

ADOLESCENTES: SAÚDE, DOENÇA E RISCO*

ADOLESCENTS: HEALTH, DISEASE AND RISK

Maria Cristina C. Kuschmir¹
Maria H. C. de A. Cardoso²

KUSCHNIR, M. C. C.; CARDOSO, M. H. C. A. Adolescente: Saúde, Doença e Risco. Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum., São Paulo, 7 (2), 1997.

Resumo: Este artigo tem por objetivo captar as concepções dos adolescentes que frequentam o Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESAIUERJ) sobre saúde/doença e risco e contrapôlas ao entendimento acerca destas mesmas categorias encontradas nos documentos oficiais de atenção à saúde dos adolescentes produzidos por órgãos gestores nacionais (Ministério da Saúde) e internacionais (Organização Panamericana de Saúde). Dedicamo-nos a decifrar o entendimento que os adolescentes possuem acerca das categorias delimitadas, utilizando os princípios metodológicos da História Oral, partindo sempre da premissa de que não é possível retirar-lhes suas historicidades e de que suas verbalizações constroem-se relacionadas à ambiência social que os circunda e, portanto, traduzem maneiras de ser e pensar construídas socialmente. Observamos que os adolescentes percebem a doença como um ‘problema’ passível de resolução e concebem o risco como algo que existe no meio social do qual fazem parte, diferentemente dos documentos oficiais que os vislumbram permanentemente como sendo o próprio risco.

Palavras-chave: adolescentes, saúde, doença, risco, medo

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem, por finalidade, entender o que os adolescentes têm a dizer à respeito da sua saúde, doença e de seus estilos de viver que, supostamente, compreendem comportamentos de risco.

O nosso envolvimento com adolescentes, como médica no Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente/Universidade do Estado do Rio de Janeiro – NESA/UERJ, assim como com os ór-

gãos responsáveis por traçar as metas e diretrizes sobre a atenção à sua saúde fez com que, de forma privilegiada, tivéssemos oportunidade de observar o que era dito por eles, em confronto com o descrito nos seguintes documentos oficiais: a) Programa de Atenção à Saúde do Adolescente, PROSAD/MS, cuja finalidade é difundir nos serviços voltados para os adolescentes as metas e diretrizes a serem seguidas quando do seu atendimento; b) Marco Conceitual da Saúde Integral do Adolescente e de seu Cuidado, documento elabo-

* Parte da Dissertação de Mestrado: Adolescentes: Sujeitos do Risco, Indivíduos com Medos – 1996. Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro.

1 Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
End: Av. 28 de Setembro, 109 fundos. Vila Isabel, Rio de Janeiro. CEP: 20551-030.

2 Departamento de Ensino, Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz.
End: Av. Rui Barbosa, 716 - 5º andar - Rio de Janeiro = CEP 22250-020.

rado pela Organização Pan-Americana de Saúde - OPS, que visa difundir metas e diretrizes sobre a saúde a doença e os riscos dos/para os adolescentes da América Latina e c) Sistema Informático do Adolescente, também desenvolvido pela OPS com a mesma finalidade.

No confronto dos dois discursos – o contido nos documentos oficiais e o apresentado por adolescentes – observamos um “descompasso”. Não parecia falar-se do mesmo adolescente. Os documentos desenham um indivíduo, de antemão saudável, no entanto, vulnerável por natureza e, por isso, capaz de comportamentos de risco para si e para a sociedade.

Os adolescentes que freqüentam o NESA, ao contrário, revelam suas queixas, seus sintomas. Doentes, ou não, buscam respostas. Sabem-se mergulhados em um meio social que lhes é hostil, não se percebem de risco, apresentam-se como indivíduos com medos.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa em que, usando os recursos metodológicos desenvolvidos pela História Oral, foi possível conhecer o universo dos adolescentes: o seu entendimento acerca de saúde, doença e risco. Entrevistamos adolescentes portadores, ou não, de patologias crônicas (neste caso limitamo-nos aos adolescentes cardiopatas). Lembramos o que alguns pensadores têm a dizer sobre o tema. E, através da análise de conteúdo, desvendamos o contido nos documentos oficiais. Propusemo-nos, então, a dialogar com essas três fontes.

