campos de atuação da medicina, ligados a grupos etários ou de gênero, além de se aterem a questões particulares do ciclo biológico desses pacientes, acabam por ajudá-los na regulação de seu comportamento social. Simoni Lahud Guedes, através do mapeamento dos pressupostos orientadores da geriatria e gerontologia (um campo interdisciplinar de estudos e tratamento de idosos, que inclui, entre outros profissionais, geriatras, psicólogos, assistentes sociais), demonstrou o quanto, a despeito do discurso de inclusão disciplinar, a diretriz sempre é médica. Ou seja, as palavras usadas para a integração em equipes interdisciplinares, mesmo que transforme os saberes dos profissionais não médicos em apêndices de seu trabalho, serão sempre eufóricos em relação à defesa da interdisciplinaridade.

Talvez por acreditar na expansão geral da medicina para a dimensão *psicossocial*, Dr. Marcelo, que se interessara, quando estudante de graduação, pela especialidade psiquiátrica, compara *hebiatria* e geriatria, argumentando que até pouco tempo essa última não passava de uma especialidade sem visibilidade, até conquistar tanto mercado quanto respeitabilidade no meio médico. O mesmo ocorreria, segundo ele, com a medicina do adolescente, o que demonstraria ser um campo em expansão.

Importa saber que além de se tornar um corpo de saberes e tratamentos sobre os adolescentes que tenciona evitar que se tornem vítimas de males físicos, busca também protegê-los dos problemas psíquicos e sociais. Estaria na responsabilidade pela identificação e possíveis acertos entre o normal e o patológico os traços centrais da regulação social realizadas pela medicina do adolescente.

Por isso, os sintomas mais destacados estejam relacionados à violência urbana, à gravidez na *adolescência*, ao consumo e tráfico de drogas, à obesidade... Além dos

distúrbios alimentares razoavelmente recentes como a anorexia, bulimia e vigorexia. Mas também a vigia quanto aos maus tratos que podem sofrer, muitas vezes de seus pais, tanto por agressão física como por negligência.

Fernando Costa: Só a questão da violência e eu incluiria, por uma questão de tempo, outras discussões ligadas aos adolescentes (inaudível) como uso de drogas e tudo mais... A senhora estava falando dessa questão... Isso é muito comum, receber aqui, por exemplo, adolescentes que tiveram... Foram vítimas de violência?...

Dra. Alice: É. Nada de raro; comum demais. E não só o adolescente que... Que veio aqui com essa queixa; mas você detectar em um atendimento comum, situações de violência.

FC: Escamoteada num primeiro momento então?...

Dra. Alice: E que essa não é a queixa. Violência do tipo... Você tem vários tipos de violência. Negligência é o mais comum. Então, adolescentes que são... Não são cuidados pela família. Então, por exemplo, uma menina de 12 anos que eu atendi, com suspeita de gravidez. 12 anos. Ela veio com uma boneca. Aí eu fui investigar a situação... Quer dizer, a princípio, um médico comum, faria o quê?! Faria um teste de gravidez; suspeita de gravidez e tal. Acabaria ali o atendimento médico. Mas nós aqui não fazemos assim, a gente procura conhecer a pessoa como um todo. Aí essa menina... é... até um mês atrás, ela morava com a mãe e com a avó. Aí a mãe ficou sabendo que ela “se perdeu” com o namorado, então mandou ela morar na casa do namorado. Então há um mês ela está morando com o namorado de 18 anos, que é um menino com problema na justiça, ele já participou de assalto e roubo... Estava em liberdade condicional... E a menina totalmente... É... Ela é uma menina de 12 anos, apesar de ter menstruado e de ter tido relações sexuais. Mas essa mãe foi absolutamente negligente de... Primeiro de não proteger essa menina pra ela não se expor a essa situação, a esse risco. E segundo que... Te... Expulsou ela de casa pra morar com o namorado porque ela tinha “se perdido” com ele. Isso é uma violência. Um exemplo de violência. Outro exemplo: uma vez eu atendi uma menina surda e muda, já tinha um filho, 16 anos... E o... E estava com suspeita de gravidez. Analfabeta, jamais foi levada pra uma escola especial pra aprender numa linguagem... (silêncio por uns instantes).

FC: Própria.

Dra. A: Própria. O motivo da consulta não era esse. Era uma consulta clínica. Eu nem lembro qual o motivo da consulta porque acaba não sendo tão menos importante o motivo da consulta... E essa menina, o filho dela era do cunhado. Ela tomava conta, ela era babá, da filha da irmã e o cunhado ficou desempregado...

FC: Aí houve...

Dra. A: É. Estuprou ela.

FC: Foi estupro então?!... (Nesse momento recebo um olhar fulminante, um misto de repreensão moral e de imputação de ignorância, por eu ter feito a pergunta; uma vez que, independente de “permissão” ou não, o caso é visto como estupro por médicos e justiça). Quer dizer, nesse caso é...

Dra. A: E ela... Há dois anos já tinha a criança. Mas esse não era o motivo da consulta. Então a gente identifica situações de violência na... No dia-a-dia do

nosso atendimento em que essa não é a queixa. Se você (inaudível), tem que atuar. Você não pode ver uma situação dessas... E... E... Fingir que não viu. Você tem que fazer algum tipo de intervenção pra proteger, pra melhorar essa situação. Crianças fora da escola, crianças que trabalham. Enfim, são “n” situações de violência, que a gente identifica no dia-a-dia do atendimento no ambulatório e que não é a queixa da pessoa.

A violência foi, portanto, concebida de forma bastante ampla. Tanto que ficou explícito o entendimento de que é preciso investigar o que está ocorrendo com o *adolescente* em sua totalidade. Na tentativa de um saber que vá além da queixa inicial; o contrário do realizado por especialistas típicos. O diferencial da medicina do adolescente. Muito embora, a legitimidade para este tipo de intervenção ganhe em sua capacidade de curar, de dar jeito no que se tornou patológico, seu principal sustentáculo, reforçando a legitimidade de sua intervenção, diferenciada de outros campos do saber.

### *Capítulo 3: Como (se) adolece um corpo?!..*

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera *adolescência* a fase da vida humana compreendida entre os 10 e os 20 anos incompletos.

“Segundo relatório de especialistas da Organização Mundial de Saúde, adolescência corresponderia ao período de vida situado entre 10 e 19 anos, com dois subperíodos, de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos. Os referidos especialistas introduzem, também, o conceito de juventude como sendo o período compreendido entre 15 e 25 anos de idade. Assim, o hipotético limite superior da adolescência, antes referido de 25 anos, melhor seria o limite da juventude, já que a adolescência terminaria mesmo aos 20 anos de idade”. (MARCONDES, 1979: p. 3 e 4).

De acordo com tal diretriz<sup>123</sup>, haveria *jovens adolescentes e adultos*; assim como *adolescentes jovens* ou não, o que demonstra a frouxidão classificatória para cima e para baixo das grades terminológicas a que os indivíduos reais, de carne e osso, que constroem mundos e são construídos por eles, podem habitar. Tal interpretação confirma o que vem sendo afirmado por várias frentes do saber acadêmico, e pela antropológica em particular, sobre a inevitabilidade e relativa arbitrariedade das classificações humanas; o quanto pela necessidade de amarrar o entendido como similar, os seres humanos forçam barreiras e naturezas, forjando construções que estabelecem segurança ao agir no planeta onde estamos.

Além disso, pelo uso corrente do termo *pré-adolescente*, em especial na mediação realizada pelas produções jornalísticas – que costuma englobar nessa categoria indivíduos

---

<sup>123</sup> É preciso destacar que tal conceituação foi encontrada em uma coletânea publicada no final da década de 70 – demonstrando não ser recente a classificação ampliada de *adolescente*. O que não significa fora do âmbito de atuação médica, que, em outras instâncias, pode servir de localização no mesmo sentido.

entre 9 e 13 anos de idade (VEJA RIO, 10/2003)<sup>124</sup> – torna-se clara a superposição, senão indistinção, dos elementos classificatórios. Isso porque os mesmos sujeitos podem, simultaneamente, serem nomeados como *pré-adolescentes* ou *adolescentes*; a depender das circunstâncias e dos classificadores.

A despeito da reflexão, clássica em antropologia (DURKHEIM e MAUSS, 2001), sobre o ato de classificar, nota-se como tal fórmula não permite sequer que a terminologia utilizada agrupe elementos que se mostrem estruturalmente diferentes uns dos outros. *Jovens*, *adolescentes* e *pré-adolescentes* seriam englobados em categorias que contém interseções desconcertantes, uma vez que uma mesma idade poderia servir a uma e outra classificação, sem que menção especial seja feita a respeito; como se a ambigüidade fosse parte de sua natureza; ou como se seus artífices não estivessem preocupados em afastá-la de forma oposta à classicamente difundida pelos discursos científicos, que tenta se primar, na medida da possibilidade humana, pela precisão terminológica. Talvez essa característica reflita a situação pouco sólida que buscam organizar. Como se a condição dos nomeados fosse em si subversiva, em conflito com a suposta segurança dos conceitos.

Desse modo, a classificação médica do adolescente (que dá margem, como se verá adiante, a imprecisões) espelharia as indeterminações dos próprios seres humanos de que tratam e classificam. Isto é, a imprecisão dos termos utilizados se deve à oscilação dos próprios objetos de observação empírica<sup>125</sup>, posto que, no mundo corrente, existiriam

---

<sup>124</sup> É notória a imprecisão da noção *pré-adolescente*. Por exemplo, encontra-se atribuições dela direcionada a seres da faixa etária que vai dos 9 aos 11 anos. Assim ocorre, em uma das estruturas organizativas da Igreja Batista Brasileira, na esfera do que entendem como *União de Treinamento* – reuniões que têm lugar antes do culto oficial realizadas geralmente no domingo à noite e que tomam a faixa etária ou o gênero como critério para a definição de seus membros –, existe a *classe de juniores* (composta de *pré-adolescentes*), uma vez que intermediária entre a de *crianças* e a de *adolescentes* (COSTA, 1997).

<sup>125</sup> Isso não significa que deixe de reconhecer o caráter arbitrário de qualquer classificação humana. Mas, certamente, algumas parecem mais próximas da tentativa de exclusão de elementos entendidos como opostos; próprios de outro escaninho conceitual.

*adolescentes, pré-adolescentes e jovens* de todos os tipos, expressões e idades; sem falar dos não *adolescentes* compreendidos na faixa etária típica, aceitos pelas classificações; mas empiricamente abertos a diferentes personagens.

Por isso suponho ser a dificuldade classificatória um epifenômeno das representações médicas sobre as mutações próprias aos sujeitos que sofrem a intervenção da medicina do adolescente. Nesse sentido, todos os médicos ouvidos ou lidos foram unânimes em ressaltar, de forma despreocupada, a relatividade de suas próprias sistematizações; sendo categóricos ao afirmarem que *adolescentes* de mesma idade podem apresentar variações marcantes tanto no aspecto físico quanto nas maneiras de comportamento social e organização psíquica.

“a aceleração da velocidade de crescimento (...) atinge o seu ponto mais alto (pico de velocidade de crescimento) por volta dos 12 anos na menina, e dos 14 anos no menino, havendo, no entanto, amplas variações individuais” (DAMIANI e SETIAN, 1979: p. 22).

E as variações são registradas não apenas no plano orgânico... É possível que as alterações físicas tenham início antes da maturação *psicossocial* e vice-versa, sendo fácil encontrar “crianças crescidas” ou “adolescentes pequenos”.

Geralmente os médicos ligados à endocrinologia se debruçam mais detidamente sobre o assunto, descrevendo o processo “eminentemente” orgânico da questão nas coletâneas médicas ou mesmo na participação direta em alguns serviços interdisciplinares; a discutir problemas hormonais e de crescimento, entre outros; muitas vezes a partir da polarização de categorias como *puberdade precoce* e *atrasada*, chamada muitas vezes de *infantilismo sexual* (SETIAN, 1979a e 1979b). Os demais profissionais médicos da equipe

se concentram em enfermidades específicas, como as dermatológicas, ou em questões *psicossociais* do atendimento adolescente.

“As manifestações físicas podem preceder as de natureza psicossocial e o resultado será uma criança pubescente, porém portadora de atitudes infantis. Ou então pode ocorrer o contrário: divergências, contestações e crises existenciais em um indivíduo de corpo ainda infantil. Em ambos os casos, a adolescência já começou” (MARCONDES, 1979: p. 2).

De todo jeito, se pelas transformações da puberdade ou pelas “atitudes típicas”, relacionadas à chamada *síndrome da adolescência*<sup>126</sup>, sempre haverá lugar para a intervenção do *médico do adolescente*, seus especialistas. Afinal, a despeito de suas discussões internas e de eventuais conflitos políticos, trabalham numa perspectiva *biopsicossocial*; buscando tratar o *adolescente* em sua integralidade. Portanto, assim que um dos processos dê mostra de início se teria *adolescência*. E tratamento possível, se necessário.

Dr. Pedro: Tem pessoas... É uma resposta [sobre as fases da adolescência] que não é um consenso entre os pediatras; entre os médicos que atendem adolescentes. Alguns consideram que existe aquela adolescência precoce de dez a treze anos; média, de quatorze a dezessete; e tardia acima de dezessete. Outros não consideram isso. O que é importante é que esses dados; esses... Seriam (...) uma definição. Não é uma (inaudível) prática clínica.

A primeira das citações desse capítulo (extraída de um artigo que veio a público no final da década de 70) informa existir entre os *adolescentes* uma divisão interna: entre os de 10 e 14 anos, por um lado, e os de 15 e 19 anos de idade, por outro. A *adolescência* estaria cindida em duas fases, portanto.

---

<sup>126</sup> Fica claro a seguir que médicos do adolescente, psiquiatras e psicólogos utilizam o termo para expressar as experiências potencialmente conflituosas vividas pela faixa etária – problemas vistos como próprios da *adolescência*.

Bem menos categórico, o doutor Pedro destaca três fases (de 10 a 13, de 14 a 17 e de 17 a 20 anos de idade), chamadas respectivamente: *precoce, média e tardia*. Trata-se de uma classificação com amplitude suficiente para abarcar a gama de variação dos classificados. Contudo, sua intenção primeira foi a de lembrar a inexistência de definição unívoca entre os profissionais desse ramo médico e de outros correlatos, como o psicológico, o que o faz duvidar de sua praticidade clínica ao mesmo tempo em que reproduz um dos entendimentos disponíveis aos profissionais da área, constituindo-se tão somente como *uma definição*.

Fernando Costa: Doutora, qual a diferença do adolescente para o adulto jovem? Que é uma das coisas...

Dra. Carolina: Pois é, nós estamos falando pra você. Se você falar de... de... físico, de corpo, o adolescente é aquele que está maduro fisicamente, seu corpo já está maduro, ele já acabou... já terminou o estágio de seu crescimento físico, ele já está com a maturidade para exercer sua maturidade sexual, ele já tem corpo pra trabalhar fisicamente e tudo; agora, socialmente, algumas... Alguns jovens, mesmo antes de 20 anos, já estão trabalhando, casando, (...) mantendo a família. Os pobres têm que... que se tornar adultos mais cedo, às vezes, né. Socialmente falando, né. E pessoas abastadas continuando com vida social e... ao longo da... às vezes, até os 30, né. Então essa diferença em termos físicos isso é bem delimitado, o indivíduo parou de crescer já está maduro e tudo. Agora socialmente, emocionalmente ele tanto pode ser imaturo aos 20 anos, como até obrigado por circunstâncias alheias, em ter que assumir coisas de adulto mais cedo. Então...

FC: Então... Então, mas aí o adulto-jovem começaria mais ou menos com que idade?

Dra. C: O adulto-jovem ele começa aos 20 anos, e quando ele está emancipado de sua família; quando ele já (...) trabalha por conta própria; já vive uma vida independente; emocionalmente ele está seguro de não precisar mais do amparo familiar, ele já é um adulto maduro. Entendeu?...

FC: Tá certo. Então o adulto jovem... O adulto jovem seria, mais ou menos, uma transição...

Dra. C: É, essa transição.

Perguntada sobre as diferenças entre *adolescentes* e *jovens*, doutora Carolina acaba por ampliar mais um entendimento diluído nos escritos e falas da *hebiatria*: o de que a *adolescência* varia de acordo com a classe ou organização social onde os indivíduos estão



inseridos, sendo mais ou menos prolongada, de acordo com suas origens. Mais uma vez, a definição rigorosa cede lugar a matizações derivadas de observações socioculturais muito embora, em várias circunstâncias, marque-se o aspecto orgânico; onde, se fui feliz na proposta de interpretação do capítulo anterior, se legitima a prática médica.

Sua fala deixa claro o quanto o critério estipulado não foi o etário. O destaque recaiu sobre como o *adolescente* dependerá do grau de maturidade em sentido amplo (quase sempre ligado à idéia de autonomia) para ser elevado à condição de *adulto jovem* (em um primeiro momento) ou *maduro* (em um segundo). Este critério estabelecerá os marcos de transição no processo de maturação completa do ser humano, segundo esse prisma.

Sem pretender adiantar discussão, é preciso ressaltar que a doutora Carolina lembra o rápido amadurecimento dos mais pobres em relação aos que pertencem a estratos economicamente mais elevados das populações urbanas. A própria condição vivida – por casamentos precoces, entrada mais cedo no mercado de trabalho e dificuldades financeiras – conduziria à responsabilidade típica dos *adultos*. De acordo com isso, a própria “dureza da vida” propiciaria uma maturação mais rápida, adiantando processos.

Dra. Maria: Ué!... Mas por que essa discussão adolescente/jovem? Por que ela entrou? Por que ela entrou?!... Porque existe uma diferença aí... Uma divisão na juventude. Eu não sei explicar pra você. Eu sei que vai de dez a quatorze anos, de quinze a dezenove, de dezenove a vinte e quatro anos.

Fernando Costa: Então tem...

Dra. M: Tem uma divisão. Três níveis do que a gente chama de jovem genericamente... Do que chama de jovem genericamente. Então até vinte e quatro anos é considerado jovem depois...

FC: Então eu não sou mais jovem. (risos).

Dra. M: Não, você é adulto; não sei se adulto-jovem. Mas adulto.

FC: Tem que ver onde eu me encaixo aí.

Dra. M: É. Até vinte e quatro anos é considerado jovem. Jovem. Então de dez a vinte e quatro. Com as escalas aí no meio... A juventude vai de dez a vinte

quatro, sendo que a adolescência vai até dezenove anos. Pela Organização Mundial de Saúde... Pela Organização Mundial da Saúde a adolescência vai de dez a dezenove anos.

FC: Então de dezenove aos vinte e quatro devem ser...

Dra. M: São jovens.

FC: São jovens.

Dra. M: Só jovens; não são adolescentes.

No último caso, três fases da *juventude* genérica foram expostas: dos 10 aos 14 anos; dos 15 aos 19, e dos 19 aos 24 anos de idade. Segundo tal avaliação, foram incluídos na categoria sujeitos de 10 aos 14 anos, ausentes da classificação acima.

Dra. Ana: Até porque a adolescência é dividida em algumas fases. Tem um primeiro momento que tem a estranheza, tem a dificuldade da situação da mudança; depois tem a fase intermediária que é mais divertida, mas tem uma fase final que é mais (inaudível), já está curtindo a adolescência mesmo, o corpo está mais formado, está curtindo isso, está namorando, está aceitando mais. Então de acordo com cada idade tem as queixas; os pais têm as queixas, então... A rebeldia vai surgir com 13 anos, 14 anos então... Já se tem... perfil (inaudível). Mas é muito sutil. Porque têm aqueles que estão mais infantilizados, têm aqueles que estão mais amadurecidos. Então não é fácil de achar... De pegar um prontuário: "ah, esse tem 14 anos eu vou me deparar com isso!"

Mais uma vez a divisão interna da *adolescência* é apresentada em forma tripartite; embora sob ênfase bipolar. Tanto que desemboca sobre dois momentos marcantes para os *adolescentes*: (a) o caracterizado pelas maiores dificuldades em relação às transformações do corpo e à realidade dos novos papéis, e (b) o identificado pela *curtição* da nova fase: aproveitada, principalmente, por namoros e saídas, experimentações e descobertas. Na última delas, só possível pela conquista de alguma autonomia decisória nem sempre afetiva ou financeira.

O que importa na discussão desencadeada não é tanto a percepção de ausência de respostas seguras sobre a melhor ordem classificatória, virtualmente consensual entre médicos, compostas como oficiais em seus artigos e entrevistas. Nem mesmo a

interferência de fatores irrelevantes à compreensão geral do tema, como a falta de memória ou de fontes documentais precisas – compreensíveis nesses casos, mas quanto o seu próprio objeto de intervenção seria movediço. Pois os adolescentes de 14 anos não seriam mesmo todos iguais.

Não há como postular que os marcos centrais da *adolescência* sejam percebidos da mesma forma por todos os membros da faixa etária que a caracteriza. Poderiam existir *adolescentes* de 30 e *adultos jovens* de 18 anos, o que não quer significar que encontrem qualquer impedimento à leitura de suas características, através de definições. Não é desconhecido o fato de sempre precisarmos de base classificatória para a estruturação de nossas ações em um mundo sem ordem segura em muitas dimensões.

Tais questões me fazem recordar das sugestões de Geertz, retomando uma questão fundante da antropologia, a respeito da dimensão social do pensamento humano (GEERTZ, 1989). Do quanto o sentido dos elementos materiais e ideais do mundo só pode ganhar existência individual mediante as orientações significativas disponíveis em um sistema simbólico partilhado com outros membros em um corpo social específico (GEERTZ, 1989; DURKHEIM e MAUSS, 2001).

Não apenas pensamentos (aspecto cognitivo) como também comportamentos (aspecto ético) coletivos serviriam de guias para a realização do nomeado como *adolescente* em indivíduos de variado estágio de maturação orgânica. Todos pensados como *adolescentes* até que, pelas experiências pessoais em momentos diferentes de cada vida, por força dos novos aprendizados, sejam chamados de *adultos*. Se for o caso de serem assim pensados por seus concidadãos, depois de completado o inevitável ciclo de

maturação biológica. Afinal, destaca-se como reclamação pública, a existência, no mundo adulto, de “crianças”.

Ao longo da história do Ocidente, diferentes visões predominaram sobre os “períodos da vida” que hoje denominamos *infância* e *adolescência*. No clássico estudo sobre a história da criança e da família, Philippe ARIÈS (1981) não apenas busca recuperar recomendações morais similares dirigidas aos pais e ao que chamamos *crianças* nos últimos séculos do final da Idade Média, através do aprendizado direto, como salienta que a própria idéia de *infância*, e mais ainda de *adolescência*, seria desconhecida.

Até por volta do século XII, a arte medieval desconhecia a infância ou não tentava representá-la. É difícil crer que essa ausência se devesse à incompetência ou à falta de habilidade. É mais provável que não houvesse lugar para a infância nesse mundo. (ARIÈS, 1981: p. 50).

Houve, portanto, momentos do Ocidente em que nossas frágeis *crianças* não foram mais do que “homens pequenos”; o que ficou expresso em manifestações artísticas variadas, como pinturas, esculturas, gravuras etc. A *infância* poderia não representar nenhum valor especial – nada denotando de específico senão o de um período em que os seres humanos seriam considerados incompletos, não plenamente desenvolvidos; nada oferecendo de interessante, por exemplo, ao campo pictórico. Foi o caso da arte medieval (ARIÈS, 1981) anterior ao século XII, posto que a iconografia sacra do período apresentara cenas de crianças em passagens bíblicas conhecidas, com estrutura muscular, expressões faciais e vestuários de homens adultos, apresentados em tamanho reduzido.

Em espaços diferentes, pela observação da prática cultural de povos que, em primeiro momento, foram (e talvez ainda sejam) estranhos ao Ocidente, o trabalho antropológico demonstrou, em vários episódios, a relatividade das categorias *infância* e *adolescência* (MEAD, 1981); provando, pela observação e sistematização de experiências de outras sociedades, não constituírem um consenso humano.