Ao concluir, destacaremos o entendimento dos adolescentes acerca da doença, o motivo pelo qual procuram os serviços de saúde. Percebem a doença como “problema”, e “estar doente” como sinônimo de agudização. Exibem o medo da morte, da dor e do mundo dos adultos. Atribuem os riscos a que estão submetidos à sociedade e não os percebem dentro de si. Buscam nos serviços de saúde a resolução dos seus ‘problemas’.

ADOLESCENTES: SAUDE, DOENÇA E RISCO

“O risco do risco é a moral”

Paulo Vaz

Vários autores, nos últimos anos, propuseram-se a estudar os temas saúde e doença, trazendo contribuições importantes para que possamos refletir e procurar entender essas questões, tão presentes no dia a dia.

CANGUILHEM (1978) procura entender o significado de doença através de um estudo do modo como fisiologistas e, posteriormente, os pa-

tologistas a encaravam, fazendo um relato histórico da caracterização das doenças, a princípio como um fenômeno qualitativo, isto é, mudança na estrutura dos órgãos afetados. Conclui seu trabalho falando em normatividade biológica: “Se existem normas biológicas, é porque a vida, sendo não apenas submissão ao meio mas também instituição de seu meio próprio, estabelece, por isso mesmo, valores, não apenas no meio, mas também no próprio organismo. É o que chamamos de normatividade biológica. Não é absurdo considerar o estado patológico como normal, na medida em que exprimem uma relação com a normatividade da vida” (p. 187).

Considera, desta forma, que a doença faz parte da vida, sendo, portanto, normal, não necessariamente desejável. Reduz o adoecer humano à dimensão biológica.

FOUCAULT (1994) traz para a discussão o conceito de individualidade: o indivíduo e seu determinismo concreto, a morte. Em O nascimento da clínica ele assevera: “E, de modo geral, a experiência da individualidade na cultura moderna está talvez ligada à da morte; dos cadáveres abertos de Bichat ao homem freudiano” (p. 227). Segundo ele, a consciência de finitude fez com que a doença fosse vista, entendida, descrita, dissecada e passível de ser ensinada e aprendida, dentro dos moldes acadêmicos propostos pela medicina, que tentava estruturar-se enquanto área do conhecimento. Surge, então, a clínica. E, assim, o papel ou um dos papéis da medicina: “Daí o lugar determinante da medicina na arquitetura de conjunto das ciências humanas; mais do que qualquer outra, esta está próxima da disposição antropológica que os fundamenta. (...) É que a medicina oferece ao homem moderno a face obstinada e tranqüilizante de sua finitude; nela a morte é reafirmada, mas, ao mesmo tempo conjurada; e se ela anuncia sem tregua ao homem o limite que ele traz em si, fala-lhe também deste mundo técnico, que a forma armada, positiva e plena de finitude” (p. 228).

Nos livros de medicina interna, observamos a noção de doença como algo a ser encontrado, nos mais variados locais: “A doença pode ser encontrada no genoma, na pobreza e na ignorância” (CECIL 1992, p.6). Esta configurar-se-ia como própria da medicina. Postula-se, com esta concepção, uma visão reduzida deste fenômeno que ultrapassa o campo da medicina, assim como qualquer outro campo do saber pois, devido à sua complexidade, necessita de uma abordagem interdisciplinar.

CARTEL (1994), ao falar dos pressupostos da epidemiologia, discute a singularidade do adoecer humano, propondo que os atuais cientistas não se fechem em seus paradigmas, que, neste

caso, não conseguem dar conta da explicação do fenômeno adoecer: “Para isso, será preciso abrir mão de paradigmas cientificistas e empregar outro padrão paradigmático (...) de tal modo que permita a percepção de que cada indivíduo é, ao mesmo tempo, a resultante de uma profusão de valores, que definem como organismo, indivíduo, sujeito, ser tribal/social/cultural (definições por vezes contraditórias). Mas que, inevitavelmente, colocam-no em posições múltiplas e singulares em relação a seus afetos, angústias, pulsões e, também, a seus modos de adoecer” (p. 26).

Na atualidade, existe uma grande preocupação com a manutenção e prolongamento da vida, por isso, segundo VAZ, (1995a) o homem passou a procurar a moderação em seus modos de viver, evitando, assim, a possibilidade de adoecer, considerada inevitável, caso algumas atitudes não sejam assumidas, por exemplo: parar de fumar, diminuir a ingestão de gorduras, etc. A partir desta perspectiva, o homem teria a convivência de um corpo fragilizado, constituindo-se em mero suporte desta consciência do provável adoecimento. Segundo este autor, tal forma de se encarar a doença, caracterizar-se-ia como uma das formas de exercício do poder: “uma forma objetiva temporalizada do patológico que tanto nos atemoriza sobre o futuro, que torna a vida um estado de moratória, ilimitadamente prolongada, de uma dívida, no fim das contas, impagável, a própria morte” (p. 8).

DELEUZE (1996) falando sobre as sociedades de controle, diz que, neste momento, mudanças importantes se anunciam na vida dos homens. Há uma nova forma de exercício do poder, agindo em todas as áreas de forma permanente e sutil. Exemplifica o que, segundo ele, ocorre nas várias disciplinas. Destacaremos o que diz a respeito das doenças: “No Regime dos Hospitais: a nova medicina ‘sem médico nem doente’, que resgata doentes potenciais e sujeitos a risco que, de modo algum, demonstra um progresso em direção à individuação, como se diz, mas substitui o corpo individual ou numérico pela cifra de uma matéria ‘dividual’ a ser controlada” (p. 225).

A doença, ou mais precisamente, o medo de adoecer, mostra-se presente em nosso meio, fato veiculado constantemente pela mídia. A todo momento procura-se vender saúde, faz-se necessário prolongar a vida, mesmo que à custa de certas renúncias a certos prazeres. É o momento propício para a crença de que o risco está, ou tem a probabilidade de estar presente no dia a dia da

humanidade. Estabelece-se claramente o controle sobre os corpos, sobre as pessoas.

Nossa intenção em trazer os pensamentos destes autores consiste em mostrar que neste campo, também, existem as mais variadas formas de se vislumbrar a doença e a saúde; no entanto, nos dias atuais estamos assistindo a uma mudança na abordagem desses conceitos: a doença deixa de existir nos corpos e passa a ser uma possibilidade. Ao ser encarada deste modo, aproxima-se do conceito de risco. Parece, em alguns momentos, haver uma fusão de ambas. Na literatura observamos o caminho: homem/doença – possibilidade de adoecer medidas preventivas, que muitas vezes transformam o homem capaz de ficar doente em doente agora (seria o portador) – risco.

São muitas as definições e ou explicações dadas ao termo doença. Ela já foi considerada pertencente ao domínio dos deuses, de Deus, da natureza, do homem, da população, da ciência, do Estado, da medicina, mais recentemente, da equipe multidisciplinar em saúde e da mídia. Hoje, parece pertencer a todos estes domínios, a partir de um processo cumulativo e não excludente. A doença, assim considerada, torna-se uma abstração, comporta-se como um substantivo, um objeto ainda sem relação com os outros objetos. Pode, também, ser considerada como sujeito, sujeitando-se a esses domínios. Às vezes, ganha adjetivos: doença aguda, doença crônica, doença orgânica, doença psicossomática. Dependendo do tempo, e ou mais precisamente, dependendo dos meios existentes para mantê-la ou extinguí-la, ela pode adquirir a característica de cronicidade, dependendo do foco em que é visualizada pode ser “conjunta”, epidêmica. Ao ajustarmos nossa lente podemos encontrá-la no indivíduo “como um todo”, com maior ajuste chegaremos ao órgão; com lentes potentes à célula, e atualmente com os avanços da genética conseguiremos alcançá-la nos genes. Ou seja, para nós “detentores do conhecimento científico”, ela tanto pode estar em vários locais, como pode ser uma “qualidade”, um objeto ou um sujeito, ou ter, ela própria, uma “qualidade”. Alguns de nos permitem até que, para os leigos, ela possa pertencer a outros domínios que não o das ciências.

Os adolescentes a representam por outro termo: “problema”. Não ignoram a sua presença, porém, simplesmente ao falarem de si a definem como “meu problema”. Para eles, quando se trata de uma moléstia³ de longa duração, crônica, esta

3 Denominaremos “moléstia” quando nos referirmos ao “problema” relacionado à saúde, narrados pelos adolescentes. De acordo com CASTIEL (1996a) moléstia se refere à idéia de sofrimento. Ele acrescenta: “Em outros termos, as dimensões simbólicas do adoecimento (enquanto moléstia) referidas ao indivíduo consistiriam em elaborações metafóricas que serviriam de mediação entre doenças (definidas pelo médico epidemiologista) e representações sociais de adoecimento” (p. 19).

passa a ser chamada de problema e na presença de uma intercorrência, acarretando uma agudização, isto é, quando os sintomas causam-lhes sofrimento e limitação, eles identificam este momento por: “estar doente”. Por outro lado, o sofrimento, a dor e a limitação impostos também por quadros agudos, em indivíduos previamente saudáveis, também são considerados como “estar doente”.