Aliás, registra-se na história da antropologia um grande número de pesquisas que comprovam a interferência, talvez fosse melhor dizer combinação, de elementos simbólicos com o funcionamento “natural” do organismo humano (MAUSS, 2003; MEAD, 1981 e 1988; BERGER e LUCKMAN, 1999; GEERTZ, 1989; SAHLINS, 2003)<sup>127</sup>. Seus resultados têm questionado a reação direta dos estímulos orgânicos sobre as atitudes e práticas humanas, como faria supor uma compreensão excessivamente rígida do comportamento. Certamente a grande diversidade de soluções para problemas similares ou inteiramente divergentes fez com que se tornasse possível notar a clareza dos aspectos culturais.

Tomando a afirmação de que a natureza não nos molda de forma absoluta e que podemos construir coletivamente diferentes formas de vida (cada uma julgada a mais correta e universal por seus tributários), possibilidades particulares de relações dos seres humanos entre eles e com o mundo físico, não parece exagero entender como reducionistas os discursos que isolam os fatores orgânicos de maneira a imaginar que sozinhos (e talvez o

---

<sup>127</sup> Certamente, tal perspectiva não precisa ser levada às últimas conseqüências a ponto de dar margem a um construcionismo extremo. Há, de fato, limitações orgânicas que se sobrepõem aos homens. Há também, segundo nossa forma de representá-los “até” o momento, parasitas das mais variadas espécies. A questão está mais na relação entre os aspectos biológico e social do que no biológico em si – o que é imputado como orgânico e está mais ligado a construções humanas específicas. Minha (minha?) premissa é que deixado livremente, o aparato orgânico seria uma espécie de brutalidade amorfa, necessitando de significados para ser posto em funcionamento, apenas adquiridos na inserção do indivíduo em um quadro simbólico de referências. Sobre esse tema ver CARRARA (1994).

ponto seja mesmo esse “sozinhos”) possam dar conta de todo o complexo aparato de comportamento disponível à humanidade.

Prefiro pensar, nas trilhas da disciplina acadêmica que abracei, nos comportamentos humanos como construções simbólicas possíveis – associadas, ou associáveis, às possibilidades orgânicas da espécie humana. Ocorre que nos livros biomédicos a ênfase será uma; nos de antropologia, outra<sup>128</sup>. O que também acontecerá em relação às palavras veiculadas por um e outro saber sobre a *adolescência*, uma vez que, para o último dos conhecimentos, a ação hormonal não estaria em contradição com os fatores oriundos do aprendizado, enquanto para o outro, esse seria sua causa primordial. Tradições diferentes apenas.

Não é difícil compreender o porquê da preocupação com os mais diversos aspectos da vida dos *adolescentes* frente à pura aplicação de recomendações médicas gerais, diluída em especialidades a que recorrem os *adultos*, a ponto de “merecer” uma área de atuação médica separada. Nós, como membros da sociedade contemporânea, inventamos a medicina de adolescentes. Posto que, de acordo com a linguagem moderna, de que nossa antropologia também é fruto, busca resolver parte de nossos “novos problemas”, nossas atitudes diferenciadas frente àqueles que em tempos próximos, como nos anos 50, eram menos considerados em suas vontades e “reprimidos” pelos pais. Oriunda da tentativa de resolução de problemas de nossas sociedades ocidentalizadas – que ainda recorrem a

---

<sup>128</sup> Weber recorda o quanto o nosso ofício (de cientista) consiste em exagerar (WEBER, 1979b).

especialistas e a “respostas científicas” para a administração dos principais dilemas da vida, ao mesmo tempo em que repensa o papel da ciência<sup>129</sup>.

Talvez não pareça bombástica, mera excentricidade sociológica, a afirmação de que a juventude é apenas uma palavra (BOURDIEU, 1983). Em populares programas de televisão se apresenta a “questão adolescente” como mais uma astuta construção social humana<sup>130</sup>. De todo modo, os indivíduos que atendem às classificações de adolescência da OMS corresponderiam, em 1998, a 21,77% da sociedade brasileira de acordo com dados do Ministério da Saúde. Um número nada desprezível.

### Crianças e adolescentes residentes no Brasil (1998)

Idade	Número	%
5-9	16.896.178	10,44
10-19	35.226.328	21,77
5-19	52.122.506	36,21
População Total	161.790.311	100,00

Fonte: DATASUS/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999.

A convivência com membros de gerações passadas oferece ainda mais sustentabilidade à premissa de que a categoria *adolescência* pode ser pensada por prisma mais relativo<sup>131</sup>. No Programa Fantástico, exibido em 15 de agosto de 2004, pela Rede

<sup>129</sup> Já mencionei o questionamento da ciência moderna, realizado, principalmente, por Boaventura de Souza SANTOS (2000).

<sup>130</sup> No dia 15 de agosto de 2004, foi exibido, no Programa Fantástico da Rede Globo de Televisão, uma seção especial dedicada à discussão sobre adolescência. Para minha surpresa, a apresentadora Regina Casé indicava o caráter arbitrário da categoria, exemplificando, por intermédio de personagens históricos o quanto às características hoje atribuídas aos jovens entre 10 e 19 anos dependem do contexto social e dos significados nele atribuídos.

<sup>131</sup> Emprego o termo pela ausência de outro melhor. Afinal, sigo os cuidados de GEERTZ (2001b) em relação à sua utilização; uma vez que estaria mais ocupado em combater uma postura anti-relativista do que

Globo de Televisão, um *adolescente* (que, segundo palavras próprias, não sabia porque *adolescente*, ainda que soubesse que era...) levou Regina Casé até a casa de sua avó de 102 anos, que residia próximo dele em um morro do Rio de Janeiro. Uma vez lá, enquanto descrevia os afazeres do *garoto*, suas preferências e generosidades, a senhora recebeu pergunta certa da apresentadora: “Então seu neto é um bom *adolescente*?” Sem saber o que responder, a senhora resolveu seu problema com outra pergunta: “o que é *adolescente*?” Ela desconhecia a categoria; segundo ela, seu neto era *menino*.

Mas *meninos* são também os de quatro anos. Mesmo, ao que parece, para a avó de nosso *adolescente*, o que é demonstrado na ausência de distinção dos seres humanos em três fases: *crianças*, *adolescentes* ou *adultos* – como no caso dos médicos acima.

A surpresa da senhora entrevistada encarna diversas implicações sociológicas: ainda que homens e mulheres passem por variações orgânicas significativas durante o entendido como o seu “ciclo de vida”, a forma de classificá-las, ordená-las, atribuir-lhes funções, não será a mesma, interagindo com os critérios erigidos como mais adequados por determinado grupo social em um dado espaço e tempo.

Torna-se pouco frutífera a atribuição de padrões comportamentais à mecânica mutação orgânica dos corpos humanos, pois, além de hormônios, os seres humanos servem-se de teias de significados para atribuir valor e “funcionalidade” às suas concepções etárias, tentando naturalizar o arbitrário (BOURDIEU, 1989), e descaracterizá-las como construção histórica. Já mencionei o fato da idéia de *infância* ser desconhecida, no Ocidente, do período que vai do esplendor do Império Romano até o século XII de nossa era.

---

propriamente em abraçar uma suposta interpretação relativista dos comportamentos sociais – propensa a muitas interpretações indesejadas.



A escola de antropologia norte-americana chamada Cultura e Personalidade, a partir das lições recebidas de Franz Boas, buscou desenvolver pesquisas que desmistificassem a idéia de uma natureza humana rígida, que fizesse com que nossa espécie respondesse unilateralmente aos apelos de uma abstrata *natureza*.

As pesquisas de Margareth Mead, especialmente as que se debruçam sobre a relação entre sexo e temperamento (MEAD, 1988) ou sobre as repartições etárias (MEAD, 1981) em sociedades chamadas à época “primitivas”, levam ao questionamento da visão dos comportamentos humanos como meros reflexos de variações orgânicas.

A autora levou a cabo pesquisas nessas direções exatamente porque gênero e idade são categorias que tendem, no seio das sociedades modernas, a serem facilmente vistas como determinadas, sem qualquer matização, por imperativos orgânicos.

Por isso, estuda três sociedades que habitavam a Nova Guiné no início da década de 30 a fim de perceber a interferência do “sexo”<sup>132</sup> sobre seus temperamentos característicos. A despeito da acusação de *bias*, seus estudos demonstraram, nos três povos pesquisados, formas diferentes de relação entre sexo e temperamento.

Na primeira delas, os Arapesh da montanha, não encontrou nenhuma diferença destacável entre o temperamento de homens e mulheres. Os dois possuíam personalidade dominante voltada à cordialidade e à mansidão. Ambos, homens e mulheres agiam de acordo com o padrão tido como feminino nas sociedades ocidentais. Na segunda, os Mundugumor do rio, grupo que contou com perceptível antipatia da pesquisadora, homens

---

<sup>132</sup> No período de desenvolvimento das pesquisas de Margareth Mead na Nova Guiné (primeiros anos da década de 30 do século passado) não era praxe, como hoje, a discussão em termos de gênero.

e mulheres também não demonstravam nenhuma diferença significativa de comportamento; agindo de forma similar a dos homens na sociedade de origem de Mead: eram agressivos, autoritários, dispostos à violência etc. Por fim, esteve entre os Tchambuli do lago, que, ao contrário das outras nações, possuía diferença entre os temperamentos típicos de homens e mulheres – invertidos em relação ao padrão ocidental: mulheres empreendedoras e solidárias e homens preocupados com a manutenção da vaidade física e entregues a atividades manuais e artísticas.

Esse é um dos casos em que vale mais a mensagem que o meio utilizado para se chegar a ela: mesmo que haja uma coerência estreita entre os casos apresentados a ponto de parecerem “bonitos demais”<sup>133</sup>, o fundamento é válido para a discussão a que me propus contribuir: a interferência do quadro simbólico nas questões aparentemente limitadas à biologia. Pois seria descrer demais no trabalho da autora supor que nada do que está em seus escritos tenha por base a sua estada entre aqueles povos; ainda que passível de críticas.

A mesma Margareth Mead, dedicou-se a uma intensa pesquisa de campo<sup>134</sup> na ilha de Samoa no início da década de 20, tencionando encontrar delimitações etárias diferentes das vistas como *naturais* nos sistemas simbólicos do Ocidente. Dessa vez, o objeto de estudo incidiu diretamente sobre um dos eixos de minha pesquisa: a *adolescência*. Entre os samoanos, dedicou-se à observação de membros femininos consideradas *adolescentes* em nossas sociedades, chegando à conclusão de que a faixa etária atribuída à *adolescência* não responde mecanicamente à leitura ocidental dos “impulsos naturais” ou “rebeldias” como

---

<sup>133</sup> No prefácio à Edição de 1950 de *Sexo e Temperamento*, a autora busca refutar as críticas a ela dirigidas. A principal delas é a de que tudo estaria “perfeito demais”, pronto para sua sustentação argumentativa (MEAD, 1988). Acredito que essa seja uma boa ilustração do ponto que vem sendo desenvolvido por Clifford Geertz quanto à importância da construção do texto (do “estilo”) para a elaboração de quadros gerais advindos de etnografia (GEERTZ, 2002).

<sup>134</sup> A autora passou nove meses no campo.

esperado pelos arautos da determinação biológica. Fosse assim, deveria manifestar-se onde houvesse seres humanos, inclusive em Samoa. Ao contrário da rebeldia e um tipo de falta de responsabilidade justificados, no quadro ocidental, por questões hormonais, as jovens samoanas viviam dominadas pela responsabilidade de cuidar dos irmãos mais novos, sobre quem exerciam forte mando.

A realização de sua tarefa central, o cuidado com os ainda mais jovens não lhes causava nenhuma revolta particular. A vida seguia seu curso... Sem James Dean ou idéia de extravio por determinação orgânica. Aliás, na época em que estava entre os ilhéus, nem mesmo os Estados Unidos havia descoberto totalmente os meandros do *mundo adolescente*, sendo nesse aspecto menos propensos à idolatria das culturas jovens de hoje. Mas, utilizando-se de expressiva fonte de verificação empírica, refuta a universalidade da categoria *adolescência*, tentando desamarar os homens de sua biologia – através das pegadas, por boa aluna que era, do mestre Boas. Sem dúvida, uma das mais expressivas figuras, logo em um primeiro momento, a apontar a superioridade da razão simbólica em antropologia (SAHLINS, 2003).

Se a *adolescência* não é uma categoria universal, se é desconhecida de muitos povos, precisa ser definida, distinguida por fronteiras etárias precisas, de acordo com os valores-idéias sociais vigentes. No caso das sociedades modernas/pós-modernas, que contam com a ciência como principal suporte explicativo da realidade, parte dessas distinções será elaborada na instância responsável cientificamente pelo tratamento e cura de enfermidades humanas: a medicina.

Donzelot aborda o papel da medicina na construção do modelo de família típica do Ocidente de hoje. Tal papel inicia-se, principalmente a partir da preocupação com as crianças, desencadeada no século XVIII, quando antes nenhuma atenção lhes era dispensada (DONZELOT, 1980). A emergência da questão estaria ligada diretamente ao maior reconhecimento social que passaram a ter a partir daquele período, segundo o processo descrito por Ariès, apresentado acima (ARIÈS, 1981). Ademais, oferece uma sólida interpretação de como o governo dos seres humanos pode ser assegurado pela instituição familiar de hoje, organizada em moldes burgueses.

A partir do final do século XVIII uma extensa literatura sobre o cuidado com as *crianças* veio à baila, não apenas proveniente da medicina, como também de militantes inflamados dos "tempos novos" que se iniciavam. Robespierre, inclusive, foi um deles. Tratava-se de prevenir o futuro. Elemento sempre considerado mediante à importância de outras instituições sociais, como as nobiliárias – que, sob os auspícios da revolução, em sua versão mais inflamada, deveriam ser suprimidas.

Oriundas da novidade desses entendimentos, condenações diferentes da conhecida até esse período emergiram; entre outras, à prática dos hospícios de menores abandonados, à inconveniência da criação dos filhos por amas-de-leite e à "educação artificial" das crianças ricas. Por exemplo, muitos autores do período revolucionário francês acreditavam que a criação de indivíduos em orfanatos públicos viria a suscitar nelas uma “gratidão patriótica”, que poderia futuramente ser usada em frentes como colonização, marinha ou outras tarefas nacionais (DONZELOT, 1980).

Também no Brasil do século XIX, as amas-de-leite foram responsabilizadas por muitos males sociais supostamente transmitidos pelo leite que jorrava de seus seios negros

à boca branca da criança do senhor. O racismo era implícito (?) à recomendação. Todos os cuidados deveriam ser tomados para que se instaurasse, por fim, uma verdadeira sociedade burguesa nos trópicos, com parâmetros mais civilizados de convívio e trocas entre iguais e desiguais (COSTA, 1989).

Aliás, para o caso brasileiro, Costa enfatiza que a medicina alia-se às mães participando da gestão de uma nova sociedade: burguesa e higienizada; só possível pela interferência de médicos na família e da modificação dos costumes herdados do período colonial; com destacada presença maior das instituições públicas.

Sobre a regulação de crianças e adolescentes não apenas pela Justiça, mas também por mecanismos acessórios, Donzelot passa a analisar os tribunais de menores, constituídos no século XX, mas idealizados desde o final do século XIX, demonstrando o surgimento de uma série de novas profissões (DONZELOT, 1980); entre elas, os assistentes sociais, os educadores especializados e os orientadores de muitas ordens<sup>135</sup>. Esses profissionais passaram a prestar serviço ao Estado, exercendo “valioso auxílio” no controle da população e na definição de "normalidades" tendo por base trabalhos psiquiátricos, sociológicos, psicanalíticos...

Em seus termos, surge um grande complexo tutelar, tendo um de seus tentáculos mais reconhecíveis centralizado na psiquiatria, no que denomina de jurisdição extrajudiciária. Nesse contexto, analisa o quanto essa especialidade médica passa a viver uma "crise"; uma vez que, em território francês, a loucura foi deixando de ser exceção, enchendo os hospícios de uma população similar a do antigo Hospital Geral, que veio,

---

<sup>135</sup> Ao nascimento da categoria “social” (em sentido não sociológico), Deleuze, de maneira precisa, dedica interessante reflexão no prefácio ao trabalho de Donzelot (DELEUZE, 1980).

justamente, a substituir. Afinal, muitos excluídos foram identificados como loucos, sendo enquadrados nos locais a eles destinados.

Além disso, invade a escola, realizando intervenções normalizadoras sobre alunos. Por exemplo, sob seus princípios, o "perverso" não poderia ser confundido com um simples aluno rebelde ou "bagunceiro", como se costuma dizer, mas um doente identificável e, pela psiquiatria, identificado, até mesmo, diante da turma que frequenta. Claro que muitos educadores se opuseram a tais iniciativas quando realizadas no interior da instituição escolar; mas, de todo jeito, chegaram a serem aplicadas (DONZELOT, 1980).

Este mesmo autor, inclusive, descreve três tipos de famílias "problema", necessitadas de intervenção médicas, de acordo com os saberes psiquiátricos dominantes no esplendor moderno do século XX: 1) as desestruturadas (com ausência de estabilidade, moralidade, asseio etc); 2) as super-protetoras, que "sobrecarregam" todos os filhos ou um deles com responsabilidades excessivas, e 3) as carentes da manteiga e do pão, necessitadas de condições sócio-econômicas básicas.

Hoje, após muitas e detidas críticas, oriundas de frentes distintas, desde posições antimanicomiais às psicanalíticas, parte dos mecanismos psiquiátricos utilizados ao longo do século XX está sendo desmontado. Especialmente, muitos que contavam com o auxílio repressor da reclusão, com a utilização de práticas que passaram a ser reconhecidas como desumanas ou exageradas no seu interior. Entretanto, apesar das críticas e do desmonte de parte deste aparelho normalizador, não se pode deixar de reconhecer a continuidade dos mesmos processos, sob novas formas.

De forma geral, psiquiatras, além de muitos setores do genericamente chamado de psicologia, que se aproximaram da medicina do adolescente ou foram a ela incorporados, tenderam a universalizar a categoria adolescente; aliás, tema já abordado no capítulo 2

dessa tese. A própria Margareth Mead afirmara que os livros de psicologia tentavam provar que a adolescência seria um período de dificuldades e antagonismos inevitáveis (MEAD, 1981); condenando os indivíduos dessa faixa etária às uniformidades dos padrões psicológicos entendidos como “normais” em sua “anormalidades”; independentes de considerações culturais mais detidas. Uma crise necessária, como muitos afirmam (CLERGET, 2004).

Vejamos o que escreve um psiquiatra sobre a generalidade da categoria adolescente no trecho abaixo.

Apesar de o processo da adolescência depender de fatores extrínsecos e regionais, há aspetos que podem ser considerados universais por terem sido encontrados em diferentes sociedades, desde civilizações primitivas até as consideradas modernas e progressistas. (LEVISKY, 1979: p. 65).

Talvez haja mais questões a apontar do que a oposição entre “civilizações primitivas” e as consideradas modernas e progressistas. Afinal, a antropologia contemporânea não trabalha mais com a idéia de uma escala evolutiva dos primitivos à civilização, ainda que sobre espaço, entre os fatores extrínsecos e regionais, para questões vinculadas ao aprendizado dos seres como membros de uma sociedade específica.

Mas acompanhemos um pouco mais as informações típicas advindas de parte do campo psi através de um trecho de artigo mais recente. Agora sobre normalidade.

O jovem, normal e adequado ao seu processo evolutivo, deve contestar e reivindicar um mundo, uma sociedade, uma humanidade melhor, mais justa e mais cheia de amor. Se fosse o caso, só por isso seria necessário entender e respeitar certas atitudes adolescentes, que ainda apavoram muitos adultos (KNOBEL, 1993: p. 33).

Nesse caso, mesmo em concordância com a pauta de reivindicação juvenil formulada e em posição de atestá-los como comuns às representações ocidentais, teria dificuldades de aceitá-lo como “normal e adequado ao seu processo evolutivo”, sem mais considerações. Nem tudo que se vê nos adolescentes é reivindicação. Nesse caso, há clara padronização de possibilidades e um evidente processo indutivo, pois como afirmado no capítulo 2, nem todos os adolescentes atendidos por hebiatras manifestam turbulências dignas de nota.

A chamada “síndrome da adolescência” foi questionada por Margareth Mead no seu trabalho de campo nas Ilhas Samoa<sup>136</sup>. Lá, não se observou nenhuma manifestação especial de contestação aos pais ou à autoridade estabelecida nem encontrou qualquer “rebelde” com ou sem causa samoano nos moldes vistos nos cinemas ou nas histórias em quadrinhos veiculadas nos Estados Unidos da América.

Ao invés, a própria responsabilidade por irmãos mais novos conferida aos membros femininos do agrupamento denominado *adolescente* por setores de nossas culturais ocidentalizadas forneceria bom quinhão na estrutura geral de mando sobre os mais novos (MEAD, 1981), além da ausência de ansiedade sobre papéis futuros. Fatalidade inerente às considerações do próprio grupo sobre muitos outros fenômenos, segundo relata.

Uma questão a se ater quanto à abordagem da medicina aqui enfocada foi sua necessidade de contraste entre *adolescência* e *puberdade*. Há uma oscilação a respeito. Em alguns momentos, os médicos parecem inclinados a definir *adolescência* tão somente como o período de transformações *psicossociais* dos indivíduos, enquanto em outros destacam a

---

<sup>136</sup> A pergunta que a autora levou ao campo foi se as perturbações dos *adolescentes* se devem a natureza ou aos efeitos da civilização. Para respondê-la passou nove meses entre os samoanos, particularmente entre meninas consideradas *adolescentes* pelos ocidentais. E a resposta foi precisa: o período descrito como típico da *adolescência* não seria de dificuldades e antagonismos inevitáveis, ao menos de acordo com o dizer ocidental.



integralidade dessas modificações com as *orgânicas*, combinadas, para sua plena realização. Por isso, utilizarem a expressão *biopsicossocial* para descrever a forma de abordagem própria da medicina do adolescente.

*Puberdade* seria o período das transformações orgânicas do indivíduo, podendo ou não coincidir com o que chamam *síndrome da adolescência* – sobre o qual me atenho à frente. De forma geral: “O período da puberdade é bem menor do que o período da adolescência” (MARCONDES, 1979: p 3). Corresponde ao processo que leva o corpo humano a se tornar completamente capacitado às funções reprodutivas; com um início perceptível, nas meninas, pela menarca; e nos meninos, pela produção de sêmen. Logo, presente em todas as sociedades.

A puberdade pode ser apresentada como o sinônimo das transformações orgânicas vividas no período de mutações psíquicas e sociais.

“Puberdade (...) digamos que é o componente ‘bio’ da adolescência, portanto é parte dela embora não seja admissível que os dois termos (adolescência e puberdade) sejam utilizados um pelo outro” (MARCONDES, 1979: p. 2).

Ou como um subperíodo no interior da adolescência.

“o termo puberdade é utilizado para designar todo processo de maturação biológica inserido no período da adolescência, simbolizada pela primeira menstruação, no sexo feminino, e pela produção de secreção espermática, no sexo masculino. É o período de vida em que o indivíduo se torna apto para procriação, isto é, adquire a capacidade física para exercer a função sexual madura”. (BUCHIANERI, 2004: p. p. 33 e 34).

Podendo surgir após os primeiros “sintomas” das manifestações típicas do período.