Muitas vezes os sintomas aparecem, incomodam, doem, fazem sofrer e os adolescentes desconhecem a sua origem. Podem identificá-los dentro de seus corpos, em seus órgãos e até mesmo nos genes. Não os identificando internamente, passam a colocar a moléstia em um lugar fora de seu corpo, em algum lugar geograficamente determinado e conhecido por eles, principalmente quando do seu início.

O tempo de origem da doença, muitas vezes mostra-se confuso: referem seu início ainda dentro do útero de suas mães, na infância, aos doze anos, fatos que nem sempre mostram concordância com a realidade. Cabe ressaltar que não referem a adolescência como marco de suas vidas.

GOMES (1996) em seu livro intitulado *O corpo na rua e o corpo da rua – a prostituição feminina em questão*, pesquisando a vida das meninas e das adolescentes nas ruas, fala-nos das concepções de tempo e espaço apresentadas pelas entrevistadas. Observou que os fatos eram narrados em relação ao seu significado para elas, não seguindo uma ordem cronológica, e a descrição dos espaços, muitas vezes, significavam momentos de ruptura entre uma fase e outra de suas vidas. O autor cita os estudos de Evans-Pritchard e conclui: “(...) o ambiente físico determina os conceitos de espaço e tempo, mas estes também dependem de princípios estruturais que pertencem a uma ordem diferente da realidade física. (...) Para ele o tempo estrutural, ao contrário do que aparenta, não é inteiramente progressivo. Nele, os marcos aparecem muito mais pela lógica do grau de significância que os fatos assumem do que pela ordem cronológica destes”. (p. 166).

O sofrimento sentido no corpo ou percebido fora dele, independente do tempo de sua origem, constituiu-se em um problema que atrapalhava as brincadeiras, a ida à escola, atrapalhava, enfim, as suas atividades diárias. Em alguns momentos, o problema transforma-se em “estar doente”. Eles identificam esta mudança ao grau de padecimento que lhes é imposto.

A análise de suas narrativas mostra que exibem, também, uma outra forma de abordar o

sofrimento: não o percebem como “problema” ou como “estar doente”, e sim, como algo que pode ser tratado em outros locais, que não os sistemas de saúde. Buscam a solução dentro de suas religiões.

Os adolescentes, ao falarem de suas moléstias, evidenciam um desconforto, uma tristeza, como se o “problema” representasse um fracasso. Espera-se deles força, corpos saudáveis e estes mesmos corpos são doentes.

A saúde é percebida como ausência de doença e como algo a ser comprado. Não associam saúde e cuidados primários de saúde. Fato que pode explicar a grande dificuldade em se trabalhar com prevenção de doenças e manutenção da saúde. Por outro lado, vêem a saúde como algo pelo qual se paga. Fica então entendido que, para eles, a doença existe pela sua impossibilidade social de comprar saúde.

Os adolescentes que ouvimos, em alguns momentos, tratam moléstia como substantivo, outras vezes citam o “estar doente” como adjetivo de “problema”, dando-lhes conotação de agravamento ou piora. Tais quais os profissionais de saúde, também a encontram nos mais variados locais e tempos, que às vezes, parecem confundir-se com o espaço, tornando-se referência do tempo e vice-versa.

Não há como, a partir da nossa condição de médicos, negar que os avanços terapêuticos oferecidos pela tecnologia médica são fundamentais. Entretanto, para os adolescentes, eles podem significar uma violentação. Júlia⁴ foi ameaçada por sua médica: “*A doutora disse que talvez eu tenha que botar uma válvula de porco no coração. Eu prefiro morrer!*”. Ao benefício que a ciência lhe oferece, ela responde com pavor, pois, esta mesma ciência regra sua identidade humana e confere-lhe a identidade de um porco. A sinonímia entre válvula de porco e porco é muito mais terrível do que a morte, ou melhor, na concepção de Júlia, de certa maneira, a implantação da válvula simboliza a morte, uma vez que é um ser humano que fenece para fazer nascer um animal.