“A adolescência é um processo psicossocial que pode apresentar os primeiros sinais antes do início da pubescência e terminar depois da parada do crescimento físico.” (SOUZA, 1999: p. 14)

A despeito da discussão de filigranas, não há como confundir *puberdade* e *adolescência* no quadro das compreensões ocidentais, principalmente pela exposição cada vez maior das especificidades comportamentais consideradas próprias à *adolescência*. Enquanto o primeiro dos termos traz o pensamento para as transformações orgânicas ligadas à maturidade sexual, o segundo o relaciona prioritariamente ao campo *psicossocial*. Nesse último caso, podendo estar desprovido de forma biológica, como depois de completado o período de transformação orgânica.

O encerramento do momento considerado típico da *adolescência*, da mesma forma que seu início, destaca-se como ponto de relativização generalizada. Por exemplo, todos os termos definidores apresentados abaixo podem não ser vividos com facilidade em termos ditos “objetivos”; principalmente pela ausência de prazo delimitado. Contudo, também nesse caso a impossibilidade não é camuflada, mas utilizada, simultaneamente, como ferramenta de compreensão e de criação de normas sobre a natureza dos atendidos.

O término da adolescência ocorre, segundo o Comitê sobre Adolescência (USA): 1) pelo atendimento da separação e da independência dos pais; 2) pelo estabelecimento da identidade sexual; 3) pela submissão ao trabalho; 4) pelo desenvolvimento de um sistema pessoal de valores morais; 5) pela capacidade de relações heterossexuais e 6) pelo regresso aos pais numa nova relação baseada numa igualdade relativa. (LEVISKY, 1979: p. 85).

Em suma, todos os pontos levam a um: a necessidade de autonomia como condição de passagem do estágio *adolescente* ao *adulto*. Pois a *adulícia* chegaria pela formação de um indivíduo autônomo nos quadros de uma sociedade capitalista e ocidental capaz de se

submeter ao trabalho, ter identidade sexual estabelecida e estar imbuído de valores morais, entre outras características.

Estar *amadurecido*, portanto, pode significar estar plenamente socializado, completamente apto, em muitos aspectos, para uma vida em sociedade; sem a necessidade de quaisquer rituais de passagem como entre sociedades tradicionais. A dor perpetrada é outra, como já alertada no início desse trabalho. Sentida com angústia, sensação de impotência, medo e auto-cobrança, muitas vezes, velados. Registrados em arquivos não corporais, naqueles que permitem a preparação da *adolescência*. E essa preparação não é propriamente física. Por isso a variação do estágio por fatores temporais e espaciais, como o aventado pela Doutora Carolina nas palavras acima.

Tais conclusões fariam chegar à idéia de que a adolescência seria um genuíno estágio de transição<sup>137</sup> da evolução humana. Porém, a má colocação ontogênica dos *adolescentes* no cenário da vida humana sustentou mais de uma polêmica da medicina do adolescente.

Acompanhemos primeiro (digamos...) a versão “clássica”:

A sexta edição de “Pediatria Básica” define a adolescência como (...) o “período de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento que se manifesta por marcantes transformações anatômicas, fisiológicas, mentais e sociais” (COLLI apud MARCONDES, 1979: p. 1).

Nesse caso, aparece como a fase intermediária entre a infância e a idade adulta, prolongando-se até a chegada da maturação completa do indivíduo, do exercício pleno das labutas sociais.

---

<sup>137</sup> De mesma forma que o período clássico, séculos XVII e XVIII, seria uma fase de transição entre o Renascimento e a sociedade burguesa moderna pela ótica de certos autores (FOUCAULT, 1994 e 1999).

Vejamos o que nos informa doutora Alice, talvez, não por acaso, crítica da vinculação da hebiatria com a pediatria e também de soluções mais sociais para os problemas dos *adolescentes*.

Dra. Alice: E muita gente fala da adolescência como uma fase de transição, entre a criança e a fase adulta. A gente aqui não trabalha com essa idéia de transição de jeito nenhum. Porque transição dá a impressão de uma coisa de menor importância...

Fernando Costa: Apenas ponte...

Dr. A: A gente trabalha... É... Se a gente for pensar assim, todos os estágios da vida, é de transição entre uma coisa e outra. É uma etapa da vida de grandes transformações biológicas, psíquicas, sociais, que se inicia com o início da puberdade, que é a parte biológica da adolescência, que às vezes começa aos 8 anos... Uma menina que menstrua aos 10 anos ela (inaudível). E ela termina quando você se torna um adulto do ponto de vista biológico, social e psicológico. E a gente tem uma grande defasagem entre essas maturidades. Maturidade biológica é atingida no momento em que você tem uma capacidade reprodutiva. Então a menina quando menstrua, os meninos quando já tem... quando já podem engravidar alguém já são adultos do ponto de vista biológico. Do ponto de vista social quando você tem a potencialidade de se tornar um indivíduo economicamente ativo e independente. E do ponto de vista psicológico, quando você tem uma identidade própria, independente de seus pais. E isso é muito variável de pessoa pra pessoa; de classe social pra classe social. Têm pessoas que não saem da adolescência nunca, que são eternamente dependentes emocionalmente da família.

Recortei a entrevista de forma a fazer com que o trecho servisse a duas questões: a impropriedade da visão de que a *adolescência* seria apenas uma fase de transição entre a infância e a vida adulta, além de novas considerações sobre a relatividade da categoria. Enfim, do quanto é possível existir *adolescentes* de várias idades.

Outra polêmica destacável é a que se refere à informação dos membros da sociedade assim reconhecidos acerca das precauções de possíveis problemas oriundos de sua prática sexual, principalmente no que tange às doenças sexualmente transmissíveis, mas também à possibilidade de gravidez precoce.

Há setores que defendem um aumento de informação sobre a sexualidade *adolescente*, supondo insuficiência, enquanto outros preferem interpretar que, na verdade, a carência maior estaria ligada à estrutura emocional e não à desinformação sobre o uso de preservativo ou outras formas contraceptivas, tanto como causa das doenças sexualmente transmissíveis quanto em relação à gravidez indesejada das *adolescentes*.

Veamos duas interpretações divergentes sobre o mesmo assunto.

Fernando Costa: A senhora acha, por exemplo, em relação à AIDS... (grande trecho inaudível) muitas vezes ao adolescente: uso de drogas, AIDS, sexualidade precoce... Eles estão informados?

Dra. Carolina: Mal informados. Porque a família, quase sempre, ensina só na base do risco, da ameaça, da opressão, da ameaça, né. As revistas pornográficas que só ensinam mesmo sacanagem. Um estímulo muito mais voltado para o uso do corpo como um objeto, de si mesmo ou do outro, como um objeto. É uma coisa; é a coisificação. Prazer imediato, o uso do corpo de maneira não responsável. Que trata o indivíduo como... coisificação mesmo, objeto. E as novelas que dão um padrão de que tudo dá certo no final.

FC: Que a irresponsabilidade pode acontecer.

Dra. C: E eles têm assim... uma idéia... uma idéia que não correspondem às suas próprias necessidades, de seus anseios. Hoje em função da... da mídia; (inaudível), da internet, os contatos virtuais ocupando o lugar do real. O mundo virtual ocupando este espaço de se esforçar pra conquistar, pra aprender, o contato físico. Então a satisfação virtual, então... Eles têm dificuldade; medo, medo de enfretamento da realidade, já que eles têm esse prazer imediato muito na base do voyerismo; ver do que fazer e conquistar através de um esforço; então há muito... muita desinformação.

Fernando Costa: São... questões vinculadas à sexualidade eles apresentam de forma clara ou eles ficam rodeando um pouco?

Dra. Paula: É...

FC: Imagino que tenha dúvidas em relação à sexualidade, em relação ao seu próprio corpo.

Dra. P: Eles sabem... Eles são muito bem informados. A minha opinião é essa. Que quando você começa a conversar sobre isso eles não tem muitas dúvidas; eles sabem que tem que usar camisinha; eles até sabem como é que usa, "eu aprendi na escola!". Mas falta realmente neles... E esse é uma outra questão que surge nesse grupo: é a dor da gravidez na adolescência também... quando elas já foram mães ou são mães ou estão grávidas elas colocam isso com muita dor. A própria gestação da adolescente... é... é... eu já acompanhei algumas gestações de adolescentes e é muito doloroso pra elas essa fase. E... eu até vou citar um caso que aconteceu na semana passada: que a chefe do meu posto veio me chamar pra mim... pra ver se eu passava um anticoncepcional pra uma adolescente de 13 anos, porque ela foi ao médico, e o médico negou porque ela é muito nova. Mas ela já está tendo relação sexual normalmente. Como que você vai impedir que

essa adolescente pare de ter relação sexual e... Se eu não ajudo essa adolescente nessa hora, ela vai engravidar. É outra coisa que acontece muito no... é elas me pedirem anticoncepcional. Elas vêm com muita frequência me pedir anticoncepcional; receita de anticoncepcional. E eu estou... Agora... o que falta nos adolescentes é realmente o lado emocional pra que elas tenham maturidade... porque você sabe que o conhecimento da sexualidade não impede elas de engravidar. Em momento algum. Elas engravidam... É... Por isso que tem um pessoal, que não enxerga o lado emocional, e fica (muda a voz): "Eu não sei porque eu ensino esses adolescentes! Dou palestra disso, dou palestra daquilo e elas engravidam!..." Realmente tem que engravidar porque são todos diferentes. FC: E no uso do preservativo também tem uma coisa assim. Sabendo...

Dra. P: Claro. Sabem, conhecem, sabem. E você pergunta: "você quer engravidar?", "não"; "você tem comprimido?" "tenho"; "você tem camisinha?" "tenho". "Por que você engravidou?" É o emocional. Porque a sexualidade é uma coisa que é inconsciente; é... é... não é controlado pela consciência. Eu falo pra eles, até eu comento muito isso nos grupos.

A primeira passagem questiona a qualidade da informação recebida pelo *adolescente* através de Internet e outros recursos. Para ela, ao invés de ajudar, essas fontes estariam dificultando a prevenção correta de problemas relacionados à sexualidade.

A ênfase mais psicológica evoca a ausência de maturidade afetiva e não de campanhas informativas como motivo do não uso de preservativos pelos *adolescentes*. Estaria nas suas carências psíquicas e não propriamente nas cognitivas a incidência de doenças e de gravidez precoce decorrente dessa causa.

Fernando Costa: Agora... a senhora então se despertou mais, vamos dizer assim, pra a questão do adolescente lá...

Dra. Paula: Foi lá em Minas, antes de vir pra cá.

FC: Que coisas aconteceram que foram levando a doutora...?

Dra. P: É... Eu acho... uma das coisas é a gente ver um filho crescerem... a dor do adolescente me chama a atenção. Eu acho até porque eu fui uma adolescente que sofri muito também (entonação emocionada). Olha, chega até... me emociona. Então eu sempre tive muita pena do adolescente. Porque realmente eu fui uma adolescente que sofreu muito. E as conseqüências foram graves. Não foram pequenas não. Mas... E daí vem a vontade de você estar podendo ajudar porque eu aprendi com a dor; e eu posso estar ajudando eles sem a dor.

A dor, presente, de uma forma ou de outra, em qualquer adolescência, nesse caso psicológica, seria um dos incentivos dos médicos que compreendem seus problemas como

eminentemente ligados ao campo psicológico. Essa posição pode ser confirmada pelo entendimento do psiquiatra Stéphane Clerget, ao afirmar que o adolescente vive uma crise necessária – em convívio com a possibilidade depressiva (CLERGET, 2004). Dessa forma, todo adolescente viveria em convívio constante com a possibilidade de distúrbios de fundo depressivo – o que explicaria suas crises constantes frente às cobranças que lhes são endereçadas.

Tais dores são agravadas pela má informação sobre eles por parte de pais e demais adultos. De acordo com membros de equipes de planejamento público, como o professor João, especialmente pela forma como são abordados nos meios de comunicação de massa. Pela atribuição do lugar de problema social ou de incômodo.

Fernando Costa: Como os meios de comunicação têm se relacionado... têm falado da temática que envolve o adolescente?

Professor João: Eu acho que é exatamente isso. Os meios de comunicação têm colocado o adolescente muito no lugar do problema. Aquele que é problema, aquele que é aborrescente ou... Tem tido umas posturas mais preconceituosas. Nunca colocando o adolescente como um espaço de possibilidades. Como alguém que constrói; alguém que é um sujeito capaz. Então esse... Meios de comunicação têm colocado muito essa... Essa... Nessa... O adolescente nesse lugar de problema. E aí (inaudível) um pouquinho mais. O que a gente precisa reverter é exatamente isso. Tirar desse lugar e colocar ele pra outro lugar.

Mas, independente de quaisquer concepções, das variações sobre o mesmo tema, a definição de adolescência continuará a figurar como um marco de importância nas várias instâncias disciplinares, das naturais às humanas, e uma das formas de organizar esse mundo cada vez mais rápido em suas transformações. Um mundo que adolece constantemente, inclusive pela atuação de meninos e meninas chamados de *adolescentes*.

“As diversas concepções de adolescência mostram que cada disciplina, tanto nas ciências naturais como das ciências humanas, procura uma definição que

organize os conceitos sobre essa fase da vida. A Medicina segue esse mesmo processo e é por esse motivo que, no final do último século, surge esta nova área de atuação: a Medicina do Adolescente”. (BUCHIANERI, 2004: p. 38).

Dessa forma, a necessidade geral de busca de uma conceituação para os denominados *adolescentes* seria parte de um processo maior, um fluxo de causas que trazem os chamados novos tempos – pós-modernos? – e, em forma reduzida, a medicina se propõe a ajudar a decifrar, a entender, senão a resolver por conhecimentos próprios ou a outros associados. Inclusive através da *adolescência*.



#### ***Capítulo 4: Entre Polêmicas: de escolas, de categorias, de mercados...***

Como indicado desde o início, polêmica interna nunca faltou à medicina do adolescente; em especial, as veiculadas pelos diferentes centros de atendimento. Percorre os serviços médicos, privado e público, por informações e treinamentos de fontes variadas, nos consultórios de pediatras, médicos de adolescentes ou *hebiatras* – a depender das preferências terminológicas.

Em um primeiro momento, informado tão somente sobre a existência da *hebiatria* como novidade do campo médico, mas sem dispor de todas as discussões internas, pensei em acioná-los pelo intermédio da Sociedade Espírito-santense de Pediatria (SOESPE). Os dados construídos tomariam, assim, caráter mais particular.

Até então, no período anterior à entrada efetiva no campo de pesquisa, a Sociedade representava mais do que um ponto de partida para os consultórios médicos, destacando-se como uma instância de síntese dos profissionais da área no Espírito Santo, além de foco de irradiação das decisões nacionais acordadas na Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)<sup>138</sup>. Mas esse ponto do projeto teve que ser redimensionado.

Pelo contato com profissionais de saúde que trabalham com *adolescentes* no município de Vitória e observação realizada nos ambulatórios que os atendem na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) pude perceber a realidade do serviço sob o ponto de vista de seus profissionais. Elemento fundamental à análise da prática médica em seus próprios espaços,

---

<sup>138</sup> A Sociedade Espírito-santense de Pediatria (SOESPE) está filiada à Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

que, somada às informações obtidas nos livros consultados e ao diluído em suas falas, traria uma maior abrangência de compreensão desse saber-fazer.

A observação dos dois centros universitários de atendimento se mostrou frutífera no que se refere ao conhecimento de como se processa essa forma de medicina em sua prática diária e nos símbolos distribuídos pela organização de objetos e pessoas no interior de suas instalações.

Afinal, algumas diretrizes gerais são gestadas naqueles ambientes; sem mencionar o fato de exercerem influência pedagógica destacável sobre os médicos que realizam residência nesses locais, fazendo-os acumular a experiência necessária para que, mais tarde, atendam *adolescentes* em seus consultórios ou outros espaços públicos. Dessa forma, apresentam-se como instituições de difusão de conhecimentos e práticas médicas em todas as áreas. No caso recortado, o interesse recaiu sobre a maneira em que ali é feita a medicina do adolescente.

As alterações metodológicas realizadas frente às opções sugeridas à banca examinadora de qualificação desse trabalho no Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal Fluminense (PPGA/UFF)<sup>139</sup> permitiram uma investigação mais detida nos centros de atendimento público de *adolescentes* – além do acesso ao material empírico fundamental à pesquisa, como os dados provenientes das clínicas particulares de atendimento pediátrico/*hebiátrico* e de todo o material dedicado aos dessa faixa etária, em forma de publicações médicas e afins.

---

<sup>139</sup> Os seguintes professores participaram da banca de qualificação dessa tese: Dra. Simoni Lahud Guedes (orientadora), Dra. Fabíola Rodhen e o Dr. Paulo Gabriel da Rocha Pinto. Muitas das sugestões e referências foram incluídas no texto final, sem, como se costuma dizer, que lhes possa ser atribuída responsabilidade pelas imprecisões e desvios teóricos cometidos.

Muito embora tivesse também o interesse de realizar pequena etnografia sobre o atendimento de *adolescentes* no Hospital Cassiano Antônio de Moraes, denominado popularmente de Hospital das Clínicas e vinculado à Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), uma série de fatores me fez concentrar atenção nos serviços instalados no Rio de Janeiro. Dos profissionais que trabalham no Hospital das Clínicas, só entrevistei uma enfermeira, que participou de um atendimento de puericultura<sup>140</sup> que também envolveu *adolescentes*, mais não apenas eles, no mesmo hospital, na década de 80<sup>141</sup>.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) foi fundada pelo doutor Fernandes Figueira em 1910 e desde essa data é o órgão máximo do grande campo<sup>142</sup> da pediatria no Brasil. É a maior sociedade de especialidade médica brasileira e a terceira maior do mundo em pediatria, segundo seus próprios dados<sup>143</sup>. Possui mais de 25 mil sócios, além de 27 sociedades regionais filiadas e 27 departamentos científicos em atividade.

Em 13 de agosto de 1993, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) enviou comunicado aos pediatras, às cooperativas médicas e às instituições públicas e privadas que prestam atendimento médico recomendando ao pediatra que passasse a atuar sobre

---

<sup>140</sup> Sem qualquer explicação dos próprios atores sociais sobre o termo puericultura, recorri ao dicionário. Segundo a definição do Dicionário Aurélio puericultura seria “Arte de assegurar o perfeito desenvolvimento físico, mental e moral da criança, desde a gestação até à puberdade” (FERREIRA, 1977: p. 391).

<sup>141</sup> “O ambulatório de Pediatria foi implantado em 17 de abril de 1978, com dois serviços com características distintas: o ambulatório da manhã e o ambulatório da tarde. O último atende, ainda hoje, no sistema convencional, isto é, atende, crianças de qualquer região do Estado ou fora deste (...). O ambulatório da manhã, objeto de interesse desta pesquisa, visava inicialmente propiciar condições para as práticas dos Cursos de Enfermagem e Obstetrícia, Medicina e Serviço Social e desenvolver atividade assistencial em pediatria, com ênfase especial para os aspectos preventivos da saúde da população infantil moradora na área circunvizinha ao HUCAM – Área Programática de Maruípe.” (RAMOS, 1992: p. 2 e 3).

<sup>142</sup> Como dito em outro lugar desta tese, a medicina do adolescente é apenas uma das muitas áreas de atuação da pediatria.

<sup>143</sup> Esses dados foram conseguidos no *site* da SOESPE: [www.soespe.com.br](http://www.soespe.com.br)

indivíduos menores de 18 anos de idade<sup>144</sup>; ou seja, que atendessem *adolescentes*. Até esse momento, a recomendação era a de que o atendimento fosse feito conforme a necessidade de seu tratamento, por especialidades não etárias, a partir dos 12 anos de idade. A incorporação dos *adolescentes* pela pediatria denotou a compreensão de que deveriam ser tratados por especialistas próprios, muito embora fosse praxe a continuidade de muitos atendimentos de indivíduos dessa “fase da vida” por aqueles que haviam sido seus pediatras por continuidade automática, confiança familiar ou conhecimento de longa data.

Desde a constituição federal de 1988, o Ministério da Saúde oficializou o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) que deu visibilidade, no interior da área pediátrica à sua temática. Em 1998, foi realizado o primeiro concurso para médico de adolescente no interior da SBP. Concomitantemente, cresceu o interesse pelo assunto entre instâncias do senso comum, como os meios de comunicação de massa. Uma miríade de programas de TV, filmes de ação, espetáculos de teatros e livros de aventuras ganharam o mercado das sociedades ocidentais, como produtos explicitamente voltados aos *adolescentes* ou os tomando como tema prioritário (VEJA, 08/2003; VEJA, 06/2004). Phillippe Ariès que havia dito que o século XX seria o século da *adolescência* talvez ficasse ruborizado ao perceber que, no XXI, a tendência iniciada ganhou ainda maior destaque.

A estrutura organizativa da medicina pediátrica é piramidal: cada estado pode fundar sua própria sociedade virtualmente ligada à instância nacional<sup>145</sup>. Desse modo, a Sociedade Espírito-santense de Pediatria (Soespe) nasceu em 5 de setembro de 1972 e

---

<sup>144</sup> Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleça que *adolescente* é o indivíduo que esteja na faixa etária entre 10 a 19 anos de idade, aspectos legais da regulação do Estado brasileiro, como a minoridade penal, fazem com que os profissionais pediátricos limitem sua atuação clínica até os 18 anos.

<sup>145</sup> Não tenho como afirmar se isso ocorre em outras sociedades médicas – ainda que suspeite que sim.

desde esta data organiza congressos e seminários, contando com vários departamentos internos. O Departamento de Adolescência possui caráter multidisciplinar, absorvendo a presença de psicólogos e assistentes sociais, por entender que seu atendimento envolve aspectos não apenas contempláveis pela literatura e tradição médicas. Apesar de possuírem titulados filiados, grande parte dos pediatras dedicados ao atendimento dos *adolescentes* não possui ainda diplomas oferecidos pela SBP que os oficiariam como médico de adolescentes ou simplesmente ignoram a importância desse título.

Como disse acima, a estratégia inicial de pesquisa era primeiramente procurar a SOESPE para a coleta dos dados. Foi o que fiz. Procurei o *site* da instituição na Internet, percebi que havia uma possibilidade de contato virtual, descobri também telefone e entrei em contato pelas duas vias. Aguardei a secretaria comunicar aos responsáveis pela Sociedade e me retornar a ligação. Em alguns dias, estabeleceu contato telefônico indicando o nome de uma pediatra para a entrevista – uma médica de adolescentes. Curiosamente, a doutora recomendada trabalhava em um organismo de planejamento da secretaria municipal de saúde. Recebi, por intermédio dessa primeira entrevista, várias recomendações sobre observação e possíveis novos entrevistados, o que, indiretamente, afastou-me da Soespe e das organizações umbilicalmente vinculadas à Sociedade Brasileira de Pediatria.

Encontrei a doutora em seu local de trabalho – no órgão da secretaria de saúde do município. Já naquela oportunidade pude me deparar com a discussão sobre a nomenclatura utilizada pelos profissionais médicos que atendem *adolescentes*. Doutora Maria acredita que a denominação *hebiatra* é indevida, uma vez que a Sociedade Brasileira de Pediatra reconhece todo pediatra como apto a atender *adolescentes*. Mas, ao contrário, do que

conclui em um primeiro momento, a discussão é bastante mais abrangente, com destacado aspecto político.

O termo *hebiatria* passou a ser mais usado principalmente após 1998, quando a Sociedade Brasileira de Pediatria tratou de conceder diploma àqueles que tiverem interesse em se sub-especializar em medicina do adolescente – muito embora todos os pediatras sejam oficialmente recomendados pela Sociedade a realizar o atendimento de *adolescentes*<sup>146</sup>. Como existe em outros países desde a década de 50, como, por exemplo, nos Estados Unidos, serviços específicos de *adolescentes*, independente da pediatria, muitos profissionais passaram a se denominar *hebiatras*<sup>147</sup>, muitas vezes sem prestarem concurso para receber o título da SBP. A partir desse primeiro encontro, soube das disputas do campo médico dedicado efetivamente a essa faixa etária e de como entre outros embates está a questão de saber se a medicina do adolescente deve ou não se tornar uma especialidade futura ou, ao menos, não estar ligada umbilicalmente a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Após a primeira entrevista, mantive contato com mais duas médicas ligadas a um centro privado que prioriza o atendimento de *adolescentes* no município de Vitória, que não viam inconveniente maior em serem chamadas de hebiatras, muito embora tenham prestado residência médica em pediatria. Além disso, entrevistei um educador, formado em

---

<sup>146</sup> Muito provavelmente, a recomendação e o próprio título conferido foi consequência da disposição da Sociedade em fazer com que a medicina de adolescentes fosse abarcada pelo grande campo pediátrico, uma vez que outros profissionais médicos – como os clínicos gerais – poderiam reivindicar a atuação oficial na área.

<sup>147</sup> Sobre o assunto é bom ver o que diz Doutor Marcelo: “Se você pega os principais livros de pediatria do mundo, que é o Manual (inaudível), da medicina da (nome da autora – inaudível), ela usa o termo *hebiatry*. Ela usa o termo hebiatria e é hebiatria. Eu acho o seguinte: a gente tem que seguir quem tem tradição e quem está fazendo uma coisa bem feita há muito tempo. Eu acho que é fácil inventar moda quando a gente está começando agora”.

educação física, que trabalha no mesmo setor de planejamento da secretaria municipal de Vitória que a primeira entrevistada – o que ilustra bem a guinada multiprofissional das atividades voltadas à saúde do *adolescente*. Depois de realizar tais entrevistas, detive-me também, seguindo as orientações recebidas pela banca de qualificação, aos ambulatórios de *adolescentes* ligados a hospitais universitários com centros de atendimento e treinamento de futuros médicos de adolescentes. Vejamos alguns resultados da pesquisa empírica que resultaram das observações realizadas.

### **O Ambulatório de Adolescentes do Hospital Universitário da UFRJ**

Realizei algumas visitas ao Instituto de Adolescência da UFRJ, localizado no Hospital Universitário, na Ilha do Governador, parte integrante do Instituto de Pediatria da Universidade, no início de 2005. Desde que tive a oportunidade de concretizar a primeira da série de entrevistas que deram base às interpretações presentes nesta tese, recebi a promessa de contato com os coordenadores do serviço. Afinal, a entrevistada havia sido “aluna” lá<sup>148</sup>. Não ficou claro em que modalidade, mas provavelmente em adolescência. Por intermédio dela, marquei entrevista com uma das coordenadoras do Instituto. Muito atenciosa, a doutora me prometeu contato com toda a equipe, no momento de uma reunião interdisciplinar regular, diária; além de fornecer telefones de membros do comitê de adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria.

---

<sup>148</sup> O serviço da UFRJ é reconhecido pela qualidade de sua residência médica, particularmente na área de adolescência. Contudo, apenas pediatras, que já passaram pelo treinamento infantil, podem realizar residência no Instituto de Adolescência. Naquele local, Doutora Maria havia concluído sua residência médica.

Cheguei ao Instituto de Adolescência por volta das 9h30min do dia 6 de janeiro, “em cima da hora” combinada com a coordenadora. Esperava chegar um pouco antes para me situar em espaço diferente à minha perspectiva corrente e reconhecer mais claramente parte do ambiente. Não foi possível. Chegando ao balcão de informações no térreo, fui informado que a doutora estaria na sala 14 – dedicada, segundo inscrição na porta – à adolescência e à endocrinologia (pediátrica, no caso). Todo o prédio é dedicado à pediatria, funcionando como um anexo do Hospital Universitário.

Logo que abri a porta da sala, com certo constrangimento, a coordenadora me identificou. “Você é o antropólogo que veio para a entrevista?!”, perguntou. Fui então encaminhado a uma pequena sala onde, juntamente com um colega, orienta os médicos da prefeitura que foram mandados para fazer residência em *adolescência*.

Ela é uma das coordenadoras do Programa e age como professora. O outro coordenador estava de férias. A equipe de orientadores médicos é composta por três profissionais. Um chefe e dois coordenadores.

A todo momento chegavam médicas (todas que vi eram do sexo feminino), muito jovens, para comentar um caso ou para pedir alguma ajuda sobre os pacientes. Havia cerca de quatro delas quando cheguei na pequena sala. Até então nenhum homem<sup>149</sup>.

Pedi que me sentasse e aguardasse um pouco até que pudesse conceder a entrevista. Falava naturalmente com as médicas que chegavam até ela sem demonstrar nenhum constrangimento quanto à minha presença. Ao contrário, parecia preocupada em mostrar como funciona o “serviço de adolescência” na “prática”. Depois de um tempo,

---

<sup>149</sup> É destacado o predomínio feminino tanto na pediatria quanto na medicina do adolescente.



entrou na sala o único profissional masculino dos primeiros dois dias de trabalho de campo naquele local. Como ela, aparentava uns quarenta e cinco anos. Era o chefe do serviço no momento. Na reunião geral (que descrevo a seguir) foi tratado com extrema reverência por algumas “alunas” (termo amplamente utilizado para designar as médicas em treinamento).

Fomos, após uns quinze minutos de espera, entre a minha estadia sozinho e a acompanhada do médico referido, para outra sala – ao lado. Na verdade, um consultório. Nada lembrava que estávamos em um ambiente exclusivamente dedicado a *adolescentes*; nenhum quadro “alternativo”; nenhum objeto destacado; qualquer gravura ou revista que lembrasse jovens ou adolescentes. Os “utensílios” do consultório eram muitos simples, típicos do serviço público brasileiro.

Começamos então a entrevista conjunta. A primeira de uma série realizada no Instituto. O chefe do serviço, pouco mais falante que a coordenadora, deu o tom da entrevista, assumindo claramente sua condição hierárquica. Aos poucos, porém, a coordenadora assumiu parte das respostas. Falante e impressionantemente parecida com a entrevistada de Vitória que, afinal, a tinha “apresentado”, tomou dos complementos às respostas do chefe as rédeas da entrevista.

Ela possui título de mestre. Ele conta com a graduação, larga experiência no campo, além dos cursos e muitos seminários de que participou. Além disso, após encerrada a reunião, vi um livro escrito por ela e outro autor nas mãos de uma “aluna”. As referências foram anotadas – algo como *Adolescência: uma abordagem prática*. Porém, por motivos diversos, infelizmente, nunca tive acesso a ele.

O ponto alto da entrevista foi o da reação do médico mediante a utilização da palavra *hebiatra*. Segundo ele, o termo não deveria ser utilizado, denotando apenas a necessidade de alguns médicos dele se apropriar para fins de *marketing*. Chegou a mencionar o uso do termo como algo ligado a mineiros, que não iria pegar no Rio de Janeiro. Depois explicou que há um grupo que tenta separar a *hebiatria* do campo geral da pediatria. Seus principais adversários no que diz respeito ao uso da categoria, segundo suas palavras, atuariam no estado de Minas Gerais.

Após o término da entrevista, passamos à reunião. Como éramos muitos não foi possível sua realização na primeira sala em que estive, local onde normalmente acontece. (E, como disse acima, que havia sido convidado a participar desde a marcação com a coordenadora.). As reuniões interdisciplinares são chamadas de *round*<sup>150</sup>.

Pegaram, por isso, uma sala emprestada do serviço social que nenhuma relação direta possui com o serviço de *adolescência*. Saímos do conjunto de salas que se abrem a partir da porta com o número 14 e fomos para outra. Fui orientado a seguir outros membros da equipe, pois logo estariam lá. Fiquei cerca de dez minutos em uma sala também minúscula, com pessoas que não havia sido apresentado e que, provavelmente, perguntavam-se, com razão, quem era aquele indivíduo estranho. Depois de um tempo, apresentei-me e falei de meus objetivos. Estavam lá: a enfermeira que participa da equipe permanentemente e algumas “alunas” de enfermagem. Aos poucos, todos chegaram. Ao todo, contando comigo, estavam ali umas quinze pessoas. Apenas eu e o chefe do instituto éramos do sexo masculino. Ficamos literalmente imprensados pelo pouco espaço.

---

<sup>150</sup> Mesmo sem ser possível ter clareza completa do porquê do uso do termo, é possível que seu sentido tenha sido extraído do boxe. Afinal, sabe-se que chamam “round” os vários períodos de luta desse esporte.

A reunião foi realmente muito interessante. O trabalho pareceu muito bem organizado. O objetivo era que todos com “pepinos” a apresentar os socializem com a equipe. Em tese, todos os “casos” complicados, confusos ou apenas curiosos foram postos em debate. A princípio, a totalidade dos que trabalham no serviço puderam se manifestar; no entanto, foi pedido a alguns deles o auxílio naquilo que estaria mais próximo de sua atuação profissional. Além dos médicos, apenas três profissionais de outra área se manifestaram. Uma psicóloga e duas enfermeiras – uma delas “aluna”. Apesar do predomínio numérico e substantivo dos médicos, todos eram convidados à fala. Pela importância da experiência, relato abaixo os pontos ou casos postos em discussão.

(a) A coordenadora referida abriu os trabalhos com o exemplo de um caso que tinha pegado. Era o de uma menina de 14 anos, muito tímida, que havia extraído um pulmão. Segundo ela, já apresentava um quadro realista de seu possível futuro. Isso porque de acordo com sua análise, até os 13 anos os seres humanos costumam manifestar uma visão fantasiosa da realidade. *Meninas e meninos* tenderiam a pensar que podem ter profissões difíceis à sua condição social.

Como exemplo, dá destaque ao garoto pobre e “atrasado na escola” que afirmara vir a ser médico “quando crescesse”. Nesse momento, outro ponto abordado foi a necessidade de comprovação de que a realidade apresentada na fala corresponderia à realidade vivida. Disse que, diante dessa *menina*, tímida, retraída etc, etc, etc, quis ver se estava depilada. Afinal, sua timidez aparente poderia ser “desmentida” pelo fato de estar depilada. A finalidade não ficou clara. Por que a busca dessa “verdade”<sup>151</sup>?

---

<sup>151</sup> Nietzsche aborda a tendência do pensamento ocidental em procurar extrair, artificialmente, da realidade aspectos que seriam considerados falsos, irrealis; enfim, não verdadeiros. Essa “vontade de verdade” estaria

(b) Após essa abertura, teve espaço a história de um menino de 12 anos com escabiose. O relato foi realizado por uma residente (que após a reunião acabou me concedendo entrevista). Ao que parece o *adolescente* não estava fazendo o tratamento porque o remédio sugerido causava ardências na região genital. A coordenadora alertou que essa também é uma doença sexualmente transmissível.

Como se verá, a possibilidade de doenças sexualmente transmissíveis e abusos sexuais foram uma constante na reunião. O que torna perceptível o caráter de procura de causas não apenas orgânicas para os males acometidos pelos adolescentes que buscam o serviço.

(c) O terceiro caso, apresentado pela mesma residente, diz respeito a um menino de 11 anos que estava com “sangue vivo” nas fezes. No decorrer da discussão, os médicos usaram outro termo. O acontecimento gerou forte polêmica. O chefe começou a perguntar a todos os profissionais presentes (e frisou que com exceção de mim, que era antropólogo, todos poderiam levantar suas hipóteses sobre as causas). A coordenadora indagou se a médica havia examinado o ânus do *menino*. Respondeu que não, dizendo que havia “engolido mosca”, com linguagem popular. Foi “salva” por Doutor Pedro que disse ser cúmplice da situação já que o caso foi levado a ele. Muitas hipóteses foram levantadas; inclusive de hemorróidas, fissura anal e violência sexual.

(d) Após a série de debates provenientes da discussão anterior, foi a vez de ser objeto de reflexão um menino de 11 anos com problemas escolares. Especialmente falta de atenção e rebeldia. Muitos presentes afirmaram o equívoco diante de quadros como aquele. Dizia-se o

---

relacionada à tendência metafísica de nossas concepções, que buscam Verdades não contaminadas pela aparência das coisas (NIETZSCHE, 1981).

quanto é errado encaminhar, como no caso, para psicólogo e neurologista. O menino deveria mesmo procurar um médico de adolescentes. Mesmo as psicólogas presentes diziam concordar com o que era dito. Ou a se resignar diante disso. Havia um agravante no caso: o menino fazia “cocô na calça” sem sentir (que recebeu um termo técnico não captado por mim) sem ligar para a zombaria constante dos colegas. Ao contrário, parecia se divertir com a “zoação” sobre ele. Além disso, o garoto tem hepatite C, apenas adquirível através de relações sexuais ou uso de seringa contaminada. Houve forte polêmica diante do caso, com formas de interpretar que tomavam direções diversas.

Uns defendiam a hipótese de uso prematuro de drogas injetáveis; outros imaginavam que ele havia sido molestado sexualmente. As duas hipóteses tornavam-se plausíveis pelo histórico da família. O pai, já falecido, fazia uso intensivo de cocaína e álcool e possuía tendências suicidas. A fonte da hepatite poderia ser o pai. O caso foi apresentado pela enfermeira da equipe, através de informações da mãe, no momento da triagem. De todos, foi o debate mais acalorado e em que o tempo foi mais utilizado.

(e) Apresentado por uma médica que auxilia na orientação dos residentes foi exposto o caso de uma *adolescente* de 15 anos que reclamava de intensa dor de cabeça. Foi até o serviço sem marcar consulta e queria ser atendida na hora que chegou. Doutor Pedro afirmou ter dito a ela que se não esperasse, só poderia ser atendida em outro dia, assim mesmo após marcar consulta.

Esperou e foi atendida. E, segundo ele, não voltou a se manifestar de forma desrespeitosa. Doutora Vilma afirmou que, durante a consulta, a queixa que a levou até o ambulatório não apareceu; ou seja, em momento nenhum falou mais da “forte” cefaléia. Ao

contrário, discorreu sobre seus problemas familiares e sexuais. Portadora do HPV, vírus similar ao HIV, que, geralmente, faz desenvolver o câncer do colo do útero, mostrava certo distúrbio psicológico. Mais particularmente, narrou a separação dos pais e seus reflexos em sua vida. Foi deliberado que a mãe deveria ser chamada para esclarecer alguns pontos obscuros. Caso essa não comparecesse, o caso seria encaminhado ao Conselho Tutelar.

(f) Outro paciente cuja situação envolvia “distúrbio de comportamento” (especialmente escolar) veio à baila. Uma residente entrevistada após a reunião afirmou que um *garoto* (infelizmente não anotei a idade), além de obeso, apresentava comportamentos considerados atípicos. Por exemplo, reclamava de fortes dores urinárias porque, segundo seu próprio relato, “não se sente livre para fazer xixi”. Segundo a mãe, é muito retraído e quase não tem amigos. Os *adolescentes* de sua idade implicam com ele pelos seus trejeitos aparentemente femininos. A própria doutora reconheceu tais trejeitos. Foi pedido para ele se auto-desenhar. E mostrado o desenho realizado ao grupo. Realmente o desenho era curioso e fantasioso. Tinha inscrições como “cavaleiros do zodíaco” e outros nomes, aparentemente sem sentido. Ele se desenhou com quatro braços – dois na linha da cintura (segundo a mãe, o menino tem mania de ficar com a mão nas “cadeiras” ou passando continuamente no cabelo – o que lhe faz sofrer críticas constantes dos colegas de classe) e dois para o alto. Afirmou para médica que não se dá bem com o pai – no momento do atendimento separado da mãe – e que nunca perdoará o que fez com ele. Mais uma vez a suspeita generalizada é de abuso sexual. Sobre o desenho, a psicóloga presente alertou que não se deve pedir para os *adolescentes* se desenharem. Segundo ela, pela fuga, sempre farão desenhos fantasiosos e estereotipados, como aquele. Além disso, o desenho só pode ajudar na análise se acompanhado do histórico do paciente.

Levantados e debatidos os casos, com bastante bom humor, deu-se por encerrada a reunião, depois de uma piada, sem nenhuma relação com os assuntos abordados, contada por uma das psicólogas presentes. Foi quando solicitei a quaisquer deles entrevistas que pudessem contribuir para a pesquisa.

Duas “alunas” médicas se propuseram a concedê-la naquele mesmo momento. Elas fazem parte do Programa de Educação Continuada (PEC), que recebe médicos que trabalham na rede municipal de saúde para realizar treinamento em medicina do adolescente. Estão, assim, na condição de estagiários na instituição e realizam a maior parte dos adolescentes que procuram a instituição – sempre orientados de perto pelos coordenadores do serviço.

Pode-se perceber claramente a gama de problemas voltados para além das dimensões propriamente orgânicas levantadas nas consultas e levadas à reunião observada. Nela, discutiu-se elementos emocionais, relações sexuais e doenças sexualmente transmissíveis, obesidade e abuso sexual. Assim, as doenças que chegam até os médicos que lá atuam sempre parecem visto pela bitola do *psicossocial*, ainda que não tenha sido essa a intenção primordial de quem procurou o atendimento e nem o discurso oficial dos organizadores do serviço, nesse caso. Assim, além de cura física, sempre está embutido algum tipo de esclarecimento sobre os riscos que correm no campo não-orgânico de suas perturbações e as principais formas de evitá-los.

Outro ponto de destaque do atendimento oferecido aos que são atendidos no serviço de adolescentes do Instituto de Pediatria da UFRJ é a presença estreita entre

supervisão e médicos-alunos que põem em prática a maior parte das consultas. Como destaca o chefe do serviço abaixo, com clara intenção comparativa.

Dr. Pedro: A grande vantagem do nosso serviço é que nós [os médicos responsáveis por sua chefia] atendemos. Em alguns serviços, os profissionais não atendem; só supervisionam. Nós não. Nós estamos sempre ali na linha de frente. Fazemos questão de sentar e atender.

O diferencial foi também observado por mim com apoio nas visitas e entrevistas realizadas. Talvez pelo enfoque maior na atenção secundária, os médicos do serviço da UFRJ trabalham de forma integrada. Chefe, coordenadores, alunos-médicos, outros profissionais da equipe e seus alunos possuem forte laço de convivência e discussão, emoldurando os casos que chegam até eles de forma parcialmente coletiva, muito embora sobre perceptível e declarada direção médica. Será visto que no Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente as atividades correm paralelamente, sem a centralização observada entre os profissionais da UFRJ.

Em outro dia, cheguei cedo ao Instituto. Fui direto em busca da(s) psicóloga(s) para a entrevista. Na sala 14 (a dedicada à adolescência e à endocrinologia), fui informado que estariam ao lado – na sala própria ao atendimento psicológico. A funcionária que havia me comunicado onde se localizava a sala pediu que batesse na porta.

No local de espera, vi poucas pessoas que pudessem ser chamadas de *adolescentes*. A maior parte era composta por *crianças pequenas* acompanhada de pais. Os poucos *adolescentes* pareciam tão novos que quase não dava para distinguir pacientes e



acompanhantes. Vi uma *menina* de uns 17 anos, grávida, acompanhada de duas crianças e uma senhora – provavelmente sua mãe. Ao que parecia, a consulta era para os filhos, mas, pela faixa etária, poderia ser para ela. Talvez tenha sido o caso de uma gravidez na *adolescência*. Vi mais umas três ou quatro *meninas* de uns 11 ou 12 anos. E só. A predominância era de *crianças pequenas*, acompanhadas de possíveis pais e mães.

O Instituto de Pediatria, onde o serviço de *adolescência* está alocado, funciona em um prédio ao lado do dedicado aos *adultos* do Hospital Universitário da UFRJ. O prédio, de dois andares, é uma típica instalação de serviço público, do piso, com rachaduras, ao tipo de iluminação e volume de pessoas. Como é um centro de pediatria, a tônica é o burburinho e a correria das crianças.

O atendimento é realizado no segundo andar do prédio, cujo acesso se dá por uma longa rampa dividida em dois “lances”: o primeiro, para esquerda de quem entra, e logo após para a direita. Há várias salas (consultórios?) dedicados ao atendimento pediátrico por subespecialidade ou à administração. Algumas salas são funcionais, como a que fica à frente do local de onde fiz essas anotações: a do anfiteatro do ambulatório. No lado contrário a que estava (a de entrada através do acesso à rampa) encontram-se banheiros masculino e feminino, com um bebedouro no meio.

Curiosamente, não há muitos “motivos” infantis no ambulatório, com exceção de uma pequena casa de madeira (reprodução de uma) ao lado da sala do anfiteatro (referida apenas como sala 3).

Há desenhos tipicamente infantis de “ursinhos” em parte do início do “telhado” da casa e nas laterais, na altura da maçaneta. A porta possui (também pouco acima da

maçaneta) uma janelinha de vidro fumê. Na lateral, o mesmo tipo de vidro em um quadrado bem maior do que o da porta. A casinha deve ter uns 3 por 2 metros. Fica ao lado esquerdo de quem chega pela rampa.

Havia umas 200 pessoas esperando consulta ou acompanhando os pacientes – entre *crianças*, pais e agregados. O predomínio é de *crianças* – correndo, brincando, se alegrando... Como disse, não vi (nem em frente da sala dedicada aos *adolescentes*) muitas pessoas que pudessem ser assim chamadas. Há vários bancos de madeira (formado de ripas vazadas), razoavelmente confortáveis. Estão dispostos no centro do grande corredor de espera e na lateral paralela à rampa. Além disso, há uma espécie de sala de espera com uma concentração de bancos. Fica do lado direito da rampa. Estava lotada.

Embaixo, no térreo, há, à direita de quem chega, uma sala (aberta com uma porta com grades) donde se marcam as consultas – pelo menos é o que está escrito em uma placa. À frente (na entrada da rampa), após um espaço de mais ou menos uns dez metros, a entrada de acesso à rampa. O acesso é controlado por um funcionário que fica à frente de um balcão com três pessoas fazendo triagem.

A marcação da consulta é feita, primeiro, no prédio “de cima” (segundo um funcionário que estava na sala em que se lia “marcação de consultas”) e só depois marcada “em baixo”. Depois é feita a triagem. Não ficou muito claro como.

Parte dessas observações “arquitetônicas” se deu enquanto esperava um melhor momento para bater de novo à porta da sala de psicologia. Em cima, antes de ser atendido pelas psicólogas; e embaixo, depois de encerrado o trabalho de entrevistas. Voltei e bati de novo e a porta se abriu. Uma das psicólogas veio me receber. Estavam duas delas na sala e

a entrevista se deu em uma mesa pequena, de *criança*; elas sentadas em cadeirinhas e eu em uma cadeira normal, de *adulto*.

Realizada a entrevista com as psicólogas, tentei contato com outros profissionais do instituto. Fui informado que a enfermeira que faz parte da equipe, estaria me esperando. Não a encontrei na “sala das enfermeiras”, e, logo, houve certa mobilização de funcionários para ver onde estava. Logo apareceu e fomos para a sala em que havia sido feita a reunião do dia anterior, a que foi tomada de empréstimo à assistência social – que não possui nenhum profissional oficialmente ligado à equipe de atendimento ao adolescente.

Uma passagem deu a tônica de como o trabalho de saúde com adolescentes tende a ser multiprofissional, assim como alertou para as reivindicações latentes dos não médicos sobre a importância do desenvolvimento de seus saberes junto à equipe. Nesse caso, a enfermeira acabou por demonstrar, por um lado, as vantagens do trabalho multiprofissional e, por outro, os confrontos naturais entre as visões de cada tradição de cada segmento. Por exemplo, pareceu concordar com o ponto de vista médico de que nem todos os problemas dos adolescentes devem ser encaminhados às psicólogas ou supostos como de causa emocional em sentido estrito. Ainda assim, pareceu destacar certa dureza do entendimento médico, principalmente sua desconfiança em relação ao trabalho de outros membros da equipe, particularmente ao do enfermeiro<sup>152</sup>.