Ana⁵ teve sua válvula mitral, destruída pela febre reumática, substituída por uma prótese mecânica: “*Elafaz barulho (...) pareço um robot. (...) E se ela parar ?*”

Na cultura popular, a articulação entre coração e identidade funciona como uma metáfora cristalizada, cuja força explicativa escapa a qualquer tentativa de racionalização. Ora, para Ana, agora, sua identidade está abalada, pois seu coração não é mais o dela: é uma válvula mecânica

4 Nome fictício de uma adolescente do sexo feminino, 14 anos acompanhada no ambulatório de cardiologia do NESA.

5 Nome fictício de uma adolescente do sexo feminino, 16 anos, acompanhada no ambulatório de cardiologia do NESA.

construída pela ciência. Ao medo da perda de identidade acresce-se a experiência de ouvir o barulho de seus próprios batimentos cardíacos. Ana já não é mais como qualquer um de nós. Dentro dela a válvula funciona como o tic-tac audível de um relógio e ela passa a viver em função do tempo que ele marca. Qualquer interrupção nesse tic-tac, eternamente presente, significa a parada da máquina e, conseqüentemente, a morte.

A ciência construiu um híbrido. O coração, para Ana, perdeu sua “naturalidade” passando a ser artificial, mecânico. O discurso que faz de si própria aponta para a percepção de sentir-se um misto de ciência e natureza. Ela seria um exemplo acabado da proliferação dos híbridos – tramas de ciência, política, economia, direito, religião, técnica – de que nos fala LATOUR (1994). Na construção desta nova Ana, o discurso médico também a hibridiza porque abandona a adolescente para falar da cardiopata portadora de uma válvula mecânica, precisando de novos híbridos para manter-se viva (anticoagulantes para o resto da vida, por exemplo). Na sua narrativa fica claro o embate que sofreu sua identidade. Se seu coração não é mais o mesmo, será ela a mesma pessoa? A dúvida estabeleceu-se e, por isso, ela diz: “pareço um robot”.

As concepções de saúde e doença dos adolescentes entrevistados mostram-se, portanto, variadas e complexas:

1 - como problema, como algo a mais em suas vidas, difícil de ser verbalizado, devido ao sofrimento que acarreta, sendo sua expressão máxima o medo da morte: aí é a doença crônica, aquela que perdura;

2 - como estar doente, enquanto agravamento do problema: aí ela é episódica, significando uma agudização do problema ou uma moléstia momentânea, passível de ser curada;

3 - como sinônimo de fracasso;

4 - enquanto situadas num espaço que, tanto pode ser o do corpo – interno, como geográfico – externo;

5 - enquanto localizadas num tempo, podendo este tempo referir-se à duração da moléstia (crônica= problema + estar doente, ou não crônica = estar doente) ou articular-se ao seu início temporal (vida intra-uterina, infância, velhice);

6 - a saúde, enquanto ausência do estar doente, uma vez que, segundo os adolescentes, saúde e problema podem coexistir e;

7 - saúde enquanto um produto a ser comprado.

Durante as entrevistas, pudemos observar o quanto foi sofrido para os adolescentes relatar suas moléstias; ter um problema significa, de antemão, ter poucas chances para o sucesso espera-

do para e por eles. É uma marca de inferioridade, que tentam amenizar, traduzindo doença, conceito por demais pesado, por problema, tentando assim minimizar e/ou disfarçar o sentimento de fracasso diante do fato de ser doente. Por outro lado, ao utilizarem o vocábulo problema, subentendem que exista uma solução, tirando o sentido de limitação e finitude que a palavra doença, muitas vezes, acarreta. Esta, assim, mistura-se com os outros problemas presentes em suas vidas.

HERZOG (1987) contribuiu, na pesquisa, acerca do significado do adoecer, estudando indivíduos com doenças renais e constatou: “Assim ser cardíaco, ser renal, em suma ser doente envolve uma série de conseqüências que, pertinentes ou não, remetem a uma situação de marginalidade, de diferença” (p. 107). Os adolescentes parecem experimentar o mesmo sentimento em relação às suas moléstias.

Os serviços públicos de saúde são vistos pelos adolescentes com desconfiança, uma vez que não os atenderam de forma satisfatória, quando, em alguns momentos de suas vidas, deles precisaram.

A análise dos relatos mostram-nos como os sistemas de saúde públicos são vistos pelos adolescentes: para eles, esses, muitas vezes, mostram-se falhos ao abordar as doenças que os afligem.

Vislumbram no médico, um indivíduo do mundo dos adultos, capaz de trazer algumas respostas relacionadas com dúvidas que procuram esclarecer à respeito de seus próprios atos. Todavia, cabe ressaltar que a sua busca no serviço de saúde extrapola a simples orientação, buscam profissionais competentes, capazes de resolver os seus “problemas” e aliviar o seu sofrimento quando “estão doentes”.

Os serviços de saúde e, principalmente, os médicos, são concebidos:

1 - como agentes capazes de resolver suas moléstias (seus problemas e seu estar doente);

2 - Como agentes capazes de atenuar seu sofrimento, quando o problema se transforma em estar doente, ou seja, quando ocorre a limitação e a dor;

3 - como agentes que falham;

4 - como agentes capazes de prevenir o agravamento de moléstias existentes e,

5 - como indivíduos do “mundo dos adultos”.

Os adolescentes entrevistados (cardiopatas ou não) nomeiam, pelo menos, uma moléstia, de acordo com a sua concepção. Este é o motivo primeiro que os leva aos serviços de saúde, não podendo ser negligenciado.

Entretanto, o risco deste adoecimento não é considerado pelos programas voltados para a

saúde dos adolescentes, pois consideram que estes não apresentam um quadro de morbidade que justifique qualquer intervenção. Buscam, sim, descrevê-lo com alguém vulnerável, vivendo em um período de transição, conturbado por várias “crises”. A vulnerabilidade seria própria da adolescência e a estrada por onde passariam os riscos, estes também próprios da adolescência: risco – adolescente capaz de apresentar comportamento de risco (seria o portador) – riscos para o seu desenvolvimento/estabilidade social. Partindo deste pressuposto legitimam, assim, a intervenção dos profissionais de saúde.

A partir de uma abordagem dos aspectos biopsicossociais, principalmente os ligados ao crescimento/desenvolvimento e a sexualidade, os programas procuram a parceria com os serviços de saúde, a fim de que estes busquem, junto aos adolescentes um detalhamento do seu modo de viver, para clarificar os fatores de risco, vistos com/inerentes aos seus comportamentos. Aspectos que, nem de longe, lembram os reais motivos que levam os adolescentes aos serviços de saúde: seus “problemas” e seus “estar doente”.

Por outro lado, a concepção de risco, tal qual contida nos documentos, não foi encontrada nas narrativas dos adolescentes. Para eles o medo é preponderante.

Segundo o dicionário Aurélio Ferreira, risco “é perigo mais possível que provável” medo refere-se ao “sentimento de viva inquietação ante a noção de perigo real ou imaginário, de ameaça, pavor, temor”. Nestas duas conceituações observamos que o perigo é algo que lhes é comum, no entanto, quando ligado à noção de medo, ele vem “revestido” por um sentimento de inquietação, transmitindo a idéia de incontrolável. Parece ser este o sentimento que os documentos/programas evidenciam com relação aos adolescentes.

Por outro lado, os adolescentes nos narraram situações em que se vêem expostos ao risco em torno de si, causado principalmente pela violência do meio social, no entanto, verbalizando-o ainda distante, como algo possível e pouco provável. Ao contrário, as situações de medo eram acompanhadas por um sentimento de inquietação, demonstrando uma maior proximidade com a noção de perigo.

A crença na existência do risco surge em algumas falas, de maneira diversa. De acordo com Paula⁶, andar na rua à noite: “É perigoso por cau-

sa de assalto, estupro e sequestro”. Nestas narrativas observamos que os adolescentes vêem e explicam o mundo à sua volta como capaz de lhes trazer alguns malefícios. Entendem o risco de serem atingidos pela violência, presente nas grandes cidades, como algo possível. A violência configurar-se-ia como uma ação externa e desprovida de intencionalidade direta sobre os indivíduos. Ou seja, segundo eles, a sociedade pode se tornar violenta e agir sobre a própria sociedade. Seu foco de ação não seria a Paula, mas o meio social ao qual ela também pertence.

Os adolescentes falam, também, dos riscos de adquirir AIDS e de engravidar. Leandro⁷ fala do uso do preservativo: “... de repente não é tanto pelo medo do filho, mas desse negócio de AIDS... (...) Não usei com a Verônica, porque eu sabia, eu conhecia ela”. Os adolescentes têm informação a respeito do uso do preservativo, no entanto, evidencia-se um distanciamento grande entre ter conhecimento dos perigos possíveis e mudança de hábitos.