---

<sup>152</sup> Durante a entrevista buscou demonstrar os “preconceitos” que sofrem os profissionais da enfermagem, ressaltando as principais características da consulta por eles realizada e o papel que podem desempenhar em uma equipe de atendimento de saúde. Segundo ela, apenas o diagnóstico e o exame clínico detalhado não podem ser feitos por eles. Contudo, as recomendações educacionais e a sondagem sobre o quadro geral da família e do próprio adolescente ficam sob sua responsabilidade. Possuem destacada importância na realização da triagem dos pacientes; no caso, sua principal função na equipe.

Lembrou que a triagem dos pacientes era realizada anteriormente apenas pelos profissionais de enfermagem. Agora todas as triagens são conjuntamente feitas por ela e pelo doutor Pedro – chefe do serviço. Contudo, tal metodologia é recente. Antes, ela como membro da equipe, sozinha, fazia todo este trabalho. É a única enfermeira entre os participantes oficiais do serviço; mas não a única no Hospital. Há mais três enfermeiras que trabalham em outros setores. Os demais que atuam com adolescentes são estagiários que ficam sob sua orientação e que, cumprindo o tempo de estágio, dão lugar a outros interessados em um treinamento para trabalhar com adolescentes. Nesse ponto da entrevista, justificou que, agora, tem menos trabalho, dividindo-o com o doutor Pedro, mesmo que ressaltasse que poderia fazer toda a triagem sozinha e que, eventualmente, isso é possível ainda, uma vez que a atividade está sob sua responsabilidade.

De certa forma, pareceu-me que o campo estabelece alianças diferenciadas, conforme cada contexto de atuação. Como são três os segmentos de profissionais na equipe, imagino que as “contradições” ou “choques” entre eles podem ser vistos em um *continuum*, onde em um pólo estariam os psicólogos, no extremo oposto os médicos e no centro, os enfermeiros<sup>153</sup>. Cada um justificando seus próprios afazeres e metodologias. Esse *continuum*, que pode variar pela característica pessoal dos profissionais envolvidos, é fruto das relações de poder vivenciadas e da demonstração de competência maior ou menor para a abordagem de alguns assuntos. É preciso, no entanto, destacar que meu próprio olhar está metodologicamente imbuído de uma pressuposição de que o poder é sempre relacional e está presente em todos os setores das sociedades em que vivemos.

---

<sup>153</sup> Certamente, essa polarização diz respeito à proximidade maior ou menor das ciências humanas ou naturais.

## O Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA)

O Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) pertence ao corpo de serviços prestados à sociedade carioca pelo Hospital Universitário Pedro Ernesto, situado em Vila Isabel. O hospital é vinculado à Universidade Estadual do Rio de Janeiro, servindo de local de residência para os estudantes de medicina da universidade.

Fui informado que o NESA ficava ao lado do pavilhão geral do hospital, em uma rua sem saída atrás do Banco de Sangue. O prédio bege/creme (?) e azul cheirava à tinta. Trata-se do Pavilhão Floriano Stoffel<sup>154</sup>, edifício de dois andares com um subsolo. O prédio serve exclusivamente ao atendimento de *adolescentes*. Bem conservado por fora, com entrada arborizada e ambulâncias paradas à frente (que poderiam ser de unidades de saúde distantes da cidade do Rio, o que não ficou claro...), destaca-se marcadamente do padrão do atendimento público brasileiro.

Entrando pela passagem "oficial" (há um acesso para o restante dos "pavilhões" – não parecem pavilhões, mas são assim chamados – pelos fundos) se pode ver à esquerda uma pequena sala de espera com pouca gente em frente a consultórios. Não foram identificadas as especialidades. No entanto, havia, próximo à porta, um funcionário em um pequeno *stand*. Acima dele, um quadro de avisos, em letras em plástico, com as especialidades disponíveis. Seguindo em frente (da perspectiva de quem entra...) uma escada que dá acesso à sobreloja, chamada de primeiro andar, e outra para o subsolo. Nesse último há uma sala de espera mais ampla (o funcionário chamou de *varandão*), onde se tem que passar para ir aos banheiros – do lado de fora. Há uma TV com giro-visão ligada em

---

<sup>154</sup> Além dos trabalhos desenvolvidos nessa localidade, está de mesma forma vinculado à Uerj e ao próprio NESA, a Policlínica Piquet Carneiro, oferecendo atendimento de atenção primária e secundária.

canal de desenhos animados (acredito que estivesse no horário do Programa da Xuxa da Rede Globo de Televisão). À esquerda, quatro portas escritas, respectivamente: ginecologia, serviço social, saúde mental e nutrição. À direita, quatro janelas e uma porta que dá para o lado de fora de onde estava sentado, no momento que escrevi a primeira parte desse relato.

O local do lado de fora é arborizado (duas amendoeiras fazem sombra), algumas cadeiras de cimento ao ar livre e, à frente, quatro portas de alumínio, escritas respectivamente (da esquerda para a direita): banheiro feminino, banheiro masculino, banheiro feminino (de novo) e simplesmente banheiro, talvez unissex, para funcionários. O masculino é limpo, com mictório e sanitário, mas individual. A pia estava com a torneira com defeito, porém bem melhor do que outros pontos de saúde pública. Mais à direita existe uma pequena sala que supus ser uma cozinha. À esquerda há outra passagem, como já disse, tipo corredor (mas ao ar livre).

Além do piso de entrada, há outro acima. Supus, em um primeiro momento, que a maior parte dos consultórios ficassem lá – principalmente pela existência de alguns aparelhos de ar-condicionado. Depois percebi que não passavam de salas "administrativas".

O *varandão* tem à frente de si uma porta que dá acesso aos atendentes; lá está escrito: "sala de enfermagem". Possivelmente é a sala de triagem. Mudei de lugar mais uma vez atrás de outra perspectiva; passei ao *varandão* e observei os possíveis pacientes e pessoas com aspecto de mães (invariavelmente, quando havia) acompanhantes. Antes, porém, observei o que havia atrás dos banheiros, na passagem para o hospital já referida. Como disse, dá para outros setores de atendimento do Pedro Ernesto.

Estava no *varandão*. Havia 19 pessoas sentadas, contando comigo. A maior parte, *adolescente*. Pelo que vi, grande parte estava na "casa" dos 14, 15 anos. Curiosamente

muito mais *meninas* do que *meninos* (pode ser pelo atendimento em ginecologia). A espera é limpa e agradável. Arejada por seis ventiladores de teto (um parado). Há duas lixeiras médias ao lado de dez fileiras com cinco cadeiras de plástico cada uma. (Não havia sequer um papel de bala no chão...). As cadeiras são do tipo "sala de espera". Bem arrumadas (em fileiras), poucas fora de lugar. A televisão é grande e de excelente imagem. À frente, a sala de enfermagem. Atrás de onde estava, na última fileira, havia um quadro de giz móvel, com pés. Ao lado, ao fundo da sala, sentido contrário da descida, há uma porta de ferro – diferente das outras, parece indicar que é própria para funcionários. Entra mais gente, uma *menina* é chamada pelo nome para o atendimento. Não pude saber quantas "especialidades" havia. Nem mesmo se eram todos "pediatras".

Curiosidades:

- (a) no quadro de giz estava escrito em preto, quase apagado no verde: "Eu amo as Spice Girls"; provavelmente por algum *adolescente*;
- (b) havia pequena aglomeração em frente ao "vidro" (tipo "aquário") de atendimento, de onde eram chamados os *adolescentes*;
- (c) alguns *adolescentes* trajavam uniforme de colégios;
- (d) os próprios médicos chamavam os pacientes.

A sala, ao lado do quadro de giz, acima descrito como se fosse para acesso de funcionários, na verdade, era a passagem pela qual descí. (Esse ponto demonstra o quanto nossa percepção muda depois da estada por mais tempo em um local). A escada fica por dentro. A escada aparente, onde pensei ter descido, dá para uma série de consultórios (piso único, sem acesso a lugar mais algum). Estava escrito na porta "consultório médico". Subi à "sobreloja". Entre um lance e outro de escadas (diferentes do *varandão*). Há uma mesa entre a série de duas cadeiras; atrás, cartazes sobre AIDS (maioria), exploração sexual de

*crianças e adolescentes* e um mais vago com o desenho de uma série apenas de *crianças* respondendo a pergunta "o que eu queria fazer na minha vida?".

Depois da observação inicial, fui até o funcionário da entrada perguntar a quem poderia procurar para uma entrevista. Mantive certa "falta de objetividade" na pergunta curioso para saber para quem ele iria me mandar. Pedi que procurasse a secretaria no primeiro andar. Procurada, essa mencionou a presença da coordenadora da atenção primária. Depois de esperar um pouco, fui chamado à sua sala. Disse-me que só poderia me atender no dia seguinte às 10 horas. Ficou marcado. Deu-me duas revistas sobre a instituição: uma sobre sua história e outra com artigos científicos<sup>155</sup>.

No outro dia, cheguei pouco mais cedo do que a hora marcada para a entrevista. Fiquei observando o movimento no *varandão*. Depois subi à sala da coordenadora da atenção primária, acoplada à secretaria. Já eram 10 horas, já estava lá, mas, como previsto, tive que esperar. O balcão da secretaria é típico para atendimentos administrativos. Local de trabalho tipo escritório. Esperei em pé, um pouco constrangido pela conversa animada e descontraída entre a secretária, até onde pude perceber oficial, e uma outra funcionária de outro setor.

Enfim fui chamado. Primeiro expliquei os objetivos da pesquisa e um pouco do que já havia feito. Depois mencionei o serviço de *adolescência* da UFRJ. A grande diferença, nesse caso, seria o tipo de dado que teria de uma forma ou de outra, dando ciência de minha estadia em outro centro ou simplesmente não mencionando o fato. A menção, em certos momentos, marcou as diferenças – políticas, organizativas, intencionais...

---

<sup>155</sup> Uma delas é uma publicação comemorativa dos 30 anos de fundação do NESA; a outra se intitula *Adolescência e Saúde. Revista oficial do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente/UERJ*. Vol. 1, n. 1 (jan/mar. 2004). Rio de Janeiro: Diagraphic, 2003.



A coordenadora ouvida mostrou-se muito concentrada em suas próprias posições sobre a medicina do adolescente, relação com a pediatria e com iniciativas sociais, fazendo questão de responder detalhadamente a tudo que lhe era perguntado. Disse-me apenas que tinha um compromisso às 11 horas, o que fez com que o tempo se encerrasse antes das perguntas que eu tinha projetado. Mas não foi prejudicial. Confirmou minha percepção de que o serviço de *adolescentes*, principalmente em seus aspectos visíveis, se destaca dos demais existentes no Pedro Ernesto.

Perguntei, ao final da entrevista, se não havia um residente que eu pudesse entrevistar. Disse que possivelmente sim, mas que procurasse a funcionária da secretaria. Não fez nenhuma intermediação. Procurei a secretária que, ligando para o "varandão", identificou a *staff* do dia. Entrei no "aquário" (sala com ampla cobertura de vidro) com a funcionária. Ela me levou até a doutora responsável pelo dia.

Disse que estava ocupada com um e-mail que tinha a "passar", mas logo me concederia uma entrevista. Perguntou se teria necessariamente que ser com um residente, mostrando-se disponível. Disse que não. Enquanto isso chegaram dois deles. Fui então apresentado aos dois. Ela então aconselhou que os entrevistasse enquanto terminaria o que estava fazendo. Um disse que não poderia (claramente sem "paciência" para a tarefa); o outro, ao contrário, pareceu disponível à entrevista.

Fomos, eu e o médico residente que se mostrou interessado à empreitada, para um consultório pequeno. O residente, muito atencioso e sério (além de bastante jovem, entre 25 e 28 anos). Pareceu muito empolgado com o início da carreira. Veio de Juiz de Fora para estudar medicina do adolescente na UERJ. Possui grande interesse por psiquiatria e é bastante veemente na defesa de que não é necessário fazer pediatria para trabalhar com *adolescentes*. Talvez faça parte da "ala mineira" do debate sobre a pertinência ou não de

uma *hebiatria* independente da pediatria, que segundo o chefe do serviço de *adolescente* da UFRJ teria principal defesa no estado de Minas Gerais, mas que ali parece “discurso oficial”, uma vez que o assunto foi mencionado quase da mesma forma pela Doutora Alice.

Voltamos conversando animadamente sobre *adolescentes* até a sala da doutora que coordenava os residentes do dia. Chegando lá, na verdade, quase lá, no caminho, ela disse-me que havia tido um problema e que não poderia me conceder entrevista. Contudo, ofereceu telefone e e-mail para um futuro contato. Peguei o e-mail perguntando se poderíamos fazer uma entrevista virtual. Concordou. Teria assim uma fala intermediária: nem coordenadora nem residente. Por motivos variados, nunca obtive a entrevista.

Satisfeito com o trabalho do dia, saí pelo caminho que leva direto ao hospital. É marcante o contraste entre o pavilhão de *adolescentes* e o restante dos ambulatórios. A precariedade é percebida logo que se sai do pavilhão onde está o NESA.

A "saída informal" desembocava em um pequeno portão fechado por um guarda, como se não fosse para ser usado cotidianamente, ainda que utilizado de forma clara. Desemboca em uma rua típica para a passagem de ambulâncias. Apesar disso, o Pedro Ernesto não possui serviço de urgência.

Vi algumas entradas para ambulatórios outros. Cheguei ao de pediatria. Certifiquei-me que só atendem pessoas até os 11 anos completos, como a pediatria de meu tempo. O local de atendimento é apertado, sujo e de aparência precária – padrão típico de serviço público. Ao que parece, não há nenhuma relação entre um pavilhão e outro. O prédio de *adolescentes* é completamente independente<sup>156</sup>.

---

<sup>156</sup> É preciso destacar que o NESA possui uma farta rede de convênios com empresas e organizações não governamentais, além de contar com recursos do Governo Federal, por serviços prestados na confecção de material utilizado no treinamento de profissionais de saúde que pretendam trabalhar com adolescentes e na

Enquanto o primeiro dia foi o da observação geral e dos contatos e o segundo o das entrevistas, o terceiro foi o da busca de material escrito. Ao contrário dos outros, fui à tarde uma vez que a prioridade não era o atendimento. Mas havia atendimento. Fui informado que havia material diverso sobre *adolescentes* na sala 3, onde funciona o ELOS, uma espécie de biblioteca – sala especial com material sobre sexualidade e *adolescência* de forma geral.

Depois de observar o *varandão*, fui ao Elos. Chegando lá, encontrei, em espaço exíguo, pequena estante, um pouco desordenada, sem fichário para consulta, com livros e vídeos sobre *adolescentes*. De um lado, uma televisão para a consulta ao material em vídeo; de outro, um computador onde se procura a referência do material "catalogado". Um funcionário, quase *adolescente*, *adulto-jovem*, como dizem, atendeu-me com paciência e simpatia. Durante o período em que estava lá, chegou uma "pesquisadora", possivelmente médica pelo uso do branco das roupas, atrás de material para prevenção sobre drogas. Pegou um vídeo e começou a assisti-lo ali mesmo. Tratava-se de um programa feito com fantoches. Não me ative ao seu conteúdo.

Além do encontro, consegui um relevante material escrito sobre *adolescência*, medicina e intervenção em projetos sociais. Foram quatro volumes para tirar xerox. Deixei documento de identidade e fui à rua reproduzir os volumes que consegui. Quando voltei, a funcionária que me atendeu já havia ido embora; outras duas assumiam seu lugar.

A importância dos documentos conseguidos, parte dele formulado pelos próprios profissionais do NESA, reside no fato de ser indicações do Ministério da Saúde para o atendimento de *adolescentes*. Isto é, um material orientador para os próprios médicos, o que

---

realização de trabalhos em “comunidades carentes” ou meios de comunicação, fornecendo informação ou estimulando promoção e prevenção de saúde.

dá uma dimensão de unidade aos procedimentos imaginados como ideais. Terminado o trabalho de coleta de material, fui embora dando fim à primeira série de visitas ao Pedro Ernesto.

### **Uma Síntese Possível**

Os dois serviços são diferentes e até conflitantes em muitos aspectos. O principal deles seria o que tange à discordância oficial sobre a melhor nomenclatura para a medicina do adolescente. Afinal, os profissionais do Ambulatório de Adolescentes da UFRJ tendem a se denominar *pediatras* que priorizam o atendimento *adolescente* por gosto e treinamento e não propriamente *hebiatras*; enquanto os do NESA pretendem, até onde pude ver, incorporar ao campo a utilização do termo *hebiatria*, mesmo sem tomá-lo como fundamental, enfatizando sua independência estrutural em relação à pediatria e a especificidade de seu trabalho, uma vez que estaria ainda mais ligado ao campo denominado *psicossocial*, sendo flexível quanto ao direcionamento médico notado no outro caso. Ou seja, seus profissionais estariam mais francamente abertos à intervenção mental e social recomendada pela OMS.

De toda forma, as diferentes posições remetem diretamente a um posicionamento frente à Sociedade Brasileira de Pediatria, posto que esta regula, sem restringir o atendimento de *adolescentes* por quaisquer médicos, o uso do título de médico de adolescente. Afinal, segundo seus princípios, desde 1998, quando implantado o concurso para atender esses indivíduos, todo médico com título em *adolescência*, deveria realizar, primeiramente, residência em pediatria para só depois prestar prova de título de acordo com seus padrões para, se fosse o caso, prestar serviços médicos à *adolescência* de maneira oficial, reconhecido por autorização específica. Daí a questão de um dos entrevistados.

Dr. Marcelo: Então, você se forma médico; médico generalista, clínico geral. Depois você entra pra especialização. Têm duas formas de especialização no Brasil reconhecidas pelo MEC: a residência médica e os cursos de pós-graduação lato sensu. Hierarquicamente, sempre a residência tem uma preferência. Você teve uma formação mais sólida. A... Até dois anos atrás, a residência em medicina do adolescente era acesso direto, você saía da Faculdade e enfrentava ela direto. Por manobras políticas da Sociedade Brasileira de Pediatria, ela englobou a residência de medicina do adolescente e transformou em uma subespecialidade da pediatria. Quer dizer, foi uma manobra política pra ganhar uma reserva de mercado. Daí a pessoa tem que fazer obrigatoriamente agora residência em pediatria, em 2 anos; depois prova pra medicina do adolescente.

Não é incomum a afirmação de que a Sociedade Brasileira de Pediatria teria pretendido manter a *adolescência* sob seus domínios por razão de mercado. Afirmação, por outra via, rebatida pelos defensores da Sociedade, que argumentam que, ao contrário, o outro campo, o “não alinhado”, pretenderia “inventar” uma outra especialidade, desgarrada completamente da pediatria, para fortalecer politicamente seus idealizadores ou, de mesma forma, para aumentar seu poder no mercado médico.

Mesmo os defensores da Sociedade não negam inteiramente tal estratégia de mercado. Afinal, ao que parece, estava nos planos da Sociedade Brasileira de Pediatria um aumento no mercado médico, sempre desejável (BUCHAIANERI, 2004) a qualquer especialidade e de nenhuma forma ilegítima. Essa posição é francamente destacada pela Doutora Maria Ignez Saito, médica bastante reconhecida pelos que atuam na área.

“De repente [por] (...) uma questão de mercado de trabalho, os pediatras começaram a não encaminhar com 12 anos para o clínico, por um contexto de mercado de trabalho mesmo, e então você tinha seu paciente por mais tempo”. (SAITO, Maria Ignez apud BUCHAIANERI, 2004: anexo III, p. 139).

Porém, defesas da continuidade do atendimento de *adolescentes* pela pediatria prevalecem desde os primeiros serviços de *adolescência* no Brasil, sustentados na

afirmação de que ela estaria mais apta a tal tarefa por sua experiência em relação às questões ligadas ao crescimento e desenvolvimento humanos.

“Os livros clássicos de pediatria abordam a adolescência como um apêndice ou uma extensão dessa especialidade, entendendo essa fase da vida com o período pubertário, estudando biologicamente o crescimento e o desenvolvimento, preocupando-se com orientações de pais e dando alguma ênfase aos aspectos socioculturais do adolescente”. (BUCHIANERI, 2004: p. 15).

Ou pelas palavras da Doutora Maria Inez Saito:

“Os adolescentes são seres em crescimento e desenvolvimento e esta definição é da pediatria. Ainda está valendo esta premissa. Quando se fala em especialidade, o risco é se perder a noção do todo, portanto, é possível que a Medicina do Adolescente se torne uma especialidade e a preocupação será que esse especialista não se volte totalmente para as patologias da adolescência, deixando de perceber o indivíduo adolescente.” (SAITO, Maria Inez apud BUCHIANERI, 2004: anexo III, p. 149).

Quanto à predominância “não pediátrica”<sup>157</sup> do NESA pode estar assentada, de forma umbilical e velada, em sua própria história. Afinal, o atendimento de *adolescentes* naquele espaço nasceu do trabalho realizado na enfermaria, ligado especificamente à clínica médica, da atenção terciária, e não da iniciativa ambulatorial de pediatras ou da Sociedade Brasileira de Pediatria.

A organização e divulgação da medicina do adolescente, mesmo no que diz respeito à literatura sobre o tema, mostram-se intimamente solidárias aos centros que constituíram essa área de atuação. Por exemplo, a coletânea *Adolescentes*, publicada em 1979, já mencionada, estava diretamente vinculada ao serviço de *adolescentes* da Universidade de São Paulo, enquanto *Medicina do Adolescente* de 1993, mesmo contando com profissionais

---

<sup>157</sup> É bom ressaltar que, mesmo sem dar importância ao fato, os médicos com que tive contato são pediatras.

de muitas instituições e discussões diversas de ênfase orgânica, permanece com destacado tom ligado ao Serviço de Adolescência do Departamento de Pediatria da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

O primeiro dos livros mencionados foi compilado apenas cinco anos após o advento do serviço de *adolescentes* da USP e mostra um pouco de suas características e diretrizes centrais. Todos os articulistas estão vinculados a esta Universidade. Inclusive, há um artigo coletivo "assinado" por todos os membros da equipe que trabalham com *adolescentes* naquela instituição. Entre todos os que assumem autoria dos artigos estão: 2 médicos assistentes (que suponho serem clínicos gerais); 2 nutricionistas; 2 endocrinologistas; 2 enfermeiras; 2 assistentes sociais; 1 psiquiatra e 1 dermatologista. Contudo, nenhum profissional fora da medicina assina sozinho ou em combinação com outros um único artigo da coletânea sem a presença médica – o que demonstra, ao menos à época, a direção médica do serviço e seus principais empreendimentos naquele espaço. Todos os profissionais não-médicos são "englobados" pelos médicos, especialmente no artigo coletivo encabeçado pela Dra. Anita Colli (COLLI, 1979a). Tal fato demonstra inequívoco direcionamento médico nos serviços de adolescência no Brasil.

Algo similar ocorre nos campos da geriatria e da gerontologia, estudados por Simoni Guedes (2000). Lá também, mesmo que o discurso interdisciplinar (em especial no caso da gerontologia que se constitui como um serviço de atendimento interdisciplinar de idosos) predomine, é possível perceber amplo domínio dos saberes médicos e, por via de consequência, de fundo biologizante.

Essas práticas e entendimentos podem denotar o quanto o aspecto biológico dos problemas humanos serve, no quadro geral do Ocidente, de acordo com os parâmetros modernos, como uma espécie de âncora para o "mal". Na medida em que, ao contrário de

outras sociedades (EVANS-PRITCHARD, 2005), os distúrbios (quase sempre) têm no orgânico a sua fonte prioritária.

Mas o que importa assinalar são as divergências de termos, de organização e de mercados. E o quanto, de uma forma ou de outra, trabalham direta ou indiretamente sobre questões que ultrapassam o âmbito propriamente curativo, adentrando por questões de ordem psicológica e social, ainda que seus discursos oficiais possam os levar a outras direções. São educadores do corpo, de toda forma.



## ***Capítulo 5: Nas Trilhas da Lei***

Nesta virada de milênio, uma série de discussões e polêmicas acerca da *infância* e *adolescência* tem merecido destaque no seio da sociedade brasileira, como demonstrado. Implementa-se a ampliação do escopo legal de atendimento aos cidadãos compreendidos nessas faixas etárias por intermédio de estatutos específicos, que, segundo muitas instituições da sociedade civil e especialistas de setores diversos da academia (como a pedagogia, a psicologia, a sociologia etc.), ou por eles orientados, visam a romper os “estereótipos” e “desmandos do passado”, objetivando garantir convívio mais “saudável” entre *crianças* ou *adolescentes*, de um lado, e *adultos*, de outro. Por isso, foram estabelecidos mecanismos cuja intenção seria criar uma rede de proteção: os primeiros precisariam de “garantias” em relação aos segundos. Dessa forma, a legislação que aborda o tema, consubstanciada no Brasil pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado em 5 de setembro de 1992, aborda a relação das *crianças* e *adolescentes* com os pais, a sociedade como um todo e com o próprio Estado.

Em sentido amplo, os direitos e deveres da *infância* e da *adolescência* estão na ordem do dia; fornecendo pautas para coberturas midiáticas dos mais diversos matizes – dedicadas à denúncia de sua violação ou à exigência de maior rigor para com suas atitudes “desviantes” ou francamente criminosas.

No campo dos direitos, por exemplo, é notória a constante substituição de termos antes largamente utilizados para se referir homogeneamente a todos os indivíduos considerados à margem do entendido como “saudável” à faixa etária atribuída à *infância* e à *adolescência*. Algumas nomenclaturas endereçadas aos membros que desviam do padrão

não *adulto* considerado “ótimo” pela maior parte da sociedade brasileira, como “menor”, “criança abandonada”, “meninas e meninos de rua” etc. têm sido contestadas, na tentativa de minimizar os preconceitos sociais em relação a indivíduos nomeados por tais termos.

Por outro lado, não se pode dizer que seja incomum a circulação de discursos que apontem responsabilidade de “modelos” tidos como desviantes de *criança* e, principalmente, *adolescente*, como principais responsáveis por eventos “desagradáveis” – tanto pelo crescimento da violência urbana e do tráfico e consumo de drogas, por um suposto desregramento social e maior incidência de mortes por doenças sexualmente transmissíveis quanto pelo aumento do consumismo e da chamada cultura de massa.

Fala-se em crise de valores, denunciam-se desvios morais, contesta-se a violência ascendente e sua relação com a juventude, seja pelo crescimento do consumo e tráfico de drogas ilícitas ou pela reunião juvenil em gangues de rua ou até mesmo, o que felizmente ocorre em baixa escala no Brasil, pela agregação em grupos de extrema direita. O mesmo *adolescente* que merece respeito e legislação própria é freqüentemente entendido como um “problema” a ser resolvido. E, não raro, como forma mais apropriada para solucionar os “inconvenientes” dos (ou gerados por) *adolescentes* é o encaminhamento a profissionais disponíveis ao seu tratamento e compreensão; embora, da parte de alguns, haja dúvidas sobre até que ponto os problemas não seriam construídos ou reforçados por eles (Costa, 1989). Muito embora, se encontre quem imagine que sua resolução esteja no aumento do aparato punitivo.

É indiscutível a necessidade da Lei<sup>158</sup>. Mesmo porque a sua não internalização plena poderia estar relacionada a tais eventos desagradáveis, cometidos por *adolescentes*. De todo modo, outro ponto relevante é o que a explosão, em amplo entendimento, da *adolescência* pode revelar a respeito dos ocidentais nesse momento histórico. Quais as bases dos mais recentes comportamentos humanos e em que novos paradigmas estariam assentados – se pressupomos, como é típico do pensar ocidental, que constituem uma espécie de “vanguarda” no campo comportamental. Deixemos...

No primeiro capítulo, tive a oportunidade de considerar que, segundo Clastres, a Lei é instituída em grande parte das sociedades ditas tradicionais por intermédio dos ritos de passagem, enquanto nas ocidentais típicas pelo sistema escolar (CLASTRES, 2003). Argumentei que, por diversas razões, não existe no quadro ocidental uma única instância reguladora dos comportamentos, e que cada uma delas pode indicar maneiras inteiramente conflitantes de ação no mundo. Entre tais instâncias, estariam as dedicadas aos *adolescentes* pela medicina, mescladas às suas formas de interferência sobre o corpo em sua dimensão física.

Diante da população, a cura de doenças orgânicas justificaria a intervenção médica em seara mais abrangente; sob a base dupla de visibilidade: do geral e do particular. Sustentada na morte pelas conquistas dos estudos anatômicos e na vida pela presença de um paciente em um consultório específico – por sua atuação clínica, em busca de cura (FOUCAULT, 1994) – a medicina ganhou extrema legitimidade social, o que lhe permitiu

---

<sup>158</sup> Utilizamos o termo Lei, nesse caso, não como sinônimo de regras instituídas e reguladas pelo Estado, mas como normas sociais a que estão sujeitos os membros de quaisquer sociedades, que vedam ações consideradas não ajustadas aos comportamentos entendidos como os mais corretos e desejados.

caminhar<sup>159</sup> dialeticamente junto a outras conquistas, aproximando-se das atividades de caráter sócio-educativas.

Voltemos a Dumont. Classicamente, a postura moderna tem sido a de cindir “ser” de “deve ser”; a de separar, como amplamente divulgado pelo universo científico, questões cognitivas (e mesmo “naturais”) das morais, tendendo a advogar um conhecer destituído de “juízos de valor”, comprometedores da Verdade a respeito das coisas do mundo e dos corpos. Dessa maneira, buscou-se purificar o trabalho médico, no sentido de entendê-lo como ausente de implicações morais; de considerações sobre quais corpos e comportamentos pretendemos ver cultivados em nós mesmos e em nossos filhos. Ou, ao inverso, imputar-lhes “verdades naturais e objetivas” que permitissem uma pretensa intervenção social “científica”, como a propagada pelos higienistas. Segundo um pólo ou outro, deixou-se de ter clareza sobre o aspecto também social do fazer médico e suas muitas implicações valorativas.

De acordo com a perspectiva que tomei nesse trabalho, o saber técnico não necessita ser pensado, ao menos a princípio, como dissociado de sua influência reguladora. Outros campos do saber põem em andamento o mesmo processo. Há, inclusive, quem considere que a sociologia<sup>160</sup> também faça isso (LUZ, 1988). Técnica e comprometimento social andariam de mãos dadas<sup>161</sup>. Daí o seu valor e possibilidade.

---

<sup>159</sup> Porém, é preciso lembrar que o trabalho de intervenção da medicina anátomo-clínica desde seu nascimento, não apenas em sentido formal, institucionalmente reconhecido, mas também simbólico, esteve sempre ligado à intervenção social (FOUCAULT, 1979b). A medicina imediatamente anterior a ela, como mostrei acima, estava mais preocupada com a classificação das doenças do que com o corpo dos atendidos.

<sup>160</sup> É preciso entender que tomo aqui uma classificação ampla de sociologia. Nela estariam incluída aquilo que, no Brasil, recebeu o nome de ciências sociais.

<sup>161</sup> Tomando de empréstimo um termo caro a POLANYI (1980), poderia dizer que todo o fazer científico estaria entranhado nas considerações comportamentais de seu período histórico, sem que possa ser dele transcendido.

Não me parece que haja fosso destacável entre a pretensão de “cura” de um e outro tipo; mesmo que possam ser analiticamente desmembrados, a depender das ênfases profissionais e das imagens a elas ligadas. Especialmente no que diz respeito às suas possíveis práticas de restauração, virtualmente gestoras da unidade das dimensões “orgânica” e *psicossocial* – pensadas, aliás, no nascimento da medicina do adolescente, como já enfocado em outro lugar desse trabalho.

Toda sociedade humana possui padrões reguladores de comportamento, constitutivos de sua realidade<sup>162</sup>. Mais do que apenas nos livrarmos da “guerra de todos contra todos”, construímos, através deles, nossas formas de ser e de viver, humanizando-nos diversamente, conforme os elementos culturais que recebemos ao longo da vida, sob várias socializações.

Como disse alguém: o ser humano é o animal que moraliza<sup>163</sup>. O que torna o vazio moral (ou ético, por outra medida) impossível a seres que recebem ensinamentos norteadores de convivência de seus pares, dada a “limitação” dos sinais advindos de sua estrutura orgânica. Ensinamentos esses que se estabelecem como parâmetros fundamentais a serem seguidos diante do conjunto de concidadãos e das múltiplas maneiras de resolver suas necessidades (materiais e ideais, dialeticamente associadas), postando-se como um ser plenamente embebido nos quadros referenciais da cultura que lhe deu face humana.

---

<sup>162</sup> Acompanho a perspectiva de Peter BERGER e Thomas LUCKMAN (BERGER e LUCKMAN, 1999) sobre a construção social da realidade. Para eles, ao contrário de outros animais, os seres humanos precisam dos ensinamentos recebidos no interior de dado quadro social para que possam organizar-se no mundo, dotando-o de sentido. Em certa medida, uma das dimensões do trabalho de FREUD aponta em direção similar ao fazer com que a humanidade se constitua no interior de um corpo de regras desconhecidas dos demais animais; ainda que sua ênfase recaia sobre como essas regras, ao mesmo tempo em que os constituem como seres, os aprisionam (FREUD, 1974).

<sup>163</sup> Ao contrário do que geralmente se imagina, NIETZSCHE, o autor da imagem acima, não descarta a idéia de que sempre traremos alguma referência comportamental, certo quadro de valores. Sua crítica estaria mais centrada na moral ocidental de seu tempo que, segundo ele, estabelecia-se como uma moral de rebanho (NIETZSCHE, 1981 e 1989).

A construção social da realidade, o estabelecimento de um *nomos*<sup>164</sup>, um corpo orientador de sentidos que nos forneça direção frente ao aparente caos de um mundo sem ordem natural ou de ordem desconhecida, não possui apenas uma dimensão cognitiva, como enfatizaram BERGER e LUCKMAN (1999), mas também valorativa. Ou, como tentei demonstrar ao longo desse trabalho, com o auxílio de autores como DUMONT (1985) ou DUARTE (1986), através de valores-idéias ou idéias-valores, pressupondo que os parâmetros morais hierarquizam, classificam, põem em ordem, os elementos considerados “dignos” do pensamento, selecionando a apreensão humana, sem que possam ser “naturalmente” dele dissociados. A distinção presente em textos clássicos de nossa disciplina, como em GEERTZ (1989)<sup>165</sup>, advém, sobretudo, da maneira de classificar própria da “tradição” moderna. Já toquei suficientemente no ponto em outro local da presente tese.

Independente da discussão sobre os aspectos valorativo ou cognitivo de ordenamento da realidade humana – nunca apreensíveis diretamente, sem mediações sociais de quaisquer tipos, presentes nos diversos seres que constroem realidades díspares debaixo do céu e acima da terra – a questão é que, desde a mais tenra idade, o conjunto dos humanos divididos ou pluralizados em muitos quadros culturais de referência, recebem a Lei instituída pelos canais operantes de estabelecimento de convivência, senão harmônica, ao menos regulada, estabelecendo o caráter de sua própria humanidade, se levarmos em

---

<sup>164</sup> BERGER (1985) entende *nomos* como a ordem significativa construída pelos diversos seres humanos, dada a “fraqueza” de condicionamentos orgânicos. É preciso, porém, ressaltar a ênfase dada por ele ao caráter organizador da experiência humana em sua dimensão cognitiva e cosmológica, enquanto, pelos os interesses de meu trabalho, e apenas por eles, venho enfatizando elementos ligados aos planos comportamental e valorativo.

<sup>165</sup> Assim esclarece Clifford GEERTZ sobre a forma que o debate antropológico tem conduzido a questão: “Na discussão antropológica recente, os aspectos morais (e estéticos) de uma dada cultura, os elementos valorativos foram resumidos sob o termo ‘ethos’, enquanto os aspectos cognitivos, existenciais, foram designados pelo termo ‘visão de mundo’”. (GEERTZ, 1989: p. 93).

conta o pressuposto de parte da teoria antropológica contemporânea que associa o conceito de Homem ao de cultura (GEERTZ, 1989).

Assim, o certo e o errado, o “razoável” e o interdito, são construídos socialmente a fim de ajustar o ser ao mundo, fornecendo-lhes os princípios de convivência, pela punição e pelo prêmio; pelo que seria passível de sim ou de não, de aplauso ou de crítica, organizando, ou alicerçando, corações e mentes. Certamente, a instituição escolar possui destacado papel de regulação de condutas, como na ênfase durkheimiana já exposta<sup>166</sup>. No entanto, cada vez mais, as fontes de estabelecimento de orientação moral são variadas; fragmentadas, seguindo o jargão paradigmático mais recente.

Bem mais comuns, são as “reclamações” provenientes de professores, administradores públicos, profissionais ligados às instâncias policiais e até mesmo de pais<sup>167</sup> sobre a falta de “limites” das *crianças e adolescentes* em sociedades ocidentalizadas como a brasileira. O “descontrole” e a “ausência” de referências em relação à manutenção “ordeira” do corpo social. Muito embora, possam ser vistos também como outra forma de controle e de referência, gestadas entre eles; de todo modo, estranhos a muitos indivíduos considerados *adultos*<sup>168</sup>.

---

<sup>166</sup> Como ressaltei no primeiro capítulo dessa tese, DURKHEIM (1967) concedia à escola a primazia do ensinamento moral esperada por cada sociedade em dada condição histórica.

<sup>167</sup> É constatação corrente entre profissionais que trabalham com *adolescentes*, visível entre muitos profissionais da educação, o ato de delegar todo o “trabalho educativo” a especialistas de muitos matizes. Uma de nossas entrevistadas, chega a afirmar que ouviu de certa mãe que não sabia mais o que fazer com o seu filho que “estava na psicóloga” – conforme seu próprio dizer –, como se nada tivesse com o fornecimento de parâmetros básicos de sua orientação comportamental.

<sup>168</sup> Em certa medida, é curiosa a diferença de reivindicações e expectativas juvenis em períodos como os chamados de “contracultura”, vividos, por exemplo, em fins da década de 60 e início dos 70 do século passado em relação às de hoje. A tendência daquela época era uma ênfase na contestação do mundo burguês típico, calcados no trabalho, no consumo e na família nuclear típicos. Tal tendência remetia a juventude à busca de prazeres corporais diversos e a independência frente a pais e instituições reguladoras, como a escola e a família. Nos novos “novos tempos”, aumentaram em muito a busca pelos os prazeres ligados ao consumo capitalista e uma maior dependência em relação aos elementos materiais e simbólicos oferecidos pelos pais, ainda que com pretensão de controle sobre eles.

Acusações sobre o comportamento juvenil suscitam não apenas legislações próprias quanto a abordagens particulares de convencimento sobre o melhor caminho para eles – tanto no sentido de “ajudá-los” quanto de punir suas possíveis infrações. Com mais de 15 anos de idade, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>169</sup> é visto, ao mesmo tempo, pela lente da afirmação de seus direitos quanto da reivindicação de mudanças, muitas vezes ao calor da hora, por algum acontecimento criminoso ou entendido como “bárbaro” ou “desconcertante” em que jovens estejam envolvidos<sup>170</sup>.

Na condição de “vítimas” ou de “réus” de muitos incidentes nefastos, os *adolescentes* brasileiros são mais do que nunca olhados pelo Estado e pelo conjunto da sociedade, suscitando debates de coloridos político-ideológicos variados e metodologias de ação improvisadas, de múltiplos lados, que buscam dar conta do explodir de suas “energias” e iniciativas. A visibilidade *adolescente*, porém, ultrapassa o âmbito da denúncia, do noticiário criminal, atingindo vários pontos de discussão e instituições próprias das contemporâneas sociedades – a brasileira, incluída. Por exemplo, em torno das chamadas culturas jovens, cada vez mais diversas.

Talvez o século XXI tenha não apenas prolongado ainda mais o debate acerca dos *adolescentes* (quem são, como agem, quais as melhores formas de lidar com eles...) como também sua própria extensão – o que torna mais ainda relevante a visão antropológica típica, advinda, por exemplo, dos trabalhos de Margareth MEAD (1965 e 1981) e a insistência em seu caráter localizado e construído; mutável, portanto<sup>171</sup>.

---

<sup>169</sup> O Estatuto da Criança e do Adolescente é equivalente a Lei 8.069 de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 2002; BUCHIANERI, 2004).

<sup>170</sup> Por exemplo, são comuns propostas de diminuição da maioria penal quando da ocorrência de crimes envolvendo os chamados “menores de idade”, como se a simples modificação legal fosse dar fim a tais acontecimentos.

<sup>171</sup> Antes de negar os fatores orgânicos envolvidos no processo de constituição daquilo que é nomeado como *adolescente*, pode-se perceber a combinação desses fatores com os de ordem significativa exatamente pelas



*Adolescentes* de 8 e de 30 anos, uma vez estendidos, para baixo ou para cima, fora dos limites classificatórios da Organização Mundial de Saúde, tornaram mais largo o espectro dessa “fase da vida” tanto em um pólo (antes associado à *infância*) quanto em outro (antes vinculado ao “mundo adulto”), transformando antigas *crianças* e alguns *senhores* em nada mais, nada menos, do que *adolescentes*. Sobre o último dos fenômenos, explica Doutor Marcelo.

Dr. Marcelo: Você... aumenta a adolescência porque é aquele período que você tem algumas regalias, mas não é adulto de tudo... Por causa disso. Você não tem como ser autônomo. Você vai entrar no mercado de trabalho aos trinta anos, depois de você fazer um doutorado, que é o que acontece muito na Europa. Você vai morar, dentro de casa, com sua família. É muito difícil você ser adulto, junto com seu pai, na mesma família. Então se estende a adolescência.

De todo modo, o aumento do número de *adolescentes*, por visibilidade, extensão e, como no dizer de muitos, “problema”, trouxe espaço para a necessidade de mais canais reguladores e educativos, uma vez que sua própria independência em construção de símbolos particulares e a visão de que esses poderiam causar “transtornos” ao conjunto da sociedade cresceram de maneira concomitante. Curiosamente, muito embora tenha aumentado sua “independência simbólica”, tomou destaque sua dependência material e, muitas vezes, afetiva. Como questão social (em amplo entendimento), e não apenas de polícia como já se pensou, os *adolescentes* ganharam orientadores (especialistas) para além da esfera familiar ou da escola, o que tornou possível a atuação dos médicos de *adolescentes*.

---

transformações corporais advindas de maior ou menor estímulo social ao seu desenvolvimento. Já mencionei a discussão entre médicos de *adolescentes* da antecipação da menarca, o que, paulatinamente, diminuiria o tempo próprio do que é reconhecido como *infância*, adiantando, senão a adolescência, a puberdade.

A despeito do caráter técnico, de cura de enfermidades consideradas meramente físicas, mas nunca inteiramente dissociáveis do padrão requerido pelas mais diversas sociedades, por serem vistos como necessitados de pouca recorrência clínica, alargou-se o aspecto educativo do trabalho com *adolescentes*, tornando viável a constituição de uma destacada medicina para esse fim. Destacada em certo sentido, posto que associada a múltiplos profissionais e a um sem número de instituições.

Cabe ressaltar que uma série de perturbações físico-morais (DUARTE, 1986) dependeria mais de recomendações sobre qual o melhor comportamento a seguir do que de medicamentos, exames ambulatoriais e intervenções orgânicas dignas de nota, muito embora possam ser aplicadas de forma combinada. Trata-se de questões como obesidade, tráfico, uso e abuso de drogas, doenças sexualmente transmissíveis, delinquência urbana etc. Eventos que, apesar de não se constituírem como “doenças”, no sentido clássico do termo, não deixaram de interessar à intervenção médica no sentido de cuidado corporal, ainda que de outra ordem; sob alvo anatômico menos determinado.

Essa esfera de perturbações, em que se associam elementos biológicos e *psicossociais*, especialmente ligados a comportamentos entendidos como os mais condignos à *vida saudável*, que, como afirmo acima, são impossíveis de inexistir em qualquer sociedade, tem sido parte de suas atribuições, senão as que francamente diferenciam essa forma de medicina – ligada aos *adolescentes* – dos demais ramos médicos. Ou, por outro lado, faz retornar em outros termos, saberes e metodologias, o caráter mais francamente interventor vivido em outros períodos históricos<sup>172</sup>.

---

<sup>172</sup> A enfermeira Cristina Ramos, uma de minhas entrevistadas, aborda em sua dissertação de mestrado a diferença entre uma puericultura que denomina de autoritária, desenvolvida na esteira do higienismo do século XIX, de outra chamada por ela de “consciente”. Esta última buscaria uma interface com os conhecimentos ligados ao “senso comum”, o fazer dos atendidos e suas expectativas (RAMOS, 1992).

Afinal, se flagrante a presença de médicos na regulação da vida social e política de meados do século XIX ao início do século XX, atuando como árbitros e gestores de iniciativas supostamente “civilizadoras” da sociedade (COSTA, 1989; SAMPAIO, 2001), torna-se evidente que a situação atual é outra, acumuladas as críticas e os graves equívocos do passado, o que torna o diálogo inevitável; não apenas com o público atendido, como também com os saberes oriundos de esferas diferentes de organização intelectual e comunitária – não médicos, portanto. O meio médico abre-se para o trabalho em equipe, ainda que, na maior parte dos casos, mediante a sua óbvia direção. O que não afasta de todo o caráter interventor geral de seus empreendimentos.

Tal característica é um dos motivos, mas não o exclusivo<sup>173</sup>, para a já destacada ênfase multi, inter ou transdisciplinar do atendimento médico de adolescentes, que reúne muitas vezes um número expressivo de profissionais de outras áreas de saúde ou mesmo do campo das humanidades, como psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais e educadores de forma geral. O enfoque multiprofissional indicaria os vários aspectos ou campos de visão fundamentais ao atendimento das necessidades dos indivíduos beneficiados por suas diretrizes. Afinal, a cura das enfermidades entendidas como físicas seria apenas uma dimensão desses afazeres, e, a depender do enfoque, nem mesmo o essencial; uma vez que outros especialistas médicos poderiam dela dar conta sem a necessidade de integração, caso houvesse algum distúrbio orgânico devidamente catalogado pelas diversas especialidades já existentes.

---

<sup>173</sup> O trabalho em equipe, as atividades interdisciplinares e as tarefas multiprofissionais não são uma exclusividade do atendimento de saúde de *adolescentes*. Ao contrário, têm se generalizado nos ambientes de trabalho, nas escolas e em outras esferas sociais. Talvez a direção, desde que entendida de forma matizada, possa ser mesmo mais freqüentemente a inversa. Ou, como ressalta SANTOS (2000), uma característica de homens e mulheres que se dizem ou são ditos como pós-modernos. De uma forma ou de outra, o isolamento interdisciplinar e funcional são paulatinamente mais caracterizados como estéreis.

Fernando Costa: “E o modelo clássico, antigo, você também não acha conveniente? Ele ir a um especialista, como um adulto?”

Dr. Marcelo: O problema é que um médico adulto ele não tem paciência, ele não gosta de atender o adolescente.

FC: Mas tem formação?...

Dr. M: Formação tem; formação física. Você pega muita coisa de clínica geral e (inaudível) clássicas. Entendeu?!... Eu acho que formação a teórica ele teria. Talvez ele não teria o engajamento da hebiatria. O adolescente de 15 anos está melhor tratado por um clínico geral do que por um pediatra. É mais perto da realidade do clínico geral do que da realidade do pediatra.”

Ou:

Dr. M: Por isso que eu falo é melhor um clínico geral atender o... do que... que o pediatra. O clínico geral, ele está com mais... a pessoa que fez a residência de clínica médica tem mais visão de doença crônica do que o pediatra no geral.