Ainda em relação ao uso do preservativo, percebemos na narrativa de Anderson⁸, dentre outras, que este modo de relação a dois (com um preservativo no meio) ainda é, de certo modo, exterior ao indivíduo. Ele relata um pouco da vida de seu irmão, dois anos mais velho: “*Meu irmão usa camisinha. (...) Ele transa (...). Acho que é para não pegar AIDS e nem engravidar a garota. Minha mãe fala para ele usar...*” Os adolescentes afirmam: não querem ser contaminados pela AIDS, que sabem ser mortal. Também, pretendem afastar no tempo e no espaço, a possibilidade de engravidar. Estas últimas considerações parecem, à primeira vista, objetivas. No entanto, ser contaminado pela AIDS e engravidar são eventos distantes, que com toda a “certeza” não irão acontecer com eles. Mesmo porque ainda se localizam na fala do outro. No exemplo acima citado, eles se situam no discurso da mãe. Leonardo⁹, também, aborda o risco a partir desta perspectiva: “*Os meus amigos só dizem para mim usar camisinha (...). Os meus irmãos dão camisinhas também para as minhas irmãs prá elas não engravidarem*”. Ele também relata o risco de contaminação ou da gravidez como algo externo: alguém diz a alguém. Pareceu-nos que usar ou não usar, preservativos não passou, também de um mero discurso descompromissado. Este risco não é considerado por eles como um problema deles. De certa maneira,

6 Nome fictício de uma adolescente do sexo feminino, 14 anos que freqüenta o ambulatório de clínica do NESA.

7 Nome fictício de um adolescente do sexo masculino, 16 anos que freqüenta o ambulatório de cardiologia do NESA.

8 Nome fictício de um adolescente do sexo masculino, 14 anos que freqüenta o ambulatório de clínica do NESA.

9 Nome fictício de um adolescente do sexo masculino, 19 anos que freqüenta o ambulatório de cardiologia do NESA.

mostra alguma semelhança com o risco advindo da violência. Segundo os adolescentes, ela existe para todos, no entanto, a possibilidade de atingir um indivíduo – Ele! – seria remota.

Os riscos aparecem nas narrativas sempre ligados a um contexto socioeconômico, nunca deslocados ou atribuídos a eles, pelo simples fato de serem adolescentes, conceito que não se mostra de forma clara no entendimento que fazem de si mesmos.

Por outro lado, o sentimento de perigo acompanhado de inquietação, faz-se presente de várias maneiras e, o maior deles: o medo da morte, faz parte das narrativas, principalmente dos adolescentes portadores de moléstias. Outro medo, sempre presente, é o medo da dor física. A morte não se configura como algo distante, pertencente ao domínio de toda a sociedade, ela é do indivíduo.

Um outro medo recorrente é o do “mundo dos adultos”. Eles sabem que a sociedade espera que eles a mantenham e a desenvolvam e assim, o sentimento de responsabilidade, às vezes insuportável, aparece em suas falas. Por outro lado, percebem que sua entrada neste mundo é dificultada por esta mesma sociedade. Para eles, somente alguns conseguirão atingir seus objetivos, os seus projetos de vida.

Consideramos, então, que os medos se apresentam de várias maneiras, com os mais variados significados nas narrativas dos adolescentes. Neste momento, não é nosso propósito buscar suas causas, contextos atuais ou conseqüências em suas vidas, apenas trazer à luz a noção de que os adolescentes que freqüentam os ambulatórios do NESA e foram por nós entrevistados, usando como ferramenta os recursos da História Oral, mostram-se, com maior intensidade, indivíduos com medos, do que submetidos, sujeitados aos riscos, descritas nos documentos oficiais.