Dra. Maria: Então a consulta, na verdade, ela pode ser muito sensível; ela pode chegar lá o adolescente e o médico não querer perceber que ele está ali pra falar, pra escutar, pra conversar e ali não acontecer uma consulta médica ou ela... ou quando ela acontece como consulta médica ela tem toda a característica da consulta médica sendo que o médico se aprofunda mais, ele vai querer saber como o adolescente está na família, qual o padrão de relacionamento familiar, com os amigos, se ele usa algum tipo de droga, se ele já é sexualmente ativo... E a consulta ela tem não só o objetivo curativo como o objetivo educativo também.”

Para além das questões *psicossociais* envolvidas no atendimento (ou seja, a não exclusividade da cura de enfermidades orgânicas) é enfatizado também, nesse caso, o tipo de abordagem realizada. A pressuposição em baila é a de que o maior conhecimento sobre as dificuldades da faixa etária em questão, o engajamento em relação ao seu completo bem-estar e a paciência necessária para ouvir suas dificuldades fariam com que os médicos de adolescentes estivessem mais preparados para atendê-los, uma vez que mais familiarizados com suas linguagens e prioridades, obtendo mais sucesso no diálogo com os atendidos e, concomitantemente, uma maior proteção à sua saúde. Portanto, mais preparados metodologicamente para com eles lidar, o que, em certa medida, evidenciaria que

difícilmente outros profissionais de medicina conseguiriam compreender plenamente suas demandas, suas formas de expressão e suas “angústias” particulares – questões, por assim dizer, subjetivas – dos que compõem essa “fase da vida”. Condição que remete essa nova abordagem médica a um tipo específico de atendimento, com treinamento conseguido tão somente em centros de formação próprios, geralmente públicos e universitários.<sup>174</sup>Haveria, nesse caso, um destacado processo de expansão cuja direção seria do meio universitário para outras organizações da sociedade, como postos de saúde, hospitais, organizações não governamentais e até mesmo, caso haja mercado para tal, consultórios médicos particulares.

Aliás, o predomínio de instituições públicas desse fazer é uma característica marcante. Não parece mera coincidência a constatação de que ele nasce sob as mãos de profissionais de duas universidades públicas, a UERJ e a USP, e se mantém vinculada a um molde distinto de outras frentes médicas que, ao invés de priorizar, por exemplo, o atendimento individual e especializado em consultórios, tende a programas integrados em instituições que pretendem fornecer também outros recursos aos atendidos, como literatura própria, informações sobre temas de sua predileção e indicações quanto a lazer e esportes, além de noções básicas de cuidado corporal. Nesse caso, a ênfase é não apenas multiprofissional como ligada a projetos educativos e sociais. Frequentemente pode tomar um caráter grupal, como nas escolas – mesmo versando sobre assuntos mais amplos; direcionados, usualmente, a temas do campo da saúde ou dele aparentados.

É importante lembrar iniciativas de discussão em grupo, seja em atendimentos psicológicos, onde se partilha experiências emocionais, assim como debates sobre temas

---

<sup>174</sup> Infelizmente, os limites desse trabalho não permitiram uma comparação da forma que a medicina do adolescente se estruturou no Brasil em relação à sua constituição em outras partes do globo; o que seria bastante frutífero à especificidade brasileira. Por exemplo, seria curioso se em algumas delas houvesse um início em esferas públicas como em nosso caso.

diversos e cada vez mais em voga, como gravidez precoce, namoro, sexo, cuidados com a beleza e a higiene, substâncias tóxicas. Ou ligadas às atividades de lazer e arte, com intuito socializadores, como os desenvolvidos em torno dos esportes ou oficinas de música, dança ou teatro, sempre receptivos, a depender da forma de aplicação, entre os *jovens* atendidos.

Nesse caso, por mais que a cura de enfermidades consideradas físicas não deixe o espaço cativo que conquistou junto aos profissionais de saúde, de que a instância médica nunca poderia se privar por sua própria história, a amplitude das tarefas condizentes com essa nova modalidade, em si, transborda os limites do corpo físico, buscando alcançar o cuidado com as necessidades psicológicas e sociais dos *adolescentes*, tomando-as como essenciais<sup>175</sup>. Mesmo os profissionais informados mais diretamente pelas instituições pediátricas, defensores de uma ênfase mais orgânica da medicina do adolescente, parecem aceitar que os elementos chamados *psicossociais* possuem grande importância junto à abordagem desses jovens e suas queixas mais correntes.

Muitas frentes são enfatizadas para a realização do trabalho sócio-educativo amalgamado às atividades da medicina moderna junto aos *adolescentes*, considerados fundamentais à saúde de seus atendidos no campo mais claramente coberto pelas perturbações que, por empréstimo, entendo aqui como físico-morais (DUARTE, 1986).

Uma delas é a que cobre os distúrbios alimentares, no mais das vezes mesclados a questões de estética corporal e disfunções orgânicas. Os casos atualmente tornados mais visíveis nos meios médicos e de comunicação são a anorexia nervosa<sup>176</sup>, a bulimia<sup>177</sup>, a

---

<sup>175</sup> Já foi mencionado que o conceito de saúde da OMS inclui as dimensões mental e social. O que torna os empreendimentos da medicina do adolescente compatíveis com princípios nada recentes e nem um pouco estranhos às organizações médicas internacionais.

<sup>176</sup> A anorexia nervosa consiste em um distúrbio em que *adolescentes*, geralmente do sexo feminino, impulsionados por padrões de extrema magreza dominantes em alguns grupos sociais, imaginam-se extremamente obesos, mesmo diante da constatação de sua imagem no espelho ou avisos de familiares e

vigorexia<sup>178</sup> e a obesidade<sup>179</sup>. Todos esses “transtornos” estão claramente ligados à estrutura social e simbólica contemporânea<sup>180</sup>. Revelam nossas formas de classificar o bonito e o feio, o saudável e o doentio, o saboroso e o sem gosto. Afinal, além de desconhecida, nenhuma dessas “enfermidades” seria “digna de assunto” em outros períodos históricos ou organizações sociais, dando margem a tantos relatos e investigações, sejam médicos, jornalísticos, psicológicos... Em algumas conjunturas ou localidades não teriam lugar ou simplesmente poderiam ser aceitos ou até recomendados, não se constituindo como transtornos, posto que ligados a setores específicos da população, ou simplesmente ignorados pelos que deles não faziam prática.

Pela falta, descontrole, excesso ou abuso de alguns nutrientes, esses distúrbios contemporâneos figuram como centrais nos discursos captados nas entrevistas ou na literatura da medicina do adolescente, difundindo-se cada vez mais e sendo incluídos nas pautas ligadas às resoluções prementes de saúde pública.

Dra Carolina aborda a questão, apontando as contradições dos discursos diluídos em muitos canais sociais – que, ao mesmo tempo, exige dos *jovens* um corpo com aparência reconhecida como *saudável* – geralmente magro, “definido” ou musculoso a depender de

---

amigos, submetendo-se a dietas exageradamente rigorosas, o que os tornam desnutridos ou propensos ao comprometimento de alguns órgãos vitais, podendo levar ao óbito.

<sup>177</sup> A bulimia é um distúrbio também ligado à busca de um padrão de magreza rígido. Contudo, o indivíduo a ele submetido tende a ingerir de forma abrupta uma grande quantidade de alimentos, fazendo com que, pela culpa redundante do ato considerado prejudicial à sua aparência, o leve a provocar vômitos ou a utilizar laxantes, como forma de se conformar ao padrão desejado. Após certo tempo, o vômito torna-se simplesmente espontâneo, podendo levar ao comprometimento dos tecidos do esôfago e outros órgãos.

<sup>178</sup> A vigorexia tende a se apresentar como um distúrbio ligado mais diretamente ao sexo masculino, fazendo com que o *adolescente* – admirador de um padrão de musculatura ultra-desenvolvido – veja-se flácido e franzino diante do espelho – o que, geralmente, o leva a recorrer à ingestão de esteróides anabolizantes para aumentar de forma exagerada a sua massa muscular.

<sup>179</sup> “Definimos obesidade como sendo o aumento de tecido adiposo devido a um excessivo armazenamento de gordura, resultado de um desequilíbrio energético e o gasto calórico” (AGOSTINO, 1979: 169).

<sup>180</sup> Não deixa de parecer estranho o fato de meninas de famílias de classe média ou mesmo burguesas, que claramente poderiam nutrir todas as suas necessidades alimentares sem quaisquer dificuldades, morrerem de fome, por razões ligadas a uma aparência que supostamente lhes trariam ganhos materiais e simbólicos destacáveis no circuito da moda ou entre seus admiradores diretos e indiretos. Estaria uma das comprovações de que os seres humanos são animais para além das necessidades meramente orgânicas.

meios sociais e gêneros específicos – tornam disponíveis e desejáveis formas de alimentação que dificilmente poderiam concretizar tal aparência.

Dra Carolina: “Por questões nutricionais, porque em geral hoje a mídia, o marketing está todo em cima de criança comer muito doce, muita bala, muito hambúrguer, muito refrigerante... E a mesma indústria que produz tudo isso, depois com light, o diet pra perder peso, pra aquilo e aquilo outro. Então... é... em geral, os adolescentes... as crianças comem muito mal. Hoje os pais estão comendo muito mal. Estão comprando alimentos excessivamente calóricos, protéicos e isso, aquilo e aquilo outro... E depois querem os adolescentes com o corpo bonito, saradão, né. Então... Então, os adolescentes devem fazer musculação só. Às vezes antes de estar com a maturidade óssea; então eu quero ficar seco...”

Torna-se perceptível o quanto certas fontes de cobrança de padrões de beleza difíceis de serem alcançados sem brutal disciplina corporal e claros danos à saúde física são chamados posteriormente a minorar os efeitos deletérios causados por suas próprias recomendações, estabelecendo regras que evitem a degeneração do corpo físico contrárias às antes incentivadas. A profissional citada se refere ao padrão de alimentação. Contudo, outros elementos podem ser refletidos sob mesma condição geral, ainda que em relação aos modelos de beleza física.

Um dos casos mais divulgados é a incidência da anorexia entre manequins e postulantes a *top models*. Após a primeira onda de cobrança de magreza extrema para quem quisesse figurar nos mais badalados desfiles internacionais de alta costura, uma série de mortes de *jovens* por desnutrição ou complicações advindas de dietas absurdas, noticiadas na imprensa internacional, fizeram com que os organizadores de alguns desses eventos tivessem que flexibilizar os padrões anteriormente aceitos como os melhores, instituindo limites inversos aos recomendados até então; isto é, que as modelos contratadas para esses desfiles não pudessem estar abaixo de certo peso. Talvez cada vez mais essa preocupação



se generalize por pressões de vários setores da sociedade, muito embora não haja garantia plena de sua concretização.

Outra frente de ação educativa na pauta da medicina do adolescente, também vinculada às perturbações físico-morais, é a “marginalização” possível desses *jovens* pela proximidade do que é muitas vezes chamado de “mundo das drogas”. A presença de um crescente número de *meninas* e *meninos* “envolvidos” como usuários ou traficantes de substâncias tóxicas no interior das sociedades ocidentais tem aumentado à atenção dos agentes de saúde para a questão não apenas no sentido de tratar de desintoxicá-los ou oferecer laudos para sua punição.<sup>181</sup>

Informa-nos dados obtidos pelo DATASUS<sup>182</sup>:

“... a iniciação no uso de drogas se dá muito cedo: 51,2% dos estudantes pesquisados já tinham usado álcool antes dos 12 anos de idade; 11%, tabaco; 7,8%, solventes; 2%, ansiolíticos e 1,8%, anfetamínicos;  
- álcool e tabaco são usados rotineiramente por, respectivamente, 15% e 6,2% dos escolares; as outras drogas consumidas com essa mesma frequência são: solventes (1,3%), maconha (1,1%), ansiolíticos e anfetamínicos (0,7% cada) e cocaína (0,4%);  
- é crescente a tendência de uso pesado de maconha e álcool (dez cidades)”.  
(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999: p. p. 7 e 8).

Em programas de terapia em grupo com *adolescentes* o assunto, de uma forma ou de outra, está sempre presente e pode ser captado por alguns profissionais ligados à psicologia, como se pode constatar abaixo.

---

<sup>181</sup> Tem sido flagrante o crescimento da presença de jovens de classe média no tráfico de drogas, o que retira o estigma dos adolescentes de camadas desprivilegiadas da população como únicos a figurar nesse tipo de “problema”. Por exemplo, entorpecentes como LSD e ecstasy têm sido distribuídos em festas e danceterias por diversas razões não acessíveis aos *adolescentes* de periferia.

<sup>182</sup> É destacado que a categoria drogas aparece aqui descrita em sentido amplo, não apenas no de substância tóxica proibida pela legislação, mas também em relação as que seus usuários crônicos ou eventuais não estão sujeitos a penalidades legais, como o álcool e o tabaco. Nesse caso, droga seria entendida como toda substância que provoca alteração orgânica perceptível.

Fernando Costa: E ele chega a comentar isso no grupo, por exemplo. De alguma forma? (inaudível). Trabalho no tráfico!... Mas...

Dra. Gisela: Essas coisas...

FC: Talvez ele apresente como (inaudível) diferencial...

Dra. G: Não, essas coisas, às vezes... Ela surge muito... é... como é que eu vou te explicar?!... Às vezes por uma percepção nossa na consulta. A postura do adolescente; a maneira dele... as expressões que ele usa; até a maneira da vestimenta dele; o lugar em que ele mora...

FC: São algumas pistas.

Dra. Joana: O padrão de vida que ele tem... (inaudível).

Dra. G: Ele tem alguns... diria... sinalizadores, tá!... Têm alguns sinalizadores. Por exemplo, aquele adolescente que a mãe... “ah, ele apareceu com isso em casa... Entendeu?!... Ele começa a apresentar um comportamento diferente; de... não só de rebeldia; mas de uma auto... Entendeu?!... independência... Uma coisa assim... Começa a aparecer com dinheiro; começa a... a... a... te dar relatos, que você sente que naqueles relatos, tem alguém ali no grupo maior... Eles começam a te dar essas pistas. E você com essas pistas na mão, com esses sinalizadores na mão, você vai seguindo aquele caminho junto com ele; de uma certa maneira, você vai encurralando, e você consegue chegar lá. Na nossa experiência aqui, com o nosso serviço, quando a gente percebe que esse adolescente ele possa estar participando de um grupo de risco, o que que a gente tenta?!... A primeira coisa que a gente tenta fazer é preencher a vida desse adolescente com alguma coisa positiva. Então se ele gosta de futebol, se ele gosta de esportes; se a menina gosta de dança... se gosta de computação... É a gente tentar com os recursos que a gente na comunidade, que não são muitos, oferecer opções de amostragem a esse adolescente que existem outras coisas positivas e gratificantes pra ele e que ele possa seguir um caminho de menos risco”.

A profilaxia acerca de questões ligadas à violência, na tentativa de evitar o “canto de cisne” do tráfico<sup>183</sup>, especialmente em alguns bairros ou favelas onde é forte sua presença, estaria em torno de atividades consideradas “positivas” em que o *adolescente* poderia ser engajado, como nos campos das artes e dos esportes. Essas atividades poderiam funcionar como anteparos e formas de “resgate” desses *jovens*, diminuindo a série de riscos a que poderiam estar sujeitos.

Dessa forma, a ênfase dos agentes de saúde tem sido a de criar condições educativas sobre os efeitos e problemas ligados ao “envolvimento” com essas substâncias, em especial

---

<sup>183</sup> É preciso pensar mais seriamente não apenas nas dimensões materiais, financeiras, para a entrada de *adolescentes* em uma quadrilha de traficantes de drogas, mas também em suas dimensões propriamente simbólicas, como o suposto “respeito” que ganharia, portando uma arma, por exemplo, diante de outros moradores de favelas e periferias, e mesmo a atratividade sexual frente ao sexo oposto.

em relação aos *adolescentes* ligados ao seu tráfico, do que meios de reprimi-los através de prisão ou outras formas punitivas. Nesse caso, segundo esses agentes de saúde, a educação seria mais eficaz do que as grades para trazê-los a um convívio considerado mais correto pela sociedade como um todo no momento histórico em que vivemos.

“A prevenção do uso indevido de drogas e o tratamento da dependência são prioritários em relação à repressão do uso. As ações educativas e preventivas e a atenção a crianças e adolescentes usuários de drogas devem ser responsabilidade dos sistemas de educação e saúde e nunca do sistema policial” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999: p. 11).

Outros profissionais de saúde vêm tentando demonstrar a ineficácia de ações apenas repressivas para o combate ao uso de drogas ilícitas, insistindo em formas alternativas de debate da questão, ligadas, por exemplo, a política de redução de danos (Diálogos, 12/2006), indicando as vantagens no que concerne à recuperação e ao equilíbrio emocional dos usuários, ou, ao menos, maneiras de fazê-lo ver outras possibilidades de prazer e sentido para sua vida.

Porém, não por acaso, o assunto mais ventilado entre os médicos de adolescentes e profissionais a eles ligados nos centros destinados ao seu atendimento parece o vinculado à sexualidade: à iniciação sexual, à gravidez precoce e, muito especialmente, às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)<sup>184</sup> – com destaque para a AIDS. Neste último caso, a vulnerabilidade dos *adolescentes* é apontada como a principal causa de sua exposição a esses tipos de enfermidades. Como se pode perceber por uma publicação ligada ao Ministério da Saúde.

---

<sup>184</sup> “As DSTs podem ser classificadas como curáveis e incuráveis. As curáveis mais comuns são: gonorréia, infecção por clamídia, sífilis, tricomoníase, linfogranuloma venéreo, cancro mole e donovanose. As DSTs causadas por infecções virais (HIV, vírus da hepatite B, vírus da hepatite C, papiloma vírus humano e vírus herpes simplex) podem ser tratáveis, preveníveis, mas não curáveis.” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Recentemente, por ocasião da cerimônia de lançamento da Campanha Mundial de AIDS de 1999, o Diretor Executivo do Programa Conjunto das Nações Unidas em HIV/AIDS – Unaides, Senhor Peter Piot, em seu discurso, lembrou de maneira bastante clara e indiscutível, o fato da vulnerabilidade própria da criança, adolescente e jovem, e das diferentes formas de comportamento mais ou menos próximas a essas fases de estruturação e formação do ser em sociedade, facilitarem o risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, o HIV”. (CHEQUER, 1999: p. 4).

As *crianças* e os *adolescentes* são encarados como ainda mais expostos à possibilidade de contração de DSTs, não apenas pela desinformação sobre esses males quanto pelo desconhecimento no que diz respeito ao uso de preservativos que poderia evitar sua contaminação. Isso sem mencionar o aspecto de despreparo emocional considerado “normal” entre os indivíduos dessa faixa etária. Particularmente no que diz respeito a um suposto “pensamento mágico” – a noção de que certos eventos desagradáveis só ocorrem com os outros.

Mais uma vez é o trabalho educativo e não a simples repressão da sexualidade o meio apontado como condição básica para evitar ou minorar o problema. Afinal, de acordo com a UNESCO, a primeira relação sexual ocorre aos 14 anos de idade no caso dos meninos e aos 15, no das meninas (VEJA, 08/2003), independente da vontade de pais ou instituições religiosas; fase em que tais indivíduos encontram-se sem as referências sociais que serão socialmente amadurecidas ao longo de sua vida, estando mais amplamente preocupados com as condições do momento em que essas relações se dão. Diante dessa realidade e não de perspectivas e idealismos de muitas ordens, o meio pensado para diminuir os problemas ligados ao mau cuidado com o corpo e a prevenção de certas doenças estaria na orientação possível em instituições prontas a atendê-los.

“A educação, certamente, tem um papel fundamental para orientar essas crianças e adolescentes, preparando-os para enfrentar com convicção e presteza os desafios contemporâneos, ensinando-os a se colocar, cada vez mais, como sujeitos conscientes e responsáveis no seu processo de crescimento e amadurecimento, com segurança, felicidade e saúde. Este documento [As Diretrizes para o Trabalho com Crianças e Adolescentes do Ministério da Saúde sobre Sexualidade, Prevenção das DST/AIDS e Uso Indevido de Drogas] é destinado à orientação dos profissionais e voluntários dedicados à nobre e urgente missão de educar os nossos jovens sobre doenças sexualmente transmissíveis, HIV e uso indevido de drogas, em tempos de AIDS.” (CHEQUER, 1999: p. 4).

O material necessário a informação sobre sexualidade e formas de contágios de DSTs, iniciação sexual e outros recursos educativos são conseguidos, por exemplo, no Elos, uma sala reservada a esse tipo de material, ligado ao Núcleo de Estudos da Saúde da Adolescência (NESA), que, como mencionado, até o momento da entrevista com uma de suas coordenadoras, era o único centro de atendimento de *adolescentes* que realizava distribuição gratuita de preservativos femininos para a sua devida proteção, simultânea, em relação às DSTs e à gravidez indesejada.

Dra Alice: Tem adolescente também que vem aqui só em busca de orientação de sexualidade. Ele já entra na sala dois.

Fernando Costa: Ele vem direto pra isso?

Dra. Alice: Ele já vem direto pra isso. Ele já sabe. Outros vêm aqui também pro ELOS, buscar material educativo, assistir vídeo, porque a gente tem televisão. Vídeos pra eles assistirem aqui também se não quiserem levar pra casa.

Nesse caso, os *adolescentes* procurariam as dependências de um hospital apenas para aprender sobre como se proteger frente a questões ligadas ao seu comportamento sexual, evitando riscos que poderiam levá-los até ele de uma outra forma.

A vinculação da *adolescência* ao crescimento de doenças sexualmente transmissíveis é lembrança cada vez mais freqüente em várias instâncias sociais, aumentando iniciativas como a já mencionada distribuição de preservativos para ambos os

sexos e maior debate acerca dos cuidados a serem tomados na iniciação sexual e frente a possíveis parceiros. A conversa sobre o assunto é ponto pacífico entre os profissionais dessa medicina, muito embora existam discordâncias sobre a melhor forma de abordá-lo.

É cada vez maior o número de *adolescentes* que se transformam em pais precocemente, trazendo inúmeras dificuldades para o seu desenvolvimento no interior das sociedades em que vivemos, seja no campo afetivo, profissional ou familiar; isso sem mencionar os problemas futuros vinculados as *crianças* oriundas dessas relações precoces, na maior parte das vezes indesejadas<sup>185</sup>.

Sobre o ponto há dúvidas quanto à “verdadeira” causa de tal precocidade, existindo quem dê ênfase maior à questão da desinformação dos *jovens*, enquanto outros alertam para o seu despreparo propriamente emocional. Muito embora, de uma forma ou de outra, a questão da responsabilidade em si, o cuidado com o próprio corpo e seu fomento pelas instâncias médicas se põem como fundamentais para evitar o problema.

Dra Paula: O índice de gestação na adolescência é altíssimo na população como um todo. Parece que chega a mais de 25%. Dados do Ministério da Saúde. Eu vi isso até naquele programa da... “A Voz do Brasil” outro dia. Mais de 25% são adolescentes. Mas quer dizer... E se você conversar com elas... Eu já vi em palestra de congresso o pessoal falando: ‘A gente não tem uma explicação porque a gente ensina, educa e eles engravidam!’ Porque é o emocional dele; não tem nada a ver com o intelecto nem com a consciência nem com o aprendizado. É outro campo...

Dra Carolina: As meninas hoje em dia... as meninas elas têm muitas questões da sexualidade pelo sexo precoce e a falta... O próprio machismo que ainda predomina em nossa sociedade do homem ameaçar a largar a parceira se ela não transar, não fizer isso ou aquilo... Então elas às vezes fazem sexo mais por uma imposição do que por vontade, desejo próprio, né. Então existe isso. Agora, a família ainda incita o homem a fazer sexo de qualquer maneira, sem qualquer cuidado. Mas hoje a gente quando trabalha com prevenção, desde precoce, no início da adolescência, a gente conversa muito sobre a responsabilidade. De os

---

<sup>185</sup> Segundo dados do DATASUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999: p. 6), 49,1% dos filhos de mães adolescentes são indesejados.

sexos, independente do gênero, masculino ou feminino. É... Então a gente está trabalhando sobre esses mitos que o homem pode tudo, que a mulher não pode nada. Ter cuidado. Que só a mulher que tem que se cuidar; que o homem tem que ser o garanhão; que tem sempre que avançar o sinal e tudo mais. Hoje há uma liberdade maior para se conversar sobre isso.

Fernando Costa: A Doutora fala...

Dra. C: Sobre paternidade responsável, a gente está trabalhando; porque os adolescentes, em geral, não se preocupam com a paternidade. E a menina sabe que se ela engravidar, ela vai sofrer, às vezes, o veto da sociedade, o preconceito, mais do que o homem que se torna pai adolescente. Então são essas questões que a gente... que são importantes.

A gama de questões acima mencionada é exposta pelos profissionais ligados à medicina do adolescente em termos de risco<sup>186</sup>, fatores de risco<sup>187</sup>, comportamento de risco<sup>188</sup> e situação de risco<sup>189</sup>. Muito embora, hajam muitas outras condições consideradas por esse prisma que poderiam vir a afetar a saúde dos *adolescentes*, fazendo advir outras perturbações físico-morais a que me refiro nesse capítulo.

Acima listei apenas as mais freqüentes situações a que os *adolescentes*, segundo os médicos a eles dedicados, estariam expostos; aquelas que são amplamente lembradas nas entrevistas e na literatura propriamente ligada à medicina do adolescente. Muitas outras poderiam ser listadas, como depressão e ansiedade; evasão escolar e distúrbios de

---

<sup>186</sup> Definição de risco: "... é a probabilidade da ocorrência de algum evento indesejável. Os riscos não estão isolados ou independentes do contexto social. Estão interrelacionados a uma complexa rede de fatores e interesses culturais, históricos, políticos, sócio-econômicos e ambientais" (EISENSTEIN e SOUZA, 1993: p. 18).

<sup>187</sup> Definição de fatores de risco: "... são elementos com grande probabilidade de desencadear ou associar-se ao desencadeamento de um determinado evento indesejado, ou maior chance de adoecer ou morrer. Assim, fator de risco não é necessariamente o fator causa. Quando o fator de risco não é a causa do evento, ele é chamado 'modulador' ou 'marcador', porque ele marca ou influencia o aumento da probabilidade da ocorrência do agravo" (EISENSTEIN e SOUZA, 1993: p. 18).

<sup>188</sup> Definição de comportamento de risco: "... é qualquer alteração da conduta, ou atuação repetida e fora de determinados limites, que possa comprometer ou desviar o desenvolvimento psicossocial normal, durante a infância e a adolescência, com repercussões danosas à vida atual e futura." (EISENSTEIN e SOUZA, 1993: p. 18).

<sup>189</sup> Definição de situação de risco: "Entende-se situação de risco como uma circunstância que oferece risco a toda uma comunidade ou sub-grupo social. Por exemplo, as más condições de esgoto de um determinado bairro colocam em risco toda esta população, da mesma forma a permissividade ao uso das drogas põe em risco todos os jovens de uma determinada comunidade. Ou seja, a situação de risco transcende ao comportamento individual." (EISENSTEIN e SOUZA, 1993: p. 18).

aprendizagem; prostituição, incesto e abuso sexual, etc. (EISENSTEIN e SOUZA, 1993). De maneira ampla, são vistos como facilmente debeláveis desde que o conjunto da sociedade, em sentido lato, e a medicina do adolescente, em sentido particular, consigam fornecer aquilo que entendem como fatores protetores<sup>190</sup>. Esse seria o principal papel da medicina do adolescente e sua frente mais destacável no plano do que chamam *psicossocial*. Entre os fatores protetores estariam: bom funcionamento familiar; atenção, afeto e apoio emocional; saneamento ambiental; bom estado de nutrição, bons hábitos alimentares etc. Contudo, o que mais chama a atenção; os mais destacados para o trabalho que realizam, sem dúvida alguma, são os fatores de proteção ligados à educação.

É necessário perceber que diante de tantas questões vinculadas ao ponto moral ou educativo, os próprios profissionais podem ser cobrados por suas atitudes e valores correntes. Propriamente indagados sobre sua capacidade de orientadores mais adequados dos *adolescentes* que buscam cuidar, dando suporte ao trabalho realizado por pais e professores. Há, inclusive, casos policiais de repercussão nacional que aguçam a pergunta a respeito da exigência de idoneidade dos membros dessa iniciante medicina. Um dos acontecimentos mais destacados que trouxeram questionamentos nesse campo foram os abusos sexuais cometidos pelo Dr. Eugênio Chipkevitch, até então destacado quadro da medicina do adolescente no Brasil, diretamente ligado, aliás, ao estudo e clínica de questões vinculadas ao campo sexual (CHIPKEVITCH, 1993).

No dia 21 de março de 2002 foi decretada a prisão preventiva do médico pediatra/hebiatra, por ser acusado de abusar sexualmente de *adolescentes* em seu consultório, no Brooklin, São Paulo. Eugênio Chipkevitch foi indiciado após a divulgação

---

<sup>190</sup> Definição de fatores protetores: "... são recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto do risco." (EISENSTEIN e SOUZA, 1993: p. 19).



em vídeo de cenas de abuso sexual contra *adolescentes*, sedados em seu consultório – “caso” de forte repercussão nacional. Cerca de 40 *crianças* e *adolescentes* foram molestados pelo profissional referido, segundo as imagens divulgadas. Muitas delas gravadas em vídeo, supostamente pelo próprio autor. O escândalo tornou necessária a divulgação da realidade das atividades dos médicos de adolescentes, na medida em que se fez imperativa a separação entre joio e trigo; exatamente pela forte característica moral de seus empreendimentos profissionais.

O esclarecimento acerca dos benefícios da intervenção realizada pela chamada “comunidade médica” sobre os *adolescentes*, em especial a que se abriga no interior do grande campo pediátrico, tornou-se fundamental. Afinal, antes da repercussão do “caso” nos veículos de comunicação, Chipkevitch desfrutava de destacado papel entre profissionais de sua especialidade<sup>191</sup>. Motivo que tornou ainda mais imprescindível um esclarecimento tanto da honestidade quanto da eficiência dos profissionais de medicina ligados ao trabalho com *adolescentes*.

Fácil reconhecer a decepção vigente em nossas sociedades em relação a crimes como os acima referidos. Especialmente porque os médicos de adolescentes parecem tomar para si o papel de tutores do corpo de seus atendidos. Ainda que haja reconhecimento geral de que maus profissionais existem em qualquer atividade humana, estando sua atuação, infelizmente, presente na ordem do dia.

Os responsáveis pelo cuidado físico das *crianças* e dos *adolescentes* podem estar se responsabilizando e sendo responsabilizados pelos seus cuidados comportamentais. O escândalo causado pela prisão preventiva do pediatra/hebiatra paulista Eugenio

---

<sup>191</sup> Há, inclusive, um artigo de sua autoria ligado ao diagnóstico de problemas ligados ao órgão reprodutor masculino (CHIPKEVITCH, 1993).

Chipkevitch, mencionado acima seria um índice desse fenômeno. O que médicos de adolescentes, ou hebiatras como querem alguns, e membros da Sociedade Brasileira de Pediatria pareciam perguntar sobre o “caso” é como alguém que deveria se preocupar com o “bem-estar dos *adolescentes*”, ajudando a evitar violações como aquelas, pode ter feito uma coisa dessas?

Afinal, assim como se espera que professores cuidem e defendam as *crianças* e *adolescentes* com quem trabalham, o mesmo ocorreria com esses médicos. O que reforça a imagem pedagógica ligada a tal medicina. Imagem não completamente estranha a outros ramos, porém menos visível pela ação orgânica mais amplamente satisfeita pelos outros. No caso *adolescente*, a medicina faz da educação sua ação primordial, ilustrando perfeitamente o quanto “necessidades” sociais podem ser satisfeitas por profissionais ligados diretamente ao cuidado corporal, que, também se mostra comportamental, uma vez que o corpo pensado como mais apropriado em qualquer sociedade sempre será o que responde a certas expectativas de comportamento.

Por isso a afirmação da profissional abaixo:

Dra Carolina: “Então tem que ter um serviço específico pro adolescente. Eu acho que se isso não acontecer nós vamos continuar tendo esse monte de violência, abusos, suicídios, gravidez na adolescência, paternidade não reconhecida, tudo isso, né”.

Dessa forma, não seria demais dizer que, mesmo sem abrir mão da cura de doenças orgânicas a que podem estar sujeitos os corpos *adolescentes*, a abertura de mais essa frente médica se justifica, sobretudo, por se constituir como uma pedagogia que age sobre os seus atendidos a fim de indicar-lhes os melhores comportamentos a seguir no interior de uma

sociedade que cada vez mais se preocupa com uma série de eventos que tem nos *adolescentes* seus principais atores.

## *Considerações Finais*

Estive refletindo sobre questões precisas: a forma que certo entendimento sobre o corpo *adolescente* (nunca completamente distante de suas compreensões gerais acerca da vida e de discussões políticas específicas nos locais em que atuam) acaba por funcionar como uma pedagogia que tenta oferecer respostas que o encaixe melhor no mundo contemporâneo.

Se fui feliz em minha exposição, ficou claro que tal problemática não contradiz os saberes curativos inerentes às reflexões e práticas médicas. Mas, ao contrário, se sustenta nelas. Servem, concomitantemente, a dois senhores: a cura física e a moral; uma pela outra.

Exatamente por trazer contentamento em relação à cura física dos corpos que a medicina pôde realizar o trabalho em outra esfera.

Mas é preciso não dissociar o indissociável. Imaginar que seja mais que ênfase, as elaborações de campos inteiramente diferentes de discussão como a medicina e a antropologia, ainda que ambas tenham nascido dos movimentos inaugurados pela ordem moderna.

O corpo pode também ser visto como um conjunto de mecanismos orgânicos, de expectativas e realidades sociais, não claramente destacáveis. O destaque advém do sentido dotado pelos indivíduos que partilham símbolos similares. Para que possamos nos organizar no mundo; nos acharmos diante da falta de ordem inerente as incapacidades

humanas e de sinais seguros advindos da natureza física ou orgânica. Ou, exatamente, às suas capacidades.

De todo modo, precisa de sentidos que completem suas atividades. E esses sentidos só podem ser sociais.

Ainda assim não pretendi afirmar que seja o único meio de realização do corpo *adolescente*; ao menos, como o vemos nas ruas, *shoppings* e academias. Existem outras formas, muitas delas vinculadas às organizações não-governamentais, meios de comunicação e até mesmo regras familiares. Não apenas através da medicina. E nem de formas institucionalizadas como as “científicas”.

Estive mencionando a caracterização deleuziana de que poderíamos estar entrando em uma nova forma de administração do corpo (DELEUZE, 1992). Uma sociedade de controle, que poderia ser expressa por intermédio da seguinte mensagem: “Sorria, você está sendo filmado!!!” E diluída em supermercados, lojas de departamento, postos de gasolina e, pelo que apontam alguns índices, locais de trabalho<sup>192</sup>.

Sua base está nas possibilidades técnicas como a telemática e a arranjos econômicos e sociais, como a globalização. Diluídas em *reality shows*, comunidades de Internet, câmeras escondidas e aparelhos celulares multifuncionais.

Sua reflexão não invalida o que foi entendido no quadro foucaultiano como sociedade disciplinar (FOUCAULT, 1991); ao contrário, o amplia.

---

<sup>192</sup> Por exemplo, já se menciona testes para detectar a possibilidade de HIV, gravidez ou uso de drogas para certificar a conveniência da manutenção de alguns funcionários por parte de algumas empresas.

Afinal, o confinamento tornou-se quase obsoleto; praticamente um recurso de último caso. Daí a não necessidade de amplas internações psiquiátricas, nem a mesma rigidez comportamental nas escolas ou um número excessivo de gerentes, mestres e contra-mestres nas empresas capitalistas. Vivemos tempos mais sutis, porém mais interventores<sup>193</sup>. Tanto que mesmo certa disciplina construtora pode ser vista como “obsoleta”.

Mas não sejamos tão compartimentalizadores. A convivência entre a chamada sociedade disciplinar de Foucault pode não contradizer os últimos apontamentos da sociedade de controle. Deleuze não desmente Foucault. Apenas o amplifica.

Assim podem ser também localizadas outras dimensões. Por exemplo, fala-se em pós-modernidade. Se pudermos encarar o termo como mais uma forma de classificação humana e não como elemento definitivo de ordem empírica, talvez aceite algumas considerações. Combinadas umas as outras; as antigas e as contemporâneas.

Parece clara a guinada frente aos entendimentos imaginados por teóricos de várias fontes como definitivas do quadro social moderno. Entre outros elementos, a diferença, e não mais a igualdade, parece cada vez mais figurar como discurso mais frequente daquilo que se entendia na modernidade como “vanguarda” – apesar dessa noção também cair com o restante do edifício implodido. Como construção merece cada vez mais atenção antropológica. Como os indígenas priorizados no início de nossa tradição profissional.

Isso poderia representar, ao contrário do que imaginam alguns, um aumento do processo civilizador amplamente analisado. Mais controle, portanto. Especialmente no que

---

<sup>193</sup> A visibilidade mais ampla de tudo e de todos pode ser expressa pela idéia de que o mundo é hoje menor do que antes fora.

concerne aos cuidados do corpo. Talvez mais ainda internalizados, muito embora diante de maior fragmentação de instâncias reguladoras e modelos prescritivos.

Dessa maneira, espero ter conseguido discutir a partir da riqueza do saber antropológico, formas de intervenção sobre os corpos dos *adolescentes* e sobre suas atitudes em tempos menos precisos que o anterior. Deixando esboços para uma reflexão maior sobre o nosso tempo; suas novas características, perspectivas e, porque não dizer, manutenções.

## Referências

- ABRAMO, Helena Wendel. *Cenas Juvenis: punks e darks no espetáculo urbano*. São Paulo: Página Aberta, 1994.
- ADAM, Philippe e HERZLICH, Claudine. *Sociologia da Doença e da Medicina*. Bauru, SP: EDUSC, 2001.
- AGOSTINO, Gilda D'. O Adolescente Obeso. In: SETIAN, Nuvarte, COLLI, Anita e MARCONDES, Eduardo (coord.). *Adolescência*. São Paulo: SARVIER, 1979.
- ALVES, Paulo César e MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- ALVES, Paulo César e RABELO, Miriam Cristina. Repensando os Estudos sobre Representações e Práticas em Saúde/Doença. In: ALVES, Paulo César e RABELO, Miriam Cristina (orgs.). *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Relumê-Dumará, 1998.
- \_\_\_\_\_. O Status Atual das Ciências Sociais em Saúde no Brasil: tendências. In: ALVES, Paulo César e RABELO, Miriam Cristina (orgs.). *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Relumê-Dumará, 1998.
- ANDERSON, Perry. *As Origens da Pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.
- ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1995.
- ARIÈS, Philippe. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1981.
- AUGÉ, Marc. *Não-lugares: introdução a uma antropologia da supermodernidade*. Campinas, SP: Papirus, 1994 (Col. Travessia do Século).
- BELL, Daniel. *O Advento da Sociedade Industrial: uma tentativa de previsão social*. São Paulo: Cultrix, 1977.
- BERGER, Peter. Religião e Construção do Mundo. In: *O Dossel Sagrado: elementos para uma teoria sociológica da religião*. São Paulo: Ed. Paulinas, 1985.
- BERGER, Peter e LUCKMAN, Thomas. *A Construção Social da Realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.



BERREMAN, Gerald. Etnografia e Controle de Impressões em Uma Aldeia do Himalaia. In: ZALUAR, Alba (org.). *Desvendando Máscaras Sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

BOURDIEU, Pierre. A juventude é apenas uma palavra. In: *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

\_\_\_\_\_. *O Poder Simbólico*. Lisboa: DIFEL; Rio de Janeiro: Bertrand, 1989.

\_\_\_\_\_. Sistemas de Ensino e Sistema de Pensamento. In: *A Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1992a.

\_\_\_\_\_. Reprodução Cultural e Reprodução Social. In: *A Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1992b.

\_\_\_\_\_. Espíritos de Estado: gênese e estrutura do campo burocrático. In: *Razões Práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas, SP: Papyrus, 1996.

\_\_\_\_\_ e PASSERON, Jean. *A Reprodução*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Sexualidade, Prevenção das DST/AIDS e Uso Indevido de Drogas: diretrizes para o trabalho com crianças e adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE E DO JOVEM. *A Saúde de Adolescentes e Jovens: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde*. Módulo Básico. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BUCHIANERI, Luís Guilherme Coelho. *O Adolescer Pós-Moderno. Novos paradigmas na medicina*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”. Assis, 2004

CARRARA, Sérgio. Entre Cientistas e Bruxos – ensaio sobre dilemas e perspectivas da análise antropológica da doença. In: ALVES, Paulo César e MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

CANESQUI, Ana Maria. Notas sobre a Produção Acadêmica de Antropologia e Saúde na Década de 80. In: ALVES, Paulo César e MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

CANGUILHEM, Georges. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CAPONI, Sandra. *Da Compaixão à Solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CASTRES, Pierre. *A Sociedade Contra o Estado*. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

CHEQUER, Pedro. Prefácio. In: MISTÉRIO DA SAÚDE. *Sexualidade, Prevenção das DST/AIDS e Uso Indevido de Drogas: diretrizes para o trabalho com crianças e adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

CLERGET, Stéphane. *Adolescência: a crise necessária*. Rio de Janeiro: Rocco, 2004.

CHIOZZA, Luis. *Por que Adoecemos? A História que se Oculta no Corpo*. Campinas, SP: Papirus, 1987.

CHIPKEVITCH, Eugênio. Dor Escrotal Diagnóstico Diferencial e Conduta. In: COATES, Verônica; FRANÇOSO, Lucimar e BEZNOS, Geni Worcman. *Medicina do Adolescente*. São Paulo: SARVIER, 1993.

CLERGET, Stéphane. *Adolescência; a crise necessária*. Rio de Janeiro: Rocco, 2004.

CLIFFORD, James. *A Experiência Etnográfica: antropologia e literatura no século XX*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2002.

COATES, Verônica; FRANÇOSO, Lucimar e BEZNOS, Geni Worcman. *Medicina do Adolescente*. São Paulo: SARVIER, 1993.

COHN, Clarice. *Antropologia da Criança*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005. (Col. Ciências Sociais Passo a Passo, 57).

COLLI, Anita. Atendimento de Adolescentes. In: SETIAN, Nuvarte, COLLI, Anita e MARCONDES, Eduardo (coord.). *Adolescência*. São Paulo: SAVIER, 1979a.

\_\_\_\_\_. Problemas de Saúde na Adolescência. In: SETIAN, Nuvarte, COLLI, Anita e MARCONDES, Eduardo (coord.). *Adolescência*. São Paulo: SAVIER, 1979b.

COSTA, Fernando. Os Batistas e seus Mundos. In: GOULART, Felipe et. al. *Cadernos do ICHF; série iniciação científica*, n. 1. Niterói: ICHF/UFF, 1997.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

COURTINE, Jean-Jacques. Os Stakhonovistas do Narcisismo: body-building e puritanismo ostentatório na cultura americana do corpo. In: SANT'ANNA, Denise (org.). *Políticas do Corpo: elementos para uma história das práticas corporais*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

DAMATTA, Roberto. O Ofício de Etnólogo, ou como ter "Anthropological Blues". In NUNES, Edson de Oliveira. *A aventura sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. (p. 24-35).

\_\_\_\_\_. *Carnavais, Malandros e Heróis*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

DAMIANI, Durval e NUVARTE, Setin. Crescimento e Desenvolvimento Físico do Adolescente Normal. In: SETIAN, Nuvarte, COLLI, Anita e MARCONDES, Eduardo (coord.). *Adolescência*. São Paulo: SAVIER, 1979.

DEL PRIORE, Mary (org.). *História das Crianças no Brasil*. São Paulo: Editora Contexto, 2004.

DELEUZE, Gilles. Prefácio: A Ascensão do Social. In: DONZELOT, Jacques. *A Política das Famílias*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.

\_\_\_\_\_. Post-Scriptum: sobre as sociedades de controle. In: *Conversações (1972 – 1990)*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

DONZELOT, Jacques. *A Polícia das Famílias*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.

DUARTE, Luiz Fernando D. *Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; Brasília: CNPq, 1986.

DUMONT, Louis. O Valor nos Modernos e nos Outros. In: *O Individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

\_\_\_\_\_. *Homo Hierarchicus: o sistema de castas e suas implicações*. São Paulo: Editora da USP, 1992.

DURKHEIM, Émile. Pedagogia e Sociologia. In: *Educação e Sociologia*. São Paulo: Ed. Melhoramentos, 1967.

\_\_\_\_\_. A transição da solidariedade mecânica à orgânica. In: IANNI, Octávio (org.). *Teorias de Estratificação Social: leituras de sociologia*. São Paulo: Editora Nacional, 1972.

\_\_\_\_\_. *As Regras do Método Sociológico*. São Paulo: Editora Companhia Nacional, 1990.

\_\_\_\_\_ e MAUSS, Marcel. Algumas Formas Primitivas de Classificação. In: MAUSS, Marcel. *Ensaio de Sociologia*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

EDMONDS, Alexander. No universo da beleza: notas de campo sobre cirurgia plástica no Rio de Janeiro. In: GOLDENBERG, Miriam (org.). *Nu e Vestido*. Rio de Janeiro, São Paulo: Editora Record, 2002.

EISENSTEIN, Evelyn e SOUZA, Ronald Pagnoncelli de. *Situações de Risco à Saúde de Crianças e Adolescentes*. Petrópolis, RJ: CECIP, CENESPA, 1993.

ELIAS, Norbert. *O Processo Civilizador*. Vol. 2. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

ELIAS, Norbert. *O Processo Civilizador*. Vol. 1. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.

\_\_\_\_\_ e SCOTSON, John. *Os Estabelecidos e Outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

ERIBON, Didier. *Michel Foucault. Uma biografia*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

EVANS-PRITCHARD, E. E. *Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

FAUSTINO, Mário. Divisamos assim o Adolescente. In: MORICONI, Ítalo. *Os Cem Melhores Poemas Brasileiros do Século*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Minidicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

FERREIRA, Jacqueline. O corpo Sínico. In: ALVES, Paulo César e MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

FISCHLER, Claude. Obeso Benigno, Obeso Maligno. In: SANT'ANNA, Denise (org.). *Políticas do Corpo: elementos para uma história das práticas corporais*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

FREUD, Sigmund. *O Mal-estar na Civilização*. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

FOUCAULT, Michel. Verdade e Poder. In: MACHADO, Roberto. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979a.

\_\_\_\_\_. O Nascimento da Medicina Social. In: MACHADO, Roberto (org.). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979b.

\_\_\_\_\_. O Nascimento do Hospital. In: MACHADO, Roberto (org.). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979c.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e Punir*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1991.

\_\_\_\_\_. *As Palavras e as Coisas*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

\_\_\_\_\_. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

\_\_\_\_\_. *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1999.

FREIRE, Paulo. *Educação como Prática da Liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

FREITAS, Marcos Cezar de. (org.). *História Social da Infância no Brasil*. São Paulo: Cortez Editora; Bragança Paulista: USF-IFAN, 2001.

FREYRE, Gilberto. *Casa-Grande e Senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal*. Rio de Janeiro: Record, 1999.

GEERTZ, Clifford. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1989.

\_\_\_\_\_. Paisagem e Acidente: uma vida de aprendizagem. In: *Nova Luz sobre a Antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001a.

\_\_\_\_\_. Anti anti-relativismo. In: *Nova Luz sobre a Antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001b.