CONCLUSÃO

Em nosso estudo, os adolescentes referem-se à doença como problema, podendo transformar-se, segundo eles, em estar doente, quando ocorre a agudização ou agravamento dos sintomas;

- os adolescentes que não são portadores de patologias crônicas apresentam apenas um estar doente;

- os adolescentes concebem que possuir uma moléstia, de certa maneira desqualifica-os para alcançarem o sucesso em seus projetos de vida futuros;

- os adolescentes, ora situam as moléstias em espaços internos, isto é, dentro de seus corpos, ora em espaços externos, ou seja, localida-

des geograficamente delimitadas, como bairros ou cidades. Estes últimos são referidos, principalmente, quando se dá o relato de como a moléstia teve o seu início;

- os adolescentes também situam suas moléstias no tempo. Os pacientes com moléstias crônicas, apresentando, portanto, problemas e o estar doente, articulam os primeiros à longa duração e o segundo, à curta. Por sua vez, aqueles com quadros agudos, apresentando apenas o estar doente, relacionam suas moléstias somente à curta duração;

- os adolescentes afirmam que, para eles, saúde é a ausência do estar doente, podendo ter um problema coexistir com ter saúde;

- os adolescentes, ao transformarem suas moléstias em problema(s), conferem-lhe a possibilidade de cura, porque a existência de um problema implica na possibilidade de resolução;

- os adolescentes mostram desconfiança em relação aos serviços públicos de saúde, reconhecendo suas falhas, uma vez que, muitas vezes, não foram atendidos de forma satisfatória;

- os adolescentes percebem os profissionais enquanto indivíduos situados no “mundo dos adultos”, capazes de atenuarem seu sofrimento quando o problema se transforma no estar doente, ou de serem capazes de resolver suas moléstias;

- os adolescentes estão, também, conscientes do papel de prevenção desempenhado pelos profissionais de saúde;

- os adolescentes reconhecem os riscos que podem causar-lhes danos. Contudo, estes aparecem em suas falas como algo externo, trazidos pelos outros ou situados no discurso alheio e vistos como possíveis, mas pouco prováveis;

- os adolescentes, em sua totalidade, referem que o maior risco é aquele proveniente de algum tipo de violência física, tão comum nas grandes cidades e;

- os adolescentes conhecem o risco de engravidar bem como o de adquirir AIDS, tão amplamente abordados nos documentos oficiais, no entanto, consideram remota a possibilidade de que qualquer desses eventos ocorra com eles, nem sempre recorrem ao uso de métodos anticoncepcionais.

Mais do que envolvidos pelos riscos, os adolescentes estão envolvidos pelos medos. Os portadores de moléstias trazem em seu discurso, de forma clara, o medo da morte, não como algo distante de si, pelo contrário, vislumbram-na de perto. A dor e a impotência que a acompanham também os assustam. Concretamente, explicitam o medo de sentir dor, o medo de se tomarem fisicamente incapazes. A moléstia dá a eles a dimensão de sua finitude.

Abstract: This article is part of my master dissertation and its objective is to compare the understanding adolescents have about disease, health and risk with that presented by the official documents about adolescent health care produced by Brazilian and international organizations (Ministry of Health of Brazil; Pan American Health Organization). This work consisted of trying to grasp the adolescents' understanding of the concepts through the use of the Oral History methodology. A basic premise was that what was said could not be taken in the abstract, but was related to the surrounding environment - therefore expressing socially constructed ways of being and thinking. I observed that disease was perceived as a "problem" to which there are solutions. Risk was seen as something that exists in the outer social environment, a rather different view from that of the official documents, which understand adolescence itself as being the risk. I hope that with the results of the comparison between these two ways of understanding the world, the proposal concerning adolescents care will come closer to the reality and needs of the adolescents themselves.

Key-words: adolescents, health, disease, risk, fear.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1978. p.187.
- CASTIEL, L. D. *O buraco do avestruz: a singularidade do adoecer humano*. Campinas, Papirus, 1994. p.26.
- CASTIEL, L. D. *Moléculas, moléstias, metáforas: o senso dos humores*. Campinas, Papirus, 1996a. p.19.
- CECIL, R. L. *Text book of Medicine*, 1(6): 6 Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1992.
- DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro, Editora 34, 1996. p. 225.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1994. p.227-228.
- GOMES, R. *O corpo na rua e o corpo da rua – A prostituição infantil feminina em questão*. São Paulo, Unimarco Editora, 1996. p.166.
- HERZOG, R. *Sujeito-da-doença ou doença do sujeito*. Rio de Janeiro, 1987. [Dissertação de Mestrado Departamento de Psicologia da PUC].
- LATOUR, B. *Jamais fomos modernos*. Rio de Janeiro, Editora 34, 1994.
- VAZ, P. *Doença e poder na atualidade*. Rio de Janeiro, ECO/UFRJ, 1995. (mimeo).